



Évolution nosographique de la schizophrénie et “ entente de voix ”

Arthur Braun

► To cite this version:

Arthur Braun. Évolution nosographique de la schizophrénie et “ entente de voix ”. Psychologie. 2017. hal-01644271

HAL Id: hal-01644271

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01644271>

Submitted on 22 Nov 2017

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**Évolution nosographique de la schizophrénie
et « entente de voix »**

Sous la direction du Professeur Renaud Evrard

Année universitaire 2016-2017

Remerciements

Je tiens à exprimer ma plus sincère reconnaissance au Professeur Renaud Evrard, qui a été tout au long de ce travail, un encadrant d'une extrême qualité avec des conseils et une aide qui se sont toujours révélés précieux. Je tiens également à lui signifier ma gratitude pour m'avoir permis de réaliser ce mémoire sous sa direction, et lui sait gré encore pour m'avoir initié à ce domaine de recherche.

Je suis également redevable au Professeur Claude de Tychey pour son aide et son intérêt pour cette recherche. De manière plus générale, je le remercie pour ces années d'enseignement que j'ai eu la chance de suivre et qui ont suscité mon très grand intérêt pour la psychologie clinique.

Je remercie Cécile Prudent pour ses remarques pertinentes et l'aide qu'elle a pu m'apporter grâce à ses conseils et ses corrections.

Un grand merci à tous les enseignants dont j'ai eu la chance de suivre les enseignements, qui m'ont formé et donné l'envie de la psychologie.

Ma gratitude va aussi aux différentes personnes que j'ai pu rencontrer et plus particulièrement aux deux entendeuses de voix qui ont accepté de donner de leur temps pour cette recherche, et qui m'ont donné l'opportunité de la réaliser dans les meilleures conditions.

Je tenais enfin à manifester mon extrême reconnaissance à ma famille et mes amis qui ont su m'apporter leur soutien et enfin, à Flore pour ses nombreuses relectures, ses corrections et tout le temps qu'elle a accordé à ce travail.

Résumé

Ce mémoire se propose d'aborder, à l'aide de l'échelle d'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques du DSM-5, l'évolution nosographique de la schizophrénie entre le DSM-IV-TR et le DSM-5. Cette étude s'intéresse également aux hallucinations acoustico-verbales des « entendeurs de voix » avec l'utilisation de l'entretien de Maastricht de Romme et Escher (2000) dans une perspective de recherche qui se veut moins stigmatisante et non réductible à une symptomatologie. La structure de personnalité des individus entendeurs de voix est explorée à l'aide du test de Rorschach afin d'affirmer ou d'infirmer la relation avec la structure psychotique. Des perspectives de soins alternatives ou concomitantes sont également abordées et ce travail se termine sur les limites de l'étude et des propositions de recherches futures.

Mots clés: DSM; Psychologie projective; Diagnostic; Schizophrénie; Hallucinations acoustico-verbales; Entendeurs de voix.

Abstract

This master's thesis deals with nosographic evolution of schizophrenia from DSM-IV-TR to DSM-5, using Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity. This study also addresses the acoustic-verbal Hallucinations of «Voice hearers », using the Maastricht Interview developed by Romme and Escher (2000) to offer research aiming to be less stigmatizing and that is not reducible to symptomatology. The personality structure of Voice hearers is explored using the Rorschach test to assert or invalidate the relationship with the psychotic structure. Alternative or concurrent treatment perspectives are also discussed and this work ends with the limitations of the study and proposals for future research.

Keywords: DSM; Projective Psychology; Diagnostic; Schizophrenia; Acoustic-verbal Hallucinations; Voice hearers.

Table des matières

Introduction	
A – Raisons personnelles	- 6
B – Raisons scientifiques	- 8
I – Une évolution nosographique	- 13
I.1 – Qu'est-ce que la schizophrénie ? Descriptif de la pathologie inhérente à la structure psychotique	- 13
I.1.1 – Caractéristique de la structure psychotique	- 14
I.1.2 – Psychose schizophrénique	- 17
I.1.3 – Clinique du délire	- 19
I.2 – Évolution de la classification de la schizophrénie, du DSM-IV-TR au DSM-5 : quels changements ?	- 22
I.2.1 – Diagnostic and statistical manual of mental disorders	- 22
I.2.2 – Évolution d'une classification	- 23
I.2.3 – Genèse de la schizophrénie	- 27
II – L'entendeur de voix : événements de vie négatifs et accompagnement	- 30
II.1 – Entre l'entente de voix et la schizophrénie : l'entendeur de voix dans le parcours psychiatrique	- 30
II.1.1 – Hallucinations acoustico-verbales ou entente de voix	- 30
II.1.2 – Les entendeurs de voix dans le parcours médico-psychologique	- 33
II.2 – De l'événement de vie négatif à l'entente de voix	- 36
II.2.1 – L'entente de voix dans la population générale	- 36
II.2.2 – Événements de vie négatif	- 38
II.3 – Quelles perspectives d'accompagnement	- 42
II.3.1 – La formulation	- 42
II.3.2 – L'entretien de Maastricht	- 44
II.3.3 – Groupes et Réseaux d'entendeurs de voix	- 45
II.3.4 – Technique de sevrage	- 47
III – Méthodologie	- 50
III.1 – Population	- 50
III.2 – Outils	- 52
III.3 – Passation	- 55
III.4 – Hypothèses de travail	- 56

Introduction

A – Raisons personnelles

Dans un premier temps, ce qui a déterminé mon orientation dans le domaine de la psychologie est la compréhension de l'être humain de manière générale. De plus, ce qui m'a notamment plu dans ce domaine, c'est qu'il s'agit d'une discipline relativement jeune comparé aux autres sciences, tel que les mathématiques ou la physique. Il y a un dynamisme et des évolutions qui nécessitent une actualisation des connaissances permanente. La psychologie est une science d'autant plus fascinante et complexe qu'elle reste difficile à prouver dans la mesure où ce qu'elle étudie laisse parfois une part importante à la subjectivité et aboutit peu à des consensus. Ainsi, même les théories développées les plus connues ou les nosographies peuvent se voir transformées ou modifiées grâce à l'actualisation des connaissances sur le domaine. En abondant dans ce sens, Yann Auxéméry (2014) dit du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que « les diagnostics DSM naissent, changent, sont renommés ou abolis. »

Concernant le thème de mon mémoire, le domaine du paranormal m'a toujours posé question. Même si je n'ai personnellement jamais vécu ce type d'expérience, je pense, comme tout le monde, avoir entendu d'étranges histoires reposant sur des faits qui ne semblent pas réels ou possibles dans les limites de la physique (histoire de fantôme etc...). Les individus expliquant ces phénomènes paraissent parfois tellement sûrs de leurs affirmations, que cela pouvait même en devenir déstabilisant. Cartésien dans l'âme mais n'ayant pas de contre-argument à opposer pour expliquer l'origine de ce genre de phénomène il m'est arrivé de douter de l'existence de ces phénomènes dits paranormaux.

Avoir une occasion de travailler sur cet aspect dans le domaine de la psychologie me paraît donc très intéressant. Pour essayer de comprendre au-delà des croyances populaires « naïves » ce qu'il en retourne concernant l'individu, mais aussi, en tant que futur professionnel pouvoir venir en aide et répondre au mieux à la demande des personnes qui seraient concernées par ces phénomènes. Dans notre parcours professionnel nous serons forcément confrontés à un moment ou à un autre à ce type de demande, « en moyenne chaque professionnel de santé sera

être amené à rencontrer, au moins une fois dans sa carrière, un individu en détresse du fait de ses expériences exceptionnelles » selon Eybrechts et Gerding (2012), expérience exceptionnelle étant un terme que je définirai par la suite. De plus ce domaine étant encore assez peu travaillé en France la lecture d'ouvrages en anglais va me permettre de parfaire ma maîtrise de la langue tout en abordant un thème qui reste assez peu étudié en français et donc contribuer aux productions écrites sur le sujet.

Concernant les « entendeurs de voix » peut-on parler de phénomènes paranormaux, ou devrait-on plutôt parler de phénomènes surnaturels voire de phénomènes spirituels en lien avec la religion ? C'est également une question que je me suis posée concernant ce type de manifestations. En effet, également passionné par l'histoire et l'art, on retrouve au cours des siècles, à de nombreuses reprises dans la religion des écrits mais aussi des œuvres artistiques (tableaux, fresques, vitraux, sculptures etc..) autour de saints ou de personnages illustres ayant entendus ou communiqués avec des figures divines, comme Jeanne d'Arc. Où se situe la différence avec un individu qui entend des voix mais qui les assimile à du paranormal, si ce n'est l'attribution même d'une origine différente ?

B – Raisons scientifiques

Depuis toujours l'Homme a eu tendance à attribuer les phénomènes qu'il ne comprenait pas à la religion, au surnaturel, ou au paranormal, que ce soit pour les manifestations terrestres les plus grandes ou des manifestations plus restreintes impliquant directement l'homme. Nous pouvons retrouver par exemple les différentes saisons de l'année qui étaient considérées dans la mythologie grecque comme dépendante de la divinité Déméter, déesse de l'agriculture et des moissons dans les phénomènes terrestres. Et dans les phénomènes impliquant directement l'homme, toujours dans la mythologie grecque, la cécité était généralement associée à un rapport privilégié avec les dieux et notamment des individus parfois dotés de voyance, comme le personnage mythologique Tirésias.

Aujourd'hui les prouesses dans le domaine des sciences nous permettent d'expliquer la plupart de ces phénomènes, qui ne dépendent plus de phénomènes paranormaux ou mystiques mais de phénomènes plus rationnels. De ce fait, nous savons, résumé rapidement, que les saisons sont provoquées par un phénomène astronomique entre la révolution de la Terre et le Soleil et que la cécité ne permet pas d'acquérir des liens privilégiés avec le futur.

Cependant de nombreuses croyances populaires persistent. Parmi celles-ci nous retrouvons la voyance ou les horoscopes. Même s'il a été démontré par Forer (1949) avec « l'effet Barnum » ou l'effet « Forer », qu'il n'y a pas de place laissée au surnaturel ou à la divination, et que l'effet résulte d'un biais subjectif qui conduit l'individu qui lit son horoscope ou fait appel à une voyante à s'attribuer les caractéristiques d'une vague description de la personnalité. Il semble donc important dans les sciences de toujours participer aux phénomènes de démystification des phénomènes qui sont encore méconnus, cela également dans le domaine de la médecine comme celui de la psychologie.

Cette méconnaissance de ces phénomènes s'étendait pourtant même, jusqu'il y a peu, au niveau de la médecine et notamment au niveau des troubles mentaux. Aujourd'hui les troubles sont définis, explicités et catégorisés clairement dans des manuels de diagnostics comme le CIM-10 (Classification internationale des maladies) ou le DSM-5 qui concerne la classification des troubles mentaux. Nous essayerons d'apporter plusieurs critiques à ces « manuels diagnostics » que nous illustrerons par un exemple provenant du DSM.

Dans le cadre de mon mémoire sur les entendeurs de voix, la classification du trouble dans les différentes nosographies amène à une stigmatisation et à une culpabilisation de l'individu jugé fou. Cette culpabilisation et cette stigmatisation de l'individu existent depuis les premières théories scientifiques de la psychiatrie. À l'époque Antique, dans la psychiatrie gréco-romaine, Postel et Quételet (2012) retracent la théorie humorale, avec l'éllebore¹, qui était utilisée dans la médecine dans le cadre de maladies mentales. Cette plante a tellement été associée à ces maladies que le dérivé de son nom latin « *elleborus* » sera un substantif désignant le fou.

Encore aujourd'hui, même avec l'actualisation des catégorisations scientifiques concernant ce phénomène qui exclut l'idée de folie chez l'individu souffrant, il ressort malgré tout au niveau des représentations sociales une association de la schizophrénie avec la folie. Castillo, Lannoy, Seznec, & al. (2008) expliquent que l'évolution des paradigmes psychiatriques « a vu le modèle nosographique des « troubles mentaux » remplacer celui des « maladies mentales » et plus antérieurement celui d'aliénation ou de folie. Cependant, cette évolution n'a pas été relayée dans la population générale, nombre de personnes continuent d'associer maladies mentales et folie. ». Jodelet (1989) dans une « nosographie, à priori naïve » qu'il a conçue sur les catégories utilisées par le sens commun pour caractériser les malades mentaux montre une tendance à l'exclusion de ces individus.

Un processus de stigmatisation des individus qui ont ce genre de troubles va apparaître par cette représentation sociale qui attribue des caractéristiques « culturellement inacceptables » ou jugées « inférieures ». C'est de cette façon que la stigmatisation se construit selon Goffman (1963) qui ajoute à cela que ces caractéristiques qui sont attribuées à la personne vont avoir des conséquences sur le plan personnel entraînant honte, culpabilité et sentiment d'infériorité. Zarifian (1994) explique que cette image négative de la schizophrénie dans laquelle on classe presque systématiquement les entendeurs de voix va aussi avoir pour conséquence une désinsertion sociale de plus en plus grande chez l'individu. En effet, car si le processus de stigmatisation est créé par la société il faut aussi savoir que l'individu souffrant de ces troubles va lui-même se stigmatiser. Jamison (2006) souligne que cela risque de retarder voire éviter la mise en œuvre d'un traitement médical ou psychologique.

De plus Quintin, Klein, Carrière et Narboni (2001) expliquent que la stigmatisation va apparaître comme « inversement proportionnelle au degré d'information et de contact avec

¹. Nom commun désignant certaines plantes de la famille des Renonculacées

des sujets souffrant de troubles psychiatriques ». Il paraît donc essentiel sur le plan scientifique de continuer de sensibiliser et d'informer la société sur les troubles mentaux et notamment sur la schizophrénie pour participer à une réduction de la stigmatisation tout en continuant la recherche pour venir en aide aux individus souffrants.

Cependant, la stigmatisation reste un problème inhérent et actuel, elle est d'autant plus difficile et lourde pour les individus que l'on catégorise, dans la mesure où ils ne se reconnaissent pas dans le trouble qu'on leur prête. Comme par exemple chez les schizophrènes qui ne considèrent pas tous avoir des troubles mentaux et qui vont avoir tendance à déclarer qu'ils souffrent d'anxiété et de dépression comme le montre l'étude de Castro, Constantin-Kuntz, Pons & al. (2013) auprès de 11 patients porteurs de schizophrénie paranoïde. Ce changement d'appellation pour le patient, de manière générale, va avoir un double objectif. Le premier étant de rendre la « maladie » plus acceptable pour eux-mêmes, mais aussi vis-à-vis des autres, les protégeant de la stigmatisation. Ces termes sont plus rassurants et plus utilisés dans le langage courant, ils peuvent définir plusieurs sortes de « difficultés psychologiques » selon Bellamy, Roelandt et Caria (2004) et permettent à l'individu de rester vague dans la description de son trouble.

Le deuxième objectif étant une mise à distance de la catégorisation dans les maladies mentales où ils sont représentés, eux-mêmes ne pensant pas y appartenir. Dans son ouvrage, Plaza (1986) montre que certains patients ne se reconnaissent pas toujours comme des « malades mentaux ».

Dès lors, il semble important de se questionner sur la catégorisation de « trouble » et de « maladie » qui ne sont pas revendiquées comme tel par les individus. Dans l'histoire de la nosographie nous retrouvons un cas de figure semblable, celui de la catégorisation de l'homosexualité à caractère pathologique dans le DSM-II et DSM-III. En 1987, l'idée d'une homosexualité pathologique est finalement abandonnée avec l'élimination de « l'homosexualité ego-dystonique » comme Maleval (2003) le précise dans sa publication. Les adhérents du mouvement des « entendeurs de voix » reprennent cet exemple de dépathologisation pour appuyer l'idée qu'il ne faut pas considérer qu'entendre des voix relève immanquablement de la pathologie et d'une nosographie réductrice de la schizophrénie. Cette idée est développée dans son article par Evrard (2013), de plus, l'auteur y explique que ces adhérents se considèrent « comme une organisation à visée libératrice, post-psychiatrique, et

qui se positionne à l'extérieur de l'univers de la santé mentale stricto sensu, parce qu'elle reconnaît que les voix sont un aspect du fait qu'il y a des hommes très différents les uns des autres, plutôt qu'un problème de santé mentale ». Il apparaît donc important de travailler sur la catégorisation des individus dans la schizophrénie afin de savoir dans quelle mesure ils relèvent réellement de ce diagnostic.

En continuant d'argumenter dans ce sens, la non-reconnaissance des symptômes associés à la schizophrénie peut être délétère pour la santé du patient notamment chez les enfants selon Evrard et Rabeyron (2014). Cependant dans cette même publication ainsi que dans celle de Askenazy, Dupuis, Dor & al. (2009), il semble tout aussi dangereux de dresser un diagnostic prématuré face à la découverte de symptômes non-spécifiques que l'on va traiter par des psychotropes, « dont les effets sont encore mal connus ». En effet, chez les enfants, il y a de réels risques d'altérer leur développement psychique, mais aussi de masquer l'évolution des troubles. De cette façon Stayer, Sporn, Gogtay & al. (2004) démontrent que les effets secondaires négatifs des antipsychotiques peuvent amener à de « faux diagnostic positifs de schizophrénie ». Ces auteurs poursuivent en expliquant qu'une identification appropriée permettrait d'éviter des années de thérapie inopportunes. Tout en considérant que le diagnostic du désordre schizophrénique est souvent décrit comme événement traumatique pour l'individu qui va réactiver les attitudes sociétales de rejet vis-à-vis de la maladie mentale selon Mueser, Lu, Rosenberg et Wolfe (2010). L'intérêt clinique de travailler sur une « juste » nosographie de la schizophrénie est donc double : il permettrait tout d'abord de réduire les risques d'erreur dans les diagnostics, et ensuite de développer une clinique différentielle plus adaptée à la trajectoire de chaque individu. Ainsi, tout affinement au niveau des analyses diagnostiques peut potentiellement avoir des retombées cliniques, dont la plus évidente est de prévenir l'effet négatif engendré par l'annonce d'un diagnostic stigmatisant qui pourrait, par la suite, s'avérer erroné. .

Enfin, dans le DSM-IV-TR, il est précisé « qu'il a été impossible de définir des critères absolus et infaillibles pour déterminer quand un changement devait être fait », de plus, Auxéméry (2014) explique qu'une fois un diagnostic retenu dans cette nosographie des troubles mentaux, il n'est pas garanti qu'il appartienne vraiment à une « maladie pérenne ». Aussi, explicite-t-il qu'un « symptôme ne dit rien en lui-même mais parle d'une conception théorique d'une maladie ou d'un trouble ». En abondant dans ce sens, Askenazy, Dupuis, Dor

& al. (2009) s'accordent à dire que l'hallucination est un des symptômes principaux du diagnostic DSM de la schizophrénie mais que l'hallucination auditive reste cependant un symptôme encore méconnu. Son apparition serait liée à des événements de vie traumatiques, Romme et Escher (2000) dans leur ouvrage mettent en évidence qu'un « événement traumatisant² était clairement à l'origine des voix » dans une grande majorité des entendeurs de voix ayant répondu à leur étude.

Afin d'appréhender au mieux cette thématique de recherche, il semble donc également important de travailler sur l'étiologie de l'apparition des voix. Comprendre les origines déclencheuses, va permettre de suivre l'individu et lui apporter complémentaiement un soutien adapté à sa demande et à son vécu. De même, il paraît tout aussi impératif de toujours travailler les nouvelles connaissances mais aussi les anciennes afin de les affiner et d'atteindre une meilleure connaissance de l'individu au sens clinique notamment dans sa singularité. Cette compréhension de l'individu au sens large et également dans cette singularité permettant un meilleur accompagnement de la personne dans les difficultés qu'elle éprouve dans son rapport au monde.

² Ici la définition d'événements traumatisant selon Romme et Escher (2000) comprend des événements de vie « traumatisants » au sens des psychodynamiciens comme l'inceste, l'abus physique mais aussi des événements de vie stressants comme la mésentente de ses parents, un licenciement, des conflits professionnels, le service militaire etc. . L'utilisation du terme traumatisant par ces auteurs diffère de l'utilisation que l'on peut retrouver dans les manuels diagnostics tels que le DSM-5 ou la CIM-10, mais diffère aussi du modèle théorique des psychodynamiciens. Nous privilégierons donc les termes d'événements de vie négatifs pour décrire ces événements.

I – Une évolution nosographique

I.1 – Qu'est-ce que la schizophrénie ? Descriptif de la pathologie inhérente à la structure psychotique

Tout d'abord, afin de traiter notre sujet d'étude, nous étudierons dans cette revue de la littérature, à l'aide d'apports cliniques, la schizophrénie, ses critères diagnostics mais aussi son appartenance à la psychose, avec une explicitation de celle-ci et ce qui amène une catégorisation des entendeurs de voix dans cette structure. Une remarque semble importante à faire quand on parle de « psychose », ce terme pouvant porter plusieurs signification comme le souligne Berney et al. (2009). Un premier sens que nous étudierons dans cette partie en lien avec la « description du fonctionnement psychotique associé à la structure de personnalité », et un second sens de la psychose employé dans le manuel diagnostic psychiatrique DSM à titre « syndromique » que nous aborderons dans la deuxième partie de ce même axe « Une évolution nosographique ». En abordant de cette façon le thème nous essayerons de comprendre le plus justement possible les tenants de cette organisation pour poursuivre sur l'axe suivant « L'Entendeur de voix : événements de vie négatifs et Accompagnement » qui devrait nous éclairer sur la problématique que nous nous sommes fixés à savoir « Existe-t-il des spécificités de la personnalité et du vécu de l'individu qui pourrait influencer l'émergence de l'entente de voix? ».

Dans son ouvrage « Psychologie pathologique : théorique et clinique » Bergeret (2011) définit dans sa nosographie clinique différentes structures de la personnalité. On y retrouve les organisations limites, névrotiques et psychotiques. L'objectif ici n'est pas de d'explorer toutes ces structurations, mais seulement d'aborder et d'explicitier celle nous intéressant dans le cas de l'entente de voix. Nous étudierons donc dans un premier temps sur l'organisation psychotique avec une explicitation de la psychose de l'adulte, en faisant abstraction de la psychose infantile, qui devrait faire l'objet d'une étude séparée. En effet, selon Bergeret (2011) « les psychoses infantiles étant étudiées séparément avec leurs aspects génétiques et structuraux notamment ». Si tant est que l'on reconnaisse la psychose infantile, au vu des nombreux combats de la part des associations de parents mais aussi du gouvernement qui bannissent ces

termes (car culpabilisants pour les parents), comme l'explique Hochmann (2010), celle-ci garde des critères et des aspects tout à fait différents de la psychose adulte. Aujourd'hui encore, confondre les critères diagnostiques de ces deux psychoses en utilisant la classification adulte aux enfants amène un risque pour l'enfant, notamment dans la prescription abusive de psychotropes, comme a pu l'avancer l'article d'Askenazy, Dupuis, Dor & al. (2009) dans les raisons scientifiques. Pourtant nous pouvons constater dans le DSM-IV-TR que la classification concernant les schizophrénies infantiles est totalement absente, ainsi que dans certaines autres nosographies comme la CIM-10. Une question intéressante pourrait se poser à nous : dans quelle mesure les associations et les pressions exercées par les gouvernements peuvent influencer le corps médical et paramédical dans la construction de nosographie et dans quelle mesure cela pourrait-il être délétère pour les individus souffrants ? Nous laisserons cette question ne concernant pas notre axe de recherche en suspend bien qu'il pourrait être intéressant d'étudier cette question ultérieurement.

S. Freud a été le premier à travailler sur une psychogenèse du point de vue psychanalytique de l'individu, et ses travaux se sont vus étayer par de nombreux auteurs. Dans son ouvrage Bergeret (2011) reprend de manière synthétique une théorie freudienne du développement de la personnalité sur un double point de vue, à savoir « le développement psychosexuel » et « la relation d'objet (ou relation objectale) ». Cette théorisation de la construction développementale de la personnalité de l'individu permet de faire émerger les caractéristiques de la structure qui nous intéresse, la structure psychotique. Nous aborderons dans un premier temps l'organisation psychotique avec son angoisse, ses mécanismes de défense, puis dans un second temps, l'individu décompensé dans la psychose et principalement dans le registre schizophrénique.

I.1.1 – Caractéristique de la structure psychotique

L'angoisse telle qu'on peut ici l'entendre est inhérente à la condition humaine, dans son histoire et son développement. Bergeret (2011) considère que « l'angoisse traduit la détresse du petit d'homme devant une situation de danger, ce danger pouvant être un danger réel extérieur aussi bien qu'un danger pulsionnel, intérieur, non reconnu ». L'angoisse chez l'individu

psychotique ne manque pas de qualificatifs comme le souligne Brémaud (2013), on parle d'angoisse d'éclatement, de démantèlement, de liquéfaction, de mort, mais les termes les plus souvent employés restent l'angoisse de morcellement, ou de néantisation. Celle-ci a été mise en évidence par Freud (1911) notamment avec ses travaux sur « le Président Schreber ».

Selon Bergeret (2011), cette angoisse laisse le sujet « en proie à un trouble profond du sentiment de sa propre identité, avec une crainte terrifiante d'une disparition du Moi et d'un retour au néant. Dans cette relation duelle avec la mère, l'angoisse de morcellement exprime le sentiment de dislocation ou de vidage face à une perte inapaisable de l'objet pulsionnel, dont il tentera de se défendre ultérieurement par différents mécanismes. ».

Ces mécanismes de défense sont une réponse adaptative à cette angoisse, visant à garder la structure compensée de l'individu. Ionescu et al. (1997) donnent cette définition : « Les mécanismes de défense sont des processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets désagréables des dangers réels ou imaginaires, en remaniant les réalités internes et/ou externes et dont les manifestations, comportements, idées ou affects peuvent être inconscientes ou conscientes. ». Certains de ces mécanismes sont plus souvent employés par les individus psychotiques afin d'éviter une décompensation psychique, bien qu'ils puissent avoir accès à tous les mécanismes décrits dans la littérature psychopathologique.

Aujourd'hui encore il n'existe pas de consensus sur les mécanismes de défenses spécifiques utilisés par les structures psychotiques. Berney et al. (2009) dans leur article ont réuni dans un tableau³ les différents mécanismes que l'on prête aux individus psychotiques selon certains auteurs (comme Kernberg, Vaillant, Racamier, Piasentin, mais aussi les mécanismes du P-DMRS (Psychotic-Defense Mechanisms Rating Scales, inspiré du DMRS Defense Mechanisms Rating Scales)).

Vaillant (1992) va mettre l'accent sur le fait que c'est l'altération de la réalité qui va accompagner les mécanismes de défense psychotiques alors que pour Kernberg (1984) et Racamier (1976) il s'agirait plus de l'angoisse qui serait au centre. Les différentes conceptions pour certaines d'entre elles restent bien distinctes tandis que pour d'autres elles se recoupent malgré des termes différents. Ici nous privilégierons les mécanismes de défense de la structure psychotique développés par Bergeret (2011), ceux-ci reposent sur les différents travaux ayant déjà étudiés la question, mécanismes primordiaux permettant au Moi de conserver son rôle de

³ Annexe 1

« régulateur » et d'éviter « de trop fortes tensions susceptibles d'entraîner, par l'éclatement et la déchirure du Moi, un arrachement au réel, trouble fondamental des manifestations avérées et répertoriées sous le nom de psychoses. » et donc qui viendrait placer l'angoisse au centre de ces mécanismes comme pouvait le spécifier Kernberg (1984) et Racamier (1976).

De cette façon nous avons en premier lieu le « clivage » qui permet au Moi, selon Chabert (2010), de « rejeter une représentation intolérable et par là même le fragment de réalité qui lui est lié ». Autrement dit l'individu va avoir deux représentations contradictoires du Moi, pour la réalité, une première représentation restant en contact avec le réel et une seconde remplacée par le délire déniait cette réalité.

Nous retrouvons également le « déni de la réalité », Michaud (2005) le considère comme permettant à l'individu un déni de la réalité tout en s'en construisant une nouvelle qui lui est propre. Il s'agit ici d'un refus de la réalité considérée comme dérangeante pour la personne utilisant ce mécanisme et qui peut même aller jusqu'à amener la création d'une « néo-réalité délirante » selon Bergeret (2011).

Vient ensuite le « refoulement » dont Freud (1926) donne comme définition « certains cas de défense qui visent à protéger le Moi des exigences pulsionnelles. » La fonction ici est de rejeter du conscient dans l'inconscient, les désirs et envies désagréables pour le Moi de l'individu. Il s'agit du mode de défense privilégié contre les pulsions.

Le mécanisme de défense qui suit est la « projection » qui se retrouve plus particulièrement dans la paranoïa. Laplanche et Pontalis (2007) dans leur ouvrage décrivent la projection comme une « opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre personne ou chose de qualité, des sentiments, des désirs voire des « objets », qu'il méconnaît en lui. »

Ferenczi (2013) a ensuite décrit « l'introjection » qui a un but défensif mais régressif pour l'adulte. Celui-ci a pour fonction d'intégrer dans l'appareil psychique une part de plus en plus importante du monde extérieur. Il va intégrer dans son appareil psychique des qualités des « objets » du monde extérieurs. Laplanche et Pontalis (2007) soulignent ici un rapport étroit avec l'identification.

L'avant-dernier de ces mécanismes est l'identification projective ⁴, Laplanche et Pontalis (2007) décrivent qu'il consiste en des fantasmes du sujet où celui-ci va introduire sa propre personne

⁴ Mécanisme décrit par Klein pour des enfants dans une position schizo-paranoïde

partiellement, ou complètement à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler.

Enfin, la « forclusion » que Bergeret (2011) décrit, grâce aux travaux de Freud et Lacan, comme le rejet du signifiant symbolique fondamental telle que le « nom du père ». L'exclusion de cette représentation qui n'est pas ici transmise par la mère « entraîne un développement psychotique par défaut de symbolisation ».

Cependant les mécanismes de défense de l'individu ne sont parfois plus suffisants pour maintenir la structure de l'individu, et une rupture des investissements narcissiques et objectaux entraîne alors une décompensation du psychisme de l'individu. Décompensation qui résulterait selon Bergeret (2011) du « développement psychogénique des éléments constituant la personnalité antérieure de l'individu et de l'effondrement de ses défenses » ou d'une modification profonde de la personnalité de l'individu qui pourrait être en lien avec une atteinte cérébrale ou psychique, et dont la vie « est désormais bouleversée ».

I.1.2 – Psychose schizophrénique

Dans le domaine de la clinique, on considère la structure psychotique comme stable, de même pour la structure névrotique, à l'inverse des fonctionnements limites considérés comme instables. Dans une interview de Bergeret (2012) réalisé par De Tychey, celui-ci illustre cette idée en expliquant qu'une personne avec un fonctionnement psychotique ou névrotique ne pourra pas passer de cette structure à une autre, contrairement aux individus découlant d'une organisation limite. Cependant dans cette même interview, Bergeret (2012) précise que cette décompensation dans la psychose n'amènera jamais au registre schizophrénique ou au registre paranoïde pour un individu, ces deux aspects relevant d'une structuration psychotique déjà établie, il s'agirait de décompensation d'ordre narcissique, donc mélancolique ou « autre trouble bipolaire » auparavant connu sous le nom de psychose maniaco-dépressive.

Dès lors nous pouvons constater que la structuration psychotique peut s'exprimer de manières différentes, mais nous allons nous intéresser maintenant plus particulièrement à la psychose

schizophrénique. Quand un individu décompense dans la structure psychotique s'offre à lui deux principaux registres d'expression, le registre paranoïde et le registre schizophrénique. Mais on peut également rencontrer d'autres troubles mentaux comme l'indique Bergeret (2011), avec les bouffées délirantes et polymorphes, uniques ou non, ou en encore les confusions mentales d'étiologie variées : traumatique, tumorale, infectieuse, toxique et enfin les troubles liés à la puerpéralité⁵. La rupture de l'équilibre qui amène le déclenchement des troubles dans les psychoses schizophréniques se fait généralement vers la fin de l'adolescence de l'individu, entre 15 à 18 ans selon Bindler et Andlauer (2012).

Dans son ouvrage Bergeret (2011) rassemble et décrit les signes que l'on peut observer dans la schizophrénie, nous pouvons y retrouver, les troubles du cours de la pensée et de ses contenus, mais aussi l'automatisme mental, les troubles du langage pouvant aller jusqu'aux néologismes et aux glossolalies. L'auteur note également la discordance entre l'humeur et son expression, avec l'indifférence, le repli autistique, l'ambivalence, et des rires en apparence im-motivés par la personne.

Au niveau moteur, nous pouvons noter la perte de l'initiative motrice avec l'inertie, mais aussi la passivité, ainsi que du négativisme, des stéréotypies, une alternance d'akinésie⁶ et d'impulsions violentes pouvant aboutir à des comportements auto-agressifs ou hétéro-agressifs.

L'hébéphrénie est également un signe que l'on peut retrouver dans la schizophrénie et qui touche principalement des sujets jeunes, et se caractérise par l'absence apparente de délire paranoïde mais avec la présence d'un syndrome dissociatif qui mène rapidement à un retrait social (retrait autistique). Très vite, l'hébéphrénie peut évoluer vers un appauvrissement intellectuel et relationnel, pouvant amener l'individu à s'isoler. Nous notons également la catatonie qui selon Bergeret (2011) s'exprime à la fois dans la sphère motrice et psychique, avec un état de « stupeur » ou autrement dit une immobilité motrice et « conservation des attitudes ». Enfin nous pouvons retrouver la psychose paranoïde où sont souvent présents hallucinations et délires.

⁵ État d'une femme qui, ayant accouché, se trouve dans la période qui suit l'enfantement.

⁶ L'akinésie est une lenteur d'initiation des mouvements avec une tendance à l'immobilité (mouvements volontaires, mouvements associés, mouvements d'ajustement postural, mouvements d'expression gestuelle et émotionnelle), et ce, en l'absence de paralysie.

I.1.3 – Clinique du délire

Le délire est considéré comme une perturbation globale, aiguë ou chronique des fonctions de la pensée, aussi, quand les idées délirantes s'organisent elles amènent à un délire, systématisé ou non, et entraînent une conviction inébranlable selon Bergeret (2011). Dans leur ouvrage Barthélémy et Bilheran (2007) ajoutent à cela que le délire est souvent défini dans son rapport avec la « réalité » et la « vérité », le délire est alors considéré comme un ensemble d'idées erronées par rapport à une réalité auquel le sujet croit. Cette théorisation du délire part du principe qu'il existe une réalité immuable à laquelle les individus devraient s'accorder avec une vérité des idées. Si le délire persiste sur une durée de 6 mois, il sera défini selon différents critères.

Le premier critère concerne les mécanismes du délire, il est important de constater comment ils s'organisent entre eux. Nous y retrouvons l'interprétation, l'intuition, l'imagination, l'illusion et l'hallucination. Concernant l'hallucination Barthélémy et Bilheran (2007) retrouvent les hallucinations visuelles, auditives, gustatives, olfactives, tactiles, cénesthésiques. Aussi elles sont souvent distinguées en deux ordres :

- les hallucinations psychosensorielles, comme leur nom l'indique, s'inscrivent dans la sensorialité, et sont caractérisées par leur spatialité, c'est-à-dire les objets perçus dans l'hallucination sont extérieurs à l'individu;
- les hallucinations psychiques, qui elles, sont associées à une impression d'intériorité, se manifestant par exemple, par des voix intérieures, la télépathie etc. Ce deuxième type d'hallucination n'a pas la sensorialité d'une perception contrairement au premier type, le sujet pense qu'elles se manifestent à l'intérieur de sa pensée, la xénopathie⁷ pour le sujet serait alors importante.

À cela Chabert (2010) précise, à propos de la notion d'hallucination, qu'elle a dans un premier temps un rôle réellement défensif pour la conservation du Moi et que c'est seulement dans un second temps qu'elle peut devenir réellement symptomatique.

⁷ Sentiment d'intrusion

Le deuxième critère du délire selon Barthélémy et Bilheran (2007) concerne les thèmes du délire qui permettent d'avoir des indications sur son contenu, qui peut se centrer sur un thème principal ou sur plusieurs thèmes, de plus, un thème peut s'articuler à des mécanismes différents. Parmi les thèmes les plus fréquents nous pouvons retrouver la persécution, la revendication, la jalousie, l'érotomanie, la mégalomanie, le sacré ou le mystique, la filiation, l'influence, la référence, l'hypocondrie et la ruine.

Le dernier critère d'après ces mêmes auteurs concerne son organisation. À savoir le degré de systématisation, qui se réfère à l'organisation des idées délirantes et à leur niveau de cohérence. Lorsque le délire est non-systématisé, il peut se développer à travers « de nombreux thèmes et mécanismes, dans une incohérence et une labilité manifeste ; on parle alors de délire polymorphe [...] l'exemple le plus frappant est le délire paranoïde. ». L'organisation du délire traite aussi de son degré d'extension, on parle ici de délire en secteur ou délire en réseau en fonction de ce qu'il touche dans l'univers du sujet. La congruence de l'humeur est également comprise dans l'organisation, elle correspond aux émotions ressenties par le sujet devant ses idées délirantes.

Enfin, l'acuité du délire traite de la durée, on peut parler de délires aigus sur une durée relativement brève allant de quelques jours à quelques semaines, ou de délires chroniques, qui concernent davantage les psychoses selon Barthélémy et Bilheran (2007), lorsqu'ils s'étendent dans le temps et reviennent de manière périodique dans la vie du sujet, souvent pendant plusieurs années.

Le délire qui nous intéresse principalement est le délire paranoïde qui, comme nous avons pu le voir, n'est pas systématisé avec des mécanismes variés tels que les hallucinations, doublé d'automatismes mentales, aussi l'apparence du délire semble incohérente. Haouzir et Bernoussi (2014) décrivent ce délire comme la forme la plus fréquente et la plus productive du point de vue de la symptomatologie, aussi il s'installe souvent tardivement à la suite d'un, ou plusieurs accès délirant aigus. La discordance des délires paranoïdes, notamment dans la schizophrénie relève souvent d'une « non-congruence à l'humeur » selon Barthélémy et Bilheran (2007).

Aujourd'hui si l'on considère le délire comme une manifestation de trouble psychotique et que l'on admet que la structure de personnalité influe sur la probabilité de se voir déclencher un épisode délirant, il faut cependant spécifier que nous pouvons retrouver ces épi-

sodes dans certaines pathologies thymiques, limites, démentielles, voire dans certains états hystériques. Dans leur ouvrage Barthélémy et Bilheran (2007) pointent l'idée qu'il existe autant de délire que de patients, ce qui rend difficile de créer une entité clinique sur ce sujet, aussi ils spécifient que la recherche d'une étiologie du délire devrait être mise de côté au profit d'une approche se centrant sur la subjectivité, l'histoire du sujet, l'inconscient, le vécu du patient délirant, ainsi que sur les perspectives thérapeutiques.

Pour finir cette partie, nous souhaitons revenir sur le fait que si la schizophrénie est considérée comme une pathologie et est référencée dans de nombreux manuels diagnostics, elle demeure avant tout une « hypothèse intellectuelle » selon Bottéro (2011). Aussi, contrairement à des « maladies naturelles au sens où peuvent l'être par exemple une fracture du crâne ou un abcès du cerveau » la schizophrénie reste une tentative d'explication d'un ensemble de symptômes qui attestent d'une façon ou d'une autre, des difficultés de représentation de la réalité partagée par tous qui est qualifié « pour faire court de symptômes psychotiques ». Le terme de schizophrénie, du grec ancien *skhízô* signifiant « fendre » et de *phrén* qui a pour sens « le cœur, l'âme. », a été employé pour la première fois par Bleuler (1911) qui considérait que cette qualification et ces critères nosographiques étaient destinés à évoluer. Le terme de schizophrénie est évolutif tant ses critères diagnostiques ont évolué au cours du siècle dernier. Ces dernières années et décennies la conception des psychoses s'est vue modifiée, de nouvelles perspectives sont apparues. Quartier (2011) parle de « faisceau de données partielles qui donnent à voir la complexité de ce qui ne sera peut-être plus la schizophrénie ou au contraire pourrait l'être de manière plus strictement définie » notamment dans le DSM-5.

I.2 – Évolution de la classification de la schizophrénie, du DSM-IV-TR au DSM-5 : quels changements ?

Toujours dans un souci de compréhension de l'individu « entendeur de voix » dans le système médical et paramédical, après avoir travaillé dans une première partie la schizophrénie en tant que pathologie de la structure psychotique selon les travaux de Bergeret (2011), il semble important de travailler sur le deuxième versant qui traite de la psychose, et notamment de la schizophrénie, reposant cette fois sur une approche plus symptomatique avec comme outil de référence : le DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). Pour réaliser cette partie nous expliciterons le DSM en tant qu'outil diagnostique, mais nous travaillerons essentiellement sur l'évolution de la classification de la schizophrénie entre le DSM-IV-TR et le DSM-5. Aussi, à la fin de cette partie, nous nous poserons la question d'une genèse de la schizophrénie.

I.2.1 – Diagnostic and statistical manual of mental disorders

Le DSM se présente comme un outil a-théorique permettant le plus simplement possible aux praticiens psychiatres et psychologues de dresser le diagnostic de troubles mentaux. En s'appuyant sur des aspects de troubles, au-préalable définis et homogénéisés le plus possible, et donc ainsi aisément identifiables pour le professionnel. De telle sorte à permettre une bonne validité intra-juge dans les diagnostics qui peuvent être donnés pour un même individu. La construction de cet ouvrage repose sur une approche statistique et quantitative à partir des données collectées dans les hôpitaux psychiatriques.

Cet outil utilisé à l'international et principalement aux États Unis se voit donc employé à des fins diagnostiques de soin pour l'individu, mais aussi en recherche, ainsi que dans les entreprises pharmaceutiques. L'influence de ces mêmes entreprises dans le DSM est encore vivement critiquée notamment du fait qu'il crée l'offre et la demande dans le domaine des soins et de la maladie.

I.2.2 – Évolution d'une classification

Avec la publication du DSM-5 un certain nombre d'éléments ont été modifiés par rapport à sa version antérieure, nous aborderons donc les différents points de cette évolution nosographique de la schizophrénie.

Dans un premier temps le DSM-IV-TR qui avait une classification catégorielle, applique dans le DSM-5 une classification plus dimensionnelle, comme peuvent le souligner Prudent et al. (2016) dans leur article. Aussi ils ajoutent qu'un « continuum entre le fonctionnement normal et le fonctionnement pathologique » a été réalisé, ce qui rejoint la nosographie psychanalytique structurale française, cette évolution ce serait également liée à l'influence des travaux de Kernberg (1995 ; 1997 ; 2004).

De cette façon, les différents sous-types de schizophrénie du DSM-IV-TR, tel que « Paranoïde », « Désorganisée », « Indifférenciée », « Résiduelle », ont été abandonnés après avoir fait l'objet d'un certain nombre de critiques notamment pour cause d'une mauvaise explication de ces sous-types pouvant amener à une mauvaise reproductibilité du diagnostic comme peut le souligner Tandon et al. (2013). Seul le sous-type « Catatonique » a été en partie conservé comme une spécificité que l'on peut ajouter au diagnostic. Ross (2014) explique que ce trouble qui est maintenant séparé de la schizophrénie peut se retrouver dans plusieurs pathologies telles que les troubles du spectre schizophrénique, bipolaire ou dépressif ou soit dans un diagnostic associé en cas de trouble organique.

Toutefois, parmi les cinq catégories de symptôme dans le critère A le « comportement grossièrement désorganisé ou catatonique » avec la présence de « symptômes négatifs »⁸ qui seuls ne sont plus suffisants pour faire le diagnostic de schizophrénie. Dans la version du DSM-IV-TR, il était spécifié pour tous les critères A que deux (ou plus) des manifestations symptomatiques « pendant une partie significative du temps, » soit « une période d'1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) » pouvait amener au diagnostic de schizo-

⁸ La définition de « symptôme négatif » comme « émoussement affectif, alogie ou perte de la volonté » dans le DSM-IV-TR a également été modifié pour « réduction de l'expression émotionnelle, aboulie » dans le DSM-5.

phrénie. En effet Bottéro (2011) apporte une critique dans son article en expliquant qu'un patient atteint de schizophrénie d'après ces critères nosographiques peut avoir « des symptômes circonscrits à un délire estimé "bizarre" ou à un commentaire hallucinatoire de ses actes », ou encore « une incohérence de ses propos sans idées délirantes ni hallucinations » voir même « un apragmatisme dont il ne parvient pas à s'expliquer, etc. ». Tous ces tableaux cliniques sont bien différents les uns des autres, sans qu'aucun ne soit spécifique, pourtant chacun recevait le même diagnostic. Dans la nouvelle version, il faut qu'au moins l'un des 2 symptômes observés soit des idées délirantes, des hallucinations ou une désorganisation du discours. Cette modification devrait selon le DSM-5 pallier aux difficultés de reproductibilité.

Cette nouvelle approche dimensionnelle est proposée dans la section 3, donc la partie destinée à la recherche, pourtant c'est cette échelle qu'il est recommandé d'utiliser. Avec celle-ci, le DSM-5 ne considère donc plus le caractère pathologique d'un trouble en fonction de la présence ou l'absence d'un symptôme mais va maintenant intégrer le concept de « gravité », de l'expression de ce symptôme, qui pourra prendre une forme bénigne ou à l'opposé une forme sévère. Ainsi, un symptôme comme l'« hallucination » pourra être noté :

0. Pas présent.
1. Douteux ;
2. Présent, mais léger ;
3. Présent et moyen ;
4. Présent et grave.

De la même façon, nous pouvons retrouver ce système pour les autres critères diagnostiques avec « l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien » (EDSSPC⁹). L'arbre diagnostique différentiel des troubles psychotiques du DSM-IV-TR¹⁰ a été abandonné dans cette nouvelle version pour cette approche plus dimensionnelle même si cette classification conserve un aspect catégoriel dont elle ne peut se défaire comme le précise Prudent et al. (2016). En effet « Le DSM-5 n'a pas encore opté clairement pour une approche pleinement dimensionnelle accueillant cette catégorie de "psychose bénigne" ou

⁹ Annexe 2, EDSSPC : Clinician-Rated Dimension of Psychosis Symptom Severity.

¹⁰Annexe 3

"saine", ce qui est compréhensible pour un traité nosographique fondé sur des postulats objectivistes ».

Afin de pouvoir observer les autres modifications du manuel diagnostic, précisons que la classification de trouble psychologique repose sur des symptômes de différentes catégories, de ce fait, nous retrouvons parmi les critères A dans le DSM-5 pour la schizophrénie :

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

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

Un changement important est ici fait par rapport à la version précédente du DSM-IV-TR ou seulement « 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. ».

Le fait d'entendre des voix, ou ce que l'on considère dans la psychiatrie comme les hallucinations acoustico-verbales (HAV), a pendant longtemps été un « symptôme de premier rang » pour la schizophrénie, comme l'énoncent Schneider et Hamilton (1959). Encore dans le DSM-IV-TR la présence de ce seul critère de catégorie A était suffisante pour dresser le diagnostic de schizophrénie. Dans la publication de Lewinsohn (1968) l'auteur a pu mettre en évidence que si 30% des patients schizophrènes hospitalisés avaient des hallucinations, il y avait 84% de chance d'être attribué un diagnostic de schizophrénie si la personne avait des HAV et donc entendait des voix devenant presque un symptôme pathognomonique de la pathologie.

Ce pourcentage élevé pourrait notamment être dû à un biais de cadrage, qui consiste en une tendance à être influencé par la manière dont un problème est présenté, pour un médecin dans cette situation, ce biais le pousserait à se concentrer sur le symptôme de l'HAV au début du processus du diagnostic sans modérer et corriger son avis immédiat en fonction d'autres possibilités, en manquant d'en tenir compte ou en les ignorant.

Les HAV peuvent pourtant apparaître dans d'autres diagnostics psychiatriques, notamment les troubles maniaco-dépressifs ou les troubles dissociatifs comme le montrent Goodwin et Jami-son (1990).

Dès lors, avec le DSM-5 qui ne considère plus les HAV comme précisées dans le DSM-IV-TR, comme suffisantes pour dresser un diagnostic de schizophrénie, il paraît important de tester cette nouvelle nosographie afin de voir si un individu pourrait entendre des voix sans être pour autant classifié comme schizophrène.

Devant ces évolutions du DSM-5¹¹, il convient de se demander si ces changements vont amener une modification du diagnostic pour l'individu qui dans la version du DSM-IV-TR pourrait porter un diagnostic de schizophrénie, quel que soit son sous-type, mais qui n'en porterait pas dans la nouvelle édition du manuel.

Les avis des auteurs sur la question sont partagés, pour Ross (2014) ces quelques modifications apparaissent comme mineures et ne devraient pas amener de réels changements significatifs alors que pour Tandon et al. (2013) une élimination des sous-types et une meilleure explicitation des critères utilisés pour le diagnostic de schizophrénie devraient permettre une meilleure précision pour le corps médical dans son travail diagnostique. Il apparaît donc intéressant de voir s'il existe concrètement une évolution dans l'application de ces deux nosographies d'autant plus que l'approche du DSM-5 est un peu moins a-théorique, s'inspirant des travaux de psychologues psychodynamiciens comme le soulignent Prudent et al. (2016). Pour cela nous allons tester ces modifications auprès d'un même individu en comparant ses critères diagnostiques selon le DSM-IV-TR et selon le DSM-5, en détaillant précisément auparavant cet aspect de la recherche dans la méthodologie qui servira de base à l'expérimentation.

¹¹ D'autres modifications ont été réalisées dans le DSM-5 sur le diagnostic de schizophrénie, mais d'une moins grande incidence pour l'outil mais aussi pour notre revue de littérature s'intéressant principalement au phénomène d'hallucination. Nous avons préféré inclure ces quelques évolutions supplémentaires en annexe 4

I.2.3 – Genèse de la schizophrénie

Avec l'évolution de la médecine et de la psychologie nous pouvons nous interroger sur l'existence de facteurs de risques pouvant amener à une expression de la psychose chez l'individu, nous nous attacherons à tenter de les définir.

Ces facteurs peuvent être d'ordre biologiques, ou psychiques. Dans son article « La psychose et la vie » Quartier (2011), note que la puberté peut jouer un rôle facilitateur dans cette expression, ainsi que la prise de toxique. Nous pouvons retrouver parmi ceux-ci la cocaïne, l'ingestion massive d'alcool prolongée chez des individus ayant une dépendance, les sédatifs, et encore d'autres substances que l'on peut retrouver dans le DSM-IV-TR. Certaines de ces drogues provoquant plus ou moins rapidement l'émergence d'une expression de la psychose chez l'individu. Il note également des facteurs plus anciens, ici nous pouvons retrouver toutes les théories cliniques avec une implication forte décrite par Bergeret (2011) comme l'influence des « traumatismes à l'enfance, des conflits, des frustrations » vécus dès la naissance et même avant, pendant la période fœtale. Aussi, les nouvelles théories émergentes avec l'épigénétique considèrent « qu'il faut quatre générations pour faire un schizophrène sévère »¹², comme l'explique Pierre Bustany lors du colloque « Violence subie et résilience » et que l'on peut retrouver dans l'ouvrage du même nom publié sous la direction de Claude De Tychey (2015).

Pour finir, les théories les plus récentes tendent à mettre en évidence un gène qui aurait une incidence sur l'apparition de la schizophrénie chez les individus. Certaines études déclarent même avoir décelé le gène de la schizophrénie, c'est le cas par exemple pour le gène « Rosetta Stone » ou autrement appelé DISC1 dans l'article de Brandon (2007). Ces travaux sont réalisés sur des souris et le gène mis en évidence est également celui d'une souris, il reste toutefois à démontrer l'applicabilité de cette théorie du gène DISC1 à l'être humain.

Par ailleurs, dans cette approche de nombreux facteurs ne sont pas pris en compte, comme notamment les facteurs environnementaux. Dans l'article de Purcell et al. (2009) où l'on parle de 80% d'hérédité pour la schizophrénie, il est mis en évidence qu'utiliser le facteur génétique

¹² L'épigénétique est une discipline biologique qui étudie les mécanismes moléculaires qui modulent l'expression du patrimoine génétique en fonction du contexte, autrement dit dans le cas présent, cette science montre comment certains traits (pour la schizophrénie) peuvent être acquis et transmis d'une génération à une autre.

de la schizophrénie comme explication de son apparition et de son héritabilité n'est pas totalement justifié.

Les auteurs mettent en évidence que même si la génétique peut porter une part de signification de l'origine de la schizophrénie il ne faut pour autant, pas exclure l'implication des facteurs environnementaux de l'individu. Si l'on revient sur ce pourcentage d'héritabilité de 80% de la schizophrénie, l'étude de Lichtenstein et al. (2009) obtient dans sa méta-analyse un résultat de 64% sur les jumeaux. Avec un pourcentage fort d'héritabilité parmi les jumeaux homozygotes on pourrait penser à un facteur génétique fort, cet élément alimente justement les théories sur lesquelles repose un ancrage génétique. Cependant, les auteurs émettent une limite considérable à ces résultats. Les facteurs environnementaux chez ces jumeaux étant les mêmes, il devient difficile d'opérer la distinction entre ce qui relève de la génétique et ce qui peut relever de l'environnement. Il serait alors intéressant de faire cette analyse sur des jumeaux homozygotes séparés à la naissance, toutefois cette contrainte rend difficile une telle étude.

Ces facteurs semblent éclaircir partiellement une genèse de la schizophrénie, Quartier (2011) ajoute dans le même article que malgré tous les indicateurs actuel, une origine unique ne peut pas être clairement établie par les généticiens mais aussi par les cliniciens tant elle peut être multifactorielle et dynamique.

La réserve que nous venons d'émettre concernant les travaux étudiant une origine génétique de la schizophrénie et qui éludent la question du facteur environnemental, vient se joindre à la critique que l'on peut faire du DSM en tant qu'outil diagnostique. Dans les deux cas la singularité de l'individu, qui est censée être au centre de la prise en charge est absente, l'objectif étant de dresser le mieux possible une étiquette diagnostique de la schizophrénie et ses causes génétiques. Nous pouvons citer les propos de Zarifian (1988) qui ont été très largement repris par les détracteurs du DSM, « le symptôme est apparemment univoque pour celui qui ne le considère que d'une manière comptable ; et c'est à cette dimension comptable que conduit l'usage du DSM. La situation devient caricaturale : on réduit la souffrance d'un être unique à un symptôme, décrit dans un catalogue et on ignore son contexte social ou personnel ».

Entendre des voix en psychiatrie est synonyme d'HAV. Le vécu de l'individu y est absent et toutes les façons d'aborder le trouble demeurent abstraites pour la personne diagnostiquée comme schizophrène. Celui-ci ne se retrouve pas forcément dans ces explications psychiatriques ou psychologiques qui utilisent les « hallucinations acoustico-verbales » comme l'un des principaux symptômes pour établir le diagnostic de schizophrénie. Cette façon d'aborder et de traiter la pathologie a amené les personnes concernées à créer un groupe qui a pour but de les réunir afin de créer leur propre groupe thérapeutique. Ce regroupement en France dérive de celui qui a émergé aux Pays bas en 1987, à savoir « Hearing Voices Movement », et qui a pour nom « réseau français sur l'entente de voix » le REV français.

II – L'entendeur de voix : événements de vie négatifs et Accompagnement

II.1 – Entre l'entente de voix et la schizophrénie : l'entendeur de voix dans le parcours psychiatrique

Après une première partie qui retrace les différentes nosographies de la psychose schizophrénique, nous aborderons dans ce deuxième axe la question de « l'entente de voix ». En premier point « l'entendeur de voix », mais aussi comment certains se définissent au sein du Réseau français des Entendeurs de Voix. Le vécu de l'entendeur dans son parcours psychiatrique sera également développé. Puis dans un second temps nous étudierons le lien entre les événements de vie négatifs et l'entente de voix. Ici, une perception de l'entendeur de voix encore méconnue sera abordée, qui porte sur les facteurs environnementaux autour de l'individu, domaine où nous avons précédemment relevé une carence dans les travaux psychiatriques. Enfin, la dernière partie de cet axe traitera des différentes sources de soutien permettant l'accompagnement de l'entendeur dans sa vie, élément fondamental dans le travail du psychologue mais aussi pour l'individu lui-même, à qui l'on propose de nouvelles solutions permettant de le soutenir.

II.1.1 – Hallucinations acoustico-verbales ou entente de voix

Selon la définition du Larousse médical (1996) une hallucination est considérée comme la « Perception d'un objet non réel ». Pourtant, les techniques d'imagerie cérébrale dans l'étude de Shergill et al. (2000) ont apporté la confirmation que les entendeurs de voix font bien l'expérience d'un son comme si une personne réelle leur parlait. Dès lors, peut-on considérer que le terme d'hallucination qui considère que les voix n'existent pas soit une définition correcte du phénomène ?

Dans cette même définition, il est précisé que l'hallucination est à différencier de l'illusion, qu'elle peut affecter nos différents sens (notamment auditif, avec les bruits et les voix), qu'elle

se rencontre dans différents contextes à savoir, les psychoses (incluant la schizophrénie), les atteintes neurologiques (encéphalite, épilepsie), les intoxications (hallucinogènes, psychostimulants, cocaïne, alcool, etc.) ou encore au cours d'un processus de détérioration sensorielle. Enfin « Psychique, elle est caractérisée par l'intrusion dans la pensée du sujet d'informations délirantes, de faux souvenirs qui l'influence, lui dictant parfois ses actes. ». Selon cette définition un individu sans pathologie mentale ou physique, sans prise de toxique, ne pourrait pas vivre cette expérience.

De cette définition nous pouvons également voir l'étendue de la connotation négative que peut amener ce terme d'hallucination et également le diagnostic de schizophrénie pour l'individu. C'est dans ce but que des psychologues ont amené différents termes pour parler de ces phénomènes, notamment Belz-Merk et Fach (2005) qui dans une perspective phénoménologique parle « d'expérience exceptionnelles ». L'auteur définit ces termes comme des « expériences vécues avec une qualité subjective si particulière et qui s'écartent si distinctement des modèles explicatifs de ceux qui les vivent, qu'elles ne sont pas intégrées dans les schémas cognitifs et émotionnels disponibles ». Nous privilégierons cette approche et l'emploi de ces termes pour parler de l'expérience de « l'entente de voix », étant donné le caractère neutre de cette définition vis-à-vis de l'expérience vécue par l'individu qui ne considère pas directement de causalité pathologique et qui ne suggère pas non plus de diagnostics. Aussi, selon le modèle explicatif de Fach (2011), les voix constituent habituellement des expériences exceptionnelles internes affectant le Modèle de Soi. Les expériences exceptionnelles prennent en compte la qualité particulière du vécu de l'individu et permettent aussi de retirer les connotations négatives du terme d'hallucination comme Evrard (2014) le spécifie dans son ouvrage.

Mais qu'est-ce qu'un entendeur de voix, et comment ce phénomène se manifeste-t-il ? Le REV Québécois¹³ ainsi que l'ouvrage de Baker (2011) décrivent précisément ce phénomène, en commençant par expliquer que cette expérience peut apparaître selon différentes formes et qu'elle reste différente pour chaque entendeur.

Les voix peuvent ainsi provenir de la pensée, mais aussi avoir une origine extérieure à l'individu, sans pour autant avoir de source physique ; parfois elles peuvent provenir d'un objet extérieur, mais peuvent également être entendues par l'individu dans ses oreilles, sa tête ou tout

¹³ revquebecois.org

autre partie de son corps. L'individu peut entendre une ou plusieurs voix, mais le plus souvent l'une des voix est dominante par rapport aux autres. Ces voix ont une personnalité qui leur est propre, parfois elles sont connues par l'entendeur, parfois inconnue avec certaines caractéristiques comme un genre, un âge. Elles peuvent se révéler positives, négatives ou neutres en fonction des entendeurs et ont parfois le rôle « de conseiller, d'autorité mandataire, de régulation des activités, etc. ». Cette expérience peut survenir quelques fois par jour, ou par semaine ou à l'inverse continuellement. Elles peuvent s'adresser directement à l'entendeur sous la forme de conversations cohérentes, elles peuvent parler de l'entendeur s'en s'adresser à lui directement, par exemple en décrivant ses actions. Aussi les voix peuvent également interagir entre elles en mettant à part l'entendeur.

Cette expérience est vécue par certains individus de manière agréable et pour d'autres de manière désagréable en fonction des voix, de leurs caractéristiques et de la période de vie de l'individu. Mais dans tous les cas, l'entente de voix ne provient pas de la propre conscience de l'individu, elle se manifeste de manière indépendante de sa volonté, et s'impose à lui.

Selon le REV Québécois les voix peuvent apparaître sous des formes perceptives diverses, comme par des sons, des sentiments, des images, des visions, des goûts, des odeurs, ou des sensations tactiles sans source physique avec la même sensation de vécu que s'il y avait réellement un stimulus externe.

La façon dont cette expérience exceptionnelle est perçue a été retracée dans la littérature par des auteurs comme Romme et Escher (2000) avec une explicitation précise et semblable de la manifestation des voix, mais il paraît intéressant d'exposer comment ce phénomène peut être décrit par les individus concernés. Slade et Bentall (1988) donnent notamment une définition de l'hallucination comme des « phénomènes psychologiques » et considère que « toute expérience semblable à une perception qui survient en l'absence d'un stimulus approprié, possède la pleine force ou l'impact de la vraie perception correspondante, et n'est pas soumise au contrôle volontaire ou direct de celui qui la vit ». Dans cette définition scientifique nous retrouvons les éléments amenés dans l'explicitation du phénomène par le REV Québécois, ici nous pouvons constater comment la littérature scientifique et le mouvement des entendeurs de voix ont pu évoluer et s'alimenter l'un et l'autre.

Le REV français invite les individus à réfléchir aussi sur le fait « qu'entendre des voix n'est pas nécessairement une expérience douloureuse et négative, et si tel est le cas, il y a possibilité de reprendre le pouvoir face à ce phénomène humain ».

II.1.2 – Les entendeurs de voix dans le parcours médico-psychologique

Dans le discours des entendeurs de voix qui sont passés par le parcours médico-psychologique et qui en sont sortis pour certains, il existe dans de nombreux témoignages des aspects négatifs de la prise en charge qui ne prend pas en compte l'individu dans sa singularité et, cela ne reflète peut-être pas la généralité du fonctionnement de ce système, mais revient suffisamment pour se questionner à ce sujet. Les témoignages des individus retracés ici comme référence sont ceux de personnes appartenant au groupe des entendeurs de voix de Lunéville, le même constat est fait par les personnes qui se sont exprimées lors du 8ème congrès sur les entendeurs de voix à Paris en octobre 2016. Dans ces aspects négatifs nous pouvons retrouver la question de l'étiquette diagnostique de la schizophrénie. Ici nous ne chercherons pas à faire une distinction de ce qui pourrait relever d'une schizophrénie ou d'un individu entendeur de voix sans diagnostic.

Nous pouvons aussi relever l'effet de halo mis en évidence par Thorndike (1920), créé par la population générale, qui consiste à avoir une perception d'une personne ou d'un groupe, influencée par l'opinion que l'on a préalablement pour l'une de ses caractéristiques. La caractéristique porte sur l'entente de voix et la perception est négative et stigmatisante, comme Castillo, Lannoy, Sez nec, & al. (2008) ont pu relever que dans la population générale, nombre de personnes continuent d'associer les maladies mentales (comme la schizophrénie) à la folie. Cet effet se retrouve également dans le corps médical, la stigmatisation peut alors se transformer en maltraitance institutionnelle qui se manifeste, dans les cas les plus bénins, par de simples moqueries du personnel médical comme le décrit Mette Askov (2016), et qui, dans les cas plus graves, peut se concrétiser par des négligences sévères du patient.

Aussi certaines consignes données aux infirmiers préconisent de « ne pas rentrer dans le délire du patient » comme il a pu être spécifié par le personnel médical en charge du groupe d'enten-

deur de voix de Lunéville (2016). Dans le cas de l'entente de voix cela correspond à ne pas porter d'attention au contenu de ces voix, ce qui va justement à l'encontre de l'écoute du patient, et également à la négation de son parcours de vie. Dans cette perspective, nous pouvons citer Zarifian (1988) qui expliquait dans son ouvrage que « pour délirer il faut déjà être deux c'est par le jugement de l'autre qu'il y a délire, et ce jugement est fondé sur la norme socio-culturelle. Avant tout il n'y a pas de différence fondamentale entre le normal et le pathologique. Maintenant, avec un peu de bouteille dans le métier, je ne pense plus qu'on puisse dire qu'il existe des gens fous et des gens normaux ; il existe des états, c'est tout ».

Outre le fait que le contenu des voix n'est pas pris en compte, il ressort également parmi les témoignages des entendeurs de voix que la prise en charge médicale se focalise sur le symptôme ou la pathologie et ne considère plus l'individu en lui-même avec son vécu, son histoire de vie. Dans un article rédigé par Catherine Mary (2016) dans le Monde qui retrace le parcours de vie de Vincent Demassiet, aujourd'hui président du REV Français, il est décrit comment son psychiatre dans un premier temps, après avoir appris que son patient entendait des voix a posé un diagnostic de schizophrénie, et lui a prescrit des neuroleptiques sans l'informer de cette modification diagnostique, puis dans un second temps, lors d'un autre rendez-vous, regardé le compagnon de M. Demassiet en l'informant que ce dernier était schizophrène sans s'adresser au principal intéressé.

L'actuel président du REV Français, est donc passé par de nombreuses hospitalisations, d'abord volontaires, puis à la demande d'un tiers et enfin hospitalisé d'office. À travers ce parcours, il a également pu expérimenter les prescriptions de neuroleptiques à des doses croissantes ; Mary (2016) explique que ces prescriptions ont atteint « sept fois celles préconisées par l'autorisation sur le marché » ; « J'avais la tête qui penchait, je pesais 204 kg, et un filet de bave coulait de mon menton » raconte un entendeur. L'entendeur a subi dans son enfance des abus sexuels, mais n'a jamais eu l'occasion au long de son cheminement de vie, et notamment institutionnelle, de pouvoir les exprimer. Pourtant cette information sur son parcours nous semble importante car nous essayerons dans la prochaine partie de traiter de la dimension environnementale dans l'entente de voix.

Nous pourrions cependant émettre une critique au groupe des entendeurs de voix ou au REV Français, le discours parfois tenu se positionne dans une perspective anti-psychopatholo-

gique et antipsychiatrique où toutes les théories des modèles médicaux ou psychologiques sont rejetées comme défini par Evrard (2016) concernant les expériences exceptionnelles. Dans ce discours, l'entente de voix se présenterait comme une expérience authentique, porteuse d'une réalité fascinante, sans jamais être un signe de psychopathologie. Cette expérience impliquerait des zones ou des fonctions de l'esprit donnant accès à la transcendance.

Ce point de vue peut s'expliquer par des parcours dans les institutions psychiatriques laissant des marques chez les entendeurs, qui de cette façon souhaitent se réapproprier cette expérience en dehors de tout cadre psychologique ou psychiatrique, néanmoins cette perspective s'avère réductrice. C'est là que réside la difficulté du travail sur l'entente de voix, c'est qu'il paraît important de prendre de la distance avec les modèles théoriques et pratiques existants, notamment le modèle du DSM, pour intégrer les nouveaux travaux qui se sont intéressés au sujet, sans pour autant déconstruire tous les modèles disponibles.

II.2 – De l'événement de vie négatif à l'entente de voix

II.2.1 – L'entente de voix dans la population générale

Pendant de nombreuses années, dans le cadre, par exemple de la maltraitance sur les enfants, le biais de professionnalisme, qui tient au fait que les professionnels qui établissent les statistiques ne reçoivent que des personnes qui ne vont pas bien, et ne tiennent pas compte de toute une partie de la population qui ne consulte pas car celle-ci elle va bien, laissait suggérer aux professionnels de la santé que le parent maltraitant reproduisait quelque chose que lui-même avait vécu, amenant inéluctablement à la compulsion de répétition. L'hypothèse pourrait être la même dans le cas de l'entente de voix. En effet, les praticiens ne voyant que des patients en souffrance à cause de leurs voix, pourraient trop rapidement considérer qu'entendre des voix est forcément une source de souffrance pour chaque individu et soit pathologique.

Dans ce sens Puget (2015) montre que l'approche phénoménologique des voix « a permis d'attirer l'attention sur le fait que l'approche psychopathologique des voix est réductrice, car alors que 10% environ de la population entendra des voix à un moment de son existence, seuls 1% à 2% des personnes concernées rencontreront la psychiatrie et le parcours de soin. ». D'autres études relevées par l'auteur essaient de rendre compte de cet écart notamment Sidgwick et al. (1894) ainsi que de Tien (1991) montrent que 2 à 4 % de la population générale vit des expériences d'hallucination acoustico-verbales qui ne sont pas liées au sommeil. Evrard (2011) a pu relever dans son étude que seulement un tiers de cette population ferait appel aux services médico-psychologiques. Young, Bentall et al. (1986) expliquent que 16% des personnes qui entendent des voix ont un diagnostic de psychose. Les pourcentages fluctuent d'une étude à l'autre mais démontrent bien l'écart qu'il peut y avoir entre le nombre d'entendeurs de voix dans la population par rapport au nombre d'entendeurs de voix qui font appel au système médico-psychologique au motif de leurs voix. Aussi dans une méta-analyse comparative de Beavan, Read et al, (2011), les auteurs ont pu mettre en évidence les différences de définition mais aussi de méthodologies et de contextes culturels qui ont pu amener à « une forte dispersion des prévalences d'entente de voix entre études » selon Puget (2015). Elle ajoute que de ce fait, la perspective pathologique de cette expérience exceptionnelle permet de ren-

contrer entre un cinquième à un dixième des personnes concernées par ce phénomène, ce qui représente un biais considérable pour l'appréhender justement.

Dans leur étude Honig et al. (1998) ont étudié les différences qu'il pouvait y avoir entre des entendeurs de voix patients, et des entendeurs de voix qui ne l'étaient pas. Cette étude s'intéressait à 18 personnes diagnostiquées schizophrènes (patients) et à 15 entendeurs hors du parcours médico-psychologique (non-patients) en questionnant si l'expérience était vécue de manière positive, neutre ou négative. Il ressort de cette étude que si les tous les patients entendaient des voix négatives, 85% d'entre eux entendaient également des voix positives. Alors que pour les non-patients, seuls 53% entendaient des voix négatives pour 93% de voix positives. Il pourrait être tentant de croire que les voix chez les individus se manifestent d'une seule façon. Or cette étude met en évidence une cohabitation des deux, pour une expérience qui est vécue de manière plus négative par les patients à 67% pour 22% qui la vivent de manière neutre et 11% de manière positive, alors que les non-patients à l'unanimité ne trouvent pas cette expérience principalement négative, 79 % d'entre eux la ressentent comme positive, et 21% la considèrent comme neutre.

Leurs résultats concordent avec l'effet émotionnel des voix, celles-ci sont considérées comme effrayantes par une majorité de patients alors qu'aucun des non-patients ne se dit effrayés par elles. 89 % des individus diagnostiqués schizophrènes considèrent que les voix perturbent leur vie quotidienne alors que pour les non-patients, seulement 20% se disent perturbés par elles.

Pour résumer, l'étude d'Honig et al. (1998) a observé que la perception des voix dans les deux groupes était la même, celles-ci pouvaient provenir aussi bien de l'intérieur que de l'extérieur de l'individu. Il semble alors intéressant de la part du DSM-5 la suppression de cette partie du DSM-IV-TR qui utilisait la façon dont les voix pouvaient se manifester comme critère diagnostique.

C'est dans le contenu des voix qu'une vraie différence a pu se faire, avec chez les non-patients une perception plus positive des voix avec un sentiment de contrôle sur elles, alors que chez les patients, les voix semblent plus effrayer la personne avec des contenus plus critiques, un sentiment de contrôle moindre et une perception plus forte de voix malveillantes. Cependant cette dimension n'est pas relayée dans le manuel diagnostique qui considère les voix sur un continuum de désagréabilité et sur la pression qu'elles exercent sur l'individu pour qu'il leur réponde.

Comme nous avons pu le voir un certain nombre d'entendeurs de voix qui vit en dehors du parcours médico-psychologique ne fait pas de demande de soins et ne relève pas de la psychiatrie, aussi, l'étude d'Honig et al. (1998) laisse suggérer que cela serait dû à la perception de voix vécue comme plus positive. Une autre étude de Faccio et al. (2013) réalisée auprès de 10 entendeurs de voix sans vécu pathologique a également permis de mettre en évidence que les voix étaient le plus souvent bienveillantes. Aussi, Romme et Escher (1989) ont pu observer que lorsque les individus entendeurs de voix arrivent à gérer leurs voix, elles sont perçues comme positives, mais quand les personnes n'arrivent pas à les gérer elles sont perçues comme négatives.

II.2.2 – Événements de vie négatif

Dans une de leurs études Romme et Escher (1989) ont pu mettre en évidence que 70% des entendeurs de voix qui ont répondu à son appel ont vécu des événements de vie négatifs¹⁴ à un moment donné de leur vie ; comme avoir été négligé et/ou rabaissé dans leur enfance pendant une certaine durée, allant jusqu'à des expériences traumatiques comme des abus sexuels et/ou physique. Aussi Read et al. (2005) ont observé que « les voix et les convictions inhabituelles des personnes sont souvent très similaires aux traumatismes qui leurs sont arrivés ».

Dès lors, il paraît donc important de ne pas négliger la dimension environnementale de l'individu, sans réduire l'entente de voix à ce seul facteur, mais plutôt considérer l'entendeur sur les trois dimensions : biologique, psychologique et environnementale. C'est une approche ouverte et intégrative qui ne se centre pas uniquement sur le sujet, son psychisme, son angoisse, ses mécanismes de défense (etc.) et sur une étiologie biologique du trouble, mais qui inclut également les facteurs en provenance de l'environnement.

Devant le nombre d'entendeurs de voix qui relatent avoir vécu des événements de vie négatifs, il convient de se demander si certains de ces événements ressortent de manière récurrente, et si c'est le cas, quels sont-ils?

¹⁴ Les auteurs parlent ici d'événements de vie traumatiques cependant nous préférons utiliser les termes d'événements de vie négatifs qui permettent de mieux décrire ces événements.

Une étude réalisée par Ensink (1992) a montré que sur 100 femmes qui ont vécu des abus sexuels, 27% de celles ayant vécu un inceste dans l'enfance « commençaient à entendre des voix plus tard dans leur vie ». Cette étude met aussi en évidence que ce serait « particulièrement le cas lorsqu'un enfant de moins de 7 ans a subi un abus ». De plus, les abus sexuels seraient considérés plus destructeurs dans le cadre de l'inceste. Aussi, Honig et al. (1998) ont pu mettre en évidence que 17% des patients diagnostiqués schizophrènes ont vécu des abus sexuels et ce serait également le cas de 33% des entendeurs sans diagnostic. Malgré un échantillon réduit de 10 individus, l'étude de Faccio et al. (2013) a mis en évidence que 90% des entendeurs de voix sans diagnostic psychiatrique auraient vécu des humiliations et des abus pendant l'enfance.

Dans leur recherche Boché & Génot (2016) indiquent que la lecture des études de prévalence des agressions sexuelles dans la population générale montre que les taux concernant les agressions sexuelles durant l'enfance varient considérablement d'une étude à l'autre. Cependant, dans une méta-analyse, réalisé par Pereda, et al. (2009) sur 65 articles provenant de 22 pays différents avec 37 échantillons d'hommes et 63 échantillons de femmes, indique des taux moyens de prévalence des agressions sexuelles durant l'enfance de 7,9% pour les hommes et 19,7% pour celui des femmes. Ces pourcentages élevés laissent entrevoir le problème de santé publique que représentent les abus sexuels sur les enfants, mais quand on prête également attention aux résultats élevés de Ensink (1992), Honig et al. (1998) ou Faccio et al. (2013) sur les entendeurs qui ont subi des abus sexuels, et sur le nombre d'entendeurs de voix dans la population générale, il apparaît important de se questionner sur une implication des abus sur l'entente de voix.

Par la suite Romme et Escher (2000) mettent en évidence dans leur ouvrage que d'autres événements de vie pendant l'enfance pourraient être liés au fait d'entendre des voix. Ils incluent le sentiment d'insécurité chez l'enfant à un très jeune âge qui pourrait provoquer des difficultés à créer des liens avec d'autres personnes, aussi « être toujours mis dans son tort ou être l'objet d'abus (pas seulement sexuels) par les frères et sœurs, ou par d'autres, interfère avec l'image que l'enfant a de lui-même et avec sa capacité à prendre soin de lui ». Les auteurs relèvent aussi qu'une éducation agressive ou au contraire surprotectrice pourrait compromettre la capacité d'un enfant à développer sa propre identité. De cette façon, une personnalité insécurisée avec des mécanismes de défense ne fonctionnant pas de manière suffisamment efficace crée-

rait des difficultés pour l'individu à faire face aux problèmes ultérieurs. Les conséquences peuvent devenir plus graves si ces personnes sont ensuite soumises à quelque chose « qui ouvre une brèche dans les limites personnelles, telle qu'une certaine forme d'abus ».

En allant dans ce sens, Daalman, Diederer et al. (2012) ont pu mettre en évidence que des événements de vie négatifs sont associés au phénomène de l'entente de voix sans distinction entre les individus dans le parcours médico-psychologique et les individus extérieurs à ce parcours.

Dans la continuité de leur travail, les auteurs Romme et Escher (2000) ont observé que certains événements pouvaient laisser un sentiment d'impuissance pour certains entendeurs de voix. En effet, l'apparition des voix coïncide dans certains cas avec des problèmes nouveaux insurmontables et dans d'autres cas, un problème plus ancien ressurgit et amplifie le sentiment d'impuissance. Le contenu des voix peut s'avérer réellement pertinent pour l'entendeur, par exemple elles peuvent faire référence aux nouveaux problèmes qui se présentent devant l'individu, ou justement faire référence aux problèmes ultérieurs non résolus ou à des ambitions irréalistes pour le futur.

D'après ces mêmes auteurs, les éléments qui incitent les participants entendeurs à faire appel au corps médical, seraient « le type d'impact que l'événement traumatique déclencheur a eu sur les personnes et leur avenir », mais aussi l'équilibre entre les bonnes et les mauvaises expériences que les personnes ont pu vivre dans l'enfance et comment celles-ci ont influencé les différents aspects de leur personnalité à savoir, leur identité, leur estime de soi, mais aussi les mécanismes de défense en jeu face à l'épisode déclencheur.

L'approche médicale de la schizophrénie a amené les praticiens à se concentrer sur l'élimination des symptômes, c'est-à-dire la suppression des voix entendues grâce à la pharmacologie et notamment grâce aux « antipsychotiques », sans prendre en considération les voix perçues, comme Miyamoto et al. (2012) peuvent l'indiquer. Dans certains cas la prescription de ces neuroleptiques peut effectivement aider les individus à gérer l'anxiété et la confusion que peut provoquer l'entente de voix. En effet comme l'expliquent Falloon et Talbot (1981) les neuroleptiques viennent « apporter un certain soulagement dans la mesure où ils suppriment la réaction aux stimuli émotionnels », et permettent donc à environ 50% des individus

de voir leurs voix disparaître aussi longtemps que les médicaments sont pris. Cependant pour 40% des cas, les voix ne s'estompent pas y compris chez les personnes souffrant de schizophrénie comme le démontre cette même étude.

Aussi « lorsque les patients arrêtent de prendre leurs traitements, l'anxiété, la confusion et les voix reviennent, et un cercle vicieux peut s'installer, entraînant un état chronique et l'utilisation à long terme des médicaments ». De plus cette façon de prendre en charge le trouble peut engendrer des effets secondaires importants en plus d'une certaine dépendance ; Juignet (2013) les répertorie et décrit des effets indésirables neurologiques (sédation, akathisie etc.), digestifs et urinaires, mais aussi oculaires, cardiovasculaires, endocriniens, dermatologique, sanguin, un risque de tératogenèse¹⁵ et enfin de « syndrome malin »¹⁶. Thomas (1997) explique que ce traitement pharmacologique accentue le risque d'épisodes psychotiques lors de l'arrêt du traitement « sans que cela soit dû aux mécanismes déclencheurs habituels chez le patient. ». Il faudrait également ne pas concevoir les traitements neuroleptiques comme des remèdes agissant seuls en éliminant tous les symptômes.

Romme et Escher (2000) s'accordent pour dire que la prise médicamenteuse peut toutefois s'avérer pertinente pour les individus qui présenteraient un état de détresse grave, « pendant une période d'essai, de telle sorte que le thérapeute et le patient puissent tous deux évaluer leurs effets » bénéfiques ou à l'inverse les effets secondaires.

¹⁵ Terme désignant le développement « anormal » de masses cellulaires durant la croissance fœtale, causant des déformations au fœtus

¹⁶ « C'est une complication redoutable, mettant en jeu le pronostic vital du malade »

II.3 – Quelles perspectives d'accompagnement

Ce sont donc pour tous ces inconvénients présentés qu'il paraît intéressant de travailler sur des prises en charge alternatives moins invasives pour l'individu et qui pourrait également lui apporter un bénéfice. Nous proposerons donc dans cette dernière partie différentes pistes de prise en charge (thérapeutique) pour le patient et le non patient entendeur de voix, afin de l'accompagner au mieux dans l'expérience qu'il fait de ses voix, sans pour autant réfuter l'emploi et l'utilité des neuroleptiques. Pour ce faire nous aborderons successivement la technique de « formulation », l'entretien de Maastricht de Romme et Escher (2000) avec également leurs stratégies de « coping », suivi de l'implication des groupes d'entendeurs de voix et des différents réseaux d'entendeurs de voix dans le monde, avec pour finir les techniques de sevrage médicamenteux.

II.3.1 – La formulation

La formulation est un outil psychologique utilisé principalement par les psychologues au Royaume-Uni. Ici nous présenterons cette méthode selon les travaux de Lucy Johnstone psychologue clinicienne, notamment à travers sa conférence animée au congrès mondial des entendeurs de voix (2016) qui s'intitule « formulation : trouver sens aux problèmes des gens » et son ouvrage avec Dallos (2013).

Une formulation est une meilleure supposition à propos de ce qui est arrivé à un individu, elle retrace le parcours de vie de l'individu et les traumatismes éventuels qu'il a pu subir, et appuie également sur les points positifs de l'individu. Elle n'est pas culpabilisante et ne pose pas d'étiquette diagnostique, il s'agit ici d'un autre type d'explication, qui repose selon des processus collaboratifs d'une équipe.

Les formulations sont basées sur les théories psychologiques et sont établies collectivement par l'équipe pluri-disciplinaire en charge du patient qui se réunit afin d'en dresser une le plus juste possible où chaque mot est pesé (en rédiger une prend en moyenne 20 à 25 minutes). De plus, elles sont utilisées comme base pour un plan d'intervention auprès du patient. En effet, cet outil permet de commencer un travail avec la personne alors qu'elle n'était peut-être pas

encore prête, d'elle même, à mettre en mot les événements de vie difficiles qu'elle avait pu vivre. Les formulations ne sont jamais élaborées aux dépens du patient, elles respectent son rythme, cela peut prendre plusieurs mois, mais la finalité a quand même pour but que l'équipe pluridisciplinaire comprenne le mieux possible l'individu et puisse agir et interagir en conséquence.

Après avoir été rédigée la formulation est lue au patient et celle-ci est ouverte à la révision. L'individu peut acquiescer ou pas sur les hypothèses des événements de vie traumatisants vécus qui sont suggérés par la formulation. Dans le cas de l'entente de voix par exemple, nous avons pu voir dans la littérature une corrélation positive entre cette expérience exceptionnelle et des abus sexuels vécus pendant l'enfance avec les travaux de Ensink (1992), Honig et al. (1998) ou encore Faccio et al. (2013). Ici la formulation pourrait venir poser l'idée que des abus ont pu être vécus par la personne, si d'autres indices le présage également.

Selon Lucy Johnstone (2016) des symptômes tels que l'entente de voix, l'auto-mutilation etc. sont mieux compris comme des stratégies de survie qui étaient essentielles à l'époque mais dont l'utilité est peut être dépassée pour le patient.

L'auteur explicite que la formulation n'est pas une alternative aux diagnostics, celle-ci ne permet pas de prescrire des médicaments, mais pourrait venir comme un support supplémentaire pour l'individu entendeur de voix et favoriserait une alliance thérapeutique avec l'équipe soignante qui pose la question du vécu de l'individu. Prescrire des neuroleptiques uniquement avec un diagnostic renvoie à la simple idée de traiter la maladie, alors que les prescrire après une formulation pourrait exprimer l'intention de calmer certaines difficultés, une détresse de la personne à cet instant, plaçant l'individu au centre de la consultation et le considérant moins comme un malade mental. La formulation permet d'entourer l'individu d'un contexte qui lui est propre, c'est une approche teintée d'humanité pour l'individu qui serait entendeur de voix.

Quelques inconvénients viennent cependant freiner cette pratique, comme l'absence de formation, aussi, aujourd'hui il existe encore peu de recherches sur le sujet qui permettent de voir si la formulation permet d'améliorer les résultats d'une prise en charge et si elle est acceptée par les usagers.

Pour illustrer à quoi pourrait ressembler une formulation nous pouvons proposer comme exemple : « Vous faites l'expérience d'une réaction normale à des circonstances anormales. N'importe quelle autre personne qui serait passée par les mêmes événements en serait possiblement au même point que vous ».

II.3.2 – L'entretien de Maastricht

Initialement conçu à des fins de recherche pour mieux appréhender l'entente de voix en obtenant des informations sur le phénomène, l'entretien semi-directif de Maastricht¹⁷ développé par Romme et Escher (2000) permet également « d'initier une exploration individuelle de l'expérience des voix avec un entendeur de voix et un moyen de développer la confiance des professionnels de la santé mentale qui veulent travailler avec des entendeurs de voix » comme le décrit Baker (2011).

Cet outil développé par des professionnels de la santé mentale en partenariat avec des entendeurs permet donc d'explorer très largement l'expérience de la personne à propos de ses voix. L'entretien permet également d'agir sur la stigmatisation dont sont victimes les personnes qui portent le diagnostic de schizophrène. En effet, selon Daumerie et al. (2012) cette « étiquette » diagnostique est « l'une des plus stigmatisantes en comparaison avec d'autres pathologies physiques et/ou mentales, et entraîne de la discrimination ». Cette stigmatisation peut être différenciée en deux comme le relève Corrigan et Watson (2002), la stigmatisation « effective » et la stigmatisation « ressentie ou perçue ».

L'outil que nous présentons ici donne l'opportunité à l'entendeur de partager auprès de quelqu'un, qui va pouvoir nommer le phénomène sans forcément parler de schizophrénie et d'HAV en déculpabilisant la personne et en la destigmatisant. En agissant ainsi cela permet de réduire la connotation négative de ce phénomène et d'agir directement sur ces deux stigmatisations. Cet entretien s'effectue sans jugement et invite l'entendeur à parler de son expérience à un personnel soignant qui va pouvoir l'informer sur cette expérience vécues, dans une visée de réassurance.

¹⁷ Annexe 5

L'approche médicale actuelle travaille sur la maladie et sur les symptômes qui lui sont associés, Romme et Escher (2000) vont aborder la pathologie différemment en proposant plutôt des interventions basées sur la plainte du symptôme plutôt que sur le diagnostic. De cette façon, ils présentent (1993) différentes stratégies de « coping »¹⁸ pouvant être utilisées par les entendeurs comme : le journal intime, les méthodes cognitives de focalisation de l'esprit, des techniques de gestion de l'anxiété, le dialogue avec les voix, la réhabilitation psycho-sociale, et enfin les groupes d'entraide mutuelle avec d'autres entendeurs de voix.

II.3.3 – Groupes et Réseaux d'entendeurs de voix

Aujourd'hui le nombre de « groupe d'entendeur de voix » est en pleine expansion dans le monde, Evrard (2014) en relevait plus de 180 rien qu'en Angleterre. Concernant le mouvement français, le groupe de Lunéville était le quatrième à être créé en 2012, aujourd'hui selon le REV français, il existe à ce jour 22 groupes.

C'est notamment en participant au groupe de Lunéville ainsi qu'en assistant à la conférence « construire un espace préservé, les groupes d'entendeurs de voix » au Congrès mondial des entendeurs de voix (2016), que nous avons pu dresser certaines caractéristiques de ces groupes qui répondent aux critères des groupes restreints selon Anzieu et Martin (1968) et qui peuvent permettre l'accompagnement des personnes vivant ces phénomènes.

En premier lieu nous pouvons relever une différenciation des rôles entre les membres. Le groupe est composé d'entendeurs de voix, de « facilitateurs¹⁹ » qui initient, incitent et encouragent les échanges entre les différentes personnes du groupe et pour certains groupes, des facilitateurs infirmiers non-entendeurs qui viennent encadrer et inciter les échanges. Nous faisons remarquer l'absence de médecins et de psychologues très importante pour les groupes qui expriment un réel besoin de distance avec le corps médical. Pour le groupe de Lunéville, les infirmiers présents lors des réunions cherchent à autotomiser le groupe afin de permettre des réunions sans leur présence.

¹⁸ Stratégies d'ajustement

¹⁹ Entendeurs de voix

Aussi les groupes sont composés d'un nombre restreint de membres qui permet à chacun d'avoir une perception individualisée de chaque participant, avec de nombreux échanges inter individuels, notamment sur le partage de leurs expériences concernant l'entente de voix qui est parfois abordée par des questions de l'entretien semi-directif de Maastricht.

Les membres partagent aussi le même but qui est de pouvoir vivre le mieux possible avec les voix. Cela leur permet également de pouvoir parler de ces expériences après d'autres individus qui vivent les mêmes, sans jugement de la part des membres, ni de la part des infirmiers du groupe.

Comme dans les caractéristiques des groupes restreints relevées par Anzieu et Martin (1968), autour du groupe d'entendeur naît une forte « interdépendance des membres » et un « sentiments de solidarité » une « union morale des membres du groupe en dehors des réunions et des actions en commun » autour de l'entente de voix. Cela leur permet de constituer des normes autour de l'expérience, (comme le fait que ce phénomène ne soit pas pathologique), ainsi que d'établir des croyances avec notamment une origine spirituelle.

Heery (1989) développe que la construction de ces croyances spirituelles ou paranormales permettent à l'individu de se placer dans une zone intermédiaire entre la perspective pathologique et la perspective religieuse ; L'auteur illustre ces propos en ajoutant que « ni saints, ni psychotiques » semblent les mots d'ordre. Evrard (2014) ajoute également que « la présence d'une paranormalité n'aggrave pas le diagnostic et n'altère pas fondamentalement le travail clinique possible ». Aussi Schofield et Claridge (2007) expliquent que même si le premier désir du praticien pourrait être d'inciter l'individu à attribuer un origine interne à son expérience, les interprétations d'une origine extérieure à soi de la personne peuvent l'aider à mieux s'ajuster.

Ce sont tous ces éléments qui donnent aux entendeurs un sentiment d'appartenance à un groupe et à une communauté, en opposition avec les risques d'isolation et de stigmatisation qu'ils peuvent retrouver dans la société. Ce sentiment d'appartenance peut également se retrouver au sein des Réseaux d'entendeurs de voix.

Outre les groupes des entendeurs de voix, il existe également les différents Réseaux d'entendeurs de voix dans le monde²⁰. Leurs sites internet viennent donner une définition au phénomène de l'entente de voix tel qu'il est perçu au sein de cette communauté, aussi nous pouvons y retrouver toute une documentation sur les activités du Réseau, comme des conférences, des congrès, qui peuvent avoir pour thème l'entente de voix, mais aussi des articles, des contacts pour les groupes d'entendeurs de voix, des informations générales etc.. L'ouvrage de Baker (2011) donne également des pistes et essaye de regrouper un grand nombre de stratégies qui ont pu être développées dans la littérature sur le sujet pour « faire face aux voix pénibles ». Nous pouvons y retrouver les stratégies du réseau Australien sur l'entente de voix qui propose des techniques de focalisation de l'attention, des techniques émotionnelles positives, des « points dont je dois me rappeler pour me permettre de prendre soin de moi », des techniques de focalisation émotionnelle, des « choses qui peuvent aider les entendeurs de voix à s'en sortir », ce qui peut être délétère pour l'entendeur, des techniques de relaxation, « des choses qui peuvent marcher sur l'entendeur en cas de crise », des techniques réconfortantes, proposition d'idées générales et enfin des techniques de diversion (même si celles-ci ne sont pas recommandées à long terme comme stratégie de coping).

II.3.4 – Technique de sevrage

La médication fait partie de la question centrale de la prise en charge médicale. Ici nous avons souhaité étayer par quelques informations supplémentaires à propos des neuroleptiques, l'utilité d'un sevrage médicamenteux. Suite à un diagnostic de schizophrénie, très souvent une prescription de psychotropes est faite au patient, tel que le Valium, Xanax, Temesta et Rivotril, tous composés de benzodiazépines. Pourtant Will Hall (2012), défenseur des droits des patients en psychiatrie, directeur des entendeurs de voix de Portland dans l'Orégon membre fondateur et membre du conseil de l'Association de Santé Mentale de Portland (etc.), explique dans son ouvrage à quel point la dépendance aux benzodiazépines est un problème

²⁰ Intervoice : intervoiceonline.org ;

REV Québécois : revquebecois.org

Hearing voices Network Australia : hvna.net.au

REV français : revfrance.org

Hearing voice: hearing-voices.org

de santé publique, car il s'avère que ces molécules sont plus addictives que l'héroïne. De plus, de « faibles doses » suffisent à produire de puissants effets. Aussi ces neuroleptiques sont appelés « anti-psychotiques », pourtant Hall (2012) explique que la psychose n'est pas ciblée, ni aucun des symptômes spécifiques à cette pathologie. Il s'agit de tranquillisants qui diminuent le fonctionnement général du cerveau pour n'importe quel utilisateur. C'est ce qui pourrait expliquer que pour certains, les symptômes psychotiques persistent mais que la réaction émotionnelle associée soit amoindrie. Ils sont aussi utilisés en médecine vétérinaire pour calmer les animaux.

La technique de sevrage développé par Will Hall (2012 ; 2016), traduit en plus de 15 langues pour permettre au plus grand nombre d'en profiter, a pour but de donner des stratégies pour décrocher des effets des psychotropes, mais peut aussi être utilisée pour l'alcool, et d'autres drogues. Il y est aussi développé de nombreux éléments sur les psychotropes, leur fonctionnement, les effets secondaires, leurs risques et les risques du sevrage et ce qui est préconisé avant d'interrompre le traitement, avec les conseils de professionnels de la santé.

Nous ne prôtons pas ici d'arrêter de prendre les médicaments prescrits, cela pouvant être dangereux pour la santé, comme l'explique le guide de Hall (2012) avec un avertissement médical « Ce guide est écrit dans un esprit d'entraide et de soutien par les pairs. Il n'a pas été conçu dans un but de conseil professionnel ou médical. Alors que chacun est différent, les médicaments psychotropes sont puissants et arrêter soudainement ou sans accompagnement peut parfois être dangereux. »

C'est étape par étape, que l'auteur propose de réduire la posologie avec le maximum de sécurité en commençant par diminuer graduellement pour éviter les effets du sevrage que pourrait provoquer une interruption instantanée. Pour ce faire, il convient d'établir un plan, avec une diminution de la posologie de 10% toutes les 2-3 semaines jusqu'à arriver à la moitié de la dose initiale, puis diminuer à nouveau de 10% la nouvelle quantité. Puis commencer par l'arrêt d'un seul médicament (de préférence, celui provoquant le plus d'effets négatifs). Cependant, il s'agit d'indications générales, les gens fonctionnent de manière différentes et le plan peut être adapté, il est d'ailleurs conseillé de demander de l'aide à un pharmacien.

Après la première diminution, il est préconisé de surveiller avec soin les moindres effets que provoque le début du sevrage, aussi, il est fortement recommandé de faire ce travail avec un

médecin avec qui le patient a pu discuter auparavant de ce désir de sevrage avec ce guide et qui pourra donner des indications, des conseils supplémentaires.

Dans le cadre de l'entente de voix cette méthode ne consiste pas forcément en un sevrage complet avec l'arrêt définitif de la prise médicamenteuse, mais engage un travail là où l'individu se situe dans son parcours de vie, en réduisant sa consommation de psychotropes et de leurs effets nocifs décrit par Juignet (2013). Aussi nous tenons à rappeler l'importance que cette démarche de sevrage ne doit pas se faire seul. Elle s'inscrit dans un travail de collaboration avec un médecin, et si possible avec des sources de soutien comme des amis, ou de la famille.

Après avoir exploré largement le sujet de la schizophrénie et notamment l'entente de voix à travers nos deux axes « Une évolution nosographique » et « L'entendeur de voix : événements de vie négatifs et Accompagnement » c'est à travers notre méthodologie que nous nous efforcerons de répondre à notre questionnement de départ. Nous poserons comme hypothèse de recherche que certaines spécificités du vécu et de la personnalité de l'individu peuvent influencer sur le phénomène de l'entente de voix.

III – Méthodologie

Dans cette méthodologie nous présenterons d’abord la population que nous avons ciblée pour notre recherche, puis nous exposerons les différents outils que nous utiliserons lors de l’expérimentation, ensuite nous détaillerons le cadre dans lequel seront réalisés des entretiens, et enfin dans la dernière partie nous annoncerons les différentes hypothèses de travail.

III.1 – Population

Dans le cadre de ce mémoire, la population visée se focalisera sur les « entendeurs de voix ». Cependant nous avons fait le choix de ne pas faire participer les personnes appartenant au groupe des entendeurs de voix de Lunéville à cause de certains biais. Le premier étant que les entendeurs de voix du groupe avec les facilitateurs ont déjà pu aborder certaines questions de l'entretien semi-directif de Maastricht de Romme et Escher (2000). En effet, comme nous avons pu le voir dans la revue de littérature, l'entretien permet d'aborder le phénomène des voix de l'individu de manière neutre et permet aussi d'aborder le vécu de l'individu, lors des réunions de groupes il est utilisé comme support pour lancer la discussion sur l'entente de voix.

L'entretien de Maastricht permet de réaliser une exploration de l'entente de voix pour l'individu or, les participants ont déjà travaillé largement sur cette expérience ce qui représente un second biais. En effet, Les inclure dans cette recherche pourrait leur laisser l'impression de devoir recommencer un exercice qu'ils ont déjà réalisé en amont sans leur apporter de bénéfice personnel. Exercice parfois compliqué surtout quand il s'agit d'événements de vies difficiles comme des abus sexuels, de la maltraitance à l'enfance, ou encore des agressions sexuelles qu'ils ont déjà pu évoquer lors de certaines réunions de groupe avec un réel souci de confidentialité de la part des participants extérieurs non-entendeurs.

Enfin les entendeurs de voix participants à ce groupe viennent pour la grande majorité de la psychiatrie sous les conseils de leurs médecins psychiatres, et les diagnostics qui ont été posés sont très hétérogènes et vont de la bipolarité à la forme schizo-paranoïde de l'ancienne classi-

fication du DSM-IV-TR. Les neuroleptiques qui leur sont prescrits peuvent venir altérer leurs réponses ainsi que les échanges.

Les critères d'inclusions sont que les participants devront entendre des voix et avoir plus de 18 ans, l'entente de voix à l'adolescence s'exprimant de manière différente de l'entente de voix adulte. Nous excluons également les personnes qui peuvent entendre des voix au moment du couché ou au moment du levé, ce phénomène n'étant pas considéré dans les hallucinations (critère A) dans la classification du DSM-5. Il ne paraît pas nécessaire d'exclure les individus qui ont réalisé un séjour ou qui sont encore actuellement en psychiatrie, ceux-ci n'ayant pas forcément eu l'occasion de partager l'expérience de l'entente de voix de cette manière. De plus, il serait intéressant de les informer sur l'existence des groupes d'échange des entendeurs de voix et du REV français, s'ils souhaitent effectuer une démarche dans ce sens.

Pour rentrer en contact avec cette population nous avons envoyé plusieurs annonces à propos de cette recherche, visant les individus concernés ou les personnes qui dans leur entourage pourraient connaître des personnes qui seraient intéressées, à travers différents réseaux, notamment par mail aux étudiants et ainsi qu'aux personnels de l'université de Lorraine sur expression libre. Nous avons également adressé cette annonce à l'adresse mail du REV français qui pourrait éventuellement nous mettre en contact avec des personnes intéressées. Enfin nous sommes allé sur de nombreux forums s'intéressant au « paranormal », ou à la « spiritualité ». Deux sujets très différents mais qui pourtant rassemblent potentiellement des entendeurs de voix qui seraient dans un processus d'appropriation du phénomène par une explication non pathologique. Il s'agit d'une démarche que nous avons observé notamment lors du 8^{ème} congrès mondiale sur l'entente de voix à Paris par Will Hall (2016) et Ivan Barry (2016), mais aussi au sein même du groupe des entendeurs de voix de Lunéville.

Une deuxième population tout venante sera sélectionnée avec comme critère d'inclusion, des individus de plus de 18 ans et qui n'entendent pas de voix. Ces participants seront au nombre de 10 et principalement composés d'étudiants qui auront bien voulu répondre à la recherche. Cette deuxième population témoin va être utilisée comme élément de comparaison à l'une de nos hypothèses sur les événements de vie négatifs.

III.2 – Outils

Nous utiliserons le test du Rorschach développé par Hermann Rorschach (1942) selon le modèle théorique de l'école de Paris V avec notamment les travaux de Nina Rausch de Trautenberg (2000) ainsi que ceux de Chabert (2012), où l'exercice va être de codifier les réponses en se basant sur le système psychanalytique (avec notamment 1. la localisation, 2. le déterminant de la réponse, 3. le contenu, et 4. le qualitatif). Afin d'assurer la meilleure reproductibilité possible, la codification sera effectuée par plusieurs juges individuellement, puis les juges se concerteront en cas de désaccord afin de tendre à une codification convergente.

L'utilisation du Rorschach va permettre de faire ressortir la structure de personnalité de l'individu entendeur de voix selon le modèle théorique de Bergeret (2011).

Nous avons préféré ne pas utiliser « l'échelle d'auto-évaluation symptomatique transverse de niveau 1 du DSM-5 » pour les patients adultes, cet outil permettant plus une investigation pour repérer le ou les domaines dominant parmi les 13 répertoires (Dépression, colère, manie, anxiété etc.). Un des domaines est celui de la psychose, cependant seulement deux questions sont posées, et celle-ci ne permettent pas de clairement d'établir un diagnostic au niveau des items de critère A pour la schizophrénie et par conséquent ne nous permet pas non plus de tester nos hypothèses, notamment celle concernant l'évolution nosographique du manuel.

Notre choix d'outil diagnostique s'est donc porté sur la grille « d'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien » (EDSSPC²¹) en hétéro-évaluation qui recoupe les différents critères A du DSM-5 pour le diagnostic de la schizophrénie. Nous nous focaliserons principalement sur ces 5 premiers critères.

Cette échelle n'est pas forcément obligatoire pour le praticien qui peut donner son diagnostic sans elle, elle reste cependant conseillée. C'est dans cette optique que nous l'utiliserons comme support pendant les entretiens afin d'avoir une aide au diagnostic des critères du DSM pour la schizophrénie.

²¹ Annexe 2

L'échelle de sévérité est dimensionnelle et se place dans un continuum entre le normal et le pathologique comme nous avons pu l'observer dans notre revue de littérature. La possibilité des 5 choix de réponses se situe selon cet ordre « pas présent », « douteux », « présent mais léger », « présent et moyen » à « présent et grave », chacune de ces réponses est accompagnée d'une brève description qui a pour but d'aider dans le travail diagnostique. Aux vues de ses différentes possibilités il semble primordial de préciser sur cette échelle à partir de quel choix de réponse le critère A du DSM-5 est rempli, cette information n'est pourtant pas expliquée clairement dans le DSM-5, laissant également une grande part de subjectivité au choix de réponse.

Pour se faire il a été demandé de préciser à différents psychiatres du Centre Médico-Psychologique de Pont-à-Mousson à quel choix de réponses sur cette échelle de sévérité ils considèrent le symptôme comme présent et remplissant le critère de catégorie A du DSM-5. Il apparaît que dès le premier niveau d'apparition du symptôme il faut considérer le critère comme rempli, en restant vigilant à la durée des symptômes dans le temps.

L'utilisation de cet outil va permettre de mettre en évidence si l'évolution de la classification des troubles schizophréniques des DSM entraîne également des modifications de catégorisation pour un même entendeur de voix. Et ainsi étudier l'impact de la modification nosographique, notamment en se focalisant sur le principal changement de la classification qui porte sur le critère de « l'hallucination ». Le DSM-IV-TR considérait qu'« 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 » ce qui n'est plus le cas dans la nouvelle version.

Si certains items du EDSSPC peuvent laisser une part de subjectivité, estimer le degré de sévérité du critère « hallucination » pourra se faire plus facilement notamment avec l'outil suivant.

Nous utiliserons en parallèle l'entretien semi-directif de Maastricht auquel nous apporterons quelques modifications afin de répondre à nos hypothèses. L'entretien est notamment composé à la question n°3.3 d'une liste d'événements de vie séparé en catégorie, que l'enten-

deur de voix aurait pu vivre, celui-ci devant répondre en « oui-non » et préciser son âge au moment de l'événement. Cet aspect de l'outil permettait à leurs auteurs Romme et Escher (2000) d'observer si le fait d'entendre des voix pouvait être lié également aux facteurs environnementaux, autrement dit aux événements de vie négatifs.

Aussi, nous avons décidé d'inclure les items du questionnaire événementiel E.V.E pour adultes de Ferreri et al. (1987) qui ne sont pas présents dans la liste à la question 3.3 afin d'avoir un répertoire d'événements de vie le plus complet possible, 48 événements au lieu de 25²². Les catégories regroupant les items du questionnaire E.V.E ont également été préservés, et permettent une meilleure représentativité du contexte où les événements de vies sont survenus (Vie familiale, vie professionnelle, vie sociale, vie conjugale & affective, santé).

Nous ajouterons également une troisième colonne présente dans le questionnaire E.V.E qui permet de savoir si les événements vécus par l'individu l'ont été de manière traumatisante ou non. En posant cette nouvelle modalité, il paraît intéressant d'observer si la manière dont les événements de vie perçus par l'individu peuvent influencer sur le phénomène de l'entente de voix.

L'inventaire construit avec les événements de vie négatifs de l'entretien de Maastricht et du questionnaire E.V.E sera également utilisé de manière indépendante auprès de notre deuxième population de « non-entendeur de voix ». Afin d'étudier comparativement s'il existe une différence entre les deux groupes sur le nombre d'événements vécus mais aussi si certains éléments sont plus vécus dans un groupe que dans l'autre. Nous avons ajouté une 6ème catégorie (vie pendant l'enfance)²³ correspondant aux questions qui sont posées à la suite de l'entretien de Maastricht dans la partie 10 intitulé « expériences vécues dans l'enfance » et qui reprennent la problématique de la maltraitance et des abus pendant l'enfance.

Notre inventaire d'événement de vie, va nous permettre d'étudier s'il existe une corrélation positive ou négative entre les facteurs environnementaux (cumul d'événements, événements plus spécifiques, ou encore la façon dont sont perçus les événements) et l'expérience de l'entente de voix, notamment en comparant les résultats des deux groupes.

²² Questions et modifications de la question 3.3 disponible en annexe 6

²³ Annexe 7

III.3 – Passation

Suite aux réponses reçues pour participer à notre recherche sur la boîte mail conçue à cet effet, nous proposerons différentes dates pour rencontrer une première fois les participants individuellement.

Lors de cette première rencontre nous expliquerons dans un premier temps comment se déroulera l'entretien et ce que nous aborderons cette première séance. Puis nous poursuivrons en expliquant ce que nous aborderons lors du second entretien. Si l'entendeur consent toujours participer à notre recherche, il lui sera fourni un formulaire de consentement libre et éclairé qui lui permettra à tout moment de se retirer de la recherche.

La première séance d'une heure va consister dans la passation d'un Rorschach. Le choix d'utiliser en premier lieu l'outil projectif a pour but d'éviter que la passation de l'entretien semi-directif de Maastricht puisse influencer les réponses du Rorschach s'il avait été présenté en second. Un petit temps de discussion sera accordé à la fin de l'entretien, le test du Rorschach pouvant se révéler anxiogène pour certains individus après qu'ils l'aient réalisé.

Une seconde rencontre sera programmée avec l'entendeur pour ensuite explorer avec lui l'expérience de ses voix avec notre version de l'entretien semi-directif de Maastricht auquel nous avons intégré les différents outils développés dans les « outils » de la méthodologie. La durée de ce deuxième entretien est estimée à deux heures, nous proposerons donc à la personne si celle-ci souhaite la fragmenter en deux séances d'une heure. À la fin de chacune de ces rencontres, nous laisserons également un temps prévu à la discussion et aux éventuelles questions.

Aussi en parallèle des différents entretiens, il sera donné aux praticiens la fiche « d'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien » (EDSSPC) pour qu'il puisse évaluer la présence des critères A du DSM-5.

Une rencontre sera ensuite organisée avec la deuxième population de « non-entendeur », qui cette fois consistera simplement à remplir l'inventaire d'événements de vie négatif en hétéro-passation avec également un formulaire de consentement libre et éclairé.

III.4 – Hypothèses de travail

1. Un individu entendeur de voix rentrant dans les catégories diagnostics du DSM-IV-TR ou DSM-5 pour la schizophrénie ne dépendra pas forcément d'une structure psychotique.
2. Il y a une catégorisation différente dans le diagnostic donné à l'individu entendeur de voix en fonction du DSM-IV-TR et du DSM-5 notamment dû à l'évolution du critère A des « hallucinations ».
3. Un plus grand nombre d'individus entendeur de voix ont vécu des abus sexuels que les non-entendeurs.²⁴

Dans notre revue de littérature nous avons pointé certains biais, aussi nous ferons notre possible pour éviter d'en amener dans cette étude, notamment en faisant attention à l'illusion de corrélation, qui consiste à percevoir une relation entre deux événements non reliés ou encore à exagérer une relation qui est faible en réalité notamment sur notre hypothèse d'une incidence environnementale vis-à-vis de l'entente de voix. Nous ferons également attention au biais de confirmation pour nos hypothèses et à l'effet Rosenthal mis en évidence par Rosenthal et Jacobson (1968). Tout en respectant le code de déontologie des psychologues avec un réel souci éthique lors de cette recherche.

²⁴ Nous avons fait le choix de partir sur cet événement de vie négatif particulier qui est l'abus sexuel afin de vérifier un lien qui a souvent été fait avec l'entente de voix, notamment dans les travaux de Ensink (1992), Honig et al. (1998) ou Faccio et al. (2013).

IV – Résultats

IV.1 – Inventaire d'événements de vie

Pour pallier à la différence d'âge entre les différents participants entendeurs et non-entendeurs de voix, nous avons sélectionné tous les événements de vie négatifs antérieurs à l'âge de 22 ans ce qui correspond à l'âge du participant le plus jeune. Cette contrainte nous permet cependant d'appréhender les événements de vie vécus pendant l'enfance qui selon Romme et Escher (2000) peuvent installer une vulnérabilité et prédisposer à l'émergence de voix. Aussi nous préférons préciser dès le début de l'analyse de cet inventaire que nos résultats ne seront pas représentatifs vis-à-vis du faible échantillon dont nous disposons, nous sélectionnerons donc de manière privilégiée les items les plus représentatifs vécus par les deux entendeurs de voix qui n'ont pas ou peu été vécu par le groupe témoin, avec une attention particulière à la dimension traumatique des événements. Nous espérons pouvoir faire ressortir certains éléments qui malgré ce biais pourraient avoir valeur d'argument.

Le groupe des non-entendeurs représente ici notre groupe témoin, et est composé d'individus de plus de 18 ans qui n'ont jamais fait l'expérience du phénomène de l'entente de voix afin de comparer les événements de vie négatifs qu'ils ont vécus avec les événements de vie négatifs vécu par le groupe clinique des entendeurs de voix. Si l'on s'intéresse au nombre total d'événements vécus par les non-entendeurs nous avons pu établir une moyenne $\bar{x} = 12,5$ événements de vie négatifs vécus sur 53, avec un écart type $\sigma = 7.89$ pour deux chiffres significatifs derrière la virgule. Le participant ayant la valeur la plus haute compte 33 items, et le participant avec la valeur la plus basse en compte 3. Pour le groupe des entendeurs nous obtenons pour le même âge une moyenne de $\bar{x}' = 17$ avec un écart type $\sigma = 2$. Nous pouvons noter un plus grand nombre d'événements de vie négatifs pour le groupe clinique.

En reproduisant ce calcul avec le nombre d'événements traumatiques nous avons obtenu pour le groupe témoin une moyenne de $\bar{y} = 4,5$ et un écart type égal à $\sigma = 4.98$. Nous pouvons compter 17 items pour l'individu qui compte le plus d'événements considérés comme traumatiques et 0 pour celui qui en compte le moins. Pour le groupe clinique nous avons calculé une moyenne $\bar{y}' = 11,5$ pour un écart type de $\sigma = 6,5$. Donc un plus grand nombre d'événements traumatisants pour le groupe des entendeurs de voix.

Tableau 1		Non entendeur de voix		Entendeur de voix	
VIE FAMILIALE Parents, frères, sœurs, Grands parents etc.		Événements Vécus %	Événements Traumatique %	Événements Vécus %	Événements Traumatique %
1	décès père-mère (P) (N)	0%	0%	100%	100%
2	décès d'un membre de la famille	90%	20%	100%	50%
3	mésentente entre les parents	30%	20%	50%	50%
4	séparation-divorce des parents	40%	10%	0%	0%
5	changement dans la composition familiale (naissance, départ etc.)	40%	10%	100%	50%
6	changement dans le mode de vie (déménagement, émigration etc.)	80%	0%	100%	100%
7	maladie physique ou psychique d'un membre de la famille	40%	30%	0%	0%
8	séparation d'avec la famille	50%	0%	50%	50%
9	vivre seul pour la 1ere fois	70%	10%	100%	0%
10	décès d'un animal domestique très cher	50%	20%	0%	0%
11	AUTRES événements familiaux	30%	30%	0%	0%

Dans le Tableau 1²⁵ qui traite de la sphère familiale, le premier item intéressant à analyser parmi la sélection des événements de vie vécus avant 22 ans est celui du « décès du père ou de la mère ». Dans notre groupe témoin, nous pouvons observer que 0% des participants répondent à ce critère contre 100% pour le groupe clinique avec le décès du père. De plus, cet événement a été considéré comme traumatique par toutes les participantes. Nous pouvons également relever l'item 6, où 80% des non-entendeurs de voix ont vécu « changement dans le mode de vie » il a été vécu de manière non traumatisante pour tous, alors que cet événement a été vécu par la totalité du groupe clinique et qu'il a également été considéré comme un événement traumatique à 100%.

Les items 4 (séparation-divorce des parents), 7 (maladie physique ou psychique d'un membre de la famille), 10 (décès d'un animal domestique très cher) et 11 (AUTRES événements familiaux) n'ont pas été vécus par le groupe des entendeurs de voix. Les items 2 (décès d'un membre de la famille), et 8 (séparation d'avec la famille) ont été vécu de manière équivalente par les deux groupes.

Et enfin concernant les items 3 (mésentente entre les parents), 5 (changement dans la composition familiale), et 9 (vivre seul pour la 1ere fois) nous pouvons noter un manque de significativité ce qui ne nous permet pas de tirer des éléments d'informations.

²⁵ Récapitulatif des tableaux des événements de vie négatifs disponible en annexe 8

Tableau 2		Non entendeur de voix		Entendeur de voix	
VIE PROFESSIONNELLE		Événements Vécus %	Événements Traumatique %	Événements Vécus %	Événements Traumatique %
12	entrée dans la vie active	10%	10%	100%	50%
13	licenciement-chômage	0%	0%	0%	0%
14	mise à la retraite/incapacité de travail	0%	0%	0%	0%
15	conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues etc.)	20%	10%	50%	0%
16	changements de situation professionnelle (de travail, de patron etc.)	10%	10%	50%	50%
17	commencer des études/un cours	70%	0%	100%	50%
18	échouer à un examen	40%	10%	50%	0%
19	AUTRES événements professionnels (accident, recyclage etc.)	10%	0%	0%	0%

Le deuxième tableau que nous présentons traite de la sphère professionnelle et le premier élément d'information que nous pouvons noter concerne l'élément 12 (entrée dans la vie active) qui a été vécu par seulement 10% du groupe témoin, pour l'ensemble du groupe clinique. Cet événement ayant été ressenti par la moitié d'entre eux comme traumatisant.

Nous pouvons constater que l'élément 18 (échouer à un examen) a été vécu de manière à peu près équivalente dans les deux groupes.

Les items 13 (licenciement-chômage), 14 (mise à la retraite/incapacité de travail), et 19 (AUTRES événements professionnels) n'ont pas été recensés par le groupe clinique.

Les items restant, à savoir, 15 (conflits professionnels), 16 (changements de situation professionnelle) et 17 (commencer des études/un cours) nous apporte peu d'éléments d'information.

Tableau 3		Non entendeur de voix		Entendeur de voix	
VIE SOCIALE		Événements Vécus %	Événements Traumatique %	Événements Vécus %	Événements Traumatique %
20	service militaire	10%	0%	0%	0%
21	changement de vie matérielle (habitat, problème financier etc.)	30%	10%	50%	50%
22	décès dans votre entourage	40%	20%	0%	0%
23	conflits avec la société (procès, prison etc.)	20%	0%	0%	0%
24	AUTRES événements sociaux	20%	20%	0%	0%

Le tableau 3 aborde la vie sociale des participants. Cependant les items 20 (service militaire), 22 (décès dans votre entourage), 23 (conflits avec la société) et 24 (AUTRES événements sociaux) n'ont pas été vécu par le groupe clinique, et l'item 21 (changement de vie matérielle) a peu de valeur informative.

Tableau 4		Non entendeur de voix		Entendeur de voix	
	VIE CONJUGALE & AFFECTIVE Conjoint, partenaire, Enfant	Événements Vécus %	Événements Traumatique %	Événements Vécus %	Événements Traumatique %
25	relation affectives-mariage	30%	10%	50%	0%
26	mésentente avec le conjoint ou la partenaire	20%	10%	50%	50%
27	séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire	50%	20%	0%	0%
28	décès du conjoint-partenaire	0%	0%	0%	0%
29	naissances des enfants	0%	0%	50%	0%
30	départ d'enfant	0%	0%	0%	0%
31	décès d'enfant	0%	0%	0%	0%
32	maladie physique ou psychique de conjoint-partenaire-enfant	10%	10%	0%	0%
33	tomber amoureux et être éconduit	60%	0%	0%	0%
34	changements inattendus dans votre relation, comme votre infidélité ou un partenaire infidèle	20%	10%	0%	0%
35	assister à une séance de spiritisme, un rituel satanique, un événement spirituel	30%	10%	0%	0%
36	problèmes au sein d'une communauté religieuse / secte	10%	0%	0%	0%
37	AUTRES événements affectifs (choc affectif, solitude etc.)	10%	10%	50%	50%

Le quatrième tableau traite de la vie conjugale et affective des participants. Nous n'avons pas relevé d'items ayant été vécu par tous les entendeurs de voix et qui pourraient être significatifs dans notre étude, aussi nous pouvons exclure les items 25(relation affectives-mariage), 26 (mésentente avec le conjoint ou la partenaire), 29 (naissances des enfants), et 37 (AUTRES événements affectifs), qui possèdent peu de valeur argumentative car ceux-ci n'ont été vécus que par un seul représentant du groupe, soit 50% des entendeurs de voix, outre leur valeur traumatique.

Aussi, dans ce tableau, de nombreux items n'ont pas concerné le groupe clinique, notamment les éléments 27 (séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire), 28 (décès du conjoint-partenaire), 30 (départ d'enfant), 31 (décès d'enfant), 32 (maladie physique ou psychique de conjoint-partenaire-enfant), 33 (tomber amoureux et être éconduit), 34 (changements inatten-

us dans votre relation, comme votre infidélité ou un partenaire infidèle), 35 (assister à une séance de spiritisme, un rituel satanique, un événement spirituel) et 36 (problèmes au sein d'une communauté religieuse / secte).

Tableau 5		Non entendeur de voix		Entendeur de voix	
Événements concernant votre SANTÉ		Événements Vécus %	Événements Traumatique %	Événements Vécus %	Événements Traumatique %
38	maladie/ blessure physique importante	20%	20%	50%	50%
39	dépression traitée mais sans hospitalisation	20%	20%	0%	0%
40	dépression traitée et avec hospitalisation	0%	0%	0%	0%
41	tentative de suicide	10%	10%	50%	50%
42	grossesse-accouchement	0%	0%	0%	0%
43	avortement	0%	0%	50%	50%
44	ménopause	0%	0%	0%	0%
45	admission dans un hôpital général ou subir une anesthésie	70%	0%	50%	50%
46	admission dans un hôpital psychiatrique	0%	0%	0%	0%
47	confrontation à des formes de sexualité moins bien acceptées socialement (homosexualité, exhibitionnisme etc.)	20%	0%	0%	0%
48	AUTRES éléments de santé (alcoolisme, handicap etc.)	0%	0%	0%	0%

Le tableau 5 qui aborde cette fois ci les événements de vie concernant la santé des individus, selon nos critères de sélection nous apporte peu d'informations, en effet, les items 39 (dépression traitée mais sans hospitalisation), 40 (dépression traitée et avec hospitalisation), 42 (grossesse-accouchement), 44 (ménopause), 46 (admission dans un hôpital psychiatrique), 47 (confrontation à des formes de sexualité moins bien acceptées socialement), et 48 (AUTRES éléments de santé) n'ont pas été vécus par le groupe des entendeurs de voix.

Les items 38 (maladie/ blessure physique importante), 41 (tentative de suicide), 43 (avortement), et 45 (admission dans un hôpital général ou subir une anesthésie) n'ont été vécus que par un seul entendeur de voix et ne sont donc pas représentatifs.

Tableau 6		Non entendeur de voix		Entendeur de voix	
vie pendant L'ENFANCE		Événements Vécus %	Événements Traumatique %	Événements Vécus %	Événements Traumatique %
49	maltraitance psychologique	20%	20%	100%	100%
50	maltraitance physique	30%	20%	0%	0%
51	punitions étranges (ex: être enfermé dans les toilettes ou être ligoté)	20%	10%	50%	50%
52	subis des abus sexuels	0%	0%	100%	50%
53	AUTRES éléments pendant l'enfance (harcèlement, témoins de maltraitance)	30%	30%	50%	50%

Dans le dernier tableau, à savoir le tableau 6, qui s'intéresse à certains événements de vie pendant l'enfance, nous pouvons retrouver l'item 49 (maltraitance psychologique) qui a été vécu par les deux entendeurs de voix, pour 20% participants de notre groupe témoin. Aussi cet élément a été considéré comme traumatique par le groupe clinique. L'autre élément de cet inventaire que nous avons pu relever est l'item 52 (subis des abus sexuels) qui a été vécu par 100% du groupe des entendeurs et pour 50% comme traumatique, alors que le groupe témoin n'a pas vécu cet événement.

Les items 51 (punitions étranges) et 53 (AUTRES éléments pendant l'enfance) ont été vécus par 50% de notre groupe clinique, et toujours selon nos critères de sélection, nous renseigne peu.

Enfin le dernier item 50 (maltraitance physique) n'a pas été vécu par les participants entendeurs de voix.

IV.2 – Analyse clinique

Suite à l'annonce postée sur différentes plates-formes de diffusion, nous avons été contacté par deux entendeuses de voix, Jeanne et Paulette. Dans cette partie, nous nous efforcerons de travailler de manière qualitative sur les différents entretiens menés avec elles deux, en synthétisant les réponses pertinentes à l'entretien semi-directif de Maastricht afin de tenter d'expliquer l'apparition de ce phénomène. Nous verrons également les résultats des différents outils que nous avons utilisé à savoir ceux du test de Rorschach pour appréhender la structure de personnalité²⁶ des participantes et les résultats de la grille en hétéro-passation du DSM-5.

IV.2.1 – Le cas de Jeanne

IV.2.1.a – Données de l'entretien de Maastricht

Jeanne est une femme âgée de presque soixante-dix ans et qui se présente comme une médium, psychanalyste, entendeuse de voix et avec le désir sincère de répondre à notre étude. C'est de manière non lucrative qu'elle exerçait ses deux professions jusqu'à récemment où elle a décidé de rendre ses consultations psychanalytiques payantes. Elle est aujourd'hui mariée et mère de 2 enfants. Jeanne a un frère décédé aujourd'hui, un autre frère et une sœur qu'elle ne voit plus. Elle nous dit n'avoir jamais connu son père biologique qui est décédé lorsqu'elle était très jeune, ce sujet est resté un tabou avec sa mère.

Nous nous sommes rencontrés à cinq reprises, pour des rencontres d'une durée de 1 heure à 1 heure et demie, pour échanger et réaliser les différentes passations.

Tout d'abord concernant ses voix, Jeanne les définit comme « des ondes de radios muettes » qui apparaissent distinctement en elle comme « une certitude absolue », aussi il n'y a jamais plusieurs voix en même temps . Parfois cette expérience se manifeste directement dans sa tête et d'autres fois, les voix proviennent de l'environnement comme si quelqu'un s'adressait à elle. Ces deux catégories de voix sont cependant inaudibles pour les autres per-

²⁶ Conformément à notre méthodologie les résultats ont été cotés par plusieurs examinateurs afin d'augmenter la validité inter-juge.

sonnes présentes avec elle. Jeanne semble attribuer leur origine aux esprits, les voix sont egodystoniques, c'est-à-dire qu'elles ne semblent pas perçues comme provenant d'elle même, mais plutôt d'une affinité avec le monde de la spiritualité. Cependant elle ne considère pas faire partie d'une minorité qui possède un don extraordinaire qui lui aurait été conféré par « quelque chose de supérieur ». Les voix qu'elle entend ne proviennent pas de personnes qu'elle connaît personnellement ou qu'elle a connu, il s'agit selon elle de personnes décédées qui se présentent à elle en lui donnant parfois leurs noms et prénoms. Parmi ces personnes, nous retrouvons une certaine hétérogénéité d'individu, comme des saints, des personnages historiques, « l'esprit de la détermination », mais aussi plus simplement des personnes qui lui sont inconnues, dans certains cas, Jeanne dit ne pas avoir réussi à identifier les personnes s'adressant à elle.

Les voix sont entendues à n'importe quel moment sans déclencheur précis mais après réflexion de sa part celles-ci seraient peut être plus présentes le soir lorsqu'elle médite. Jeanne dit ne « pas gérer le contact », celui-ci s'impose à elle, mais elle reste en mesure de ne pas y répondre et d'attendre un moment plus propice. De manière générale ce phénomène la rend « contente » car dans certains cas cela l'empêche « de faire de mauvaises rencontres » et lui apporte un soutien moral.

Le contenu des voix est majoritairement positif, parfois neutre, mais « jamais négatif ». Jeanne nous apprend plus tard qu'elle entend aussi des « mauvais esprits » avec des contenus négatifs (« agressivité », « idées salaces ») mais elle arrive à filtrer et contrôler les contacts notamment en leur envoyant de l'amour.

Jeanne nous dit que les voix se manifestent parfois quand elle se trouve en difficulté, pour lui apporter de l'aide, ou des conseils qui l'a font réfléchir. Aussi les voix évoquées par Jeanne sont essentiellement masculines et toutes sont adultes même si un âge précis reste difficile à établir pour l'entendeuse.

Lorsque Jeanne entend des voix, elle met des stratégies soit pour se concentrer sur le contenu soit pour arrêter le contact. Nous pouvons notamment retrouver des stratégies cognitives (chasser les voix, se concentrer sur l'écoute, écouter sélectivement, faire un marché avec les voix, instaurer des limites), comportementale (écrit ce qu'elles disent), mais aucune stratégie physique. Parmi ces stratégies, elle se concentre systématiquement sur les voix. Jeanne ar-

rive à avoir du contrôle sur les voix, mais elle l'utilise uniquement pour bloquer les « mauvais ».

Jeanne a entendu pour la première fois, vers 12 ans, un grand bruit, avec une sorte de vrombissement latent suivi de sirènes de pompiers et de cris alors qu'elle se trouvait un soir avec sa famille. Personne n'a pu entendre ce qu'elle essayait de décrire ce qui a amené sa mère et son beau-père à la rejeter. Le lendemain, ils apprirent le drame dû à la rupture du barrage de Malpasset. Ce qui a entraîné un rejet encore plus fort de la part de sa famille qui a associé la catastrophe et les perceptions de Jeanne.

Puis pendant 25 ans elle ne vécut plus cette expérience jusqu'à un grave accident de voiture qui la laissa sévèrement handicapée. Suite à ce traumatisme Jeanne est devenue tétraplégique, puis après 3 ans de rééducation, alors que les médecins envisageaient au mieux une paraplégie, elle réussit à remarcher normalement. C'est pendant cette rémission que les voix ont commencé à se manifester et lui ont notamment apporté aide et conseils.

L'entendeuse de voix a d'abord eu une phase de rejet devant cette expérience « je pensais que j'étais folle », puis après un temps d'adaptation où elle s'est peu à peu habituée aux voix et était moins réfractaire à les écouter. Vint une phase d'acceptation et d'appropriation « folle ou pas folle le résultat était là », c'est après cette expérience qu'elle a commencé à assimiler les voix à la médiumnité.

Ces 3 phases décrites par Jeanne ressemblent notamment aux 3 phases développées par Romme et Escher (1989) à savoir la phase d'effroi qui se produit quand la personne est encore dépassée par les voix, puis la phase d'organisation, où la personne va s'habituer et chercher un moyen d'y faire face, et pour finir la phase de stabilisation lorsque l'anxiété est moins présente et la relation avec les voix plus équilibrée. Le contenu des voix s'applique clairement à l'individu et est davantage approprié.

Aujourd'hui l'entourage de Jeanne est au courant de l'expérience qu'elle vit, tous attribuent les voix à la médiumnité sur un versant non pathologique et sont très soutenant avec elle, c'est d'ailleurs une de ses nièces qui nous a mis en relation.

Si nous suivons le modèle de Romme et Escher (2000) pour tenter d'expliquer l'origine de l'entente de voix chez Jeanne, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'un certain nombre de fragilités durant l'enfance et dans sa vie, suite à des événements de vie négatifs, auraient pu provoquer une certaine vulnérabilité la prédisposant à l'apparition de voix. L'inventaire d'événements de vie que nous avons réalisé avec Jeanne a relevé 39 événements de vie négatifs vécus dont 27 traumatisants. Nous pensons notamment à l'absence d'un père couplé à la présence d'un beau-père qui a tenté à de multiples reprises de la violer, sans jamais réussir, avec la complicité passive de la mère « si tu ne tournais pas du cul autour de lui ». Cette situation a entraîné une première tentative de suicide par noyade en sautant du haut d'une péniche, suite à cet incident Jeanne se fit émanciper à 17 ans. Nous avons relevé également la mésentente entre sa mère et son beau-père pendant son adolescence avec des violences physiques envers sa mère devant elle, ses frères et sa sœur, jusqu'au départ de Jeanne. Ce changement brutal de vie a été considéré comme très difficile par Jeanne, la solitude l'amenant même à faire une deuxième tentative de suicide médicamenteuse à 18 ans après un avortement en Suisse (cela étant encore interdit en France à cette époque). Suite à cette deuxième tentative Jeanne dit avoir vécu une expérience de mort imminente négative où elle aurait entendu « heure de décès », ce qui a déclenché chez elle une angoisse très forte vis-à-vis de la mort pendant 10 ans, parlant même de « phobie ».

Toujours selon le modèle de Romme et Escher (2000) il existe un certain nombre de « circonstances précipitantes » qui coïncident avec l'apparition des voix, chez Jeanne il pourrait s'agir de son violent accident de voiture et de ses séquelles avec un étayage familial peu présent et une rupture professionnelle due à son incapacité de travail, tous ces éléments amenant à un sentiment d'impuissance.

Son ouverture à la spiritualité notamment avec « l'incarnation » (qui correspond à la période de vie de chacun), « l'au-delà », et « le monde astral » (où certaines personnes restent bloquées après leur mort) a pu apporter une réassurance sur le sentiment d'inéluctabilité de la mort en ouvrant un monde des possibles. De plus cette appropriation des voix lui permet d'appréhender ce phénomène de manière non pathologique.

IV.2.1.b – Analyse du Rorschach²⁷

Psychogramme résumé				
Production	Appréhension	Déterminants	Contenus	Qualitatif
R= 19 T = 7'07" T/R= 22"	G%= 31,58% ΣG+= 3/6 D%= 68,42% Dd%= 10,53% D/bl= 0% Di%= 0% TA= $\overline{G} - \underline{D} - Dd$ Succession incohérente	F%=52,63% F+= 45% TRI= 1/3 extratensif FS= 4/0 introversive RC%= 31,58% ambiéqual	H%= 5,26% A%= 42,11% IA%= 5,26% (Anat =1)	Ban = 3 (ban) = 3 Crit obj = 3 Yeux = 1 Ref phall = 2 Persp anale = 2 Devit = 2 Choc R = 1 Comb fab = 2 Eq choc = 1 Rep inf = 1 Symb = 1 Confab = 2 Rem C = 3 Rem lien = 1 Defect = 1

Contenu latent

Si l'on s'intéresse maintenant au contenu latent des différentes planches, la première planche compacte, représenterait le premier objet d'investissement et de prise de contact avec le monde du sujet, à savoir la figure maternelle selon Anzieu (1960), nous pouvons observer que cette planche a été choisie par Jeanne comme l'une des planches les moins aimées.

La réponse R1 (« Ah la fameuse chauve-souris, une chauve-souris qui s'envole »), est une réponse de bonne qualité formelle avec une image du corps intégré, pourrait venir appuyer une bonne capacité d'adaptation de Jeanne avec une mobilisation de ses ressources psychiques

²⁷ Protocole de Jeanne en annexe 9.

pour faire face et s'adapter à cette première planche, « source de rencontre avec l'inconnu » comme décrit par Richelle et al. (2009). Cette réponse montre également une représentation de soi-même unitaire.

La dynamique de la planche 1 est régrédiente avec une détérioration progressive des contenus, comme nous pouvons le voir avec R2 (« On pourrait dire qu'on y voit des yeux partout, les petits points noirs pourraient être des yeux ») et R3 (« Des mandibules ») qui sont des représentations de soi fragmenté. Pour R2 nous pourrions ajouter que la réponse pourrait renvoyer à un vécu de type paranoïde dans le rapport au monde extérieur

Dans la planche 2 qui réactive les dimensions sexuelles et relationnelles, nous pouvons observer l'absence de kinesthésie dans les réponses ce qui manifeste l'absence de mise en relation.

Nous pouvons aussi voir une image corporelle fragilisée avec R7 (« Les taches rouges au-dessus ça ne m'inspire pas plus que ça, ça peut être tellement de choses »). Les mouvements pulsionnels d'abord activés avec le rouge en R4 (« On dirait un papillon, avec les pattes arrière ») sont ensuite évités avec R7. Il semblerait que la planche suive une dynamique régrédiente.

La troisième planche, notamment avec R8 (« Deux femmes africaines qui cuisinent ») montre une image de soi suffisamment stable et unitaire pour qu'elle puisse s'identifier à l'humain avec une bonne identification sexuée. Aussi, dans cette même réponse Jeanne montre qu'elle est en mesure de voir l'humain en interaction.

Sa pulsionnalité est de nouveau sollicitée avec la présence du rouge, mais sa réponse R9 (« On pourrait dire que leur mental est extérieur à elles ») semble montrer qu'elle ne l'intègre pas-traduisant peut-être une difficulté à gérer cette émergence. La dynamique de cette planche est régrédiente avec une détérioration du contenu.

La quatrième planche qui est la planche phallique et de relation à l'autorité, et généralement par extension la planche paternelle, elle est la seconde planche la moins aimée par Jeanne. De plus lors de la passation, nous avons pu coter « Eq choc » signifiant la présence

d'une montée d'angoisse. Son unique réponse à la planche ne permet pas de dégager la dynamique de celle-ci, cependant le choix de réponse pour R10 (« Ça ressemble à des monstres des Minimoys (rire) ») montre le mécanisme de défense de régression mis en place pour mettre à distance cette représentation de l'autorité symbolisée par « des monstres », ce qui pourrait témoigner d'une certaine souplesse du fonctionnement de Jeanne.

La planche 5 du narcissisme et de la représentation de soi, avec la réponse R11 (« C'est la chauve-souris qui s'envole, qui ouvre grande ses ailes ») nous informe d'une bonne assise identitaire, le contenu n'est pas détérioré et même si la valeur informative de cette planche est limitée, nous pouvons imaginer une bonne adaptation à la réalité que nous avons aussi retrouvée avec le F% du psychogramme.

Sur la planche 6 nous pouvons constater une tonalité anxieuse comme première réaction (« ça m'inspire pas du tout (rire) »). Ici, Jeanne éprouve une difficulté à exposer une représentation unitaire d'un corps ou d'un objet avec R12 (« Comme une espèce de percée qui pourrait permettre à cette chose de se libérer et d'ouvrir ses ailes ») où la forme est indéterminée ce qui peut indiquer une fragilité identitaire. Devant la symbolique sexuelle, la réponse de Jeanne pourrait être une projection délirante pour s'émanciper de cette surcharge phallique.

Le contenu latent de la septième planche fait référence à la figure maternelle, la réponse de Jeanne R13 (« Un archipel avec une belle anse pour les plus beaux bateaux ») nous montre une symbolisation maternelle dévitalisée mais aussi idéalisée avec une valence positive. L'humain n'est pas perçu ce qui pourrait relever d'un contentieux important avec la mère.

Devant la planche 8 Jeanne ressent un soulagement devant la couleur (« Ah des couleurs en plus c'est la couleur que j'adore ») ce qui pourrait signifier que l'entendeuse de voix est en train de sortir de la dépression. Aussi, le choix de l'animal que l'on voit est très représentatif de nous même, dans la réponse R 14 (« Deux animaux identiques un genre de canidé, un gros chien relié à des pôles par la patte arrière et la patte avant ») Jeanne perçoit dans un premier temps deux animaux, ce qui relève d'une représentation d'elle-même peu détériorée,

pour ensuite n'en percevoir qu'un ce qui pourrait relever d'un repli narcissique et éventuellement d'un besoin de rassembler contre l'angoisse de morcellement.

L'avant dernière planche révèle chez Jeanne une intégrité du corps altérée avec R16 (« Je vois une espèce d'ossature au centre qui semble tenir le tout »). La représentation de l'image maternelle dans son vécu prégénital est au premier plan dans la planche 9, et la réponse de Jeanne montre une représentation attaquée et fragile avec un besoin de rassembler, que l'on pourrait mettre en lien avec l'angoisse de morcellement.

Devant cette planche Jeanne verbalise à nouveau une sensibilité à la couleur avec R15 (« Des belles taches de couleurs ») même si aucune forme précise n'y est associée. Aussi cette planche est celle qu'elle a choisie pour se représenter et est l'une de ses deux planches préférées.

La dernière planche n'a pas semblé réveiller une angoisse de séparation chez Jeanne, qui verbalise de nouveau une sensibilité à la couleur (« C'est joli comme tout ça »). Nous pouvons supposer que cette sensibilité qui se répète sur les planches 8, 9 et 10 vient refléter la sensibilité de l'entendeuse de voix dans ses expériences de relation à l'autre et à l'environnement avec cependant une difficulté à articuler les deux, en effet les verbalisations positives dues à la couleur n'étant jamais mises en lien avec un contenu ou une forme précise.

Elle a également choisi cette dixième planche comme l'une de ses planches préférées et la planche pour représenter sa mère. Cependant quand elle lui a attribué, elle a bien précisé que c'était « comment ma mère aurait aimé se représenter », ce qui ne correspondrait pas à la réalité de Jeanne.

Le premier contenu de cette planche R17 (« Une notion d'ascension ») n'a pas de forme déterminée, il nous indique un besoin de rassembler en une unité les différents éléments de la planche pour contrer l'angoisse de morcellement, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette réponse de Jeanne représente une défense hypomane.

La R18 (« Deux petites bestioles pas très avenantes qui restent à l'extérieur ») nous renseigne ici sur une projection paranoïde que nous révérons dans les relations d'objet.

Enfin, R19 (« En regardant bien un peu des fantasmagories des formes qui représentent des animaux ») témoigne d'une difficulté à percevoir des détails de la planche de manière précise.

Aussi nous pouvons noter que Jeanne n'a pas utilisé de planche pour représenter son père qu'elle n'a pas connu, celui-ci étant décédé alors qu'elle était très jeune. De la même manière elle n'a pas souhaité identifier la figure de remplacement paternel à savoir son beau-père qui pourrait être représenté par la figure de l'autorité planche 4, planche par ailleurs dépréciée.

Représentation de soi et relation d'objet

Nous abordons ensuite de manière synthétique un travail d'analyse sur la « représentation de soi »²⁸ qui a relevé un total de 5 réponses entières unitaires, dont 3 sexuées, 7 réponses non unitaires, dont 1 sexuée, et enfin 7 réponses fragmentées.

Concernant la relation d'objet sur un total de 5 kinesthésies nous avons relevé essentiellement de petites kinesthésies, préférentiellement des kinesthésies animales, soit 3 kan pour 1 kob. Aussi, nous n'avons pu identifier qu'une seule grande kinesthésie faisant interagir l'humain notamment dans la planche 3 avec R8. Les grandes kinesthésies renvoient la plupart du temps à un registre Œdipien là où les petites kinesthésies renvoient plutôt au registre préœdipien. Devant cette observation nous pouvons déjà supputer que la structuration de Jeanne se situe au niveau préœdipien.

Parmi ses relations d'objet, R8 (« Deux femmes africaines qui cuisinent ») témoigne d'un niveau génital œdipien dans une interaction positive.

Nous avons ensuite pu relever 3 relations d'objet (R1, R11 et R12) en terme de relation de posture, R11 (« C'est la chauve-souris qui s'envole, qui ouvre grandes ses ailes ») a notamment retenu notre attention et pourrait traduire une projection de « grandiosité ». Enfin, 1 relation d'objet qui témoigne d'un niveau psychotique paranoïaque avec R18 (« Deux petites bestioles pas très avenantes qui restent à l'extérieur ») notamment avec la projection des intentions malveillantes.

²⁸ Détail de la représentation de soi et relation d'objet de Jeanne disponible en annexe 10.

Sur les trois catégories comprenant la représentation de soi celles-ci sont presque équivalentes, il y a une légère différence avec un peu plus de réponses non unitaires et fragmentées que l'on pourrait expliquer par les nombreux traumatismes vécus par Jeanne qui démontre une représentation de soi attaquée sur le plan narcissique. De plus avant la passation du test, Jeanne venait d'apprendre qu'une opération du genou lui serait nécessaire, ce qui a pu représenter un biais notamment en réactivant le traumatisme du grave accident vécu plus jeune.

Aussi les relations à l'objet sont majoritairement sur un versant limite narcissique de relation de posture, avec également un plus grand nombre de petites kinesthésies. Si nous articulons ces résultats avec notre analyse du contenu latent et du psychogramme nous pouvons émettre l'hypothèse que l'organisation dominante est probablement un fonctionnement limite.

IV.2.1.c – Évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques du DSM-5

Les différentes rencontres nous ont également permis de remplir, en hétéro-passation, l'échelle de l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques du DSM-5 que nous avons répertorié dans le tableau ci-dessous. Ce qui nous permet de rendre compte d'un éventuel diagnostic de schizophrénie pour le DSM-5 et pour le DSM-IV-TR. Comme annoncé dans notre méthode nous nous focaliserons ici sur les 5 critères diagnostiques de la schizophrénie des deux nosographies, à savoir l'hallucination, les idées délirantes, le discours désorganisé, le comportement désorganisé ou catatonique, et les symptômes négatifs.

Domaine	0 : Pas présent	1 : Douteux	2 : Présent mais léger	3 : Présent et moyen	4 : Présent Et grave
I - Hallucinations.			X		
II – Idées délirantes	X				
III – Discours désorganisé	X				
IV – Comportement Psychomoteur anormal	X				
V – Symptômes négatifs (restriction de l'expression émotionnelle ou aboulie)	X				
VI – Déficit cognitif	X				
VII – Dépression	X				
VIII – Manie	X				

Concernant le critère de l'hallucination, les informations recueillies dans l'entretien de Maastricht nous ont permis de coter que celles-ci sont « présentes mais légères ». Concernant le type d'hallucination celles-ci sont de type acoustico-verbales (HAV), et Jeanne exprime n'avoir aucune pression à agir en fonction d'elles et ajoute n'avoir jamais été ennuyée par les voix.. Selon elle, les voix se manifesteraient toujours dans un cadre non contraignant, ou elles attendent que Jeanne soit « disponible pour les recevoir ». Les voix se manifestent également pour commenter ses actions.

En ce qui concerne la question des idées délirantes, il peut être difficile de faire la distinction entre une idée délirante et une croyance fortement ancrée. Le DSM-5 offre une aide limitée pour la distinction entre les deux, celle-ci pourrait se réaliser « en fonction du degré de conviction avec lequel la croyance est soutenue en dépit de preuves contraires, claires et rationnelles à propos de la véracité ». Il est difficile de trouver des preuves empiriques contraires concernant la croyance d'un individu sur le fait qu'il soit médium. La médiumnité et les sciences comme la psychologie se positionnent sur un référentiel tout à fait différent concernant la perception au monde ; de la même manière que l'on ne peut considérer la croyance religieuse d'un individu comme des idées délirantes malgré l'absence de preuves rationnelles. La croyance d'être médium reflète la façon dont Jeanne s'est appropriée les voix, l'appropriation étant un élément très important chez les entendeurs de voix.

Nous nous sommes donc focalisé sur de possibles incohérences ou contradictions qui pouvaient ressortir dans le discours de Jeanne, ainsi qu'aux différents thèmes des idées délirantes²⁹ qui auraient pu apparaître. Aussi, si nous reprenons les termes du DSM-5 qui considère que « les personnes peuvent exprimer une variété de croyances étranges ou inhabituelles qui n'atteignent pas des proportions délirantes (ex. des idées de référence ou des pensées magiques) », nous pouvons alors considérer que Jeanne n'a pas manifesté d'idées délirantes lors de nos rencontres.

En ce qui concerne le critère suivant, nous n'avons pas considéré le discours de Jeanne comme désorganisé. En effet, dans les différents entretiens nous n'avons rencontré aucune dif-

²⁹ Pour les rappeler rapidement : la persécution, la revendication, la jalousie, l'érotomanie, la mégalomanie, le sacré ou le mystique, la filiation, l'influence, la référence, l'hypocondrie et la ruine.

ficulté à suivre son discours, et nous n'avons pas répertorié de « coq-à-l'âne » ou d'incohérence, en d'autres termes, de rupture ou de débrayage. Ruptures ou débrayages qui viennent modifier l'architecture conversationnelle du discours et qui produisent certaines incongruités selon Trognon et Musiol (2000).

Aussi, le comportement psychomoteur de Jeanne n'a pas révélé d'anormalité ou de « comportement moteur bizarre ». La posture adoptée n'était ni rigide, ni inappropriée ou bizarre, elle n'était pas non plus dans une position de mutisme ou de stupeur. Installée de manière décontractée, elle pouvait accompagner son discours de gestes ne relevant pas d'une agitation catatonique (activité motrice sans but). Nous n'avons pas non plus relevé de mouvements stéréotypés, de fixité du regard, de grimaces inopportunes ou encore d'écholalie.

Enfin pour le dernier critère, nous avons constaté l'absence de symptômes négatifs. En effet l'expression émotionnelle s'est révélée normale, notamment lorsque nous avons abordé l'inventaire d'événements de vie, pour certains items, Jeanne a su montrer des signes faciaux de tristesse attestant d'une expression émotionnelle. Aussi nous n'avons pas noté de diminution du discours, sa prosodie est restée normale, ainsi que ses contacts visuels, ses mouvements de mains et ses mouvements de tête. Par ailleurs, Jeanne conserve une activité professionnelle de médium et de psychanalyste après sa retraite. De plus sa simple participation à cette étude de façon auto-initié vers un but, celui de parler de son expérience, montre l'absence d'aboulie, et d'asociabilité.

Jeanne perçoit des HAV de manière régulière, « une fois par semaine jusqu'à 5 fois dans la même journée », ce qui permet de remplir le critère de durée du DSM-5 pour un diagnostic de schizophrénie pour les deux outils diagnostics. La présence de ce critère diagnostic est présent depuis plus de 6 mois, aussi ses voix ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre pathologie mentale. Au regard de ces différents éléments, si on compare la classification des deux outils DSM-5 et du DSM-IV-TR nous n'arrivons pas au même diagnostic. En effet, pour le DSM-IV-TR la simple présence des HAV (critère de catégories A) permet de dresser le diagnostic de schizophrénie paranoïde pour Jeanne.

Cependant pour le DSM-5 un autre critère diagnostique parmi ceux présentés est nécessaire pour dresser le même constat.

IV.2.1.d – Analyse transféro-contre-transférentielle

Abordons dans un premier temps la situation des rencontres, celles-ci s'éloignant de l'entretien avec un cadre posé qui implique d'un côté le psychologue et de l'autre le patient. La situation que nous décrivons se rapproche plus du cadre de recherche avec des places peut-être moins définies au-préalable. C'est dans ce contexte que j'ai rencontré Jeanne pour la première fois dans une salle réservée à la « Maison de l'étudiant » de la faculté de lettres afin de se retrouver dans un lieu neutre.

Lors de nos différentes rencontres, j'ai pu observer dans son discours une double visée argumentative. La première était celle de répondre à la recherche, le fait que ce type de sujet soit tabou et également assez peu représenté dans le domaine de la médecine ou de la psychologie a vraiment engagé un très grand investissement de sa part, voulant apporter une perception nouvelle de ce phénomène. C'est de cette façon qu'elle a concédé à considérer sa médiumnité comme de l'entente de voix dans une certaine mesure.

Et le second objectif visé, plus latent, était de me convaincre de la véracité de son statut de médium et d'aborder l'entente de voix sous cet angle. Dans ce but et pendant l'entretien de Maastricht, Jeanne me demandait mon avis sur différentes expériences exceptionnelles qu'elle avait vécues, notamment « des rêves prémonitoires », « des ressentis étranges », etc., tout en argumentant que cela ne pouvait pas être des coïncidences, « ça ne s'invente pas ». Je me suis interrogé sur ce qui a amené Jeanne à me questionner sur mes croyances.

La première explication que je peux proposer est que Jeanne a cherché à s'assurer qu'il n'y avait pas de jugement de ma part. Que les informations transmises n'étaient pas considérées comme des affabulations. De cette façon, cela lui permettait également de tester mon ouverture sur le sujet conformément à l'annonce.

Il est possible également qu'il y ai eu une volonté de sa part de nous convaincre du caractère paranormal ou spirituel de ces expériences et de la réalité de leur signification.

Par ailleurs, nous pouvons également imaginer une recherche de gratification, et de confirmation que ces expériences soient bien exceptionnelles.

Bien que je ne puisse clairement établir laquelle de ces hypothèses prévaudrait, nous subodorons que les trois se sont manifestées progressivement. D'abord au début de nos rencontres l'objectif visait plus une réassurance. Puis au fil des entrevues, après s'être assurée de mon ouverture et de la visée de l'entente de voix sur un continuum du normal au pathologique, elle-même se situant dans le normal, l'objectif devenait de me convaincre. Par moments, il semblait que mon point de vue sur la réelle existence de ses dons lui était acquis, car elle ne cherchait pas à développer davantage pour me convaincre, comme si je l'étais déjà. Et c'est notamment à ces périodes que la recherche de gratification pouvait se manifester.

Pour revenir sur son questionnement sur mes croyances, ses questions m'ont d'abord prises au dépourvu, ne sachant quelles réponses apporter. D'un côté je ne voulais pas abonder dans son sens, de l'autre je ne voulais pas paraître trop sceptique concernant le discours que Jeanne pouvait tenir.

Je répondais naïvement que je ne savais pas forcément quoi penser et que, quoi qu'il en soit, il fallait rester ouvert sur le sujet, cela me permettant ainsi d'éluder sa question. Plus tard, j'ai expliqué que selon moi, le phénomène de l'entente de voix était à prendre en considération en fonction de la souffrance psychique des individus, que si certaines personnes en souffrent, ce n'est pas le cas pour d'autres, et la psychiatisation ne devrait pas être systématique. Encore une fois je répondais volontairement à côté de la question pour ne pas avoir à y répondre. Cependant cet évitement, a permis de relancer son discours sur le sujet et ainsi de poursuivre l'entretien.

Au fil des rencontres, la place de Jeanne et la mienne au départ indéterminées, se sont finalement vu changer. Jeanne a adopté une attitude de pédagogue bienveillante envers moi. L'objectif qui était d'abord d'échanger avec les entendeurs de voix sur cette expérience s'est modifié. Jeanne m'enseignait tout son savoir sur l'entente de voix pour « m'aider » dans ma recherche. Mon étude devenant presque « notre recherche ». Par exemple, elle m'a demandé si il

était possible de connaître les noms des autres personnes que je rencontrais, requête que je refusais. J'essayais de garder une distance suffisante dans l'interaction pour ne pas alimenter ce processus, ne me reconnaissant pas dans cette place qui m'était attribuée.

Au fur et à mesure des rencontres, je pris conscience de la représentation que Jeanne avait d'elle-même. D'abord très humble, comme le fait de rendre dans un premier temps ses consultations médiumniques et psychanalytique gratuites pour aider les autres. Jeanne expliquait qu'elle ne faisait que recevoir des « ondes muettes » inaudibles pour les autres. Et dans cette mesure « il serait injuste de faire payer les gens » simplement sur quelque chose qu'elle entendait et dont elle n'était que le réceptacle. De la même manière elle portait un jugement et une critique négative sur les médiums qui se rémunèrent lors des consultations, et en procédant de la sorte elle se revalorisait et se démarquait d'eux.

C'est à ce moment que peut apparaître le caractère assez exceptionnel de cette expérience pour elle. Avec une représentation d'elle-même très valorisée avec peu d'espace entre l'Idéal du Moi et le Moi. En effet, lors du premier entretien, les premières « voix » qu'elle m'a dit entendre ne provenaient pas de personnes anodines, la première étant Winston Churchill qui, après s'être présenté, ne lui aurait dit qu'un seul mot. Ensuite, elle me parla de Jocelyn Quivrin, acteur décédé en 2009 dans un accident de voiture, et qui suite à cet accident serait venu la contacter, son esprit étant en détresse devant la brutalité de l'événement.

Elle m'a également dit qu'elle écrivait des ouvrages aidée par Allan Kardek³⁰, comme certains médiums ont pu le faire, mais à la différence d'autres médiums elle ressentait dans l'écriture qu'il lui transmettait une « vraie intention pédagogique ».

Aussi sur les 39 événements de vie négatifs qu'elle m'a décrits, elle considéra 27 d'entre eux comme traumatiques malgré une précision de ma part sur la conception du traumatisme dans cette étude, comme provoquer des flashes de l'événement, des cauchemars répétés, le sentiment qu'elle allait mourir etc.. Jeanne m'explique aussi que la difficulté de ces épreuves lui a toujours permis de mieux rebondir et d'être encore « plus forte ».

³⁰ Allan Kardec décédé le 31 mars 1869, est un pédagogue français, fondateur de la « philosophie spirite » ou « spiritisme ». Il est généralement surnommé le « codificateur du spiritisme ». Après sa mort dans la continuité de ses travaux certains médiums et auteurs, se revendiquant influencé par son esprit, ont publié des ouvrages, comme Francisco Cândido Xavier célèbre médium brésilien et candidat au prix Nobel de la paix en 1981. Le mouvement développé par Kardec demeure très populaire au Brésil.

Elle considéra aussi que le questionnaire n'était pas conçu pour elle, car elle avait un vécu si particulier qu'il ne pouvait pas être réductible à une simple case.

Cette représentation d'elle-même presque grandiose et différenciée des autres est également ressortie dans son travail de psychanalyste avec ses « patients », où elle m'avoue avoir sauvé 3 personnes de cancer grâce à ses consultations (deux d'entre eux n'étant pas sous chimiothérapie), et se compare notamment aux médecins « c'est un sentiment comparable aux médecins quand ils sauvent des vies ». En poursuivant sur ces éléments elle émet une critique de la psychologie et de la psychiatrie, qu'elle semble ne pas différencier. Elle critique Freud, Lacan, Young, Dolto et m'explique que « ces auteurs ont injecté leurs problèmes dans leurs méthodes » et que même si ils n'étaient pas de mauvaises personnes ils amenaient peu de résultats, là où elle utilise son vécu et ses expériences pour aider l'individu au mieux.

À ce moment de l'entretien, il eu un clivage de sa part me concernant. Dans nos échanges je représentais le domaine de la psychologie qu'elle critiquait véhément, et pourtant à l'inverse elle me disait que je ferais un bon psychologue. L'une de mes hypothèses concernant ce positionnement provient du fort processus identificatoire qu'elle exerçait vers moi. Ce processus est ressorti de nombreuses fois dans son discours comme par exemple: « j'étais comme vous avant », « vous verrez dans 20 ans ».

En même temps que l'identification projective se déplaçait sur moi, je bénéficiais du rayonnement et de sa représentation très positive d'elle-même ce qui m'a d'abord flatté. Puis assez vite, la place valorisante dans laquelle Jeanne me plaçait me dérangeait, car j'étais conscient du décalage entre la réalité de ce que je pensais et ses interprétations. De plus dans ces échanges j'ai nourri un réel besoin d'individuation, notamment sur certains jugements et propos que Jeanne pouvait tenir où je ne me retrouvais absolument pas, comme vis-à-vis de sa perception de la psychologie.

Le transfert de Jeanne me concernant est resté très positif, à la fin de chaque entretien elle me répétait qu'elle était très heureuse de ce travail avec moi, et me complimentait. Là où mon contre-transfert fut d'abord positif d'avoir trouvé une participante investie pour ma recherche s'est transformé en contre-transfert plus ambivalent. J'étais à la fois heureux d'avancer dans cette étude mais en même temps mal à l'aise à certains moments des entretiens, et je m'effor-

çais de ne pas adopter une position de rejet tout en conservant mon ouverture d'esprit. Je m'aperçois que rédiger cette analyse transféro-contre-transférentielle m'a servi dans une certaine mesure d'exutoire à ce malaise que j'ai pu ressentir.

Rétrospectivement, je pense d'ailleurs que Jeanne s'est bien retrouvé dans les termes d'Expériences Exceptionnelles que j'ai utilisés pour définir l'entente de voix à un moment donné de nos échanges. C'est seulement dans cette réflexion que cette défense que j'ai mise en place m'est apparue. Jeanne comprenant le terme exceptionnel dans sa définition usuelle, relatif à une exception, qui est en dehors de l'ordinaire, avec une valence positive. Et moi-même je me réfugiais derrière la dénomination scientifique et sa signification selon la définition de Belz-Merk et Fach (2005) ce qui me permettait d'instaurer de la distance par rapport à mes croyances et mon point de vue.

Alors que j'annonçais que notre prochaine rencontre serait la dernière afin de la préparer à la fin de nos échanges, Jeanne est venue avec plus de retard que d'habitude, soit une heure. Et là où nous étions censés finaliser la dernière partie de l'entretien de Maastricht en laissant un temps de discussion, nous sommes finalement revenu sur l'inventaire des événements de vie ce qui a pris tout le temps de la rencontre. Loin de me formaliser, nous prévoyons une nouvelle rencontre où je répète à Jeanne que cette fois-ci ce sera sûrement la dernière rencontre même si je ne ferme pas l'hypothèse qu'il en nécessite encore une nouvelle. Le jour prévu, après une heure d'attente, Jeanne me prévient finalement qu'elle a eu un contre-temps, qu'elle n'a pas pu me prévenir et qu'un autre rendez-vous ne serait pas possible avant un moment. Cette nouvelle m'a pris au dépourvu, et malgré la date de rendu final qui se rapprochait, je décidais malgré ce contre-temps de la rencontrer pour clôturer les entretiens. J'avais une réelle difficulté, après toutes ces rencontres, à l'idée de présenter quelque chose d'inachevé. En acceptant de la revoir malgré cette échéance qui s'imposait à moi et dont elle avait la connaissance, je me rendais également compte que je confirmais cette place d'importance qu'elle souhaitait avoir. J'avais pourtant suffisamment d'élément pour l'analyse pourtant je n'ai pas fait le choix de refuser cette rencontre. Ma difficulté à m'affirmer en temps que personne dans certaines situations ainsi que mon incapacité à rendre un travail incomplet selon ma propre définition et pour lequel je me suis investi représente certainement des fonctionne-

ments sur lequel je devrais encore travailler, notamment en lâchant prise et en arrêtant de me préoccuper des conséquences que je projette.

IV.2.2 – Le cas de Paulette

IV.2.2.a – Données de l'entretien de Maastricht

Paulette est la deuxième personne que nous avons rencontrée, il s'agit d'une entendeuse de voix d'environ soixante-dix ans. Retraitée, elle exerçait la profession d'enseignante spécialisée, aujourd'hui elle organise des concours amateur de poésies, peint et expose certaines de ses œuvres. Divorcée et mère de deux enfants, une fille et un garçon, Paulette s'est avérée très investie dans cette recherche. À côté de ses autres activités, elle pratique la médiumnité gratuitement à la demande de particuliers venant la consulter à ce sujet. Elle nous explique également être magnétiseuse.

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes rencontré à 5 reprises, chaque entretien a duré de 1h à 1h30.

Selon Paulette, les voix se manifestent directement dans sa tête et ne sont pas audibles par d'autres personnes. Elles ne proviennent pas non plus de l'environnement, elles sont directement présentes dans sa pensée et différenciées d'elle. Il n'y a qu'une seule voix à la fois qui s'adresse à elle. Ces voix sont ego-dystoniques, ne sont pas considérées comme provenant d'elle même. Concernant leur origine, Paulette les met lien avec une « capacité de médiumnité », mais nous explique « que le problème ce n'est pas de recevoir ou de ne pas recevoir, c'est d'accepter ». Lorsque les voix surviennent, l'entendeuse ne ressent pas d'émotion particulière ni avant, ni après à l'exception d'une fois où après le « contact » Paulette s'est « effondrée en larme », selon elle, ce sont les voix qui ressentent et transmettent ces puissantes émotions.

Établir une discussion construite avec les voix n'est pas possible, elle explique cependant qu'elle peut leur répondre et échanger quelques phrases avec elles. Au début du phéno-

mène, l'apparition des voix n'était pas contrôlée, elles se manifestaient presque toujours quand Paulette était seule à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit, sans jamais pour autant la déranger, « c'est pas vraiment le genre de chose qui arrive quand on est dans une foule car on est sollicité par beaucoup d'autres choses que ça ». Paulette déclare ne pas être influencée par les voix, et aujourd'hui ses contacts sont plutôt auto-initiés.

Elle nous explique aussi que les personnes qui s'adressent à elle sont majoritairement des personnes décédées et qui lui sont inconnues, cependant les voix se présentent avec leur nom et prénom. L'entendeuse identifie les voix comme provenant d'adultes de sexe masculin et féminin de manière équilibrée. Les seules personnes connues par Paulette sont son père et son grand-père avec qui elle a échangé à une seule reprise. Paulette pense notamment que l'apparition de cette expérience chez elle est certainement liée à son père et à son décès dans sa petite enfance d'une artériosclérose.

Selon elle les voix peuvent être de bons guides, des fantômes du passé, des entités, des perceptions extraordinaires (médium) et peuvent venir de la douleur des autres (notamment des « esprits restés bloqués ») ou d'autres choses autour d'elle (des objets ayant appartenu à la personne décédée).

Toutes les voix sont considérées par Paulette comme positives ou neutres mais jamais négatives ou menaçantes. Les plus souvent « ce sont des enseignements, parfois des petites remontrances » mais qui ne sont « jamais méchantes », et qui ne lui ont jamais rien imposé. De manière générale, Paulette nous explique que cette expérience n'a jamais perturbé sa vie quotidienne, elle se dit plutôt satisfaite de ses voix qui représentent « un enrichissement » lui « ouvrant des perspectives ».

Son entourage familial et social est au courant de cette expérience, de plus il s'avère soutenant avec elle et abonde dans le sens de Paulette quant à une origine médiumnique.

Lorsque Paulette entend des voix, elle met en place différentes stratégies, notamment cognitives (se concentre sur l'écoute, pense à quelque chose d'autre), comportementales (écrit ce qu'elles disent, effectue certains rituels) et physique (exercice de relaxation). Parmi ces stratégies, elle utilise systématiquement l'écriture « jusqu'à ce que ça s'arrête ». Ces techniques

n'ont pas pour objectif d'interrompre les voix, elles visent plutôt une compréhension du contenu.

Paulette a entendu pour la première fois une voix vers 50 ans alors qu'elle s'était rendue chez une médium. Lors d'une rencontre arrangée par une amie, curieuse mais sceptique elle consenti à rencontrer la médium, qui dès le début de la rencontre lui fit une remarque « vous avez les mêmes yeux que lui ». Puis la médium lui fit remarquer qu'elle n'avait pas besoin d'elle car elle possédait la même capacité. Avec un stylo et à la demande de la médium, la main de Paulette s'est mise à écrire ce qu'elle venait d'entendre pour la première fois, à savoir « Je t'aime » provenant de son père. C'est à ce moment qu'elle fit le lien avec la couleur des yeux de son père. Cette nouvelle l'a profondément bouleversée, et le soir même alors qu'elle essaya de nouveau elle arrivait à écrire et comprendre « ne t'énerve pas ». Durant les 6 mois qui suivirent Paulette commença à entendre différentes personnes à savoir René, Yvonne, Véréncia (etc.) mais principalement Hélène, avec une fréquence assez élevée. Elle se réveillait parfois 3 fois par nuit pour écrire ce que Hélène lui « enseignait ». L'expérience a duré avec cette intensité pendant presque 3 ans et demi, et elle conserva ses nombreux cahiers (plus de 100) où elle avait retranscrit ce qu'elle avait entendu pour ensuite publier ces textes dans un ouvrage.

Cette expérience a fortement incité Paulette à s'intéresser au monde de la spiritualité et c'est de cette façon qu'elle s'est au fur et à mesure approprié le phénomène en tant que médium.

Après cette période elle continua à vivre cette expérience mais de façon moins intense, cela pouvant arriver plusieurs fois dans la journée, ou quelques fois dans le mois. À deux reprises elle nous décrit avoir vécu deux phénomènes de hantise pendant des nuits hors de chez elle.

En poursuivant selon le modèle de Romme et Escher (2000) nous pouvons émettre l'hypothèse que certains événements de vie négatifs vécu pendant son enfance ont été à l'origine d'une certaine vulnérabilité qui a ensuite facilité l'émergence des voix. L'inventaire des ses événements de vie nous a permis d'identifier 29 événements vécus avec 6 d'entre eux considérés comme traumatisants. Nous relevons notamment parmi ceux-ci le décès de son père lorsqu'elle avait 5 ans, avec tous les changements qui en ont suivis (déménagement et difficultés financières ressentis comme très douloureux selon Paulette). À cela nous pouvons ajouter la

tuberculose, avec un pronostic vital engagé, qu'elle a contracté lors de ses 8 ans et qui l'a obligée à rester en sanatorium pendant 1 an. Paulette nous a aussi confié qu'elle a subi une tentative de viol à l'âge de 15 ans. Toujours dans cette optique, nous avons également noté la violence physique et les menaces de mort, « je vais te tuer », proférées par son ex-conjoint.

Enfin parmi les « circonstances précipitantes » de Romme et Escher (2000), les auteurs relèvent « un ancien problème qui refait surface et qui amplifie leur sentiment d'impuissance ». Ici, nous pouvons mettre en lien « le contact » de Paulette avec son père qui a réveillé une problématique antérieure qui était toujours restée douloureuse selon elle. La difficulté à supporter la résurgence de certaines émotions vécues dans l'enfance et d'un deuil qui ne semblait pas totalement résolu coïncide avec l'apparition première des voix.

Son ouverture au monde de la spiritualité et d'un au-delà permettrait à Paulette de conserver un lien avec son père rompu précocement durant son enfance. Cela représenterait un espoir et pour reprendre ses mots, en « ouvrant des perspectives ».

IV.2.2.b – Analyse du Rorschach³¹

Psychogramme				
Production	Appréhension	Déterminants	Contenus	Qualitatif
R= 51 T = 15'47" T/R= 19''	G%= 27,45% ΣG+= 10/4 D%= 62,75% Dd%= 5,88% D/bl= 5,88% Di%= 3,92% TA= G - D - Dd Succession relâchée	F%=49,02% F+%= 72% TRI= 13/3 introversif FS= 9 / 1,5 introversive RC%=35,29% ambiéqual	H%= 39,22% A%= 56,86% IA%= 5,88% (Hd = 2 ; Anat =1)	Ban = 8 (ban) = 2 Crit obj = 5 Ref pers = 4 Reflet = 1 Yeux = 2 Ref phall = 12 Devit = 2 Repet = 1 Comb fab = 1 Rep inf = 2 Symb = 1 Confab = 4 Contam = 3 Rem C = 1 Rem lien = 3 Defect = 4 Eq choc = 1 Ege = 1

Contenu latent

Le contenu latent de la première planche nous informe d'une représentation de soi unitaire avec une image du corps intègre notamment pour les réponses R2 (« Une chauve-souris ») et R3 (« Un masque de carnaval ») avec une modalité anti-dépressive pour R3 avec « carnaval » afin de « contrer la sensibilité du sujet face à l'aspect dysphorique, sombre de la tâche » selon Richelle et al. (2009) . Les premières interactions qui sont réactivées dans cette

³¹ Protocole de Paulette en annexe 11.

planche pour R1 et R4 témoignent d'une certaine relation d'opposition que nous approfondirons dans la partie traitant les relations d'objet. La planche 1 a été choisie comme l'une des deux planches les moins appréciées.

La deuxième planche qui réactive les représentations de relation montre la capacité de Paulette à avoir des relations d'objet positives avec R5 que nous détaillerons par la suite.

Le rouge est pris en compte avec R7 (« Un espèce de gros insecte qui se balade sur quelque chose ») mais n'est pas verbalisé.

Aussi, Richelle et al. (2009) expliquent que la référence à la féminité dans cette planche peut renvoyer à l'angoisse de castration, ici celle-ci est clairement représentée avec R8 (« Oh On dirait presque un lapin mais il s'est fait avoir parce qu'il a les oreilles un peu courtes et il a le nez très écrasé »). Mais pour R9 (On aperçoit la silhouette d'un avion, c'est un avion de chasse ») nous pouvons voir s'opérer un déni de la castration où la lacune est comblée par la symbolique phallique, l'angoisse de castration étant peut être trop anxiogène. Cette planche a été notamment choisie par Paulette comme l'une de ses préférées.

La planche 3 nous informe avec R10 (« Deux petites femmes africaines en train de piler le mil l'une et l'autre ») d'un bon niveau d'élaboration avec une identification à l'humain, une représentation de soi sexué dans une interaction positive.

La dimension phallique est également représentée à deux reprises notamment pour R13 (« Deux arbres aux branches cassées ») avec une représentation de la castration, et pour R16 (« Un oiseau avec le bec crochu ») avec une symbolisation du caractère phallique.

Quand la planche est prise à l'envers (v) Rausch de Trautenberg (2000) indique que la perception d'un être irréel, souvent caractérisée par une puissance effrayante, est parfois rapportée, ici la réponse R14 (« Un gros type un petit peu obèse avec des lunettes noires ») ne permet pas réellement de repérer un marqueur d'angoisse pour la représentation humaine et relationnelle.

La quatrième planche par son aspect sombre et massif a généré une angoisse qui a donné lieu à une réponse infantile de la part de Paulette pour R18 (« Les bottes de sept

lieues ») cela renvoie à un mécanisme de régression et donc est signe d'une certaine souplesse psychique. Le rapport à l'autorité est aussi représenté avec R19 (« Avec un personnage en train de dormir par terre puisqu'on voit les pieds en avant, la tête est loin derrière ») avec une absence d'anxiété.

Le caractère phallique de la planche est représenté avec R20 (« Un joli petit chardon avec les feuilles de chaque côté, les beaux chardons lorrains ») mais aussi avec R21 notamment avec « un serpent », R21 que nous détaillerons plus dans les relations d'objet.

La planche 5 qui a été choisie par Paulette pour représenter son père nous informe également d'une bonne représentation de soi unitaire avec R22 (« Un lépidoptère »). Il peut être assez intéressant d'observer que cette planche qui est la plus nette est justement choisie pour représenter son père qu'elle a peu connu et dont elle garde peu de souvenir.

Nous pouvons aussi émettre l'hypothèse que l'aspect sombre de la planche a réactivé des affects dépressifs qui ne sont pas exprimés explicitement mais représentés avec R24 (« On dirait une tache d'encre (rire) ») sous couvert d'humour. Enfin la dynamique de la planche est régressive avec la détérioration du contenu à la fin.

La sixième planche, « comme toute planche unitaire où l'axe de symétrie est marqué est susceptible de renvoyer le sujet à sa capacité à se représenter un corps ou un objet » selon Richelle et al. (2009). Ce qui est le cas pour R28 (« On dirait une peau d'animal qu'on utilise comme un tapis ») qui montre une bonne capacité à se représenter un corps ou un objet de façon intègre, mais qui montre aussi une capacité de régression passive avec l'énonciation de la banalité.

La dimension phallique se retrouve dans plusieurs réponses notamment dans R25 (C'est un chaman avec une espèce de cape de cérémonie particulière en train de brandir des branches de feuillage et puis à ses pieds il y a deux personnages qui prient en capuche »), mais aussi pour R26 (« Je retrouve mon Asiatique avec son rocher, il est au bord de l'eau, avec des roseaux qui poussent, se reflètent dedans ») et enfin avec R29 (« Les moustaches de mon chat »). Ces différentes réponses témoignent d'une angoisse de castration peu importante avec une bonne symbolisation de la dimension phallique. Le rapport de l'homme en tant qu'objet libidinal différent semble intégré, cependant la planche 6 a été choisie par Paulette comme l'une des moins ap-

précieées, ce qui montre peut être une certaine difficulté à investir l'homme en tant qu'objet libidinal différent, ce que nous pouvons peut-être mettre en lien avec son vécu et le rapport conflictuel qu'elle a pu entretenir pendant plus de 10 ans avec son ex-conjoint.

Le premier mouvement qui s'opère dans la planche 7 est un phénomène de régression avec R30 (« Deux petites gamines chez les Iroquois avec les plumes sur la tête ») avec la dénomination des deux gamines. Cependant la seconde réponse R31 (« Deux petites personnes qui dansent avec un chignon façon coiffure de Marie-Antoinette ») témoigne d'une identification à l'humain et de manière sexuée ce qui pourrait renvoyer à un niveau œdipien, de plus cette réponse fait référence à la féminité, et la capacité de Paulette à les mettre en mouvement demande un certain niveau d'élaboration identitaire selon Richelle et al. (2009), ces auteurs ajoutent que la perception de personnages féminins évoquant la capacité à bien identifier la différence des sexes est signe d'un accès à une problématique œdipienne. C'est aussi la planche qui a été choisie par Paulette pour se représenter, renforçant notre argumentaire d'une bonne identification sexuée à l'humain. Ces réponses pourraient également signifier une bonne relation à la figure maternelle qui est aussi sous-jacente dans le contenu latent de la planche.

La dimension phallique est représentée avec la trompe d'éléphant pour la réponse R32 (« C'est amusant parce qu'on voit un bout de tête de cochon mais avec presque la trompe d'un éléphant, un groin très allongé avec un bel petit œil de cochon »), cette réponse témoigne également d'une certaine sensibilité à l'environnement avec l'insistance sur l'œil de cochon. Enfin R33 (« Un [...] comment on dit [...] ils dorment dans les arbres [...] ils en ont au zoo [...] avec une belle fourrure [...] un raton laveur voilà ») témoigne un faible niveau de dégradation avec la représentation d'un animal à sens chaud avec une sensibilité à la texture de la planche.

Pour la huitième planche, la réponse R34 (« Là c'est un félin celui-là, avec une allure particulière »), avec l'utilisation du félin, renvoie à la symbolisation de la puissance phallique et agressive, mais témoigne d'un repli narcissique, avec seulement un animal perçu.

Paulette manifeste un besoin de rassembler devant l'impulsion au morcellement avec R35 (« Une jolie aquarelle ») avec une sensibilité positive à la couleur et donc à l'environnement mais un contenu non unitaire. La dynamique de la planche est régrédiente avec détérioration

des contenus notamment pour les réponses R38 (« Un bout de squelette, une colonne vertébrale d'un animal ») et R39 (« De chaque côté on dirait des bras et des mains, c'est amusant on dirait que la main elle va attraper la patte de la bestiole ») qui peuvent montrer une certaine fragilité narcissique.

Dans la planche 9, nous pouvons relever en premier lieu une montée d'angoisse avec « Eq choc » provoqué par le mouvement régressif généré par le contenu latent. Aussi la dominante des contenus est masculine, comme le montre R41 (« Un gros homme qui vient d'attraper une énorme langouste miam ça donne envie ça (rire) ») et R42 (« Un éléphant avec la trompe ») ce qui pourrait signifier une mauvaise symbolisation du maternel-contenant. Cependant nous avons pu noter l'absence du père dans l'enfance de Paulette, et nous pouvons supposer que c'est notamment sa mère qui a du très tôt occuper cette place. Cette planche a notamment été choisie pour représenter sa mère, ce qui pourrait être un argument dans ce sens. La réponse R43 (« Un profil de museau d'hippopotame avec la classique petites oreilles ») pourrait montrer une hypersensibilité à l'environnement, notamment avec l'insistance sur l'oreille. Enfin la réponse dégradée de R44 (« On dirait un personnage qui tire la langue beurk (grimace) il est pas arrangé le pauvre, il a dû avoir un problème à la maison, parce qu'il a des moignons à la place des bras ») montre une angoisse concernant l'intégrité du corps.

Pour la dernière planche, nous pouvons voir une absence de lutte contre le morcellement qui se manifeste par l'absence de réponse globale et une majorité de contenus humains et animaux unitaires (R46, R48, R50, R51) ce qui pourrait attester d'une assise narcissique relativement solide. Aussi nous pouvons constater une augmentation du nombre de « détails » sans pertes au niveau de la qualité formelle, cependant nous pouvons aussi noter l'absence de réponses liées à la couleurs.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'angoisse de séparation générée par cette dernière planche a pu augmenter la production du contenu, mais aussi réveiller une tonalité anxieuse s'exprimant dans une relation d'objet d'opposition avec R46 (« Deux espèces de cloportes qui sont en train de s'affronter avec vraiment les dents sorties de façon agressive ») et aussi une relation d'objet de dépendance avec R51 (« Deux personnages sur un rocher en train de se cramponner à une partie du rocher et de se passer un objet de l'un à l'autre au-dessus du vide »). Enfin cette dernière planche a été choisie comme l'une des plus aimées par Paulette.

Représentation de soi et relation d'objet

Concernant la « représentation de soi »³² de Paulette nous avons pu relever un total de 30 réponses entières unitaires, avec 12 sexuées ce qui nous laisse imaginer une bonne identification sexuée. Nous avons ensuite relevé un total 13 réponses non-unitaires, dont 4 sexuées et enfin 8 réponses fragmentées.

Si l'on s'attarde à présent sur la relation d'objet, nous avons relevé un grand nombre de kinesthésie avec 13 grandes Kinesthésies faisant intervenir l'humain pour 8 petites kinesthésies toute animale (kan). Comme nous avons pu le voir précédemment, les grandes Kinesthésies renvoient plutôt au registre œdipien, ce qui nous laisse supputer que Paulette ce situerait dans se registre.

Nous avons ensuite pu compter 8 relations d'objet qui témoignent d'un niveau génital-œdipien, avec 4 relations d'opposition (R1, R4, R21, et R46), nous notons une particularité pour R1 (« Deux samouraïs qui s'affrontent qui se tendent la main et entre les deux, deux enfants qui font obstacles ») qui se déroule en deux mouvements, le premier étant l'affrontement des deux samouraïs en interaction d'opposition et le second les deux enfants comme barrière de protection et comme interaction positive qui contre-balance l'opposition. Pour R4 (« Deux oiseaux face à face les pattes en avant ce ne sont pas des oiseaux de proie puisqu'ils n'ont pas les becs très agressifs ») nous notons une rivalité œdipienne avec une dénégaration sur la nature phallique agressive des « becs ». Notons que ce mécanisme de défense est préférentiellement utilisé par les structures névrotiques. Nous pouvons noter le même mécanisme de dénégaration pour R21 (« Un personnage disons japonais un peu vouté en position de prière qui arrive à proximité de rochers où un serpent se profile à l'horizon, il est en train de le regarder sans inquiétude, au bord de l'eau avec des reflets ») concernant l'inquiétude. Enfin R46 (Deux espèces de cloportes qui sont en train de s'affronter avec vraiment les dents sorties de façon agressive ») relève pleinement d'une interaction d'opposition.

Aussi nous avons relevé 5 interactions positives (R1, R5, R10, R25 et R31). Nous précisons pour R5 (« Allez top la mec (rire) deux braves gars qui étaient au bistrot et qui sont en

³² Détail de la représentation de soi et relation d'objet de Paulette disponible en annexe 12.

train de se taper dans la main ce sont de grands copains ») une formation réactionnelle contre l'agressivité qui inverse la pulsion en transformant l'agressivité en amitié.

Parmi les relations d'objets restantes nous avons compté 13 relevant d'un fonctionnement limite narcissique avec 6 relations de posture (R7, R11, R19, R23, R34 et R50). Nous pouvons noter par ailleurs pour R34 (« Là c'est un félin celui-là, avec une allure particulière ») un repli narcissique, avec un seul animal perçu. Nous avons ensuite dénombré 3 relations en miroir (R6, R15 et R26). Par la suite, nous avons coté 3 relations de dépendance (R27, R39, et R51). Et enfin 1 relation d'objet sadomasochiste perverse R41 (« Un gros homme qui vient d'attraper une énorme langouste miam ça donne envie ça (rire) ») avec lecture d'un scénario sadique.

Si l'on essaye à présent de synthétiser les différents éléments du Rorschach de Paulette nous pouvons voir une majorité de réponses entières unitaires avec plus de la moitié des réponses, ce qui permet d'imaginer une représentation de soi solide sur le plan narcissique. De plus parmi ces 30 réponses plus d'un tiers, soit 12, sont sexuées. Ce qui nous laisse supposer une identification sexuelle réalisée. Concernant les relations d'objet, nous avons compté une majorité de réponses sur versant limite narcissique de posture, avec tout de même un nombre important de relation génitale-œdipienne soit sur le versant positif, soit sur le versant agressif.

Même si la convergence n'est pas complète entre la dominante de la représentation de soi et la dominante de la relation d'objet, au vu de l'analyse du contenu latent, des mécanismes de défense déployés (dénégation, formation réactionnelle etc.) que nous avons pu noter et qui relève préférentiellement de mécanismes de défense névrotiques, nous pouvons dresser l'hypothèse que l'organisation dominante est probablement névrotique.

IV.2.2.c – Évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques du DSM-5

Domaine	0 : Pas présent	1 : Douteux	2 : Présent mais léger	3 : Présent et moyen	4 : Présent Et grave
I - Hallucinations.			X		
II – Idées délirantes	X				
III – Discours désorganisé	X				
IV – Comportement Psychomoteur anormal	X				
V – Symptômes négatifs (restriction de l'expression émotionnelle ou aboulie)	X				
VI – Déficit cognitif	X				
VII – Dépression	X				
VIII – Manie	X				

Selon l'échelle d'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques présente dans le DSM-5, dans le cas de Paulette nous pouvons remplir le critère A « hallucination ». Grâce à l'entretien de Maastricht qui nous a permis d'explorer ce phénomène avec elle, nous avons pu constater qu'elle vivait des hallucinations de type acoustico-verbales, pour reprendre les termes du DSM-5, les HAV sont « satisfaisantes et claires, avec la force et l'impact des perceptions normales ». Les voix se manifestent notamment pour commenter certaines de ses actions.

Cependant, le symptôme au sens du DSM, est considéré comme présent et léger, les voix n'exerçant aucune pression à agir ou à répondre pour Paulette. Aussi la manifestation de cette expérience survient sans aucune prise de toxique ou stimulus extérieurs, et ne survient pas non plus pendant l'endormissement (hypnagogique) ou au réveil (hypnopompique).

Comme nous avons déjà pu définir dans le cas de Jeanne la façon dont nous considérons le critère A des « idées délirantes », nous ne reviendrons pas sur la définition de ces termes. Ici dans le cas de Paulette, nous n'avons pas retrouvé d'idées délirantes, les différents propos qu'elle a pu tenir sur sa médiumnité relèvent de la croyance. Une croyance qui est d'ailleurs ouverte et qui laisse la possibilité d'être erronée. Paulette nous explique que c'est comme ça qu'elle explique l'entente de voix, mais qu'elle a peut être tort. La croyance ici n'est pas figée, et ne laisse pas de place au doute quant à l'absence d'idées délirantes selon la définition du DSM-5.

Concernant le critère A suivant, nous n'avons pas noté que le discours de Paulette était désorganisé. Celui-ci est resté fluide à chaque entretien, avec une continuité dans l'argumentation sans déraillement ou relâchement (correspondant aux ruptures ou débrayages), avec un bon niveau de langue française et une compréhension normale des propos qu'elle tenait sans difficulté pour nous de suivre le discours. Nous n'avons pas non plus remarqué de « pensée tangentielle » selon le DSM-5, qui correspond à des réponses qui sont reliées de manières indirectes aux questions, ou qui sont dans les cas plus extrêmes aucunement reliées aux questions.

Le comportement de la participante n'était pas non plus désorganisé ou catatonique. En effet, elle a adopté une posture décontractée au cours des différents entretiens, sans avoir de gestes ou de mouvements inappropriés, ce qui permet de mettre de côté une agitation catatonique. Paulette ne nous a pas déclaré avoir des difficultés à exercer des activités de la vie quotidienne. Nous n'avons pas non plus relevé une absence de réactivité à l'environnement infirmant l'hypothèse d'un comportement catatonique. Enfin, au cours de nos échanges la participante ne s'est jamais enfermée dans un mutisme ou une stupeur face à nos questions et nous n'avons pas constaté de regards fixes, de grimaces inopportunes ou encore d'écholalies.

Parmi les symptômes négatifs, nous n'avons pas observé de diminution émotionnelle pour Paulette, en effet, à plusieurs moments de l'entretien lors de questions abordant des sujets problématiques pour elle, comme des deuils, nous avons pu observer des émergences émotionnelles (changement de tonalité de la voix ; yeux embrumés). Aussi nous avons pu relever des mouvements de tête et des modifications de l'expression faciale, ce qui atteste également de l'absence de ce premier symptôme négatif. Nous avons également pu relever l'absence d'aboulie, Paulette engage encore de nombreuses activités auto-initiées vers un but comme dans la peinture, l'écriture, ou encore des concours de poésies amateur avec un cercle social présent et étayant. Elle ne semble pas présenter d'anhédonie, et n'a pas non plus eu un discours limité (alogie).

Parfois Paulette entend des voix à une fréquence élevée allant d'« une fois par jour à plusieurs fois par jours » et parfois de manière moins intense « une fois par semaine » et « plus rarement une fois par mois ». La durée des HAV ayant été constatées sur une période de plus de 6 mois, nous pouvons remplir le critère de durée pour le diagnostic de schizophrénie. Selon le DSM-IV-TR Paulette serait porteuse du diagnostic de schizophrénie paranoïde, mais pour le DSM-5, la simple présence des HAV commentant les actions de Paulette ne serait pas suffisante pour dresser un diagnostic de schizophrénie.

IV.2.2.d – Analyse transféro-contre-transférentielle

Dans le cadre de cette étude j'ai rencontré à plusieurs reprises Paulette chez elle, ce qui n'était pas optimal dans la mesure où je ne souhaitais pas être trop intrusif dans la vie des participants. Mais après avoir proposé une rencontre dans un terrain plus neutre et moins engageant, au vu de ses possibilités de déplacement, elle m'expliquait que ce serait difficile. Bien que gêné, j'acceptais ce compromis, et le justifiais en me disant que parler de ses voix était un sujet difficile et que rester chez elle pourrait être plus rassurant.

Les places de chacun dans l'échange qui n'étaient peut-être pas très bien définies avec Jeanne, ce sont avérées plus clairement établies avec Paulette. Lorsque je me rendais chez elle pour la seconde fois, après quelques questions pour savoir comment c'était passé pour elle « l'après entretien », nous poursuivions la passation des différents outils. Elle se permettait assez peu de digressions ce qui ne semblait toutefois pas relever d'une inhibition de sa part.

Avec Paulette, je me suis rendu compte que l'entretien de Maastricht avait une construction qui ne lui était pas forcément adaptée. Un certain nombre de question peuvent renvoyer à la psychiatrie, et rentrer en contradiction avec l'appropriation que l'entendeur s'est fait vis-à-vis des voix. Les questions sont parfois orientées d'une façon qui laisse suggérer que l'entente de voix est lié à un traumatisme dans la vie de la personne, de plus certaines questions renvoient aux hospitalisation psychiatrique à cause des voix.

Je comprenais alors le refus de certains entendeurs de voix qui m'avait précédemment fait cette remarque. Je m'étais rendu compte de cet aspect auparavant, mais sa réalité en entretien était tout autre. Cependant, je n'écarte pas l'hypothèse que ce soit moi qui projette ce que je pourrais comprendre, si on me posait ces questions en tant qu'entendeur de voix avec mes connaissances sur le sujet.

Le transfert de Paulette à mon égard était très positif avec une certaine bienveillance, elle s'impliquait dans cette étude en me laissant une place suffisante pour la mener à bien. Aussi elle essayait de m'apporter d'autres pistes en me parlant d'association sur la spiritualité et en m'offrant deux de ses ouvrages traitant de ses différentes expériences sur le sujet.

Et de la même façon je pense avoir adopté un contre-transfert positif à son égard, ce qui m'a posé quelques soucis devant cette dame pour qui je pouvais ressentir de la sympathie.

Cette sympathie que j'éprouvais pour Paulette m'a posé une difficulté à aborder des questions comme l'éventualité d'abus sexuels pendant son enfance, projetant moi même qu'il s'agissait d'une question très intrusive dans la vie de la personne. S'agissant d'un travail de recherche d'étudiant en Master, je me demandais si il n'était pas égoïste de ma part d'aborder ce sujet au risque de faire ressurgir des traumatismes de l'enfance uniquement pour prouver des hypothèses.

Aborder ce genre de questionnement en situation d'entretien, comme j'ai pu le voir en stage, ou en situation de recherche ne représentait pas les mêmes enjeux selon moi.

Dans le cadre de l'entretien de Maastricht, j'ai pu aborder la question de certains deuils en réalisant l'inventaire d'événements de vie. C'est à ce moment que j'ai ressenti une certaine difficulté de sa part à l'évocation du décès de son père. Je m'efforçais alors d'adopter une position neutre, bienveillante et empathique, lui spécifiant que nous pouvions faire une pause si elle le désirait avec une reconnaissance de la difficulté de cet événement, moi-même ressentant les affects de tristesse que je pourrais ressentir si cet événement avait pu se produire dans mon enfance. Ma sensibilité à la perte étant peut-être exacerbée du fait d'un deuil récent.

Je pense avoir toujours eu une certaine sensibilité et une compréhension des émotions des autres, mais dans le cadre de ces rencontres, les enjeux ne sont pas les mêmes que dans la vie courante. Comment réagir, et que faire dans cette situation? Dès lors que ce processus de ré-

flexion apparaît, la réponse qui suit ne me semble plus si naturelle et pas forcément la plus adaptée.

Dans cette recherche l'un de mes objectifs était d'apporter quelque chose aux entendeurs que j'allais rencontrer, comme indiquer l'existence des groupes des entendeurs de voix, ou plus simplement aborder le sujet de manière détaillée avec quelqu'un qui n'a pas forcément eu l'opportunité de le faire. Je pense que cette contrainte que je me suis imposée avait pour but d'éviter de m'exposer à un éventuel refus si la simple recherche sans contre-partie ne motivait pas suffisamment les participants. Cette stratégie n'a finalement pas été efficace, même le REV Français qui critiquait cet aspect chez les étudiants n'a pas répondu positivement.

Et contrairement à mes croyances initiales, la participation de Paulette à cette recherche était animée par un désir de m'apporter son expérience sans espérer obtenir quelque chose en retour.

À la fin de notre dernière rencontre, il ne m'a pas semblé ressentir d'angoisse de séparation, nous avons fini l'entretien de Maastricht, discuté pendant un petit temps en faisant un récapitulatif et laissé la discussion ouverte. Alors que je partais, Paulette me proposait avec humour que si j'avais besoin d'une magnétiseuse pour des problèmes de dos je savais à qui faire appel, j'ai interprété cette remarque comme une tentative pour me signifier que sa porte me restait ouverte et comme une confirmation de ce transfert positif.

Concernant cette analyse, j'ai eu le sentiment qu'il y avait moins d'enjeux dans la relation avec Paulette contrairement aux entretiens de Jeanne. J'ai donc ressenti une plus grande difficulté à analyser ce qui avait pu intervenir, mais finalement cela ne représente-il pas déjà un élément d'analyse?

IV.3 – Retour aux hypothèses

Avant de répondre à nos hypothèses, il nous semble important de les rappeler :

1. Un individu entendeur de voix rentrant dans les catégories diagnostics du DSM-IV-TR ou DSM-5 pour la schizophrénie ne dépendra pas forcément d'une structure psychotique.

À travers le cas de Jeanne et de Paulette, nous pouvons valider en partie cette première hypothèse. En effet, les deux participantes de notre groupe clinique portent le diagnostic de schizophrénie selon le DSM-IV-TR, alors que nos analyses du Rorschach n'attestent pas d'une structure psychotique. Respectivement, pour Jeanne nous avons considéré qu'il s'agissait probablement d'une organisation limite, et pour le cas de Paulette avec peut-être plus de réserve, nous avons considéré qu'elle dépendait probablement d'une structure névrotique. Jeanne et Paulette ne portent pas le diagnostic de schizophrénie pour le DSM-5 ce qui ne nous permet pas d'appréhender la nouvelle nosographie vis-à-vis de la structure de personnalité des entendeurs de voix. Toutefois cela nous permet de rendre compte d'une évolution concernant la classification.

2. Il y a une catégorisation différente dans le diagnostic donné à l'individu entendeur de voix en fonction du DSM-IV-TR et du DSM-5 notamment dû à l'évolution du critère A des « hallucinations ».

Comme pouvait déjà le suggérer notre première hypothèse nous avons pu constater une différence de diagnostic en fonction de la classification utilisée, se portant sur le critère A des « hallucination ». Le DSM-IV-TR qui considérait, qu' « un seul symptôme du critère A est requis 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 », n'est maintenant plus suffisant pour dresser le diagnostic de schizophrénie. Avec la classification du DSM-IV-TR Jeanne et Paulette serait toutes les deux porteuses du diagnostic

de schizophrénie paranoïde, alors que pour le DSM-5 les deux participantes n'auraient pas ce diagnostic.

Devant les résultats obtenus grâce à l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques du DSM-5, nous pouvons observer une différence de diagnostic en fonction de la classification que l'on utilise ce qui vient confirmer notre hypothèse. Le seul critère A rempli par le groupe clinique est l'« hallucination », et plus précisément l'HAV.

3. Un plus grand nombre d'individus entendeur de voix ont vécu des abus sexuels que les non-entendeurs.

Concernant cette hypothèse, le faible échantillon de notre groupe clinique ne nous permet pas d'apporter des arguments significatifs. Cependant en comparant avec notre groupe témoin, nous pouvons tout de même observer que les 2 entendeurs de voix que nous avons rencontré ont vécu des abus sexuels, alors que les non-entendeurs n'en ont pas vécus, ce qui nous permet de valider dans une certaine mesure notre hypothèse.

V – Conclusion

Dans le cadre de cette recherche, plusieurs difficultés se sont posées à nous ce qui a entraîné certaines limites. Tout d'abord le nombre de participants de cette étude est réduit pour plusieurs raisons que nous essayerons d'expliquer. En premier lieu, le thème singulier et spécifique que nous avons décidé de traiter. Malgré la large diffusion d'un message pour participer à cette recherche, il a été difficile de rencontrer des volontaires potentiels.

L'intérêt mais aussi la contrainte de ne pas faire participer les entendeurs de voix du groupe des entendeurs de voix de Lunéville, ne nous a pas permis de cibler une population précise. Aussi dans le cadre du stage de Master 1 en Centre Médico-Psychologique pour adulte, nous n'avons pas eu d'opportunité nous permettant de rencontrer des patients entendeurs de voix malgré l'engouement des différents professionnels de la santé sur la question.

Bien que « l'entente de voix » soit une dénomination spécifique qui permet de retirer la connotation négative que porte le terme d'hallucination acoustico-verbale comme Evrard (2014) pouvait le spécifier, il s'agit d'un terme qui renvoie malgré tout à la schizophrénie et à la pathologie mentale. Par la même occasion, cela renvoie à la stigmatisation et peut freiner les individus à se lancer dans une démarche de recherche.

L'utilisation de « l'entente de voix » a également posé problème au sein des nombreux groupes et forums sur la spiritualité ou encore le paranormal que nous avons contacté. Sur ces différentes plate-formes, il est utilisé une multiplicité de termes pour décrire cette expérience comme la « clairsaudiance », la « demi-clairsaudiance », la « médiumnité », ou dans un autre registre communiquer avec des « esprits », « monstres », « extraterrestres » etc. . Certains de ces termes se recouvrant les uns les autres, et pouvant avoir des définitions et fonctions différentes selon les individus.

Dans une certaine mesure nous avons essayé d'inclure ces termes au gré des forums, quitte à s'assurer par la suite qu'ils recouvrent bien le phénomène d'HAV au sens psychiatrique du terme, en précisant notre définition de l'entente de voix. Cependant, certains entendeurs de voix ne se sont malgré tout pas reconnus dans l'utilisation de ces termes et n'ont pas souhaité aller plus loin dans cette démarche. À l'inverse, les deux participantes que nous avons rencontrées considèrent être « médiums », malgré des modalités différentes, mais ont concédé à

considérer la médiumnité comme de l'entente de voix dans une certaine mesure. Par la suite, dans notre travail, il nous a tenu à cœur lors des entretiens de différencier dans le discours des deux sujets, les phénomènes d'entente de voix et les autres phénomènes qui ne relevaient pas de cette expérience.

Bien que les estimations de 10%, selon Puget (2015), que nous avons pu aborder dans notre revue de littérature sur le nombre d'entendeurs de voix dans la population générale, nous n'avons pas pu attester d'un grand nombre de participants. Il semblerait que même sans une approche pathologique de l'expérience, il s'agisse d'un sujet encore difficile à aborder avec les personnes qui vivent ce phénomène. De la même façon nous pouvons articuler cette difficulté avec les différents biais que nous avons explicités précédemment.

Toutefois, nous avons pu relever un élément positif et encourageant malgré cette difficulté à rencontrer des individus. Il s'agit du réel intérêt des différentes personnes à l'idée d'une recherche ayant pour valeur le double objectif d'ouverture et de rigueur scientifique, sans porter de jugement ou de diagnostic sur les voix, pour explorer librement ce phénomène, en l'abordant de façon sérieuse et respectueuse pour la personne. C'est un retour qui nous a été fait par les deux participantes de cette recherche, mais également par des personnes intéressées par le sujet qui nous ont recommandé et orienté vers d'autres groupes et forums s'intéressant à ce questionnement.

Notre tentative de rencontrer des entendeurs de voix, à travers différentes plate-formes et réseaux en France, a posé également une contrainte supplémentaire, la distance avec les personnes. Convenir d'une rencontre afin de commencer les différents entretiens ne fut pas réalisable, la distance avec les participants les plus proches étant de 400 km, et pour le plus éloigné jusqu'au Gabon. La passation d'un Rorschach fut donc mise de côté pour ces entretiens mais nous avons proposé aux différents répondant de répondre en auto-passation l'entretien semi-directif de Maastricht. En procédant ainsi, nous souhaitons dans une certaine mesure relever certaines informations qui auraient pu être pertinentes pour notre recherche et également étayer au niveau quantitatif notre échantillon.

Cependant, l'entretien de Maastricht est un entretien long et fastidieux et nous n'avons reçu aucun retour. Nous soupçonnons que sa taille et sa complexité n'aient découragé certains participants. Aussi, dans le seul retour qui nous a été fait, certaines des questions orientées dans une dynamique psychiatrique ont amené au refus de participation, la façon dont l'entendeur de voix s'était approprié le phénomène se plaçant dans une perspective spirituelle et anti-psychiatrique.

Les membres du REV Français n'ont pas répondu positivement à notre requête de mise en contact avec des entendeurs. Eux même préférant privilégier leur propre recherches avant les nombreuses demandes qu'ils peuvent recevoir de la part des étudiants sur le sujet.

Nous pouvons noter également qu'il aurait pu être intéressant de dresser un diagnostic psychologique structural pour les entendeurs de voix avec plusieurs outils projectifs afin d'apporter une preuve clinique supplémentaire de la structure de personnalité. Mais la complexité de notre méthodologie ainsi que son temps d'exécution était déjà très engageante voire éprouvante pour les participants.

Enfin, l'hétérogénéité des âges et le nombre restreint de participants ne permettent pas une bonne représentativité quantitative concernant l'entente de voix à des âges particuliers.

Nous nous sommes tout de même efforcé de traiter les événements de vie et l'entente de voix de manière qualitative comme Romme et Escher (2000) l'ont fait. Aussi, comme nous avons pu le voir, le modèle développé par ces auteurs prend en considération la dimension environnementale, et notamment les événements de vies vécus pendant l'enfance, ce que nous avons tout de même pu traiter dans notre étude.

Le cadre de cette recherche fut finalement très instructif sur les contraintes naturelles imposées par la recherche, bien différentes des conditions méthodologiques idéales que nous avons dressées au préalable. Ces éléments développés dans cette partie représentent une marge d'amélioration possible dans le cadre de futures recherches que nous pourrions réaliser.

Toutefois, nos résultats nous ont fourni certaines informations que nous allons ici synthétiser. Concernant les éléments de vie négatifs vécus pendant l'enfance par les entendeurs de voix, malgré notre faible échantillon, nous avons pu mettre en évidence la problématique de l'abus sexuel qui a été vécue par nos deux participantes. Nous avons également pu relever le décès d'un des parents, ainsi que les changements importants dans leur mode de vie que cette perte a entraîné. La maltraitance psychologique vécue par les entendeurs de voix, ainsi que l'entrée dans la vie active des participantes semble être des indicateurs potentiellement pertinents.

Aussi, si nous regardons la moyenne des événements de vie négatifs vécue par le groupe des entendeurs de voix, ceux-ci semblent en avoir vécus un nombre plus important vis-à-vis du groupe témoin (groupe clinique $\bar{x}' = 17$; groupe témoin $\bar{x} = 12,5$) avec également un plus grand nombre d'événements considérés comme traumatiques dans le groupe clinique ($\bar{y}' = 11,5$; groupe témoin $\bar{y} = 4,5$). Ces éléments d'information peuvent alimenter dans une certaine mesure la théorisation de Romme et Escher (2000) de l'entente de voix et de l'implication des événements de vie négatifs. Nous pouvons aussi noter l'importance de réaliser une étude avec un plus grand nombre de participants pour obtenir plus d'éléments d'information afin d'affirmer ou d'infirmer ce lien. Notons que si les événements de vie négatifs ont été abordés pour les entendeurs de voix, il existe encore peu de recherches qui comparent leurs vécus avec celui de non-entendeurs. Aussi, nous pensons que la question des événements de vie négatifs considérés comme traumatiques ou non pourrait être une aide supplémentaire pour appréhender le lien de l'entente de voix avec la dimension environnementale. Mais peut être que dresser une échelle d'intensité pour le ressenti des événements pourrait être plus pertinents que le simple questionnement du caractère traumatique ou non, certains événements n'étant pas vécus de la même manière par les individus.

Le continuum dans lequel se place l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques permet d'appréhender les différents critères A du DSM-5 et représente une aide importante pour un diagnostic. De plus elle permet d'appréhender la pathologie en fonction de sa gravité et permet de déceler des personnes qui seraient potentiellement plus en souffrance que d'autres du fait de la gravité du symptôme. Cependant la subjectivité du psychologue, psychiatre ou même la notre, peut être ici remise en question pour dresser un diagnostic. En effet, les critères A du DSM-5 pour la schizophrénie sont définis, mais pré-

sentent une grande part de subjectivité qu'il appartient à chacun d'interpréter, ce qui a potentiellement donné lieu à un certain nombre d'erreurs diagnostiques.

Toutefois, l'évolution nosographie du DSM-IV-TR pour le DSM-5 semble réellement apporter des changements dans la classification comme pouvait le présager Tandon et al. (2013). Dans cette étude nous avons notamment pu appréhender cette évolution pour le critère A des « hallucinations » avec la suppression de : « 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 » dans le DSM-IV-TR. Les deux participants de notre étude sont porteurs de schizophrénie paranoïde selon le DSM-IV-TR mais pas selon le DSM-5.

Aussi lorsque nous nous sommes intéressé à l'item « Hallucination » du DSM-5, nous avons constaté que ce critère était uniquement pris en compte sur une perception des voix négatives et qui peuvent exercer une pression sur l'individu. La dimension des voix positives est absente, et même si elle ne venait pas changer le diagnostic apporté par la nosographie, le fait de les éluder vient alimenter la représentation de l'entente de voix sur un versant uniquement pathologique et négatif pour l'individu. Ce fut notamment un élément de contradiction dans nos résultats où nous avons dû remplir l'item « présent mais léger » malgré une manifestation des voix importantes chez nos participants, pour la raison que les cotations de la présence du symptôme considéré comme plus important sont forcément dans une perspective de contrainte et de pression exercées par les voix. Ce qui n'était pourtant pas le cas chez les entendeurs que nous avons rencontrés.

Notre étude s'est principalement concentrée sur la question des hallucinations et notamment des HAV, mais nous pouvons aussi subodorer que ce constat que nous avons réalisé pourrait être reproductible et aussi valable pour la question des « idées délirantes qui sont bizarres » qui est l'autre critère du DSM-IV-TR qui nécessitait un seul critère de catégorie A pour le diagnostic de schizophrénie, mais qui n'apparaît plus dans le DSM-5. Ce questionnement sur l'évolution de cet élément pourrait être l'objet d'une recherche ultérieure.

Enfin, si l'on s'intéresse maintenant à la structure de personnalité des entendeurs de voix, notre analyse nous a permis de montrer que ce phénomène pouvait se manifester dans d'autres structures de personnalité que la structure psychotique, notamment l'organisation limite ou névrotique. Même si notre recherche est ouverte à l'éventualité d'une erreur dans le diagnostic structural, il nous apparaît de manière assez claire aux vues des éléments traités dans le Rorschach que les participants ne relèvent pas d'une structure psychotique schizophrénique. Nous pouvons noter qu'il pourrait être intéressant de reproduire cette analyse structurale pour rendre compte des résultats, sur un plus grand échantillon. Aussi, il pourrait être intéressant d'appréhender l'entente de voix en fonction de la structure de personnalité ou en tout cas de ne pas forcément la classer dans la psychose tout du moins.

Ces différents éléments d'analyse nous permettent de répondre à notre hypothèse de recherche qui était : que certaines spécificités du vécu et de la personnalité de l'individu peuvent influencer sur le phénomène de l'entente de voix. En effet, nous pensons que le vécu particulier de l'individu et les spécificités de sa personnalité peuvent avoir une influence sur l'émergence de l'entente de voix, mais que son origine reste un phénomène à considérer de façon multifactorielle, et qui si elle ne doit pas être réduit à une cause génétique, ou psychologique, elle ne doit pas non plus être réduit à une cause environnementale.

Pour conclure, nous ne pouvons qu'espérer un changement de la perception de l'entente de voix dans la société vers une réduction de la stigmatisation, mais aussi une modification de la perception de ce phénomène dans les institutions. Avec en corollaire une évolution de la prise en charge des patients entendeurs de voix plus humaine qui tiendrait plus compte de la singularité de l'individu, se focalisant moins sur la symptomatologie. C'est la raison pour laquelle nous avons présenté différentes prises en charge alternatives dans notre revue de littérature qui pourraient s'avérer bénéfiques pour l'individu. Parmi celles-ci nous pouvons notamment faire référence à la « formulation » de Lucy Johnstone et Dallos (2013), les techniques de sevrage de Will Hall (2012 ; 2016), et l'utilisation de l'entretien de Maastricht de Romme et Escher (2000). Mais nous pouvons aussi noter la pertinence de faire connaître l'existence des groupes d'entendeurs de voix et le REV français aux personnes concernées.

Références

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington: American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Arlington: American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., text rev.). Arlington: American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association. (2003). DSM-IV-TR : *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris : Elsevier Masson.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi, P. Boyer, C.-B. Pull et M.-C. Pull). Paris : Elsevier Masson.

Anzieu, D. (1960). *Les méthodes projectives*. Paris : PUF.

Anzieu, D., & Martin, J.Y. (1968). *La dynamique des groupes restreints*. Paris : PUF.

Askenazy, F., Dupuis, G., Dor, E., Lestideau, K., Meynadier, A., & Myquel, M. (2009). Clinique des hallucinations auditives chez l'enfant non psychotique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(1), 25-31.

Askov, M. (2016, octobre). *Diagnoses & Conséquences*. Communication présentée au 8^{ème} Congrès mondial sur l'entente de voix, Paris.

Auxéméry, Y. (2014). Vers une possible évolution fiable et valide de la nosographie psychiatrique moderne ? Analyse critique des origines du DSM-III aux hypothèses actuelles. *L'Évolution Psychiatrique*, 79(1), 79-94.

Baker, P. (2011). *La voix intérieure : guide pratique à l'usage (et au sujet) des personnes qui entendent des voix*. Port of Ness : P & P Press.

Barry, I. (2016, octobre). *Faire tourner la roue de l'esprit*. Communication présentée au 8^{ème} Congrès mondial sur l'entente de voix, Paris.

Barthélémy, S., & Bilheran, A. (2007). *Le délire*. Paris : Armand Colin.

Beavan, V., Read, J., & Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population : a literature review. *Journal of Mental Health*, 20(3), 281-292.

Bellamy, V., Roelandt, J. L., & Caria, A. (2004). Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Études et résultats*, 347, 1-12.

Belz-Merk, M., & Fach, W. (2005). Beratung und Hilfe für Menschen mit außergewöhnlichen Erfahrungen. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 55(05), 256-265.

Bergeret, J. (2011). *Psychologie pathologique: théorique et clinique* (11ème ed.). Paris : Elsevier Masson.

Berney, S., de Roten, Y., Söderström, D., & Despland, J. N. (2009). L'étude des mécanismes de défense psychotiques: un outil pour la recherche en psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 29(3), 133-144.

Bindler, L., & Andlauer, O. (2012). *La schizophrénie : 100 questions/réponses pour mieux comprendre la schizophrénie*. Paris : Ellipses.

Boché, M., & Génot, F. (2016). *Abus sexuel et dessin : Les épreuves projectives comme aide au diagnostic* (Mémoire de maîtrise). Université de Lorraine, Nancy.

Bottéro, A. (2011). Classifier sans stigmatiser: le cas de la schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 87(3), 199-209.

Brandon, N. J. (2007). Dissecting DISC1 function through protein–protein interactions. *Biochemical Society Transactions*, 35(5), 1283-1286.

Brémaud, N. (2013). De l'angoisse dans les psychoses. *Cliniques méditerranéennes*, 88(2), 185-202.

Castillo, M. C., Lannoy, V., Seznec, J. C., Januel, D., & Petitjean, F. (2008). Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *L'évolution psychiatrique*, 73(4), 615-628.

Castro, D., Constantin-Kuntz, M., Pons, E., Artaud, B., Tran, J., & Zoute, C. (2013). Perception de la maladie et processus d'observance thérapeutique. Le point de vue de 11 patients porteurs de schizophrénie paranoïde. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(10), 720-724.

Chabert, C. (2010). *Traité de psychopathologie de l'adulte : Les psychoses*. Paris: Dunod.

Chabert, C. (2012). *Le Rorschach en clinique adulte: Interprétation psychanalytique*. (3^{ème} ed.). Paris : Dunod.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16-20.

Daalman, K., Diederén, K. M. J., Derks, E. M., Van Lutterveld, R., Kahn, R. S., & Sommer, I. E. (2012). Childhood trauma and auditory verbal hallucinations. *Psychological medicine*, 42(12), 2475.

Daumerie, N., Bacle, S. V., Giordana, J. Y., Mannone, C. B., Caria, A., & Roelandt, J. L. (2012). La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale*, 38(3), 224-231.

Debroux, P., Richelle, J., De Noose, L., & Malempré, M. (2009). *Manuel du test de Rorschach: approche formelle et psychodynamique*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.

De Tyche, C. (interviewer) & Bergeret J. (Interviewee). (2012). *Conversations libres avec Jean Bergeret* [Interview audio file]. Psychomedia.

De Tyche, C. (2015). *Violence subie et résilience*. Toulouse : Éres.

Ensink, B. J. (1992). *Confusing Realities: A study on child sexual abuse and psychiatric symptoms*. Amsterdam : Free University Press.

Evrard, R. (2011). Les expériences réputées psychotiques dans la population générale: essai de problématisation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(5), 282-287.

Evrard, R., & Le Malefan, P. (2013). Que changent les «entendeurs de voix» à l'écoute des hallucinations ? I. Genèse d'un mouvement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(9), 623-628.

Evrard, R., & Rabeyron, T. (2014). Psychose pour tous : la jeunesse au risque du «syndrome de psychose atténuée»? *La psychiatrie de l'enfant*, 57(1), 331-348.

Evrard, R. (2014). *Folie et paranormal : Vers une Clinique des Expériences Exceptionnelles*. Rennes: PUR.

Evrard, R. (2016). DACLI EC4 : *Clinique transversale des expériences exceptionnelles*. Recueil inédit, Université de Lorraine.

Eybrechts, M.V. & Gerding, J. L. F (2012). Explorations in clinical parapsychology, In W.H. Kramer, E. Bauer, & G.H. Hovelmann, *Perspectives of clinical parapsychology: An introductory reader* (35-48). Bunnik : HJBF.

Faccio, E., Romaioli, D., Dagani, J., & Cipolletta, S. (2013). Auditory hallucinations as a personal experience: analysis of non-psychiatric voice hearers' narrations. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(9), 761-767.

Fach, W. (2011). Phenomenological aspects of complementarity and entanglement in exceptional human experiences (ExE). *Axiomathes*, 21(2), 233-247.

Falloon, I. R., & Talbot, R. E. (1981). Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management. *Psychological medicine*, 11(02), 329-339.

Ferenczi, S. (2013). *Transfert et introjection*. Lausanne : Éditions Payot.

Ferreri, M., Vacher, J., Tawil, S., & Alby, J. M. (1987). Facteurs événementiels et dépression: le questionnaire EVE, une nouvelle approche de méthodologie prédictive. *Psychologie médicale*, 19(13), 2441-2448.

Forer, B. R. (1949). The fallacy of personal validation: a classroom demonstration of gullibility. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44(1), 118.

Freud, S. (1911). Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (dementia Paranoïdes) Le Président Schreber. In *Cinq psychanalyses* (263-324). Paris: PUF.

Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris: PUF.

Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*. Oxford : Oxford University Press.

Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon and Shuster.

Hall, W. (2012). *Guide pour décrocher des médicaments psychotropes en réduisant les effets nocifs*. The Icarus Project et Freedom Center.

Hall, W. (2016, octobre). *Réduction des risques des médicaments*. Communication présentée au 8^{ème} Congrès mondial sur l'entente de voix, Paris.

Hall, W. (2016, octobre). *Spiritualité et Psychose*. Communication présentée au 8^{ème} Congrès mondial sur l'entente de voix, Paris.

Haouzir, S., & Bernoussi, A. (2014). *Les schizophrénies*. Paris : Armand Colin.

Heery, M. W. (1989). Inner voice experiences: An exploratory study of thirty cases. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 21(1), 73.

Hochmann, J. (2010). Histoire et actualité du concept de psychose de l'enfant. *L'information psychiatrique*, 86(3), 227-235.

Honig, A., Romme, M. A., Ensink, B. J., Escher, S. D., Pennings, M. H., & Devries, M. W. (1998). Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(10), 646-651.

Ionescu, S., Jacquet, M. M., & Lhote, C. (2012). *Les mécanismes de défense: théorie et clinique*. Paris : Armand Colin.

Jamison, K. R. (2006). The many stigmas of mental illness. *The Lancet*, 367(9509), 533-534.

Jodelet, D., & Moscovici, S. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris : PUF.

Johnstone, L., & Dallos, R. (2013). *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems*. Abingdon-on-Thames : Routledge.

Johnstone, L. (2016, octobre). *Formulation : trouver sens aux problèmes des gens*. Communication présentée au 8^{ème} Congrès mondial sur l'entente de voix, Paris.

Juignet, P. (2013). Psychismes : Les effets indésirables des neuroleptiques. Repéré à <http://psychisme.org/Therapeutique/Indesirneurolep.html>.

Kernberg O. (1995). *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. Paris: Presses Universitaires de France.

Kernberg O. (1997). *Les troubles limites de la personnalité*. Paris: Dunod.

Kernberg, O. (2004). *Les troubles graves de la personnalité*, (2ème ed.). Paris : PUF.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2007). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris : PUF.

Le groupe d'entendeur de voix de Lunéville (2016, octobre). *Construire un espace préservé, les groupes d'entendeurs de voix*. Communication présentée au 8^{ème} Congrès mondial sur l'entente de voix, Paris.

Lewinsohn, P. M. (1968). Characteristics of patients with hallucinations. *Journal of clinical psychology*, 24(4), 423-423.

Lichtenstein, P., Yip, B. H., Björk, C., Pawitan, Y., Cannon, T. D., Sullivan, P. F., & Hultman, C. M. (2009). Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families : a population-based study. *The Lancet*, 373(9659), 234-239.

Maleval, J. C. (2003). Limites et dangers des DSM. *L'évolution Psychiatrique*, 68(1), 39-61.

Mary, C. (2016). « Entendeur de voix », il devient expert au service de l'institution psychiatrique. Repéré à http://www.lemonde.fr/medecine/article/2016/02/15/entendeur-de-voix-il-devient-expert-au-service-de-l-institution-psychiatrique_4865742_1650718.html.

Michaud, G. (2005). *Essais sur la schizophrénie et le traitement des psychoses*. Ramonville Saint-Agne : Érès.

Miyamoto, S., Miyake, N., Jarskog, L. F., Fleischhacker, W. W., & Lieberman, J. A. (2012). Pharmacological treatment of schizophrenia: a critical review of the pharmacology and clinical effects of current and future therapeutic agents. *Molecular psychiatry*, 17(12), 1206-1227.

Morin, Y., Wainsten, J. P., & Lemaire, V. (1996). *Larousse médical*. Paris : Larousse.

Mueser, K. T., Lu, W., Rosenberg, S. D., & Wolfe, R. (2010). The trauma of psychosis: Posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophrenia research*, 116(2), 217-227.

Organisation mondiale de la santé. (1993). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes: CIM-10*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(4), 328-338.

Plaza, M. (1986). De la représentation de la folie au diagnostic de folie. *Handicaps et inadaptations*, (35), 25-28.

Postel, J., & Quételet, C. (2012). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Paris : Dunod.

Prudent, C., Evrard, R., Claude, N., Laurent, M., & De Tychey, C. (2016). DSM-5, trouble de la personnalité schizotypique et nosographie psychanalytique structurale française. *L'Évolution Psychiatrique*, 81(1), 176-190.

Puget, M. (2015). *Cela fait quoi aux entendeurs de voix de penser ce qu'ils pensent de leurs voix* (Mémoire de maîtrise). Université Paris VIII, Paris.

Purcell, S. M., Wray, N. R., Stone, J. L., Visscher, P. M., O'Donovan, M. C., Sullivan, P. F., ... & O'Dushlaine, C. T. (2009). Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature*, 460(7256), 748-752.

Quartier, F. (2011). La psychose et la vie. *L'information psychiatrique*, 87(1), 17-22.

Quintin, P., Klein, P., Carriere, P., Narboni, V. (2001). L'image de la schizophrénie et des schizophrènes auprès du grand public. *Nervure – Journal de psychiatrie*, 14(9), 16-19.

Racamier, P. C. (1976). L'interprétation psychanalytique des schizophrénies. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37-291.

Rausch de Traubenberg, N., (2000). *La pratique du Rorschach* (9ème ed.). Paris : PUF

Read, J., Os, J. V., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350.

Romme, M. A., & Escher, A. D. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia bulletin*, 15(2), 209-216.

Romme, M., & Escher, S. (1993). *Accepting voices*. London: Mind publications.

Romme, M., & Escher, S. (2000). *Making sense of voices*. London: Mind publications.

Rorschach, H. (1942). *Psychodiagnostics*. Bern : Verlag Hans Huber.

Rosenthal, R., & Jacobson, L. F. (1968). Teacher expectations for the disadvantaged. *Scientific American*, 218(4), 19-23.

Ross, C. A. (2014). Problems with the psychosis section of DSM-5. *Psychosis*, 6(3), 235-241.

Schneider, K., & Hamilton, M. W. (1959). *Clinical Psychopathology*. New York : Grune and Stratton.

Schofield, K., & Claridge, G. (2007). Paranormal experiences and mental health: Schizotypy as an underlying factor. *Personality and Individual Differences*, 43(7), 1908-1916.

Shergill, S. S., Brammer, M. J., Williams, S. C., Murray, R. M., & McGuire, P. K. (2000). Mapping auditory hallucinations in schizophrenia using functional magnetic resonance imaging. *Archives of general psychiatry*, 57(11), 1033-1038.

Sidgwick, H., Johnson, A., Myers, F. W., Podmore, F., & Sidgwick, E. M. (1894). Report on the census of hallucinations. *Proceedings of the society for psychical research*, 10(26), 25-394.

Slade, P. D., & Bentall, R. P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.

Stayer, C., Sporn, A., Gogtay, N., Tossell, J., Lenane, M., Gochman, P., & Rapoport, J. L. (2004). Looking for childhood schizophrenia: case series of false positives. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 1026-1029.

Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tsuang, M., Carpenter, W., & Van Os, J. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia research*, 150(1), 3-10.

Thomas, P. (1997). *The dialectics of schizophrenia*. London : Free Association Books.

Tien, A. Y. (1991). Distribution of hallucinations in the population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 26(6), 287-292.

Thorndike, E. L. (1920). A constant error in psychological ratings. *Journal of applied psychology*, 4(1), 25-29.

Trogon, A., Pachoud, B., & Musiol, M. (2000). L'analyse pragmatique, conversationnelle et cognitive de l'usage du discours chez le schizophrène. *Eléments de Psychopathologie Cognitive*. Paris : Armand Colin.

Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Arlington: American Psychiatric Association Publishing.

Young, H. F., Bentall, R. P., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1986). Disposition towards hallucination, gender and EPQ scores: A brief report. *Personality and Individual Differences*, 7(2), 247-249.

Zarifian, E. (1988). *Les jardiniers de la folie*. Paris : Odile Jacob.

Zarifian, E. (1994). L'image de la personne malade dans notre société. *Réadaptation*, 409, 12-14.

Annexes du mémoire

Évolution nosographique de la schizophrénie et « entente de voix »

Sous la direction du Professeur Renaud Evrard

Année universitaire 2016-2017

Table des matières

Déclaration sur l'honneur contre le plagiat	- 2
Annexe 1 - Mécanismes de défenses spécifiques utilisés par les structures psychotiques	- 3
Annexe 2 – Évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien	- 4
Annexe 3 – Arbre diagnostique différentiel des troubles psychotiques du DSM-IV-TR	- 6
Annexe 4 – Autres modifications réalisées dans le DSM-5	- 8
Annexe 5 – Entretien semi-directif de Maastricht	- 9
Annexe 6 – Inventaire d'événements de vie négatifs pour le groupe clinique	- 21
Annexe 7 – Inventaire d'événements de vie négatifs pour le groupe témoin	- 23
Annexe 8 – Récapitulatif des tableaux des événements de vie négatifs	- 25
Annexe 9 – Protocole de Jeanne	- 28
Annexe 10 – Représentation de soi et relation d'objet de Jeanne	- 30
Annexe 11 – Protocole de Paulette	- 31
Annexe 12 – Représentation de soi et relation d'objet de Paulette	- 36

DECLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), Braun Arthur, étudiant régulièrement inscrit en vue de la préparation de la formation du M2 spécialité psychologie clinique et psychopathologie,

N° de carte d'étudiant : 31202325

Année universitaire : 2016-2017

Niveau d'études : ☐ Licence ☐ Master ☐ Doctorat

Parcours : M1 – Psychologie

N° UE : UE MEM Séminaire de recherche + mémoire

atteste sur l'honneur que le présent mémoire intitulé : Évolution nosographique de la schizophrénie et « entente de voix », constitue une œuvre originale dont je suis l'auteur et qu'il est conforme aux usages loyaux (déontologie universitaire et législation en vigueur) :

- il reflète l'aboutissement d'un travail personnel et expose mes propres réflexions,
- il utilise des écrits d'autrui dans le respect des règles de citation et de présentation des sources documentaires et des références bibliographiques.

A cet égard, je certifie que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié, ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la section disciplinaire et les tribunaux de la République Française.

A Nancy, le 24/07/2017,

Signature manuscrite

Annexe 1

Les mécanismes de défense psychotiques

	Kernberg 1994	Vaillant 1992	Racamier 1976	Piasentin 2001	P-DMRS 2009
Dévitilisation/désanimation	X			X	(retrait autistique)
Animation	X			X	(retrait autistique)
Démontage/segmentation	X			X	(retrait autistique)
Encapsulement autistique	X			X	(retrait autistique)
Fusion	X			X	(retrait autistique)
Fragmentation	X			X	X
Déni psychotique		X		X	X
Distorsion		X		X	X
Projection délirante/psychotique		X		X	X
Constriction	X				
Hypocondrie	X				(DMRS : par l'agir)
Insanisation			X		
Identification introjective			X		
Identification projective			X		(DMRS : borderline)
Clivage/scission/scindage			X		(DMRS : borderline)
Retrait autistique					X

Annexe 2

Evaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotique par le clinicien

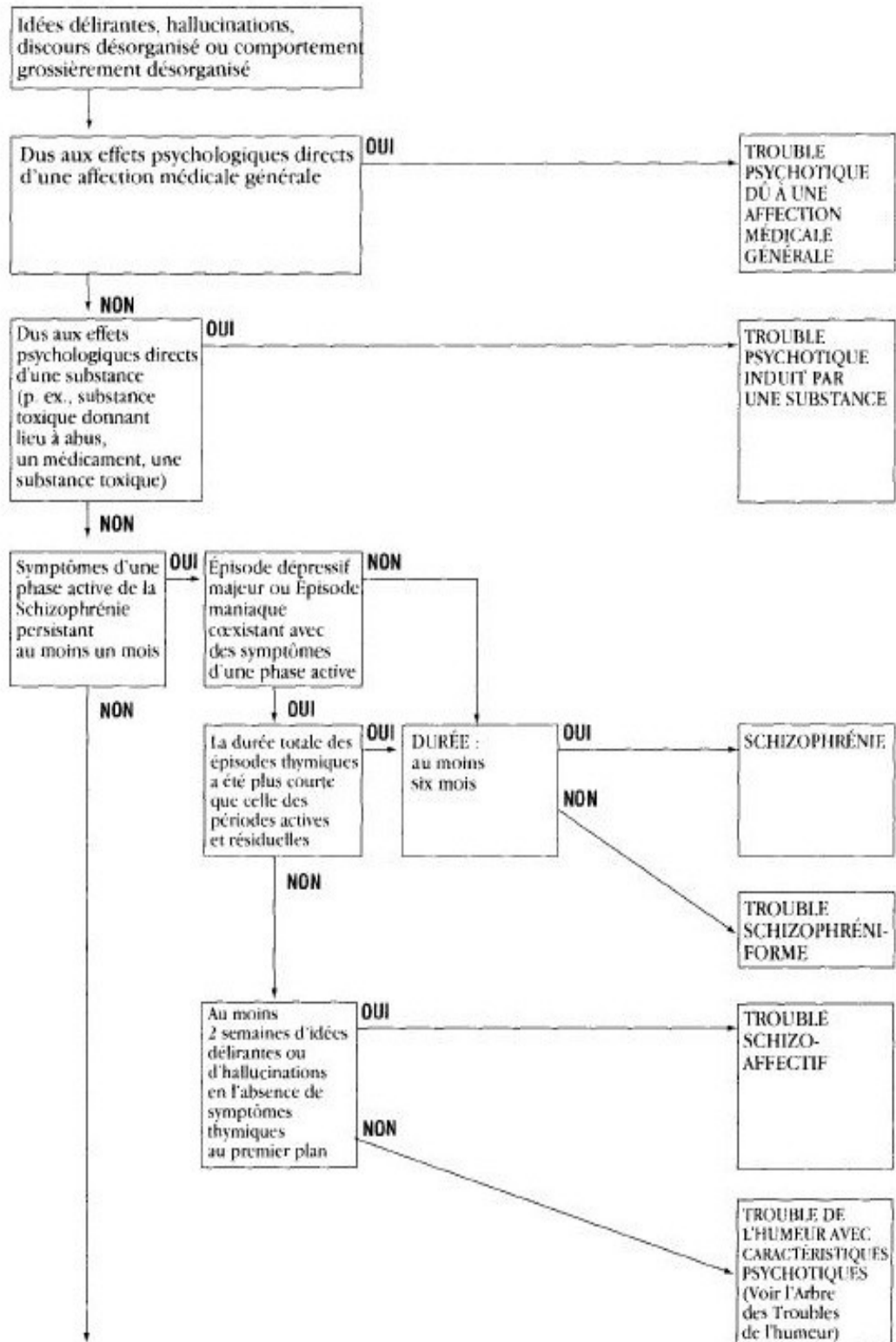
Nom : Âge : Sexe : Date :

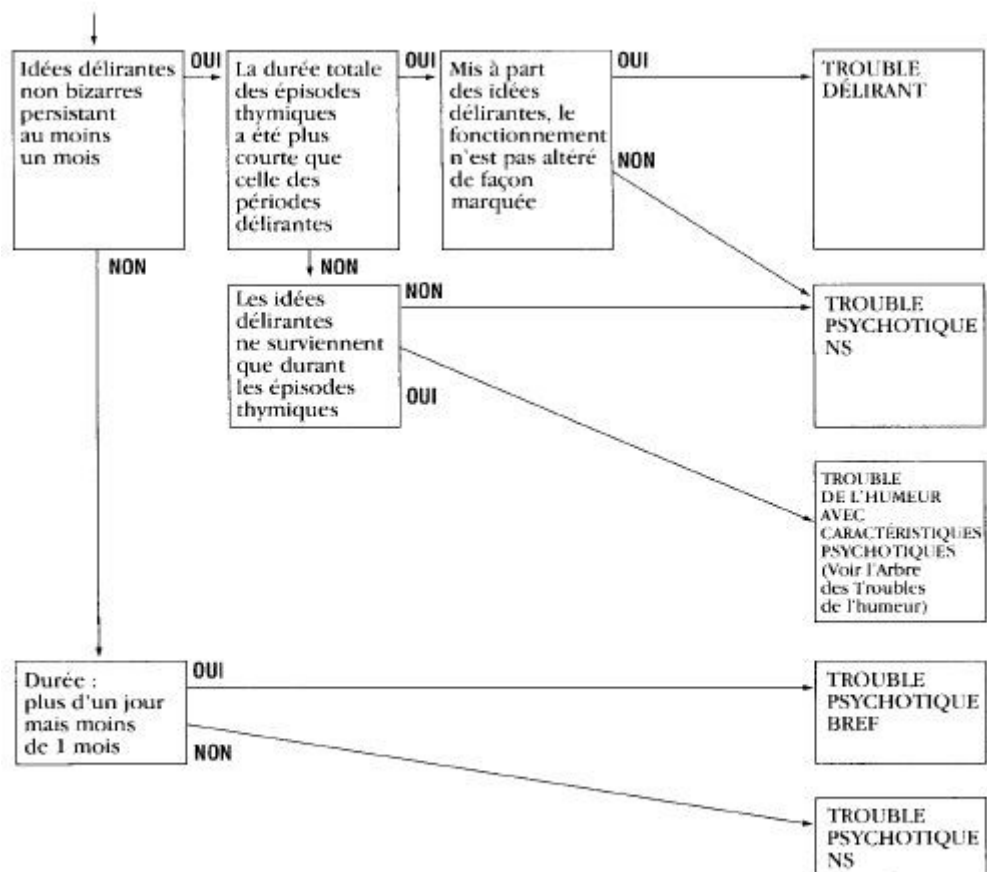
Domaine	0	1	2	3	4	Note
I - Hallucinations.	Pas présent	Douteux (sévérité ou durée insuffisantes pour que l'on puisse envisager une psychose)	Présent mais léger (peu de pression à agir selon les voix ; la personne n'est pas très ennuyée par les voix)	Présent et moyen (une certaine pression à répondre aux voix ; ou la personne est quelque peu ennuyée par les voix)	Présent et grave (pression sévère à répondre aux voix ou la personne est très ennuyé par les voix)	
II – Idées délirantes	Pas présent	Douteux (sévérité ou durée insuffisantes pour que l'on puisse envisager une psychose)	Présent mais léger (peu de pression à agir selon les croyances délirantes ; la personne n'est pas très ennuyé par les croyances)	Présent et moyen (une certaine pression à agir selon les croyances ; la personne est quelque peu ennuyé par les croyances)	Présent et grave (pression sévère à agir selon les croyances ou la personne est très ennuyée par les croyances)	
III – Discours désorganisé	Pas présent	Douteux (sévérité ou durée insuffisantes pour être considérées comme une désorganisation)	Présent mais léger (quelques difficultés à suivre le discours de la personne)	Présent et moyen (le discours de la personne est souvent difficile à suivre)	Présent et grave (le discours de la personne est pratiquement impossible à suivre)	
IV – Comportement Psychomoteur anormal	Pas présent	Douteux (sévérité ou durée insuffisantes pour être considérées comme un comportement psycho- moteur anormal)	Présent mais léger (comportement moteur bizarre ou occasionnellement anormal ou catatonie)	Présent et moyen (comportement moteur bizarre ou anormal ou catatonie)	Présent et grave (comportement moteur bizarre ou anormal fréquent ou catatonie presque constante)	

V – Symptômes négatifs (restriction de l'expression Émotionnelle ou aboulie)	Pas présent	Douteux : doute sur une diminution de l'expressivité faciale, de la prosodie, de la mimique ou des comportements auto-initiés	Présent mais léger : légère diminution de l'expressivité faciale, de la prosodie, de la mimique ou des comportements auto-initiés	Présent et moyen : diminution moyenne de l'expressivité faciale, de la prosodie, de la mimique ou des comportements auto-initiés)	Présent et grave : diminution grave de l'expressivité faciale, de la prosodie, de la mimique ou des comportements Auto-initiés)	
VI – Déficit cognitif	Pas présent	Douteux (les fonctions cognitives ne sont pas clairement en dehors des limites attendues pour l'âge ou le NSE, c à d <0,5 ET de la moyenne)	Présent mais léger (une certaine réduction des fonctions cognitives, au-delà de ce qui est attendu pour l'âge et le NSE ; >0,5-1 ET la moyenne)	Présent et moyen (diminution claire des fonctions cognitives, au-delà de ce qui est attendu pour l'âge et le NSE ; >1-2 ET de la moyenne	Présent et grave (diminution grave des fonctions cognitives, au-delà de ce qui est attendu pour l'âge et le NSE ; > 2 ET de la moyenne	
VII – Dépression	Pas présent	Douteux (se sent occasionnellement triste, bas, déprimé ou sans espoir ; inquiet d'avoir fait des erreurs avec quelqu'un ou quelque chose mais sans être préoccupé)	Présent mais léger (se sent fréquemment très triste, bas, moyennement déprimé ou sans espoir ; inquiet d'avoir fait des erreurs avec quelqu'un ou quelque chose avec un certaine préoccupation)	Présent et moyen (fréquente périodes de dépression profonde ou de désespoir ; préoccupation par de la culpabilité ou l'idée d'avoir fait du mal)	Présent et grave (dépression profonde ou désespoir quotidiens ; culpabilité délirante ou reproches tournés vers soi largement disproportionnés compte tenu des circonstances)	
VIII – Manie	Pas présent	Douteux (humeur occasionnellement haute, expansive ou irritable ou certaine agitation)	Présent mais léger (fréquente périodes d'humeur quelque peu haute, expansive ou irritable ou relative agitation)	Présent et moyen (de façon fréquente et importante, périodes d'humeur haute, expansive, ou irritable ou agitation)	Présent et grave (de façon quotidienne et importante, humeur haute, expansive ou irritable ou agitation)	

ET : écart type ; NSE : niveau socio-économique.

Diagnostic différentiel des Troubles psychotiques





Annexe 4¹

Concernant le critère D (trouble de l'humeur ou schizo-affectif), deux modifications sont à noter :

- La disparition des épisodes mixtes comme définition d'un épisode affectif puisqu'il n'existe plus d'épisode de ce type. La mixité au sens du DSM IV R était un état rarissime. A noter qu'en adoptant une définition plus large de la mixité on observe que la majorité de ces patients souffrent de symptômes psychotiques pendant l'épisode.
- la modification de la définition du trouble schizo-affectif redessine les frontières entre ces deux diagnostics. En effet, le trouble schizo-affectif est redéfini sur la vie entière. On peut se demander dans quelle mesure certains épisodes initialement diagnostiqués de schizo-affectifs ne vont pas redevenir de simples schizophrénies parce que précédés d'un épisode schizophrénique vrai ! Ainsi sans changer une ligne de cette partie du DSM, il n'est pas impossible qu'une partie des 0.8% de la population affectées d'un trouble schizo-affectifs viennent gonfler les rangs des schizophrénies...

Les cours évolutifs ont été complètement refondus avec la part belle aux premiers épisodes. On n'observe toujours pas de déficit progressif (présent dans la CIM-10), mais enfin on reconnaît que l'évolution peut n'être que rémittente (c.à.d. avec rémission entre les épisodes, ce qui n'était pas le cas dans le DSM IV R).

1 Ces informations supplémentaires concernant l'évolution nosographique du DSM-5 ont notamment été prélevés du site internet : <http://www.cercle-d-excellence-psy.org>

Annexe 5

Entretien avec une personne qui entend des voix

Professeur Marius Romme
et Sandra Escher

A utiliser conjointement avec *Comprendre les voix : Un guide pour les professionnels de la santé mentale travaillant avec des personnes qui entendent des voix* (Solal, 2006).

Entretien avec une personne qui entend des voix

Nom de la personne qui entend des voix :
Adresse :
.....
Numéro de téléphone :

Informations démographiques :

Date de naissance / âge :
Sexe : M / F
État civil :
Nombre d'enfants :
Condition de logement :
Statut professionnel :
Nationalité / origine ethnique :

Information concernant l'entretien :

Nom de l'examineur :
Date du premier entretien :
Date du suivi :
Numéro de dossier :

May 1998. Copyright : Prof. M. A. J. Romme et A. D. M. A. C. Escher, Universite de Maastricht,
Boite postale 616, 6200 MD, Pays-Bas.

1. NATURE DE L'EXPERIENCE

Ce questionnaire a été développé pour les personnes qui entendent des voix. Son but est de vous aider à mieux comprendre votre expérience d'entendre des voix. Il a aussi été construit dans le but d'encourager le dialogue entre nous à propos de votre expérience et de la manière dont vous faites face aux voix. Cela nous permettra de trouver ensemble la meilleure manière de les gérer.

1.1 J'aimerais que vous me parliez de votre expérience d'entendre des voix.

.....
.....
.....
.....
.....

1.2 Les sons/voix que vous entendez peuvent-ils/elles être également entendu(e)s par d'autres personnes ? Pouvez-vous expliquer pourquoi ?

.....
.....

1.3 D'où viennent les sons/voix (où se situent-ils/elles) ? Dans votre tête, dans vos oreilles (gauche/droite/les deux), ou ailleurs que dans votre corps ?

.....
.....

1.4 A propos des voix que vous entendez, viennent-elles de vous-même ou de quelqu'un d'autre ? (Nous essayons d'établir comment vous percevez les voix lorsque vous les entendez). Les voix viennent-elles de l'intérieur de vous (ego-syntonique/moi) ou les voix viennent-elles de quelqu'un d'autre ou de quelque chose en-dehors de vous (ego-dystonique/pas moi). Pouvez-vous expliquer pourquoi ?

.....
.....

1.5 Pouvez-vous mener un dialogue avec les voix ou communiquer avec elles de quelque manière que ce soit ? Pouvez-vous donner un exemple ?

.....
.....
.....

Conclusions de l'examineur : l'expérience d'entendre des voix possède-t-elle les mêmes caractéristiques ou des caractéristiques similaires à l'hallucination auditive (telle que comprise en psychiatrie) :

- | | |
|--|---------|
| 1. Le patient entend des voix que les autres ne peuvent pas entendre | oui/non |
| 2. Le patient entend des voix par les oreilles | oui/non |
| 3. Le patient entend des voix dans sa tête | oui/non |
| 4. Le patient est capable de maintenir un dialogue ou une autre méthode de communication | oui/non |
| 5. les voix sont vécues comme « moi » (1) ou « pas moi » (2) | 1 / 2 |

2. CARACTERISTIQUES DES VOIX

2.1 Entendez-vous une voix ou plusieurs ? Combien ? Cela a-t-il toujours été ainsi ? Le nombre de voix a-t-il changé ? Les voix ont-elles toujours été les mêmes voix ?

.....

.....

.....

2.2 Pouvez-vous indiquer à qui les voix appartiennent et/ou le nom que vous leur donnez ? Que vous disent-elles, sur quel ton et avec quelle fréquence les entendez-vous ?

N°	Nom	Age	Sexe	Contenu/ton	Fréquence
1					
2					
3					
4					
5					
6					

2.3 Est-ce que la manière de parler des voix (ou d'une des voix) ou le ton employé vous rappelle quelqu'un que vous connaissez ou que vous avez connu ? Si oui, qui ?

.....

.....

3. L'ANAMNESE DE L'EXPERIENCE D'ENTENDRE DES VOIX

3.1 Revenons au moment où vous avez entendu les voix pour la première fois. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez entendu des voix pour la première fois ? Pouvez-vous vous rappeler à quel âge vous avez commencé à entendre chaque voix (voir 2.2) ? A quels autres moments de votre vie avez-vous entendu des voix ?

.....

.....

.....

.....

3.2 Pouvez-vous décrire pour chacune des voix les circonstances dans lesquelles vous les avez entendues pour la première fois ?

.....

.....

.....

3.3 Nous avons dressé une liste du type de circonstances et de situations que des personnes peuvent connaître dans leur vie. Lesquels de ces événements de vie vous sont-ils arrivés ? A quel âge les avez-vous vécu ?

Circonstances	Oui/non	Age et année
Changements stressants		
Vivre seul pour la première fois		
Déménager vers un nouveau lieu de résidence, une nouvelle école, une nouvelle ville ou un nouveau village		
Commencer des études / un cours		
Echouer à un examen		
Etre sans emploi / viré / faire faillite		
Changements dans l'emploi / le statut / le travail		
Retraite / incapacité de travail		
Départ de la maison du ou des enfant(s)		
Dette financière / problèmes financiers		
Maladie et décès		
Blessure physique ou maladie grave		
Admission dans un hôpital général ou subir une anesthésie		
Décès d'un membre de la famille proche ou d'un ami intime		
Décès d'un animal domestique très cher		
Maladie grave d'un être cher		
Admission dans un hôpital psychiatrique		
Etre confronté au suicide ou à une tentative de suicide		
Amour et sexualité		
Divorce / rupture d'une relation intime		
Menstruation problématique, grossesse (non souhaitée)		
Tomber amoureux et être éconduit		
Tension importante à la maison ou dans votre relation		
Confrontation à des formes de sexualité moins bien acceptées socialement, telles que l'homosexualité, l'exhibitionnisme, la pédophilie		
Changements inattendus dans votre relation, comme votre infidélité ou un partenaire infidèle		
Religion, spiritualité, expériences mystiques ou cosmiques		
Assister à une séance de spiritisme, un rituel satanique, un événement spirituel		
Problèmes au sein d'une communauté religieuse / secte		
Autres		

3.4 L'une ou plusieurs de ces circonstances sont-elles associées au fait que vous avez commencé à entendre des voix ? Si oui, pouvez-vous décrire comment ?

.....

4. CE QUI DECLENCHE LES VOIX

4.1 Avez-vous remarqué si les voix avaient tendance à être présentes quand vous faites une activité particulière ou qu'elles apparaissent dans certains types de circonstances ? Pouvez-vous les décrire ? (Par exemple, en faisant des courses, en regardant la télévision, en cuisinant, en étant seul dans votre chambre, etc.)

.....
.....
.....

4.2 Comment vous sentez-vous lorsque vous êtes confronté au type de situation qui déclenche les voix (voir plus haut) ?

.....
.....
.....

4.3 Y a-t-il des moments particuliers (le jour, la nuit, le week-end, des heures particulières) où les voix sont présentes ou absentes ? Avez-vous une idée de pourquoi c'est ainsi ?

.....
.....
.....

4.4 Avez-vous remarqué si les voix venaient de certains objets, comme la télévision par exemple ? De quels objets ?

.....
.....
.....

4.5 Avez-vous remarqué si les voix étaient présentes lorsque vous éprouvez certaines émotions ? Passez en revue la liste suivante. Apparaissent-elles quand vous connaissez des émotions telles que :

- | | |
|--|---|
| ☐ insécurité | ☐ jalousie |
| ☐ peur | ☐ chagrin |
| ☐ doute | ☐ fatigue |
| ☐ amoureux | ☐ tristesse / dépression |
| ☐ colère ou agressivité | ☐ bonheur |
| ☐ vos propres émotions sexuelles | ☐ solitude |
| ☐ les émotions sexuelles d'autres personnes | |

Pouvez-vous décrire comment les voix réagissent ? (Par exemple, vous confrontent-elles, sont-elles utiles ou effrayantes et inutiles ?) Ont-elles un effet sur l'émotion que vous éprouvez, par exemple vous rendant plus ou moins déprimé, ou plus ou moins heureux ?

.....
.....
.....

5. QUE DISENT LES VOIX ?

5.1 Entendez-vous des voix positives (amicales) ? Que disent-elles ? Donnez s'il vous plaît un exemple des mots exacts qu'elles utilisent.

.....
.....
.....

5.2 Entendez-vous des voix négatives (non amicales) ? Que disent-elles ? Donnez s'il vous plaît un exemple des mots exacts qu'elles utilisent.

.....
.....
.....

5.3 Les voix parlent-elles de sujets ou de personnes spécifiques ? Pouvez-vous les décrire ? Que disent les voix ? Est-ce que ces sujets vous concernent aussi ?

.....
.....
.....

6. COMMENT EXPLIQUEZ-VOUS L'ORIGINE DES VOIX ?

6.1 Comme vous entendez des voix, vous avez peut-être voulu trouver une explication à ce phénomène. Vous avez peut-être déjà élaboré votre propre interprétation de la signification des voix, comme le font les professionnels et comme nous le faisons tous. Cependant, il se peut que nous n'ayons pas les mêmes idées, parce que nous sommes formés à considérer la signification des voix selon un autre cadre de référence (souvent dans une perspective médicale ou biologique). Ici, nous nous intéressons à ce que vous pensez être la cause des voix et comment vous les identifier.

Les voix sont celles d'une personne vivante :

- | | |
|---|---------|
| 1. quelqu'un qui fait partie de votre vie quotidienne | oui/non |
| 2. vos parents ou un autre membre de la famille | oui/non |
| 3. quelqu'un qui vous est inconnu | oui/non |

Les voix sont celles d'une personne décédée :

- | | |
|-----------------------------------|---------|
| 4. que vous connaissiez très bien | oui/non |
| 5. que vous ne connaissiez pas | oui/non |

Les voix sont :

- | | |
|--|---------|
| 6. les symptômes d'une maladie | oui/non |
| 7. une ou plusieurs parties de votre personnalité (dans votre inconscient) | oui/non |
| 8. un bon guide | oui/non |
| 9. un fantôme ou quelqu'un du passé (réincarnation) | oui/non |
| 10. des dieux, des fantômes ou des anges | oui/non |
| 11. un bon dieu | oui/non |
| 12. un mauvais esprit ou le diable | oui/non |
| 13. des entités (une personne spirituelle ou une puissance que vous ne pouvez voir mais qui est là ; vous sentez ou entendez une présence) | oui/non |
| 14. des perceptions extraordinaires (télépathie, médium) | oui/non |
| 15. elles viennent de la douleur des autres ou d'autre chose autour de vous | oui/non |

Définition complémentaire par l'examineur

.....
.....
.....

6.2 J'aimerais discuter de votre interprétation de l'origine de ces voix.

.....
.....

7. QUEL IMPACT ONT LES VOIX SUR VOTRE MODE DE VIE ?

Nous aimerions vous demander quel type d'impact les voix ont sur votre mode de vie.

7.1 Comment les voix essayent-elles de vous influencer ? Donnez s'il vous plaît un exemple.

1. Elles offrent une solution à un problème
2. Elles offrent des conseils et vous aident
3. Elles décrivent ce que vous faites ou pensez
4. Elles font des commentaires sur ce que vous faites/pensez ou sur les personnes avec qui vous interagissez
5. Elles dominent votre pensée, si bien que vous ne pouvez pas distinguer vos propres pensées de celles des voix
6. Elles vous insultent ou sont très critiques à propos de ce que vous faites

7. Elles vous interdisent de faire des choses que vous aimez faire
8. Elles renforcent vos sentiments
9. Elles renforcent les pensées qui vous occupent
10. Elles interrompent ce que vous aimez faire
11. Elles interfèrent lorsque vous parlez à quelqu'un d'autre
12. Elles vous ordonnent de faire des choses

Comment l'influence des voix vous affecte-t-elle et/ou affecte-t-elle les autres ? Comment y arrivent-elles (par leur présence ou par la manière dont elles disent les choses) ?

.....
.....
.....

7.2 Êtes-vous content de certaines des voix ? Pourquoi ? Cela a-t-il toujours été ainsi ?

.....
.....

7.3 Avez-vous peur de certaines des voix ? Pourquoi ? Vous ont-elles toujours effrayé ? Donnez s'il vous plaît un exemple.

.....
.....

7.4 Les voix perturbent-elles vos activités quotidiennes ? De quelle manière ? Quelles sont les conséquences ? Dans quelle mesure les voix vous rendent-elles impuissant ? Donnez s'il vous plaît un exemple.

.....
.....
.....

7.5 Vivez-vous les voix comme :

positives de manière prédominante
négatives de manière prédominante
neutres de manière prédominante
à la fois positive et négative

oui/non
oui/non
oui/non
oui/non

8. L'EQUILIBRE DE LA RELATION

Nous aimerions vous demander quel genre de relation vous avez avec les voix.

8.1 Êtes-vous capable d'influencer les voix d'une manière ou d'une autre ? Le faites-vous ? Donnez s'il vous plaît un exemple.

.....
.....
.....

8.2 Contrôlez vous les voix ? Cela a-t-il toujours été le cas ? Donnez s'il vous plaît un exemple. Décrivez comment vous les contrôler.

.....
.....
.....

8.3 Pouvez-vous tenir une conversation avec les voix ? Le faites-vous ? Parlez-vous à haute voix ou dans votre tête lorsque vous leur parlez (ou les deux) ? Comment les voix réagissent-elles ? Ont-elles toujours agi ainsi ? Si non, pourquoi ? Donnez s'il vous plaît un exemple.

.....
.....
.....

8.4 Insultez-vous parfois les voix ? Si oui, comment faites-vous cela, dans votre esprit ou en parlant à haute voix ?

.....
.....

8.5 Pouvez-vous refuser les ordres ? Si oui, quels ordres pouvez-vous refuser et lesquels ne pouvez-vous pas refuser ? Que se passe-t-il si vous refusez de faire ce que les voix vous ordonnent de faire ?

.....
.....
.....

8.6 Pouvez-vous vous couper des voix et les laisser venir à nouveau ?

.....
.....
.....

8.7 Pouvez-vous vous concentrer sur les voix quand elles sont présentes, de sorte que vous sachiez exactement ce qu'elles disent ? Cela diffère-t-il en fonction de la voix et du moment ? Si oui, pourquoi ? Donnez un exemple.

.....
.....
.....

8.8 Quand vous entendez des voix, vous concentrez-vous principalement sur elles ou sur ce que vous êtes en train de faire ? Cela diffère-t-il en fonction de la voix et du moment ?

.....
.....
.....

9. LES STRATEGIES POUR FAIRE FACE

Nous venons de parler de votre relation avec les voix. J'aimerais savoir ce que vous faites exactement lorsque vous entendez les voix. Si la réponse à l'une des questions suivantes est oui, dites-moi, s'il vous plaît, combien de fois vous avez essayé cela et quel effet cela a eu.

Les stratégies cognitives

	Stratégie	Oui/non	si oui, cela marche-t-il ?
9.1	Chasser les voix		
9.2	Ignorer les voix		
9.3	Se concentrer sur l'écoute		
9.4	Ecouter sélectivement		
9.5	Penser à quelque chose d'autre		
9.6	Faire un marché avec les voix		
9.7	Instaurer des limites		

Les stratégies comportementales

	Stratégie	Oui/non	si oui, cela marche-t-il ?
9.8	Commencer à faire quelque chose		
9.9	Essayer d'échapper aux voix		
9.10	Téléphoner ou rendre visite à quelqu'un		
9.11	Se distraire		
9.12	Ecrire ce qu'elles disent		
9.13	Effectuer certains rituels		

Les stratégies physiques

	Stratégie	Oui/non	si oui, cela marche-t-il ?
9.14	Exercices de relaxation, comme du yoga		
9.15	Médicaments		
9.16	Alcool ou drogue		
9.17	Nourriture		

Conclusion

9.18 Quelles stratégies pour faire face utilisez-vous la plupart du temps ? A quelle fréquence les utilisez vous ? Les utilisez-vous systématiquement ? Si non, pourquoi ?

.....

.....

.....

9.19 Quel est l'effet des stratégies que vous utilisez la plupart du temps ?

.....

.....

.....

9.20 Quand vous savez que les voix vont être présentes dans certaines situations, considérez-vous différentes manières de faire face a la situation, c'est-a-dire cherchez-vous une alternative, évitez-vous la situation, ou vous interdisez-vous d'être influencé ?

.....

.....

.....

9.21 Avez-vous, par le passé, essayé des choses qui ont semblé vous aider ? Pourquoi n'utilisez-vous plus ces stratégies ?

.....

.....

.....

10. EXPERIENCES VECUES DANS L'ENFANCE

L'enfance peut être une expérience très différente pour chacun de nous, certaines personnes aiment repenser à leur enfance, tandis que d'autres préfèrent la laisser derrière eux aussitôt que possible. Quelle est votre perception de votre enfance ?

10.1 Votre enfance a-t-elle été agréable ou stressante ? Pouvez-vous décrire comment était votre enfance ?

.....
.....
.....

10.2 Vous sentiez-vous en sécurité à l'école, dans la rue et/ou à la maison ? Si non, expliquez pourquoi.

.....
.....
.....

10.3 Quant vous étiez enfant, avez-vous jamais été maltraité ? Comment ?

.....
.....
.....

10.4 Quand vous étiez enfant, avez-vous jamais reçu des punitions étranges ? Par exemple, être enfermé dans les toilettes ou être ligoté ?

.....
.....
.....

10.5 Lorsque vous étiez enfant ou adolescent, vous a-t-on déjà hurlé dessus ou rabaissé ? Avez-vous jamais eu le sentiment de ne pas être désiré ou avez-vous senti que vous n'étiez jamais capable de faire quelque chose de bien ?

.....
.....
.....

10.6 Avez-vous déjà été témoin du mauvais traitement d'un autre membre de la famille ? Qui ?

.....
.....
.....

10.7 Avez-vous déjà été témoin d'abus sexuel dans votre famille ou ailleurs ? De qui ?

.....
.....
.....

10.8 Avez-vous déjà eu des relations sexuelles contre votre volonté, c'est-à-dire qui vous étaient imposées et auxquelles vous n'avez pu échapper ? Décrivez, s'il vous plaît, la situation.

.....
.....
.....

11. HISTOIRE DU TRAITEMENT

11.1 Nous aimerions en savoir plus sur votre histoire médicale. Par exemple, avez-vous déjà eu recours à des services psychiatriques ou vu un psychologue, un thérapeute ou un conseiller ? Si oui, quel genre d'aide avez-vous reçu et pendant combien de temps ?

Année	Hôpital/centre de soin	Type de thérapie	Durée	Raison du traitement (les voix et/ou autre chose)

11.2 Avez-vous parlé des voix à l'un de ces thérapeutes / personnes qui vous ont soigné ?

.....

.....

.....

11.3 Qu'ont-ils fait à propos des voix, c'est-à-dire prescrire des médicaments : si oui, lesquels ; une psychothérapie ou une autre thérapie ?

.....

.....

.....

11.4 Avez-vous jamais cherché de l'aide auprès de personnes qui pratiquent une médecine alternative, telle que l'acupuncture, la médecine par les plantes, la bio-énergie, l'homéopathie, la guérison paranormale, la thérapie de réincarnation, etc. ? Cela a-t-il été utile ?

.....

.....

.....

12. RESEAU SOCIAL

Le contact avec d'autres est une partie importante de la vie. C'est pourquoi j'aimerais que vous me parliez des personnes avec qui vous avez une relation personnelle et aussi de toute autre personne qui est importante pour vous. L'ordre n'a pas d'importance et vous n'êtes pas obligé de donner des noms. Les initiales ou une description comme « mon fils » est suffisante. Nous aimerions aussi savoir s'ils connaissent l'existence des voix et si vous pouvez leur en parler.

N°	Nom	Connaît l'existence des voix Oui/Non	Peut leur parler des voix Oui/Non
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

13. QUESTIONS

Y a-t-il d'autres sujets qui sont reliés à votre expérience que nous n'avons pas abordés et dont vous aimeriez parler ? Avez-vous d'autres questions ? Y a-t-il quoi que ce soit d'autre que vous souhaitez ajouter ?

Annexe 6

Inventaire événements de vie (questionnaire E.V.E ; Entretien semi-directif Maastricht)			colonne n°1 événements Vécus (oui/non)	colonne n°2 Âges auxquels Ces événements Ont été vécus	colonne n°3 Événements Traumatique
EVENEMENTS					
VIE FAMILIALE Parents, frères, sœurs, Grands parents etc.	1	décès père-mère (P) (N)			
	2	décès d'un membre de la famille			
	3	mésentente entre les parents			
	4	séparation-divorce des parents			
	5	changement dans la composition familiale (naissance, départ etc.)			
	6	changement dans le mode de vie (déménagement, émigration etc.)			
	7	maladie physique ou psychique d'un membre de la famille			
	8	séparation d'avec la famille			
	9	vivre seul pour la 1ere fois			
	10	décès d'un animal domestique très cher			
	11	AUTRES événements familiaux			
VIE PROFESSIONNELLE	12	entrée dans la vie active			
	13	licenciement-chômage			
	14	mise à la retraite/incapacité de travail			
	15	conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues etc.)			
	16	changements de situation professionnelle (de travail, de patron etc.)			
	17	commencer des études/un cours			
	18	échouer à un examen			
	19	AUTRES événements professionnels (accident, recyclage etc.)			
VIE SOCIALE	20	service militaire			
	21	changement de vie matérielle (habitat, problème financier etc.)			
	22	décès dans votre entourage			
	23	conflits avec la société (procès, prison etc.)			
	24	AUTRES événements sociaux			
VIE CONJUGALE & AFFECTIVE Conjoint, partenaire, Enfant	25	relation affectives-mariage			
	26	mésentente avec le conjoint ou la partenaire			
	27	séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire			
	28	décès du conjoint-partenaire			
	29	naissances des enfants			
	30	départ d'enfant			
	31	décès d'enfant			
	32	maladie physique ou psychique de conjoint- partenaire-enfant			
	33	tomber amoureux et être éconduit			
	34	changements inattendus dans votre relation, comme votre infidélité ou un partenaire infidèle			
	35	assister à une séance de spiritisme, un rituel satanique, un événement spirituel			
	36	problèmes au sein d'une communauté religieuse / secte			
	37	AUTRES événements affectifs (choc affectif, solitude etc.)			

Événements concernant votre SANTE	38	maladie/ blessure physique importante			
	39	dépression traitée mais sans hospitalisation			
	40	dépression traitée et avec hospitalisation			
	41	tentative de suicide			
	42	grossesse-accouchement			
	43	avortement			
	44	ménopause			
	45	admission dans un hôpital général ou subir une anesthésie			
	46	admission dans un hôpital psychiatrique			
	47	confrontation à des formes de sexualité moins bien acceptées socialement (homosexualité, exhibitionnisme etc.)			
	48	AUTRES éléments de santé (alcoolisme, handicap etc.)			

Annexe 7

Inventaire événements de vie (questionnaire E.V.E ; Entretien semi-directif Maastricht)			colonne n°1 événements Vécus (oui/non)	colonne n°2 Âges auxquels Ces événements Ont été vécus	colonne n°3 Événements Traumatique
EVENEMENTS					
VIE FAMILIALE Parents, frères, sœurs, Grands parents etc.	1	décès père-mère (P) (N)			
	2	décès d'un membre de la famille			
	3	mésentente entre les parents			
	4	séparation-divorce des parents			
	5	changement dans la composition familiale (naissance, départ etc.)			
	6	changement dans le mode de vie (déménagement, émigration etc.)			
	7	maladie physique ou psychique d'un membre de la famille			
	8	séparation d'avec la famille			
	9	vivre seul pour la 1ere fois			
	10	décès d'un animal domestique très cher			
	11	AUTRES événements familiaux			
VIE PROFESSIONNELLE	12	entrée dans la vie active			
	13	licenciement-chômage			
	14	mise à la retraite/incapacité de travail			
	15	conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues etc.)			
	16	changements de situation professionnelle (de travail, de patron etc.)			
	17	commencer des études/un cours			
	18	échouer à un examen			
	19	AUTRES événements professionnels (accident, recyclage etc.)			
VIE SOCIALE	20	service militaire			
	21	changement de vie matérielle (habitat, problème financier etc.)			
	22	décès dans votre entourage			
	23	conflits avec la société (procès, prison etc.)			
	24	AUTRES événements sociaux			
VIE CONJUGALE & AFFECTIVE Conjoint, partenaire, Enfant	25	relation affectives-mariage			
	26	mésentente avec le conjoint ou la partenaire			
	27	séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire			
	28	décès du conjoint-partenaire			
	29	naissances des enfants			
	30	départ d'enfant			
	31	décès d'enfant			
	32	maladie physique ou psychique de conjoint- partenaire-enfant			
	33	tomber amoureux et être éconduit			
	34	changements inattendus dans votre relation, comme votre infidélité ou un partenaire infidèle			
	35	assister à une séance de spiritisme, un rituel satanique, un événement spirituel			
	36	problèmes au sein d'une communauté religieuse / secte			
	37	AUTRES événements affectifs (choc affectif, solitude etc.)			

Événements concernant votre SANTE	38	maladie/ blessure physique importante			
	39	dépression traitée mais sans hospitalisation			
	40	dépression traitée et avec hospitalisation			
	41	tentative de suicide			
	42	grossesse-accouchement			
	43	avortement			
	44	ménopause			
	45	admission dans un hôpital général ou subir une anesthésie			
	46	admission dans un hôpital psychiatrique			
	47	confrontation à des formes de sexualité moins bien acceptées socialement (homosexualité, exhibitionnisme etc.)			
	48	AUTRES éléments de santé (alcoolisme, handicap etc.)			
vie pendant l'ENFANCE	49	maltraitance psychologique			
	50	maltraitance physique			
	51	punitions étranges (ex: être enfermé dans les toilettes ou être ligoté)			
	52	subis des abus sexuels			
	53	AUTRES éléments pendant l'enfance (harcèlement, témoins de maltraitance)			

Annexe 8

Tableau 1

		Non entendeur de voix		Entendeur de voix	
VIE FAMILIALE Parents, frères, sœurs, Grands parents etc.		Événements Vécus %	Événements Traumatique %	Événements Vécus %	Événements Traumatique %
1	décès père-mère (P) (N)	0%	0%	100%	100%
2	décès d'un membre de la famille	90%	20%	100%	50%
3	mésentente entre les parents	30%	20%	50%	50%
4	séparation-divorce des parents	40%	10%	0%	0%
5	changement dans la composition familiale (naissance, départ etc.)	40%	10%	100%	50%
6	changement dans le mode de vie (déménagement, émigration etc.)	80%	0%	100%	100%
7	maladie physique ou psychique d'un membre de la famille	40%	30%	0%	0%
8	séparation d'avec la famille	50%	0%	50%	50%
9	vivre seul pour la 1 ^{re} fois	70%	10%	100%	0%
10	décès d'un animal domestique très cher	50%	20%	0%	0%
11	AUTRES événements familiaux	30%	30%	0%	0%

Tableau 2

		Non entendeur de voix		Entendeur de voix	
VIE PROFESSIONNELLE		Événements Vécus %	Événements Traumatique %	Événements Vécus %	Événements Traumatique %
12	entrée dans la vie active	10%	10%	100%	50%
13	licenciement-chômage	0%	0%	0%	0%
14	mise à la retraite/incapacité de travail	0%	0%	0%	0%
15	conflits professionnels (avec la hiérarchie, les collègues etc.)	20%	10%	50%	0%
16	changements de situation professionnelle (de travail, de patron etc.)	10%	10%	50%	50%
17	commencer des études/un cours	70%	0%	100%	50%
18	échouer à un examen	40%	10%	50%	0%
19	AUTRES événements professionnels (accident, recyclage etc.)	10%	0%	0%	0%

Tableau 3		Non entendeur de voix		Entendeur de voix	
VIE SOCIALE		Événements Vécus %	Événements Traumatique %	Événements Vécus %	Événements Traumatique %
20	service militaire	10%	0%	0%	0%
21	changement de vie matérielle (habitat, problème financier etc.)	30%	10%	50%	50%
22	décès dans votre entourage	40%	20%	0%	0%
23	conflits avec la société (procès, prison etc.)	20%	0%	0%	0%
24	AUTRES événements sociaux	20%	20%	0%	0%

Tableau 4		Non entendeur de voix		Entendeur de voix	
VIE CONJUGALE & AFFECTIVE Conjoint, partenaire, Enfant		Événements Vécus %	Événements Traumatique %	Événements Vécus %	Événements Traumatique %
25	relation affectives-mariage	30%	10%	50%	0%
26	mésentente avec le conjoint ou la partenaire	20%	10%	50%	50%
27	séparation-divorce d'avec le conjoint ou le partenaire	50%	20%	0%	0%
28	décès du conjoint-partenaire	0%	0%	0%	0%
29	naissances des enfants	0%	0%	50%	0%
30	départ d'enfant	0%	0%	0%	0%
31	décès d'enfant	0%	0%	0%	0%
32	maladie physique ou psychique de conjoint-partenaire-enfant	10%	10%	0%	0%
33	tomber amoureux et être éconduit	60%	0%	0%	0%
34	changements inattendus dans votre relation, comme votre infidélité ou un partenaire infidèle	20%	10%	0%	0%
35	assister à une séance de spiritisme, un rituel satanique, un événement spirituel	30%	10%	0%	0%
36	problèmes au sein d'une communauté religieuse / secte	10%	0%	0%	0%
37	AUTRES événements affectifs (choc affectif, solitude etc.)	10%	10%	50%	50%

Tableau 5		Non entendeur de voix		Entendeur de voix	
	Événements concernant votre SANTÉ	Événements Vécus %	Événements Traumatique %	Événements Vécus %	Événements Traumatique %
38	maladie/ blessure physique importante	20%	20%	50%	50%
39	dépression traitée mais sans hospitalisation	20%	20%	0%	0%
40	dépression traitée et avec hospitalisation	0%	0%	0%	0%
41	tentative de suicide	10%	10%	50%	50%
42	grossesse-accouchement	0%	0%	0%	0%
43	avortement	0%	0%	50%	50%
44	ménopause	0%	0%	0%	0%
45	admission dans un hôpital général ou subir une anesthésie	70%	0%	50%	50%
46	admission dans un hôpital psychiatrique	0%	0%	0%	0%
47	confrontation à des formes de sexualité moins bien acceptées socialement (homosexualité, exhibitionnisme etc.)	20%	0%	0%	0%
48	AUTRES éléments de santé (alcoolisme, handicap etc.)	0%	0%	0%	0%

Tableau 6		Non entendeur de voix		Entendeur de voix	
	vie pendant L'ENFANCE	Événements Vécus %	Événements Traumatique %	Événements Vécus %	Événements Traumatique %
49	maltraitance psychologique	20%	20%	100%	100%
50	maltraitance physique	30%	20%	0%	0%
51	punitions étranges (ex: être enfermé dans les toilettes ou être ligoté)	20%	10%	50%	50%
52	subis des abus sexuels	0%	0%	100%	50%
53	AUTRES éléments pendant l'enfance (harcèlement, témoins de maltraitance)	30%	30%	50%	50%

Annexe 9

Passation	Enquête	Cotation			
7'07"		L	D	C	qualitatif
Planche 1 : ... 2 " R1 : ^ Ah la fameuse chauve-souris, une chauve-souris qui s'envole R2 : ^ On pourrait dire qu'on y voit des yeux partout, les petits points noirs pourraient être des yeux R3 : ^ Des mandibules 0'39"	le tout points noir dans le noir partie supérieur central noir	G+ Dd D	kan FC' F-	A Frag Ad	ban Yeux
Planche 2 : ... 8 " R4 : ^ On dirait un papillon, avec les pattes arrière R5: ^ Deux bosquets d'arbres qui mènent à un édifice R6: ^ C'est amusant quand on le regarde comme ça on dirait deux petits oursons, ils sont touchants R7: ^ Les taches rouges au-dessus ça ne m'inspire pas plus que ça, ça peut être tellement de choses 1'06"	le rouge inférieur partie noir supérieur central le noir le rouge supérieur	D Dd D D	F+ F- F+ CF	A Bot / Arch Aenf Frag	Ref phall Persp anale (Ban) Devit Choc R Crit obj
Planche 3 : ... 5" R8: ^ Deux femmes africaines qui cuisinent R9: ^ On pourrait dire que leur mental est extérieur à elles 0'51"	le noir le rouge latéral	D D	KC' F +/-	H Frag	ban Comb fab
Planche 4 : ... 20" R10: ^ . Ça ressemble à des monstres des Minimoys (rire) 0'32"	le tout	G-	Fclob	(H)	Eq choc Rep inf Devit
Planche 5 : ... 4 " R11: ^ C'est la chauve-souris qui s'envole, qui ouvre grandes ses ailes 0'12"	le tout	G+	kan	A	ban

Planche 6 : ...ça m'inspire pas du tout (rire)... 8" R12: ^ Comme une espèce de percé qui pourrait permettre à cette chose de se libérer et d'ouvrir ses ailes 0'46"	partie central noir	D	clob kob	Frag	Symb Confab Crit obj
Planche 7 : ... 1" R13: ^ Un archipel avec une belle anse pour les plus beaux bateaux 0'27"	le tout (blanc+noir)	Gbl +	F+/-	Pays / obj	ref phall
Planche 8 : ...Ah des couleurs en plus c'est la couleur que j'adore... 1" R14: ^ Deux animaux identiques un genre de canidé, un gros chien relié à des pôles par la patte arrière et la patte avant 0'53"	le rose latéral + le bleu	D	F+/-	A	Rem C (ban) Confab Persp anale Rem lien Crit obj
Planche 9 : ... 4" R15 : ^ Des belles taches de couleurs R16: ^ Je vois une espèce d'ossature au centre qui semble tenir le tout 0'23"	le tout le centre	G- D	CF F-	Art Anat	Rem C Defect
Planche 10 : ...C'est joli comme tout ça ... 3" R17: ^ Une notion d'ascension R18: ^ Deux petites bestioles pas très avenantes qui restent à l'extérieur R19 : ^ En regardant bien un peu des fantasmagories des formes qui représentent des animaux 1'15"	le tout le bleu latéral le kaki latéral	G- D D	F +/- kanclob F+/-	Abs A A	Rem C (ban) Confab

2 planches préférés : 9 & 8

2 planches détestés : 4 & 1

Planche pour représenter la mère : 10
(comment sa mère aurait aimé se représenter)

Planche pour représenter le père : / (ne l'a pas connu)

Planche pour se représenter : 9

Annexe 10

Planche	N° de R	Identité sexuée	Identité mais Narcissisme attaqué	Représentation de Soi fragmenté	Relation d'objet
P 1	R1	A entier unitaire non sexué			limite narcissique: Posture
	R2			Frag	
	R3			Ad	
P2	R4	A entier unitaire sexué			
	R5		Bot entier non unitaire		
	R6		Aenf		
	R7			Frag	
P 3	R8	H entier unitaire sexué			génitale œdipienne: Interaction positive
	R9			Frag	
P 4	R10		(H) entier non unitaire non sexué		
P 5	R11	A entier unitaire non sexué			limite narcissique: Posture
P 6	R12		(A) entier non unitaire sexué		limite narcissique: Posture
P 7	R13	Pays entier unitaire sexué			
P 8	R14		A entier non unitaire sexué		
P 9	R15			Art	
	R16			Anat	
P10	R17			Abs	
	R18		A entier non unitaire		psychotique: Paranoïaque
	R19		A entier non unitaire		

Annexe 11

Passation	Enquête	Cotation			
15'47"		L	D	C	Qualitatif
Planche 1 : ... 5" R1 : ^ Deux samouraïs qui s'affrontent qui se tendent la main et entre les deux, deux enfants qui font obstacles R2: ^ Une chauve-souris R3: v Un masque de carnaval R4: ^ Deux oiseaux face à face les pattes en avant ce ne sont pas des oiseaux de proie puisqu'ils n'ont pas les becs très agressifs 1'10"	partie noir supérieur latéral et central le noir le noir partie noir supérieur latéral et central	D G+ Gbl+ D	K F+ F+ kan	H / Henf A Mq A	Ban Ban Ref phall
Planche 2 : ... 5" R5: ^ Allez top la mec (rire) deux braves gars qui étaient au bistrot et qui sont en train de se taper dans la main ce sont de grands copains R6: < Il y a un ours au bord de l'eau avec son reflet dans l'eau R7: v Un espèce de gros insecte qui se balade sur quelque chose R8: ^ Oh On dirait presque un lapin mais il s'est fait avoir parce qu'il a les oreilles un peu courtes et il a le nez très écrasé R9 : ^ On aperçoit la silhouette d'un avion, c'est un avion de chasse 1'23"	le noir le noir le tout extrémité noir supérieur au centre le blanc au centre	D D G- Dd Dbl	K F+ kan F- FE	H A / Elem A A Obj	(ban) Reflet Crit obj Ref phall

Planche 3 : ... 2" R10: ^ Deux petites femmes africaines en train de piler le mil l'une et l'autre R11: ^ Avec un petit papillon qui se balade à côté R12: v Ça me rappelle certains coléoptères de la collection de mon neveu R13: v Deux arbres aux branches Cassées R14: v Un gros type un petit peu obèse avec des lunettes noires R15: ^ Des personnages qui regardent vers l'extérieur R16: ^ Un oiseau avec le bec crochu R17: ^ Une paire de gants 1'26"	le noir le rouge central le noir le noir supérieur latéral le noir le blanc supérieur latéral le blanc inférieur latéral le noir inférieur central	G+ D D D D DbI DbI D	KC' kan F+ F- FC' K F+ F-	H A A Bot H / obj H A obj	Ban Ban Ref pers Devit Ref phall Defect Defect yeux Ref phall Crit obj
Planche 4 : ... 2" R18: ^ Les bottes de sept lieues R19 : ^ Avec un personnage en train de dormir par terre puisqu'on voit les pieds en avant, la tête est loin derrière R20: v Un joli petit chardon avec les feuilles de chaque côté, les beaux chardons lorrains R21: < Un personnage disons japonais un peu vouté en position de prière qui arrive à proximité de rochers où un serpent se profile à l'horizon, il est en train de le regarder sans inquiétude, au bord de l'eau avec des reflets 1'30"	le noir le noir le noir le noir	Di G+ G+ G-	F+ KE F+ K / kan	obj H Bot H / A / Elem	Rep inf Ref phall Ref phall Ref pers Ref phall Confab
Planche 5 : ... 2" R22: ^ Un lépidoptère R23: ^ En pensant à une amie on dirait un petit lapin qui fait des pointes comme si il voulait jouer les danseuses R24: ^ On dirait une tache d'encre (rire) 0'36"	le noir le noir central sans les extrémités latéral le noir	G+ D G-	F+ kan F +/-	A A Frag	ban Contam

Planche 6 : ...3" R25: ^ C'est un chaman avec une espèce de cape de cérémonie particulière en train de brandir des branches de feuillage et puis à ses pieds il y a deux personnages qui prient en capuche R26: < Je retrouve mon Asiatique avec son rocher, il est au bord de l'eau, avec des roseaux qui poussent, se reflètent dedans R27: v Des œufs tout en haut et puis deux petits oiseaux qui veillent dessus chacun de chaque côté R28: v On dirait une peau d'animal qu'on utilise comme un tapis R29: ^ Les moustaches de mon chat 1'44"	le noir supérieur central le tout le noir inférieur central le tout le noir supérieur latéral (petit détail)	D G+ Dd G+ Di	K K kan F+ F+	H / Bot / H / obj H / Bot / Elem A / Aenf (A) Ad	ref phall Repet Ban Devit Ref Phall Ref pers
Planche 7 : ... 2" R30: ^ Deux petites gamines chez les Iroquois avec les plumes sur la tête R31: v Deux petites personnes qui dansent avec un chignon façon coiffure de Marie-Antoinette R32: v C'est amusant parce qu'on voit un bout de tête de cochon mais avec presque la trompe d'un éléphant, un groin très allongé avec un bel petit œil de cochon R33: v Un [...] comment on dit [...] ils dorment dans les arbres [...] ils en ont au zoo [...] avec une belle fourrure [...] un raton laveur voilà 2'20"	le noir le noir le noir tiers médian latéral le noir tiers supérieur latéral	G+ G+ D D	F+ K F- FE	Henf H Ad / Ad A	ban Ref phall Contam Ref phall Yeux Ref pers Rep inf

Planche 8 : ... 5" R34: < Là c'est un félin celui-là, avec une allure particulière R35: v Une jolie aquarelle R36: v Des papillons qui sont presque superposés au même endroit R37: ^ Une espèce de montagne avec une construction qui pourrait être un château complètement chimérique, complètement farfelue R38: ^ Un bout de squelette, une colonne vertébrale d'un animal R39: ^ De chaque côté on dirait des bras et des mains, c'est amusant on dirait que la main elle va attraper la patte de la bestiole 2'04"	le rose latéral le tout le orange et le rose inférieur central le gris partie supérieur le gris partie supérieur central le gris partie supérieur latéral + le rose latéral	D G- D D D D	kan CF F- F +/- F+ kp	A Art A / A Frag / Arch Anat Hd	(ban) Rem C Rem lien Crit obj Confab Defect Comb fab Rem lien
Planche 9 : ... 11" R40: ^ Des végétation , comme des coraux dans un fond sous-marin R41: < Un gros homme qui vient d'attraper une énorme langouste miam ça donne envie ça (rire) R42: v Un éléphant avec la trompe R43: v Un profil de museau d'hippopotame avec la classique petites oreilles R44: > On dirait un personnage qui tire la langue beurk (grimace) il est pas arrangé le pauvre, il a dû avoir un problème à la maison, parce qu'il a des moignons à la place des bras 1'44"	pointe orange partie supérieur le bleu + le orange le rose le bleu le rose	D D D D D	CF K F+ F+ K	Bot H / A A Ad / Ad H / Hd / Hd	Eq choc Rem lien Ref phall Crit obj Defect Ege

Planche 10 : ... 6"					
R45: ^ Un joli petit angelot les mains jointes en prière	le blanc central + le orange central	Dd / bl	F-	(Henf)	Symb
R46: ^ Deux espèces de cloportes qui sont en train de s'affronter avec vraiment les dents sorties de façon agressive	le gris central supérieur	D	kanclob	A / Ad	
R47: ^ Une petite tête de lapin très rigolote	le vert pâle central inférieur	D	F+	Adenf	
R48: < Des variétés de crabes avec des tas de structures sur les pattes et tout	le bleu latéral	D	F+	A	Ban
R49: < Une fourmi qui a bien mangé mais qui a un petit problème parce qu'elle a la tête un peu de travers	kaki latéral	D	F+	A	Crit obj
R50: v Un personnage qui a réussi à se fabriquer un engin très spécial avec lequel il vole dans les airs et du coup il a même mis un casque de cosmonaute parce qu'il est parti un peu trop haut	le vert latéral et central inférieur	D	K	H / obj	Confab Contam
R51: v Deux personnages sur un rocher en train de se cramponner à une partie du rocher et de se passer un objet de l'un à l'autre au-dessus du vide	le bleu central médian	D	K	H	Confab
1'50"					

planches préférés: 10 & 2

planches moins appréciées: 1 & 6

planche pour représenter sa mère : 9

planche pour représenter son père : 5

planche pour se représenter : 7

Annexe 12

Planche	N° de R	Identité sexuée	Identité mais Narcissisme attaqué	Représentation de Soi fragmenté	Relation d'objet
P 1	R1		H / Henf entier non unitaire sexué		génitale œdipienne en 2 mouvement: Interaction d'opposition Interaction positive
	R2	A entier unitaire non sexué			
	R3	Mq entier unitaire non sexué			
	R4	A entier unitaire non sexué			génitale œdipienne: Interaction d'opposition
P 2	R5	H entier unitaire sexué			génitale œdipienne: Interaction positive
	R6	A entier unitaire sexué			limite narcissique: Relation en miroir
	R7		A entier non unitaire		limite narcissique: Posture
	R8		A entier non unitaire non sexué		
	R9	Obj entier unitaire sexué			
P 3	R10	H entier unitaire sexué			génitale œdipienne: Interaction positive
	R11	A entier unitaire non sexué			limite narcissique: Posture
	R12	A entier unitaire non sexué			
	R13		Bot entier non unitaire		
	R14		H entier non unitaire sexué		
	R15		H entier non unitaire		limite narcissique: relation en miroir
	R16	A entier unitaire sexué			
	R17	Obj entier unitaire non sexué			
P 4	R18	Obj entier unitaire sexué			
	R19	H entier unitaire non sexué			limite narcissique: Posture
	R20	Bot entier unitaire non sexué			
	R21	H / A entier unitaire sexué			génitale œdipienne: Interaction d'opposition
P 5	R22	A entier unitaire non sexué			
	R23	A entier unitaire non sexué			limite narcissique: Posture
	R24			Frag	

P 6	R25		H / Bot / H / Obj entier unitaire sexué		génitale œdipienne: Interaction positive
	R26	H / Bot entier unitaire sexué			Limite narcissique : Relation en miroir
	R27	A entier unitaire sexué			Limite narcissique: Relation de dépendance
	R28		(A) entier non unitaire		
	R29			Ad	
P 7	R30		Henf entier unitaire sexué		
	R31	H entier unitaire sexué			génitale œdipienne: Interaction positive
	R32			Ad	
	R33	A entier unitaire non sexué			
P 8	R34	A entier unitaire non sexué			limite narcissique: Posture
	R35			Art	
	R36	A entier unitaire non sexué			
	R37			Frag / Arch	
	R38			Anat	
	R39		Hd		limite narcissique : Relation de dépendance
P 9	R40	Bot entier unitaire non sexué			
	R41	H / A entier unitaire sexué			limite narcissique: Relation (sado-) masochiste perverse
	R42	A entier unitaire sexué			
	R43			Ad / Ad	
	R44		H / Hd / Hd entier non unitaire		
P 10	R45		(Henf) entier non unitaire		
	R46	A entier unitaire non sexué			génitale œdipienne: Interaction d'opposition
	R47			Adenf	
	R48	A entier unitaire non sexué			
	R49		A entier non unitaire		
	R50	H / obj entier unitaire non sexué			limite narcissique: Posture
	R51	H entier unitaire non sexué			limite narcissique : Relation de dépendance