

Sous la direction de

**Renaud Jardri
Jérôme Favrod
Frank Larøi**

Psychothérapies des hallucinations

- Principes généraux
- Cadre de travail psychothérapeutique
- Programmes thérapeutiques



Chez le même éditeur

Dans la même collection

La psychothérapie centrée sur les émotions, par U. Kramer, E. Ragama, 2015, 240 pages.

La thérapie des schémas. Principes et outils pratiques, par B. Pascal, 2015, 280 pages.

La relaxation. Nouvelles approches, nouvelles pratiques, par D. Servant, 2^e édition, 2015, 224 pages.

L'EMDR. Préserver la santé et prendre en charge la maladie, par C. Tarquinio, P. Tarquinio, 2015, 320 pages.

La psychothérapie : approches comparées par la pratique, par C.-E. Rengade, M. Marie-Cardine, 2014, 248 pages.

Applications en thérapie familiale systémique, par T. Albernhe, K. Albernhe, 2^e édition, 2013, 248 pages.

Remédiation cognitive, par N. Franck, 2012, 328 pages.

Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives, par J. Palazzolo, 3^e édition, 2012, 288 pages.

Soigner par l'hypnose, par G. Salem, E. Bonvin, 5^e édition, 2012, 352 pages.

Gestion du stress et de l'anxiété, par D. Servant, 3^e édition, 2012, 248 pages.

La relaxation thérapeutique chez l'enfant, par M. Bergès-Bounes, C. Bonnet, G. Ginoux, A.-M. Pecarelo, C. Sironneau-Bernardeau, 3^e édition, 2008, 216 pages.

Dans la collection « Médecine et psychothérapie »

Le développement psychique précoce. De la conception au langage, par B. Golse, M. R. Moro, 2014, 360 pages.

Thérapie cognitive et émotions. La 3^e vague, par J. Cottraux, 2^e édition, 2014, 226 pages.

Les thérapies familiales systémiques, par T. Albernhe, K. Albernhe, 4^e édition, 2014, 336 pages.

Les psychothérapies comportementales et cognitives, par J. Cottraux, 5^e édition, 2011, 384 pages.

Psychothérapie cognitive de la dépression, par I.M. Blackburn, J. Cottraux, 3^e édition, 2008, 248 pages.

Psychothérapies des hallucinations

Coordonné par

R. Jardri

Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Hôpital Fontan, CHRU de Lille
et

Laboratoire SCALab, CNRS UMR 9193, université de Lille, France

J. Favrod

Professeur ordinaire, Institut et Haute École de la santé La Source
Haute École spécialisée de Suisse occidentale, Suisse
et

Service de psychiatrie communautaire du département de psychiatrie
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse

F. Larøi

Professeur associé
Département de psychologie
Université de Liège, Belgique
et
Faculté de psychologie
Université de Bergen, Norvège

Préface du professeur Pierre Thomas





Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ».

Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2016, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-74460-0

e-ISBN : 978-2-294-74483-9

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux CEDEX
www.elsevier-masson.fr

Les auteurs

Coordonné par

Renaud Jardri, Jérôme Favrod, Frank Larøi.

Liste des collaborateurs

Florence Askenazy, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, service universitaire de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, CHU Lenval, Nice, France.

Sabrina Bardy-Linder, psychologue, service de psychiatrie générale, département de psychiatrie du centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.

Thierry Baubet, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université Paris Seine-Saint-Denis (AP-HP), Inserm U669, AP-HP, hôpital Avicenne, chef du service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie spécialisée, Bobigny, France.

Jonathan Burnay, psychologue, département de psychologie : cognition et comportement, université de Liège, Belgique.

Vivian W. Chiu, psychologue, département de psychiatrie et de neurosciences cliniques, université de Western Australia, centre de recherche clinique, hôpital Graylands, service de santé mentale de la région métropolitaine Nord, Perth, Australie.

Philippe Conus, professeur ordinaire, service de psychiatrie générale, département de psychiatrie du centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.

Olivier Cottencin, professeur des universités-praticien hospitalier de psychiatrie et d'addictologie, université Lille 2, responsable du service d'addictologie du CHRU de Lille, France.

Vincent Demassiet, président du REV France, Entendeur de voix, facilitateur des groupes du Nord, conférencier, France.

Morgane Demeulemeester, psychologue, neuropsychologue, clinique Lautréamont, groupe CLINEA-ORPEA, Loos, France.

Yves Doutrelugne, docteur en médecine, psychothérapeute, formateur en thérapies systémiques brèves et en hypnose thérapeutique, Espace du Possible, Tournai, Belgique.

Jérôme Favrod, professeur ordinaire à l'Institut et Haute École de la santé La Source, Haute École Spécialisée de Suisse occidentale, infirmier spécialiste clinique dans le service de psychiatrie communautaire du département de psychiatrie du centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.

Gilles Fénelon, praticien hospitalier de neurologie, service de neurologie, CHU Henri-Mondor, Créteil, France.

Thomas Fovet, psychiatre, pôle de psychiatrie, université Lille-Nord de France, unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) Lille-Seclin, CHRU de Lille, France.

Guy Gimenez, professeur en psychopathologie clinique, psychanalyste de groupe, psychodramatiste, directeur du laboratoire LPCLS (laboratoire de psychopathologie clinique Langage et Subjectivité), université Aix-Marseille, France.

Fabienne Giuliani, psychologue, hôpital de Cery, Prilly, Suisse.

Pauline Hausmann, psychologue, service de psychiatrie communautaire, département de psychiatrie du centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.

Renaud Jardri, professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Fontan, CHRU de Lille, et SCA-Lab, CNRS UMR 9193, université de Lille, France.

Jack Jenner, psychiatre pour enfant et adolescent, directeur médical d'AUDITO, centre diagnostique et thérapeutique pour les personnes avec hallucinations acoustico-verbales, Groningen, Pays-Bas.

Frank Larøi, professeur associé, département de psychologie : cognition et comportement, université de Liège, Belgique, et département de psychologie biologique et médicale, université de Bergen, Norvège.

Arnaud Leroy, interne de psychiatrie, pôle de psychiatrie, CHRU de Lille et faculté de médecine de Lille, France.

Marie-Noëlle Levaux, psychologue, unité des neurosciences cognitive et de psychopathologie cognitive, université de Liège, et intercommunale de soins spécialisés de Liège, cellule recherche, secteur A, et association interrégionale de guidance et de santé, centre de réadaptation ambulatoire l'Enjeu, Belgique.

Magali Molinié, vice-présidente du REV France, maître de conférences, département de psychologie, université Paris 8-Vincennes-Saint-Denis, et Romance Studies Department, Cornell University, États-Unis.

Marie Rose Moro, professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, université Paris-Descartes-Sorbonne-Paris-Cité, INSERM U 669, AP-HP, hôpital Cochin, chef de service de la Maison des Adolescents, Maison de Solenn, Paris, France.

Alexandra Nguyen, maître d'enseignement à l'Institut et Haute École de la santé, la Source, Haute École Spécialisée de Suisse occidentale, Lausanne, Suisse.

Marion Plaze, praticien hospitalier de psychiatrie, centre de psychiatrie et neurosciences, Inserm UMR 894, université Paris-Descartes, Sorbonne-Paris-Cité, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris, France.

Shyhrete Rexhaj, professeure associée à l'Institut et Haute École de la santé, la Source, Haute École Spécialisée de Suisse occidentale, et infirmière spécialiste clinique au service de psychiatrie communautaire, département de psychiatrie du centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.

Sarah Smadja, psychiatre, centre de psychiatrie et neurosciences, Inserm UMR 894, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, centre hospitalier Sainte-Anne, Paris, France.

Alessandra Solida, psychiatre, service de psychiatrie générale, département de psychiatrie du centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.

Massoud Stephane, professeur associé, département de psychiatrie, Oregon Health & Science University, États-Unis.

Pascal Vianin, psychologue, service de psychiatrie communautaire, département de psychiatrie, centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne, Suisse.

Flavie A. Waters, professeure associée, département de psychiatrie et de neurosciences cliniques, université de Western Australia, centre de recherche clinique, hôpital Graylands, service de santé mentale de la région métropolitaine Nord, Perth, Australie.

Préface

C'est pour moi un véritable honneur de préfacer ce livre *Psychothérapies des hallucinations*. Tout d'abord parce qu'il s'agit du premier ouvrage collectif portant spécifiquement sur ce thème, ce qui reflète une avancée thérapeutique significative et attendue dans un domaine où la psychothérapie n'avait que peu ou pas de place.

En effet, l'hallucination reste encore dans beaucoup d'esprits un phénomène des plus représentatifs de la folie, modérément accessibles aux soins et aux thérapeutiques, ceci expliquant l'éloignement, l'exclusion et la stigmatisation de ceux qui en font l'expérience.

La clinique psychiatrique s'est construite dans les asiles. La perspective dichotomique, initialement proposée par Esquirol, qui oppose l'illusion et l'hallucination, a d'emblée relégué l'hallucination à la maladie mentale alors que l'illusion est considérée comme une expérience commune. L'ancrage du phénomène hallucinatoire au délire et aux troubles du comportement est devenu quasi systématique.

Ainsi, les traitements réservés aux patients souffrant d'hallucinations chroniques se sont longtemps limités à l'enfermement, plus en raison des troubles qui y étaient associés. Bien que les traitements antipsychotiques aient apporté des progrès indéniables à partir des années cinquante, leurs effets sur les hallucinations restent partiels et insuffisants pour une partie des patients traités.

La psychiatrie a connu de nombreux débats souvent passionnés sur la nature et les origines des hallucinations. La richesse de ces débats a malheureusement longtemps contrasté avec la précarité des recours thérapeutiques. Car les hallucinations sont des manifestations subjectives, que le psychiatre n'appréhende qu'à travers une symptomatologie certes objective mais indirecte. Il est possible d'en avoir un reflet à travers ce que le sujet peut en dire et, à défaut, à partir des attitudes, des comportements et des interactions sociales que les hallucinations peuvent provoquer.

Or, depuis une vingtaine d'années, les nouvelles techniques d'exploration du cerveau permettent de faire émerger de nouveaux concepts dans le domaine de la perception et de la conscience. Ces progrès ouvrent un champ de connaissance jusque-là inaccessible sur la genèse des manifestations subjectives et permettent d'envisager des approches thérapeutiques inédites et, espérons-le, efficaces.

La conception initiale du phénomène hallucinatoire telle que l'avait proposée Esquirol et adoptée par la communauté des psychiatres et neurologues pendant près de deux siècles est désormais remise en question. Si les hallucinations sont observées dans de nombreux troubles psychiatriques,

elles existent aussi en dehors de toute pathologie mentale. Les études épidémiologiques récentes suggèrent que 7 à 11 % des individus issus de la population générale font l'expérience d'hallucination durant leur existence ; cinq à dix fois plus que les patients souffrant de troubles mentaux. Il semble par ailleurs y avoir un lien entre une histoire de traumatisme infantile et la survenue d'hallucinations. Ainsi, le phénomène hallucinatoire semble dépasser largement les frontières des diagnostics et de la maladie.

À cet égard, ce livre offre une synthèse d'informations essentielles concernant le phénomène hallucinatoire selon l'âge, l'état de santé et l'environnement culturel. Si la notion de continuum entre fonctionnements pathologique et ordinaire semble se confirmer, la question porte sur ce qui rend pathologique une hallucination, sous-entendu ce qui fait qu'un individu peut en souffrir ou non. Cette interrogation a ouvert de nouvelles approches en psychothérapie et a aussi participé à la création de mouvements d'entraide à travers les associations d'Entendeurs de voix.

Il faut féliciter les coordonnateurs de cet ouvrage non seulement pour sa qualité mais aussi pour le soin pris à exploiter l'état des connaissances actuelles sur les hallucinations. Toutes les approches psychothérapeutiques ont été convoquées au sommaire de cet ouvrage, qui s'enrichit aussi de la contribution du Réseau français sur l'Entente de Voix. Des experts reconnus internationalement ont été mobilisés afin de rassembler un corps de connaissances et d'expériences dans ce domaine qui se montrera indispensable pour de nombreux professionnels de la santé.

La psychiatrie francophone peut se féliciter du choix de rédiger cet ouvrage en français, alors que les auteurs ont été sollicités pour leur expertise quelle que soit leur langue et que, désormais, beaucoup d'informations originales sont publiées en anglais. Nul doute que ce choix exprime un hommage aux auteurs francophones qui ont associé leurs noms à l'avancée des connaissances dans le domaine des hallucinations.

Cet ouvrage va sans nul doute contribuer à changer les représentations encore stigmatisantes sur les hallucinations et à permettre d'améliorer la qualité de vie de ceux qui peuvent en souffrir.

Pierre Thomas

Professeur de psychiatrie

Université de Lille, SCALab UMR-CNRS 9193

Pôle de Psychiatrie, Médecine légale,

Médecine en milieu pénitentiaire, CHU de Lille

Avant-propos

Des progrès considérables ont été réalisés ces dernières années dans les différents champs de recherche de la psychiatrie, de la psychologie et des neurosciences. Les phénomènes subjectifs, jusqu'alors exclus de l'investigation scientifique, sont désormais considérés comme des expériences fondamentales de la vie psychique consciente. Dans ce contexte extrêmement stimulant, les expériences hallucinatoires sont progressivement devenues un sujet d'étude à part entière, indépendamment de la question des diagnostics sous-jacents. Que ces expériences surviennent chez l'enfant, l'adulte ou le sujet âgé, il existe désormais des programmes psychothérapeutiques dédiés, dont un grand nombre ont été récemment validés selon les règles de l'*Evidence-Based Medicine*. Il nous a semblé indispensable de rendre ces connaissances accessibles à un public francophone. Cet ouvrage s'adresse en priorité aux étudiants ou professionnels en psychothérapie, psychologie, psychiatrie et neurologie recevant des personnes souffrant d'hallucinations, mais nous l'avons voulu suffisamment pédagogique et didactique pour que toute personne soucieuse de faire évoluer son savoir puisse également en saisir les grands principes.

Cet ouvrage est structuré autour de quatorze chapitres rédigés par une équipe nationale et internationale d'experts du domaine, afin de fournir un contenu validé mais également actualisé au moment de sa publication. Une première section décrit les principes généraux du cadre de travail psychothérapeutique des hallucinations. S'y trouve présentée notamment l'approche dimensionnelle de l'hallucination qui prévaut dans cet ouvrage. De même que la catatonie a quitté ces dernières années le seul champ de la schizophrénie pour être davantage considérée comme un syndrome transdiagnostique, l'hallucination est envisagée ici en tant qu'expérience, dont le spectre s'étend du normal au pathologique. Nous proposons ici la base de connaissances nécessaire à cette approche. Les six premiers chapitres couvrent le champ des neurosciences cognitives, de la psychométrie ou de l'épidémiologie, tout en intégrant les influences de l'âge ou de la culture.

Les bases psychopathologiques et cérébrales des hallucinations sont synthétisées par Morgane Demeulemeester, Frank Larøi, Jonathan Burnay et Renaud Jardri, en insistant notamment sur l'état actuel des connaissances quant aux mécanismes perceptifs, cognitifs et affectifs associés aux hallucinations (*chapitre 1*). Une description des principaux outils de mesure validés de l'hallucination est ensuite proposée par Massoud Stephane et Marion Plaze (*chapitre 2*). Ces auteurs défendent l'idée que la phénoménologie hallucinatoire puisse refléter les processus psychopathologiques ou physiopathologiques sous-jacents et que leur caractérisation constitue l'étape

préalable indispensable à la délivrance d'un traitement personnalisé. Les deux chapitres suivants insistent sur les particularités cliniques liées à l'âge des personnes souffrant d'hallucinations. Il est en effet crucial de cliniquement distinguer les expériences hallucinatoires de phénomènes développementaux bénins ou d'un syndrome confusionnel. Les spécificités des hallucinations de l'enfant et de l'adolescent sont traitées par Florence Askenazy (*chapitre 3*), alors que les particularités de l'hallucination du sujet âgé sont synthétisées par Thomas Fovet et Gilles Fénelon (*chapitre 4*). Thierry Baubet et Marie-Rose Moro complètent cette section en rappelant l'importance de la prise en compte des facteurs culturels de l'expérience hallucinatoire (*chapitre 5*). L'approche transculturelle permet dans ce contexte de limiter le risque d'erreur diagnostique tout en optimisant l'alliance thérapeutique et l'engagement dans le soin. Le réseau d'entraide des entendeurs de voix constitue également un dispositif original permettant aux personnes souffrant d'hallucinations de partager leurs expériences et d'offrir une aide mutuelle en cas de besoin, sans être jugés. Le fonctionnement de ces groupes de paroles est détaillé (*chapitre 6*).

La seconde section de l'ouvrage détaille les principaux programmes thérapeutiques de l'hallucination. Pour chaque approche, le niveau de preuve fourni par la littérature scientifique ainsi que des vignettes cliniques illustrant des échanges patient-thérapeute sont présentés. Chaque chapitre est clôturé par une liste de points essentiels à retenir. Les programmes cognitivo-comportementaux, l'entraînement métacognitif et les thérapies par la compassion de l'hallucination sont ainsi présentés par Jérôme Favrod, Alexandra Nguyen et Shyhrete Rexhaj (*chapitre 7*), tandis que la remédiation cognitive des hallucinations est exposée par Pascal Vianin, Fabienne Giuliani et Jérôme Favrod (*chapitre 8*). Ces derniers auteurs développent notamment un module d'entraînement de la mémoire de source dédié aux hallucinations. Marie-Noëlle Levaux présente les thérapies par entraînement attentionnel de l'hallucination (*chapitre 9*), qui visent directement les processus sous-tendant l'auto-centration attentionnelle, supposée responsable d'erreur du traitement de l'information émotionnelle chez les personnes hallucinées. Un chapitre, consacré aux thérapies d'acceptation et d'engagement (ACT) et aux thérapies par la pleine conscience de l'hallucination, est coordonné par Sabrina Bardy-Linder, Pauline Hausmann, Alexandra Solida, Philippe Conus et Jérôme Favrod (*chapitre 10*). La pratique de l'acceptation et de la défusion y est notamment détaillée. Le programme HIT (*Hallucination-focused Integrated Treatment*), validé au sein de plusieurs sous-populations spécifiques (par exemple, adultes, adolescents, sujets souffrant de déficience intellectuelle), est présenté par Jack Jenner (*chapitre 11*). Olivier Cottencin et Yves Doutrelugne nous exposent la manière d'utiliser les thérapies systémiques brèves chez les sujets hallucinés (*chapitre 12*), puis Guy Gimenez synthétise son programme d'inspiration psychodynamique

de thérapie des hallucinations (*chapitre 13*). Flavie Waters, Arnaud Leroy et Vivian Chiu présentent pour finir les thérapies centrées sur le sommeil des hallucinations (*chapitre 14*). Nous concluons l'ouvrage par un chapitre dédié aux perspectives et innovations dans le domaine de la thérapie des hallucinations, en abordant notamment le neurofeedback ou encore la thérapie par avatar.

Nous sommes conscients que la totalité des approches thérapeutiques existantes n'ont pu être retenues dans cet ouvrage et nous espérons pouvoir étendre la « boîte à outils » du thérapeute des hallucinations lorsque l'état des connaissances le permettra. Nous espérons que les lecteurs de cet ouvrage partageront notre enthousiasme sur ce champ en perpétuelle expansion. Nous exprimons notre profonde gratitude aux collègues qui ont accepté notre invitation à partager leur expertise et remercions les équipes éditoriales Elsevier-Masson pour leur accompagnement tout au long de ce projet. Enfin, nos plus sincères remerciements vont aux patients qui nous ont fait confiance et qui restent nos principaux guides dans cette tentative de compréhension dimensionnelle de l'hallucination et de sa prise en charge.

Renaud Jardri, Jérôme Favrod, Frank Larøi

Abréviations

ACT	<i>Acceptation and Commitment Therapy</i>
AHRS	<i>Auditory Hallucinations Rating Scale</i>
ANT	<i>Attention Network Task</i>
ATT	<i>Attention Training Technique</i>
AVHRS	<i>Auditory Vocal Hallucination Rating Scale</i>
BAVQ	<i>Beliefs about Voices Questionnaire</i>
BDA	<i>Bouffée délirante aiguë</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CAPS	<i>Cross-cultural study of Acute Psychosis</i>
cbSASH	<i>computerized binary Scale of Auditory Speech Hallucinations</i>
CERQ	<i>Cognitive Emotion Regulation Questionnaire</i>
CVI	<i>Coping with Voices Inventory</i>
DES	<i>Dissociative Experiences Scale</i>
DIS-Q	<i>Dissociative Questionnaire</i>
EMC	<i>Entraînement aux habiletés métacognitives</i>
EMDR	<i>Eye-Movement Desensitization and Reprocessing</i>
EMG	<i>Électromyographie</i>
ERQ	<i>Emotion Regulation Questionnaire</i>
HA	<i>Hallucinations auditives</i>
HAV	<i>Hallucinations acoustico-verbales</i>
HIT	<i>Hallucination-focused Integrated Treatment</i>
HPSVQ	<i>Hamilton Program for Schizophrenia Voices Questionnaire</i>
HVN	<i>Hearing Voices Network</i>
IRMf	<i>Imagerie par résonance magnétique fonctionnelle</i>
KVG	<i>Krawiecka, Goldberg & Vaughn psychosis scale</i>
MACS	<i>Maastricht Assessment of Coping Strategies</i>
MCQ	<i>MetaCognitions Questionnaire</i>
MCT	<i>Metacognitive Training</i>
MEM III	<i>Échelle clinique de mémoire de Wechsler</i>
MHASC	<i>Multisensory Hallucinations Scale for Children</i>
MMPI	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
MUPS	<i>Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule</i>
PANSS	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>
PITT	<i>Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie</i>
PPCA	<i>Pression positive continue des voies aériennes</i>
PPQ	<i>Parkinson Psychosis Questionnaire</i>
PSV	<i>Parole subvocale</i>
PSYRATS	<i>Psychotic Symptom Rating Scales</i>
QoL	<i>Quality of Life</i>
RDoC	<i>Research Domain Criteria</i>
REA	<i>Right Ear Advantage</i>
REV	<i>Réseau français sur l'Entente de Voix</i>

SAOS	Syndrome d'apnées obstructives du sommeil
SAPS	<i>Scale for the Assessment of Positive Symptoms</i>
SDRE	Soins à la demande d'un représentant de l'État
SDT	Soins à la demande d'un tiers
S-REF	<i>Self-Regulatory Executive Function model</i>
STAI	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>
STOPP	Suivi thérapeutique orienté sur la psychose persistante
TCAQ	<i>Thoughts Control Ability Questionnaire</i>
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
TCC-I	Thérapies cognitives et comportementales pour l'insomnie
TCR	Théorie des cadres relationnels
TDH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
TFC	Thérapie focalisée sur la compassion
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
TSB	Thérapies systémiques brèves
TUHRAS	<i>Tottori University Hallucinations Rating Scale</i>
VAAS	<i>Voices Acceptance and Action Scale</i>
WBI	<i>Work Behavior Inventory</i>

Mécanismes psychologiques et cérébraux impliqués

M. Demeulemeester, F. Larøi, J. Burnay, R. Jardri

Les principaux modèles d'hallucinations se sont initialement développés dans le cadre de l'étude de la schizophrénie. L'hallucination a d'ailleurs longtemps été considérée comme l'un des symptômes de premier rang de cette pathologie. À défaut d'en être le symptôme le plus commun — même si près de 70 % des patients souffrant de schizophrénie présentent des expériences hallucinatoires —, il n'en demeure pas moins l'un des plus facilement observables. À l'heure actuelle, il est admis que les hallucinations concernent un grand nombre d'étiologies, au-delà de la schizophrénie et même du champ psychiatrique en général. C'est pourquoi ces expériences sont de plus en plus considérées comme faisant partie d'une entité dimensionnelle « hallucination », dont le spectre s'étendrait du normal au pathologique.

Il semble aujourd'hui pertinent de considérer les mécanismes psychopathologiques propres à cette dimension et de rechercher leur présence chez les personnes concernées, qu'elles soient issues de populations cliniques ou non — la question de la causalité directe entre hallucinations et troubles psychopathologiques ne sera que peu abordée ici, au vu de l'état de la littérature sur le sujet. Dans un souci pratique, ces mécanismes seront regroupés en trois catégories pouvant faire l'objet d'actions thérapeutiques :

- les mécanismes perceptifs ;
- les mécanismes cognitifs ;
- les mécanismes affectifs.

Mécanismes perceptifs impliqués dans les hallucinations

Théories « *bottom-up* » de l'hallucination

Dans une perspective purement *bottom-up*, c'est-à-dire dans laquelle la perception est considérée comme essentiellement dépendante des ressources du système perceptif, les hallucinations seraient la conséquence

de dysfonctionnements dans les toutes premières étapes du traitement de l'information sensorielle. Cette théorie est étayée par la fréquente observation d'expériences « pseudo-sensorielles » chez les patients atteints de cécité, de surdité ou d'anosmie. *Via* un mécanisme de compensation survenant dans la même modalité que celle concernée par le déficit, le cerveau produirait à partir du bruit neuronal de bas niveau — et en l'absence de stimulation externe concurrente —, des percepts sans objet, à l'origine d'expériences hallucinatoires [1].

Le paradigme d'**écoute dichotique** a notamment contribué à l'hypothèse *bottom-up*. Dans ce paradigme expérimental, deux stimulus auditifs différents sont présentés à chaque oreille du participant (droite et gauche), *via* un casque. Un avantage en faveur du stimulus présenté à l'oreille droite est habituellement observé chez le sujet sain indépendamment de la latéralité manuelle (le *Right Ear Advantage*, REA). Ce REA n'est pas retrouvé chez les patients souffrant de schizophrénie présentant des hallucinations auditives et il a été proposé que l'hémisphère gauche, déjà engagé dans le traitement de ces expériences, soit moins réceptif à la stimulation auditive externe [2].

Apport de l'imagerie cérébrale à la théorie sensorielle des hallucinations

Le développement considérable des méthodes d'exploration non invasive du cerveau dans les dernières décennies a permis d'aborder sous un angle nouveau les expériences hallucinatoires. Du point de vue de l'**épaisseur corticale** tout d'abord, une récente méta-analyse IRM a confirmé l'existence de modifications subtiles du volume du gyrus temporal supérieur, impliqué dans la perception auditive, notamment du langage, chez les patients avec schizophrénie souffrant d'hallucinations auditives comparativement à des témoins sans hallucination [3]. Cette réduction de substance grise bilatérale était par ailleurs corrélée à la sévérité des expériences hallucinatoires. Il convient de noter que l'interprétation de ces résultats peut s'avérer complexe du fait que les différences locales de volume de matière grise peuvent provenir de différences de l'épaisseur et/ou de l'aire du ruban cortical (le volume étant le produit de l'épaisseur et de l'aire de la surface), qui ont des origines physiologiques distinctes.

La **morphologie corticale** (la forme et l'organisation des sillons et gyrus corticaux) est un paramètre anatomique complémentaire à l'épaisseur corticale, aussi bien au niveau développemental que génétique. L'étude des variations de la morphologie corticale associées aux hallucinations acoustico-verbales permet en effet de fournir un aperçu de la pathogenèse de ce symptôme puisque la morphologie corticale est un marqueur indirect du développement cérébral. Les processus de gyrification débutent lors de la dixième semaine de vie fœtale pour faire passer le cortex d'une surface

relativement lisse à une structure complexe et plissée au cours des deuxième et troisième trimestres de grossesse et, ensuite, rester relativement stable au cours de la vie [4]. En utilisant ce marqueur chez des patients hallucinateurs chroniques comparativement à des témoins non hallucinés, une diminution significative de la gyrification des aires impliquées dans le langage (gyrus temporal supérieur et aire de Broca notamment) a pu être mise en évidence [5]. Ainsi, bien avant le début des symptômes, des stigmates cérébraux pourraient prédisposer le sujet à halluciner dans un contexte donné, voire à éprouver certaines formes d'expériences hallucinatoires (cf. aussi *infra*, Apport de la phénoménologie).

Une seconde catégorie de travaux a également énormément contribué à notre compréhension des hallucinations : les études de l'**état hallucinatoire**. Ces études, aussi dénommées « études de capture », comparent l'activation fonctionnelle concomitante à la survenue d'hallucinations avec l'activité mesurée lors de périodes sans symptôme. Une méta-analyse de l'état hallucinatoire acoustico-verbal dans la schizophrénie a ainsi pu montrer que la survenue de ces expériences était associée à une hyperactivité des régions impliquées dans la perception et la production verbale (aire de Wernicke et aire de Broca respectivement), ainsi que du complexe hippocampique, notamment impliqué dans le rappel mnésique et la contextualisation des souvenirs [6]. Ainsi, il semble que le recrutement des cortex sensoriels associatifs soit la règle lors d'expériences hallucinatoires auditives pures, visuelles ou audiovisuelles [7].

Théories « *top-down* », ou l'interaction entre perception et cognition

À l'inverse de ce que proposent les modèles *bottom-up*, la perspective *top-down* postule que nos schémas cognitifs ainsi que nos aptitudes cognitives influencent notre perception du monde. Les facteurs *top-down* font principalement référence à nos capacités attentionnelles (soutenue, sélective et divisée), aux attentes découlant de notre expérience ou encore à nos processus émotionnels. Cette théorie rejoint les conceptions philosophiques déjà anciennes selon lesquelles notre approche du monde ne serait qu'une reconstruction subjective de la réalité.

Dans ce contexte, des auteurs tels que Grossberg ou Behrendt ont proposé que l'hallucination puisse résulter d'un déséquilibre entre **information sensorielle** (facteur *bottom-up*) et **imagerie mentale** (facteur *top-down*) [8]. Ce déséquilibre en faveur des facteurs *top-down* rendrait difficile la distinction entre perception réelle et imaginée, et amènerait le sujet à les confondre. Cette priorisation de l'imagerie mentale sur la sensation est dénommée « gain d'imagerie ». La théorie du gain d'imagerie s'est notamment fondée sur le célèbre **White Christmas hallucination test**. Dans cette expérience, des

sujets sains prédisposés aux hallucinations et préparés à devoir entendre des paroles de chanson en situation d'écoute bruitée, avaient tendance à entendre davantage de mots que les témoins, alors qu'aucune chanson n'était en réalité présentée [8].

Kirstin Daalman et al. ont également mis en évidence un phénomène de gain d'imagerie chez des sujets non psychotiques présentant des hallucinations auditives, dans le domaine sémantique [9]. Au travers d'une tâche comportementale où les participants devaient compléter la fin d'une phrase, les auteurs ont clairement mis en évidence une association entre le nombre d'erreurs *top-down* et la tendance à halluciner chez ces participants. La fin de la phrase était soit absente et bruitée ou logique et bruitée, soit illogique et bruitée. Les erreurs *top-down* équivalaient dans cette expérience à produire un mot logique à la fin d'une phrase, alors que cette dernière était soit absente et bruitée, soit illogique et bruitée. Ce phénomène est préférentiellement retrouvé dans la modalité auditive et corrélé à la sévérité des hallucinations [10]. Bien qu'aucun lien de causalité entre hallucinations et gain d'imagerie n'ait pu être démontré, la contribution de cette priorisation des facteurs *top-down* à la genèse des hallucinations semble être un résultat répliqué.

La distinction entre modèles *bottom-up* et *top-down* s'est par la suite progressivement complexifiée pour intégrer la notion de traitements conscient et non conscient de l'information.

Mécanismes cognitifs impliqués dans les hallucinations

Modèle du défaut d'attribution de la source

Une première tentative de modélisation cognitive des hallucinations s'est faite dans le cadre plus général des phénomènes de passivité et de l'automatisme mental rencontrés chez les patients souffrant de schizophrénie [11]. Il n'est pas rare que ces derniers perçoivent leur langage intérieur comme s'il s'agissait d'une voix « étrangère » (hallucinations auditives) ou qu'ils puissent ne pas se sentir au contrôle de leurs mouvements (syndrome d'influence). Ces phénomènes sont supposés être le résultat de difficultés dans la prise de conscience de leurs propres limites et donc de difficultés à se sentir à l'origine de leurs propres actions ou de leurs propres pensées. Le terme de « passivité » renvoie ici simplement au fait que les patients vivent ces phénomènes comme « étrangers », ils n'ont pas la sensation de les avoir générés et les vivent donc comme de simples spectateurs.

Cette théorie, que nous appellerons dès maintenant « **le défaut d'attribution de la source** » pour des raisons de simplicité (encadré 1.1), a pour particularité de concerner non seulement les étapes de traitement

Encadré 1.1**Le concept du défaut d'attribution de la source**

Un certain nombre de dénominations a été donné au concept du défaut d'attribution de la source, que le traitement de l'information soit conscient (mémoire de source, jugement d'attribution, *source monitoring* ou monitoring de la source, *reality monitoring*) ou non (agentivité, *self-monitoring*). Il est important de retenir l'idée générale de ce modèle, toujours influent à l'heure actuelle, qui est de prôner, chez les personnes présentant des hallucinations, une tendance plus forte à la confusion dans l'identification de la source d'une action ou d'une pensée. Les sujets présentant un défaut d'attribution de la source auraient tendance à plus attribuer les événements générés par eux-mêmes à une source externe.

conscient de l'information (les jugements d'attribution) mais également les niveaux de traitement préconscient (l'agentivité dite « pré-réflexive »). Il s'agit donc d'une théorie globale concernant différents niveaux hiérarchiques dans le traitement de l'information. En pratique, toute la difficulté réside dans la distinction entre ces deux niveaux de traitement, et surtout dans l'opérationnalisation de telles hypothèses. À l'heure actuelle, la littérature s'est majoritairement intéressée aux jugements d'attribution et tend vers l'étude de plus en plus spécifique de l'expérience d'agentivité.

Le **jugement d'attribution** est un processus cognitif réflexif impliquant le traitement conscient de l'information permettant d'en déterminer explicitement l'origine. Il s'agit d'une fonction cognitive dite « de haut niveau » (ou supérieure), mobilisant à la fois des processus mnésiques et exécutifs. À l'inverse, l'expérience d'agentivité, ou agentivité pré-réflexive, fait référence au vécu implicite d'être à l'origine d'une action et implique des processus sensorimoteurs. Il s'agit donc de la détermination automatique, préconsciente, de l'initiateur de l'action.

Processus préconscients

L'**agentivité pré-réflexive** reflète une expérience immédiate de « soi » dans l'action. Il s'agit du sentiment préconscient d'être l'auteur de l'action qui vient d'avoir lieu avant même qu'une réflexion n'ait pu être engagée. Du fait de sa nature pré-réflexive, l'agentivité est considérée comme proche du « *self minimal* » décrit par Shaun Gallagher. Ce concept nous permet de distinguer nos propres actions de celles générées par autrui et contribue ainsi au phénomène subjectif de conscience de soi [12].

Le défaut d'agentivité a notamment été conceptualisé dans la schizophrénie par Chris Frith puis par Sarah J. Blakemore et al., au travers du modèle du contrôle de l'action et de la prédiction motrice. Dans cette

seconde approche, deux modèles (ou indices) internes permettant l'optimisation du mouvement peuvent être distingués. D'un côté le **modèle *forward***, qui avant même la réalisation du mouvement permet d'en prédire les conséquences sensorielles, *via* une copie de l'efférence envoyée au système nerveux central. Cette copie n'est autre que la simulation du mouvement qui est sur le point d'être réalisé et est censée servir à déterminer si le mouvement sera en mesure d'atteindre son but. De l'autre, le **modèle *inverse*** qui, en fonction des informations issues de la copie du mouvement, va permettre de produire et d'ajuster (ou réajuster) les commandes motrices nécessaires pour atteindre l'objectif en question [11,13].

Suite au constat de difficultés chez des patients souffrant d'hallucinations à corriger et ajuster leurs mouvements dans une tâche visuo-tactile de pointage, Frith et Done ont postulé que ces sujets présentaient un défaut d'utilisation de leurs propres indices internes [14].

Ces indices internes, de par leurs fonctions respectives, permettent chez le sujet sain une relative adéquation entre l'état désiré (intention motrice), l'état prédit (prédiction des conséquences sensorimotrices) et l'état réel. Une inadéquation notamment entre l'état prédit et l'état réel pourrait être à l'origine du défaut d'agentivité ressenti par les patients avec hallucinations. Frith met ainsi l'accent sur l'importance des feedbacks sensoriels alimentant le modèle inverse, qui seraient alors « agentivisant » [15]. D'un point de vue sensoriel, ce modèle prédit que lorsqu'une action est autogénérée, les feedbacks sensoriels de cette action sont ressentis de manière atténuée, procurant ainsi le sentiment d'être « agent » du mouvement. Cette atténuation sensorielle témoignerait du bon fonctionnement du modèle *forward*. Au travers d'une tâche de stimulations tactiles générées par les participants eux-mêmes ou par l'expérimentateur, Blakemore et al. ont pu mettre en évidence chez des patients souffrant de schizophrénie avec hallucinations acoustico-verbales une absence d'atténuation sensorielle lorsque la stimulation était autogénérée. Ils ressentaient ainsi les deux types de stimulations à la même intensité, comparativement aux témoins sans hallucination [13].

Ainsi, en adaptant la théorie de la prédiction motrice aux hallucinations, les expériences auditives pourraient être le résultat de la production anormale du discours intérieur du sujet. Un défaut du modèle *forward* dans ce contexte amènerait les sujets hallucinés à douter de l'origine d'un discours interne qu'ils ont pourtant générés eux-mêmes et à l'attribuer à une source externe.

Ce modèle bien que séduisant et influent, présente plusieurs inconvénients. Premièrement, comme son nom l'indique, la théorie de la prédiction motrice s'applique préférentiellement à l'action, tout comme le concept de *self-monitoring*, qui en est une adaptation, s'applique aux intentions d'actions [16]. Deuxièmement, les auteurs attribuent ce défaut d'utilisation

des indices internes aux symptômes de passivité en général, il n'est donc pas spécifiquement adapté aux expériences hallucinatoires. À plus grande échelle, ce modèle semble également expliquer des dysfonctionnements observés en consultation neurologique, tels que l'ataxie optique où le patient a bien l'intention du mouvement mais ne peut pas réajuster ses commandes motrices en fonction du but (défaut du modèle *inverse*), ou le syndrome de la main anarchique, où le sujet n'a à l'évidence pas l'intention des mouvements exécutés (défaut du modèle *forward*). Enfin, dernièrement, une étude comportementale visant spécifiquement à dissocier la prédiction motrice et l'agentivité a remis en question le dysfonctionnement de ces indices internes comme étant seuls à l'origine des difficultés d'attribution de la source chez les patients souffrant d'hallucinations.

Un trouble pur de l'agentivité préreflexive a en effet pu être mis en évidence *via* la réalisation de la **tâche du pendule**, tâche ne nécessitant ni réflexion, ni jugement. L'objectif de cette tâche est tout simplement d'arrêter la course d'un pendule, qui est soit initiée par le patient (tâche S) soit par l'examineur (tâche E), avec une cellule de force tenue dans l'autre main. La précision ainsi que l'efficacité de la préhension sont alors mesurées par la cellule de force utilisée pour stopper le pendule. Virginie Bulot et al. (2007) montrent sur la base de ce dispositif une plus grande efficacité dans la tâche E que dans la tâche S chez les sujets sains, suggérant qu'ils expérimentent différemment les actions autogénérées et celles issues d'un agent externe. À l'inverse, cette différence n'est pas retrouvée chez les patients souffrant de schizophrénie avec hallucinations. Ces derniers expérimenteraient de la même manière les actions qu'ils produisent et celles produites par autrui. Par ailleurs, la précision d'ajustement de la préhension (mesurée sur la main droite, en tant que référence de la prédiction motrice) était similaire chez les sujets sains et les patients. En dissociant la prédiction motrice fondée sur la copie d'efférence de l'agentivité pré-reflexive, cette étude confirme l'existence d'un défaut d'agentivité chez les patients souffrant de schizophrénie avec hallucinations ^[17].

Le concept pur d'agentivité apparaît déficitaire chez les sujets avec hallucinations auditives, mais il semble ne pas être suffisant pour expliquer la totalité des difficultés rencontrées par les patients. Comme nous allons le voir dans le paragraphe suivant, des déficits concernant le traitement cognitif de haut niveau peuvent également être observés.

Processus conscients

Les modèles dits « de haut niveau » se proposent de modéliser l'émergence du symptôme hallucinatoire au travers de l'association de troubles mnésiques et exécutifs. De nombreuses études se sont intéressées aux jugements d'attribution, qui, assimilés à la métacognition, impliqueraient également la représentation de nos propres connaissances sur un événement donné.

La **mémoire de source** (ou *source monitoring*) est un mécanisme qui implique la capacité à se remémorer et à attribuer correctement la source d'une information, d'une connaissance ou d'une croyance stockée en mémoire à long terme. Les caractéristiques du souvenir jouent un rôle fondamental, puisque c'est de leur nature, de leur qualité et de leurs poids relatifs que dépendrait la prise de décision. Nos souvenirs peuvent être constitués d'informations perceptives (couleurs, taille, forme...), contextuelles (spatiale et temporelle), sémantiques (prénoms, lieux...), affectives (émotions ressenties) et cognitives (organisation, planification), toutes potentiellement mises en jeu lors de l'élaboration du souvenir. Ainsi, un souvenir majoritairement constitué d'éléments perceptifs et contextuels aurait tendance à être considéré comme externe par le sujet ; à la différence d'un souvenir interne qui mobiliserait préférentiellement les opérations cognitives mises en jeu.

Plusieurs sous-types de mémoire de source ont été identifiés [18] :

- le *reality monitoring* permettant de distinguer une source interne d'une source externe ;
- le *monitoring interne*, permettant la discrimination entre deux sources internes ;
- le *monitoring externe*, permettant la distinction entre deux sources externes.

Des difficultés de *source monitoring* sont retrouvées chez les patients présentant des hallucinations. En pratique clinique, l'évaluation des jugements d'attribution consiste en la présentation de stimuli (mots, images, odeurs...) puis en l'identification par la personne de l'origine de ces derniers. Il s'agit de distinguer s'ils ont été « imaginés » ou « produits », soit par le participant soit par l'investigateur, ou s'ils n'ont pas été présentés (nouveaux stimuli), impliquant alors les trois distinctions citées plus haut (interne, externe, interne-externe [18]). De manière plus ou moins consistante, les patients souffrant de schizophrénie avec hallucinations auditives ont des performances plus faibles à cette épreuve en attribuant plus souvent les items autogénérés à autrui, démontrant leur difficulté à identifier la source d'un événement [19-22].

Un encodage de mauvaise qualité, ainsi qu'un dysfonctionnement des **processus de liage** (*binding*) entre les différents éléments encodés pourraient être à l'origine des difficultés dans l'attribution de l'origine à un souvenir. Le *binding* est un processus qui permet de relier les différentes caractéristiques encodées entre elles afin de former un souvenir cohérent et de fournir au sujet le sentiment d'être à l'origine du souvenir. Ce processus joue un rôle central dans la cognition et dans notre vie quotidienne. Se souvenir de la source d'une information permet, entre autres, d'exercer un contrôle sur ses propres opinions et croyances, et donne de la véracité à nos propos. Elle participe également à l'élaboration d'une expérience subjective

qui se révèle indispensable à la construction de son identité. En cas de dysfonctionnement de cette fonction peuvent être observés des difficultés d'attribution de la source, mais également un délire, une amnésie ou encore des confabulations [18]. Flavie Waters et al. donnent notamment une place importante aux dysfonctionnements du *binding* dans la genèse des hallucinations dans leur modèle [23] (cf. *infra*). Enfin, il est intéressant de noter que les études de l'état hallucinatoire rapportent une activation anormale du complexe hippocampique impliqué dans le rappel et la contextualisation des souvenirs lors de la survenue d'hallucinations [6], parfaitement compatible avec les modèles de défaut d'attribution de la source et de *binding*.

Croyances et hallucinations

La relation entre hallucinations et **croyances métacognitives** (c'est-à-dire les croyances sur ses propres processus ou contenus mentaux) a pu être modélisée par Morrison, Haddock et Tarrier (1995). Ces auteurs ont proposé que les croyances métacognitives d'un individu puissent influencer l'interprétation qu'il fait de ses pensées intrusives [24]. La pensée peut en effet être intrinsèquement instable ou peu contrôlable — essayez par exemple de ne pas penser à un éléphant ! — mais, chez certains individus, elle pourrait devenir fortement intrusive, involontaire et inattendue, capable d'interrompre une activité en cours.

Le modèle cognitif de Morrison et al. s'adresse aussi bien aux individus souffrant activement d'hallucinations qu'à ceux présentant une susceptibilité à halluciner. Lorsqu'un sujet présentant ce type de vulnérabilité fait l'expérience de pensées intrusives, le décalage entre ses croyances et cette expérience incontrôlable produirait une telle dissonance cognitive et un tel ressenti négatif, qu'il deviendrait alors plus acceptable pour lui de les attribuer à une source extérieure. Pour ces auteurs, ces mécanismes seraient à la base de l'hallucination. Les études en population clinique n'ont pu confirmer ce lien entre hallucinations et croyances métacognitives, suggérant que ces croyances ne seraient pas directement impliquées dans la genèse des symptômes [25-27]. Quelques éléments ont néanmoins pu être mis en évidence en population non-clinique, c'est-à-dire constituée de sujets présentant une susceptibilité à halluciner.

Sur la base du *Metacognitions Questionnaire* (MCQ [28]), plusieurs études ont ainsi pu mettre en évidence un lien entre prédisposition à halluciner et croyances métacognitives dysfonctionnelles. De manière générale, il semblerait que les personnes vulnérables, notamment aux expériences survenant dans la modalité visuelle et/ou verbale, aient des scores significativement plus élevés sur toutes les dimensions évaluées par le MCQ [29-31] (par exemple, les croyances sur l'inquiétude, sur les pensées et en particulier sur le contrôle de celles-ci, ainsi que sur la confiance en ses propres capacités

cognitives). De manière plus spécifique, certaines études ont pu mettre en évidence certaines dimensions prédictives de la susceptibilité à halluciner, comme les croyances concernant le contrôle des pensées (sensation d'avoir des pensées incontrôlables) et le manque de confiance en ses capacités cognitives [32]. Bien que prometteuses, ces données préliminaires nécessitent encore réplication.

La deuxième grande catégorie de modèle de croyance dans les hallucinations porte sur les **croyances vis-à-vis de l'hallucination**. Des auteurs comme Chadwick et Birchwood (1994) ont ainsi proposé que les croyances concernant les voix, donc l'interprétation que le sujet en faisait, puissent médiatiser la relation entre les réactions de l'individu et l'expérience hallucinatoire [33]. Cette interprétation semble régie par trois thèmes principaux : l'omnipotence des voix, leur intention (bien ou malveillante) et la manière dont le sujet semble y répondre (l'engagement, la résistance ou l'indifférence).

Dans cette perspective, les « voix » perçues comme malveillantes susciteraient du stress et de la résistance, et celles perçues comme bienveillantes seraient associées à des émotions positives et sous-tendraient un engagement de la personne concernée. À noter que Van der Gaag et al. (2003) ont montré que les croyances négatives sur le symptôme n'étaient pas associées à la valence du contenu de la voix [34]. De même, Peters et al. (2012) ont montré que ce n'était pas la forme du symptôme (intensité, sévérité, fréquence) mais les croyances (niveaux élevés de détresse, dépression, anxiété ; présence d'idées suicidaires ; niveau bas d'estime de soi) qui exerçaient une influence sur les réactions affectives et comportementales des personnes faisant l'expérience d'hallucinations [35] (cf. *infra*, Mécanismes affectifs impliqués dans les hallucinations). Plus spécifiquement, il s'agissait principalement des croyances sur l'omnipotence des voix et sur le fait que les voix soient malveillantes. Ce n'est donc pas la présence d'hallucinations en tant que telle qui s'avère problématique, ni sa forme, mais bien l'interprétation que l'individu fait de cette expérience [33].

Ce modèle théorique, appliqué avec succès dans plusieurs études, est à la base des thérapies cognitives de l'hallucination utilisant le modèle « ABC » (figure 1.1). Le travail thérapeutique est alors centré sur l'assouplissement et la modification des croyances, *via* un entraînement au raisonnement par hypothèses. En travaillant sur les croyances, le thérapeute vise également une modification des réactions émotionnelles et comportementales, ainsi qu'une modification de la perception même du symptôme. Il s'agit donc de travailler sur des schémas de pensées afin de casser le cercle vicieux qui se met en place progressivement chez certains individus souffrant d'hallucinations.

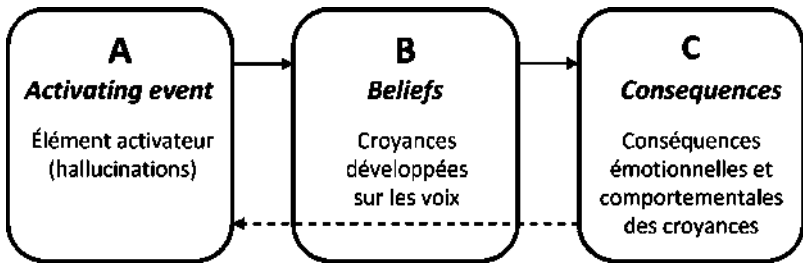


Figure 1.1. Le modèle cognitif des croyances sur l'hallucination, proposé par Chadwick et Birchwood (1994).

Imagerie du trait hallucinatoire et erreur d'attribution

Nous avons déjà évoqué les études de l'état hallucinatoire, qui comparaient l'activité cérébrale mesurée en période hallucinatoire et en période de repos. Une seconde catégorie d'études en imagerie fonctionnelle permet d'explorer, non plus ce qui se passe au moment de l'émergence d'une expérience hallucinatoire mais plutôt les bases neurales impliquées dans la susceptibilité à halluciner. Ces études, dites « trait », comparent les réponses cérébrales entre deux groupes de sujets qui diffèrent sur la présence/absence d'hallucinations, lors de procédures cognitives diverses, principalement langagières (par exemple, fluences verbales, production de langage intérieur ou tâche de mémoire de source notamment). Dans une méta-analyse du trait hallucinatoire [36], des variations d'activation fonctionnelle ont été mises en évidence au niveau des lobes temporaux, pouvant témoigner d'une compétition dans le traitement de l'information sensorielle au sein des aires impliquées dans le codage de la voix humaine, mais aussi du langage intérieur [37].

Cette méta-analyse a également révélé une activation accrue du **gyrus cingulaire antérieur** chez les sujets sans hallucination. Cette région frontale médiale s'est révélée être une structure clé dans la détection d'erreurs de prédiction générées par le cerveau, la rendant indispensable pour déterminer si un stimulus est de source interne ou externe [38]. Un dysfonctionnement de cette structure pourrait, de ce fait, rendre compte du sentiment d'intrusion de l'expérience hallucinatoire, c'est-à-dire cette « voix » intérieure, entendue comme réelle mais que le sujet halluciné ne s'attribue pas comme propre. Cette activation du **cortex cingulaire antérieur** est également compatible avec les résultats obtenus dans les études IRMf ou TEP conduites chez des patients souffrant de schizophrénie et présentant un

syndrome d'influence, dans lesquelles ils ne se sentent plus à l'origine de leurs pensées ou de leurs actes [39,40].

Mécanismes affectifs impliqués dans les hallucinations

Une différence fréquemment mentionnée entre hallucinations survenant en population clinique et celles survenant en population non clinique est la valence émotionnelle associée à ces expériences. Les processus affectifs sont en effet impliqués à plusieurs niveaux — en amont de l'expérience (par exemple, comme facteurs précurseurs), ainsi qu'en aval (par exemple, comme facteurs de maintien) — et constituent une dimension phénoménologique à part entière de l'hallucination. Pour autant les mécanismes affectifs associés aux hallucinations n'ont fait l'objet que de peu d'études, si ce n'est dans le cadre de la psychose.

Valence émotionnelle des hallucinations

La valence émotionnelle de l'hallucination a longtemps été considérée comme de nature essentiellement négative [41]. Cette valence négative semble même prédire le caractère psychotique de l'hallucination dans environ 88 % des cas [42]. Honig et al. ont par ailleurs montré que le contenu des voix serait plus souvent négatif chez les patients hospitalisés comparativement au contenu hallucinatoire de sujets n'ayant pas de contact avec les services de soins [43].

Une exploration plus fine de la phénoménologie des hallucinations auditives a pu mettre en évidence une part non négligeable d'expériences à tonalité positive (c'est-à-dire vécues comme bienveillantes), tant chez les patients souffrant de schizophrénie [44], que chez les sujets souffrant de troubles bipolaires ou de trouble de la personnalité borderline [45]. Copolov et al. ont de plus montré que la prévalence d'expériences hallucinatoires positives ne différait pas significativement entre les patients souffrant de schizophrénie et ceux présentant une psychose affective.

Ces hallucinations à valence positive revêtent quelques caractéristiques notables. D'un point de vue symptomatique, elles sont plus fréquemment associées à des expériences délirantes de grandeur [46], même si nous avons rappelé qu'elles pouvaient s'observer en dehors de tout épisode maniaque. Elles sont surtout considérées comme moins intrusives que les hallucinations négatives [44]. Malgré leur caractère gênant, la valence positive peut générer beaucoup d'ambivalence à s'engager durablement dans le soin — probablement par crainte de voir ces « bonnes voix » disparaître. Pour autant, il convient de rappeler que l'expérience de voix plaisantes a également été montrée associée à un fonctionnement social pauvre [44] et une plus grande chronicité [47]. La levée de cette ambivalence constitue donc un enjeu majeur des premières étapes du travail psychothérapeutique.

Facteur déclenchant ou conséquence de l'hallucination ?

L'association entre mécanismes affectifs et hallucinations est aujourd'hui indéniable, sans pour autant présager d'un potentiel lien de causalité. Smith et al. se réfèrent d'ailleurs à la métaphore du cercle vicieux : entendre des voix menaçantes aurait un impact immédiat et négatif sur l'humeur, l'humeur dépressive serait en retour à l'origine d'une plus grande propension à halluciner [48]. Ce modèle peut facilement être utilisé dans une perspective thérapeutique : une prise en compte des facteurs de stress environnementaux et/ou sociaux permettrait de réduire la prévalence des hallucinations.

Chez les patients souffrant de schizophrénie, les hallucinations auditives ont été retrouvées associées à des niveaux élevés d'anxiété et d'humeur dépressive [49]. Smith et al. (2006) ont étudié l'influence des affects dépressifs et de l'estime de soi sur les hallucinations chez ces patients. Les individus souffrant des affects dépressifs les plus sévères et d'une faible estime de soi présentaient des hallucinations auditives d'une plus grande sévérité et ayant un contenu significativement plus négatif. Par ailleurs, le niveau de stress associé aux symptômes hallucinatoires était plus important [48].

Koole postule quant à lui que le niveau de stress dépendrait davantage de l'évaluation subjective de l'expérience hallucinatoire que de sa valence affective [50]. Comme nous l'avons évoqué à la section précédente, Chadwick et Birchwood montrent en revanche que dans environ 30 % des cas, les émotions générées par les croyances sur les voix (omnipotence, malveillance...) n'ont pas de relation directe avec le contenu des voix, que celui-ci soit positif ou négatif [51].

Par ailleurs, aucune étude n'a directement testé le rôle des fluctuations du niveau de stress en tant que déclencheurs des hallucinations, bien que certains patients aient pu rapporter un sentiment de tristesse, de peur ou de colère avant la survenue d'hallucinations [41]. Tien et Eaton (1992) avaient déjà mis en évidence lors d'une enquête en population générale que la présence d'un certain niveau d'anxiété dans l'année qui précédait constituait un facteur de risque de développer des hallucinations ou des idées délirantes [52]. Slade (1976) avait quant à lui proposé que les événements stressants quotidiens puissent provoquer une perturbation des humeurs et être à l'origine des hallucinations chez les sujets qui y étaient prédisposés [53].

Régulation émotionnelle et hallucinations

La régulation émotionnelle fait référence à l'ensemble des stratégies actives mises en place par le sujet pour gérer ses états émotionnels. Un premier niveau de régulation est l'**évaluation cognitive subjective** à l'origine d'états émotionnels. Koole propose d'y ajouter la **réévaluation de la situation** (*reappraisal*), qui serait en mesure de mettre fin à la réponse

émotionnelle déclenchée par notre première évaluation [50]. Deux autres stratégies de régulation sont également identifiées, la **suppression expressive d'émotions gênantes** ainsi que la **modification de l'attention allouée à la situation**. La suppression expressive est un concept fondé sur le fait que les individus ont connaissance des causes de leurs émotions, des sensations corporelles et des comportements associés, et qu'ils peuvent eux-mêmes les modifier.

Tandis que la réévaluation et la modification de l'attention amènent à une meilleure qualité de vie, la suppression serait associée à un plus haut niveau d'anxiété et à un plus faible niveau de fonctionnement social. Plus particulièrement, cette stratégie nécessite l'efficacité des fonctions exécutives, en particulier des capacités d'inhibition afin de supprimer toute réponse comportementale, faciale ou verbale en situation émotionnelle. Cette stratégie se révèle moins adaptée dans la gestion des émotions, puisque son emploi répété aurait paradoxalement pour conséquence un manque de contrôle sur ses propres émotions [54].

Chez les patients souffrant de schizophrénie, nous avons rappelé que les hallucinations auditives étaient associées à des niveaux élevés d'anxiété et d'humeur dépressive [49]. Des anomalies de régulation des émotions sont également observées dans cette population, se caractérisant notamment par une tendance plus élevée à utiliser des stratégies de suppression expressive [55] et des difficultés à modifier l'attention allouée à la situation émotionnelle, à l'origine de ruminations [49]. Ces difficultés se surajoutent aux troubles des fonctions exécutives, notamment d'inhibition, également associés aux hallucinations [56].

Johanna Badcock et al. [57] ont ainsi mis en évidence une corrélation entre l'utilisation de la suppression expressive et la sévérité des hallucinations dans la schizophrénie¹. Par ailleurs, des scores élevés à la sous-partie Suppression de l'Emotion Regulation Questionnaire (ERQ [54]) étaient significativement corrélés à un moindre fonctionnement social. Une association significative a également été mise en évidence entre anomalies d'« allocation attentionnelle » (ruminations) et dépression d'une part, et anomalies d'« allocation attentionnelle » et niveau de stress psychologique généré par les hallucinations d'autre part.

Ainsi, l'emploi répété de stratégies inadaptées de régulation émotionnelle (notamment à valence négative), majorées par la présence de difficultés exécutives, serait à l'origine du maintien des hallucinations et des difficultés rencontrées par les patients souffrant de schizophrénie pour y faire face. Ces anomalies de régulation émotionnelle augmenteraient également la sévérité des hallucinations auditives ainsi que le stress psychologique associé, ce dernier favorisant ensuite leur maintien.

1. La sévérité hallucinatoire était ici définie sur trois critères : la fréquence, la durée et le volume.

Imagerie cérébrale des émotions et hallucinations

Nous avons pu évoquer précédemment que l'imagerie fonctionnelle de repos avait permis de mettre en évidence des activations temporales internes chez les patients souffrant de schizophrénie, notamment au niveau du complexe hippocampique [58] et des cortex insulaires [59] lors d'épisodes hallucinatoires auditifs. Ces données acquises pendant que le sujet hallucinait, attestent d'une part de la mobilisation des processus émotionnels dans la survenue du symptôme, mais mettent également en évidence un changement dans la dynamique de l'activité neurale de ces régions en lien avec l'expérience répétée d'hallucinations acoustico-verbales menaçantes.

Des procédures « trait » ont également mis en évidence des anomalies fonctionnelles au niveau du complexe amygdalien en lien avec les hallucinations. L'amygdale et l'hippocampe sont connus pour être deux régions clés dans le traitement de l'information affective [60, 61], particulièrement vulnérables au stress.

Une hyperactivation fonctionnelle de l'amygdale [62] et du gyrus parahippocampique [63] a pu être mise en évidence lors de l'écoute passive de mots émotionnels chez les sujets hallucinés par rapport à des patients non hallucinés et à des témoins sains. À noter que les mots émotionnels utilisés dans cette étude étaient familiers puisqu'ils étaient directement issus de l'expérience hallucinatoire acoustico-verbale des patients inclus.

À l'inverse, une hypoactivation de l'amygdale, des hippocampes, du gyrus cingulaire et du cortex préfrontal a été retrouvée par une autre équipe au cours du traitement de stimuli auditifs négatifs (par exemple, des pleurs) chez les patients avec hallucinations acoustico-verbales comparativement aux sujets sans hallucination [64].

Il est intéressant de noter que les principales différences entre ces deux études sont d'ordre méthodologique, alors que l'une repose sur une procédure d'écoute passive des stimulus familiers, l'autre nécessite la participation active des sujets face à des stimulus inconnus. Il n'y aurait pas d'évaluation émotionnelle explicite dans ce dernier cas, car il fallait simplement identifier le genre du locuteur. Par ailleurs, la condition « bruit neutre » utilisée dans l'étude de Kang pourrait avoir mobilisé davantage l'amygdale chez les sujets hallucinés, ce stimulus étant plus ambigu.

Perspectives et modèles complexes de l'hallucination

Variabilité des contextes étiologiques

Majoritairement appliqués aux hallucinations auditives, des déficits similaires dans les domaines perceptifs, cognitifs et émotionnels se retrouvent également chez des sujets sains prédisposés aux hallucinations [65, 66],

souvent avec une amplitude moindre. Cette modélisation a pu être étendue à d'autres modalités sensorielles, telles que pour les hallucinations visuelles dans la maladie de Parkinson. Les patients hallucinés souffrant de maladie de Parkinson feraient beaucoup plus d'erreurs d'attribution comparative-ment à des patients sans hallucination ou à des témoins sains appariés en âge. Les erreurs ne porteraient cependant pas sur la distinction de la source, mais sur la distinction entre les modalités sensorielles des items présentés. Autrement dit, un patient parkinsonien avec hallucinations visuelles aurait plus tendance à croire qu'une image mentale générée par un mot est en réalité une image réellement présentée [67].

Des troubles de la mémoire de source ont également été démontrés dans la maladie d'Alzheimer et dans les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) [68, 69]. Même si aucun lien spécifique n'a pu être mis en évidence entre « hallucination » et « mémoire de source » dans ces troubles, il est à noter la présence fréquente d'hallucinations dans la maladie d'Alzheimer et de phénomènes apparentés dans les TOC (par exemple, les obsessions idéatives). Selon McNally et Kohlbeck, le doute observé chez les patients souffrant de TOC entre ce qui est réellement fait et ce qui est juste imaginé relèverait d'un trouble du *reality monitoring*. Dans la maladie d'Alzheimer, El Haj et al. mettent en évidence un trouble du monitoring interne et externe en lien avec le déclin des fonctions exécutives lié au vieillissement et accentué par la pathologie, notamment les capacités d'inhibition cognitive [68]. Il semble donc bien, dans ces pathologies tout du moins, qu'il existe un télescopage entre déficits mnésiques et exécutifs en lien plus ou moins direct avec la survenue d'hallucinations. L'implication de déficits d'inhibition dans cette même population a très récemment été répliquée par ces mêmes auteurs. Les patients inclus présentaient plus de difficultés à inhiber les pensées non pertinentes comparativement aux témoins sains plus âgés, les amenant à une plus grande confusion entre réalité et monde interne [21].

De plus en plus d'études ont également exploré les mécanismes sous-jacents aux expériences sensorielles des sujets dits « entendeurs de voix », c'est-à-dire présentant des hallucinations acoustico-verbales mais ne répondant pas aux critères diagnostiques d'un trouble psychiatrique constitué. Les corrélats neuronaux de l'état hallucinatoire observés au sein de cette population semblent communs à cette population et aux sujets souffrant de troubles psychotiques, qu'il s'agisse de procédures « traits » [70] ou de procédures « états » [71]. Ces études ont notamment montré que le caractère bilatéral² des activations fronto-temporales lors de tâches verbales semblait davantage lié à la schizophrénie [72] qu'à l'hallucination proprement dite [73].

2. Autrement dit, la perte de latéralisation fonctionnelle pour le langage.

La dynamique d'activation au sein du réseau du langage recruté semble également à même de distinguer l'expérience hallucinatoire de l'imagerie mentale — le fait d'imaginer entendre une voix, par exemple. Linden et al. ont ainsi mis en évidence qu'une activation de l'aire motrice supplémentaire précédait le recrutement des aires sensorielles dans l'imagerie mentale, alors que ces activations étaient concomitantes en période hallucinatoire [74]. En termes de dysconnectivité enfin, alors que les patients hallucinés porteurs d'un diagnostic de schizophrénie présentent des atteintes multiples de l'intégrité de la substance blanche, seules des aberrations microstructurales du faisceau arqué semble à même de distinguer « entendeurs de voix » des sujets témoins sains [75].

Modélisation contemporaine

Nous avons précédemment évoqué que l'imagerie de l'état hallucinatoire mettait en évidence des activations aberrantes des cortex sensoriels associatifs ainsi que du complexe hippocampique [6]. De manière intéressante, Flavie Waters et al. postulent qu'un déficit du **contrôle inhibiteur intentionnel** associé à des intrusions de fragments de souvenirs non pertinents serait à l'origine de l'émergence des hallucinations auditives chez des patients souffrant de schizophrénie [76, 23]. Cette théorie articule de manière élégante les approches perceptives et cognitives de l'hallucination, tout en restant compatible avec les données de l'imagerie cérébrale.

Le contrôle inhibiteur volontaire tel que conceptualisé ici nous permet en temps normal de mettre de côté de manière consciente les associations mentales et souvenirs auditifs non pertinents qui pourraient nous passer en permanence à l'esprit, afin de maintenir un flux de pensée et/ou une conversation cohérente. Chez les patients souffrant de schizophrénie, ce défaut d'inhibition aurait pour conséquence l'intrusion intempestive d'éléments auditifs non pertinents (souvenirs, représentations et associations mentales), donnant naissance aux hallucinations auditives. Par ailleurs, ces souvenirs seraient incomplets du fait d'un dysfonctionnement des processus de *binding*, soit lors de l'encodage soit lors de la récupération. Cette intégration incomplète des indices contextuels ne permettrait qu'un rappel partiel du souvenir en question et serait à l'origine du sentiment d'étrangeté fréquemment rapporté par les patients. Des difficultés d'inhibition volontaire ont également été mises en évidence chez des sujets sains présentant des hallucinations acoustico-verbales comparativement à d'autres sujets sains n'en présentant pas [77].

Une autre approche prolifique dans le domaine des modèles théoriques quantitatifs de l'hallucination est celle de l'inférence bayésienne [78, 79]. Cette approche postule qu'une altération des mécanismes d'inférence chez les patients souffrant de schizophrénie puisse être à l'origine de fausses perceptions, dont la propagation dans la hiérarchie corticale entraînerait

la survenue de fausses croyances. De manière intéressante, ces modèles computationnels permettent de rendre compte de la coexistence de capacités à la fois augmentées et diminuées chez ces sujets, c'est-à-dire la présence d'hallucinations et d'une moindre vulnérabilité aux illusions [80]. Une implémentation récente, le **modèle d'inférence circulaire**, s'est par exemple avérée compatible avec la présence d'hallucinations et une baisse de susceptibilité aux illusions. L'inférence circulaire pourrait résulter d'un trouble de la balance excitation/inhibition au sein d'un réseau hiérarchique, hypothèse parfaitement en accord avec les hypothèses inhibitrices suscitées [81].

Apport de la phénoménologie

L'hallucination est une expérience d'une extraordinaire richesse dans sa présentation, au point qu'il est quasiment impossible de rencontrer deux personnes rapportant exactement les mêmes phénomènes. Paradoxalement, cette phénoménologie reste encore trop peu prise en compte en clinique et en recherche, pour preuve bien souvent la restriction à une seule modalité sensorielle (par exemple, « les voix »). Or les modèles psychopathologiques auraient tout à gagner à prendre davantage en compte la phénoménologie du symptôme, qui par ailleurs éclaire de manière tout à fait pertinente le fonctionnement cérébral normal et pathologique.

Quelques études d'imagerie cérébrale fournissent à ce sujet des résultats intéressants. Les corrélats cérébraux de la localisation spatiale des hallucinations auditives ont par exemple fait l'objet de recherches en imagerie cérébrale [82]. La location spatiale des voix est l'une des trois propriétés phénoménologiques des hallucinations, à côté de la complexité du langage et de l'attribution à soi ou à autrui [83]. Comparés à des sujets sains, les patients avec des hallucinations internes (qui entendent des voix dans leur tête) et les patients avec des voix externes (qui entendent des voix à l'extérieur de leur tête) présentent des variations opposées de volume de matière blanche et de position de sillons au niveau de la jonction temporopariétale droite [82], une région clé de la voie auditive du « où » [84]. Le décalage de la jonction entre le sillon temporal supérieur et sa branche antérieure (ou sillon angulaire) indiquerait la survenue de déviations précoces de la maturation cérébrale, avant 25-29 semaines de gestation quand les deux sillons apparaissent et fusionnent. Ces résultats sur la morphologie corticale suggèrent que la susceptibilité et la phénoménologie des hallucinations auditives dans la schizophrénie pourraient être associées à des déviations de la morphogenèse du réseau cortical du langage, en particulier le cortex auditif et la jonction temporopariétale.

Du point de vue fonctionnel, une étude de Vercammen et al. a également examiné les modifications associées au volume sonore perçu et au sentiment de réalité associé aux hallucinations acoustico-verbales [85]. Le

volume sonore perçu s'est montré corrélé à une diminution de l'activation fonctionnelle dans une tâche de production/perception du discours intérieur au sein d'un réseau comprenant les régions temporopariétales bilatérales, le gyrus frontal inférieur gauche et le cortex cingulaire antérieur. Le sentiment de réalité était, quant à lui, retrouvé associé à une diminution de la latéralisation fonctionnelle pour le langage [85]. Ce dernier aspect a également pu être exploré dans deux autres études avec des résultats toutefois variables. Dans l'étude de Raij et al., le sentiment de réalité des patients avec hallucinations acoustico-verbales était corrélé au niveau d'activation fonctionnelle du gyrus frontal inférieur gauche et avec son couplage aux autres aires cortico-sous-corticales du réseau [86]. L'étude de Jardri et al. retrouvait, quant à elle, une association significative entre le sentiment de réalité des hallucinations, qu'elles soient auditives ou visuelles, et le niveau de recrutement fonctionnel des cortex sensoriels primaires [7].

Bien qu'influentes, les conceptions pré-réflexives ne permettent pas d'expliquer toutes les finesses phénoménologiques du symptôme hallucinatoire, entre autres :

- le fait que les patients entendent souvent leurs voix leur parlant à la deuxième ou à la troisième personne ;
- le fait que ces voix puissent être de genre opposé au patient lui-même ou même parfois prendre un accent étranger ;
- et, enfin, le constat que seules les hallucinations acoustico-verbales sont considérées, en délaissant totalement les hallucinations auditives autres (par exemple musicales) et extra-auditives dans leur ensemble.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'agentivité concerne un ensemble de symptômes dits de passivité s'étendant au-delà des seules hallucinations. Il est à ce sujet intéressant de rapporter un cas clinique pour lequel l'utilisation d'une technique de neuromodulation, la stimulation magnétique transcrânienne répétée, guidée par IRM fonctionnelle, permettait de dissocier hallucinations et agentivité/mémoire de source en fonction des réseaux corticaux ciblés [87]. Les modèles de traitement conscient de l'information semblent pouvoir mieux intégrer la phénoménologie du symptôme hallucinatoire. Ainsi, le défaut d'inhibition volontaire qualifierait le symptôme d'intrusif, le dysfonctionnement des processus de *binding* expliquerait en effet le ressenti d'étrangeté associé et les difficultés d'attribution de la source favoriseraient les biais d'externalisation fréquemment rencontrés en clinique chez les patients souffrant d'hallucinations. Il nous semble que ces conceptions contemporaines puissent permettre de corroborer la présence d'hallucinations chez des individus prédisposés — chez qui des déficits subtils dans ces mêmes domaines peuvent être mis en évidence — ainsi que chez les sujets « entendeurs de voix ».

Cette approche phénoménologique traditionnelle³ s'attelle principalement à une description du contenu du phénomène vécu (ce dont le sujet fait l'expérience — fréquence, intensité sonore, localisation spatiale...). McCarthy-Jones et al. ont récemment proposé une approche Phénoménologique complémentaire, d'un abord plus philosophique⁴. Cette approche permettrait une description plus détaillée et approfondie de la structure de l'expérience hallucinatoire et des changements de prise de conscience dans ce vécu hallucinatoire (la manière dont le sujet vit cette expérience — ces aspects temporels, spatiaux, la conscience de soi, l'agentivité, l'intersubjectivité) [88]. Ces approches permettent d'aborder l'hallucination dans un contexte plus global et non seulement comme un dysfonctionnement cérébral isolé. Cette conception se révèle d'autant plus pertinente au cours des phases prodromiques afin d'étudier la vulnérabilité psychotique, son évolution et les modifications de traitement conscient du discours interne, impliquées dans les hallucinations acoustico-verbales. Une analyse approfondie des aspects Phénoménologiques pourrait agrémenter les données sur la genèse et le développement de tels symptômes [89]. Bien qu'encore peu appliquée à l'heure actuelle, cette fusion phénoménologique vise à fournir une image plus nuancée et plus riche de l'expérience hallucinatoire, tout en permettant d'affiner les données neurophysiologiques et cognitives disponibles dans la littérature.

Conclusion

Alors qu'ils se situent à la croisée de nombreuses disciplines allant de la philosophie aux neurosciences cognitives, l'exploration des symptômes subjectifs constitue l'un des socles fondateurs de la clinique psychiatrique et psychologique. Ce chapitre a permis d'aborder différentes modélisations de l'hallucination, tant au niveau perceptif, cognitif qu'affectif, et leur articulation avec les données récentes de l'imagerie cérébrale. Malgré des résultats encourageants, de nombreux domaines méritent encore d'être explorés plus avant, tels que les bases neurales et cognitives de la phénoménologie hallucinatoire, les spécificités développementales de ces expériences, le couplage à d'autres méthodes d'exploration (clinique, génétique...) ou encore les variations cérébrales liées au diagnostic sous-jacent. Ce socle de connaissances nous a semblé nécessaire avant d'aborder les chapitres centrés sur les thérapeutiques avec le bagage théorique minimal nécessaire.

3. Où « phénoménologie » est avec un « p » minuscule.

4. Où « Phénoménologie » est avec un « P » majuscule.

Points clés

- L'hallucination peut survenir dans de nombreuses populations cliniques et non cliniques.
- Pour autant, cette expérience peut être associée à une importante souffrance nécessitant une prise en charge adaptée.
- La phénoménologie de l'hallucination est importante tant au niveau de l'évaluation clinique que dans la construction d'un programme de prise en charge personnalisé.
- La prise en charge de l'hallucination doit être globale et porter tant sur ses dimensions cognitives, perceptives, physiologiques qu'émotionnelles.

Bibliographie

- [1] Aleman A, Vercammen A. The "om-up" and "top-down" components of the hallucinatory phenomenon. In: Jardri R, Cachia A, Thomas P, Pins D, editors. *The Neurosciences of hallucinations*. NY: Springer; 2013, p. 107-21.
- [2] Hugdahl K. "Hearing voices". Auditory hallucinations as failure of top-down control of bottom-up perceptual processes. *Scandinavian Journal of Psychology* 2009;50:553-60.
- [3] Modinos G, Costafreda SG, Van Tol MJ, et al. Neuroanatomy of auditory verbal hallucinations in schizophrenia: a qualitative meta-analysis of voxel-based morphometry studies. *Cortex* 2013;49:1046-55.
- [4] Mangin J-F, Jouvent E, Cachia A. In-vivo measurement of cortical morphology: means and meanings. *Curr Opin Neurol* 2010;23:359-67.
- [5] Cachia A, Paillère-Martinot M-L, Galinowski A, et al. Cortical folding abnormalities in schizophrenia patients with resistant auditory hallucinations. *Neuroimage* 2008;39:927-35.
- [6] Jardri R, Pouchet A, Pins D, et al. Cortical activations during auditory verbal hallucinations in schizophrenia: a coordinate-based meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2011;168:73-81.
- [7] Jardri R, Thomas P, Delmaire C, et al. The neurodynamic organization of modality-dependent hallucinations. *Cereb Cortex* 2013;23:1108-17.
- [8] Barber TX, Calverley DS. *J Abnorm Psychol* 1964;68:585-592. Modifiée par Merckelbach H, Van de Ven V. Another white christmas: fantasy proneness and reports of 'hallucinatory experiences' in undergraduate students. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2001;32:137-144.
- [9] Daalman K, Verkooijen S, Derks EM, et al. The influence of semantic top-down processing in auditory verbal hallucinations. *Schizophr Res* 2012;139:82-6.
- [10] Aleman A, Bocker KB, Hijman R, et al. Cognitive basis of hallucinations in schizophrenia: role of top-down information processing. *Schizophr Res* 2003;64:175-85.
- [11] Frith CD. *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 1992.
- [12] Gallagher S. Philosophical conceptions of the self: the implication for cognitive science. *Trends Cog Sci* 2000;4:14-21.

- [13] Blakemore SJ, Wolpert D, Frith C. Abnormalities in the awareness of actions. *Trends Cogn Sci* 2002;6:237-42.
- [14] Frith CD, Done DJ. Experience of alien control in schizophrenia reflect a disorder in the central monitoring of action. *Psychol Med* 1989;19:359-63.
- [15] Bulot V, Thomas P, Delovoye-Turrell Y. Agentivité : se vivre ou se juger agent ? *L'Encéphale* 2007;33:603-8.
- [16] Frith CD, Done DJ. Towards a neuropsychology of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1988;153:437-43.
- [17] Bulot V, Thomas P, Delovoye-Turrell Y. A pre-reflective indicator of an impaired sense of agency in patients with schizophrenia. *Exp. Brain Res* 2007;183:115-26.
- [18] Johnson MK, Hashtroudi S, Lindsay DS. Source monitoring. *Psychol Bull* 1993;114:3-28.
- [19] Brebion G, Smith M, Gorman J, et al. Discrimination accuracy and decision biases in different types of reality monitoring in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental disease* 1997;185:247-53.
- [20] Allen P, Johns L, Fu C, et al. Misattribution of external speech in patients with hallucinations and delusions. *Schizophr Res* 2004;69:277-87.
- [21] Waters F, Woodward TS, Allen P, et al. Self-recognition deficits in schizophrenia patients with auditory hallucinations: A meta-analysis of the literature. *Schizophr Bull* 2012;38:741-50.
- [22] Brunelin J, Poulet E, Marsella S, et al. Un déficit de mémoire de la source spécifique chez les patients schizophrènes comparés à des volontaires sains et des patients présentant un épisode dépressif majeur. *Rev Eur Psychol App* 2008;58:105-10.
- [23] Waters F, Allen P, Aleman A, et al. Auditory hallucinations in schizophrenia and nonschizophrenia populations: a review and integrated model of cognitive mechanisms. *Schizophr Bull* 2012;38:683-93.
- [24] Morrison AP, Haddock G, Tarrier N. Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1995;23:265-80.
- [25] García-Montes JM, Pérez-Álvarez M, Balbuena CS, et al. Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: The superstition factor. *Behaviour Research and Therapy* 2006;44:1091-104.
- [26] Lobban F, Haddock G, Kinderman P, et al. The role of metacognitive beliefs in auditory hallucinations. *Personality and Individual Differences* 2002;32:1351-63.
- [27] Brett CMC, Johns LC, Peters EP, McGuire PK. The role of metacognitive beliefs in determining the impact of anomalous experiences: A comparison of help-seeking and non-help-seeking groups of people experiencing psychotic-like anomalies. *Psychological Medicine* 2009;39:939-50.
- [28] Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The metacognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders* 1997;11:279-96.
- [29] Larøi F, Collignon O, Van der Linden M. Source-monitoring for actions in hallucinations proneness. *Cognitive Neuropsychiatry* 2005;10:105-23.
- [30] Larøi F, Marczewski P, Van der Linden M. The multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: Factor structure of a modified version of the Launay-Slade Hallucinations Scale in a normal sample. *European Psychiatry* 2004;19:15-20.

- [31] Larøi F, Van der Linden M. Metacognitions and proneness towards hallucinations and delusions. *Behaviour Research and Therapy* 2005;43:1425-41.
- [32] Cangas A, Errasti JM, García-Montes JM, et al. Metacognitive factors and alterations of attention related to predisposition to hallucinations. *Personality and Individual Differences* 2006;40:487-96.
- [33] Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices: a cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry* 1994;164:190-201.
- [34] Van der Gaag M, Hageman MC, Birchwood M. Evidence for a cognitive model of auditory hallucinations. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2003;191:542-5.
- [35] Peters ER, Williams SL, Cooke MA, et al. It's not what you hear, it's the way you think about it: appraisals as determinants of affect and behaviour in voice hearers. *Psychological Medicine* 2012;42:1507-14.
- [36] Kühn S, Gallinat J. Quantitative meta-analysis on state and trait aspects of auditory verbal hallucinations in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2012;38:779-86.
- [37] Plaze M, Bartres-Faz D, Martinot J-L, et al. Left superior temporal gyrus activation during sentence perception negatively correlates with hallucination severity in schizophrenia patients. *Schizophr Res* 2006;87:109-15.
- [38] Swick D, Turken AU. Dissociation between conflict detection and error monitoring in the human anterior cingulate cortex. *PNAS* 2002;99:16354-9.
- [39] Farrer C, Franck N, Frith CD, et al. Neural correlates of action attribution in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2004;131:31-44.
- [40] Jardri R, Pins D, Lafargue G, et al. Increased overlap between the brain areas involved in self-other distinction in schizophrenia. *PloS One* 2011;6:e17500.
- [41] Nayani TH, David AS. The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychological Medicine* 1996;26:177-89.
- [42] Daalman K, Boks MPM, Dieren KJM, et al. The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *J Clin Psychiatry* 2011;72:320-5.
- [43] Honig A, Romme MAJ, Ensink BJ, et al. Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1998;186:646-51.
- [44] Favrod J, Grasset F, Spreng S, et al. Benevolent voices are not so kind : the functional significance of auditory hallucinations. *Psychopathology* 2004;37:304-8.
- [45] Copolov DL, Mackinnon A, Trauer T, et al. Correlates of the affective impact of auditory hallucinations in psychotic disorders. *Schizophr Bull* 2004;30:163-71.
- [46] Mackinnon A, Copolov DL, Trauer T. Factors associated with compliance and resistance to command hallucinations. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2004;192:357-62.
- [47] Sanjuan J, Gonzalez JC, Aguilar EJ, et al. Pleasurable auditory hallucinations. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;9:273-8.
- [48] Smith B, Fowler DG, Freeman D, et al. Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophr Res* 2006;86:181-8.
- [49] Morrison AP. The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001;29:257-76.
- [50] Koole SL. The psychology of emotion regulation: an integrate review. *Cognition and Emotion* 2009;23:4-41.

- [51] Chadwick PDJ, Birchwood MJ. The omnipotence of voices: a cognitive approach to hallucinations. *British Journal of Psychiatry* 1994;164:190-201.
- [52] Tien AY, Eaton WW. Psychopathologic precursors and sociodemographic risk factors for the schizophrenia syndrome. *Archives of General Psychiatry* 1992;49:37-46.
- [53] Slade PD. Towards a theory of auditory hallucinations: outline of an hypothetical four-factor model. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 1976;46:293-6.
- [54] Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003;85:348-62.
- [55] Van der Meer L, Van't Wout M, Aleman A. Emotion regulation strategies in schizophrenia. *Psychiatr Res* 2009;170:108-13.
- [56] Waters F, Badcock JC, Maybery MT, et al. Inhibition in schizophrenia: association with auditory hallucinations. *Schizophr Res* 2003;62:275-80.
- [57] Badcock J, Paulik G, Maybery MT. The role of emotion regulation in auditory hallucinations. *Psychiatr Res* 2011;185:303-8.
- [58] Silbersweig DA, Stern E, Frith C, et al. A functional neuroanatomy of hallucinations in schizophrenia. *Nature* 1995;378:176-9.
- [59] Dierks T, Linden DE, Jandl M, et al. Activation of Heschl's gyrus during auditory hallucinations. *Neuron* 1999;22:615-21.
- [60] Phan KL, Wager T, Taylor SF, Liberzon I. Functional neuroanatomy of emotion: a meta-analysis of emotion activation studies in PET and fMRI. *Neuroimage* 2002;16:331-48.
- [61] Falkai P, Bogerts B. Cell loss in the hippocampus of schizophrenics. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1986;236:154-61.
- [62] Sanjuan J, Lull JJ, Aguilar EJ, et al. Emotional words induces enhanced brain activity in schizophrenic patients with auditory hallucinations. *Psychiatry Research* 2007;154:21-9.
- [63] Escarti MJ, de la Iglesia-Vayá M, Martí-Bonmatí L, et al. Increased amygdala and parahippocampal gyrus activation in schizophrenic patients with auditory hallucinations: an fMRI study using independent component analysis. *Schizophr Res* 2010;117:31-41.
- [64] Kang JL, Kim JJ, Seok JH, et al. Abnormal brain response during the auditory emotional processing in schizophrenic patients with chronic auditory hallucinations. *Schizophr Res* 2009;107:83-91.
- [65] Larøi F, Linden M, Marczewski. The effects of emotional salience, cognitive effort and meta-cognitive beliefs on a reality monitoring task in hallucination-prone subjects. *Br J Clin Psychol* 2004;43:221-33.
- [66] Allen P, Freeman D, Johns L, et al. Misattribution of self-generated speech in relation to hallucinatory proneness and delusional ideation in healthy volunteers. *Schizophr Res* 2006;84:281-8.
- [67] Barnes J, Boubert L, Harris J, et al. Reality monitoring and visual hallucinations in Parkinson's disease. *Neuropsychologia* 2003;41:565-74.
- [68] El Haj M, Fasotti L, Allain P. Source monitoring in Alzheimer's disease. *Brain Cogn* 2012;80:185-91.
- [69] McNally R, Kohlbeck P. Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1993;31:249-53.

- [70] Lewis-Hana LL, Hunter MD, Farrow TE, Wilkinson ID, Woodruff PW. Enhanced cortical effects of auditory stimulation and auditory attention in healthy individuals prone to auditory hallucinations during partial wakefulness. *Neuroimage* 2011;57:1154-61.
- [71] Diederer KM, Daalman K, de Weijer AD, Neggers SF, Van Gastel W, Blom JD, Kahn RS, Sommer IE. Auditory hallucinations elicit similar brain activation in psychotic and nonpsychotic individuals. *Schizophr Bull* 2012;38:1074-82.
- [72] Dollfus S, Razaïmmandimby A, Delamillieure P, et al. Atypical hemispheric specialization for language in right-handed schizophrenia patients. *Biol Psychiatry* 2005;57:1020-8.
- [73] Diederer KM, de Weijer AD, Daalman K, Blom JD, Neggers SF, Kahn RS, Sommer IE. Decreased language lateralization is characteristic of psychosis, not auditory hallucinations. *Brain* 2010;133:3734-44.
- [74] Linden DE, Thornton K, Kuswanto CN, Johnston SJ, Van de Ven V, Jackson MC. The brain's voices: comparing nonclinical auditory hallucinations and imagery. *Cereb Cortex* 2011;21:330-7.
- [75] De Weijer AD, Mandl RC, Diederer KM, Neggers SF, Kahn RS, Hulshoff Pol HE, Sommer IE. Microstructural alterations of the arcuate fasciculus in schizophrenia patients with frequent auditory verbal hallucinations. *Schizophr Res* 2011;130:68-77.
- [76] Waters F, Badcock JC, Michie PT, et al. Auditory hallucinations in schizophrenia: intrusive thoughts and forgotten memories. *Cog Neuropsychiatr* 2006;11:65-83.
- [77] Paulik G, Badcock JC, Maybery MT. Poor intentional inhibition in individuals predisposed to hallucinations. *Cogn Neuropsychiatr* 2007;12:457-70.
- [78] Fletcher PC, Frith CD. Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience* 2009;10:48-58.
- [79] Gaillard R, Jardri R. Les neurosciences computationnelles en psychiatrie : peut-on modéliser les symptômes psychotiques ? *Annales Médico-Psychologiques revue psychiatrique* 2015;173.
- [80] Notredame CE, Pins D, Deneve S, et al. What visual illusions teach us about schizophrenia. *Frontiers in Integrative Neuroscience* 2014;8:63.
- [81] Jardri R, Deneve S. Circular inferences in schizophrenia. *Brain* 2013;136:3227-41.
- [82] Plaze M, Paillère-Martinot M-L, Penttilä J, et al. Where do auditory hallucinations come from? – a brain morphometry study of schizophrenia patients with inner or outer space hallucinations. *Schizophr Bull* 2011;37:212-21.
- [83] Stéphane M, Thuras P, Nasrallah H, Georgopoulos AP. The internal structure of the phenomenology of auditory hallucinations. *Schizophr Res* 2003;61:185-93.
- [84] Ahveninen J, Jääskeläinen LP, Raij T, et al. Task-modulated “what” and “where” pathways in human auditory cortex. *PNAS* 2006;103:14608-13.
- [85] Vercammen A, Knettering H, Bruggeman R, et al. Subjective loudness and reality of auditory verbal hallucinations and activation of the inner speech processing network. *Schizophr Bull* 2011;37:1009-16.
- [86] Raij TT, Valkonen-Korhonen M, Holli M, et al. Reality of auditory verbal hallucinations. *Brain* 2009;132:2994-3001.
- [87] Jardri R, Delevoye-Turrell Y, Lucas B, et al. Clinical practice of rTMS reveals a functional dissociation between agency and hallucinations in schizophrenia. *Neuropsychologia* 2009;47:132-8.

- [88] McCarthy-Jones S, Krueger J, Larøi F, Broome M, Fernyhough C. Stop, look, listen: the need for philosophical phenomenological perspectives on auditory verbal hallucinations. *Frontiers in Human Neuroscience* 2013;127:1-9.
- [89] Raballo A, Larøi F. Murmurs of thought: Phenomenology of hallucinatory consciousness in impending psychosis. *Psychosis* 2011;3:163.

2 Évaluer l'hallucination pour mieux la traiter

M. Stephane, S. Smadja, M. Plaze

Selon la définition princeps donnée par Esquirol, les hallucinations auditives (HA) sont des expériences où les perceptions se produisent sans stimulus sensoriels externes correspondants [1]. Cette définition a bien des avantages. Comme elle ne présuppose pas de mécanisme physiopathologique particulier pour les HA — ce mécanisme n'étant d'ailleurs pas encore complètement connu —, cette définition est un bon point de départ pour évaluer ces phénomènes à la fois dans le domaine de la recherche et des traitements. Or, et c'est le cas pour toutes les modalités sensorielles, les perceptions « normales » ne correspondent pas uniquement aux stimulus sensoriels externes [2]. Par exemple, la perception de la parole ne dépend pas seulement de l'entrée sensorielle (*bottom-up*) mais elle dépend aussi de facteurs *top-down* telle que, par exemple, l'attente sémantique [3] (cf. chapitre 1). Cette définition, englobe donc un large éventail d'expériences, de la mauvaise compréhension quotidienne de ce que quelqu'un a dit, à l'entente d'une conversation élaborée alors que personne n'est aux alentours. De ce point de vue, entendre des « voix » ou d'autres sons, sans stimulus externe correspondant, ne nous donne pas d'information spécifique en ce qui concerne les fonctions cérébrales impliquées. Pour la compréhension précise d'une expérience hallucinatoire donnée, il est donc crucial d'avoir une information concernant les caractéristiques de ce qui est entendu, c'est précisément ce que nous apporte la phénoménologie de l'hallucination auditive.

En effet, il est aujourd'hui largement admis que les HA n'ont pas de signification clinique uniforme, de même qu'elles ne résultent pas d'un seul mécanisme [4, 5]. Alors que les HA ont été le plus souvent associées à la schizophrénie, la littérature a montré au cours de ces deux dernières décennies qu'elles pouvaient se produire dans d'autres pathologies psychiatriques, dans de nombreuses pathologies neurologiques ainsi que dans des populations non cliniques. Étonnamment, la phénoménologie des HA a été seulement récemment prise en considération en recherche clinique [6, 7] et a rarement été prise en considération dans le choix de traitements des HA. Au cours de la première réunion du Consortium international de recherche sur les hallucinations¹, les deux groupes de travail sur l'imagerie cérébrale et sur la phénoménologie ont souligné que l'ignorance de la phénoménologie

1. <http://hallucinationconsortium.org/>

des hallucinations avait entravé les progrès dans ce champ de connaissances [8, 9]. L'évaluation de la phénoménologie des HA, comme nous le montrerons, pourrait servir de guide dans les choix thérapeutiques et, en outre, il a été montré que s'enquérir des caractéristiques des hallucinations auprès des patients améliore la relation thérapeutique avec les soignants et les aide à mieux comprendre les expériences qu'ils vivent et à y faire face [10, 11].

Dans ce chapitre sont traitées uniquement les HA survenant en plein sensorium, c'est-à-dire que ne sont pas discutées les expériences perceptuelles qui surviennent pendant et autour du sommeil (rêves, hallucinations hypnopompiques et hypnagogiques). Bien que les expériences perceptuelles liées au sommeil puissent partager quelques-uns des corrélats neurobiologiques des hallucinations (compte tenu de la dissociation entre sens et perception), il est avantageux de les séparer de ces dernières étant donné que, d'une part, le fonctionnement cérébral est radicalement différent pendant le sommeil et que, d'autre part, ces expériences n'amènent le plus souvent pas à une prise en charge thérapeutique particulière.

Les modalités d'HA peuvent impliquer des sons linguistiques, des sons non linguistiques et de la musique (linguistique ou non). Il est intéressant de noter que le sous-type verbal d'HA a été rapporté chez des individus sourds [1, 12, 13]. De plus, les hallucinations peuvent partager certains aspects à travers différentes modalités sensorielles. Par exemple, le langage halluciné se rencontre certes dans la modalité auditive mais aussi en langue des signes [14] ou encore de façon écrite [15]. Ces observations indiquent que, même si les HA sont expérimentées dans la modalité sensorielle auditive, elles impliquent également des processus cognitifs au-delà de la modalité sensorielle (comme le langage), ce qui peut être important dans la recherche de traitements des HA (remédiation cognitive des processus linguistiques impliqués dans la pathogenèse des HA, par exemple ; cf. chapitre 8).

L'évaluation des hallucinations était le sujet de deux chapitres récents [16, 17] qui sont largement similaires au chapitre présent mais, dans ce chapitre, nous traitons le sujet ayant à l'esprit les choix thérapeutiques. Nous traitons ici uniquement des HA verbales car elles sont le motif le plus fréquent de traitement. De plus, probablement parce que les HA verbales sont dotées de sens, les instruments d'évaluation portent essentiellement sur ce type d'hallucinations, à moindre degré sur les HA non linguistiques. Ce chapitre commence par une brève analyse de la phénoménologie et des modèles cognitifs principaux des HA, ce qui sert de base pour la compréhension de l'évaluation des hallucinations. Ensuite, les outils d'évaluation des hallucinations et les données les plus pertinentes pour le traitement des HA sont discutés.

Phénoménologie des hallucinations auditives

Dans la tradition philosophique de Husserl [18], la phénoménologie est une méthode d'étude de la conscience fondée sur l'introspection selon laquelle l'examen des expériences subjectives des participants (perspective en première personne) conduirait à l'identification des phénomènes invariants intersubjectifs et partagés (perspective en troisième personne). Cependant, du point de vue hétéro-phénoménologique [19], Dennett postule que le passage d'une perspective en première personne à une perspective en troisième personne ne confirme pas forcément l'objectivité des phénomènes et que la perspective en troisième personne pourrait tout autant constituer un piège que la perspective en première personne. En effet, les illusions visuelles sont le plus souvent partagées (perspective en troisième personne) mais pourtant bien trompeuses. Dennett souligne ainsi qu'un phénomène en troisième personne est valide uniquement s'il est confirmé par des méthodologies issues des sciences naturelles [19]. Ceci s'applique également à la phénoménologie des HA.

La phénoménologie des HA est fondée sur ce que les hallucinés (généralement des patients) rapportent à propos des caractéristiques de leurs expériences hallucinatoires (perspective en première personne). Ces caractéristiques (ci-après, les variables phénoménologiques) comprennent, de façon non exhaustive, la *localisation spatiale* des HA (à l'intérieur ou à l'extérieur de la tête), la *clarté acoustique* (similaire à un discours externe ou à des pensées verbales), le *contenu* (systématisé impliquant des sujets riches ou au contraire répétitifs), la *tonalité émotionnelle* (expérience effrayante, insultante ou agréable, par exemple), la *complexité linguistique* (entendre des mots particuliers, des phrases particulières ou des conversations), la *concomitance de la parole extérieure normale* (entendre des voix quand on est seul dans le silence ou pendant que l'on parle avec d'autres personnes), l'*insight* ou la reconnaissance du caractère pathologique des HA (conscience de la dissociation entre la perception et la réalité de l'objet, également appelée « nosognosie »), le *genre* (voix masculine ou féminine), la *familiarité* (voix familières ou inconnues), si le contenu est *nouveau* ou une *répétition* d'expériences passées, la *fréquence*, l'*intensité sonore* [4, 20-23] (tableau 2.1).

Pendant des décennies, il a été observé que chaque caractéristique donnée était partagée (perspective en troisième personne) seulement par certains patients, ce qui a conduit à tenter de définir des sous-catégories d'hallucinations. Fondées sur la présence ou l'absence de variables telles que l'*insight* ou la localisation des expériences hallucinatoires (interne ou externe), des sous-catégories telles que les vraies hallucinations, les pseudo-hallucinations et les hallucinoses ont été définies [24, 25]. Aucune de ces sous-catégories n'a été pourtant validée par des méthodes neuroscientifiques et ces sous-catégories, telles que décrites ci-dessus, ont été à juste titre considérées comme non valides [26]. Cependant, cela n'a pas été la fin de la recherche phénoménologique sur les hallucinations.

Tableau 2.1. Les variables phénoménologiques des hallucinations acoustico-verbales (HAV) (d'après Stephane, 2003).

<p>1. Qualités acoustiques :</p> <p>a) Clarté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clair (comme un discours externe) • Profond (comme un discours intérieur ou une pensée en mots) <p>b) Personnification :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voix d'homme • Voix de femme • Voix de robot <p>c) Intensité sonore (est-ce que les HAV ont une intensité sonore ?)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non • Oui <ul style="list-style-type: none"> – Niveau : -Comme une conversation normale -Plus fort -Plus doux – L'intensité varie-t-elle dans le temps ? <p>2. Localisation :</p> <p>a) Espace interne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tête • Autres parties du corps <p>b) Espace externe (si oui) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distance : <ul style="list-style-type: none"> – Dans un champ audible – Au-delà d'un champ audible • Relation aux organes sensoriels (à travers les oreilles) : <ul style="list-style-type: none"> – Oui – Non <p>3. Nombre :</p> <p>a) Une</p> <p>b) Plus d'une (si plus d'une)</p> <p>4. Direction :</p> <p>a) Voix qui parlent entre elles</p> <p>b) Voix qui parlent au patient</p>	<p>5. Linguistique :</p> <p>a) Syntaxe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^{re} personne • 2^e personne (tu, nom) • 3^e personne (il/elle, nom) <p>b) Complexité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entendre des mots • Entendre des phrases • Entendre des conversations <p>6. Relation avec le moment (HAV liées à des pensées ou des actions au moment où les HAV sont perçues) :</p> <p>a) Oui</p> <p>b) Non</p> <p>7. Contenu :</p> <p>a) Gamme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répétée • Systématisée <p>b) Focus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soi • Non-soi <p>8. Ordre :</p> <p>a) Premier ordre (entendre)</p> <p>b) Deuxième ordre (répondre aux voix)</p> <p>c) Troisième ordre (converser avec les voix)</p> <p>9. Répétition :</p> <p>a) Expérientielle (déjà entendu)</p> <p>b) Discours du patient</p> <p>c) Pensée du patient</p> <p>10. Attribution de l'origine :</p> <p>a) Soi</p> <p>b) Autre (si oui) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelqu'un de familier • Dieu/être spirituel • Personne décédée 	<p>11. Évolution temporelle :</p> <p>a) Dimension temporelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constante • Épisodique <p>b) Modulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facteurs aggravants • Facteurs améliorants <p>12. Mode d'apparition :</p> <p>a) Spontanées</p> <p>b) Déclenchées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • induites par la volonté • Autres déclencheurs <p>13. Concomitance avec :</p> <p>a) La parole</p> <p>b) L'écoute de la parole</p> <p>c) L'écoute de sons non vocaux</p> <p>d) Des activités exigeant de l'attention</p> <p>14. Stratégies de contrôle :</p> <p>a) Écouter de la parole</p> <p>b) Parler</p> <p>c) Écouter des sons non vocaux</p> <p>d) Activités exigeant de l'attention</p> <p>e) Autres stratégies de contrôle</p> <p>15. Sécurité :</p> <p>a) Affecte la sécurité</p> <p>b) N'affecte pas la sécurité</p> <p>16. Relation avec les affects :</p> <p>a) Réconfortant</p> <p>b) Ennuyeux</p> <p>17. Reconnaissance du caractère pathologique des troubles</p> <p>18. Association avec d'autres perceptions anormales</p> <p>19. Concomitance avec d'autres perceptions anormales</p> <p>20. Stabilité des caractéristiques au fil du temps</p>
--	---	--

Plus récemment, des études ont examiné la façon dont les variables phénoménologiques pouvaient se regrouper en clusters [4, 27]. Le regroupement de ces variables phénoménologiques de l'hallucination a ainsi fourni des informations pouvant être utiles tant du point de vue psychopathologique que thérapeutique. Pour exemple, dans la première étude [4], les « stratégies de contrôle » et l'« auto-attribution » ont été regroupées en une dimension. Selon cette dimension, lorsqu'un patient s'attribue à lui-même une hallucination verbale, il convient de s'enquérir des moyens que le sujet a spontanément découverts pour contrôler ces expériences hallucinatoires et l'encourager à utiliser ces moyens. Conseiller aux patients d'utiliser ces moyens (par exemple, écouter de la musique, écouter quelqu'un parler, se distraire par d'autres activités...), connus pour diminuer l'hallucination chez certain(e)s patient(e)s, a été utilisé dans les approches de normalisation.

L'espace phénoménologique a aussi été étudié par une analyse multidimensionnelle (*multidimensional scaling*) et une solution avec trois dimensions a été mise en évidence [4] :

- la complexité linguistique (entendre des mots, des phrases, des conversations) ;
- la localisation spatiale ;
- l'attribution des HA à soi ou autrui.

Ces dimensions de l'espace phénoménologique des AH peuvent refléter la dimensionnalité des bases cérébrales sous-jacentes, respectivement les processus linguistiques, la localisation des sons et la distinction soi-autrui. Bien qu'encourageants, ces résultats ne sont pourtant pas définitifs et, en raison des différences méthodologiques entre les études, ils ne sont pas facilement comparables. La recherche phénoménologique sur les hallucinations pourrait bénéficier d'un certain nombre d'améliorations telles qu'une terminologie bien définie et acceptée par tous et une standardisation de l'évaluation phénoménologique des HA [9].

Ces études phénoménologiques des HA tentent de fournir une perspective en troisième personne à l'expérience en première personne de l'HA ; rappelons cependant que, même avec des résultats plus convaincants, une perspective en troisième personne, seule, ne pourrait suffire pour valider les variables phénoménologiques, leurs modes de regroupement ou dimensions. C'est la mise en évidence de leurs bases cérébrales spécifiques qui permet de les valider. Bien que des hypothèses concernant les bases cérébrales sous-tendant certaines de ces variables phénoménologiques (comme l'*insight*) puissent être formulées par analogie à d'autres symptômes (pour plus d'informations, voir : [28]), une perspective en troisième personne de la phénoménologie des hallucinations n'avait jamais été testée jusqu'à récemment.

Par exemple, le travail pionnier de Plaze et al. a récemment montré que les anomalies de structure cérébrales des patients hallucinés dépendaient de la localisation spatiale des hallucinations, qui pouvaient être entendues soit comme provenant de l'extérieur de leur tête, soit entendues à l'intérieur [7].

Les patients souffrant d'HA entendues à l'extérieur de la tête avaient une réduction du volume de la substance blanche au niveau de la jonction temporopariétale droite par rapport aux contrôles sains et par rapport aux patients présentant des HA perçues à l'intérieur de la tête. En outre, une étude en IRMF de repos a fourni des résultats cohérents avec la précédente [29] en montrant que les HA avec une localisation externe comparativement aux HA internes étaient associées à une plus grande activité cérébrale de repos, au sein d'un cluster associant le planum temporal gauche et le gyrus frontal moyen droit. Il est donc vraisemblable que les bases cérébrales des HA puissent dépendre de leur phénoménologie et, par conséquent, que le traitement des HA puisse également en dépendre.

Théories des mécanismes des hallucinations

La plupart des modèles neurocognitifs ont attribué les HA à des anomalies du discours interne (c'est-à-dire la pensée formulée avec des mots), dont le plus connu est le modèle prédictif (*forward model*) [30]. L'un des premiers modèles était fondé sur l'observation de mouvements des lèvres chez les patients schizophrènes hallucinés, mouvements appelés parole subvocale (PSV), et l'observation d'activité électromyographique (EMG) des lèvres durant les hallucinations [31-34]. Ceci a conduit à proposer que les patients hallucinés entendaient virtuellement leur propre parole subvocale [33, 34], une proposition qui n'a pu être confirmée, comme par exemple avec l'utilisation des manœuvres de blocage des PSV, qui ne permettaient pas à atténuer les HA [35]. Plus récemment, il a été suggéré que comme le discours intérieur était associé non seulement avec les expériences perceptuelles de sa propre voix, mais aussi avec l'activité des muscles de la parole occasionnellement détectable par EMG [36, 37], les patients hallucinés n'avaient pas besoin d'entendre leur PSV *via* leurs oreilles ; un déficit central de la production du discours intérieur pourrait donc entraîner l'expérience perceptive (HA) et un épiphénomène, les PSV [35].

Pendant ces modèles suggèrent des aberrations variables de la génération du discours interne. Le *forward model* postule que des anomalies de communication entre les aires de production et de réception du langage pourraient entraîner une mauvaise évaluation des sensations attendues (lors de la production du langage). Cette erreur de prédiction conduirait à la méconnaissance du discours interne comme propre [30]. Il a également été suggéré que les HA pouvaient résulter d'une planification préconsciente altérée du discours, où celui qui parle génère des messages verbaux involontaires [38]. En outre, comme les hallucinés « n'hallucinent pas des événements aléatoires », il a été suggéré que les hallucinations pouvaient résulter de déficits métacognitifs qui se traduiraient par l'attribution à une source externe du discours interne autogénéré [39].

Finalement, sur la base des travaux de Vygotski, indiquant que le développement du discours intérieur chez l'enfant s'appuie principalement sur le développement de la parole sociale, notamment *via* des procédés impliquant l'internalisation et la condensation, Fernyhough [40] suggère que des anomalies de ces processus d'internalisation et de condensation (*externalisation and re-expansion*) de discours intérieur pourraient faire que le discours intérieur retrouve les caractéristiques de la parole sociale et soit vécu comme des HA.

L'attribution à autrui n'est pas la seule anomalie du discours intérieur pouvant aboutir à des HA. Il a ainsi récemment été démontré que les patients schizophrènes hallucinés avaient des difficultés dans la localisation spatiale de leur propre discours autogénéré : ils confondent la parole autogénérée perçue à l'intérieur de la tête avec la parole autogénérée perçue à l'extérieur de la tête [41]. Il est à noter que l'attribution erronée soi/autrui et la confusion de localisation interne/externe semblent être des anomalies indépendantes, contrairement à ce qu'affirmait Jaspers [4, 42].

Le langage est donc impliqué dans la pathogenèse des HA mais cette fonction ne peut être considérée indépendamment des autres fonctions cognitives. Le langage fait appel à la mémoire, la mémoire de travail, les fonctions exécutives, etc. En outre, les HA verbales « ne sont pas que des mots, elles contiennent des informations sur l'identité et l'affect de la "voix"... » [43]. Et nous avons précédemment évoqué le fait que les HA pouvaient aussi être des sons non linguistiques. Conformément à ces considérations, la recherche a permis de montrer que de nombreuses autres fonctions cognitives étaient aussi impliquées dans les HA.

Plusieurs études rapportent une diminution de l'attention sélective chez les patients hallucinés, ce qui pourrait entraîner une défaillance dans la suppression des souvenirs non pertinents [44, 45] ou une suppression de perceptions erronées [46]. Une autre étude a révélé l'existence d'une association entre HA, ruminations et pensées intrusives [47]. Des études ont également examiné les processus *bottom-up* et *top-down* impliquées dans la perception normale et ont montré l'existence d'un déséquilibre entre ces processus dans les HA. Une réduction de l'entrée sensorielle a été souvent associée aux HA, en particulier aux HA non verbales. Des HA ont été rapportées chez des patients atteints de surdité acquise [48], chez les survivants de longues épreuves solitaires [49], chez les patients psychotiques après des périodes de retrait social [50] et lors des expériences de déprivation sensorielle [51]. En outre, des études ont montré que les hallucinations étaient associées à l'augmentation de l'effet de facilitation de l'imagerie mentale sur la perception de sons purs [3], avec une augmentation de l'effet de l'attente sémantique sur la perception de phrases [52], une propension accrue à détecter un signal sur du bruit [53] et une hypervigilance [54]. Toutes ces études suggèrent une augmentation de l'effet *top-down* dans les hallucinations.

Bien qu'il existe des preuves empiriques pour la plupart des modèles théoriques des HA précédemment évoqués, aucun n'est en mesure d'expliquer le large éventail phénoménologique des hallucinations [55] : chacun n'explique seulement qu'un sous-ensemble d'expériences hallucinatoires [56]. À l'heure actuelle, l'évidence ne plaide pas en faveur d'un déficit neural unique qui sous-tendrait les HA [4, 5, 43]. Récemment, plusieurs auteurs, tels que Waters et collègues [57] et l'un d'entre nous [28], ont développé simultanément et indépendamment deux modèles d'HA de conception similaire. Les HA résulteraient de la combinaison, variables selon les sujets, de multiples déficits neuraux situés à différents nœuds d'un réseau neuronal distribué, impliquant à la fois le langage, la perception auditive mais aussi d'autres fonctions cognitives, ayant pour voie finale commune soit l'activation de la région de Wernicke lorsque les HA sont verbales [58], soit l'activation du cortex auditif primaire si les HA sont non verbales. La combinaison des nœuds chez un sujet rend compte de la phénoménologie de ses hallucinations. Autrement dit, comme la phénoménologie des HA, la biologie sous-jacente est personnalisée.

Outils d'évaluation des hallucinations

Ce qui peut apparaître comme une expérience uniforme et universelle, le fait d'« entendre des voix », est en fait une expérience extrêmement subjective et personnelle. Plus important encore, les variations du phénomène hallucinatoire entre les patients ne sont pas de simples curiosités ; elles reflètent probablement une neurobiologie sous-jacente différente et pourraient avoir un impact sur le choix du traitement. Ainsi, comme c'est le cas de plus en plus en médecine, l'adage « *one treatment fits all* » ne peut être considéré comme optimal pour les HA. Le choix de traitement devrait tenir compte de caractéristiques propres de l'expérience hallucinatoire d'un sujet donné et donc reposer sur l'évaluation détaillée de la phénoménologie des hallucinations.

Les instruments d'évaluation des HA utilisent des questionnaires, des entretiens structurés ou semi-structurés et sont plus ou moins exhaustifs dans leur évaluation. La plupart des instruments explorent les HA verbales en détail, alors que l'évaluation des hallucinations auditives non verbales et des hallucinations dans d'autres modalités sensorielles reste plus sommaire. Des échelles binaires et continues sont utilisées dans l'évaluation des HA et, comme il a été déjà suggéré, l'évaluation correcte des phénomènes hallucinatoires dépend de l'emploi d'un système de codage approprié. Certains aspects des hallucinations peuvent être plus facilement codés avec une échelle binaire, comme l'attribution à soi ou à autrui des HA ou encore la localisation spatiale des HA, tandis que d'autres caractéristiques sont mieux évaluées par des échelles continues comme la fréquence et l'intensité des

HA. Avec des ajustements méthodologiques, les deux types échelles pourraient être utilisés de façon interchangeable. Par exemple, la fréquence des HA pourrait être évaluée avec un certain nombre de questions binaires (Oui/Non), telles que : « Entendez-vous des voix tout le temps ? », « Entendez-vous des voix toutes les minutes ? », « Entendez-vous des voix toutes les heures ? », etc. Il faut aussi noter que cette même approche peut être quelquefois problématique. Par exemple, certains instruments évaluent la localisation spatiale des HA selon une échelle continue (1 = voix à l'intérieur de la tête ; 2 = voix dans la tête près de l'oreille ; 3 = voix à l'extérieur de la tête près de l'oreille ; 4 = voix à l'extérieur de la tête) [59, 60], mais attention : ce codage suggère que les HA externes seraient plus sévères que les HA internes, une hypothèse qui reste encore à confirmer [61].

L'évaluation des HA s'appuie nécessairement sur ce que le patient rapporte de ses hallucinations et l'évaluation de la fiabilité de ce que le patient rapporte est un aspect important de l'évaluation des HA. Grâce à l'expertise du clinicien, les entretiens structurés et semi-structurés permettent d'évaluer la fiabilité de ce que le patient rapporte à propos de son expérience hallucinatoire. Cependant, une évaluation psychométrique de la fiabilité de ce qui est rapporté par le sujet est aujourd'hui possible grâce à l'échelle cbSASH (*computerized binary Scale of Auditory Speech Hallucinations* [62]). Cette évaluation repose sur deux sous-échelles destinées à détecter la simulation et l'incohérence. Les sous-échelles de simulation et d'incohérence emploient des méthodes couramment utilisées pour la détection de la tromperie, le pourcentage d'approbation d'événements peu fréquents, et le pourcentage d'inadéquation entre des questions posées à deux reprises, formulées différemment. Il est important de noter que ces sous-échelles ont été corrélées avec les sous-échelles correspondantes du MMPI-II, ce qui indique que, bien que différentes dans le contenu, les sous-échelles cbSASH et MMPI-II ont des propriétés psychométriques similaires par rapport à la détection de la simulation et de l'incohérence.

La littérature décrit de nombreux outils d'évaluation des hallucinations, les plus complètes étant la MUPS (*Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule*) [10] et la cbSASH [11] qui ont été développées pour prendre en compte, respectivement, l'hétérogénéité clinique de la schizophrénie et l'hétérogénéité des hallucinations. Ces deux outils emploient des mesures binaires pour l'identification des sous-types phénoménologiques des HA ainsi que des mesures scalaires continues pour l'évaluation de la sévérité.

Beaucoup d'autres outils d'évaluation fournissent des mesures scalaires continues de différentes caractéristiques phénoménologiques des HA (telles que la fréquence, la durée, le degré de détresse, la quantité et le degré de contenu négatif). Ils sont utilisés pour évaluer la sévérité des hallucinations dans des études cognitives, des études d'imagerie cérébrale ou des essais

thérapeutiques. Ils incluent notamment des outils d'évaluation de la psychose en général, comme l'échelle d'évaluation des symptômes positifs (SAPS, *Scale for the Assessment of Positive Symptoms*; Andreasen, 1984) et l'échelle PSYRATS (*Psychotic Symptom Rating Scales*) [63], ou des outils pour évaluer spécifiquement les hallucinations [60,64-69]. Une bonne fiabilité inter-évaluateurs a été démontrée pour la PSYRATS, l'AHRAS (*Auditory Hallucinations Rating Scale*) [70] et le HPSVQ (*Hamilton Program for Schizophrenia Voices Questionnaire*) [71] ; une bonne fiabilité test-retest a également été retrouvée pour ce dernier outil. Une validité externe a également pu être rapportée pour certaines échelles. La PSYRATS a été validée versus la KVG (*Krawiecka, Goldberg & Vaughn psychosis scale*) [72] ; la TUHRAS (*Tottori University Hallucinations Rating Scale*) [73] a été validée avec le *Parkinson Psychosis Questionnaire* (PPQ) [74] ; le HPSVQ a été validé contre la PSYRATS. De plus, une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach élevé) a été signalée pour l'échelle de Hoffman, le HPSVQ et la TUHRAS.

Il existe aussi plusieurs outils conçus pour mesurer des questions spécifiques comme la prédisposition aux hallucinations et évaluer certains aspects des hallucinations qui sont directement liés aux traitements spécifiques à administrer. Un exemple concernant la prédisposition aux hallucinations est la LSHS (*Launay-Slade Hallucination Scale*) [75]. Cet outil comprend douze questions avec des réponses « Vrai »/« Faux » couvrant les expériences hallucinatoires franches et subcliniques. Une analyse factorielle a montré que ces douze items pouvaient être regroupés en une dimension, ce qui indique la continuité entre les hallucinations et les expériences proches des phénomènes hallucinatoires (par exemple, les rêveries vives). Par contre, plusieurs analyses factorielles [76-79] de la version révisée de l'échelle utilisant un codage scalaire (LSHS-R [80]) soulignent la multidimensionnalité des mesures, suggérant que les hallucinations et les « expériences proches » mesurées par cette échelle seraient indépendantes. D'autres outils, tels que le *Beliefs about Voices Questionnaire* (BAVQ [81]), la version révisée de cette échelle (BAVQ-R [82]), le *Maastricht Assessment of Coping Strategies* (MACS-II [83]), le *Voices Acceptance and Action Scale* (VAAS [84]) et le *Voice and You* [85], ont été conçus pour répondre aux besoins de thérapies spécifiques, soit respectivement la thérapie cognitivo-comportementale ciblant les croyances au sujet des voix, l'amélioration des stratégies d'adaptation aux HA, l'acceptation consciente des HA et la thérapie interpersonnelle.

Enfin, le champ de l'évaluation des hallucinations précoces vient de se doter d'un nouvel instrument particulièrement innovant, la MHASC (*Multisensory Hallucinations Scale for Children*) [86]. Cet outil cible l'évaluation des hallucinations de l'enfant ou adolescent de 7 à 18 ans, et ce dans toutes les modalités sensorielles. Cet outil se décline sous la forme d'une application pour tablette numérique². Il s'agit donc d'un outil intermédiaire entre

2. Il est possible de suivre le développement et la validation de la MHASC sur : twitter.com/mhasc1 et <http://mhasc.fr/>.

l'auto- et l'hétéroévaluation, puisqu'un avatar peut aider à reformuler certaines questions si nécessaire. MHASC combine les avantages d'un jeu tout en étant un test hautement standardisé (il s'agit donc d'un jeu intelligent — *serious game* en anglais), qui permet d'évaluer la sévérité des hallucinations mais aussi leurs profils phénoménologiques (par exemple, fréquence, intensité, conviction, *insight*, degré de contrôle, détresse, valence émotionnelle, stratégie d'adaptation). Une version multilangue de la MHASC est attendue avec le soutien de l'*International Consortium of Hallucination Research*.

En résumé, il existe à ce jour un large éventail d'outils pour évaluer les hallucinations auditives, ce qui permet de répondre aux différents objectifs des disciplines concernées par le traitement des hallucinations, comme guider le choix thérapeutique et évaluer la réponse clinique au traitement.

Choix de traitement personnalisé de l'hallucination

L'évaluation détaillée de l'expérience hallucinatoire est une étape importante dans la personnalisation du traitement proposé. Cette évaluation doit mettre en évidence les caractéristiques phénoménologiques des HA, incluant les facteurs déclenchants et la psychopathologie associée, ainsi que la fiabilité de ce que le patient rapporte.

Plusieurs caractéristiques phénoménologiques pourraient influencer le choix du traitement. Il a par exemple été démontré que les HA verbales ayant un contenu répétitif pourraient être atténuées par un traitement anti-obsessionnel [87]. D'autres HA se produisent lors de périodes d'isolement social ou de déprivation sensorielle ; celles-ci pourraient alors être traitées par des interventions psychosociales afin de diminuer l'impact de l'isolement social ou par des stimulations sensorielles comme écouter de la musique. Les patients développent d'ailleurs parfois eux-mêmes des stratégies afin de contrôler les HA, comme écouter de la musique en période symptomatique, parler à haute voix ou encore entreprendre d'autres activités pour se distraire. Il est important de rappeler que certaines HA ne possèdent pas ces caractéristiques (HA concomitantes à des stimulations sociales ou sensorielles) et ne bénéficieront donc pas des interventions décrites plus haut. Par ailleurs, il a été déjà démontré qu'une thérapie cognitivo-comportementale ciblant les croyances au sujet des voix pouvait atténuer la détresse et les problèmes comportementaux associés aux hallucinations. Ainsi, la détresse est plus grande chez les patients qui ont certaines « croyances au sujet des voix », en particulier lorsque les patients croient qu'elles sont omnipotentes [88]. Repérer si un patient considère ses voix ainsi permettra de mieux cibler la modalité de psychothérapie proposée.

Les HA peuvent survenir dans des contextes cliniques variables comme la dépression, une schizophrénie, le traumatisme, le deuil, des pathologies somatiques et l'abus ou l'arrêt de substances. Parfois, ces expériences surviennent en l'absence de syndrome clinique franc. Il est donc fondamental de prendre en considération ces contextes et d'ajuster l'approche thérapeutique en incluant le traitement pharmacologique et psychothérapeutique approprié.

En ce qui concerne la recherche future portant sur le traitement des HA, il est important de noter qu'il existe aujourd'hui plus de preuves empiriques reliant la phénoménologie des HA au cerveau que de preuves qui relieraient la phénoménologie des HA au choix thérapeutique, bien que le premier lien suggère l'existence du second. En particulier, il a été montré l'existence de déficits cognitifs associés aux HA, tels que la confusion soi-autrui, la localisation spatiale du discours intérieur et la facilitation exagérée de processus *top-down*, mais ceci ne s'est pas directement traduit en protocoles de remédiation cognitive spécifiques pour le traitement des HA. Ceci dessine des pistes passionnantes pour le développement futur de la recherche dans ce domaine.

Points clés

- Les hallucinations sont des expériences subjectives qui varient d'un sujet à l'autre.
- Nous faisons l'hypothèse que les caractéristiques phénoménologiques des hallucinations reflètent les processus neurologiques sous-jacents. Par conséquent, ces processus varieraient également d'un sujet à l'autre.
- L'évaluation des hallucinations doit préciser les caractéristiques phénoménologiques de l'hallucination. Cette étape est nécessaire à la délivrance d'un traitement personnalisé.

Bibliographie

- [1] Esquirol E. Hallucination. Dictionnaire des sciences médicales. Paris: Panckoucke; 1817.
- [2] Taylor FK. The Psychopathology of perceptions. In: Taylor FK, editor. Psychopathology: its causes and symptoms. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press; 1979.
- [3] Aleman A, Bocker KB, Hijman R, de Haan EH, Kahn RS. Cognitive basis of hallucinations in schizophrenia: role of top-down information processing. *Schizophr Res* 2003;64:175-85.
- [4] Stephane M, Thuras P, Nassrallah H, Georgopoulos AP. The internal structure of the phenomenology of auditory verbal hallucinations. *Schizophrenia Research* 2003;61:185-93.
- [5] Jones SR. Do we need multiple models of auditory verbal Hallucinations? Examining the phenomenological fit of cognitive and neurological models. *Schizophr Bull* 2008;36:566-75.

- [6] Daalman K, Boks MP, Diederer KM, de Weijer AD, Blom JD, Kahn RS, et al. The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *J Clin Psychiatry* 2011;72:320-5.
- [7] Plaze M, Paillère-Martinot M-L, Penttilä J, Januel D, de Beaurepaire R, Bellivier F, et al. Where do auditory hallucinations come from?" – A brain morphometry study of schizophrenia patients with inner or outer space hallucinations. *Schizophr Bull* 2011;37:212-21.
- [8] Allen PM, Modinos G, Hubl D, et al. Neuroimaging auditory hallucinations in schizophrenia: from neuroanatomy to neurochemistry and beyond. *Schizophr Bull* 2012;38:695-703.
- [9] Larøi F, Sommer IE, Blom JD, Fernyhough C, Ffytche DH, Hugdahl K, et al. The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions. *Schizophr Bull* 2012;38:724-33.
- [10] Carter DM, Mackinnon A, Howard S, Zeegers T, Copolov DL. The development and reliability of the Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule (MUPS): an instrument to record auditory hallucinatory experience. *Schizophrenia Research* 1995;16:157-65.
- [11] Stéphane M, Pellizzer G, Roberts S, McClannahan K. Computerized binary scale of auditory speech hallucinations (cbSASH). *Schizophrenia Research* 2006;88:73-81.
- [12] Atkinson JR, Gleeson K, Cromwell J, O'Rourke S. Exploring the perceptual characteristics of voice-hallucinations in deaf people. *Cognitive Neuropsychiatry* 2007;12:339-61.
- [13] Du Feu M, McKenna PJ. Prelingually profoundly deaf schizophrenic patients who hear voices: a phenomenological analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999;99:453-9.
- [14] Atkinson JR, Gleeson K, Cromwell J, O'Rourke S. Exploring the perceptual characteristics of voice-hallucinations in deaf people. *Cogn Neuropsychiatry* 2007;12:339-61.
- [15] Rousseaux M, Debrock D, Cabaret M, Steinling M. Visual hallucinations with written words in a case of left parietotemporal lesion. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1994;57:1268-71.
- [16] Stéphane M. Assessment of auditory hallucinations. In: Waters FF, Stéphane FM, editors. *The assessment of psychosis: A reference book, rating scales for research, practice*. New York: Routledge; 2014.
- [17] Stéphane M. Standardized assessment of hallucinations. In: Jardri R, Cachia A, Thomas P, Pins D, editors. *The neuroscience of hallucinations*. New York: Springer; 2012.
- [18] Husserl E, Ricœur P. *Idées directrices pour une phénoménologie*. Paris: Gallimard; 1963.
- [19] Dennett DC. *Consciousness explained*. London: Penguin Adult; 1993.
- [20] Jaspers K. *Allgemeine psychopathologie*. 7th ed Manchester: Manchester University Press; 1959.
- [21] Claude H, Ey H. Hallucinations, pseudohallucinations et obsessions. *Annales Medico-Psychologiques* 1932;2:279-316.
- [22] Sedman G. A phenomenological study of pseudohallucinations and related experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1966;42:35-70.
- [23] Nayani TH, David AS. The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychological Medicine* 1996;26:177-89.

- [24] Jaspers K. General Psychopathology.[Allgemeine psychopathologie. 7th ed., translated by Hoenig J, Hamilton MW. Manchester Univ. Press; 1959.]
- [25] Ey H. Traité des hallucinations. Paris: Masson; 1973.
- [26] Denning TR, Berrios GE. The enigma of pseudohallucinations: current meaning and usage. *Psychopathology* 1996;29:27-34.
- [27] McCarthy-Jones S, Trauer T, Mackinnon A, Sims E, Thomas N, Copolov DL. A new phenomenological survey of auditory hallucinations: Evidence for subtypes and implications for theory and practice. *Schizophr Bull* 2014;40:231-5.
- [28] Stephane M. Auditory verbal hallucinations result from combinatoric associations of multiple neural events. *Frontiers in Human Neuroscience* 2013;7:239.
- [29] Looijestijn J, Diederik KM, Goekoop R, Sommer IE, Daalman K, Kahn RS, et al. The auditory dorsal stream plays a crucial role in projecting hallucinated voices into external space. *Schizophr Res* 2013;146:314-9.
- [30] Frith CD, Done DJ. Toward a neuropsychology of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1988;153:437-43.
- [31] Forrer GR. Effect of oral activity on hallucinations. *Archives of General Psychiatry* 1960;2:100-3.
- [32] Roberts BH, Greenblatt M, Solomon HC. Movement of the vocal apparatus during auditory hallucinations. *American Journal of Psychiatry* 1952;108:912-4.
- [33] Gould LN. Verbal hallucinations and activity of vocal musculature: and electromyographic study. *American Journal of Psychiatry* 1948;105:367-72.
- [34] Gould LN. Verbal hallucinations as automatic speech: the reactivation of dormant speech habit. *American Journal of Psychiatry* 1950;107:110-9.
- [35] Stephane M, Barton SN, Boutros NN. Auditory verbal hallucinations and dysfunction of the neural substrates of speech. *Schizophrenia Research* 2001;50:63-80.
- [36] MacKay DG. Constraints of theories of inner speech. In: Reisberg D, editor. *Auditory Imagery*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale; 1992. p. 121-49.
- [37] Sokolov YN. Inner speech and thought. New York: Plenum; 1972.
- [38] Hoffman RE. Verbal hallucinations and language production processes in schizophrenia. *Behavioral Brain Science* 1986;9:503-48.
- [39] Bentall RP. The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychol Bull* 1990;107:82-95.
- [40] Fernyhough C. Alien voices and inner dialogue: towards a developmental account of auditory verbal hallucinations. *New Ideas in Psychology* 2004;22:49-68.
- [41] Stephane M, Kuskowski M, McClannahan K, Surerus C, Nelson K. Evaluation of Inner-outer space distinction and verbal hallucinations in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry* 2010;15:441-50.
- [42] Larøi F, Woodward TS. Hallucinations from a cognitive perspective. *Harv Rev Psychiatry* 2007;15:109-17.
- [43] Badcock JC. The cognitive neuropsychology of auditory hallucinations: A parallel auditory pathways framework. *Schizophr Bull* 2010;36:576-84.
- [44] Badcock JC, Waters FA, Maybery M, Michie P. Auditory hallucinations: Failure to inhibit irrelevant memories. *Cognitive Neuropsychiatry* 2005;10:125-36.
- [45] Waters FA, Badcock J, Michie PT, Maybery M. Auditory hallucinations in schizophrenia: intrusive thoughts and forgotten memories. *Cognitive Neuropsychiatry* 2006;11:65-83.

- [46] Hugdahl K. "Hearing voices": auditory hallucinations as failure of top-down control of bottom-up perceptual processes. *Scandinavian Journal of Psychology* 2009;50:553-60.
- [47] Jones SR, Fernyhough C. Rumination, reflection, intrusive thoughts, and hallucination-proneness: towards a new model. *Behavioral Research and Therapy* 2009;47:54-9.
- [48] Thewissen V, Bentall R, de Graaf R, Vollebergh W, Van Os J. Hearing impairment and psychosis revisited. *Schizophrenia Research* 2005;79:99-103.
- [49] Logan RD, Alone: A fascinating study of those who have survived long, solitary ordeals. Mechanicsburg, PA: Stackpole Books; 1993.
- [50] Hoffman RE. Auditory/Verbal hallucinations, speech perception neurocircuitry, and the social deafferentation hypothesis. *Clinical EEG and Neuroscience* 2008;39:87-90.
- [51] Slade PD, Bentall RP. Sensory deception: A scientific analysis of hallucinations. London: Croom-Helm; 1988.
- [52] Vercammen A, Knegtering H, den Boer JA, Liemburg EJ, Aleman A. Auditory hallucinations in schizophrenia are associated with reduced functional connectivity of the temporo-parietal area. *Biol Psychiatry* 2010;67:912-8.
- [53] Bentall RP, Slade PD. Reality testing and auditory hallucinations: a signal detection analysis. *Br J Clin Psychol* 1985;24:159-69.
- [54] Dodgson G, Gordon S. Avoiding false negatives: are some auditory hallucinations an evolved design flaw? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2009;37:325-34.
- [55] Larøi F, de Haan S, Jones S, Raballo A. Auditory verbal hallucinations: Dialoguing between the cognitive sciences and phenomenology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 2010;9:225-40.
- [56] Stephane M. Auditory verbal hallucinations result from combinatoric associations of multiple neural events. *Frontiers of Human Neuroscience* 2013;7:1-8.
- [57] Waters F, Allen P, Aleman A, Fernyhough C, Woodward TS, Badcock JC, et al. Auditory hallucinations in schizophrenia and nonschizophrenia populations: a review and integrated model of cognitive mechanisms. *Schizophr Bull* 2012;28:683-93.
- [58] Stephane M, Folstein M, Matthew E, Hill TC. Imaging auditory verbal hallucinations during their occurrence. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 2000;12:286-7.
- [59] Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine* 1999;29:879-89.
- [60] Lowe GR. The phenomenology of hallucinations as an aid to differential diagnosis. *British Journal of Psychiatry* 1973;123:621-33.
- [61] Copolov D, Trauer T, Mackinnon A. On the non-significance of internal versus external auditory hallucinations. *Schizophr Res* 2004;69:1-6.
- [62] Stephane M, Pellizzer G, Roberts S, McClannahan K. Computerized binary scale of auditory speech hallucinations (cbSASH). *Schizophr Res* 2006;88:73-81.
- [63] Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med* 1999;29:879-89.

- [64] Junginger J, Frame CL. Self-report of the frequency and phenomenology of verbal hallucinations. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1985;173:149-55.
- [65] Miller LJ. Qualitative changes in hallucinations. *American Journal of Psychiatry* 1996;153:265-7.
- [66] Hoffman RE, Hawkins KA, Gueorguieva R, et al. Transcranial magnetic stimulation of left temporoparietal cortex and medication-resistant auditory hallucinations. *Archives of General Psychiatry* 2003;60:49-56.
- [67] Van Lieshout RJ, Goldberg JO. Quantifying self-reports of auditory verbal hallucinations in persons with psychosis. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des Sciences du Comportement* 2007;39:73-7.
- [68] Wada-Isoe K, Ohta K, Imamura K, Kitayama M, Nomura T, Yasui K, et al. Assessment of hallucinations in Parkinson's disease using a novel scale. *Acta Neurologica Scandinavica* 2008;117:35-40.
- [69] Hayashi N, Igarashi Y, Suda K, Nakagawa S. Phenomenological features of auditory hallucinations and their symptomatological relevance. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2004;58:651-9.
- [70] Hoffman RE, Hawkins KA, Gueorguieva R, Boutros NN, Rachid F, Carroll K, et al. Transcranial magnetic stimulation of left temporoparietal cortex and medication-resistant auditory hallucinations. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:49-56.
- [71] Van Lieshout RJG, Joel O. Quantifying self-reports of auditory verbal hallucinations in persons with psychosis. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des Sciences du Comportement* 2007;39:73-7.
- [72] Krawiecka M, Goldberg D, Vaughan M. A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1977;55:299-308.
- [73] Wada-Isoe K, Ohta K, Imamura K, Kitayama M, Nomura T, Yasui K, et al. Assessment of hallucinations in Parkinson's disease using a novel scale. *Acta Neurologica Scandinavica* 2008;117:35-40.
- [74] Brandstaedter D, Spieker S, Ulm G, Siebert U, Eichhorn TE, Krieg JC, et al. Development and evaluation of the Parkinson Psychosis Questionnaire A screening-instrument for the early diagnosis of drug-induced psychosis in Parkinson's disease. *J Neurol* 2005;252:1060-6.
- [75] Launay G, Slade P. The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences* 1981;2:221-34.
- [76] Aleman A, Nieuwenstein MR, Bocker KBE, De Haan EHF. Multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of the Launay-Slade Hallucination Scale in a normal sample. *Personality and Individual Differences* 2001;30:287-92.
- [77] Waters FAV, Badcock JC, Maybery MT. Revision of the factor structure of the Launay-Slade Hallucination Scale (LSHS-R). *Personality and Individual Differences* 2003;35:1351-7.
- [78] Serper M, Dill CA, Chang N, Kot T, Elliot J. Factorial structure of the hallucinatory experience: continuity of experience in psychotic and normal individuals. *Journal of Nervous & Mental Disease* 2005;193:265-72.
- [79] Larøi F, Marczewski P, Van der Linden M. Further evidence of the multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of a modified version of the Launay-Slade Hallucinations Scale in a normal sample. *European Psychiatry* 2004;19:15-20.

- [80] Bentall RP, Slade PD. Reliability of a scale measuring disposition towards hallucination: a brief report. *Personality and Individual Differences* 1985;6:527-9.
- [81] Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. II: The Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ). *Br J Psychiatry* 1995;166:773-6.
- [82] Chadwick P, Sambrooke S, Rasch S, Davies E. Challenging the omnipotence of voices: group cognitive behavior therapy for voices. *Behav Res Ther* 2000;38:993-1003.
- [83] Bak M, Van der Spil F, Gunther N, Radstake S, Delespaul P, Van Os J. MACS-II: does coping enhance subjective control over psychotic symptoms? *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:460-4.
- [84] Shawyer F, Ratcliff K, Mackinnon A, Farhall J, Hayes SC, Copolov D. The voices acceptance and action scale (VAAS): Pilot data. *Journal of Clinical Psychology* 2007;63:583-606.
- [85] Hayward M, Denney J, Vaughan S, Fowler D. The Voice and You: development and psychometric evaluation of a measure of relationships with voices. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2008;15:45-52.
- [86] Demeulemeester M, Kochman F, Fligans B, Tabet AT, Thomas P, Jardri R. Assessing early-onset hallucinations in the touch-screen generation. *Brit J Psychiatry* 2015;206:181-3.
- [87] Stephane M, Polis I, Barton SN. A subtype of auditory verbal hallucinations responds to fluvoxamine. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001;13:425-7.
- [88] Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 1994;164:190-201.

3

Spécificités cliniques des hallucinations de l'enfant

F. Askenazy

Les expériences hallucinatoires chez l'enfant sont un sujet clinique passionnant qui renvoie le thérapeute à plusieurs questionnements primordiaux dans sa pratique :

- finesse diagnostique entre une expérience développementale normale et une expérience hallucinatoire réelle ;
- continuum de l'hallucination infraclinique à l'hallucination plus complexe ;
- repérage des facteurs pouvant conduire à une évolution vers une organisation délirante associée ou vers une formation syndromique de type psychotique ;
- ouverture vers la nécessité d'intégrer dans la pratique une approche interdisciplinaire.

Leur étude par l'exploration de cohortes longitudinales de l'enfant à l'âge adulte représente une chance de mieux saisir l'évolution développementale des symptômes psychotiques de la schizophrénie précoce et de celle à l'âge adulte. En effet, la connaissance clinique et phénoménologique approfondie des expériences délirantes est plus complexe à appréhender que celle des hallucinations.

Les expériences hallucinatoires en population pédiatrique ont une spécificité clinique par rapport à celles de l'adulte et méritent une étude séparée du fait de leur apparition dans le cours du développement. Cependant, par définition hétérogènes dans leur phénoménologie et dans la psychopathologie qui leur est associée, elles demandent une connaissance approfondie et très rigoureuse de leur clinique avant de porter des orientations diagnostiques et thérapeutiques.

Plusieurs formes cliniques ont été identifiées, et décrites dans la littérature. Elles peuvent affecter toutes les modalités sensorielles (auditives, visuelles, olfactives, gustatives et tactiles) mais les plus fréquemment retrouvées sont les formes auditives et verbales. « Elles sont éprouvées comme des voix familières ou étrangères qui sont perçues comme distinctes des propres pensées du sujet. Les hallucinations doivent survenir dans le contexte d'une conscience claire : celles qui apparaissent pendant l'endormissement (hypnagogique) ou au réveil (hypnopompiques) sont

considérées comme faisant partie de la gamme des expériences normales » déclarent Symann et Hayez [1] dans leur interprétation du manuel DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) sur ce sujet. Une fois ce décor planté, une des notions les plus importantes est qu'une expérience hallucinatoire est loin d'être synonyme d'existence de trouble psychotique ou d'évolution vers une psychose. Les hallucinations se retrouvent en population pédiatrique non clinique et peuvent rester isolées et non évolutives. Il faut cependant noter que les études tendent à montrer que leur existence pendant l'enfance est prédictive d'une plus grande vulnérabilité à la survenue de troubles mentaux à l'âge adulte [2]. Le fait marquant est que les manifestations hallucinatoires sont retrouvées de façon importante (2,8 % à 8 % selon les études) en population générale pédiatrique. Mais les facteurs culturels impriment leur marque de façon notable [3] et modifient les résultats des études, de même que les méthodologies de recherche employées [4].

L'hallucination chez l'enfant et l'adolescent est donc un symptôme fréquent qui peut apparaître isolément sans caractère psychopathologique, ou associé à des diagnostics très divers somatiques ou psychiatriques.

Hallucinations de l'enfant et classifications nosographiques : de la nosographie vers une réflexion clinique plus générale

Le DSM-5, sorti aux États-Unis en 2013 et prochainement disponible en France, tout comme l'ICD (*International Classification of Diseases*, dans sa version 10 actuelle), ne répertorie pas les hallucinations en tant que trouble, au même titre que les troubles anxieux ou dépressifs. Tout comme dans la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA-R, 2012), les hallucinations font partie des caractéristiques diagnostiques de la schizophrénie de l'enfant et de l'adolescent. Dans aucune des classifications actuelles, il n'est mentionné que ces expériences ne sont pas obligatoirement reliées à la schizophrénie et à la sévérité de son évolution. Pourtant, l'hallucination de l'enfant est paradigmatique du symptôme clinique multidéterminé, hétérogène en termes de physiopathologie. Ainsi, nous savons qu'elle peut témoigner d'un trouble neurologique, d'une maladie infectieuse, d'un processus psychotique comme d'un trouble de l'humeur ou encore d'un trouble anxieux, mais peut aussi se retrouver dans un contexte non clinique.

Face à cette hétérogénéité, l'hallucination de l'enfant est un plaidoyer pour ne pas limiter le diagnostic aux symptômes. Certains auteurs internationaux défendent l'idée de la nécessité de nouvelles classifications fondées sur d'autres principes que la description comportementale de clusters cliniques conduisant à une prescription ou une orientation thérapeutique. Ils

sont potentiellement très utiles pour l'avancée de la recherche en psychiatrie de l'enfant, comme le projet des *Research Domain Criteria* (RDoC). Les critères des domaines de recherche se démarquent de l'approche DSM pour proposer une perspective neurodéveloppementale de compréhension des troubles et une classification étayée par la recherche de biomarqueurs prédictifs (cliniques, cognitifs, biologiques, génétiques, épigénétiques...) [5].

L'étude des hallucinations en pédiatrie pourrait devenir paradigmatique de ce mode de pensée clinique. S'agit-il d'un symptôme prodromique d'un processus psychotique ? Permet-elle d'identifier le sujet comme à risque et à l'aide de quels marqueurs d'évolution ? Ces questions nécessitent une approche clinique rigoureuse avant de s'avancer vers tel ou tel diagnostic. En effet, les traitements antipsychotiques, qui pourraient être prescrits en cas de diagnostic en faux positifs de schizophrénie, ont des effets secondaires très sévères en population pédiatrique et augmentent à terme la morbidité des patients. De plus, nous savons aujourd'hui qu'ils n'agissent pas sur la prévention de l'apparition de la psychose de l'enfant [6]. Il est donc important avant toute décision de prescription de s'appuyer sur un faisceau d'arguments cliniques très précis. Aujourd'hui, la littérature scientifique autour des expériences hallucinatoires chez l'enfant abonde et améliore la prise en charge par le praticien.

Historique de la description des expériences hallucinatoires de l'enfant

Historiquement les premiers auteurs à avoir écrit au sujet des hallucinations de l'enfant sont français : Bouchut [7] et Moreau de Tours [8]. Par la suite, ce sujet ne sera pas repris pendant plusieurs décennies. Les psychiatres français étaient très réservés quant à l'existence possible d'éléments hallucinatoires chez l'enfant. Henri Ey [9] dans son traité des hallucinations s'oppose à l'existence de l'hallucination dans cette période de vie : « L'enfant n'ayant pu constituer son système de réalité, celui-ci ne peut se désorganiser, et par conséquent l'hallucination (...) est impossible à distinguer de l'exercice normal infantile de l'imagination (...). Jusqu'à six ou sept ans (...), ils projettent aussi constamment leurs fantasmes dans la perception des objets. » En pédopsychiatrie, l'hallucination chez l'enfant était un sujet gros de controverses ; il est vrai que, comme le souligne Roger Mises à propos du délire de l'enfant, « le comportement de l'enfant peut parfois témoigner d'une transformation du monde extérieur, d'une création d'un monde personnel dans lequel on l'observe volontiers soliloquer avec lui-même, ou agir sous l'influence de ses propres injonctions ». Ces interrogations de nos pères fondateurs soulignent l'importance de la qualité clinique de nos observations, afin de différencier au mieux ce qui est un développement physiologique d'un développement entravé. Pendant ce temps, de l'autre

côté de l'Atlantique, des écrits sur le sujet fleurissent : l'expérience hallucinatoire est abordée dans son individualité clinique, son existence en population pédiatrique est affirmée et la difficulté diagnostique est soulignée. Dans une perspective de travail en observation directe qui s'inscrit dans une compréhension développementale, Juliette Louise Despert, assistante de Leo Kanner, a très largement contribué à forger la première description des schizophrénies infantiles avec Potter et Bender^[10]. Elle insistait notamment sur la spécificité des vécus hallucinatoires psychotiques et ceci dès la fin des années trente. Ses travaux, à l'opposé de ceux de son illustre collègue, sont tombés dans l'oubli. Ses études sur des populations d'enfants placés en pouponnière montrent qu'il est possible de différencier dès l'âge de trois ans les productions imaginaires fréquentes des hallucinations absentes dans le développement normal de l'enfant.

Expériences hallucinatoires développementales

Le problème d'une différenciation clinique rigoureuse entre phénomène développemental normal associé à l'immaturité et pathologique reste entier.

Les deux principales expériences physiologiques qui peuvent être vécues « comme si » elles étaient hallucinatoires sont : le compagnon imaginaire et les phénomènes vécus autour du réveil ou de l'endormissement dans un contexte d'angoisse développementale. S'ils ont été dépeints comme symptômes « *psychotic-like* » par certains auteurs, les mécanismes physiopathologiques sous-tendant ces expressions phénoménologiques ne sont pas les mêmes que ceux des vraies expériences hallucinatoires.

Le compagnon imaginaire est une expérience développementale classique du fonctionnement de l'enfant. L'hallucination est définie comme « une perception sans objet à percevoir » et, comme le souligne Symann dans son article^[4], il s'agit « d'une expérience perceptive s'accompagnant d'une croyance absolue en la réalité d'un objet pourtant faussement perçu, puisque le sujet ne reçoit pas de stimulation sensorielle correspondant à celui-ci ». En revanche, le compagnon imaginaire, issu de l'imagination de l'enfant, est un personnage fictif, animal ou humain, avec lequel ce dernier vit continuellement. Il n'atteint pas le degré de réalité perceptive de l'hallucination, il garde une relative autonomie à l'égard du sujet, qui sait que ce personnage relève de son imagination. Ce qui est important, c'est que dans le cas du compagnon imaginaire l'enfant fait « comme si » le personnage existait, instaurant un écart, un espace de jeu entre la réalité et l'imaginaire, alors que dans l'expérience hallucinatoire tout est vécu dans une réalité envahissante. Selon les études, le compagnon imaginaire est très largement répandu, avec un taux de prévalence de 28 à 65 %^[11]. Les plus connus sont décrits dans le récit de Saint-Exupéry *Le Petit Prince*. Son rôle protecteur dans le développement est largement reconnu, que ce soit dans les théories

psychodynamiques ou dans la théorie de l'esprit, ce qui n'est pas le cas des expériences hallucinatoires. Il est important pour le clinicien que soient définis des critères stricts permettant de faire une distinction rigoureuse entre hallucination et production imaginaire surtout chez l'enfant entre cinq et douze ans.

Les phénomènes hallucinatoires autour de l'endormissement et du sommeil sont des phénomènes développementaux qui sont observés classiquement chez l'enfant normal ; ils surviennent en phase de sommeil léger et sont classés dans les parasomnies. Ils ne sont pas de vrais phénomènes hallucinatoires mais s'apparentent plus à des illusions ou des distorsions perceptuelles, que l'on peut aussi rencontrer dans les épisodes fébriles ou des prises de toxiques. Ils sont caractérisés par l'intrication avec les restes diurnes et adviennent au moment du coucher dans un contexte anxieux. Ce qui caractérise ces expériences autour du sommeil est leur lien avec un événement réel diurne qui se transforme en hallucination le plus souvent visuelle, alors que l'hallucination fait typiquement effraction dans le psychisme comme si elle venait de nulle part. L'existence de ces phénomènes et leur connaissance clinique ont fait l'objet de controverses scientifiques dans les cas cliniques présentés dans une lettre de McGee et al. en 2000 ^[12] discutés par Vickers et Garralda ^[13], qui imputent une partie des cas décrits aux phénomènes hypnagogiques.

Impact des facteurs environnementaux

Il est reconnu que les facteurs culturels, traumatiques et environnementaux influent sur l'apparition et l'expression des expériences hallucinatoires. Elles doivent être appréhendées à la lumière des croyances culturelles et mystiques, du contexte familial, des événements de vie qui prennent une place importante dans l'expression phénoménologique de ce type de symptômes. De nombreux travaux font état de variations importantes chez l'enfant selon les cultures d'appartenance (cf. le chapitre 5). La question scientifique sous-jacente, de la connaissance de l'influence réelle des origines culturelles dans l'apparition et l'évolution des expériences hallucinatoires, est un vaste sujet qui reste encore à explorer scientifiquement.

Spécificité pubertaire

À ce jour, aucune association directe n'a été observée entre le début de la puberté et l'apparition des hallucinations, comme c'est le cas pour le déclenchement de la schizophrénie précoce ^[14], où la puberté pourrait jouer un rôle déclencheur de l'expression clinique d'un processus neurodéveloppemental.

Cependant, la période d'émergence la plus fréquente des hallucinations se situe autour de la puberté. Cette constatation clinique doit être encore

étayée par des études sur de larges cohortes qui prendraient en compte le statut clinique et hormonologique de la puberté. Elle pourrait, alors, être très informative pour mieux comprendre la question du statut développemental des expériences hallucinatoires en population pédiatrique.

Expériences hallucinatoires en population générale

Le taux de prévalence des hallucinations en population pédiatrique générale varie de façon importante selon les études de 2,8 % à 8 % [3]. Des facteurs culturels et sociologiques sont évoqués pour justifier ces différences [3]. Il faut aussi tenir compte des méthodologies employées pour sélectionner la population d'inclusion dans les études épidémiologiques multicentriques en population générale qui ne sont pas favorables à une précision diagnostique. Par exemple, une nette différence de prévalence apparaît selon que les études utilisent des hétéro- ou des autoquestionnaires (3,8 % *versus* 11,9 %) [4].

Une des plus importantes études de cohorte en population générale est issue de l'enquête néozélandaise Dunedin, avec un suivi prospectif sur quinze ans de 788 enfants âgés de onze ans qui dévoile un taux de prévalence de 8 % [2].

Un fait marquant sur le plan épidémiologique est de noter que la plus grande fréquence d'apparition d'expérience hallucinatoire se situe autour de l'adolescence [12, 15]. Certains auteurs et courants de recherche relient cette donnée à la plus grande vulnérabilité de cette période de vie à l'expression de schizophrénie et de psychose, et suggèrent l'existence de mécanismes communs à ces deux types de phénomènes [16]. Cependant, comme nous l'avons souligné dans le paragraphe précédent, aucune donnée scientifique solide ne permet à ce jour d'établir un lien de causalité entre l'apparition d'une expérience hallucinatoire et les phénomènes pubertaires.

Expérience hallucinatoire en population pédopsychiatrique clinique non psychotique : les principales catégories diagnostiques associées

L'hallucination est un symptôme fréquent qui peut apparaître isolément chez l'enfant ou l'adolescent sain. Il peut aussi être associé à des diagnostics très divers donnant à ce symptôme une dimension transnosographique. Ce sujet manque encore de cohérence dans la littérature scientifique internationale. Il n'est pas encore possible aujourd'hui d'établir avec certitude un taux de prévalence de ce symptôme en population clinique ni de connaître

clairement le diagnostic le plus fréquent qui lui est associé. Pourtant, dès 1940 des travaux posent la question de la prévalence et de l'évolution clinique des hallucinations chez des enfants non diagnostiqués psychotiques. Une étude prospective sur dix ans retrouvait une prévalence de 21 % sur un échantillon de 81 sujets hospitalisés pour des troubles des conduites, des carences affectives, des pathologies de l'attachement [17]. La tendance des travaux actuels est de relier l'existence d'expériences hallucinatoires avec un diagnostic DSM de manière transnosographique. Les expériences hallucinatoires ne seraient donc pas spécifiques de telle ou telle psychopathologie associée. La dépression et les troubles anxieux sont fréquemment retrouvés [18, 19]. La plupart des études rapportent un spectre syndromique évoquant des troubles de l'humeur de type dépressif, avec tristesse, culpabilité, irritabilité et des modifications comportementales, un repli, une agitation des troubles du sommeil [20, 21]. Mais on retrouve aussi le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), les troubles des conduites, les syndromes post-traumatiques, les troubles obsessionnels compulsifs, les retards mentaux, les troubles du sommeil comme les cauchemars [22], ou encore le syndrome de Gilles de la Tourette.

Les enfants qui souffrent d'hallucinations ont plus de difficultés que ceux qui n'en souffrent pas et ceci indépendamment du trouble psychiatrique sous-jacent. De plus en plus d'auteurs soulignent l'importance de la prise en compte de ces expériences dans la trajectoire développementale de l'enfant, qui ne doivent plus être considérées « simplement comme des échos non spécifiques de troubles mentaux non spécifiques » [19].

Évolution des expériences hallucinatoires et risque d'apparition de trouble psychotique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

C'est la question que se pose tout clinicien lorsqu'il découvre la présence de ce symptôme chez son patient.

La littérature commence à nous donner un début de réponse, même si les auteurs face à l'importance de l'enjeu et aux conséquences que la lecture des données des études de cohorte peut entraîner, restent très prudents quant à leurs conclusions.

Dans les années 1970-1980 les études concluaient que la présence d'hallucinations auditives chez l'enfant n'était pas prédictive de psychose ni d'aucune autre pathologie psychiatrique [23, 24]. Pour la majorité des adolescents, les expériences hallucinatoires semblent bien tolérées et sont en dessous du seuil d'apparition d'un trouble clinique (type axe I DSM-IV) [25, 26] et leur évolution bénigne [15]. Une étude prospective sur trois ans montre que le plus souvent elles sont aussi de nature transitoire [27]. Elle confirme des études plus anciennes souvent anecdotiques qui retracent une disparition

rapide (trois mois) des phénomènes hallucinatoires isolés et leur absence de recrudescence à deux ou trois ans.

Cependant, la tendance des études à conclure à une prédiction pronostique favorable des expériences hallucinatoires s'inverse si l'on considère les résultats d'études épidémiologiques récentes à plus long terme. Depuis l'étude sur une cohorte de naissance issue de la vaste étude épidémiologique Dunedin, la valeur péjorative à long terme de l'apparition d'expériences hallucinatoires dans l'enfance est sérieusement envisagée avec un risque de transition psychotique évalué à 1,3 % à l'âge de vingt et un ans quand des expériences hallucinatoires ont été repérées à l'âge de onze ans [2].

D'autres ont ensuite montré que ces expériences vécues dans l'enfance pouvaient être considérées comme des marqueurs de troubles psychiatriques non psychotiques présents et futurs selon l'axe I et II du DSM-IV [28].

Comme le souligne l'équipe de Jim Van Os aux Pays-Bas [16] : « It is crucially important to understand the mechanism underlying the transition from sub-clinical hallucinations to the development of a full-blown psychotic disorder in a representative sample. » — « Il est extrêmement important de comprendre le mécanisme sous-jacent de la transition d'hallucinations infracliniques vers le développement d'un trouble psychotique à part entière dans un échantillon représentatif. »

Il semblerait que le facteur de risque identifié par les études soit non pas la qualité clinique des hallucinations ou encore le contexte environnemental, mais la persistance et l'aggravation dans le temps de ces expériences [29].

Certains auteurs soulignent que les hallucinations pourraient prédisposer à l'émergence de la psychose par la formation secondaire d'idées délirantes dans une tentative d'expliquer des expériences perceptives étranges [27, 30], pouvant ensuite provoquer par voie de conséquence une dérégulation affective et émotionnelle [31]. Il semblerait que ce risque évolutif soit d'autant plus grand que le sujet est jeune.

Comment faire un diagnostic clinique d'expérience hallucinatoire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ?

L'enquête Dunedin fait aussi état d'un résultat qui confirme la connaissance clinique implicite : la majorité des patients ayant souffert d'expériences hallucinatoires durant l'enfance n'en avait pas informé leurs parents. Dans l'imaginaire collectif, l'hallucination reste associée à l'image de la folie. Entendre des voix, voir ce qui n'existe pas, n'est-ce pas la manifestation de la maladie psychiatrique ? L'inconscient collectif est chargé de cette signification et exprime le rejet, suscite la honte envers ceux qui pourraient présenter ces troubles. Rares sont les enfants qui vont en parler spontanément. Cependant, il est important de permettre à l'enfant

d'accéder à la verbalisation de ces symptômes. Lors des premiers entretiens, et lorsque l'orientation diagnostique s'amorce vers un trouble anxieux, un trouble dépressif, une problématique de deuil ou encore traumatique, la recherche des expériences hallucinatoires doit être systématique. Une fois le caractère réellement hallucinatoire confirmé — survenue sporadique, incongrue, hors du contexte, bien perçu par l'enfant comme ne provenant pas de son imaginaire mais comme un phénomène qui le parasite —, il est important de mieux définir les contours du symptôme. Une anamnèse très précise est très informative ; une approche très précise de l'expérience hallucinatoire oriente sur la sévérité du symptôme ; l'association à des mécanismes délirants plus élaborés — automatisme mental, idées délirantes — devra être explorée. Ainsi, le clinicien se forgera un faisceau d'arguments afin d'orienter au mieux sa conduite à tenir. La question de délimiter un périmètre clinique permettant d'identifier les sujets à haut risque psychotique en psychiatrie de l'enfant et surtout de l'adolescent est encore ouverte. La description clinique précise est importante : nous savons aujourd'hui que plus la forme clinique est complexe, plus l'évolution pronostique peut être sévère. Il faut documenter :

- le contenu des voix : le caractère bizarre ou congruent aux événements ;
- le type de voix : simple appel, commentaire de l'acte, écho, ordre, etc. ;
- leur nombre ;
- leur fréquence ;
- leur congruence à l'humeur ;
- l'existence d'un facteur déclenchant ;
- l'existence d'autres phénomènes hallucinatoires ;
- l'existence d'idées délirantes frustes associées, plus spécialement de type persécutives mais dont le contenu peut varier en fonction du contexte culture.

Enfin, comme nous l'avons souligné dans le paragraphe précédent, il faut tenter de renseigner la durée de l'évolution du symptôme et, si possible, sa date d'apparition et/ou de réapparition dans l'histoire du patient. La recherche systématique d'un automatisme mental associé ou débutant est très indicative : il forme classiquement le noyau clinique de la schizophrénie. Son existence clinique même, sans autres signes associés, doit indiquer une observation plus approfondie de l'évolution de l'enfant qui souffre de ce type d'expériences.

Enfin, les données de la littérature encore contradictoires mais d'où émerge l'idée de plus en plus forte d'identifier des populations pédiatriques à risque psychotique, nous conduisent à la plus grande prudence clinique face à ces enfants.

La question du degré d'investigation et d'intervention lors de l'observation d'expériences hallucinatoires en contexte non clinique ou clinique hors des troubles psychotiques reste entière.

La tendance forte vers l'association entre expériences hallucinatoires de l'enfance et diagnostic psychiatrique à l'âge adulte, nous indique la nécessité de proposer au moins un suivi préventif à ces enfants. La prudence nous rappelle qu'on ne peut décider d'une intervention thérapeutique plus agressive que sur un faisceau d'arguments suffisamment solides pour évoquer un risque de psychose.

Conclusion

Nous avons vu qu'une médecine psychiatrique précise, à l'écoute des expressions cliniques peu verbalisées par les enfants, favorisant une compréhension clinique plus dimensionnelle que nosographique, prudente dans ses décisions thérapeutiques et fondée sur la prévention, semble la plus adaptée au traitement des expériences hallucinatoires de l'enfant.

Dans ce cas particulier, en raison des liens étroits de l'hallucination avec l'expérience psychotique, un diagnostic en faux positif comme en faux négatif peut être lourd de conséquence sur la vie entière pour nos petits patients.

La recherche sur la thématique des hallucinations chez l'enfant et l'adolescent est en plein essor ; il y a fort à parier que le développement d'études de cohortes épidémiologiques de grande ampleur va rapidement apporter des réponses fiables au praticien pour orienter son diagnostic et sa pratique lorsqu'il se trouve face à l'apparition de ce type de symptômes chez l'enfant.

Points clés

- Les hallucinations chez l'enfant peuvent exister en population non clinique (de 3 à 8 %).
- Les hallucinations chez l'enfant doivent être différenciées cliniquement des phénomènes développementaux physiologiques.
- Les hallucinations chez l'enfant sont un symptôme transnosographique et aspécifique.
- Les hallucinations chez l'enfant ne sont pas synonymes de trouble psychotique.
- La détermination d'un sujet à risque d'évolution psychotique doit être réalisée sur un faisceau d'arguments. La persistance et l'aggravation des hallucinations au-delà de plusieurs mois pourraient être un signe d'alerte.

Bibliographie

- [1] Symann S, Hayez J-Y. Hallucinations chez un enfant non psychotique. *Neuro-psychiatrie de l'Enfance et l'Adolescence* 2008;56:27-31.
- [2] Poulton R, Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, Murray R, Harrington H. Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: a 15-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1053-8.

- [3] Jardri R, Bartels-Velthuis AA, Debbané M, Jenner JA, Kelleher I, Dauvilliers Y, et al. From phenomenology to neurophysiological understanding of hallucinations in children and adolescents. *Schizophr Bull* 2014;40:221-32.
- [4] Linscott RJ, Van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med* 2013;43:1133-49.
- [5] Insel TR. The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: precision medicine for psychiatry. *Am J Psychiatry* 2014;171:395-7.
- [6] Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013;346:f185.
- [7] Bouchut F. Hallucinations chez les enfants. Paris: Faculté de Médecine; 1886.
- [8] Moreau de, Tours. Des hallucinations chez les enfants. *L'Encéphale* 1888;8:195-206.
- [9] Ey H. Traité des hallucinations. Paris: Masson; 1963.
- [10] Despert J-L. Delusional and hallucinatory experiences in children. *Am J Psy* 1948;104:528-37.
- [11] Pearson D, Rouse H, Doswell S, Ainsworth C, Dawson O, Simms K, Edwards L, Faulconbridge J. Prevalence of imaginary companions in a normal child population. *Child Care Health Dev* 2001;27:13-22.
- [12] McGee R, William S, Poulton R. Hallucination in non psychotic children (letter). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:12-3.
- [13] Vickers BM, Garralda E. Hallucination in non psychotic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:11-2.
- [14] Weinberger DR. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:660-9.
- [15] Yoshizumi T, Murase S, Honjo S, Kaneko H, Murakami T. Hallucinatory experiences in a community sample of Japanese children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:1030-6.
- [16] Van Os J, Linscott R, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009;39:179-95.
- [17] Bender L, Lipkowitz H. Hallucinations in children. *Am J Orthopsy* 1940;10:471.
- [18] Wigman JT, Van Nierop M, Vollebergh WA, Lieb R, Beesdo-Baum K, Wittchen HU, Van Os J. Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting illness onset, risk and severity: implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophr Bull* 2012;38:247-57.
- [19] Jeppesen P, Clemmensen L, Munkholm A, Rimvall MK, Rask CU, Jørgensen T, Larsen JT, Petersen L, Van Os J, Skovgaard AM. Psychotic experiences co-occur with sleep problems, negative affect and mental disorders in preadolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56:558-65.
- [20] Carlson G, Kashani J. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies. *Am J Psychiatry* 1988;145:1222-5.
- [21] Askenazy FL, Lestideau K, Meynadier A, Dor E, Myquel M, Lecrubier Y. Auditory hallucinations in pre-pubertal children. A one-year follow-up, preliminary findings. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007;16:411-5.

- [22] Fisher HL, Lereya ST, Thompson A, Lewis G, Zammit S, Wolke D. Childhood parasomnias and psychotic experiences at age 12 years in a United Kingdom birth cohort. *Sleep* 2014;37:475-82.
- [23] Garralda E. Hallucinations in children with conduct and emotional disorders II: the follow-up study. *Psychol Med* 1984;14:589-96.
- [24] Lukianowicz N. Hallucination in non-psychotic children. *Psy Clin* 1969;2:321-37.
- [25] Schreier HA. Hallucinations in non psychotic children: more common than we think? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:623-5.
- [26] Tien AY. Distributions of hallucinations in the population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991;26:287-92.
- [27] Escher S, Romme M, Buiks A, Delespaul P, Van Os J. Independent course of childhood auditory hallucinations: a sequential 3-year follow-up study. *Br J Psychiatry Suppl* 2002;43:s10-8.
- [28] Dhossche D, Ferdinand R, Van der Ende J, Hofstra MB, Verhulst F. Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a community sample of adolescents. *Psychol Med* 2002;32:619-27.
- [29] De Loore E, Gunther N, Drukker M, Feron F, Sabbe B, Deboutte D, Van Os J, Myin-Germeys I. Persistence and outcome of auditory hallucinations in adolescent: a longitudinal general population study of 1800 individuals. *Schizophr Res* 2011;127:252-6.
- [30] Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev* 2001;21:1143-92.
- [31] Morrison AP, Baker CA. Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a comparative study of intrusions in psychosis. *Behav Res Ther* 2000;38:1097-106.

4

Spécificités cliniques des hallucinations du sujet âgé

T. Fovet, G. Fénelon

L'hallucination est définie comme une perception sans objet. Historiquement, on en distingue deux grands types ^[1, 2] :

- les hallucinations psychosensorielles, qui peuvent concerner tous les sens : audition, vue, toucher, odorat et goût ;
- les hallucinations intrapsychiques, qui correspondent à un phénomène psychique vécu dans la propre pensée du patient sans manifestation sensorielle.

Chez le sujet âgé, ce phénomène n'est pas rare puisque les deux grands pics d'incidence identifiés pour ce symptôme sont l'adolescence/début de l'âge adulte et la fin de l'âge adulte ^[3]. Une étude menée chez des sujets âgés de plus de 85 ans et ne souffrant pas de démence, a ainsi pu montrer que 6,9 % de ces sujets présentaient des hallucinations, associées dans 2,3 % des cas à des idées délirantes ^[4].

Plusieurs caractéristiques distinguent les hallucinations de la personne âgée de celles du sujet jeune. La modalité visuelle est la plus fréquente chez le sujet âgé, alors que c'est la modalité auditive qui est au premier plan chez le sujet jeune ^[3]. Cependant, toutes les modalités sensorielles peuvent être retrouvées. Les situations cliniques sous-jacentes sont variées : on pourra évoquer le cas de cette patiente âgée de 89 ans qui entendait de la musique des années cinquante ou celui d'un patient âgé de 66 ans qui présentait des hallucinations olfactives à type d'« odeurs de bois brûlé » et qui avait secondairement développé des idées de persécution, persuadé que ses voisins essayaient d'incendier son domicile.

L'étiologie varie également selon l'âge. Chez l'adulte jeune, les causes psychiatriques, en particulier la schizophrénie, sont plus souvent retrouvées. De plus, les hallucinations visuelles ne surviennent qu'exceptionnellement de manière isolée dans ce contexte — lorsque la modalité visuelle est impliquée, des hallucinations auditives sont habituellement associées ^[5]. Chez le sujet âgé, ce sont les causes non psychiatriques, comme les pathologies neurodégénératives, les déficits sensoriels ou les épisodes confusionnels, qui sont les plus fréquentes ^[6].

Dans ce chapitre, nous abordons dans un premier temps le processus de vieillissement normal. Nous nous intéressons ensuite aux pathologies non

psychiatriques au cours desquelles le symptôme hallucinatoire peut survenir chez le sujet âgé avant de nous pencher sur les causes psychiatriques les plus fréquentes.

Le processus de vieillissement

La problématique de l'hallucination chez la personne âgée nous renvoie au processus de vieillissement dit « normal ». Il s'agit en effet, devant ce type de symptômes, de déterminer si l'on se situe dans le cadre d'un trouble constitué ou non car, comme chez l'adulte jeune, les phénomènes hallucinatoires peuvent survenir en dehors de tout processus pathologique chez le sujet âgé — c'est, par exemple, le concept désormais bien établi de « *healthy voice hearer* » [7, 8]. Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr — on considère, dans la plupart des travaux de gériatrie, le sujet comme âgé à partir de l'âge de 65 ans. Il s'agit d'un processus lent et progressif très hétérogène d'un individu à l'autre, et qui dépend à la fois de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux. Le vieillissement « normal » du système nerveux se fait à plusieurs niveaux (structural, métabolique et biochimique) et peut avoir des conséquences qui doivent être bien connues des cliniciens [9]. Il est en effet crucial de savoir reconnaître les caractéristiques du vieillissement dit « physiologique » afin de distinguer ses effets propres des effets d'une pathologie. Le vieillissement s'accompagne d'une réduction des réserves fonctionnelles de l'organisme, qui pourra donc présenter des difficultés à s'adapter aux situations de stress (psychique, physique, environnemental). Ainsi, même en l'absence d'un processus pathologique sous-jacent, un syndrome confusionnel (encadré 4.1), par exemple, peut survenir en cas de facteur de stress. Cette « vulnérabilité » liée au vieillissement est multifactorielle. Cependant, un aspect très important doit être souligné ici, de par le rôle qu'il peut jouer dans la survenue d'hallucinations, il s'agit des modifications des perceptions qui surviennent fréquemment, voire systématiquement, chez le sujet âgé [10]. Tous les sens peuvent être touchés et il existe un lien évident entre ces dysfonctionnements sensoriels et la fragilité fonctionnelle décrite plus haut. Les déficits visuels constituent par exemple chez les sujets âgés l'un des facteurs de risque de confusion identifiés dans une récente méta-analyse [11].

Cette diminution des réserves fonctionnelles est très importante à connaître car le vieillissement expose très souvent le sujet à de multiples événements de vie qui peuvent être considérés comme des facteurs de stress : deuils, passage à la retraite, isolement social, arrêt de certaines activités, etc. Ceux-ci peuvent donc favoriser la survenue de symptômes, dans le cadre d'une pathologie ou non.

Encadré 4.1**Le syndrome confusionnel**

Le syndrome confusionnel correspond à un état de faillite temporaire et réversible du fonctionnement cérébral. Le tableau clinique est caractérisé par une survenue brutale, une symptomatologie fluctuante, avec des troubles de la vigilance, une désorientation temporo-spatiale, une inversion du rythme nycthéméral mais aussi un onirisme très fréquemment associé à des hallucinations psychosensorielles majoritairement visuelles et auditives.

Ce dysfonctionnement cérébral peut être secondaire à une étiologie médicale (métabolique, infectieuse, toxique, cardiovasculaire, respiratoire, traumatique, etc.) ou à un (ou plusieurs) facteurs de stress (deuil, entrée en institution, etc.), ces causes étant le plus souvent intriquées. La bonne prise en charge de la pathologie sous-jacente permet le plus souvent le retour à l'état antérieur.

Ce tableau clinique n'est pas spécifique de la personne âgée. Il peut, en effet, survenir à n'importe quel âge mais il est beaucoup plus fréquent chez le sujet âgé étant donné la « vulnérabilité cérébrale » liée au vieillissement citée plus haut.

En conséquence, cette période de la vie constitue un moment à risque de développer une symptomatologie hallucinatoire — en témoigne la fréquence de ce phénomène dans la population des sujets âgés. Le rôle des facteurs de stress évoqués plus haut et des émotions à valence négative dans leur survenue (cf. également chapitre 1) est bien montré, témoignant d'une « vulnérabilité cérébrale » chez le sujet âgé. Le deuil du conjoint, par exemple, peut très fréquemment s'accompagner de manifestations hallucinatoires transitoires, notamment visuelles sous la forme d'apparitions ou de sensations de présence du défunt ^[12]. Ces symptômes, s'ils restent transitoires, n'entrent pas forcément dans le cadre d'un processus pathologique.

Pendant, dans tous les cas, chez le sujet âgé, le phénomène ne doit pas être négligé. Plusieurs travaux ont notamment pu mettre en évidence que la présence de ces symptômes était fortement associée à des troubles cognitifs ^[4] et possiblement à une évolution vers une pathologie neurodégénérative ^[14].

Hallucinations et causes non psychiatriques

Les hallucinations peuvent être retrouvées au cours de pathologies non psychiatriques variées. Comme nous l'avons évoqué plus haut, leur survenue est facilitée par la perte sensorielle ^[15]. Il est très important de déterminer, dans le cadre de ces troubles, le contexte de survenue aigu ou chronique du symptôme hallucinatoire. Leur survenue brutale devra toujours faire

évoquer un syndrome confusionnel dont il sera primordial de déterminer la cause ([encadré 4.1](#)) ou une cause iatrogène ou toxique.

En dehors de ces tableaux cliniques spécifiques, on pourra, selon le mécanisme physiopathologique impliqué, proposer trois groupes de pathologies neurologiques dans lesquelles des hallucinations peuvent survenir ([tableau 4.1](#)).

Pathologies neurodégénératives

Au cours des pathologies neurodégénératives, des hallucinations peuvent survenir dans le cadre des signes psycho-comportementaux de la démence. Les hallucinations visuelles sont les plus fréquentes : 22 à 38 % au cours de la maladie de Parkinson ^[16] et quasiment le double (60 à 90 %) en cas de démence parkinsonienne ^[17]. Les hallucinations visuelles ont la même fréquence élevée au cours de la démence à corps de Lewy et elles en constituent même un critère diagnostique ^[18]. Les symptômes hallucinatoires peuvent également survenir au cours de la maladie d'Alzheimer : ils sont retrouvés dans environ 20 % des cas, prévalence plus basse que celle des idées délirantes ^[19]. Il s'agit le plus fréquemment d'hallucinations visuelles complexes, de personnages ou d'animaux, rarement d'objets. Elles se répètent souvent de manière brève et stéréotypée, avec une prédominance vespérale ou nocturne. Les hallucinations peuvent concerner d'autres modalités sensorielles et s'associer à d'autres phénomènes « psychotiques » : illusions, sensations de présence, idées délirantes. La critique est inconstante : lorsqu'elle est absente, il existe constamment des troubles cognitifs francs.

Les hallucinations de la maladie de Parkinson et de la maladie d'Alzheimer sont tardives dans l'évolution mais, fait important, elles peuvent être précoces voire inaugurales au cours de la démence à corps de Lewy. Une fois installées, les hallucinations tendent à se répéter et à s'aggraver (perte de la critique, association à des idées délirantes).

Tableau 4.1. Les trois groupes de pathologies neurologiques avec hallucinations ^[15].

Pathologies	Mécanisme impliqué
Déficit sensoriel (au premier plan : pathologies de la vision avec le syndrome de Charles Bonnet)	Désafférentation (perte ou détérioration des entrées sensorielles)
Pathologies neurodégénératives	Combinaison de facteurs (à la fois processus sensoriels dits « <i>bottom-up</i> » et mécanismes de régulation « <i>top-down</i> »)
Épilepsie/Migraine avec aura	Activation spontanée des aires corticales sensorielles

Dans le cadre des pathologies neurodégénératives, la présence d'hallucinations est associée à un mauvais pronostic, avec une morbi-mortalité plus importante, un déficit cognitif plus sévère et/ou un déclin cognitif plus rapide. Les mécanismes sont multifactoriels, incluant des facteurs médicamenteux, des facteurs liés à la maladie et, possiblement, une vulnérabilité individuelle.

Déficits sensoriels

Il s'agit de grands pourvoyeurs d'hallucinations. La modalité impliquée est toujours celle du sens concerné (hallucinations auditives pour un déficit auditif, par exemple).

Au premier rang, on retrouve ici les pathologies de la vision. Les hallucinations visuelles survenant dans le cadre d'une atteinte oculaire sont habituellement désignées sous le nom de syndrome de Charles Bonnet, bien que ce terme ait initialement désigné les hallucinations visuelles du sujet âgé cognitivement intact, sans référence à une atteinte visuelle. La pathologie le plus fréquemment en cause est la dégénérescence maculaire liée à l'âge [20]. Le syndrome de Charles Bonnet touche 12 à 15 % des patients présentant un déficit visuel, et il existe une corrélation avec la sévérité de la baisse de l'acuité visuelle et du déficit de la vision des contrastes. Les hallucinations peuvent être élémentaires (figures géométriques) ou complexes, mettant en scène des personnages souvent en couleurs et mobiles avec une forte impression de réalité. Elles sont intermittentes, répétitives et critiquées par le sujet [21]. Dans une étude récente, elles persistaient chez trois quarts des sujets à cinq ans [22]. L'impact sur les patients n'est négatif que dans environ un quart des cas. Dans ce contexte, la présence d'hallucinations n'est pas associée, comme pour les pathologies neurodégénératives, à un pronostic plus mauvais, la symptomatologie hallucinatoire n'étant pas corrélée à une détérioration des fonctions cognitives. On peut rapprocher du syndrome de Charles Bonnet les hallucinations auditives, en particulier musicales, associées à la surdité. Celles-ci touchaient 3,6 % des sujets ayant une surdité légère à modérée dans une série récente, avec une prédominance féminine [23]. Le mécanisme des hallucinations associées à une déafférentation est discuté. L'hypothèse prévalente d'une « levée d'inhibition » d'aires sensorielles secondaire à la désafférentation (*release phenomenon*) est battue en brèche notamment par des études en imagerie fonctionnelle, mais sans qu'aucun schéma physiopathologique ne soit démontré.

Épilepsie, migraine avec aura

Au cours des migraines avec aura, des hallucinations visuelles élémentaires sont présentes dans 20 % des cas [24]. Au cours des crises épileptiques focales, des hallucinations sont retrouvées dans 13 % des cas [25]. Ces causes ne sont

pas spécifiques du sujet âgé, ne posent pas de problème diagnostique et ne sont pas développées dans ce chapitre. Deux points méritent toutefois d'être soulignés. Le premier est la rareté des hallucinations acoustico-verbales isolées au cours de l'épilepsie. Le second concerne la possible survenue chez les sujets âgés de crises focales temporales subintrantes pouvant aboutir à des tableaux de « psychoses ictales » : il s'agit d'épisodes pouvant associer des hallucinations visuelles et auditives, des illusions, des idées délirantes, avec une thématique souvent religieuse. Les épisodes durent plusieurs heures, avec des fluctuations et une agitation. L'EEG ne recueille qu'inconstamment des anomalies paroxystiques. On décrit dans le même contexte des psychoses post-ictales, faisant suite à une salve de crise focales et durant en moyenne une semaine, après un intervalle libre de quelques heures ou jours [26].

Étiologie iatrogène et toxique

Les étiologies médicamenteuses doivent systématiquement être évoquées chez un sujet âgé. De nombreux traitements sont susceptibles d'entraîner des hallucinations : antalgiques de classe II ou III [27], psychotropes, agonistes dopaminergiques [28], anticholinergiques, corticoïdes [29], etc. Le risque paraît majoré en cas de polymédication, fréquente chez le sujet âgé. Les étiologies toxiques (consommation de substances hallucinogènes [26]) ne représentent en revanche qu'une cause marginale dans cette tranche d'âge. Il convient toutefois de rester attentif à la possible survenue d'un syndrome de sevrage chez les patients alcoolodépendants et de sa principale complication : le *delirium tremens*, qui peut classiquement être à l'origine de zoopsies.

Hallucinations et causes psychiatriques

La première interrogation devant un trouble psychiatrique du sujet âgé est la suivante : s'agit-il d'une pathologie chronique ou d'une pathologie à début tardif ? Le recueil de l'histoire de vie et des antécédents s'avère donc primordial, s'attachant également à distinguer les pathologies à début tardif des pathologies à « révélation tardive » pour lesquelles le processus pathologique évolue depuis l'âge adulte mais l'accès aux soins ne survient que tardivement.

Par ailleurs, très longtemps on a considéré que les hallucinations visuelles survenaient plutôt dans le cadre de pathologies non psychiatriques, alors que les hallucinations auditives auraient quant à elles des étiologies psychiatriques. Ceci est largement remis en cause par les travaux actuels et la communauté scientifique retrouve aujourd'hui un regain d'intérêt pour l'hallucination visuelle, longtemps négligée et qui est pourtant fréquente chez les sujets souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire [30].

Pathologie chronique « vieillie »

Il s'agit alors de troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance ou à l'âge adulte et qui persistent au cours du vieillissement. De manière générale, on sait que les décompensations tardives sont possibles mais rares avec, très souvent, une atténuation des symptômes au cours du vieillissement pour de nombreuses affections [31]. Cependant, les études disponibles sur l'évolution au très long cours des pathologies psychiatriques sont rares. Pourtant, il s'agit d'une situation de plus en plus fréquente compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie au sein des sociétés modernes, et ceci même si les sujets souffrant de trouble psychiatrique ont une espérance de vie largement inférieure à celle de la population générale (surmortalité par suicide mais également liée à des comorbidités métaboliques et cardiovasculaires très importantes). C'est probablement cette dernière explication qui vient éclaircir les données épidémiologiques concernant la prévalence de la schizophrénie, pathologie psychiatrique au premier plan lorsqu'on étudie les hallucinations : après 65 ans, la prévalence de la schizophrénie serait en effet de 0,12 %, ce qui est bien inférieur à la prévalence en population générale (0,5 à 0,7 %) [32]. Le second élément d'explication est l'évolution au long cours de la pathologie. Pour les symptômes positifs de la schizophrénie, les données disponibles suggèrent une rémission dans environ 50 % des cas [33, 34]. Cependant, comme nous l'avons déjà signalé, l'espérance de vie des sujets souffrant de schizophrénie est largement inférieure à la population générale et la symptomatologie négative entraîne souvent un retentissement important sur la qualité de vie (avec de nombreuses institutionnalisations) [35].

Pathologie à début tardif

Il s'agit ici de troubles psychiatriques survenant de manière inaugurale chez un sujet âgé.

Schizophrénie

Le risque de schizophrénie diminue avec l'âge. Cependant, des formes tardives existent ; on parle alors de « schizophrénie à déclaration tardive » (ou *Late-Onset Schizophrenia*) lorsque les troubles débutent après l'âge de 40 ans, et de « schizophrénie à déclaration très tardive » (ou *Very Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis*) lorsqu'ils débutent après l'âge de 60 ans [36]. Même si, pour ces formes spécifiques, les critères diagnostiques des grandes classifications internationales s'appliquent (le DSM-IV et la CIM-10 ne font pas référence à l'âge des patients), certaines spécificités cliniques se dégagent. Parmi elles, on retrouve une prédominance féminine, souvent dans un contexte environnemental d'isolement social mais surtout une fréquence plus importante de symptômes hallucinatoires s'inscrivant en général dans un syndrome délirant sur des thématiques de persécution (encadré 4.2).

Encadré 4.2**Qu'en est-il de la psychose hallucinatoire chronique ?**

Entité française décrite par Gilbert Ballet au début du xx^e siècle, la psychose hallucinatoire chronique débute typiquement chez la femme entre 40 et 50 ans, souvent dans un contexte d'isolement social. La maladie débute par quelques hallucinations et s'aggrave progressivement sur plusieurs années, aboutissant à un syndrome délirant très riche dans lequel le mécanisme hallucinatoire est au premier plan : hallucinations psychosensorielles (très souvent multisensorielles : auditives, cénesthésiques, olfactives, etc.) et intrapsychiques (avec, fréquemment, un automatisme mental). Les thématiques de persécution peuvent également entraîner des troubles du comportement et la complication principale est l'épisode dépressif caractérisé. Ce diagnostic ne figure pas dans les classifications internationales (DSM-5 et CIM-10) qui considèrent ce tableau clinique comme une forme de schizophrénie. Sous l'angle de ces classifications, la psychose hallucinatoire chronique entre donc dans le cadre des *Late-Onset Schizophrenia* ou *Very Late-Onset Schizophrenia-like Psychosis* décrites dans le présent chapitre [36].

Troubles de l'humeur

L'épisode dépressif caractérisé est fréquent chez le sujet âgé (1 à 4%) et s'associe à un risque élevé de déclin fonctionnel. Ses complications peuvent être graves puisqu'il s'agit du facteur de risque de suicide le plus déterminant. Or, le suicide constitue un véritable enjeu de santé publique chez la personne âgée.

Ces épisodes dépressifs du sujet âgé sont sous-diagnostiqués et sous-traités ; ils prennent en effet le plus souvent une forme dite « masquée ». Les symptômes et plaintes physiques comme les douleurs et l'asthénie, mis en avant par les patients, font alors souvent évoquer une pathologie non psychiatrique [37].

On peut, comme chez le sujet jeune, retrouver des formes avec caractéristiques psychotiques. Le sujet présente alors des idées délirantes, le plus souvent de persécution, de jalousie ou de culpabilité. C'est dans ce contexte que des symptômes hallucinatoires congruents à l'humeur peuvent s'associer [38]. Ces formes délirantes sont beaucoup plus fréquentes chez le sujet âgé [39] — constat qui doit probablement être rapproché du concept de « vulnérabilité cérébrale » liée au vieillissement décrit plus haut. Ainsi, 32 % des sujets âgés souffrant d'un épisode dépressif caractérisé présenteraient des idées délirantes (contre 3 à 7 % chez les moins de 60 ans). Ces éléments délirants sont plus fréquents lorsqu'il s'agit d'un premier épisode dépressif caractérisé ayant débuté après 60 ans [40]. Leur présence n'est pas un facteur de gravité clinique (contrairement au sujet jeune) [41]. De plus, la présence

d'hallucinations et d'éléments délirants ne constituerait pas un facteur augmentant le risque suicidaire [42].

Il est ici important de noter que les pathologies non psychiatriques, la perte d'autonomie ou certains événements de vie constituent des facteurs de risque d'épisode dépressif caractérisé, témoignant d'intrications très importantes entre pathologies médicales générales et pathologies psychiatriques. De plus, cette association semble bidirectionnelle puisque les épisodes dépressifs caractérisés pourraient constituer des facteurs de risque de certaines pathologies neurodégénératives. Ces épisodes, lorsqu'ils sont à déclaration tardive, sont associés à davantage de troubles cognitifs et d'anomalies à l'imagerie cérébrale.

Les épisodes dépressifs caractérisés peuvent, ou non, s'inscrire dans le cadre d'un trouble bipolaire mais les formes à début tardif de cette pathologie sont excessivement rares [43].

Les hallucinations peuvent également survenir au cours d'un épisode maniaque, toujours de manière congruente à l'humeur. Ces épisodes ne surviennent qu'exceptionnellement de manière inaugurale chez les sujets âgés. L'incidence de l'épisode maniaque après 75 ans est de 2 pour 100 000 personnes par an [44].

Discussion et conclusion

Chez le sujet âgé, le symptôme hallucinatoire peut survenir dans des situations cliniques variées, posant très souvent la question des limites entre psychiatrie et neurologie mais aussi de leurs intrications. Nous avons évité, tout au long de ce chapitre, de nous référer au clivage classique « somatique » (ou « organique »)/« psychiatrique » pour évoquer les différentes causes des hallucinations (relevant de trois grands domaines : la médecine interne, la neurologie et la psychiatrie). En effet, cette vision dichotomique n'a plus lieu d'être puisque les bases cérébrales des troubles et symptômes psychiatriques sont actuellement de mieux en mieux appréhendées [45]. On peut en effet considérer aujourd'hui que les limites entre psychiatrie et neurologie s'amenuisent. Classiquement, la neurologie s'intéresse aux « troubles cérébraux organiques », tandis que la psychiatrie serait l'étude des « troubles cérébraux fonctionnels ». Les progrès en neurosciences, notamment les travaux issus de l'imagerie cérébrale, permettent d'affirmer que des modifications cérébrales anatomiques et fonctionnelles existent dans quasi toutes les pathologies psychiatriques — les symptômes hallucinatoires ne faisant pas exception [46].

Ce bouleversement épistémologique encourage les approches dimensionnelles, actuellement favorisées dans le champ des neurosciences pour l'étude des pathologies psychiatriques et mises en avant dans le projet *Research Domain Criteria* (RDoC) du *National Institute of Mental Health*

(NIMH) [47]. Les données présentées dans ce chapitre sont largement en faveur de cette approche dimensionnelle transdiagnostique (mais également trans-spécialités), dépassant les clivages traditionnels, afin de permettre une meilleure compréhension de la physiopathologie de phénomènes comme les hallucinations. Les spécificités retrouvées chez les sujets âgés nous rappellent également que les processus développementaux et dégénératifs ne doivent pas être omis dans ces approches novatrices.

Par ailleurs, les comorbidités entre pathologies neurologiques et pathologies psychiatriques peuvent aussi, comme nous l'avons vu, modifier la sémilogie des différents troubles chez le sujet âgé, aboutissant à une clinique spécifique en gériatrie. Pour les étiologies psychiatriques des hallucinations, ces spécificités interrogent la pertinence des critères diagnostiques des grandes classifications internationales qui sont généralement validés chez l'adulte jeune.

Pour conclure, l'orientation diagnostique devant un symptôme hallucinatoire du sujet âgé s'avère complexe. Les spécificités des processus de vieillissement au niveau cérébral doivent en particulier être bien connues du praticien, afin de proposer une prise en charge optimale. Celle-ci doit être globale et multidisciplinaire, impliquant, entre autres, psychiatres, neurologues, gériatres, psychologues.

Points clés

- Les hallucinations du sujet âgé sont fréquentes.
- Les pathologies non psychiatriques en sont les étiologies les plus fréquentes.
- La survenue brutale d'une symptomatologie hallucinatoire chez un sujet âgé doit toujours faire évoquer un syndrome confusionnel, dont il est primordial de déterminer la cause.
- Les étiologies neurologiques sont principalement les pathologies neurodégénératives, les déficits sensoriels et les épilepsies.
- Au sein des étiologies psychiatriques, il convient de distinguer les pathologies chroniques « vieilles » (avec notamment la schizophrénie) des pathologies à début tardif (en particulier, *Very Late-Onset Schizophrenia-like Psychosis* et troubles de l'humeur).

Bibliographie

- [1] Amad A, Bubrovsky M, Maitre E, Thomas P. La schizophrénie chez l'adulte. Pathologies schizophréniques. Médecine Sciences Publications; 2012.
- [2] Plaze M, Paillère-Martinot M-L, Penttilä J, Januel D, de Beaurepaire R, Bellivier F, et al. "Where do auditory hallucinations come from?" – A brain morphometry study of schizophrenia patients with inner or outer space hallucinations. *Schizophr Bull* 2011;37:212-21.

- [3] Tien AY. Distributions of hallucinations in the population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991;26:287-92.
- [4] Ostling S, Johansson B, Skoog I. Cognitive test performance in relation to psychotic symptoms and paranoid ideation in non-demented 85-year-olds. *Psychol Med* 2004;34:443-50.
- [5] Mueser KT, Bellack AS, Brady EU. Hallucinations in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1990;82:26-9.
- [6] Webster J, Grossberg GT. Late-life onset of psychotic symptoms. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998;6:196-202.
- [7] Johns LC. Hallucinations in the general population. *Curr Psychiatry Rep* 2005;7:162-7.
- [8] Verdoux H, Van Os J. Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophr Res* 2002;54:59-65.
- [9] Saulnier I, Beaumatin B, Dantoine T. Modifications neurophysiologiques avec l'âge et impact clinique. In: Clément J-P, editor. *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Flammarion; 2010.
- [10] Nubukpo P, Verny M. Modifications de la perception et conséquences cliniques. In: Clément J-P, editor. *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Flammarion; 2010.
- [11] Ahmed S, Leurent B, Sampson EL. Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2014;43:326-33.
- [12] Dewi Rees W. The hallucinations of widowhood. *Br Med J* 1971;4:37-41.
- [13] Ohayon MM, Priest RG, Caulet M, Guilleminault C. Hypnagogic and hypnopompic hallucinations: pathological phenomena? *Br J Psychiatry* 1996;169:459-67.
- [14] Brodaty H, Sachdev P, Koschera A, Monk D, Cullen B. Long-term outcome of late-onset schizophrenia: 5-year follow-up study. *Br J Psychiatry* 2003;183:213-9.
- [15] Fénelon G. Hallucinations associated with neurological disorders and sensory loss. In: Jardri R, Cachia A, Thomas P, Pins D, editors. *The neuroscience of hallucinations*. Springer Science & Business Media; 2013.
- [16] Fénelon G, Soulas T, Cleret de Langavant L, Trinkler I, Bachoud-Lévi A-C. Feeling of presence in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2011;82:1219-24.
- [17] Fénelon G, Mahieux F, Huon R, Ziégler M. Hallucinations in Parkinson's disease: prevalence, phenomenology and risk factors. *Brain* 2000;123:733-45.
- [18] Ballard CG, Saad K, Patel A, Gahir M, Solis M, Coope B, et al. The prevalence and phenomenology of psychotic symptoms in dementia sufferers. *Int J Geriatr Psychiatry* 1995;10:477-85.
- [19] Ropacki SA, Jeste DV. Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003. *Am J Psychiatry* 2005;162:2022-30.
- [20] Ffytche DH. Visual hallucinations in eye disease. *Curr Opin Neurol* 2009;22:28-35.
- [21] Fénelon G. Hallucinations visuelles : le syndrome de Charles Bonnet. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2003;1:121-7.
- [22] Cox TM, Ffytche DH. Negative outcome Charles Bonnet syndrome. *Br J Ophthalmol* 2014;98:1236-9.
- [23] Teunisse RJ, Olde Rikkert MGM. Prevalence of musical hallucinations in patients referred for audiometric testing. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012;20:1075-7.

- [24] Pietrobon D, Striessnig J. Neurobiology of migraine. *Nat Rev Neurosci* 2003;4:386-98.
- [25] Mauguière F. Scope and presumed mechanisms of hallucinations in partial epileptic seizures. *Epileptic Disord* 1999;1:81-91.
- [26] Elliott B, Joyce E, Shorvon S. Delusions, illusions and hallucinations in epilepsy: 2. Complex phenomena and psychosis. *Epilepsy Res* 2009;85:172-86.
- [27] Keeley PW, Foster G, Whitelaw L. Hear my song: auditory hallucinations with tramadol hydrochloride. *BMJ* 2000;321:1608.
- [28] Lambert D, Waters CH. Comparative tolerability of the newer generation antiparkinsonian agents. *Drugs Aging* 2000;16:55-65.
- [29] Patten SB, Neutel CI. Corticosteroid-induced adverse psychiatric effects: Incidence, diagnosis and management. *Drug Safety* 2000;22:111-22.
- [30] Waters F, Collerton D, ffytche DH, Jardri R, Pins D, Dudley R, et al. Visual hallucinations in the psychosis spectrum and comparative information from neurodegenerative disorders and eye disease. *Schizophr Bull* 2014;40:S233-45.
- [31] Amad A, Geoffroy PA, Vaiva G, Thomas P. Personnalité normale et pathologique au cours du vieillissement diagnostique, évolution, et prise en charge. *L'Encéphale* 2013;39:374-82.
- [32] Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* 2005;2:e141.
- [33] Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001;178:506-17.
- [34] Modestin J, Huber A, Satirli E, Malti T, Hell D. Long-term course of schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered. *Am J Psychiatry* 2003;160:2202-8.
- [35] Davidson M, Harvey PD, Powchik P, Parrella M, White L, Knobler HY, et al. Severity of symptoms in chronically institutionalized geriatric schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1995;152:197-207.
- [36] Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry* 2000;157:172-8.
- [37] Sozeri-Varma G. Depression in the elderly: Clinical features and risk factors. *Aging Dis* 2012;3:465-71.
- [38] Roblin J, Guiliano E, Gallarda T, Olié J-P. Hallucinations auditives à début très tardif la dépression est souvent au rendez-vous... *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 2011;11:18-23.
- [39] Brodaty H, Luscombe G, Parker G, Wilhelm K, Hickie I, Austin MP, et al. Increased rate of psychosis and psychomotor change in depression with age. *Psychol Med* 1997;27:1205-13.
- [40] Gournellis R, Lykouras L, Fortos A, Oulis P, Roumbos V, Christodoulou GN. Psychotic (delusional) major depression in late life: a clinical study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:1085-91.
- [41] Bazin N, Clément J-P, Jalenques I. Pathologie délirante. In: Clément J-P, editor. *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Flammarion; 2010.
- [42] Lykouras L, Gournellis R, Fortos A, Oulis P, Christodoulou GN. Psychotic (delusional) major depression in the elderly and suicidal behaviour. *J Affect Disord* 2002;69:225-9.
- [43] Monji A, Motomura K, Mizoguchi Y, Ohara T, Baba S, Yoshiura T, et al. A case of late-onset bipolar disorder with severely abnormal behavior and neuroimaging

- observations very similar to those of frontotemporal dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2014;26:E35.
- [44] Kennedy N, Everitt B, Boydell J, Van Os J, Jones PB, Murray RM. Incidence and distribution of first-episode mania by age: results from a 35-year study. *Psychol Med* 2005;35:855-63.
- [45] Collectif (CNUP/AESP). *Référentiel de psychiatrie*. Presses Universitaires François-Rabelais 2014.
- [46] Fovet T, Amad A, Danel T, Thomas P, Jardri R. Imagerie cérébrale et hallucinations. *Santé Mentale* 2013;179:50-5.
- [47] Insel TR. The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: precision medicine for psychiatry. *Am J Psychiatry* 2014;171:395-7.

5 Hallucinations et cultures

Th. Baubet, M.R. Moro

*« Le diagnostic psychiatrique
est l'interprétation d'une interprétation. »*

Arthur Kleinman, 1996

Dès 1965, Henri Collomb et ses collègues, instruits par leur expérience à Dakar, soulignaient que « les concepts de délire, d'idée délirante, d'hallucinations psycho-sensorielles semblaient souvent impropres à mettre en forme et à qualifier certaines conduites culturellement significantes » ^[1]. En 1983, Mukherjee et al. ^[2] ont montré que les patients bipolaires afro-américains et hispano-américains encouraient un risque significativement plus élevé que les patients caucasiens de se voir attribuer un diagnostic de schizophrénie aux États-Unis. Un des facteurs prédictifs d'erreur était la survenue de phénomènes hallucinatoires au cours de l'accès pathologique. Ces deux découvertes eurent peu de retentissements en France et furent même presque oubliées. Elles soulèvent pourtant une question cruciale : lorsque nous pratiquons la psychiatrie en situation transculturelle, faisons-nous bien ce que nous croyons faire (évaluer, diagnostiquer le fonctionnement psychique des patients) ou bien passons-nous à côté des enjeux diagnostiques, conditionnés que nous sommes par nos propres appartenances professionnelles et culturelles ?

Avant de tenter de répondre à ces questions, il nous faudra aborder plusieurs points : nous (les soignants) comme les patients sommes dotés d'une culture qui est en grande partie du domaine de l'implicite. La rencontre est ainsi toujours transculturelle, mais il est indispensable d'évoquer ce qu'est la culture au sens anthropologique du terme avant d'aller plus loin. Nous nous attachons ensuite à montrer comment la fréquence des hallucinations en population générale varie selon les cultures, en insistant sur le fait que leur signification pathologique n'est ni automatique ni universelle.

Nous sommes dotés d'un psychisme et d'une culture

Pour Devereux ^[3] et ses continuateurs, l'ethnopsychiatrie repose sur deux principes. Le premier est celui de l'**universalité psychique**: ce qui définit l'être humain c'est son fonctionnement psychique. Il est le même pour

tous. De ce postulat découle la nécessité de donner le même statut (éthique mais aussi scientifique) à tous les êtres humains, à leurs productions culturelles et psychiques, à leurs manières de vivre et de penser même si elles sont différentes et parfois déconcertantes [3]. Il s'agit donc d'une universalité de fonctionnement, de processus, d'une universalité structurelle et de fait. Mais, si tout homme tend vers l'universel, il y tend par le **particulier** de sa culture d'appartenance : « Le passage par le culturel a pour but d'accéder à l'universel en chacun de nous, à l'universel incarné dans le particulier et non pas à l'universel ou ce qui est décrété comme tel par celui qui est désigné comme le donneur de sens. [4] »

La culture est la somme des connaissances, des représentations et des comportements qui caractérisent une société humaine. Elle permet aux membres de cette société d'appréhender le monde et d'attribuer un sens aux événements d'une manière homogène, en leur fournissant une grille de lecture transmise de façon implicite à travers des représentations culturelles communes. Ces représentations culturelles varient d'une culture à l'autre, elles définissent la façon dont les membres de chaque culture considèrent les notions de normalité/anormalité, santé/maladie, ordre/désordre, réel/non-réel, masculin/féminin, etc. Les cultures ne doivent cependant pas être conçues comme des choses figées, mais comme des processus dynamiques qui empruntent au contexte, aux mouvements de populations, aux échanges. D'une part chaque sujet emprunte à différents mondes (par exemple, la culture du village et celle plus syncrétique de la ville, la culture médicale, celle du pays d'accueil dans la migration...) et, d'autre part, chacun s'approprie ces représentations d'une manière qui lui est propre, qui dépend de son histoire, du contexte social, politique, de sa famille donc de sa subjectivité. On appelle **affiliation** ce processus actif et dynamique d'inscription dans un monde culturel, souvent au pluriel.

La fréquence des hallucinations varie selon le contexte culturel

Selon une large méta-analyse récente, la fréquence des hallucinations en population générale varie de 0,6 à 84 % [5]. Bien sûr les méthodologies des études ne sont pas comparables et il semble que cela révèle finalement des disparités dans la manière dont les chercheurs se représentent ce qu'est une hallucination et les questions qui devraient être posées pour rechercher son existence. Les auteurs signalent également la disparité des résultats selon l'aire culturelle et selon les contextes d'audition, les situations de deuils et de traumatismes augmentant leur fréquence. Les travaux de l'équipe de Nuevo [6] vont également dans ce sens. Plus précisément, une étude réalisée au Royaume-Uni en population générale auprès de sujets caucasiens et de sujets issus de minorités ethniques a montré que des expériences

hallucinatoires étaient rapportées par 4 % des sujets caucasiens, 9,8 % des sujets originaires des Caraïbes et 2,3 % des sujets asiatiques [7]. Cependant, après passation d'un entretien standardisé (*Present State Examination*), seuls 25 % des patients ayant expérimenté des hallucinations présentaient un authentique trouble psychotique, avec une grande variabilité interethnique puisque 50 % des patients caucasiens présentaient un trouble psychotique, contre seulement 20 % chez les patients originaires des Caraïbes ou d'Asie. Selon les auteurs de cette étude, les hallucinations, loin d'être la marque d'un processus pathologique, pourraient se distribuer selon un continuum entre l'expérience normale et la pathologie. Si la psychiatrie et la psychologie estiment généralement que l'hallucination présente une différence de nature avec des expériences comme les visions, les rêves, les états dissociatifs, il n'en va pas de même dans beaucoup d'autres contextes, où l'ensemble de ces phénomènes peut être rattaché à une même cause, par exemple un état de possession. Il est également fréquent que des sujets évoquent des phénomènes de vision, de rêve, comme des éléments de la réalité et non pas « comme si » cela s'était passé, ce qui peut être relié à des manières différentes de concevoir la réalité [8] et entraîner des diagnostics de schizophrénie en excès.

Cette variabilité du phénomène hallucinatoire quant à sa fréquence, à son contexte d'apparition et aux sens qui lui sont conférés existe également chez les enfants et adolescents, mais elle a été moins explorée jusqu'ici dans cette tranche d'âge [9].

Le savoir psychiatrique est enraciné dans la culture occidentale

Le savoir psychiatrique n'est pas a-culturel. Il est au contraire profondément enraciné dans la culture occidentale et médicale. La psychiatrie clinique s'est développée dans les hôpitaux européens des XIX^e et XX^e siècles. Très vite, il est apparu que les patients qui avaient reçu un même diagnostic présentaient un certain nombre de disparités cliniques. Il était alors d'usage de distinguer les déterminants pathogéniques d'un trouble mental (traduisant les dysfonctionnements biologiques nécessaires et suffisants pour les causer), des variations personnelles et culturelles dites pathoplastiques. La dichotomie pathogénique/pathoplastique renvoyait à la classique dichotomie forme/contenu et semblait permettre finalement de distinguer facilement le biologique du culturel. La psychiatrie ne disposant pas de signes biologiques ou morphologiques évidents, la distinction devait se faire sur les symptômes présentés. C'est ainsi que les hallucinations étaient pratiquement toujours considérées comme primaires, pathogéniques, et traduisant directement un trouble biologique sous-jacent [10]. Pour Kraepelin, Bleuler ou Birnbaum, le diagnostic reposait finalement sur l'observation

des éléments pathogéniques (de la forme), les enveloppes pathoplastiques donnant « le contenu, la couleur et le contour d'une maladie individualisée dont le caractère et la forme de base ont été biologiquement déterminés¹ ». On voit que c'est dans ce prolongement que s'inscrivent encore nombre d'études comparatives qui partent à la recherche d'un hypothétique noyau symptomatique invariant, universel, qui serait observable après que l'on a « écarté » les éléments culturels et individuels et qui nous renseignerait directement sur le dysfonctionnement biologique sous-jacent. En somme, dans cette conception psychiatrique classique, et pour reprendre l'aphorisme proposé par l'anthropologue Geertz², « la culture est le glaçage, la biologie est le gâteau... la différence est superficielle et la ressemblance profonde » [12].

Ainsi, devant un patient qui entend un esprit lui demander de « faire un sacrifice et de faire couler le sang » nous aurons tendance à retenir les signes considérés comme pathogéniques — le patient présente une hallucination acoustico-verbale ou intrapsychique avec syndrome d'influence — et à négliger les signes considérés comme pathoplastiques — ce patient présente un type de possession qui peut être fréquent au sein de son groupe d'appartenance et qui nécessite de pratiquer un rituel après lequel il est susceptible de voir ses symptômes s'améliorer voire disparaître. Or la psychiatrie transculturelle nous a montré que certaines manifestations ont un sens sur le plan anthropologique, mais n'en ont pas sur le plan psychopathologique. Autrement dit, un état reconnu comme une possession par un esprit invisible associé à un dialogue avec cet esprit peut témoigner de toute une variété de troubles psychiatriques (psychotiques, affectifs, anxieux, post-traumatiques, etc.) et peut également survenir en l'absence de pathologie mentale. Dans ce cas, nous risquons d'être aveuglés par ce que nous pensons relever du pathogénique et du biologique, et de négliger le niveau anthropologique et singulier qui nous permettrait peut-être de poser un tout autre diagnostic. La différence culturelle devient alors un facteur qui obscurcit le diagnostic si ce niveau anthropologique n'est pas pris en compte.

Les psychiatres ne sont pas des êtres universels dépourvus de culture. Nous avons tous une culture, ce qui rend la rencontre avec les patients venus d'ailleurs véritablement transculturelle. Cependant, nous avons tendance à voir la culture chez l'autre (exotique, fascinante, étrange...) et à la négliger chez nous, ce qui peut être à l'origine de « taches aveugles » dans notre pratique. Ce que Devereux a désigné comme le contre-transfert culturel [13], c'est-à-dire l'ensemble des mouvements conscients et inconscients que provoque chez nous la distance culturelle avec le patient, est à l'œuvre et doit être pensé et intégré au processus d'évaluation comme au niveau de soins.

Pouvons-nous, comme nous y invitait déjà Collomb en 1965 [14], essayer de penser les limites du concept d'hallucination en situation transculturelle ?

1. Birnbaum [11] cité par Littlewood [10].

2. Cité par Littlewood [10].

Qu'est-ce qu'une hallucination en situation transculturelle ?

Nous présumons habituellement que les patients habitent la même réalité que nous. Rien n'est moins sûr cependant, notamment en situation transculturelle. Il existe une variété infinie d'ontologies, de manière de se représenter l'humain et l'univers, et des expériences banales ailleurs peuvent facilement être considérées comme pathologiques ici.

À partir de quel moment peut-on parler de délire et non de croyance ? Les psychiatres considèrent généralement, à la suite d'Henri Ey, que le délire est « la croyance irréductible et inébranlable à une conception fausse de la réalité ». En situation transculturelle, on est rapidement confronté aux limites d'une telle définition : la réalité est une notion finalement très subjective... Preuve en est la manière dont les psychiatres coloniaux ont initialement considéré tout énoncé faisant référence au surnaturel comme délirant. Ainsi, la croyance dans des êtres surnaturels (anges, jnouns, rabs...) ou dans des procédés techniques à l'origine de troubles et de malheurs (sorcellerie, maraboutage, envoûtement) peut difficilement être taxée de délire *a priori*. Nathan ^[15] a avancé que le délire était « une croyance plus vraie, plus réelle, plus subjective, que la croyance commune ».

En ce qui concerne les hallucinations, la culture exerce également une grande influence, que ce soit sur leur forme (visuelle, auditive, etc.), sur leur contenu (esprits, démons, etc.) ou sur la distinction entre phénomènes normaux et pathologiques ^[16]. Dans beaucoup de contextes, les visions, les rêves, les états dissociatifs parfois provoqués peuvent être considérés comme des dons, des compétences et pas des expériences anormales. Il est également fréquent que des sujets évoquent des phénomènes de vision, de rêve, comme des éléments de la réalité et non pas « comme si » cela s'était passé, ce qui peut être relié à des manières différentes de concevoir la réalité ^[8] et entraîner un excès de diagnostic de psychose. Un extrait d'un dialogue avec un patient Peuhl de Guinée, âgé de 28 ans, réfugié en France après avoir été victime de violences extrêmes en donne un aperçu.

Vignette clinique

- Patient : « *C'est une créature qui me monte dessus la nuit et qui fait l'amour avec moi. Elle le fait jusqu'à la fin de l'acte. Elle est belle mais elle a des sabots de chèvre et des yeux bizarres. Elle me fait très peur et je suis sur le dos et je ne peux pas bouger. Après je me sens mal.* »
- Thérapeute: « *C'est un rêve ?* »
- Patient : « *Non, elle est là, dans la pièce, je la vois comme je vous vois.* »
- Thérapeute : « *Mais vous dormez quand elle vient, quand elle est là? C'est durant le sommeil ?* »
- Patient : [Hésitations] « *Euh... non, c'est durant la nuit.* »

La nuit en Afrique de l'Ouest renvoie souvent à l'autre monde, celui dans lequel se déroulent les actes de sorcellerie, les attaques, celui où l'on peut rencontrer les créatures de la nuit, surnaturelles, inapparentes le jour [17]. Au terme de cet échange, il est bien difficile de conclure sur un rêve, une vision, une hallucination et d'en comprendre le sens. En effet, en situation transculturelle, la compréhension des troubles nécessite un nécessaire décodage [18].

Codage culturel des troubles

Ce codage culturel des troubles est inscrit dans notre langue et les catégories de représentations à notre disposition qui nous permettent de lire le monde d'une certaine manière, dans notre corps et notre façon de percevoir et de sentir, dans notre rapport au monde, à travers nos systèmes d'interprétation et de construction de sens. La maladie n'échappe pas à ce codage culturel. Nous avons proposé de l'analyser selon trois niveaux [18] : le niveau ontologique (de l'être), celui des théories étiologiques (renvoyant au sens) et celui des logiques thérapeutiques qui en découlent (le faire).

Les représentations culturelles sont les interfaces entre le dedans et le dehors ; elles sont le résultat de l'appropriation par les individus de systèmes de pensée d'origine culturelle. Elles permettent l'expérience subjective. Le sujet incorpore ces représentations et il les retravaille à partir de ses propres mouvements, ses conflits internes et ses traits de personnalité. Qu'en est-il alors de la culture du point de vue du sujet lui-même ? La culture permet un codage de l'ensemble de l'expérience vécue par un individu ; elle permet d'anticiper le sens de ce qui peut survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu et, par conséquent, du non-sens. La culture cherche à mettre à la disposition du sujet une grille de lecture du monde. Ce codage est un processus constitué d'ingrédients complexes, d'**inférences ontologiques** (la nature des êtres et des choses) mais aussi d'inférences de causalité permettant de donner un sens à un événement répertorié (« Pourquoi ? Pourquoi moi ? Pourquoi moi à ce moment-là ?... ») [19]. L'élaboration de **théories étiologiques** par les patients va faire appel aux représentations culturelles ainsi qu'à certains autres facteurs, comme des éléments du discours médical, ce que nous appelons le second niveau, celui du « sens » [18]. La nosologie dans les sociétés traditionnelles n'est pas tant fondée sur la sémiologie que sur le sens : l'élucidation de ce sens constitue le premier temps de la prise en charge du trouble. Le sens des symptômes peut être fourni par un guérisseur dépositaire d'un savoir, au moyen de procédés divinatoires, ou bien par inférence à partir de certaines caractéristiques du trouble qui permettent de le reconnaître. Les théories étiologiques font appel à différentes catégories de causes comme : l'intervention d'un être culturel, par exemple d'un djinn ; un procédé technique : sorcellerie, maraboutage ; les manifestations d'un

ancêtre offensé ; les conséquences de transgression d'un tabou, d'un interdit ; le retour d'un mort, et la frayeur. L'élucidation du sens de la maladie, c'est-à-dire l'énonciation de son étiologie, implique l'utilisation de moyens thérapeutiques particuliers. C'est le troisième niveau, celui des **logiques thérapeutiques** [18], du « faire ». Le processus de recherche de soins répond à une double exigence : quête de la guérison et construction d'un sens à la maladie.

« *Category fallacy* » et « *misdiagnosis* »

Kleinman [20, 21] a proposé le terme de *category fallacy* (erreur catégorielle) pour désigner « la réification d'une catégorie nosologique développée pour un groupe culturel particulier et son application aux membres d'une autre culture dans laquelle cette catégorie manque de cohérence, sans que sa validité n'ait été établie dans ce nouveau contexte » [21]. Ainsi, l'application à un groupe culturel de critères diagnostiques définis au sein d'un autre expose à un risque élevé de *misdiagnosis* (erreur diagnostique), notamment à travers un excès de diagnostic de psychose et une sous-estimation du psychotraumatisme et de la dépression [22].

Cette question a depuis été largement débattue dans les pays anglo-saxons [23-27], parfois en des termes forts comme celui de « racisme institutionnel » [28] ou de « contrôle social » de la part de l'institution sanitaire [29]. Néanmoins, ce débat n'a pas émergé en France à l'exception notable des travaux de Selod [30, 31] et Radjack et al. [32]. Pourtant, notre pratique clinique dans les consultations transculturelles³ de Bobigny et de Cochin à Paris et dans la banlieue parisienne nous confronte quotidiennement avec de telles situations d'erreur diagnostique, que ce soit avec des patients migrants ou bien avec des patients originaires de départements ou de territoires d'outre-mer.

Ces concepts de *category fallacy* et de *misdiagnosis* ont été à l'origine de sévères critiques des grandes études épidémiologiques internationales de l'OMS sur la dépression et la schizophrénie : si les instruments diagnostiques utilisés (qui étaient simplement traduits mais non validés de manière transculturelle) permettaient bien de retrouver des « cas » dans les différents contextes étudiés, ils ne permettaient pas d'affirmer que ces « cas » correspondaient bien à la maladie visée, ni ne garantissaient que la maladie ne pouvait prendre d'autres formes, non repérées par les instruments diagnostiques [33].

Le destin étonnant de la bouffée délirante aiguë

De même, les états délirants aigus posent de difficiles problèmes diagnostiques en situation transculturelle. Une fois éliminés les psychoses affectives

3. www.clinique-transculturelle.org

et les états aigus marquant l'entrée dans une psychose chronique, il reste un nombre non négligeable d'états psychotiques aigus et transitoires. Une étude multicentrique de l'OMS (*Cross-cultural study of Acute Psychosis*, CAPS) a permis d'évaluer leurs caractéristiques [34]. De nombreux autres travaux sur le sujet ont été publiés depuis et Kulhara et Chakrabarti les ont passés en revue [35]. Leur fréquence apparaît élevée dans les pays non occidentaux, avec une prédominance féminine et rurale, la durée moyenne d'évolution est de deux à six mois en l'absence de traitement, avec un bon pronostic à court et long terme. Cette catégorie a été intégrée dans la CIM-10 [36, 37] sous le terme de « troubles psychotiques aigus et transitoires ». Le manuel précise différents points : les facteurs de stress seraient fréquents ; les troubles s'installent en moins de deux semaines ; ils guérissent totalement en moins de trois mois ; le pronostic n'est toutefois pas possible d'emblée sur les éléments cliniques.

Ce concept de psychose aiguë transitoire rappelle bien sûr la description classique pour la psychiatrie française de la bouffée délirante aiguë (BDA) de Magnan. Il est d'ailleurs frappant de constater que ce terme figure en français dans le texte du DSM-IV [38], non pas dans le corps du manuel, mais dans l'annexe consacrée aux « syndromes liés à la culture », comme syndrome « typique » de Haïti et d'Afrique de l'Ouest⁴ ! Très tôt, Devereux avait pourtant souligné l'intérêt de ce concept, comme Ralph Linton le rappelle en 1956 : « Je me souviens que Devereux me répétait à quel point il était nécessaire de réactualiser le terme plus ou moins obsolète "d'état délirant transitoire" pour une description correcte des troubles mentaux dans les sociétés primitives. [14] »

Dans de nombreux pays, les psychiatres ont une grande habitude des tableaux délirants aigus de significations et d'évolutions variables. On peut citer les travaux considérables de Collomb sur la bouffée délirante aiguë au Sénégal [14, 39], ceux menés par Ifrah au Maroc et chez les migrants marocains en France [40], ceux de Durand et Traore [41] en Côte d'Ivoire. De nombreux cas ont été publiés [1, 42]. Collomb a caractérisé la clinique de ces bouffées délirantes aiguës à partir de 125 cas vus à l'hôpital de Fann à Dakar [14] (encadré 5.1).

Collomb, reprenant les travaux de Follin, soulignait que de tels accès concernaient « la couche superficielle de la personnalité, la façade pour autrui ; elles n'ébranlent pas la couche profonde, celle de la personne » [14]. Collomb insistait sur la dimension « positive » de la bouffée délirante aiguë, qui constituait une défense face à l'angoisse, en même temps qu'une ten-

4. « Syndrome observé en Afrique de l'Ouest et à Haïti. Ce terme français renvoie à une soudaine explosion d'agitation et de comportements agressifs, une confusion marquée, une excitation psychomotrice. Il peut parfois s'accompagner d'hallucinations auditives, visuelles, d'idéation paranoïde. Ces épisodes ressemblent à des épisodes de trouble psychotique bref. [38] »

Encadré 5.1**Caractéristiques de la bouffée délirante aiguë en Afrique de l'Ouest selon Collomb**

- Le début est brutal, souvent précédé d'un événement insolite ou traumatisant, d'un rêve, d'une vision de caractère inhabituel ou de signification inquiétante.
- La personnalité antérieure est sans particularité.
- L'expérience délirante possède une certaine familiarité pour l'individu comme pour le groupe.
- La tonalité affective est variable mais généralement peu affectée (dépression dans douze cas et manie dans cinq).
- La vigilance est altérée.
- Le contenu est très souvent persécutif (90 fois), souvent associé à d'autres thèmes : grandeur, influence, possession, filiation, mort, culpabilité.
- Les hallucinations visuelles et verbales sont très fréquentes et souvent très difficiles à distinguer de rêves, de visions, de « vives représentations », les hallucinations cénesthésiques sont fréquentes.
- Hallucinations et délires sont mis en forme par des représentations traditionnelles : maraboutage, sorcellerie, possession.
- La réaction de l'entourage est importante pour l'évolution.
- La guérison est la règle (90 % des cas) et elle est rapidement obtenue (environ deux mois).

tative de remaniement identitaire et qu'un appel au groupe. « Elle [la BDA] reste dialogue, dialogue voulu par le malade, reçu par le groupe. Le verbe anime la force pathologique comme une surabondance de signifiant. Nous sommes loin du schizophrène, fermé sur lui-même, refusant les autres, renvoyé à sa propre grimace dans une existence que le verbe a désertée ou n'a pu animer. ^[14] »

En situation de migration

Cependant, ce que Collomb soulignait déjà dans cet article, c'est la gravité de la BDA chez le sujet migrant, privé des systèmes de sens, de compréhension et de soins offerts par l'environnement d'origine. Ifrah ^[40] a souligné la complexité et la multiplicité de sens possibles au cours de ce type de crise et a insisté sur la rareté relative de l'évolution paranoïde. La BDA vient signer un désordre pour la famille qui va d'emblée commencer à lui chercher une origine et un sens en s'appuyant, entre autres choses, sur des éléments culturels. La BDA n'appelle pas nécessairement la mise en route de soins

médicaux ; les premières attitudes de recherche d'aide se font à l'intérieur de la famille élargie, auprès de divers détenteurs de savoirs ; c'est souvent dans un second temps ou lorsque les différentes mesures ont été inefficaces que des soins psychiatriques sont demandés. Dans la migration, les possibilités de sens offertes habituellement par l'entourage disparaissent en partie et les urgences hospitalières deviennent fréquemment le premier — et le seul — lieu de soin.

Les hallucinations dans le contexte de schizophrénie et de psychose grave

Un nombre croissant d'études montre aujourd'hui que les hallucinations survenant dans le cadre de troubles psychotiques graves, notamment de schizophrénies, sont également mises en forme par les attentes et les systèmes de sens locaux, et par la manière locale de considérer le soi, l'esprit et la réalité ^[43].

La culture affecte ainsi le contenu des hallucinations (par exemple, les thèmes concernant Jésus-Christ, la Vierge Marie, la persécution par les ancêtres, Satan, les Djinns, etc.) ne sont pas universels. Cela est vrai plus largement pour le contexte socioculturel et historique, certains travaux ayant mis en évidence une évolution au cours du temps du contenu des hallucinations sur un même site. Mitchell et Vierkant ^[44] ont ainsi montré que le contenu des hallucinations avait varié dans un même hôpital américain, entre les années trente, années de crise économique au cours desquelles le contenu des hallucinations reflétait un désir pour des biens matériels, et les années quatre-vingt, au cours desquelles les contenus liés à la technologie prédominaient.

La culture n'affecte pas seulement le contenu des hallucinations, elle affecte aussi leur forme. Larøi et al. ^[43] ont synthétisé cette littérature. Donnons deux exemples : Suhail et Cochrane ^[45] ont comparé des patients britanniques et des sujets pakistanais vivant au Pakistan. Les Britanniques entendaient davantage de voix commentant leurs pensées et leurs actes ou leur enjoignant de se tuer ou de tuer d'autres personnes, tandis qu'au Pakistan les patients entendaient davantage de voix critiques, menaçantes ou insultantes. Dans une autre étude ^[46], le fait d'entendre plusieurs voix converser sur le patient à la troisième personne était un phénomène beaucoup plus fréquent au Royaume-Uni qu'au Nigeria. Enfin, dans une étude récente, Luhrmann et al. ^[47] ont exploré de manière qualitative et phénoménologique l'expérience d'entendre des voix dans trois sites : à Accra (Ghana), San Mateo (Californie) et Chennai (Inde du Sud), mettant en évidence de profondes différences dans la manière dont l'expérience était vécue et comprise par les patients.

Enfin, la culture influence également la fréquence des manifestations hallucinatoires au cours de la schizophrénie. Bauer et al. [48] ont comparé la symptomatologie de patients schizophrènes dans sept pays, en utilisant les mêmes procédures diagnostiques et les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion, ils ont montré que la fréquence des hallucinations auditives variait de 67 % (Autriche) à 91 % (Ghana), et celle des hallucinations visuelles de 4 % (Pakistan) à 54 % (Ghana).

Un autre point important est que la réaction de la famille et de l'entourage aux manifestations psychotiques et aux hallucinations est médiée par le contexte culturel. Jenkins [49] a souligné par exemple que les familles mexicaines aux États-Unis montraient davantage de tolérance et de sympathie vis-à-vis de leurs proches faisant l'expérience d'hallucinations que les familles américaines d'origine européenne. Dans d'autres contextes culturels, ce seront au contraire d'autres symptômes qui feront l'objet de compréhension : le retrait relationnel, en Asie du Sud, peut être compris comme une forme de détachement religieusement valorisé [50]. Dans les années soixante, Schooler et Caudill [51] avaient déjà montré qu'au Japon, c'était l'agressivité des patients qui conduisait à la première demande de consultation pour schizophrénie, tandis qu'au Royaume-Uni, c'était les hallucinations.

Tous ces éléments ont des conséquences importantes lorsqu'il s'agit d'élaborer des procédures diagnostiques et thérapeutiques, et de faire alliance avec le patient et sa famille pour les soins. Des recherches phénoménologiques et transculturelles impliquant psychiatres et anthropologues sont plus que jamais nécessaires pour comprendre comment les contextes culturels et sociaux mettent en forme les pathologies psychotiques et plus spécifiquement les hallucinations.

Comment améliorer la compréhension, le diagnostic et l'alliance thérapeutique en situation transculturelle ?

Il est possible de se former à la psychiatrie transculturelle. En France, c'est principalement l'ethnopsychiatrie qui s'est développée depuis les années quatre-vingt dans le prolongement des travaux de Devereux et de la méthode complémentariste [4]. Dans les pays anglo-saxons en revanche, le courant de la nouvelle psychiatrie transculturelle s'est imposé [20] en lien étroit avec les travaux menés dans le champ de l'anthropologie médicale [33]. Quoi qu'il en soit, pour tout clinicien désireux de développer ses compétences dans ce champ, il ne s'agit pas de devenir un « spécialiste des cultures » et d'accumuler des connaissances anecdotiques sur les différences, mais de s'interroger sur le statut que l'on donne à la culture dans la clinique, en

sortant de l'opposition forme/contenu que nous avons évoquée et qui est maintenant obsolète.

Le complémentarisme et l'ethnopsychiatrie

L'ethnopsychiatrie a été construite à partir d'un principe méthodologique et non d'un principe théorique, c'est là une de ses originalités : « Le complémentarisme n'est pas une "théorie", mais une généralisation méthodologique. Le complémentarisme n'exclut aucune méthode, aucune théorie valables — il les coordonne. ^[52] » Il est vain d'intégrer de force dans le champ de la psychopathologie ou dans celui de l'anthropologie exclusivement certains phénomènes humains. La spécificité de ces données réside justement dans le fait qu'elles nécessitent un double discours qui ne peut être tenu simultanément : « Une pluridisciplinarité non fusionnante, et "non simultanée" : celle du double discours obligatoire. ^[52] » Pour construire cette méthodologie, Devereux a emprunté son modèle à la physique des quanta. Bohr, en effet, a généralisé le principe d'indéterminisme énoncé par Heisenberg en proposant la notion de complémentarité : « Ce principe affirme qu'il est impossible de déterminer (mesurer) simultanément et avec la même précision la position et le moment de l'électron. En effet, plus nous mesurons avec précision la position de l'électron (à un instant donné), plus notre détermination de son moment devient imprécise — et inversement bien entendu. ^[52] » Les deux discours obligatoires et non simultanés, celui de la psychopathologie et celui de l'anthropologie, sont alors dits complémentaires. Ce double discours conditionne l'obtention de données : « Ainsi, lorsque l'explication sociologique⁵ d'un fait est poussée au-delà de certaines limites de "rentabilité", ce qui survient n'est pas une "réduction" du psychologique au sociologique, mais une "disparition" de l'objet même du discours sociologique. ^[52] » Et il en va de même pour l'explication psychologique. Mais la question qui est posée ici est : comment prendre successivement deux places différentes par rapport à l'objet sans le réduire à l'une ou à l'autre et sans les confondre ? Un apprentissage du décentrage, au sens piagétien du terme, est ici nécessaire mais ardu. Il faut débusquer ces paresseuses habitudes en sciences humaines qui tendent à ramener les données à soi ou à ce que l'on connaît déjà et à se méfier de l'altérité de l'objet d'étude ^[53]. Mais il est plus encore : si certains faits relèvent de deux discours complémentaires, ceci ne tient pas au fait lui-même mais à la démarche scientifique qui prétend l'expliquer : « Un "fait brut" n'appar-

5. Devereux emploie souvent le mot sociologie dans son acception anglo-saxonne, c'est-à-dire englobant l'anthropologie. S'il a parfois utilisé des données de la sociologie au sens strict, c'est surtout à l'anthropologie qu'il se réfère. Au regard de son œuvre, les deux référents sont donc bien l'anthropologie et la psychanalyse contrairement à ce que laissent penser certaines traductions.

tient d'emblée ni au domaine de la sociologie ni à celui de la psychologie. Ce n'est que par son explication (dans le cadre de l'une ou de l'autre de ces deux sciences) que le fait brut se transforme en donnée, soit psychologique, soit sociologique. (...) Le principe de complémentarité semble donc jouer au niveau de la transformation du fait brut en donnée relevant de l'une ou l'autre de ces sciences. [52] »

Le principe du complémentarisme est simple et évident comme toutes les grandes méthodes. La véritable difficulté reste cependant la mise en place du complémentarisme en clinique par des thérapeutes qui doivent pouvoir se décentrer et travailler constamment sur deux niveaux sans les confondre, le niveau culturel et le niveau individuel, et sur les interactions nécessaires et parfois conflictuelles entre ces deux niveaux.

L'examen de l'ensemble de l'œuvre de Devereux montre que de sa théorie et de sa méthode ne découle aucun dispositif spécifique pour les patients, mais on en déduit en revanche une manière originale et forte de considérer ce matériel culturel comme un véritable levier thérapeutique potentiel et transitoire particulièrement efficace si on le traite de manière complémentariste.

Les travaux cliniques de Nathan [15] ont permis de mettre au point un dispositif technique qu'il qualifie de spécifique, un dispositif essentiellement groupal, où le patient migrant a la possibilité de parler sa langue maternelle et où un cadre culturel est construit dans un premier temps. Dans cette consultation groupale sont maniées les logiques culturelles portées par le patient, logiques inférées par le groupe métissé [4], ses objets culturels parfois et avec beaucoup plus de parcimonie [15]. Il est également possible d'utiliser certains de ces paramètres dans le cadre de consultations individuelles [54] et de construire un dispositif à géométrie variable pour les enfants de la seconde génération [55].

Le guide de formulation culturelle du DSM

Le guide de formulation culturelle est une innovation importante du DSM-IV, figurant en annexe de l'ouvrage [38, 56]. Son utilisation permet d'ajouter à la démarche diagnostique une démarche complémentaire d'évaluation de l'expérience du trouble telle qu'elle est vécue par le patient avec ses propres références. Cinq dimensions sont à évaluer [57] (encadré 5.2).

Différentes illustrations de l'utilisation de cet outil et de sa pertinence pour la clinique ont été publiées [57-59]. Ce guide offre des perspectives prometteuses sur le plan clinique, de l'enseignement et de la recherche. Une version plus détaillée de ce guide a été publiée en annexe du DSM-5 [60], et un guide d'entretien (*Cultural Formulation Interview*) lui a été ajouté.

Dans notre expérience, l'utilisation du guide de formulation culturelle permet au clinicien — même s'il n'est pas un spécialiste de la psychiatrie transculturelle — de co-construire avec le patient et sa famille un sens à ce qui est en train de se produire. Il s'agit d'un moment clinique important

Encadré 5.2**Guide de formulation culturelle (DSM-IV)****Identité culturelle de l'individu**

- Groupe(s) culturel(s) auquel (auxquels) le patient s'identifie ou alors au contraire qu'il ne reconnaît pas comme affiliation. Position par rapport au sentiment religieux. Mêmes informations sur les deux parents.
- Langues : langue maternelle, parlée dans la petite enfance et la période des apprentissages. Acquisition de nouvelles langues. Langue(s) parlée(s) au travail, à la maison par le patient et sa famille, langue utilisée pour les soins, langues dans lesquelles le patient lit et écrit.
- Relation avec la culture d'origine : maintien de liens affectifs avec des personnes restées au pays, implication dans des associations communautaires, religieuses, de loisir, politique regroupant des migrants de même origine. Place des pairs de même origine dans la socialisation, contacts avec la famille étendue. Positionnement du patient vis-à-vis de sa culture d'origine.
- Relation avec la culture du pays hôte : engagement dans des activités de loisir, communautaires, religieuses, relations amicales, socialisation. Perception de la culture du pays hôte. Expérience du racisme.

Modèle étiologique des troubles

- Dénomination du problème (par exemple, les nerfs, la malchance, des plaintes somatiques, etc.) et principales manifestations.
- Sens de ces troubles et sévérité perçue en référence à la culture d'origine et à la culture du pays d'accueil.
- Modèles explicatifs de la maladie, ce qui inclut : cause, évolution, mécanisme, évolution attendue, traitement souhaitable.
- Itinéraire thérapeutique : dans le système de soin, avec des guérisseurs traditionnels, médecines alternatives, etc. Raisons de ces choix, sens de la demande actuelle.

Facteurs culturels liés à l'environnement psychosocial et au niveau de fonctionnement

- Facteurs de stress : situation politique dans le pays d'origine et le pays d'accueil, stress principal selon l'individu, sa famille.
- Facteurs de protection, de support.
- Niveau de fonctionnement et de handicap à la maison, au travail, dans la famille nucléaire et étendue, avec les pairs de même origine, avec les membres de la société d'accueil.

Éléments culturels de la relation entre le sujet et le clinicien

- Identité culturelle du clinicien, langue parlée par le clinicien, connaissances spécifiques au sujet de la culture du patient.
- Histoire des relations entre les groupes culturels du patient et du clinicien (par exemple, colonisation, conflit, guerre, racisme, etc.).
- Existence de conflits de valeur entre le clinicien et le patient.
- Possibilité d'évaluer ces aspects.

Conclusions de l'évaluation culturelle susceptibles d'éclairer l'évaluation diagnostique et les soins

- Reprendre chaque catégorie et en dégager les implications pour ce cas.
- Quel rôle les facteurs socioculturels jouent-ils dans la problématique de ce patient et dans l'existence de possibles solutions ?
- Quel rôle l'histoire migratoire joue-t-elle dans la problématique de ce patient et dans l'existence de possibles solutions ?
- La formulation culturelle conduit-elle à modifier l'évaluation du diagnostic, de la sévérité, du niveau de fonctionnement, du niveau des facteurs de stress et de support social, du pronostic, du traitement à mettre en place, de l'alliance thérapeutique, etc. ?

pour le nouage de l'alliance thérapeutique. Les conséquences sont également importantes sur le plan diagnostique : lorsque le patient peut exprimer la richesse et la complexité de son expérience vécue, lorsque le thérapeute est prêt à l'entendre et que les deux partenaires se situent dans une démarche de co-construction de sens, cela permet l'émergence d'un matériel individuel d'une grande richesse, qui modifie radicalement la première impression diagnostique et bouleverse la prise en charge. Nous pouvons illustrer cela avec la situation clinique d'Aminata.

Vignette clinique

Aminata

Aminata, une femme de soixante ans d'origine sénégalaise, wolof, est hospitalisée dans un service de médecine pour un bilan de polyarthralgies. Le psychiatre est appelé en urgence alors que depuis la veille son comportement a changé et qu'il contraste avec la grande réserve qu'elle affectait jusque-là. Aminata s'est dévêtue et elle arpente le couloir en hurlant dans sa langue maternelle, en menaçant verbalement et de son poing tendu les autres patients et le personnel. Elle est allée chercher du lait dans la cuisine qu'elle s'est renversé sur la tête et le corps. Tout contact paraît impossible, Aminata est en contact avec des créatures invisibles qui semblent lui parler, auxquelles elle répond, éclatant parfois de rire ou manifestant de la colère. Le personnel du service et les autres patients sont terrorisés. Les médecins du service pensent que son état nécessite une hospitalisation en psychiatrie sous contrainte du fait de sa « dangerosité » supposée. L'entretien et un traitement anxiolytique lui permettent de retrouver son calme. C'est alors la tristesse qui domine, mais le contact est rétabli. Toujours réticente, elle ne peut livrer que quelques éléments : c'est déjà arrivé à sa mère et à des cousines, rien ne va en ce moment, sa fille aînée est gravement malade mais c'est un secret. Aminata sent qu'elle devrait rentrer au pays suivre une cérémonie traditionnelle de guérison, le *ndöp*, qui permettrait de vivre en paix avec ses *rabs*, esprits tutélaires qui la « prennent », elle aussi, comme sa mère. Mais pour cela, il faudrait qu'elle puisse à nouveau faire confiance à cette mère rejetante, maltraitante, qui n'avait pu sauver le fils d'Aminata décédé chez ▷

- ▷ elle en vacances alors qu'il avait quatorze ans et qu'Aminata était restée en France pour travailler... Ces crises se reproduisirent à plusieurs reprises dans le service et une partie non négligeable de notre travail psychothérapeutique fut d'aider l'équipe dans ses capacités contenantes. Le suivi de cette patiente mit en évidence une symptomatologie dépressive avec une forte charge anxieuse, dans un contexte de questionnements existentiels douloureux.

L'état initial de la patiente, une fois un trouble somatique ou iatrogène éliminé, évoquait le diagnostic de « trouble psychotique bref » du DSM, dont les critères diagnostiques étaient remplis. Aminata présentait des hallucinations psychosensorielles acoustico-verbales, un dialogue hallucinatoire, des rires immotivés. Cet état évoluait depuis vingt-quatre heures, dans une alternance de moments d'excitation et de moments d'abattement accompagnés de réticence pathologique, de mutisme et de refus du contact.

C'est l'entretien mené selon le guide de formulation culturelle autour du matériel amené par la patiente et de sa propre compréhension de ce qui se passe qui permet de dépasser ce niveau. Nous n'en donnerons que quelques éléments. Aminata est wolof, ethnique majoritaire au Sénégal, musulmane non pratiquante. Elle a une idée précise sur ce qui lui arrive : encore faut-il la lui demander et se montrer prêt à l'entendre sans juger ni lui attribuer une signification psychopathologique en soi. Aminata nous parle d'un phénomène de possession par les *rabs* ^[61]. C'est quelque chose qu'elle a déjà expérimenté ainsi que plusieurs femmes de sa famille, dont sa mère. Elle sait également ce qu'il conviendrait de faire pour aller mieux, un *ndöpp*, comme elle l'a déjà fait par le passé, mais il lui faudrait accepter de s'appuyer sur sa mère, ce qui lui semble insurmontable pour l'instant... La résurgence de cette symptomatologie chez la patiente témoigne de sa fragilisation actuelle, et survient alors qu'une nouvelle fois, la question de la filiation est interrogée à travers la maladie qui touche sa fille. Aminata appelle à l'aide : elle est bien placée pour savoir que ces transes suscitent l'intérêt des médecins occidentaux, puisqu'elle nous dit que sa mère, vraie possédée, savait également faire des crises « sur commande » pour les besoins pédagogiques des médecins coloniaux de Dakar... Les troubles présentés par Aminata représentent un trouble qui n'aurait sans doute pas, à Dakar, conduit à recourir à un psychiatre en première intention. La famille, puis la famille étendue, puis le secteur informel auraient probablement été sollicités avant l'hôpital. Mais ces recours ne sont pas toujours disponibles dans la migration, et ce qui est avant tout quête de sens, tentative de réaménagement identitaire, se voit offrir une réponse d'emblée médicale. Pouvoir parler de ces êtres invisibles qui l'assaillent permet à la patiente de se rassérer et de déployer peu à peu des affects dépressifs insurmontables, des deuils bloqués et des conflits névrotiques non résolus ; une alliance thérapeutique de bonne qualité peut être établie. La prise en charge immédiate et l'évolution ont confirmé le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité moyenne, sans élément psychotique. Le traitement associant des consultations thérapeutiques à un traitement par antidépresseur sérotoninergique a duré environ un an.

Les phénomènes de transe ou de possession peuvent facilement être confondus avec un état délirant ^[62, 63]. Ces manifestations, comme plus généralement

l'ensemble des syndromes liés à la culture [10], peuvent pourtant correspondre à différentes situations qui vont de situations non pathologiques à des troubles psychiatriques graves. En effet, des situations de détresse par exemple réactionnelles à un événement de vie, des troubles affectifs, névrotiques peuvent s'extérioriser d'une manière culturellement codée, par exemple un tableau de possession. Ce n'est donc pas à partir des signes témoignant de la possession que l'on pourra poser un diagnostic psychiatrique [64]. Pour autant, un authentique délire peut également emprunter à ce modèle. Il n'est donc pas possible de dresser des équivalences strictes entre des tableaux de syndromes liés à la culture et des diagnostics psychiatriques. Il est intéressant en clinique de toujours considérer le potentiel dynamique et structurant de telles crises et de ne pas assigner à ces patients un diagnostic de schizophrénie dès le premier épisode. L'utilisation du guide de formulation culturelle des troubles peut sans aucun doute nous y aider [32].

Il nous semble toutefois utile de souligner certaines limites de cette approche par le guide de formulation culturelle. Tout d'abord, le concept de « culture » est utilisé ici sans avoir été préalablement défini, la proposition de définition du groupe de travail sur les aspects culturels n'ayant pas été retenue par les auteurs du manuel. Les concepts de « culture d'origine » et de « culture d'accueil » méritent aussi d'être précisés tant les processus en jeu sont complexes [65]. La question de l'acte migratoire, de ses déterminants conscients ou non, de son vécu n'est pas évoquée. Enfin, il convient d'être prudent sur la notion de « théorie étiologique » des patients. Ces théories sont des constructions des patients élaborées à un moment donné, dans la relation avec un clinicien, en empruntant à des éléments divers. Il serait tout à fait dommageable de les figer, de les essentialiser, voire de leur donner corps en les énonçant soi-même comme des vérités ou un équivalent de diagnostic. Il s'agit d'objets complexes, mouvants ; on voit souvent des « théories étiologiques écran » : un patient peut par exemple évoquer « le destin » et ne pas parler de sa crainte d'une attaque en sorcellerie dont la seule évocation serait terrifiante.

Ces mises en garde faites, le guide de formulation culturelle nous semble un bon moyen pour le clinicien non spécialiste transculturel de saisir l'importance de la prise en compte des aspects culturels de l'acte diagnostique et ses implications pour le traitement. Rappelons que ces aspects ne peuvent se déployer que si le clinicien est prêt à les entendre, et que ne pas vouloir les entendre c'est à la fois prendre le risque d'une erreur diagnostique et contraindre le patient au clivage et à la solitude élaborative.

Conclusion

Pour reprendre le mot de Kleinman [66], nous devons garder à l'esprit que le diagnostic psychiatrique est « l'interprétation d'une interprétation » : nulle variable mesurable naturelle n'est connue à ce jour dans le champ de la

psychiatrie. Le patient interprète son expérience et nous la communique, nous interprétons à notre tour un ensemble de données, et chacun de ces processus est enraciné dans des matrices culturelles. En situation transculturelle, les hallucinations n'échappent pas à cette règle et l'approche transculturelle de ces phénomènes est utile pour plusieurs raisons : limiter le risque d'erreur diagnostique et de perte de chance pour le patient, pouvoir obtenir des informations cliniques plus pertinentes, améliorer l'alliance thérapeutique et l'engagement dans les soins, et, enfin, participer à la recherche, qu'elle soit clinique ou épidémiologique.

Points clés

- La fréquence des hallucinations en population générale varie selon le contexte culturel. Dans certaines régions du monde, la fréquence des hallucinations en dehors de toute psychose est beaucoup plus élevée que dans les pays occidentaux, ce qui pose la question des limites du concept d'hallucination en situation transculturelle.
- Le savoir psychiatrique est enraciné dans la culture occidentale, il témoigne d'une vision du monde et de la réalité qui n'est pas dénuée d'ethnocentrisme. Or, en situation transculturelle, on peut être confronté à des patients qui ont des manières différentes de concevoir la réalité et le monde surnaturel, sans qu'il s'agisse de délire.
- Lorsqu'un patient souffre, il fait appel à des représentations culturellement codées. En situation transculturelle, et particulièrement en situation migratoire, ce codage culturel peut conduire à un excès de diagnostic de psychose au détriment d'autres diagnostics, comme les troubles de l'humeur, surtout lorsque des phénomènes hallucinatoires sont identifiés.
- Les hallucinations survenant dans le contexte de troubles psychotiques varient aussi selon les aires culturelles, que ce soit dans leur contenu ou dans la manière dont l'expérience est vécue par les patients.
- L'approche transculturelle de ces phénomènes est utile pour plusieurs raisons : limiter le risque d'erreur diagnostique et de perte de chance pour le patient, pouvoir obtenir des informations cliniques plus pertinentes, améliorer l'alliance thérapeutique et l'engagement dans les soins.

Bibliographie

- [1] Martino P, Zempleni A, Collomb H. Délire et représentations culturelles : à propos du meurtre d'un sorcier. *Psychopathologie Africaine* 1965;1:151-7.
- [2] Mukherjee S, Shukla S, Woodle J, Rosen AM, Olarte S. Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients: a multiethnic comparison. *Am J Psychiatry* 1983;140:1571-4.
- [3] Devereux G. *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (1970). Paris: Gallimard; 1983.

- [4] Moro MR. Les débats autour de la question culturelle en clinique. In: Baubet T, Moro MR, editors. *Psychopathologie transculturelle*. Paris: Masson; 2013, p. 31-48.
- [5] Beavan V. The prevalence of voice-hearers in general population: a literature review. *Journal of Mental Health* 2011;20:281-92.
- [6] Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Arango C, Ayuso-Mateos JL. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull* 2012;38:475-85.
- [7] Johns LC, Nazroo JY, Bebbington P, Kuipers E. Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations. *Br J Psychiatry* 2002;180:174-8.
- [8] Al-Issa I. The illusion of reality or the reality of illusion. *Hallucinations and culture*. *The British Journal of Psychiatry* 1995;166:368-73.
- [9] Jardri R, Bartels-Velthuis AA, Debbané M, Jenner JA, Dauvilliers Y, Plazzi G, Demeulesmeester M, David C-N, Rapoport J, Dobbelaere D, Escher S, Fernyhough C. From phenomenology to neurophysiological understanding of hallucinations in children and adolescents. *Schizophr Bull* 2014;40:S221-32.
- [10] Littlewood R. Nosologie et classifications psychiatriques selon les cultures : les « syndromes liés à la culture ». *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* 2001;2:441-66.
- [11] Birnbaum K. The making of a psychosis. In: Hirsch SR, Shepherd M, editors. *Themes and variations in European psychiatry*. Bristol: Wright; 1923.
- [12] Geertz C. Anti-anti-relativism. *American Anthropology* 1984;86:263-78.
- [13] Devereux G. De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement (1967). Paris: Flammarion; 1980.
- [14] Collomb H. Les bouffées délirantes en pathologie africaine. *Psychopathologie Africaine* 1965;1:167-239.
- [15] Nathan T. *La folie des autres*. Paris: Dunod; 1986.
- [16] Jenkins J. Schizophrenia as a paradigm case for understanding fundamental human processes. In: Jenkins J, Barrett R, editors. *Schizophrenia, culture and subjectivity: the edge of the experience*. Cambridge: University of Cambridge; 2004. p. 26-91.
- [17] Di C. *La nuit en anthropologie et en clinique. Éléments de psychopathologie transculturelle des traumatismes psychiques*. Thèse de doctorat en psychologie. Villetaneuse: Université Paris 13; 2011.
- [18] Moro MR. *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris: PUF; 1994.
- [19] Sindzingre N. La notion de transfert de représentations : l'exemple des aspects culturels de l'infortune. *Anthropologia Medica* 1989;5-6.
- [20] Kleinman A. Depression, somatization and the « New Cross-Cultural Psychiatry ». *Soc Sci Med* 1977;11:3-10.
- [21] Kleinman A. Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry* 1987;151:447-54.
- [22] Baubet T, Taïeb O, Guillaume J, Moro MR. Les états psychotiques chez les jeunes migrants et enfants de migrants. *L'Encéphale* 2009;35:S219-23.
- [23] Good B. Culture, diagnosis and comorbidity. *Cult Med Psychiatry* 1993;16:427-46.
- [24] Lin KM. Assessment and diagnostic issues in the psychiatric care of refugees patients. In: Holzman WH, editor. *Mental care of immigrants and refugees*. Austin: University of Texas Press; 1990.

- [25] Manson SM, Shore JH, Bloom JD. The depressive experience in american indian communities: a challenge for psychiatric theory and diagnosis. In: Kleinman A, Good B, editors. *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press; 1985, p. 331-68.
- [26] Neighbors HW, Jackson JS, Campbell L. The influence of racial factors on psychiatric diagnosis: a review and suggestions for research. *Community Ment Health J* 1989;25:301-11.
- [27] Shashidharan SP. Afro-caribbeans and schizophrenia: the ethnic vulnerability hypothesis re-examined. *Int Rev Psychiatry* 1993;5:129-44.
- [28] Fernando S. *Mental health, race and culture*. London: Macmillan Press; 1991.
- [29] Knowles C. Afro-caribbeans and schizophrenia: how does psychiatry deals with issues of race, culture, and ethnicity? *J Soc Politics* 1991;20:173-90.
- [30] Selod S. Difficultés diagnostiques chez les patients d'une autre culture : pourquoi certains patients dépressifs sont-ils diagnostiqués comme psychotiques ? Thèse de Médecine: Université de Lille; 1998.
- [31] Selod S. Relations interethniques et classifications : de l'emploi des diagnostics dans la littérature psychiatrique au XX^e siècle. *L'Autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* 2001;2:481-94.
- [32] Radjack R, Baubet T, El Hage W, Taïeb O, Moro MR. Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle ? *Ann Méd-Psychol* 2012;170:591-5.
- [33] Baubet T. L'évaluation clinique en situation transculturelle. In: Baubet T, Moro MR, editors. *Psychopathologie transculturelle*. Paris: Masson; 2013, p. 87-102.
- [34] Cooper JE, Jablensky A, Sartorius N. WHO collaborative studies on acute psychoses using the SCAAPS schedule. In: Stefanis CN, Rabavilas AD, Soldatos CR, editors. *Psychiatry: a world perspective*, vol. 1. Amsterdam: Elsevier; 1990, p. 185-92.
- [35] Kulhara P, Chakrabarti S. Culture and schizophrenia and other psychotic disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:449-64.
- [36] OMS. *Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Genève/Paris: OMS/Masson; 1993.
- [37] OMS. *Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche*. Genève/Paris: OMS/Masson; 1994.
- [38] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. Fourth Edition – Text Revision. DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatric Press; 2000.
- [39] Hanck C, Collomb H, Boussat M. Dépressions masquées psychotiques ou le masque noir de la dépression. *Acta Psychiatrica Belgica* 1976;1:26-45.
- [40] Ifrah A. *Le Maghreb déchiré*. Grenoble: La Pensée Sauvage; 1980.
- [41] Durand G, Traore M. Magnan en Afrique Noire ? Place actuelle des bouffées délirantes aiguës en psychopathologie africaine. *Synapse* 1992;87:55-8.
- [42] Fajri A, El Idrissi MA, Belaizi M. Pathologie psychiatrique et aspects culturels dans la société marocaine : un lien à débattre ou à combattre ? *Med Trop* 1996;56bis:441-4.

- [43] Larøi F, Luhrmann TM, Bell V, Christian WA, Deshpande S, Fernyhough C, Jenkins J, Woods A. Culture and hallucinations: overview and future directions. *Schizophr Bull* 2014;40:S213-20.
- [44] Mitchell J, Vierkant AD. Delusions and hallucinations as a reflection of the subcultural milieu among psychotic patients of the 1930s and 1980s. *J Psychol* 1989;123:269-74.
- [45] Suhail K, Cochrane R. Effects of culture and environment on the phenomenology of delusions and hallucinations. *Int J Soc Psychiatry* 2002;48:126-38.
- [46] Nayani TH, David AS. The auditory hallucinations: a phenomenological survey. *Psychol Med* 1996;26:177-89.
- [47] Luhrmann TM, Padmavati R, Tharoor H, Osei A. Differences in voice-hearing associated with psychosis in Accra, Chennai and San Mateo. *Br J Psychiatry* 2015;206:41-4.
- [48] Bauer SM, Schanda H, Karakula H. Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2011;52:319-25.
- [49] Jenkins JH. Conceptions of schizophrenia as a problem of nerves: across-cultural comparison of Mexican-Americans and Anglo-Americans. *Soc Sci Med* 1988;26:1233-43.
- [50] Corin E, Thara R, Padmavati R. Living through a staggering world: the play of signifiers in early psychosis in South-India. In: Jenkins J, Barrett R, editors. *Schizophrenia, culture and subjectivity: the edge of the experience*. Cambridge: University of Cambridge; 2004. p. 110-45.
- [51] Schooler C, Caudill W. Symptomatology in Japanese and American schizophrenics. *Ethnology* 1964;3:172-7.
- [52] Devereux G. *Ethnopsychanalyse complémentariste* (1972). Paris: Flammarion; 1985.
- [53] Moro MR. *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*. Paris: Syros/La Découverte; 2002.
- [54] Moro MR, Baubet T. Les soins en situation transculturelle. In: Baubet T, Moro MR, editors. *Psychopathologie transculturelle*. Paris: Masson; 2013. p. 143-58.
- [55] Moro MR. *Nos enfants demain. Pour une société multiculturelle*. Paris: Odile Jacob; 2010.
- [56] Mezzich JE. Cultural formulation and comprehensive diagnosis: clinical and research perspective. *Psychiatr Clin North Am* 1995;18:649-57.
- [57] Yilmaz AT, Weiss MG. Cultural formulation: clinical case study. In: Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rössler A, editors. *Cultural Psychiatry: Euro-international perspectives*. Basel: Karger; 2001. p. 129-40.
- [58] Ruiz P. The role of culture in psychiatric care: clinical case conference. *Am J Psychiatry* 1998;155:1763-5.
- [59] Baubet T, Taieb O, Heidenreich F, Moro MR. Culture et diagnostic psychiatrique : l'utilisation du « guide de formulation culturelle » du DSM-IV en clinique. *Ann Méd Psychol* 2005;163:38-44.
- [60] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. Fifth edition – DSM-5*. Washington: American Psychiatric Press; 2013.
- [61] Ortigues M-C, Ortigues E. *Edipe africain*. Paris: L'Harmattan; 1984.
- [62] McCormick S, Goff DC. Possession states: approaches to clinical evaluation and classification. *Behavioural Neurology* 1992;5:161-7.
- [63] Pereira S, Bhui K, Dein S. Making sense of 'possession states' : psychopathology and differential diagnosis. *Br J Hosp Med* 1995;53:582-6.

- [64] During E, Elahi F, Taieb O, Moro MR, Baubet T. A critical review of dissociative trance and possession disorders : Etiological, diagnostic, therapeutic, and nosological issues. *Can J Psychiatry* 2011;56:235-42.
- [65] Revah-Lévy A, Pradère J. Questions de culture(s) : devenir dans la migration. In: Baubet T, Moro MR, editors. *Psychiatrie et migrations*. Paris: Masson; 2003. p. 123-5.
- [66] Kleinman A. How is culture important for DSM-IV? In: Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL, editors. *Culture and psychiatric diagnosis*. Washington: American Psychiatric Press; 1996, p. 15-25.

6 Des groupes d'Entendeurs de voix : pour qui ? pourquoi ? pour quoi faire ?

M. Molinié, V. Demassiet

Qu'est-ce qu'un groupe d'Entendeurs de voix ? Quelles personnes y participent ? Pour y faire quoi ? C'est ce que nous allons nous attacher à présenter dans ce texte à partir des conceptions et des pratiques qui sont celles des membres du Réseau français sur l'Entente de Voix (REV France). Relativement récent en France, ce mouvement s'appuie sur une expérience cumulée depuis la fin des années quatre-vingt aux Pays-Bas, en Grande-Bretagne et en Australie notamment, ainsi que sur les principes fédérateurs élaborés au sein du *Hearing Voices Network* (HVN), dans lesquels les membres de l'association française se reconnaissent.

Commencements

Au cours de l'année 1987 aux Pays-Bas, Patsy Hague, une jeune femme présentant un diagnostic de schizophrénie, et son psychiatre, Marius Romme, inventent une manière différente d'aborder les voix qui envahissent Patsy et qui résistent aux traitements conventionnels. Cette nouvelle stratégie repose sur le fait d'accepter que ces expériences sont réelles et de chercher des moyens alternatifs d'y faire face. Une enquête nationale sur l'expertise concrète d'autres Entendeurs de voix est alors lancée en collaboration avec Sandra Escher. À l'issue de cette enquête, Romme et Escher concluent que réduire les voix à un phénomène pathologique n'est pas toujours bénéfique pour qui veut aider les personnes à faire face à leurs voix ^[1]. À la place, ils recommandent de comprendre le cadre de référence et de compréhension des Entendeurs de voix, de les soutenir dans leurs efforts pour changer la relation avec leurs voix et de promouvoir le rôle des pairs pour réduire la stigmatisation et l'isolement que ces personnes peuvent vivre.

Le mouvement sur l'entente de voix se structure et se développe dans les années qui suivent autour de la collaboration entre experts par expérience (Entendeurs de voix, parents) et experts par profession (chercheurs, cliniciens). Mais quels sont les objectifs de ce mouvement ? « Questionner, critiquer et redéfinir le cadre de compréhension biomédicale traditionnel des voix,

développer des dispositifs permettant de composer avec les voix et se rétablir, redéfinir le pouvoir et l'expertise de ceux qui entendent des voix et promouvoir leurs droits » résumant dans un article récent Cortens, Longden et al. [2].

Le Réseau français naît à son tour en 2011. Comme ses homologues au niveau européen, ce réseau veut contribuer à l'acceptation sociale des voix en considérant celles-ci comme des expériences porteuses de sens pour les personnes qui les vivent plutôt que comme des symptômes psychiatriques¹ ; soutenir les initiatives locales destinées à sensibiliser les personnes à une approche sans tabou des voix ; offrir aux Entendeurs de voix des espaces d'expression (conférences publiques, journées d'études, formations, groupes), où ils puissent parler de leurs expériences dans un climat de sécurité et de confiance, sans être jugés ni enfermés dans une identité de malade. Ceci implique en premier lieu d'inclure, de comprendre et d'aborder les personnes et leurs expériences à partir de ce qu'elles en disent elles-mêmes. Dans ce cadre, le terme « entente de voix » est préféré à celui d'« hallucination », même s'il renvoie à une grande diversité d'expériences qui sollicite les cinq sens [3].

Philosophie du mouvement

Si le mouvement sur l'entente de voix inclut des personnes avec des points de vue très différents, elles sont rassemblées autour de valeurs clés qui inspirent la vie de l'association en général et des groupes en particulier [2].

Une de ces valeurs clés est que le fait d'entendre des voix est une expérience humaine assez commune. Une récente revue de la question a établi la prévalence de l'entente des voix dans la population générale entre 0,6 et 84 %, avec un taux médian de 13,2. Les variations peuvent être expliquées par les différences dans la définition (extensive ou restrictive) du phénomène, dans les méthodologies utilisées et dans les populations étudiées [4].

Non seulement de nombreuses personnes entendent des voix mais la plupart d'entre elles ne répondent pas aux critères diagnostiques d'un trouble psychiatrique ou neurologique. Des émotions négatives, certaines difficultés cognitives et des stratégies de *coping* peu adaptées, des maltraitements dans l'enfance sont fréquemment retrouvées chez ceux qui cherchent des soins [5]. Une relation de défiance entre la personne et ses voix est plus souvent retrouvée chez les personnes avec un trouble psychiatrique, tandis que les Entendeurs de voix « bien portants » ont généralement une relation plus apaisée à leurs voix. Il convient de rappeler qu'il n'y a là aucune fatalité : l'expérience montre qu'il est possible de modifier sa relation aux voix.

1. De plus amples informations sont disponibles sur les réseaux francophones : en France : www.revfrance.org/, en Belgique : www.rev-belgium.org/, au Québec : www.revquebecois.org/, en Suisse : www.facebook.com/Réseau-Entraide-des-Entendeurs-de-Voix-536206289792270 et internationales : www.intervoiceonline.org/.

Le fait de pouvoir parler des voix avec d'autres « Entendeurs » et d'échanger des stratégies pour faire face aux voix constitue en ce sens un appui essentiel.

Au sein du mouvement, les voix elles-mêmes ne sont pas considérées comme aberrantes ou anormales. Elles sont plutôt comprises comme une réaction significative et compréhensible à des circonstances sociales, émotionnelles et/ou interpersonnelles. De ce point de vue, il s'agit d'une expérience que chacun d'entre nous peut être amené à vivre comme le montrent les exemples de déprivation sensorielle, de deuil, de trauma ou de prises d'hallucinogènes... « Pour beaucoup d'Entendeurs de voix, cette conception est plus constructive et porteuse de pouvoir et de responsabilisation que les explications basées sur la maladie, qui mettent l'accent sur le caractère pathologique des phénomènes et peuvent induire de la stigmatisation, réduire l'estime de soi et conduire à mettre l'accent sur la suppression de l'expérience — un objectif qui s'avère dans bien des cas irréalisable, tandis que s'y ajoutent les effets secondaires des traitements médicamenteux » expliquent Cortens, Longden et al. [2]. Une vaste littérature montre qu'entendre des voix est une expérience courante dans les cultures non occidentales et chez certaines personnes exemptes de toute histoire psychiatrique [6, 5]. Les études épidémiologiques de leur côté montrent qu'une part significative de la population fera cette expérience au moins une fois au cours de sa vie [4]. De quoi réévaluer l'idée aujourd'hui prédominante en Occident que les voix sont immanquablement le signe d'une pathologie.

Le Réseau respecte le fait que les personnes puissent avoir diverses explications à leur voix, notamment liées à la culture (cf. aussi chapitre 5). Le sens donné à ces expériences peut donc s'étendre d'une expérience spirituelle, une sensibilité ou un don, à une expérience de dissociation, un déséquilibre biochimique (par exemple, par excès de dopamine), une expérience paranormale, un problème génétique ou biologique, des erreurs cognitives, de la télépathie...

L'explication la plus importante est celle que les Entendeurs de voix trouvent utile. Ils sont encouragés à prendre en main leurs expériences et à les définir par et pour eux-mêmes. Il est donc important de ne pas leur imposer sa propre conviction. D'autant plus que le déni de l'expérience entraîne souvent un sentiment d'impuissance, un conflit à l'intérieur de soi, engendre un sentiment de persécution et surtout une incapacité à avancer alors qu'une acceptation de l'existence des voix et des phénomènes sans étiquetage systématique est un élément clé qui permet l'élaboration de stratégies destinées à faire face. Un examen du contenu des voix et des raisons de leur présence peut ensuite amener la compréhension et le développement personnel vers le rétablissement. En effet, quelles que soient les croyances de quelqu'un à propos de ses expériences, le plus important est qu'il trouve le moyen de « faire face » à cette croyance, ce qui lui redonne un sentiment de puissance et de contrôle sur son existence afin de construire la vie qu'il souhaite.

Les groupes d'Entendeurs de voix offrent des espaces sécurisés² pour ces explorations. Des termes tels que « hallucinations » et « délires » y sont évités. « Ils représentent le discours médical qui est souvent perçu comme déresponsabilisant et potentiellement colonisateur de l'explication propre à la personne » notent Cortens, Longden et al. [2]. Dans une majorité de cas, les voix peuvent être comprises dans le contexte de vie des personnes et des récits interpersonnels. Elles sont provoquées et maintenues par des événements de vie stressants qui dépassent et fragilisent les individus. Leurs contenus, leur identité et/ou début est fréquemment en lien avec les problèmes propres du sujet. Elles sont régulièrement mises en lien avec des expériences de deuil et de traumatisme psychologique, des émotions précoces non digérées, des négligences, des maltraitements, des abus — violences sexuelles en particulier [7]. De nombreuses recherches montrent d'ailleurs l'existence d'une association entre histoire traumatique dans l'enfance et symptomatologie psychotique [7, 8].

Accepter les voix est considéré comme plus aidant que d'essayer de les supprimer. « Cela suppose de considérer les voix comme une expérience réelle, d'honorer la réalité subjective de l'Entendeur de voix et de reconnaître que les voix sont une expérience que l'Entendeur peut, avec du soutien, gérer avec succès » indiquent Cortens, Longden et al. [2]. Accorder une valeur positive aux voix, par exemple comme le fait d'être porteuses de signification par rapport à des expériences émotionnellement chargées, peut paraître contre-intuitif quand quelqu'un entend des voix stressantes ou qui le commandent. Face à cela, Romme et Escher ont proposé que les voix sont à la fois le problème et la solution : une attaque contre l'identité et une tentative de la protéger en signifiant et en incorporant des douleurs émotionnelles. Décoder les conflits et les problèmes de la vie sous-jacents aux voix est souvent possible, même en cas de diagnostic psychiatrique. Des outils tels que le questionnaire de Maastricht³ développé par Romme, Escher et Hague peuvent être utilisés dans ce cadre [9].

2. La construction du sentiment de sécurité à l'intérieur du groupe par l'établissement de ses propres règles d'échanges est une des premières étapes de la vie du groupe que prennent en charge ses membres. Elle est une condition essentielle pour que les personnes puissent s'autoriser à parler de ce qu'ils ont pris l'habitude de taire.
3. Le questionnaire de Maastricht est un guide d'entretien semi-structuré qui permet d'explorer l'expérience des Entendeurs de voix et les phénomènes auxquels ils sont confrontés : caractéristiques des voix, anamnèse du phénomène, déclencheurs passés et présents, relations avec les voix et les stratégies d'adaptation, événements clés de l'histoire de vie, histoire du traitement et du réseau social. L'entretien doit permettre de répondre à deux questions principales : qui les voix représentent-elles ? quels problèmes représentent-elles ? La réponse à ces questions veut favoriser l'appropriation par le sujet du sens de ses voix et leur intégration dans son histoire de vie [9].

Que les personnes trouvent ou pas du soutien dans les traitements (par exemple, pour faire face à l'anxiété, retrouver le sommeil), ceux-ci ne sont considérés que comme une stratégie disponible parmi d'autres et les personnes sont soutenues dans leurs propres décisions si elles souhaitent chercher des alternatives.

Les groupes d'Entendeurs de voix sont l'un des espaces à partir desquels ces personnes peuvent retrouver l'espoir d'une vie digne d'être vécue et s'engager dans un processus de rétablissement personnel. Les définitions du terme « rétablissement » (de l'anglais *recovery*) issues des mouvements d'usagers défendent l'irréductible singularité de chaque parcours de rétablissement et veulent s'affranchir du modèle médical [10-12]. « Dans le réseau [*Hearing Voices*], nous utilisons le terme rétablissement pour signifier “Vis la vie que tu as choisie, pas celle que les autres ont choisie pour toi”. [13] » Les autres ici peuvent désigner la famille, les amis, des professionnels ou bien les voix elles-mêmes. Il est toujours possible de retrouver le chemin de son développement personnel, de se construire une vie digne d'être vécue, quelles que soient les limitations rencontrées. Dans la mesure où il ne s'agit pas de caractériser l'évolution de la maladie mais le devenir de la personne, chacun est invité à définir ses propres critères de rétablissement, sans vouloir les imposer aux autres, mais sans non plus se voir imposer les siens par d'autres. « Ce n'est pas l'équivalent d'une guérison linéaire, à la trajectoire rectiligne, mais un processus d'apprentissage et d'adaptation au fait d'entendre des voix, permettant de tirer parti de cette expérience tout en reprenant contrôle sur sa vie » précisent Rufus May et Jacqueline Hayes [14]. De fait, beaucoup d'Entendeurs ont déjà des vies qu'ils aiment car leur voix peuvent améliorer leur bien-être ou bien leurs expériences peuvent tout simplement ne pas leur nuire.

Aspects concrets des groupes

Avant même la création du REV France en 2011, un premier groupe a vu le jour fin 2010 à Mons-en-Barœul, à l'initiative de Yann Derobert⁴. Il le co-facilite très vite avec Sonia, une Entendeuse de voix, qui passera à son tour le relais à l'un d'entre nous, Vincent Demassiet, en 2012.

Aujourd'hui, une quinzaine de groupes existent en France : réservé à des Entendeurs de voix ou bien ouvert à des soignants ou bien encore ouvert à toute personne intéressée par le phénomène — on parlera plutôt de groupe

4. Psychologue clinicien, Yann Derobert s'investit depuis 2009 au sein d'*Intervoice*, le mouvement international sur l'entente de voix fondé par le Pr Marius Romme et Sandra Escher. Il est à l'initiative du Réseau français sur l'Entente de Voix et a aidé au démarrage de plusieurs groupes d'Entendeurs de voix (Mons-en-Barœul déjà cité, Lunéville, Marseille, Paris...).

sur l'entente de voix dans ce cas — ; organisé de manière autonome, dans la cité, ou bien en lien avec l'équipe d'un secteur psychiatrique, un groupe d'entraide mutuelle. Pour des raisons de clarté, nous privilégierons ici la description de groupe d'Entendeurs de voix.

Un groupe d'Entendeurs de voix est un groupe d'entraide et se distingue donc d'un groupe clinique ou d'intervention thérapeutique. Chaque groupe élabore ses propres règles de fonctionnement, a sa personnalité propre. Tout comme le HVN, le REV France veille à ne pas imposer une formule standard. Il privilégie les groupes qui trouvent leur propre personnalité plutôt que d'imposer une structure prédéterminée.

Les personnes qui entendent des voix évitent de parler de cette expérience à leur entourage qui leur renvoie généralement l'idée qu'il s'agit d'un phénomène anormal ou pathologique. Il existe une peur, socialement construite et entretenue, qui encourage le déni et l'évitement de ces phénomènes et empêche les personnes d'entreprendre une relation avec leurs voix. Cette stigmatisation est une conséquence des représentations sociales associant trouble psychique, dangerosité, incapacité et dépendance. Ces représentations sociales négatives ne sont pas seulement portées par la population générale, mais aussi par certains professionnels qui associent schizophrénie à pronostic défavorable ou chronicité, voire à l'idée que la personne concernée sera toujours dépendante du service de psychiatrie et ne pourra aspirer qu'à une « stabilisation » sous contrôle des professionnels. Lorsqu'elle est intériorisée, cette stigmatisation est un des obstacles principaux au rétablissement. Or, les mouvements d'usagers et ex-usagers de la psychiatrie témoignent de la possibilité d'un véritable rétablissement, quels que soient le trouble et le diagnostic psychiatrique qui leur a été attribué [15].

Pouvoir rencontrer d'autres personnes prêtes à accepter que leurs voix existent véritablement, sans les caractériser immédiatement comme un produit de leur imagination ou le signe d'une maladie mentale, pouvoir en parler dans un climat de sécurité et de confiance — que ce soit avec des pairs, des proches, des soignants — permet de s'engager dans une réappropriation de cette expérience, des événements de vie et des émotions qui y sont liés et de trouver des stratégies pour y faire face [14].

Les groupes d'Entendeurs de voix sont des espaces spécifiquement pensés pour cela. Ils permettent « la rencontre régulière d'individus vivant des expériences similaires d'entente de voix, s'offrant réciproquement du soutien, et faisant preuve de compréhension et de respect pour les expériences des uns et des autres », expliquent Rufus May et Jacqueline Hayes [14]. C'est le soutien entre pairs qui est actif, la considération respectueuse pour l'expérience vécue par autrui. « Les membres de ces groupes viennent écouter et raconter leur vie avec les voix, comment ils composent avec ces dernières, donnant ainsi espoir aux autres, encourageant la résilience et la

créativité des pairs. Le sens donné aux voix est vaste et les mots utilisés pour qualifier les expériences ne sont pas issus du discours médical. [14] » C'est l'Entendeur de voix qui est « expert » de ses phénomènes et non plus le professionnel. Le groupe valide le fait qu'entendre des voix ou avoir des visions est une expérience réelle. Il s'agit de créer un espace d'échanges dans lesquels les Entendeurs de voix se sentent en sécurité et respectés. « Le principe du groupe d'Entendeurs de voix est d'offrir un cadre pour les personnes vivant cette expérience, d'en parler librement, sans risque d'être catégorisées comme malade et sans risque non plus de voir leurs perceptions déniées comme "hallucinatoires" » explique Yann Derobert. « Chacun au sein du groupe a le droit d'avoir ses propres interprétations sur ce qu'il vit et doit respecter celles des autres participants », poursuit-il [16]. « On peut ainsi trouver du soutien auprès de personnes ne représentant pas l'autorité et prendre progressivement confiance en sa propre expertise sur son expérience. Ce sont aussi des lieux où l'on s'informe et où l'on échange sur les différentes interprétations possibles du fait d'entendre des voix (interprétation spirituelle, sociale, physique ou psychologique). Un principe fondant ces groupes est le respect de la diversité des interprétations de l'expérience personnelle et de la relation au monde » complètent May et Hayes [14]. De tels groupes protègent la confidentialité de leurs échanges, s'ouvrent à différents cadres de référence, afin de ne pas faire la promotion d'une seule version de la réalité [14].

Si les membres du groupe sont collectivement garants des règles qu'ils se sont données et du bon déroulement de leurs échanges, une personne sera plus particulièrement investie de la tâche de garant de la logistique du groupe (réservation de salle, rappel des dates de réunion) et du bon respect des règles établies (permettre que la parole circule, ne pas juger ou interpréter, etc.). Cette personne est appelée facilitateur/facilitatrice. Elle ne se place pas en surplomb vis-à-vis du groupe ni dans une position d'animateur. D'une manière générale, elle va veiller à ce que les rencontres puissent avoir lieu et se dérouler dans un climat où tous les participants se sentent à l'aise, qu'ils aient envie de parler ou préfèrent se taire et écouter. À terme, le but visé est toujours que la facilitation du groupe soit assumée par les Entendeurs de voix eux-mêmes.

Une fois les conditions de confiance et de sécurité créées, les participants peuvent explorer l'histoire de leurs voix, les significations qu'ils y attachent et mettre en commun leurs savoirs pour avoir davantage de contrôle sur elles.

En s'inspirant des travaux de Romme et Escher et Coleman [9, 17], les groupes du Nord favorisent les échanges d'expertises et d'expériences autour de plusieurs dimensions : la nature de l'expérience, les caractéristiques des voix, l'anamnèse de l'expérience, ce qui déclenche les voix, ce que disent les voix, l'origine des voix, leur impact sur la vie de la personne,

la relation aux voix et les stratégies de *coping*, la mise en place de stratégies pour faire face aux voix et pas nécessairement d'une escalade thérapeutique afin de les faire disparaître, discuter de la croyance plutôt que de la rejeter.

Témoignage

Témoignage de Monsieur Vincent Demassiet*

« [...] J'ai été un "bon schizophrène", je veux dire par là que je n'embêtais personne. Je restais bien sagement "drogué" dans mon fauteuil en n'em... plus personne. Les journées étaient pour moi sans aucun intérêt, je restais des heures devant une télé allumée, sans but, sans plus aucune perspective d'avenir, sans joie, sans bonheur, j'étais condamné à survivre dans cette vie de m... Le discours du milieu hospitalier et de mes proches ne me laissait aucune envie de vivre et de me battre. Le sujet des voix était devenu tabou, je n'en parlais plus à personne et restais enfermé avec mes voix, multipliant les hospitalisations.

« Mon salut je le dois à la mobilisation de quelques personnes qui m'ont permis de voir que j'étais autre chose qu'un "schizo". Un discours qui me disait que j'étais avant tout Vincent et Entendeur de voix, que de nombreuses personnes à travers le monde, des gens connus, entendaient également des voix et que tous ne passaient pas par la case psychiatrique !

« "Mais alors si d'autres savent vivre et gérer leurs voix, pourquoi pas moi !" : voilà la première pensée positive que j'ai retrouvée et qui me laissait entrevoir un futur intéressant et enfin une lueur d'espoir.

On m'a parlé d'un groupe d'Entendeurs de voix qui se réunissaient à Mons-en-Barœul près de Lille, un groupe de personnes qui vivaient la même chose que moi : l'entente de voix. Certains, comme moi, avaient également des visions ou d'autres phénomènes. À la surprise générale de mes proches, je me mobilisais pour m'y rendre.

« La rencontre avec les autres fut magnifique : enfin un lieu d'expression où je pouvais mettre des mots sur mes voix ou on prenait en compte la réalité de mon expérience, sans m'entendre dire : "Ne t'occupe pas de tout ça, ce sont des hallucinations, c'est ton délire, pense à autre chose." Même si je n'ai pas osé m'exprimer beaucoup lors de cette première réunion, j'en suis sorti plus léger, avec le sourire retrouvé et l'envie d'y retourner. Au fur et à mesure des rencontres, je me sentais plus à l'aise pour parler ouvertement de mes expériences d'entente de voix, de la détresse que je pouvais ressentir, l'isolement qu'elle me faisait vivre, la peur, la colère, l'angoisse, la joie, la tristesse... J'ai appris des autres des techniques que je pouvais appliquer pour faire face à mes voix, j'ai appris à redécouvrir mes voix — elles occupaient pourtant 80 % de mon temps mais à force de lutter ou rentrer en conflit avec elles dans des discussions sans fin qui finissaient par me rendre de plus en plus mal et m'exclure de toute vie sociale, j'en avais oublié de me demander si elles avaient la moindre utilité. J'ai ainsi en parlant des voix pu découvrir les facteurs déclenchants et j'ai osé parler au groupe de mon histoire très personnelle sans aucun jugement des autres Entendeurs de voix. Ils m'ont au contraire soutenu et accompagné comme je le fais moi-même pour d'autres. Mes relations avec les voix ont énormément évolué, ▷

- ▷ certaines ont disparu et le peu de voix qui me restent me sont très utiles même si leur discours n'est pas toujours très clair et "très sympa". Surtout *ma vie est géniale comme je la souhaite*.

« J'ai la chance maintenant de faciliter ce groupe de Mons-en-Barœul ainsi qu'un autre groupe à Armentières. J'ai toujours autant de plaisir à m'y rendre, à permettre à chacun de pouvoir s'exprimer dans le respect de l'autre, pour sortir de la stigmatisation, continuer à connaître et explorer des techniques et approches pour mieux connaître nos voix, leur donner un sens pour mieux composer avec, les maîtriser et ainsi voir d'autres Entendeurs trouver la joie de vivre, vivre mieux avec leurs voix et montrer aux autres, aux nouveaux, qu'une belle vie avec ou sans les voix est possible. Les exemples de bonheur de vie des Entendeurs se multiplient, en deviennent contagieux. Que rêver de plus. L'entente de voix est une autre aventure palpitante pleine de vie, de bonheur possible ou l'on peut se réapproprier un pouvoir sur nos vies en prenant entre autres un plus grand pouvoir sur nos voix. J'invite tous les Entendeurs de voix à participer ou à monter ces groupes pour continuer l'appui que cela apporte ainsi que l'entraide et l'enrichissement mutuel obtenu, ça en vaut le coup ! [...] »

*La version intégrale de ce texte a été initialement publiée dans La Reverdie, le bulletin d'information du REV France, puis reprise dans une version légèrement modifiée sous le titre « Moi Vincent, Entendeur de voix, homme heureux ». Santé Mentale 179, juin 2013.

Témoignage

Témoignage de Monsieur Jean-Michel Marie*

Jean-Michel Marie a passé dix-sept ans en psychiatrie avec un diagnostic de schizophrénie. Il y a trois ans, il a intégré le groupe d'Entendeurs de voix de Mons-en-Barœul, expérience dont il a récemment témoigné :

« [...] À l'origine de mon rétablissement, j'ai partagé et entretenu dans le groupe Entendeurs de voix, un déclic. J'ai été convaincu que, dans mon cas, il était possible de m'en sortir. J'avais enfin un espoir. Confusément, j'avais des perspectives d'une vie possible meilleure, cultivant des perspectives au-delà de la maladie psychique. Cet espoir s'alimenta de petites victoires quotidiennes.

« J'apprenais à gérer, peu à peu, mes voix et mes hallucinations visuelles. Je commençais à m'intégrer dans la communauté au-delà du cercle des systèmes de soins. Également, je rencontrai des opportunités pour assumer mes propres choix de vie. Je ne gâmageais plus sur mes rêves brisés. Cela s'est fait dans des conditions favorables. Le psychiatre qui me suivait avait baissé le traitement, me permettant d'exercer mes propres choix, en responsabilité, et d'avoir un début d'accès à mes émotions.

« Dans le groupe Entendeurs de voix de Mons-en-Barœul, je me réappropriais mon vécu, en mettant des émotions jusqu'alors refoulées sur mon histoire, refoulement qui avait été à l'origine de mes hallucinations auditives et visuelles. Également, le groupe Entendeurs de voix m'a permis de retisser un tissu social.

« Auparavant, le fait de voir des choses et d'entendre des voix était perçu comme un signe de maladie mentale, définition que j'avais apprise et considérée ▷

- ▷ comme acquise lors de ma première année d'étude d'infirmier. Aussi, quand mes phénomènes ont commencé, ai-je eu droit comme seule réponse à un traitement médicamenteux. Là où ça déconne, c'est que ce traitement n'a jamais mis fin à mes phénomènes.

« Au sein du groupe Entendeurs de voix, mes voix et phénomènes ont été pris en compte. Pour la première fois, on m'a dit que cela signifiait quelque chose... Mais le sens à donner à la manifestation de ces phénomènes, c'était à moi seul de le trouver. Ce sens dépendait de mon vécu. À moi de remonter aux sources, à mon rythme, dans un environnement sécurisé, tout en étant reconnecté socialement... (personne ne me forçait).

« Dans l'environnement sécurisé du groupe d'Entendeurs de voix, je constatai que je n'étais pas le seul à vivre ces phénomènes. Je n'étais plus enfermé dans un destin qui n'était pas le mien.

« Dans le passé, le système psychiatrique avait fait de moi une victime et, pendant longtemps, j'ai cultivé ce rôle. Jadis, mon rapport avec mes phénomènes était conditionné par l'étiquette stigmatisante de schizophrène. J'étais persuadé qu'il n'y avait pas d'issue. J'étais résigné à subir. Pas plus. Auparavant, la seule approche des thérapeutes qui me suivait était de démontrer que mes voix n'avaient pas d'existence matérielle. De ce fait, pour eux, elles ne signifiaient rien. Au sein du groupe Entendeurs de voix, j'ai appris à modifier mon rapport avec les phénomènes. D'abord, j'ai été renforcé dans mon individualité en me sentant prêt à me confronter à mes phénomènes. D'autres le faisaient et vivaient bien. Pourquoi pas moi ? Quand la rencontre avec mes phénomènes était trop forte émotionnellement, je faisais une pause, quitte à reprendre contact plus tard avec eux. Puis, progressivement, j'ai identifié les facteurs déclenchants de mes phénomènes (les traumatismes de l'enfance, le stress). Cela a été le point de départ d'un contrôle progressif sur eux. Socialement, je me reconstruisais dans le regard de mes semblables, psy, mais aussi dans ceux de ma famille, de mes proches, de mes amis... [...] »

*L'intégralité de ce texte est à paraître dans : Molinié M., Marie J.-M. « Entendeurs de voix plutôt que schizophrène : une voie vers l'émancipation ». In : Bouchérat-Hue V., Leguay D., Pachoud B., Plagnol A., Weber F. Handicap psychique : questions vives. Toulouse : ERES ; sous presse.

Effets des groupes

Comme Vincent Demassiet et Jean-Michel Marie le mettent en évidence ci-dessus, les groupes produisent des effets sur les personnes qui les fréquentent. À partir de l'analyse d'entretiens réalisés avec des Entendeurs de voix, principalement des femmes, qui fréquentent un groupe de parole associant discussion libre et apports psychoéducatifs (le Pavois), Serge Lepage, de son côté, retient cinq catégories d'effets ^[18] :

- la discussion de sujets tabous ;
- l'universalisation de l'expérience ;
- le sentiment d'appartenance ;
- la formation ;
- la déstigmatisation.

Être avec des semblables, apprendre à écouter autrui et à être écouté dans un climat d'acceptation et de soutien mutuel favorise une parole libre et sans tabou. Les personnes font cette expérience inédite que ce qu'elles vivaient dans la honte devient un phénomène digne d'être partagé avec des pairs. L'échange entre personnes entendant des voix ou vivant d'autres phénomènes est plus aisé du fait d'un vécu commun. Ce vécu atteste que lorsque les personnes entendent des voix, elles les entendent bien, lorsqu'elles voient des choses elles les voient bien, etc. Les Entendeurs de voix ne sont pas des « fous » et ils peuvent reprendre le pouvoir sur leur vie même si le parcours peut parfois être dur et chaotique. Le partage d'expériences personnelles aide à relativiser l'angoisse et la marginalité qu'elles peuvent engendrer lorsqu'elles sont mal comprises et vécues dans l'isolement. « Avoir la possibilité de partager autour d'une situation de vie commune avec d'autres personnes sans être jugé, apaise l'image de soi perçue comme "déviante", est rassurant et peut faciliter la normalisation de sa propre situation » confirme S. Lepage [19]. Ceci entraîne une meilleure représentation de la situation et diminue le sentiment de stigmatisation.

Outre la normalisation de l'expérience (c'est-à-dire la reconnaissance de son universalité), le partage d'informations au sein du groupe a des effets de formation par l'apprentissage de nouvelles stratégies d'adaptation aux voix. Un des effets les plus stimulants est de permettre aux personnes qui ne parvenaient pas à affronter leurs expériences d'élaborer un récit cohérent sur ce qui leur arrive. Adopter une posture réflexive sur l'expérience des voix leur permet de découvrir la fonction porteuse de sens de ces voix sur leur vie et leurs relations sociales. Les voix difficiles deviennent ainsi progressivement plus coopératives et peuvent même devenir des alliées dans un parcours de rétablissement [20].

Vincent Demassiet et Jean-Michel Marie insistent quant à eux sur plusieurs points convergents et complémentaires : l'aspect décisif de retrouver l'espoir ; la décision prise de ne plus subir son sort, de se réapproprier son existence ; la possibilité d'apprendre à gérer les phénomènes à partir d'une reconnaissance préalable par le groupe de leur existence, puis du partage d'expériences et de l'identification de leurs facteurs déclenchant ; ce qui leur a permis de trouver un sens à leur histoire, de se reconstruire, de cultiver leur identité propre et d'élargir leur réseau social. Les groupes ont ainsi fait surgir des Entendeurs de voix qui souhaitent communiquer le message qu'il est possible de vivre mieux, de vivre heureux, avec ou sans les voix, et qui, parallèlement à leurs activités dans les groupes, s'engagent dans des activités de formation et d'information auprès des professionnels à partir des connaissances fines qu'ils ont acquises au cours de leurs explorations personnelles et collectives de leurs expériences.

Ils souhaitent partager ces connaissances avec les professionnels pour qu'une aide constructive soit apportée aux Entendeurs de voix qui font

appel aux services de soin. Ils veulent éviter que l'utilisateur soit réduit à un diagnostic et s'entende dire que tout ce qu'il ressent est normal puisque c'est « la symptomatologie du trouble », que les professionnels décident à sa place ce qu'il est capable ou non de faire, qu'ils associent systématiquement urgence avec hospitalisation ou augmentation du traitement, qu'ils rejettent l'expérience de l'utilisateur et s'enferment dans une relation paternaliste, qu'ils utilisent des mots comme « hallucinations » qui donnent l'impression à l'utilisateur de renier ce qu'il vit. Qu'ils s'intéressent à ce que le patient souhaite faire pour être heureux et non à ce que le soignant veut qu'il fasse, qu'ils mettent en avant l'être humain et non la pathologie, qu'ils sachent réduire les traitements afin que l'utilisateur puisse ressentir des émotions et ainsi mieux faire face à ses troubles.

Il y a là une proposition de recherche commune qui prolonge et approfondit le geste inauguré par Marius Romme et Patsy Hague à l'orée des années quatre-vingt-dix : les savoirs et les pouvoirs qui se développent dans les groupes d'Entendeurs de voix peuvent être une source d'inspiration pour sortir de l'impuissance partagée, aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'institution psychiatrique. Restaurer l'espoir est ce qui nous anime.

Points clés

- Le mouvement sur l'entente de voix (*Hearing Voices Movement*) et son représentant en France, le Réseau français sur l'Entente de Voix (REV France) proposent une approche déstigmatisante du fait d'entendre des voix.
- Ce mouvement s'appuie sur l'implication des personnes qui vivent ces phénomènes, sur une dépathologisation de leurs expériences qui sont resituées dans un continuum avec les expériences de vie ordinaires. Entendre des voix n'est pas en soi un signe de maladie mentale.
- Dans une dynamique de rétablissement, il est plus fructueux de comprendre les voix comme des expériences relativement communes et de penser qu'elles ont un sens en relation avec l'histoire de vie des personnes (expériences de deuil et de trauma, maltraitements, violences sexuelles, etc.).
- Les groupes d'Entendeurs de voix sont l'un des espaces où il est possible de rencontrer d'autres personnes prêtes à parler de ces expériences dans un climat de sécurité et de confiance. Ceci permet de s'engager dans une réappropriation de l'expérience, mais aussi des événements de vie et des émotions qui y sont liés, et de trouver des stratégies pour y faire face afin de retrouver l'espoir d'une vie digne d'être vécue.
- Les savoirs expérientiels acquis dans ces espaces d'auto-support peuvent contribuer à enrichir l'ensemble des pratiques de soutien et d'accompagnement.

Bibliographie

- [1] Romme M, Escher S. Hearing Voices. *Schizophr Bull* 1989;15:209-16.
- [2] Cortens D, Longden E, Mc Carty-Jones S, Waddingham R, Thomas N. Emerging perspective from the Hearing Voices Movement: Implications for research and practice. *Schizophr Bull* 2014;40:S285-94.
- [3] Woods A, Jones N, Alderson-Day B, Callard F, Fernyhough C. Experiences of hearing voices: analysis of a novel phenomenological survey. *Lancet Psychiatry* 2015;2:323-31.
- [4] Beavan V, Read J, Cartwright C. The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *J Ment Health* 2011;20:281-92.
- [5] Johns L, Kompus K, Connel M, Humpston C, Lincoln T, Longden E, et al. Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophr Bull* 2014;40:S255-64.
- [6] Larøi F, Luhrmann TM, Bell V, Christian W Jr, Deshpande S, Fernyhough C, Jenkins J, Woods A. Culture and hallucinations: Overview and future directions. *Schizophr Bull* 2014;40:S213-20.
- [7] Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Latastater T, Viechtbauer W, Read J, Van Os J, Bentall R. Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bull* 2012;8:661-71.
- [8] Reiff M, Castille D, Muenzenmaier K, Link B. Childhood abuse and the content of adult psychotic symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy* 2012;4:356-69.
- [9] Romme M, Escher S. Making sense of voice. London: Mind Publication; 2010.
- [10] Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull* 2006;32:432-42.
- [11] Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'Information Psychiatrique* 2012;88:257-66.
- [12] Greacen T, Jouet E, editors. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment. Toulouse: Erès; 2012.
- [13] Hearing Voices Network, (page consultée le 8 août 2015) [en ligne] <http://www.hearing-voices.org/voices-visions/>
- [14] May R, Hayes J. Le mouvement Hearing Voices: une approche émancipatrice du fait d'entendre des voix. In: Gardien E, editor. Des innovations sociales par et pour les personnes en situation de handicap. Paris: Erès; 2012. p. 203.
- [15] Beetstone E, Demassiet V, Olivier F, Defromont L, Daumerie N, Chabane R. Une expérience de partenariat entre élus, professionnels, et usagers pour favoriser le rétablissement en santé mentale. *L'Information Psychiatrique* 2015;91:578-85.
- [16] Derobert Y. REV France. Document interne.
- [17] Coleman R, Smith M. Working with Voices 2: Victim to Victor. P&P Press; 1997.
- [18] Lepage S. Entendre des voix : une recherche évaluative sur les effets d'un groupe de formation et de soutien. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de Laval pour l'obtention du grade de maître en service social ; 2009, p. 69-78.

- [19] Lepage S, op. cit., citant Heap K. La pratique du travail social avec les groupes. Paris : ESF ; 1994, p. 52.
- [20] May R, Longden E. Self-help approaches to hearing voices. In: Larøi F, Aleman A, editors. Hallucinations. A guide to treatment and management. Oxford: Oxford University Press; 2010. p. 257-78.

Thérapie cognitive et comportementale des hallucinations acoustico-verbales

J. Favrod, A. Nguyen, S. Rexhaj

Une méta-analyse de 2009 [1] a pu montrer que les symptômes associés à la psychose sont fréquemment rapportés en population générale sans être forcément liés à un besoin de soins. La prévalence en population générale de l'expérience psychotique subclinique se situe autour de 8 %. La prévalence des symptômes psychotiques subcliniques associés à une détresse et des comportements de recherche d'aide mais qui ne conduisent pas forcément à des troubles psychotiques cliniques est quant à elle de 4 %. Finalement, les troubles psychotiques cliniques ont une prévalence d'environ 3 % et les troubles psychotiques non affectifs sont observés avec une fréquence de 0,7 %. Plus spécifiquement en ce qui concerne les hallucinations auditives en population générale, dix-sept enquêtes conduites dans neuf pays différents montrent que la prévalence médiane des hallucinations auditives est de 13,2 % [2].

La plupart de ces expériences subcliniques sont transitoires et n'aboutissent pas forcément à un trouble clinique — c'est-à-dire avec des conséquences fonctionnelles. Toutefois, il apparaît que les troubles transitoires peuvent devenir persistants et invalidants en fonction de l'exposition aux facteurs environnementaux et génétiques [1]. Ces données donnent de la validité au modèle de continuité entre normal et pathologique. Ce modèle est propice aux traitements psychologiques puisque les personnes atteintes de schizophrénie ne peuvent plus être considérées comme qualitativement différentes [3] et peuvent donc répondre à des interventions psychothérapeutiques développées à partir des interventions existantes pour d'autres populations. Dans ce contexte, il est utile d'identifier d'autres facteurs que les symptômes pour distinguer les sujets cliniques des sujets non cliniques. Les recherches biologiques sont encore rares. Toutefois, une étude montre que les sujets cliniques et les sujets non cliniques ne présentent aucune différence d'activation cérébrale lorsqu'ils entendent des voix [4]. Au niveau psychologique, la façon d'appréhender [5] ou de réagir à l'expérience psychotique [5, 6] joue un rôle important dans la distinction entre populations cliniques et non cliniques. À symptomatologie psychotique égale, les sujets

cliniques évaluent les expériences semblables à la psychose provoquées expérimentalement comme plus marquantes, stressantes et menaçantes que le groupe non clinique [5]. Les sujets cliniques sont significativement plus déprimés et anxieux que les sujets non cliniques [6] et réagissent avec une plus grande implication émotionnelle aux symptômes [5].

Plusieurs études ont comparé les hallucinations verbales entre sujets cliniques et sujets non cliniques [7]. Ces expériences semblent phénoménologiquement très proches entre les sujets sains qui entendent des voix et les personnes avec un diagnostic de psychose. Les différences majeures portent sur un excès de contenu négatif, de détresse, une fréquence et une durée plus élevées et moins de contrôle sur les voix chez les patients [8]. Dans cette étude, la moitié des patients entendaient des voix à la troisième personne contre un quart pour les entendeurs de voix sans besoin de soins. De plus, ces derniers attribuaient leur voix à des sources spirituelles, tandis que les patients attribuaient davantage leur voix à des personnes réelles. Cependant, les patients attribuaient aussi plus fréquemment leur voix à un dysfonctionnement du cerveau.

Une seconde étude montre que la forme des hallucinations n'est pas différente entre les personnes souffrant de schizophrénie, d'un trouble dissociatif ou des entendeurs de voix sans besoin de soins. Le groupe non clinique n'est pas alarmé ou dérangé par les voix et démontre davantage de contrôle sur l'expérience hallucinatoire. Dans cette étude, pour la plupart des patients, le début des voix a été précédé par un événement traumatique ou un événement qui a activé le souvenir d'un traumatisme plus ancien [9].

Une troisième étude indique que les entendeurs de voix sans besoin de soins présentent moins de biais de raisonnement comparativement aux patients. Cela pourrait les protéger d'une évolution vers des appréhensions menaçantes au sujet des hallucinations et éviterait de provoquer de la détresse [10]. Ces différences entre personnes atteintes de schizophrénie et personnes sans besoin de soins sont utiles pour identifier les cibles de la thérapie cognitive et comportementale des voix :

- premièrement, il semble que la façon d'appréhender l'expérience psychotique et les réactions dysfonctionnelles aux symptômes psychotiques représentent des différences majeures entre ces groupes ;
- deuxièmement, la meilleure façon d'expliquer ou de donner du sens à l'expérience psychotique n'est pas connue. Le fait d'interpréter l'expérience au premier degré et de penser que les voix sont provoquées par des personnes réelles semble moins adaptatif que d'interpréter cette expérience comme un phénomène spirituel ;
- troisièmement, le fait d'interpréter l'expérience comme le résultat d'un dysfonctionnement cérébral, même s'il s'agit souvent d'une explication proposée dans les programmes psychoéducatifs, ne constitue pas nécessairement la meilleure adaptation pour le patient dans le sens où elle ne lui confère que peu de pouvoir face au symptôme [11].

Thérapie comportementale et cognitive des voix

Le développement de traitements psychologiques reste essentiel en complément du traitement neuroleptique qui peut dans certains cas s'avérer inefficace sur les hallucinations [12]. Une proportion importante de patients traités, 30 à 40 %, ne montre en effet qu'une rémission partielle des symptômes psychotiques [13]. Les neuroleptiques ont un fort impact comportemental sur les réactions aux symptômes psychotiques et peuvent amener à un détachement émotionnel. Toutefois, cet impact est plus mitigé sur les croyances délirantes et l'attribution des symptômes à la maladie [14]. Les symptômes psychotiques persistants représentent un défi pour les soins psychiatriques, car ils sont accompagnés d'un risque augmenté d'hospitalisation [15] et interfèrent avec le fonctionnement social et professionnel [16, 17].

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) des symptômes psychotiques peut être définie comme une approche centrée sur le patient, construite dans le cadre d'une relation collaborative et qui procède par expérimentation. La TCC a comme but de réduire la souffrance et les comportements dysfonctionnels consécutifs aux symptômes psychotiques. L'interaction patient-thérapeute est caractérisée par une approche fondée sur l'**empirisme collaboratif**. Le patient et le thérapeute deviennent co-investigateurs pour à la fois déterminer les objectifs de l'intervention et enquêter sur les pensées et les comportements du patient. Des méthodes de découverte guidée sont utilisées pour aider les patients à tester leur propre pensée par des observations personnelles et des expériences plutôt que par l'intermédiaire de la duplicité ou de la persuasion.

L'intervention vise davantage l'adaptation psychosociale et le rétablissement [18] que la modification des croyances *per se*. En effet, le thérapeute ne sait pas *a priori* quelle sera la croyance conférant les meilleures capacités d'adaptation du patient. Le modèle biomédical peut stigmatiser le patient s'il raconte à ses amis qu'il souffre d'une schizophrénie et qu'il doit prendre un traitement neuroleptique [19]. En revanche, il pourra se socialiser plus facilement dans certains milieux s'il dit qu'il reçoit des messages de son inconscient ou, dans d'autres, s'il raconte qu'il peut capter des messages de l'au-delà. Certaines croyances, notamment si la personne pense que les voix proviennent de personnes réelles avec lesquelles il est en contact, nécessiteront une attention particulière du thérapeute. Elles devront être modifiées si elles conduisent à du ressentiment chez le patient et conduisent à des conflits. Ces croyances seront modifiées par le patient suite aux expériences correctrices réalisées avec la guidance du thérapeute. Un thérapeute adroit utilisera des stratégies d'entretien de motivation [20] en prenant en compte la disponibilité du patient à changer, en utilisant la reformulation et en créant des petites déviations vers le changement.

Modèle du rétablissement

La thérapie comportementale et cognitive s'intègre facilement dans le modèle du rétablissement ^[20] (encadré 7.1). Ces dernières années, les témoignages de nombreux patients nous ont appris que l'on pouvait se rétablir de la schizophrénie ^[21, 22]. Le modèle du rétablissement offre une réponse compatible avec le système de croyances des patients pour ce qui concerne la santé. Le rétablissement se réfère à l'établissement d'une vie pleine et significative, ainsi que d'une identité positive fondée sur l'espoir et l'auto-détermination. Toutefois, ce modèle reste silencieux sur le fait de savoir si la maladie est toujours active ou non. Il n'est pas lié à une théorie causale de la maladie mentale. Il n'est pas non plus spécifique à la schizophrénie ou à la psychiatrie puisque l'on peut également se rétablir d'un cancer ou d'un infarctus du myocarde.

Encadré 7.1

Le processus de rétablissement

Les ingrédients du processus de rétablissement

Il y a quatre ingrédients essentiels au processus rétablissement ^[24] :

- l'espoir est un ingrédient majeur, décrit dans l'ensemble des témoignages de rétablissement ; l'espoir semble être le catalyseur du processus de rétablissement ;
- la redéfinition de l'identité nécessite de distinguer ce qui fait partie de la maladie de ce qui fait partie de la personne ; dans ce contexte, les hallucinations verbales sont particulièrement complexes puisque le processus est associé à la maladie et le contenu des voix fait partie d'avantage de la personne ;
- la découverte d'un sens à la vie nécessite de concevoir de nouveaux buts et de nouvelles valeurs. Les projets qui existaient avant de tomber malade sont sans doute remis en question par le trouble. Ce dernier peut, dans les cas les plus sévères, empêcher l'achèvement de la formation professionnelle, conduire à la perte de l'emploi ou encore remettre en question une relation de couple. La personne devra reconstruire de nouveaux projets, voire endosser de nouveaux rôles sociaux. Cette recherche d'un nouveau sens à la vie va peut-être conduire la personne, par exemple, à découvrir ce qui rend la vie précieuse et enrichissante, à se réaliser dans une activité créatrice, à s'engager dans le soutien aux pairs ou à développer une nouvelle vision du monde sur le plan spirituel ou philosophique ;
- la prise de responsabilité du rétablissement, c'est-à-dire la décision de gérer sa santé et son traitement, de faire ses propres choix de vie et de prendre des risques mesurés, est probablement la variable la moins étudiée mais apparaît comme essentielle dans les témoignages.

Le thérapeute devra prendre en compte ces ingrédients dans son intervention.

Les étapes du processus de rétablissement

La recherche a également mis en évidence que le rétablissement est un processus qui évolue en différentes étapes :

- **le moratoire** : cette étape est caractérisée par le déni, la confusion, le désespoir, le repli et la révolte ;
- **la conscience** : la personne a une première lueur d'espoir en une vie meilleure et en une possibilité de rétablissement. Cela peut venir de la personne elle-même ou être déclenché par un clinicien, une autre personne significative ou un patient modèle. La personne peut endosser un autre rôle que celui de malade ;
- **la préparation** : cette étape permet de distinguer la partie saine de la maladie. La personne devra également faire l'inventaire de ses valeurs, de ses forces et de ses faiblesses. Cette étape nécessite d'apprendre à gérer la maladie, à faire appel aux services disponibles, à s'impliquer dans des groupes de pairs ;
- **la reconstruction** : c'est lors de cette étape que le dur travail du rétablissement se met en place. La personne travaille à se forger une identité positive. Elle établit et avance vers des buts personnels importants en mobilisant ses ressources. C'est une prise de responsabilité dans la gestion de la maladie et une prise de contrôle sur sa vie. Il y a une prise de risques, des échecs et des essais ;
- **la croissance** : la personne n'est pas forcément libre de symptômes, mais elle sait comment gérer la maladie et rester bien ; elle a confiance en ses capacités et maintient une vision positive ; elle est tournée vers le futur. Elle se sent transformée positivement par l'expérience de la maladie, comme si cette dernière lui avait appris quelque chose sur elle-même.

Les personnes qui se décrivent comme rétablies d'une schizophrénie affirment qu'elles se perçoivent comme différentes de ce qu'elles étaient avant de tomber malade. La plupart des personnes rétablies se sentent grandiées par l'expérience de la maladie et du rétablissement, même si elles ont un statut social inférieur à celui qu'elles pouvaient avoir avant le trouble. Toujours d'après les témoignages de personnes rétablies, il apparaît que le retour aux anciens rôles sociaux n'est pas un critère du rétablissement. Il semble également qu'une minorité de personnes interrogées considèrent le rétablissement comme l'absence de symptômes de la maladie. En revanche, le bien-être subjectif paraît particulièrement important pour les patients ^[23].

La reconnaissance par le thérapeute des étapes du processus de rétablissement est importante pour adapter l'intervention. Durant la phase de moratoire, le but de l'intervention est d'engager le patient dans les soins et de l'aider à résoudre les problèmes concrets qu'il rencontre. Durant la

phase de conscience et de préparation, le travail thérapeutique doit être soutenu, alors que dans la phase de reconstruction, la personne aura besoin de services comme des programmes de soutien à l'emploi ou à la formation, d'ateliers protégés ou de service d'occupation en fonction de la sévérité de son trouble ou de son âge.

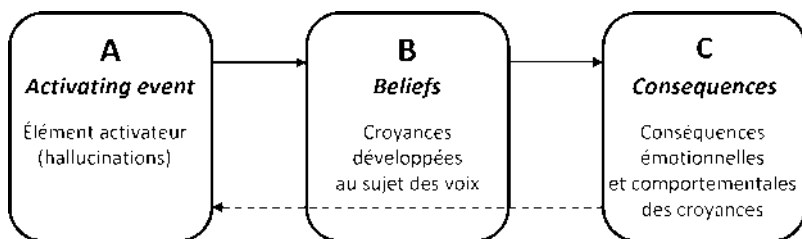
Analyse fonctionnelle des hallucinations auditives

L'analyse fonctionnelle permet de conceptualiser le problème du point de vue du patient de façon à le rendre compréhensible et opérationnel. L'analyse fonctionnelle est conduite de façon collaborative. Le modèle de base pour cette analyse fonctionnelle est le modèle « ABC » (tableau 7.1). Le « A » représente les antécédents ou les activateurs, c'est-à-dire le contexte et les perceptions du patient. Le « B » indique les croyances ou les interprétations du phénomène par le patient — « B » est pour *belief* en anglais. Le « C » reflète les conséquences émotionnelles et comportementales, c'est-à-dire les réactions du patient à ces croyances. Le thérapeute va recueillir ces informations de façon systématique. En pratique, il remplira sa grille d'analyse en fonction de l'ordre dans lequel le patient dévoile les informations. Ensuite, il posera les questions pour compléter progressivement cette grille.

Les antécédents

Dans les « A », le thérapeute notera les contextes qui augmentent ou diminuent la fréquence des hallucinations verbales. Le contenu et la « topographie » des hallucinations sont décrits. Pour le contenu, le thérapeute transcrit le contenu des voix. La topographie est la forme des hallucinations, c'est-à-dire le volume, le ton, la clarté, la fréquence, la durée, la provenance de celles-ci. La provenance décrit la source de l'hallucination telle que perçue par le patient, par exemple si la voix vient de l'intérieur ou de l'extérieur de la tête, proche ou loin des oreilles, etc. Il regardera si les voix s'adressent

Tableau 7.1. Modèle « ABC ».



directement au patient ou si elles parlent à son sujet, si elles parlent à la seconde ou à la troisième personne. Si le patient a des voix différentes qu'il attribue à des entités distinctes, le thérapeute fera la distinction entre les différentes voix. Les « A » décrivent l'expérience phénoménologique (cf. aussi tableau 2.1) et les contextes d'apparition des voix.

Les croyances

Dans les « B », le thérapeute recueillera les informations sur la façon dont le patient interprète l'expérience. Il explorera quelle est l'origine de l'expérience pour le patient. Est-ce que les voix sont produites par lui ou une source extérieure ? Quelle est l'identité de la voix, qui parle ? Quelle est l'intention de la voix ? Celles-ci sont-elles plutôt bienveillantes, malveillantes ou mixtes ? Quel est le pouvoir des voix ? Le plus souvent, les patients pensent que les voix ont beaucoup de pouvoir. Cette interprétation est fondée généralement sur les preuves suivantes (A) : « *Les voix ne proviennent pas de moi, elles savent tout sur moi et je ne peux pas contrôler leur apparition et leur disparition.* » Le thérapeute vérifiera sur quels éléments le patient se base pour interpréter ces voix. Il peut s'agir d'éléments phénoménologiques (« *C'est mon père car je reconnais sa voix.* ») ou de constructions *a posteriori* (« *C'est mon ancien ami, car les voix sont apparues quand il m'a quittée.* »). Les constructions *a posteriori* peuvent être considérées comme des « A » secondaires. Elles peuvent se fonder sur des preuves tautologiques (« *C'est l'archange saint Michel qui me parle, car il m'a dit que c'était lui.* » — dans ce cas, par exemple, il est utile de comprendre quel est le rapport particulier que le patient avait avec saint Michel avant d'entendre des voix).

Les biais cognitifs associés à la psychose vont influencer l'interprétation de l'expérience des hallucinations auditives [25]. Un biais cognitif est une tendance privilégiée de traiter l'information. Par exemple, les personnes avec des symptômes psychotiques ont besoin de moins d'informations pour arriver à une conclusion et, paradoxalement, elles auront besoin de davantage de preuves contradictoires pour modifier leur jugement initial ; ce phénomène se nomme le « *jumping-to-conclusion* » — par exemple, cette patiente qui pense que ses voix sont produites par son ancien ami, se base sur le fait que celui-ci vient de la quitter et qu'il avait dit une fois qu'il croyait à la transmission de pensée ; en revanche, elle ne prend pas en compte qu'il lui demandait fréquemment avec qui elle avait passé sa journée ou ce qu'elle pensait des événements du quotidien.

Par ailleurs, les personnes qui entendent des voix ont tendance à attribuer à une source externe les pensées qu'elles ont elles-mêmes produites [26]. Par exemple, ce patient qui souffre de pensées insultantes qui s'insèrent dans ses pensées quand il est en colère, les attribue à une force externe à lui-même. Généralement, les patients ne sont pas conscients de ces biais cognitifs. Il n'est donc pas utile de chercher à remettre en question les preuves sur

lesquelles les patients se fondent pour construire la théorie de l'expérience hallucinatoire durant l'analyse fonctionnelle. Les personnes avec des symptômes psychotiques peuvent également présenter des biais métacognitifs comme avoir une confiance augmentée dans leurs faux souvenirs ou une confiance diminuée dans leurs vrais souvenirs. Ces biais provoquent une corruption de la connaissance car les patients auront davantage confiance dans leurs faux souvenirs que dans les vrais. Finalement, les patients peuvent avoir une pauvre estime d'eux-mêmes. Dans ce contexte, les symptômes psychotiques peuvent rehausser cette baisse de l'estime de soi en leur donnant des pouvoirs spéciaux ou un sentiment d'être important [27].

Les schémas cognitifs associés à la personnalité du patient peuvent également influencer les interprétations. Une personne méfiante pourra se sentir persécutée pour de mauvaises raisons par ses voix, alors qu'une personne avec un schéma d'imperfection pourra se sentir punie pour une faute qu'elle a commise dans le passé.

Finalement, les croyances paranormales à la mode pourront fournir une explication à l'expérience. Dans les années quatre-vingt, les croyances dans les extraterrestres ou les peurs concernant l'arrivée de l'informatique étaient très répandues et permettaient d'expliquer l'expérience. Dans les années quatre-vingt-dix, la croyance dans la transmission de pensée était très populaire. Dans les années 2000, la communication avec des défunts est redevenue populaire, probablement en lien avec la réouverture du purgatoire par l'industrie cinématographique des séries américaines, alors que la croyance dans les extraterrestres a notablement diminué, reléguant cette croyance à la fin du hit-parade des croyances paranormales.

Les conséquences émotionnelles et comportementales

Lors du recueil d'informations sur les conséquences émotionnelles et comportementales de l'expérience hallucinatoire — les « C » —, le thérapeute sera attentif à la manière dont la personne réagit à l'expérience, notamment aux comportements de recherche de sécurité [17, 28, 29] (encadré 7.2). Les comportements de recherche de sécurité peuvent être définis comme les actions préventives accomplies pour assurer la sécurité [30], empêchant de considérer l'absence de la menace qui permettrait pertinemment la réduction de l'anxiété [6].

Les comportements de recherche de sécurité interfèrent avec le fonctionnement interpersonnel et l'adaptation sociale. Ils fournissent fréquemment une raison qui conduit à l'indication d'une intervention psychothérapeutique. Ils enferment les patients dans leurs convictions en les empêchant de vérifier la teneur de la menace. Ils peuvent également conduire à une augmentation des convictions. Par exemple, un patient qui s'est entaillé les bras suite aux ordres d'une voix obtiendra une preuve supplémentaire

Encadré 7.2**Comportements de recherche de sécurité**

Les stratégies d'évitement sont très souvent utilisées chez les patients qui ont des hallucinations auditives. Elles comprennent des stratégies telles que d'éviter d'écouter les voix et certaines situations, de mettre des tampons auriculaires dans le but de réduire les voix ou le sentiment de menace provoquée par celles-ci. Les patients peuvent utiliser aussi des stratégies de gestion de la menace en situation comme négocier avec les voix, fermer les portes, les fenêtres et/ou les volets, réciter des mantras ou utiliser des protections. Les stratégies de fuite comprennent le fait de quitter un endroit ou abandonner une activité à cause des voix. Les stratégies de soumission englobent le fait d'obéir aux voix, mentalement ou ouvertement, de suivre les conseils des voix de façon excessive. Les stratégies de recherche d'aide comprennent la recherche d'aide auprès de professionnels, de proches, d'amis, de Dieu ou d'esprits protecteurs. Les stratégies de confrontation incluent le fait de crier contre les voix ou de taper contre un meuble. Certaines personnes peuvent utiliser des stratégies bizarres ; par exemple, une patiente décrit une stratégie qui consiste à se coiffer d'une façon particulière sans pouvoir expliquer clairement en quoi cela réduisait la menace.

que les voix ont du pouvoir sur lui. Il est également utile d'identifier les stratégies que le patient utilise pour faire face aux voix ainsi que les stratégies qui lui permettent de vérifier s'il y a réellement un danger. Dans l'analyse des réactions émotionnelles et comportementales, le thérapeute n'oubliera pas d'investiguer l'usage de substances, notamment de l'alcool et du cannabis pour faire face aux réactions émotionnelles. Finalement, il est utile de mesurer régulièrement les hallucinations avec des outils de mesure comme le *Psychotic Rating Scales* (PSYRATS) [31] ou le *Beliefs About Voice Questionnaire – Revised* (BAVQ-R) [32].

Techniques d'intervention

Balance décisionnelle

Il est utile de commencer par vérifier si le patient est prêt à changer et de remplir une balance décisionnelle. La [figure 7.1](#) donne un exemple concret de balance décisionnelle lorsque l'on demande au patient la manière dont il voit l'équilibre entre avantages et inconvénients à changer les hallucinations. Il dit que si sa croyance est vraie, il y a plus d'avantages que d'inconvénients. Il se montre ainsi prêt à changer. Toutefois, si sa croyance est fausse, il y a dans ce cas plus d'inconvénients que d'avantages. Ce patient n'est donc que partiellement prêt à changer. Le thérapeute devra

Mes voisins m'insultent et me critiquent

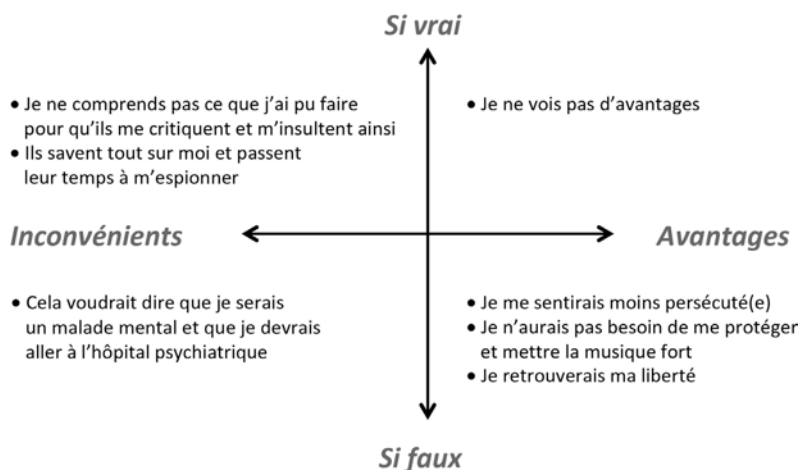


Figure 7.1. Balance décisionnelle.

commencer par l'aider à modifier son appréciation des avantages et des inconvénients pour s'engager davantage dans l'intervention. Il devra, dans cette situation, changer la croyance selon laquelle entendre des voix est synonyme de maladie mentale et de soins à l'hôpital.

Normalisation des symptômes psychotiques

La normalisation des hallucinations est une technique visant à dédramatiser l'expérience psychotique afin que le patient puisse mieux l'accepter [33]. Elle permettra d'expliquer que les hallucinations auditives sont une réaction « normale » du système nerveux, lesquelles peuvent survenir chez n'importe qui en fonction de sa vulnérabilité et de son état de stress. Une personne peu vulnérable aura besoin de stress majeurs, alors qu'une personne davantage vulnérable pourra entendre des voix en situation de stress normal. Le thérapeute passera en revue les situations dans lesquels il est normal d'avoir des symptômes psychotiques, comme la privation de sommeil [34], la privation sensorielle [35, 36], l'exposition à des stress majeurs [37], les abus et maltraitements dans l'enfance [38], le deuil [39], etc. Il décrira des situations dans lesquelles la survenue d'hallucinations est liée au contexte, en rappelant par exemple les témoignages des navigateurs du Vendée Globe dans le cas de la privation de sommeil ou celui des spéléologues en cas de privation sensorielle. Le thérapeute peut également rappeler le poids du contexte historique en prenant l'exemple des hallucinations verbales, qui étaient

banales de l'Antiquité au Moyen Âge, et ceci notamment avant l'apparition de l'imprimerie et de l'accès généralisé à l'apprentissage de la lecture mentalisée. En effet, à notre connaissance avant l'apparition de l'imprimerie, seul saint Augustin, en 401, est surpris d'observer saint Ambroise, archevêque de Milan, qui peut lire silencieusement : « Quand il lisait, ses yeux couvraient les pages dont son esprit perceait le sens ; sa voix et sa langue se reposaient. ^[40] » Ensuite, le phénomène n'est plus décrit jusqu'à la Renaissance dans *Continuation des amours* où Ronsard s'enferme pour lire seul ^[41]. Le thérapeute peut enfin donner les exemples de Socrate, Moïse ou de Jeanne d'Arc. Il peut évoquer également que les hallucinations sont de plus en plus remises en question à propos de leurs propriétés diagnostiques, puisqu'elles sont présentes dans de nombreux troubles ^[42]. Le thérapeute, en fonction de son aisance personnelle, peut partager ses expériences personnelles lors de deuils ou en parlant par exemple de ses hallucinations hypnagogiques.

Entraînement métacognitif

Le programme d'entraînement métacognitif développé par l'équipe de Steffen Moritz ^[43, 44] est une nouvelle façon d'aborder le traitement psychologique des symptômes psychotiques¹. Le principal objectif du programme est de rendre les patients conscients de leurs biais cognitifs et de les aider à les considérer dans le fonctionnement quotidien, afin que ces biais interfèrent le moins possible dans la relation aux autres. Le programme est composé de deux cycles de huit modules. Chaque module peut être administré lors d'une séance d'une heure pour un groupe de trois à dix patients. Le programme est composé d'un manuel ^[45] et de diapositives. Quelques exercices sont décrits ci-après.

Le **module 1** familiarise les participants dans la compréhension des conséquences sociales des biais d'attribution mono-causaux. Les participants sont ensuite invités à trouver et à combiner différentes explications possibles à des événements.

Les **modules 2 et 7** de l'entraînement métacognitif ciblent le biais de « *jumping-to-conclusions* » évoqué plus tôt. Les participants sont invités à discuter les avantages (gagner du temps) et les inconvénients (commettre des erreurs) de ce biais cognitif. Des exemples permettent de réaliser comment ce biais risque de conduire à des problèmes dans la vie quotidienne. Des légendes urbaines sont présentées comme des modèles d'idées délirantes, pour lesquels des arguments pour et contre doivent être recueillis, discutés et évalués en termes de leur plausibilité. Ce type d'exercice aide à établir comment les informations sélectionnées, des preuves altérées et le fait de

1. Le programme est téléchargeable gratuitement en trente langues sur internet à l'adresse: www.uk.de/mkt.

sauter aux conclusions contribuent à la construction de légendes urbaines. Différents exercices pratiques, nécessitant la recherche d'informations complémentaires pour trouver la bonne réponse ou de retarder la prise de décision avant d'avoir suffisamment d'informations, permettent la prise de conscience du biais et la recherche d'alternatives.

Le **module 3** montre que l'opiniâtreté et la persévérance sont normales jusqu'à un certain degré, et même utiles. Ensuite, des anecdotes historiques visent à expliquer comment une difficulté exagérée à tenir compte d'informations qui infirment une première croyance peut aboutir à des problèmes majeurs. Les participants sont familiarisés avec le biais de confirmation qui est vu comme un facteur majeur de maintien des idées délirantes. L'exercice central consiste à observer une histoire présentée en images successives : sur la première image, plusieurs interprétations sont plausibles, et les images suivantes amènent des informations qui conduisent à changer la première interprétation. Les participants sont amenés à discuter les preuves pour ou contre les différentes interprétations. Au fur et à mesure que les participants prennent conscience de leur biais contre les preuves contradictoires, ils sont encouragés à les incorporer dans le jugement porté sur les situations futures qu'ils pourraient rencontrer dans la vie de tous les jours.

Les **modules 4 et 6** examinent les déficits de la théorie de l'esprit. Dans le module 4, les participants sont formés à identifier les expressions faciales. À travers différents exercices, les participants s'entraînent à prendre conscience qu'ils peuvent facilement être induits en erreur s'ils n'étudient pas les informations diversifiées de différentes sources. Dans le module 6, les participants sont formés à considérer la perspective d'autrui. Les exercices conduisent les participants à prendre conscience de la nécessité de garder l'esprit ouvert et de tolérer l'ambiguïté.

Le **module 5** enseigne des méthodes pour améliorer la mémoire avec des stratégies mnémoniques. La fréquence des problèmes de mémoire et des faux souvenirs est soulignée par de nombreux exemples. L'exercice central consiste en la présentation de scènes prototypiques : après chaque scène, les participants sont invités à dire si tel ou tel item a été présenté dans la scène initiale (serviette de bain à la plage, enclume chez le forgeron) et à estimer leur confiance dans le souvenir. Ces exercices démontrent la fiabilité de la mémoire. Les participants sont encouragés à exprimer des doutes sur leurs souvenirs et à recueillir des preuves supplémentaires lorsque ces souvenirs sont vagues.

Le **module 8** est construit dans le cadre d'une approche cognitive et comportementale de la dépression ; il est centré sur l'estime de soi, et il met en évidence les bénéfices à court terme de certaines idées délirantes. Les stratégies dysfonctionnelles pour y faire face, comme l'évitement des pensées gênantes, sont également abordées dans ce module.

L'entraînement métacognitif peut être utilisé en groupe ou en individuel. Deux études francophones ont montré qu'il avait un impact important sur

les hallucinations verbales [46, 47]. L'entraînement métacognitif a également un effet de normalisation important sur les symptômes psychotiques [48]. Il permet aux patients de prendre conscience des erreurs de raisonnement associées aux symptômes psychotiques à travers des exercices très concrets.

Prendre le contrôle (exercice « on/off »)

Une fois que le patient accepte mieux que les hallucinations verbales puissent être un processus normal, il est utile de faire des exercices « on/off » [20]. Il s'agit de déclencher des hallucinations verbales et de les stopper par un processus incompatible avec le fait d'entendre des voix. Le plus simple est d'utiliser la lecture à voix haute. On demande au patient de se relaxer. Le thérapeute peut utiliser une procédure de relaxation habituelle comme la relaxation musculaire profonde. Une fois que le patient est relaxé, le thérapeute va lui demander de s'imaginer dans une situation qui habituellement déclenche les voix en fonction des informations obtenues dans l'analyse fonctionnelle. Il demande au patient de ne plus parler et de lever la main quand il entend des voix. Lorsque le patient, lève la main, le thérapeute va lui demander de lire, à haute voix, le passage d'un livre ou d'un journal. Après quelques minutes, le thérapeute demande au patient de dire ce qui s'est passé. Le plus souvent, la lecture à haute voix va bloquer les hallucinations auditives. Le thérapeute demandera alors au patient quelles sont les conclusions qu'il tire de cette expérience. Cette expérience permet généralement de mettre en question la preuve que les voix ne sont pas contrôlables. Le fait de ne pas contrôler les hallucinations verbales est une des trois preuves phénoménologiques dont le patient dispose pour croire que les voix ont du pouvoir sur lui, avec le fait qu'il a l'impression qu'elles ne proviennent pas de lui et que les voix savent tout sur lui et qu'elles sont donc omniscientes. Si la lecture à haute voix ne marche pas, on peut utiliser le tri de carte à haute voix. Le jeu « Speed » de Reinhard Staupé, une version ludique du *Wisconsin Sorting Card test* est un très bon outil pour cela. Certains thérapeutes peuvent avoir peur de déclencher les voix car ils imaginent qu'ils ne parviendront plus à les arrêter. Dans ce cas, il peut être utile de demander au patient de faire l'exercice quand les voix apparaissent spontanément. Il s'agit d'une version moins efficace, car il peut se passer plusieurs jours entre l'expérience et le prochain rendez-vous. Le fait que le thérapeute soit à l'aise avec les voix, le rend également plus crédible auprès du patient.

Exercices de focalisation sur les voix

Il peut arriver que certains patients présentent des difficultés à décrire ce que disent les voix alors qu'ils se plaignent d'être harcelés à longueur de journée. L'analyse fonctionnelle montre généralement qu'ils évitent d'écouter les voix qu'ils perçoivent comme très dangereuses car elles sont menaçantes ou

donnent des ordres malveillants. Éviter d'écouter les voix peut augmenter leur fréquence, comme le fait d'éviter de penser à un ours blanc augmente paradoxalement les chances d'y penser [49]. Dans ce contexte, il est utile d'utiliser la focalisation sur les voix [20, 50]. Il s'agit de mettre le patient en état de relaxation et de lui demander d'écouter les voix sans les éviter. Une fois que le patient les a écoutées un moment, le thérapeute demande de les lui raconter. Puis, l'opération reprend. Si le patient ressent de la tension, il le signale en levant le bras et le thérapeute le conduit en état de relaxation. Progressivement, le patient réalise que la topographie ou le contenu des voix peut changer. L'anxiété va progressivement diminuer. Si les voix disent des choses qui perturbent le patient, le thérapeute peut le guider à explorer ce contenu.

Exemple

Exemple de focalisation sur les voix

Dans l'exemple suivant, le thérapeute veille à l'état de relaxation du patient en observant sa respiration.

- Patient : « *Les voix me disent de me suicider.* »
- Thérapeute : « *Pourquoi, veulent-elles que vous vous suicidiez ?* »
- Patient : [Après un instant]... « *Elles ne le savent pas.* »
- Thérapeute : « *Vous ne trouvez pas que c'est étrange que des voix vous demandent de vous suicider sans raison ?* »
- Patient : « *Oui, c'est bizarre.* »
- Thérapeute : « *Que disent-elles maintenant ?* »
- Patient : [Après un moment d'écoute] « *Elles continuent de parler mais on dirait qu'elles ne s'adressent plus à moi. Elles parlent de moi en disant que je vais trucider quelqu'un.* »
- Thérapeute : « *Qui ?* »
- Patient : « *Elles ne savent pas. Elles disent : "Il va vous trucider". Mais, elles ne me parlent plus directement.* »
- Thérapeute : « *Qu'est-ce que cela vous fait ?* »
- Patient : « *C'est moins impressionnant quand elles ne s'adressent pas directement à moi... J'ai l'impression qu'elles racontent n'importe quoi.* »

À nouveau, certains thérapeutes peuvent craindre ce type d'intervention. Dans ce cas, ils peuvent demander au patient de se confronter aux voix spontanées entre les entretiens en demandant au patient d'écrire ce que disent les voix et de ramener les écrits pour l'entretien suivant.

Il est étrange que les stratégies d'évitement et de diversion soient souvent recommandées par les cliniciens, voire par les revues de la littérature, alors que leurs effets sont négligeables [51]. Dans la TCC pour les troubles anxieux, on utilise principalement des techniques d'exposition à l'anxiété. Il s'agit probablement d'une trace des anciennes conceptions psychiatriques qui

considéraient la psychose comme une expérience qualitativement différente de la normalité.

Intervention focalisée sur la compassion

De nombreux patients qui cherchent de l'aide se sentent tyrannisés par les voix. Ils se décrivent comme victime de leur voix pour des raisons méritées ou non. Cette position de victime interfère avec le processus de rétablissement. La thérapie focalisée sur la compassion (TFC) développée par Paul Gilbert [52] offre des possibilités intéressantes. La TFC est fondée sur l'acceptation de l'idée que nous vivons dans un monde injuste et tragique. Notre vie est relativement courte — 25 000 à 30 000 jours si l'on est chanceux — et dépendant de contraintes génétiques qui déterminent sa durée et le type de maladies dont nous souffrirons. Elle est accompagnée de peines et de douleurs. La maturation de notre cerveau dépend de notre environnement social. Notre vie n'est qu'une version de toutes celles que nous aurions pu avoir depuis le jour de notre naissance, en fonction des contextes dans lesquelles nous évoluons. Les compétences de notre cerveau évolué peuvent être perturbées par les réactions protectrices de notre cerveau primitif. Les réactions primaires comme fuir, se figer ou frapper (FFF) sont nécessaires pour la survie mais peuvent s'activer de façon inappropriée, empêchant la réflexion et l'analyse. Différentes parties de notre cerveau sont activées ou désactivées, selon notre état d'esprit.

Le thérapeute TFC reconnaît que le patient n'est pas responsable de sa maladie et de sa position de victime. Il peut dire au patient que ce n'est pas de sa faute, qu'il n'a pas choisi son corps, ses maladies, ses traumatismes, ni ses pensées négatives. Il rappelle que chacun est le résultat de nombreux facteurs génétiques et environnementaux. En revanche, il a la responsabilité de développer le potentiel nécessaire pour prendre le contrôle de sa souffrance et d'être plus heureux. Il peut donc aider le patient à développer de la compassion pour soi et à s'ouvrir à la compassion des autres. Pour cela, le thérapeute aide le patient à construire une image de compassion qui corresponde à un idéal personnel ; par exemple, il l'invite à identifier la manière dont il aimerait que l'on prenne soin au mieux de lui. Cette image doit avoir les caractéristiques de la sagesse, de la force, de la chaleur et de l'acceptation. L'image est évolutive et le patient peut changer d'image quand il veut. Il est utile d'aider le patient à visualiser cette image avec ses qualités sensorielles (caractéristiques visuelles, ton et volume de la voix). Certains patients peuvent trouver utile d'imaginer comment l'entité choisie les touche et quelle est son odeur.

Le thérapeute entraîne ensuite le patient à ressentir de la compassion pour lui-même.

Exemple

Exemple d'induction de la compassion

L'exemple d'induction suivant se dit en observant le patient et en adaptant le discours à ses spécificités ou ses réactions.

- *Installez-vous, assis, le dos droit, les pieds à plat sur le sol.*
- *Respirez un petit peu plus fort qu'habituellement en prenant conscience du rythme de votre respiration..., de son ralentissement... et du lien entre les sensations corporelles et la respiration.*
- *Prenez conscience des tensions... et ressentez de la gratitude pour elles... Les tensions font partie de notre système de protection... Si vous êtes, ici, aujourd'hui, c'est grâce à votre système de protection... Toutefois, ces tensions ne sont pas utiles ici et maintenant... Dans la mesure où vous vous sentez en sécurité, vous pouvez les laisser aller.*
- *Ressentez le calme et la détente. Si une pensée parasite interfère prenez en conscience, observez-la et revenez à votre respiration.*
- *Visualisez votre image de compassion... et ressentez la compassion soit vous envahir soit vous envelopper... Laisser le sentiment grandir au fur et à mesure que vous visualisez les propriétés de votre image de compassion.*
- *Votre image de compassion comprend les caractéristiques de la sagesse, de la force, de la chaleur et de l'acceptation... Sagesse, force, chaleur et acceptation... Elle éprouve de la compassion pour vous et vous accepte tel/telle que vous êtes.*
- *Laissez-vous ressentir cette compassion bienveillante pour vous.*

Lorsque le patient est capable de ressentir de la compassion pour lui-même et sa condition humaine (cela peut nécessiter plusieurs séances d'entraînement), le thérapeute peut l'inviter à développer de la compassion pour la voix qui le tyrannise. Cela ressemble à ce que nous ferions par rapport à notre partie critique. Nous avons tous une partie critique qui gâche plus ou moins notre quotidien. Toutefois, la plupart des gens n'accepteraient pas de la perdre si elle pouvait disparaître d'un coup de baguette magique car elle fait partie de chacun. Les voix tyranniques procèdent de la même manière que cette partie critique, même si les patients ne se considèrent pas comme l'auteur de ces voix. Au fur et à mesure que le patient parvient à développer de la compassion pour son tyran, il transforme son vécu de victime. En effet, il ne peut pas se sentir à la fois bienveillant et victime. La position de victime est une position basse dans la relation, alors que la position bienveillante est une position haute. Notons que la TFC réduit l'impact émotionnel des voix, notamment en réduisant la composante dépressive du syndrome hallucinatoire [53].

Jeux de rôles

Il peut être utile pour certains patients de faire des jeux de rôle, notamment pour les patients qui se sentent particulièrement démunis par rapport aux voix ou qui présentent une déficience intellectuelle. Le thérapeute

commence à prendre la place du patient et le patient le rôle de la voix. La situation doit ressembler le plus possible à la réalité en termes de perception. Par exemple, si les voix viennent d'en haut, le thérapeute s'assoit généralement et le patient se tient debout derrière lui. Si elles chuchotent, le patient chuchotera. Si elles crient, le patient parlera fort. Toutefois, il faut que la situation reste confortable tant pour le patient que pour le thérapeute. Cette première partie permet au thérapeute de savoir ce que dit la voix. Il va ensuite répondre aux voix afin de montrer des manières de faire face à l'expérience et de répondre aux voix. Ensuite, le patient reprendra sa place et le thérapeute jouera les voix. Tout en faisant la voix, le thérapeute soutient le patient à regagner progressivement du pouvoir sur les voix [54].

L'exemple ci-dessous est tiré d'une thérapie avec un patient qui présente une déficience intellectuelle. Les voix le perturbent surtout lorsqu'il travaille.

Exemple

Exemple de jeu de rôle

- Patient : « *Tu vas prendre du retard, accélère.* »
- Thérapeute : « *Écoute, je suis payé à l'heure et mon patron est content de mon travail.* »
- Patient : « *Vaurien, paresseux, je vais te mettre un coup de pied au derrière.* »
- Thérapeute : « *C'est souvent que tu me menaces mais tu ne m'as jamais donné de coup de pied. Je te serais reconnaissant de ne pas me menacer de cette façon.* »
- Patient : « *Accélère paresseux !* »
- Thérapeute : « *Écoute, j'ai trente-huit ans [âge du patient] et cela fait cinq ans que je travaille ici. Mon chef est content de mon travail.* »
- Patient : [Sur un autre ton car c'est une autre voix] « *Tu vas recevoir une trempée.* »
- Thérapeute : « *Écoutez les voix, je vous serais reconnaissant si vous pouviez vous calmer un peu. J'ai du travail. Vous n'êtes que du blablabla. Vous...* »
- Patient : [Le patient éclate de rire] « *Les voix c'est du blablabla, oui c'est du blablabla.* »
- Thérapeute : [Au patient] « *Vous l'aimez bien celle-là.* » [Aux voix] « *Vous blablalez mais vous n'avez pas le pouvoir d'exécuter vos menaces. On appelle cela du blablabla.* »
- Patient : [Le patient rit].

Les rôles sont ensuite inversés et la séquence est rejouée une fois, voire plusieurs fois si le patient doit améliorer son affirmation de soi.

Dans le même état d'esprit, Leff et al. [55] ont testé une thérapie assistée par ordinateur (dite par « avatar »). Afin que le patient puisse établir un dialogue avec l'entité invisible qui répète les mêmes phrases stéréotypées et abusives, les auteurs de cette recherche ont eu l'idée de lui donner un visage

humain : le patient doit créer un avatar à l'aide d'un programme qui permet de dessiner un visage dont les lèvres se synchronisent avec le langage. C'est le thérapeute qui prend ensuite la voix des hallucinations auditives et le patient peut la transformer à l'aide du logiciel pour qu'elle ressemble à celle qu'il entend. La construction d'un avatar et le choix d'une voix prennent quarante minutes au patient. Ce dernier devient ainsi capable d'interagir avec sa voix devant l'ordinateur, alors que le thérapeute se trouve dans une autre pièce. Le thérapeute peut de même s'adresser au patient avec sa voix habituelle par un autre canal pour lui donner des conseils ou l'encourager à dialoguer avec sa voix et à lui tenir tête notamment. Le thérapeute contrôle l'avatar pour que, progressivement, il passe sous le contrôle du patient. L'avatar est abusif au début de l'intervention puis, peu à peu, il devient aidant et soutenant. L'hypothèse de l'étude de Leff et al. était que la transformation de l'avatar hostile en avatar soutenant et bien intentionné pourrait permettre au patient de réintégrer les éléments extériorisés de sa psyché. Chaque séance était enregistrée et transférée sur un lecteur MP3, afin que le patient puisse réécouter les dialogues en dehors des séances. L'étude a montré que la thérapie était efficace pour réduire les hallucinations auditives et les croyances à leur sujet.

Remise en question verbale des croyances

Lorsque les idées délirantes, construites sur l'expérience hallucinatoire, interfèrent avec le fonctionnement et le processus de rétablissement, il peut être utile d'utiliser la remise en question des preuves qui sous-tendent les croyances. Il s'agit d'élargir le champ des interprétations possibles pour aider le patient à sortir de l'ornière dans laquelle l'idée délirante peut le conduire. La remise en question des preuves qui sous-tendent les croyances ne doit pas être pratiquée dans le but de corriger la croyance du patient, mais plutôt pour augmenter sa liberté de pensée. Le but est d'augmenter ses explications alternatives et la flexibilité intellectuelle. Le thérapeute ne peut pas avoir la prétention de savoir quelle est la meilleure croyance. Si le thérapeute pousse le patient vers une réponse qu'il estime correcte, il risque de conduire le patient à développer des résistances et à se défendre. Ce dernier commencera à argumenter et cela peut augmenter l'intensité de sa croyance. La remise en question des croyances est présentée comme un exercice. Il existe un jeu, appelé « Michael's game », qui entraîne la remise en question des preuves qui motivent les hypothèses farfelues que Michael tire de ses expériences quotidiennes. Le format ludique du jeu permet d'assouplir les croyances des patients et les rendre moins rigides [56].

Dans ce jeu, il s'agit d'aider le patient à trouver des explications alternatives aux preuves qui justifient les idées délirantes.

Concrètement, dans la remise en question des preuves, le thérapeute commence par lister les preuves dont le patient dispose pour la construction

de sa théorie. Une fois que les preuves sont listées, le thérapeute demande au patient de les classer de la plus forte à la moins forte. Ensuite, le thérapeute en remontant de la preuve la plus faible vers la preuve la plus forte, demande au patient de trouver des explications alternatives aux différentes preuves.

Dans l'exemple suivant, le patient a développé l'idée délirante que sa voix est un défunt qui l'aide à prédire l'avenir. Cette croyance a un effet utile sur son estime de lui car il se sent investi d'une mission de l'Au-delà. Toutefois, lorsqu'une catastrophe survient, alors qu'il pense rétrospectivement l'avoir anticipée, le patient se culpabilise et se morfond toute la journée de ne pas avoir fait les démarches pour la prévenir. Suivant la gravité de la catastrophe, il peut développer des idées suicidaires. Cette croyance l'empêche également de s'engager dans des activités plus productives comme travailler, alors que ses compétences techniques spécialisées intéressent différents employeurs.

Exemple

Exemple de remise en question verbale des preuves

La croyance du patient est ainsi définie : « *Les voix m'aident à prédire l'avenir.* » Les preuves sont les suivantes :

1. J'ai vu en rêve l'accident de train qui a eu lieu en Inde la semaine dernière.
2. Souvent, je suis dans des situations que j'ai déjà rêvées.
3. Alors que je traversais un passage pour piétons, la voix m'a dit : « *Attention !* ». Je me suis arrêté et j'ai évité d'être renversé par une moto.
4. Souvent, la voix me dit que ma mère va rentrer et elle arrive peu après.
5. L'autre soir, j'étais chez des amis et je pensais qu'il était l'heure de rentrer. La voix m'a dit d'attendre car ils allaient encore rouler un joint. Je suis resté et ils ont effectivement roulé un joint.

Au début de l'intervention, le patient est convaincu à 100 % de sa croyance. La preuve numéro 5 sera assez vite remise en question du fait que la prévision ressemble à une prévision relativement simple du type « Après la pluie, il fera beau » et d'autres personnes de l'assemblée auraient pu faire cette prévision en connaissant les amis chez qui il était. Ces derniers consomment énormément de cannabis.

La preuve numéro 4 est un peu plus complexe. Voici un exemple de dialogue :

- Thérapeute : « *Quand la voix vous dit que votre mère va arriver et qu'elle arrive peu après, comment vous sentez-vous ?* »
- Patient : « *Je suis impressionné. Je me dis que cela me donne des capacités spéciales, c'est bien, mais cela fait aussi un peu peur.* »
- Thérapeute : « *Pourquoi, cela vous fait-il un peu peur ?* »
- Patient : « *Je ne suis pas sûr de maîtriser. Je pourrais être dépassé.* »
- Thérapeute : « *Je vois, vous avez des sentiments mixtes. Étudions cette preuve. Comment pourrions-nous interpréter différemment cette preuve ?* »
- Patient : « *Cette preuve me semble incontestable.* »



- ▷ – Thérapeute : « *Oui, c'est une preuve intéressante. Toutefois, chaque événement à un nombre multiple d'explications. Le but n'est pas de nier votre explication mais de voir quelles pourraient être les autres explications possibles. C'est un exercice pour éviter de sauter aux conclusions et regarder une situation depuis différents points de vue.* »
- Patient : « *C'est tellement vrai. La voix me dit qu'elle arrive et elle arrive.* »
- Thérapeute : « *Je n'en doute pas. Mais creusons-nous la tête quand même.* »
- Patient : « *Je ne vois pas d'autres explications.* »
- Thérapeute : « *OK. Quels sont les autres événements qui sont associés à l'arrivée de votre mère ?* »
- Patient : « *Je ne vois pas.* »
- Thérapeute : « *Est-ce qu'elle rentre toujours à la même heure ?* »
- Patient : « *Non, c'est arrivé à des moments différents.* »
- Thérapeute : « *Est-ce que des fois, c'est arrivé que la voix annonce l'arrivée de votre mère et qu'elle se trompe. C'est-à-dire que votre mère n'est pas rentrée.* »
- Patient : « *Quelquefois. Mais généralement, elle ne se trompe pas.* »
- Thérapeute : « *Je ne voulais pas la prendre en défaut. Je réfléchissais... Votre immeuble est bien insonorisé ?* »
- Patient : « *Pas tellement. On entend les voisins se disputer.* »
- Thérapeute : « *Vous habitez à quel étage ?* »
- Patient : « *Au dernier, c'est le sixième.* »
- Thérapeute : « *Votre mère porte-t-elle des talons ?* »
- Patient : « *Non, pourquoi.* »
- Thérapeute : « *Je me disais que votre voix pouvait être activée par le bruit des pas de votre mère.* »
- Patient : « *Non, l'ascenseur est devant la porte de l'appartement.* »
- Thérapeute : « *Peut-être que cela pourrait être une explication ?* »
- Patient : « *Quoi ?* »
- Thérapeute : « *Peut-être que le bruit de l'ascenseur averti vos voix ?* »
- Patient : « *Oui, ça s'est possible.* »
- Thérapeute : « *OK. Est-ce que cela pourrait être une explication alternative ?* »
- Patient : « *Oui, cela pourrait.* »
- Thérapeute : « *Si on acceptait cette idée, comment cela serait pour vous au niveau des émotions ?* »
- Patient : « *Cela serait plus banal.* »
- Thérapeute : « *Alors, on a déjà deux explications. La première est que vos voix vous aident à prédire l'avenir, cela vous flatte et vous inquiète. La deuxième est que les voix pourraient être averties par le bruit de l'ascenseur, c'est plus neutre. Quelle pourrait être une troisième explication ?* »
-

Construction de tests dans la réalité

Les tests dans la réalité ont l'avantage d'être une approche prospective contrairement à la remise en question des preuves qui est rétrospective.

La remise en question des preuves permet de prendre de la distance par rapport à la croyance. Le test dans la réalité permet de vérifier les croyances en réduisant les biais de mémoire et en contrôlant les variables qui peuvent interférer avec l'expérience. Les tests dans la réalité sont utilisés pour infirmer les croyances qui conduisent à des comportements dysfonctionnels.

Ils utilisent la méthode expérimentale et posent les questions suivantes : Quelle est la croyance à tester ? Quelle expérience permet de vérifier la croyance ? Quelle est la prédiction ou l'hypothèse ? Quelles sont les variables qui peuvent interférer ? Comment peut-on les contrôler ? Quel est le résultat de l'expérience ?

La construction du test se fait de façon collaborative dans le cadre d'une discussion qui stimule les capacités réflexives du patient. La construction du test est aussi importante que la réalisation du test lui-même. Le thérapeute va utiliser les tests dans la réalité notamment pour tester la toute-puissance des voix ou leur provenance. Dans l'exemple suivant, le patient pense que les voix proviennent de personnes réelles qui cherchent à le pousser à bout en l'insultant ou en se moquant de lui.

Exemple

Exemple de construction d'un test dans la réalité

- Thérapeute : « *Comment pourrait-on tester si les voix viennent de personnes réelles puisque ces dernières nient avoir dit les choses que vous entendez ?* »
- Patient : « *Alors là, vous posez une bonne question... Il faudrait un détecteur de mensonges. Je ne sais pas si vous en avez un.* »
- Thérapeute : « *Oui, cela pourrait être une façon. Je n'en ai pas. Mais je pense qu'il nous faudrait un moyen dans lequel on peut avoir confiance.* »
- Patient : « *Je ne vois pas tellement d'autres moyens.* »
- Thérapeute : « *Un moyen qui ne peut pas mentir.* »
- Patient : « *Alors là, vous avez de l'espoir... À quoi pensez-vous ?* »
- Thérapeute : « *Je ne sais pas... Un appareil de mesure fiable... Que pensez-vous d'un enregistreur vocal ?* »
- Patient : « *Je ne comprends pas bien.* »
- Thérapeute : « *Vous pourriez porter un enregistreur et ainsi on pourrait vérifier si on entend la voix des personnes qui se moquent de vous.* »
- Patient : « *Oui, mais ça je sais déjà que l'on se moque de moi.* »
- Thérapeute : « *Mais vous n'avez pas de preuve.* »
- Patient : « *C'est vrai. Cela pourrait être une idée pour prouver que j'ai raison.* »
- Thérapeute : « *Cela pourrait, mais on doit rester scientifique et prendre en compte les différentes hypothèses possibles. Si on enregistre la voix de la personne cela pourrait vous donner raison. Mais s'il n'y a rien sur l'enregistreur que déduirez-vous ?* »
- Patient : [Après un instant]... « *Cela voudrait dire que j'entends des voix.* »
- Thérapeute : « *Cela pourrait. C'est un phénomène relativement banal qui survient fréquemment.* »

- ▷ – Patient : « *Oui, mais je pense qu'il y aura quelque chose.* »
- Thérapeute : « *Quelle sera votre réaction s'il y a quelque chose ?* »
- Patient : « *J'aurai des preuves et je pourrai demander des explications.* »
- Thérapeute : « *OK. Mais s'il n'y a rien ? On doit prendre en compte toutes les possibilités.* »
- Patient : ... « *On aura la preuve que je suis cinglé et qu'il faudrait m'enfermer.* »
- Thérapeute : « *Je ne pense pas. Le fait d'entendre des voix n'est pas un critère suffisant. Si c'était le cas, il faudrait découpler la taille des hôpitaux psychiatriques.* »
- Patient : « *Autant que ça ?* »
- Thérapeute : « *Oui, si on suit votre raisonnement. Mais, vous devez savoir qu'il y a une majorité de gens qui vivent bien avec des voix.* »
- Patient : « *Alors d'accord, on peut essayer avec l'enregistreur.* »
- Thérapeute : « *Est-ce que cela veut dire que si c'est des voix vous seriez d'accord de travailler avec moi pour qu'elles ne vous affectent plus autant que maintenant.* »
- Patient : « *Je suis d'accord.* »

D'autres exemples de tests de la réalité existent comme le test de désobéissance aux voix ou la vérification de l'omniscience des voix sur des sujets qui ne concernent pas la personne. En effet, les voix savent tout sur la personne et parfois même lui rappellent des choses dont elle ne se souvenait plus.

Intégrer l'expérience psychotique de façon socialement adaptée

En fin d'intervention, c'est une bonne idée que d'aider le patient à intégrer l'expérience hallucinatoire d'une manière socialement acceptable dans son propre milieu. Il peut s'avérer judicieux de ne pas lancer une conversation à propos de ses voix avec des gens qu'il ne connaît pas bien ou qui pourraient le rejeter justement à cause de ses hallucinations verbales. Un patient qui intègre l'expérience des voix comme un don parapsychologique ou de clair-audience devra apprendre à être prudent dans certains milieux pour éviter d'être rejeté ou moqué. Dans ce cas, le thérapeute peut lui apprendre, par exemple, des habiletés sociales d'écoute active pour mieux comprendre les gens avant de se dévoiler. Il est utile de mettre les patients en contact avec des groupes d'Entendeurs de voix au sein desquels ils pourront parler plus librement de l'expérience.

Il peut aussi être utile de comprendre le symptôme en lien avec la personnalité du patient. Des patients qui se sentent inférieurs ou imparfaits peuvent entendre des voix particulièrement puissantes ou critiques. Des patients qui peinent à s'affirmer et qui subissent passivement les autres peuvent subir des pensées intrusives de type agressif. Un patient plus narcissique peut entendre des voix flatteuses. Dans ce contexte, une approche

centrée sur les schémas cognitifs ou de type psychodynamique peut s'avérer particulièrement utile pour aider la personne à mieux se comprendre.

Conclusion

La thérapie cognitive et comportementale des symptômes hallucinatoires a été validée par de nombreuses études. Les méta-analyses indiquent que l'approche présente des tailles d'effet allant de 0,20 à 0,50 [57-59], indiquant que la TCC augmente de 40 % à 60 % le taux de réduction des hallucinations en comparaison aux traitements conventionnels utilisés dans ces études. L'intervention est recommandée pour réduire la détresse émotionnelle associée aux hallucinations auditives et pour développer de nouvelles façons de faire face [60]. La TCC nécessite une formation adéquate, même si certains sous-programmes peuvent se mettre en place suite à une formation minimale, comme l'entraînement métacognitif ou le « Michael's game ». Dans tous les cas, ces programmes doivent être menés dans le cadre d'une relation thérapeutique respectueuse du sujet et de sa plainte.

Points clés

- La thérapie cognitive et comportementale propose différentes techniques d'intervention pour traiter les hallucinations acoustico-verbales lorsqu'elles ne répondent pas au traitement antipsychotique.
- Il s'agit d'une approche centrée sur le patient, construite dans le cadre d'une relation collaborative et qui procède par expérimentation. La TCC a comme but de réduire la souffrance et les comportements dysfonctionnels consécutifs aux symptômes psychotiques.
- La TCC des hallucinations montre des tailles d'effets faibles à modérées comparée aux traitements conventionnels utilisés dans les études.

Bibliographie

- [1] Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009;39:179-95.
- [2] Beavan V, Read J, Cartwright C. The prevalence of voice-hearers in the general population: A literature review. *J Ment Health* 2011;20:281-92.
- [3] Strauss JS. Hallucinations and delusions as points on continua function. Rating scale evidence. *Arch Gen Psychiatry* 1969;21:581-6.
- [4] Diederer KM, Daalman K, de Weijer AD, Neggers SF, Van Gastel W, Blom JD, Kahn RS, Sommer IE. Auditory hallucinations elicit similar brain activation in psychotic and nonpsychotic individuals. *Schizophr Bull* 2012;38:1074-82.

- [5] Ward TA, Gaynor KJ, Hunter MD, Woodruff PW, Garety PA, Peters ER. Appraisals and responses to experimental symptom analogues in clinical and nonclinical individuals with psychotic experiences. *Schizophr Bull* 2014;40:845-55.
- [6] Gaynor K, Ward T, Garety P, Peters E. The role of safety-seeking behaviours in maintaining threat appraisals in psychosis. *Behaviour Research and Therapy* 2013;51:75-81.
- [7] Larøi F, Sommer IE, Blom JD, Fernyhough C, Ffytche DH, Hugdahl K, et al. The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and non-clinical groups: State-of-the-art overview and future directions. *Schizophr Bull* 2012;38:724-33.
- [8] Daalman K, Boks MP, Diederens KM, de Weijer AD, Blom JD, Kahn RS, Sommer IE. The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *J Clin Psychiatry* 2011;72:320-5.
- [9] Honig A, Romme MA, Ensink BJ, Escher SD, Pennings MH, de Vries MW. Auditory hallucinations: A comparison between patients and nonpatients. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:646-51.
- [10] Daalman K, Sommer IE, Derks EM, Peters ER. Cognitive biases and auditory verbal hallucinations in healthy and clinical individuals. *Psychol Med* 2013;43:2339-47.
- [11] Romme MA, Escher AD. Hearing voices. *Schizophr Bull* 1989;15:209-16.
- [12] Stone JM, Pilowsky LS. Antipsychotic drug action: Targets for drug discovery with neurochemical imaging. *Expert Rev Neurother* 2006;6:57-64.
- [13] Zink M, Englisch S, Meyer-Lindenberg A. Polypharmacy in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 2010;23:103-11.
- [14] Mizrahi R, Kiang M, Mamo DC, Arenovich T, Bagby RM, Zipursky RB, Kapur S. The selective effect of antipsychotics on the different dimensions of the experience of psychosis in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research* 2006;88:111-8.
- [15] Hørdin L, Kane JM, Hjarthag F, Norlander T. The importance of cross-sectional remission in schizophrenia for long-term outcome: A clinical prospective study. *Schizophrenia Research* 2009;115:67-73.
- [16] Favrod J, Grasset F, Spreng S, Grossenbacher B, Hode Y. Benevolent voices are not so kind: The functional significance of auditory hallucinations. *Psychopathology* 2004;37:304-8.
- [17] Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE, Dunn G. Acting on persecutory delusions: The importance of safety seeking. *Behaviour Research and Therapy* 2007;45:89-99.
- [18] Favrod J, Scheder D. Se rétablir de la schizophrénie : Un modèle d'intervention. *Rev Méd Suisse Romande* 2004;124:205-8.
- [19] Heenan A, Best MW, Ouellette SJ, Meiklejohn E, Troje NF, Bowie CR. Assessing threat responses towards the symptoms and diagnosis of schizophrenia using visual perceptual biases. *Schizophrenia Research* 2014;159:238-42.
- [20] Favrod J, Maire A. Se rétablir de la schizophrénie : Guide pratique pour les professionnels. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
- [21] Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:586-94.
- [22] Favrod J, Scheder D. Se rétablir de la schizophrénie: Un modèle d'intervention. *Rev Méd Suisse Romande* 2004;124:205-8.

- [23] Karow A, Naber D, Lambert M, Moritz S, Initiative E. Remission as perceived by people with schizophrenia, family members and psychiatrists. *Eur Psychiatry* 2012;27:426-31.
- [24] Andresen R, Caputi P, Oades L. Stages of recovery instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:972-80.
- [25] Moritz S, Vitzthum F, Randjbar S, Veckenstedt R, Woodward TS. Detecting and defusing cognitive traps: Metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 2010;23:561-9.
- [26] Favrod J, Vianin P, Pomini V, Mast FW. A first step toward cognitive remediation of voices: A case study. *Cogn Behav Ther* 2006;35:159-63.
- [27] Moritz S, Favrod J, Andreou C, Morrison AP, Bohn F, Veckenstedt R, Tonn P, Karow A. Beyond the usual suspects: Positive attitudes towards positive symptoms is associated with medication noncompliance in psychosis. *Schizophr Bull* 2013;39:917-22.
- [28] Hacker D, Birchwood M, Tudway J, Meaden A, Amphlett C. Acting on voices: Omnipotence, sources of threat, and safety-seeking behaviours. *Br J Clin Psychol* 2008;47:201-13.
- [29] Chaix J, Ma E, Nguyen A, Ortiz Collado MA, Rexhaj S, Favrod J. Safety-seeking behaviours and verbal auditory hallucinations in schizophrenia. *Psychiatry Research* 2014;220:158-62.
- [30] Freeman D, Garety PA, Kuipers E. Persecutory delusions: Developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychol Med* 2001;31:1293-306.
- [31] Favrod J, Rexhaj S, Ferrari P, Bardy S, Hayoz C, Morandi S, Bonsack C, Giuliani F. French version validation of the psychotic symptom rating scales (psyrats) for outpatients with persistent psychotic symptoms. *BMC Psychiatry* 2012;12:161.
- [32] Monestes J-L, Vavasseur-Desperriers J, Villatte M, Denizot L, Loas G, Rusinek S. Influence de la résistance aux hallucinations auditives sur la dépression Étude au moyen du questionnaire révisé des croyances à propos des voix. *L'Encéphale* 2014;41:25-31.
- [33] Kingdon DG, Turkington D. The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. Preliminary report. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:207-11.
- [34] Petrovsky N, Ettinger U, Hill A, Frenzel L, Meyhofer I, Wagner M, Backhaus J, Kumari V. Sleep deprivation disrupts prepulse inhibition and induces psychosis-like symptoms in healthy humans. *J Neurosci* 2014;34:9134-40.
- [35] Mason OJ, Brady F. The psychotomimetic effects of short-term sensory deprivation. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:783-5.
- [36] Zimbardo PG, Andersen SM, Kabat LG. Induced hearing deficit generates experimental paranoia. *Science* 1981;212:1529-31.
- [37] Kilcommons AM, Morrison AP, Knight A, Lobban F. Psychotic experiences in people who have been sexually assaulted. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:602-11.
- [38] Daalman K, Diederien KM, Derks EM, Van Lutterveld R, Kahn RS, Sommer IE. Childhood trauma and auditory verbal hallucinations. *Psychol Med* 2012;42:2475-84.
- [39] Baethge C. Grief hallucinations: True or pseudo? Serious or not? An inquiry into psychopathological and clinical features of a common phenomenon. *Psychopathology* 2002;35:296-302.

- [40] Augustin A. Les confessions. Québec : Samizdat ; MMXIII.
- [41] Favrod J, Scheder D. Faire face aux hallucinations auditives : De l'intrusion à l'autonomie. Charleroi: Socrate Editions Promarex; 2003.
- [42] Pierre J-M. Hallucinations in nonpsychotic disorders: Toward a differential diagnosis of "hearing voices". *Harvard Review of Psychiatry* 2010;18:22-35.
- [43] Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: From basic research to knowledge translation and intervention. *Current opinion in psychiatry* 2007;20:619-25.
- [44] Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training for schizophrenia patients (mct): A pilot study of feasibility, treatment adherence and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry* 2007;10:69-78.
- [45] Moritz S, Woodward TS, Metacognition Study Group, Favrod J. Entraînement des habiletés métacognitives pour les personnes atteintes de schizophrénie (emc). Hamburg: VanHam Campus Verlag; 2007.
- [46] Briki M, Monnin J, Haffen E, Sechter D, Favrod J, Netillard C, et al. Metacognitive training for schizophrenia: A multicentre randomised controlled trial. *Schizophrenia Research* 2014;157:99-106.
- [47] Favrod J, Rexhaj S, Bardy S, Ferrari P, Hayoz C, Moritz S, Conus P, Bonsack C. Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: A randomized-controlled study. *Eur Psychiatry* 2014;29:275-81.
- [48] Favrod J, Maire A, Bardy S, Pernier S, Bonsack C. Improving insight into delusions: A pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. *J Adv Nurs* 2011;67:401-7.
- [49] Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR 3rd, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987;53:5-13.
- [50] Haddock G, Slade PD, Bentall RP, Reid D, Faragher EB. A comparison of the long-term effectiveness of distraction and focusing in the treatment of auditory hallucinations. *Br J Med Psychol* 1998;71:339-49.
- [51] Crawford-Walker CJ, King A, Chan S. Distraction techniques for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews* 2005;CD004717.
- [52] Gilbert P. Compassion focused therapy. Hove: Routledge; 2010.
- [53] Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol* 2013;52:199-214.
- [54] Favrod J, Linder S, Pernier S, Chafloque MN. Cognitive and behavioural therapy of voices for patients with intellectual disability: Two case reports. *Annals of General Psychiatry* 2007;6:22.
- [55] Leff J, Williams G, Huckvale MA, Arbuthnot M, Leff AP. Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: Proof-of-concept study. *Br J Psychiatry* 2013;202:428-33.
- [56] Khazaal Y, Favrod J, Azoulay S, Finot SC, Bernabotto M, Raffard S, et al. "Michael's game," a card game for the treatment of psychotic symptoms. *Patient Educ Couns* 2011;83:210-6.
- [57] Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 2008;34:523-37.

- [58] Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2005;77:1-9.
- [59] Van der Gaag M, Valmaggia LR, Smit F. The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2014;156:30-7.
- [60] Sommer IE, Slotema CW, Daskalakis ZJ, Derks EM, Blom JD, Van der Gaag M. The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2012;38:704-14.

8 Thérapie par entraînement attentionnel

M.-N. Levaux

Dans notre vie quotidienne, nous sommes fréquemment sujets à des pensées, images ou impulsions non souhaitées, répétitives et intrusives, c'est-à-dire qui interrompent notre activité en cours [1]. Dans ces circonstances, notre contrôle attentionnel déplace le foyer attentionnel de la tâche externe en cours et l'oriente vers des informations internes non reliées, réduisant la conscience pour ces informations externes et conduisant à des représentations superficielles de l'environnement et à une pauvre performance [2]. Par exemple, durant une conversation, des pensées intrusives peuvent entraîner une perte d'information importante, ou, durant une lecture, un vagabondage de pensées peut engendrer des difficultés de compréhension du texte [3]. Les intrusions de pensées constituent une caractéristique inhérente à l'esprit humain, de nature adaptative et même indispensable (par exemple, elles permettent à l'esprit de trouver une solution ou une alternative à un problème) [4]. Toutefois, dans certaines circonstances, les mécanismes qui gouvernent le flux des pensées peuvent devenir difficilement contrôlables et ainsi problématiques, ce qui conduit à un manque d'autocontrôle (ou d'auto-régulation) relatif à ses pensées. Les intrusions de pensées peuvent jouer un rôle important dans un grand nombre d'états psychopathologiques [5] et peuvent prendre différentes formes, telle que des inquiétudes, de la rumination, des obsessions et des pensées automatiques négatives [6].

Dans la schizophrénie, les intrusions mentales occupent une place importante dans l'émergence et le maintien de symptômes psychotiques, particulièrement les hallucinations et les idées délirantes. En effet, la tendance à expérimenter des pensées intrusives a été reliée à la propension aux hallucinations [7]. Les intrusions de pensées et les hallucinations auditives partagent des similarités qualitatives et se différencient davantage sur un mode quantitatif [8]. Les hallucinations peuvent représenter des pensées intrusives attribuées de manière erronée à une source externe [9]. Les idées délirantes peuvent être considérées comme des interprétations culturellement inacceptables de pensées intrusives [10] et peuvent être associées à des dimensions relatives à l'anxiété [11].

Différents processus psychologiques contribuent au développement et au maintien de pensées intrusives. Un modèle intéressant centré sur la vulnérabilité émotionnelle, le modèle du fonctionnement exécutif autorégulateur

(*Self-Regulatory Executive Function model*, S-REF [12-14]), développé par Wells et ses collaborateurs, nous renseigne sur ces processus psychologiques. Il suggère un mode, ou style, cognitivo-attentionnel (*cognitive attentional syndrome*) de traitement de l'information émotionnelle commun aux personnes souffrant d'un trouble émotionnel. Ce mode se caractérise par une focalisation excessive de l'attention sur soi ou « auto-centration » qui devient excessive, inflexible et incontrôlable, entre autres, par le biais d'un contrôle constant des événements qui pourraient constituer une menace — par exemple, *via* des ruminations et des inquiétudes ou à travers une surveillance métacognitive des pensées. Cette auto-centration facilite la détection des sensations, émotions et cognitions négatives ; elle intensifie et prolonge la détresse émotionnelle (affect négatif) ; elle initie une variété de stratégies inefficaces de *coping*, telles que des tentatives de contrôle et de suppression de pensées [15] ou le recours à des substances psychoactives [16] ; elle contribue à maintenir les croyances et les émotions négatives en empêchant le traitement des informations neutres et positives. Dans une telle perspective, une variété de troubles émotionnels résultent d'un cercle vicieux, dans lequel l'auto-centration attentionnelle (ou blocage) sur les pensées négatives, en association à des stratégies de *coping* contre-productives, maintient les émotions négatives et renforce les croyances métacognitives [17].

Parmi les mécanismes psychologiques qui interviendraient et joueraient un rôle important dans le processus pathogène d'auto-centration rigide décrit par Wells [12], les croyances métacognitives (croyances au sujet des processus de pensées ou significations données aux pensées) interviendraient dans le contrôle, la modification ou encore l'interprétation de nos propres contenus mentaux [18]. D'autre part, la capacité à contrôler de manière volontaire notre attention dépendrait d'un réseau « exécutif » (voir par exemple : [19]), notamment impliqué dans les opérations de désengagement flexible du foyer attentionnel de contenus internalisés (par exemple, des ruminations) et de la réorientation vers d'autres informations (externes ou internes ; par exemple, plus gratifiantes pour le *self* [20]). Parmi les mécanismes exécutifs, les capacités de mémoire de travail permettraient de renforcer la concentration dans les activités de la vie quotidienne qui requièrent des ressources cognitives élevées et de maintenir les buts accessibles en mémoire [21]. Les capacités d'inhibition seraient impliquées dans la suppression de pensées non voulues et la résistance à l'interférence dans des situations de conflits de pensées [22, 23]. Les capacités de flexibilité cognitive (ou de *mental set shifting*) et d'attention sélective seraient impliquées dans le déplacement du focus attentionnel d'une activité cognitive à une autre [23] et la focalisation de l'attention sur la tâche en cours [24]. Un autre mécanisme dit de « flexibilité de source » [25] permettrait

de gérer de manière flexible et en continu les ressources attentionnelles allouées à des informations internes ou « autogénérées » (telles que des pensées intrusives ou des ruminations) ou à des informations externes disponibles dans l'environnement (par exemple, écouter et comprendre le discours d'un interlocuteur ou suivre un film). Une compétition constante existe entre ces activités mentales internalisées et axées sur l'extérieur [25, 26]. Néanmoins, à certaines occasions, l'attention doit être volontairement (re)dirigée d'un contenu interne à un contenu externe, ou inversement.

Une technique prometteuse, l'*Attention Training Technique* (ATT [12, 27]), développée par Wells dans le cadre du modèle métacognitif des troubles émotionnels, vise à modifier le mode cognitivo-attentionnel caractéristique des personnes présentant des troubles émotionnels, en agissant sur les mécanismes psychologiques spécifiques considérés sous-tendre ce pattern dysfonctionnel. Par le biais d'exercices répétés d'attention auditive externe, le but de l'ATT est de diminuer la centralisation attentionnelle sur soi en optimisant le contrôle attentionnel volontaire et l'allocation des ressources attentionnelles. Le désengagement progressif de cette auto-centration et l'externalisation du focus attentionnel permettront à terme la désactivation des stratégies de régulation émotionnelle centrées sur des sensations physiques désagréables, la rumination et l'inquiétude, la libération des ressources pour le traitement des informations neutres et positives, et la modification de croyances dysfonctionnelles. Le but de l'ATT est d'apprendre à la personne à se détacher de ses pensées et à allouer son attention d'une manière flexible. À ce titre, l'entraînement attentionnel ne constitue en aucun cas une technique de distraction ou de relaxation en regard de certaines pensées perturbatrices ou d'émotions déplaisantes.

L'ATT fait partie de l'une des dix techniques identifiées par Wells pour atteindre la « pleine conscience détachée » dans le cadre d'une thérapie métacognitive (pour une description des différentes techniques, voir : [27]). La pleine conscience détachée est un état consistant en une conscience métacognitive décentrée des événements internes (particulièrement des pensées) et associée à une interruption du traitement de l'information négative. Elle s'illustre par des stratégies telles que décider de ne pas s'inquiéter en réponse à des pensées intrusives, permettre aux pensées d'occuper leur propre espace mental sans aucune action ou interprétation et les considérer comme des événements subjectifs qui ne font que transiter (pour une description détaillée du paradigme de « pleine conscience détachée », voir : [14, 27]).

Cette technique a précédemment été utilisée avec succès selon une approche en cas unique dans différents états psychopathologiques (pour une revue de la littérature : voir [17]) : le trouble panique et la phobie sociale (réduction des épisodes de paniques, des niveaux généraux d'anxiété et du degré de conviction dans les croyances fonctionnelles [28]), l'hypochondrie

(réduction de la fréquence, du nombre d'inquiétudes et des croyances problématiques liées à la santé ^[29]) et le trouble dépressif majeur (réduction des symptômes dépressifs et anxieux, diminution des ruminations, des pensées automatiques négatives et des croyances métacognitives négatives ^[30] ; effet bénéfique sur la symptomatologie dépressive ^[13, 31]).

Dans le cas de la schizophrénie, deux études de cas ont été publiées. Dans la première étude ^[32], la technique d'entraînement attentionnel a été appliquée à une personne âgée de 25 ans souffrant d'hallucinations auditives. Préalablement à l'intervention, un travail réalisé en thérapie cognitive et comportementale a permis à la personne de s'auto-attribuer la génération des hallucinations — plutôt que de les attribuer à des « entités » qui communiqueraient avec elle. Cependant, les voix étaient toujours perçues comme incontrôlables, demeuraient perturbantes et provoquaient distraction et rumination. Après huit séances d'ATT, des résultats bénéfiques ont été obtenus : une réduction de la sévérité des hallucinations auditives sur un questionnaire d'autoévaluation ; une diminution du nombre de voix entendues (deux au lieu de trois voix distinctes perçues) ; une réduction de la durée des hallucinations ; une diminution de la proportion des hallucinations ayant un contenu menaçant ou dénigrant. Ces résultats attestent de la diminution de l'auto-centration sur les hallucinations (cible de l'entraînement attentionnel) et non pas de la réduction de la propension à présenter des hallucinations.

La seconde étude de cas ^[33] a été réalisée sur l'efficacité de l'entraînement attentionnel pour réduire l'occurrence de pensées intrusives chez une personne âgée de 32 ans présentant une schizophrénie de type paranoïde. La personne se plaignait de fréquentes pensées involontaires qui l'assaillaient au quotidien et dont elle n'arrivait pas à se débarrasser : des pensées de type paranoïde concernant ses voisins et ses collègues (par exemple, des suspicions sur ce que les autres pourraient dire ou penser à son encontre), des ruminations relatives à des échecs passés et des inquiétudes relatives aux événements à venir. La focalisation sur soi excessive engendrait d'importantes difficultés de concentration (par exemple, lorsqu'il s'agissait de lire et de comprendre un texte), des troubles du comportement (par exemple, emportements colériques), une souffrance psychologique importante et un impact négatif sur les plans personnel et professionnel. À partir d'une analyse théorique des difficultés cognitives, quotidiennes et professionnelles rencontrées et en accord avec la plainte de la personne, il a été décidé que l'objectif de l'intervention par entraînement attentionnel serait de réduire l'auto-centration à travers l'amélioration des capacités de contrôle et de flexibilité attentionnelle. L'intervention a consisté en neuf séances d'entraînement attentionnel, complétées par une pratique à domicile. Un suivi à six mois a été réalisé à l'aide de questionnaires. Par rapport aux études précédentes qui examinaient essentiellement les progrès obtenus

à l'aide de méthodes descriptives (des graphiques présentant l'évolution de scores moyens à des questionnaires d'autoévaluation), des mesures pré- et post-traitement ont été sélectionnées pour tester l'efficacité mais surtout la spécificité de l'intervention conduite. En effet, dans le but d'évaluer l'effet de l'entraînement attentionnel de manière directe (les mécanismes psychologiques impliqués) et indirecte (les répercussions dans la vie quotidienne — plaintes subjectives cognitives, estime de soi, symptomatologie psychiatrique — et professionnelle — fonctionnement au travail), différents outils ont été administrés : des tâches de laboratoire, des mesures écologiques et des questionnaires d'autoévaluation. Les résultats obtenus indiquaient une amélioration des performances à des tâches mesurant des mécanismes psychologiques spécifiques en lien avec le contrôle attentionnel, à savoir les capacités de flexibilité attentionnelle, d'attention sélective et de résistance à l'interférence d'informations distractrices (mesurés à l'aide de sous-tests de la batterie informatisée d'évaluation de l'attention de Zimmerman et Fimm, 1994 [34]). L'optimisation des capacités de contrôle attentionnel s'est également traduite par une réduction des pensées intrusives dans une tâche d'ordination de chiffres propice au vagabondage de pensées, mais également dans des tâches écologiques de compréhension de textes et d'apprentissage de récits. En outre, l'intervention psychologique a également conduit à une augmentation du contrôle perçu sur les pensées (évalué par le *Thoughts Control Ability Questionnaire*, TCAQ [35]), une amélioration de l'efficacité et de la satisfaction perçue au travail (évalués par le *Work Behavior Inventory*, WBI [36]) et une réduction des symptômes psychotiques (évalués par le *Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS [36]). Il est important de préciser que l'intervention n'a pas été associée à une amélioration dans diverses tâches de contrôle évaluant des mécanismes psychologiques non ciblés par l'entraînement (par exemple, la capacité à inhiber un schéma de réponse dominant évalué par une tâche de « go/no-go »), ce qui atteste de la spécificité de l'intervention psychologique conduite. Une évaluation à six mois des symptômes psychotiques, mais également des compétences et de la satisfaction perçue au travail, atteste du maintien des effets bénéfiques de l'intervention.

D'autre part, quelques essais cliniques randomisés et contrôlés ont vu le jour au sein de populations cliniques et non cliniques : une étude sur l'efficacité de l'adjonction d'un entraînement attentionnel à une thérapie cognitive et comportementale classique chez des personnes présentant une phobie sociale [38] ; une étude sur l'efficacité de l'entraînement attentionnel par « autotraitement » chez des personnes présentant des manifestations obsessionnelles-compulsives élevées [39] ; une étude sur l'efficacité d'une séance unique d'entraînement attentionnel sur la fréquence de pensées intrusives chez des personnes présentant des manifestations obsessionnelles-compulsives [40] ; une étude sur l'impact de l'ATT sur la réduction de la douleur ressentie à une épreuve de résistance au froid chez des étudiants

en première année de psychologie ^[41]. Excepté pour cette dernière étude, les résultats obtenus à ces essais n'appuient pas l'efficacité de l'entraînement attentionnel. Néanmoins, de nombreuses limitations méthodologiques sont à considérer, pouvant influencer l'analyse des résultats. Premièrement, l'hétérogénéité au sein d'une catégorie diagnostique, à savoir le fait que des personnes respectant les critères d'un même trouble présentent en fait des profils très différents, notamment sur le plan des mécanismes psychologiques impliqués (voir par exemple : ^[42]), n'est pas prise en compte — notamment, l'utilisation du même nombre de sons pour tous les participants sans prendre en compte les différences individuelles concernant les ressources attentionnelles. Deuxièmement, l'utilisation standardisée de l'entraînement attentionnel dans des sessions de groupe était généralement assortie d'une même version préenregistrée de l'exercice à chaque séance, ce qui est susceptible d'entraîner un effet d'apprentissage et, ainsi, de réduire la quantité de ressources attentionnelles mobilisées durant les séances (cf. étude ^[38]). Troisièmement, différents aspects cliniques n'étaient pas suffisamment contrôlés, notamment les informations relatives à l'engagement effectif dans les exercices proposés à domicile (cf. étude ^[38]), au contrôle de la compréhension des fondements théoriques de l'intervention et de la pratique effective de l'entraînement attentionnel (cf. étude ^[39]), et le nombre de séances d'entraînement (par exemple, une unique séance : cf. étude ^[40]).

En résumé, les données essentiellement issues des études en cas unique indiquent que l'entraînement attentionnel constitue une stratégie d'intervention intéressante et prometteuse visant des processus psychologiques spécifiques en jeu dans le traitement d'une variété d'états psychopathologiques, tels que la schizophrénie (en traitement unique ou en combinaison avec une intervention de type métacognitive). Néanmoins, des études ultérieures sont nécessaires pour établir de façon définitive l'efficacité et la spécificité de cette technique, en prenant en compte les limitations sur le plan méthodologique, telles que, par exemple, l'utilisation de plans expérimentaux et de statistiques en cas unique plus rigoureux, le développement de tâches écologiques et de laboratoire plus objectives et spécifiques, la formulation de cas détaillée, tenant compte de l'hétérogénéité des profils rencontrés, selon une approche de type « clinométrique » permettant d'évaluer l'efficacité d'une intervention dont le contenu peut varier d'une personne à une autre (pour la description d'une telle approche, voir par exemple : ^[43]).

Description du programme

L'ATT ^[44] comprend trois types d'exercices d'attention externe portée sur des stimulus auditifs impliquant : l'attention sélective, la flexibilité attentionnelle ou le désengagement de l'attention (ou le *shifting* attentionnel), et l'attention divisée.

Différents sons, naturels ou artificiels, d'intensité variée et localisés à différents endroits (gauche, droite, devant, derrière) par rapport à la position de la personne sont sélectionnés au sein d'une même pièce et en dehors de la pièce. Le nombre de sons est fixé en fonction des difficultés rencontrées par la personne (évaluées durant la procédure) tout en étant suffisamment important pour que la procédure soit exigeante en termes de ressources attentionnelles. Six à neuf sons sont généralement proposés (pour des exemples de sons : [tableau 8.1](#)). Il n'est pas obligatoire de traiter tous les sons sélectionnés lors des phases d'attention sélective et de désengagement de l'attention (les deux premières phases de l'ATT), le nombre de sons utilisés pouvant uniquement servir à moduler la difficulté de l'exercice (à travers une plus grande mobilisation des ressources attentionnelles).

Durant toute la durée des exercices, il est demandé à la personne de fixer un point droit devant elle (par exemple, une lumière projetée sur un mur ou une marque sur un mur) et de rester visuellement focalisé sur ce dernier. Le thérapeute doit se situer en retrait, hors du champ de vision de la personne.

L'entraînement attentionnel commence ensuite par des exercices d'attention sélective dans lesquels le thérapeute va guider le foyer attentionnel de la personne sur des sons précis au sein de la panoplie de sons. Lors de cette phase d'attention sélective, on demande à la personne de focaliser son attention sur un son déterminé pendant 15 secondes et de résister à la distraction provoquée par les sons concurrents, puis de se reposer pendant 5 secondes. Durant ce premier exercice, les sons supplémentaires sont introduits au fur et à mesure que le thérapeute les nomme et sont maintenus jusqu'à la fin de la session d'entraînement.

Dans la phase successive de désengagement de l'attention, la personne va successivement être amenée à désengager son foyer attentionnel d'un son donné pour l'engager vers un autre son (associé à une localisation spatiale plus proche ou plus éloignée). L'exercice se déroule avec une rapidité

Tableau 8.1. Exemples de sons utilisés lors de l'entraînement attentionnel.

Sons proches (dans la pièce de consultation)	Sons éloignés (hors de la pièce de consultation)
La voix du thérapeute Le tapotement réalisé avec un Bic ou un autre instrument Le tic-tac d'une minuterie Le tic-tac d'une horloge Le battement d'un métronome Un son digitalisé émis par un ordinateur Le bruit de fond d'un ordinateur Le bruit de fond d'un ventilateur Le poste de radio	Le bruit de la circulation automobile Le chant des oiseaux Le brouhaha ambiant d'une cafétéria, d'un hall Le bruit d'une grille d'aération

croissante. Ainsi, au début de cette phase de l'exercice, la focalisation attentionnelle sur un son spécifique durera approximativement 10 secondes, alors qu'à la fin, la personne sera amenée à changer son foyer attentionnel toutes les 5 secondes environ.

Enfin, lors des exercices d'attention divisée, le thérapeute demande à la personne d'étendre son foyer attentionnel à l'ensemble des sons audibles dans l'environnement, et cela indépendamment de leur localisation spatiale. Cette dernière phase est la plus coûteuse en termes de ressources attentionnelles.

Une session d'entraînement attentionnel dure approximativement 12 minutes (5 minutes d'attention sélective, 5 minutes de désengagement de l'attention et 2 minutes d'attention divisée), mais la durée peut varier selon le niveau de difficulté avec laquelle la personne réalise chaque exercice et le nombre d'exercices proposés. Les trois phases de l'entraînement sont généralement administrées dans le même ordre. Il peut être également suggéré d'administrer les exercices d'attention de manière progressive à travers les sessions et au sein d'une même session (pour un exemple de contenu de séances : [tableau 8.2](#)), afin d'adapter la difficulté de la tâche progressivement au profil de ressources attentionnelles de la personne. Par ailleurs, afin de maintenir les exigences attentionnelles et exécutives à un haut niveau durant toute la procédure, la difficulté de la tâche doit être augmentée en identifiant progressivement des sons moins distincts dans la phase d'attention sélective, en augmentant la vitesse de transfert

Tableau 8.2. Exemple de contenu de sessions avec introduction progressive des exercices.

Sessions	Contenu des sessions
1	Examen du problème, justificatif et explicatif du programme
2	Focalisation de l'attention sur 1 son intérieur
3	Focalisation de l'attention sur 2 sons intérieurs
4	Focalisation de l'attention sur 3 sons intérieurs
5	Focalisation de l'attention sur 3 sons intérieurs + 1 son extérieur, déplacement de l'attention entre les sons
6	Focalisation de l'attention sur 3 sons intérieurs + 2 sons extérieurs, déplacement de l'attention entre les sons
7	Focalisation de l'attention sur 3 sons intérieurs + 3 sons extérieurs, déplacement de l'attention entre les sons
8	Focalisation de l'attention sur 3 sons intérieurs + 3 sons extérieurs, déplacement de l'attention entre les sons, attention divisée entre les sons
9	Focalisation de l'attention sur 3 sons intérieurs + 3 sons extérieurs, déplacement de l'attention entre les sons, attention divisée entre les sons

attentionnel durant la phase de flexibilité attentionnelle (de 10 secondes à 5 secondes) et en terminant la procédure avec une consigne d'attention divisée soutenue. Enfin, la variété des paramètres susceptibles d'être manipulés dans ces exercices (par exemple, le nombre et la nature des sons, la localisation spatiale des sons, la durée de focalisation sur un son donné dans la phase de désengagement attentionnel) favorise l'application de cette technique à d'autres environnements (notamment au domicile de la personne) et permet de limiter de potentiels effets d'apprentissage (qui pourraient découler de l'application d'une procédure similaire lors de chaque séance).

Préalablement à la mise en place d'un entraînement attentionnel, le thérapeute examine la nature du problème, la tendance à l'auto-concentration et les croyances métacognitives (par exemple, les croyances positives et négatives sur le fait de s'inquiéter). Le justificatif théorique de l'entraînement attentionnel est alors présenté à la personne, de manière individualisée, c'est-à-dire à l'aide d'exemples tirés de la vie quotidienne de la personne au cours de l'anamnèse réalisée au préalable (une feuille reprenant les informations du justificatif théorique peut être transmise à la personne pour faciliter la rétention de l'information ; cf. Exemple). Ce justificatif théorique a comme but d'explicitier et d'illustrer le rôle des processus attentionnels (et métacognitifs) dans les difficultés et les symptômes présentés par la personne. Il est important et joue un rôle clé dans l'adhésion à la technique et son implémentation dans la vie quotidienne de la personne. Il est parfois utile de renforcer ou de revenir sur certains aspects du justificatif théorique lors des séances suivantes. Il faut également souligner à la personne le fait que la technique d'entraînement attentionnel ne vise en aucun cas la suppression ou l'évitement de certains contenus mentaux (par exemple, des ruminations, inquiétudes, obsessions) mais doit être considérée comme une pratique régulière visant à améliorer la flexibilité des processus attentionnels. À ce titre, l'entraînement attentionnel n'est pas un outil servant à faire face à une situation aiguë (par exemple, un moment de forte anxiété ou une attaque de panique), comme pourrait l'être, par exemple, une technique reposant sur le contrôle de la respiration. Il est également utile de mentionner à la personne qu'elle sera certainement confrontée, lors de la pratique de l'entraînement attentionnel, à l'émergence de pensées intrusives involontaires. Ces dernières devront être considérées comme « un bruit supplémentaire » auquel il ne faut pas essayer de résister et qui rend la focalisation de l'attention sur les sons externes plus difficile. Enfin, les attentes irréalistes de la personne à l'égard de la technique devront être discutées (par exemple, la technique ne doit pas être vue comme un outil permettant d'empêcher l'occurrence de pensées involontaires).

Exemple

Étape 1 : Justificatif théorique

Les pensées intrusives et le vagabondage de pensée sont des processus normaux qui arrivent dans la vie quotidienne. Cependant, les réponses à ces pensées intrusives et/ou les stratégies pour y faire face, telles que par exemple, ruminer et persévérer avec les mêmes pensées, contribuent à fermer les individus dans des cercles vicieux.

Dans votre vie quotidienne, il se peut que vous vous focalisiez sur une pensée qui viendrait à votre esprit souvent et pendant longtemps, comme par exemple un événement qui se serait mal passé. Ce phénomène est appelé « l'auto-centration ». Il a pour conséquence d'intensifier l'état émotionnel, les réactions internes (par exemple, les sensations physiques désagréables), d'augmenter les difficultés à penser à autre chose et peut contribuer au maintien de croyances et d'émotions négatives.

L'ATT permet de réduire l'auto-centration, d'augmenter les capacités de contrôle attentionnel, de diminuer la conscience de son propre fonctionnement mental et physique et de construire des croyances plus fonctionnelles concernant ce fonctionnement. Il consiste en des exercices d'attention sur des sons, comprenant trois composantes : l'attention sélective, la flexibilité attentionnelle et l'attention divisée. L'ATT n'est pas une technique de relaxation ou de distraction. Il est probable que vous ayez des pensées intrusives ou non volontaires pendant que nous pratiquerons l'ATT. Le but sera alors de continuer l'exercice et de considérer ces dernières comme du bruit ou des sons internes et transitoires.

Après la présentation du justificatif théorique, le thérapeute doit évaluer dans quelle mesure la personne perçoit l'entraînement attentionnel comme une technique pouvant ou non lui être bénéfique sur une échelle allant de 0 (pas du tout utile) à 100 (très utile) (cf. Exemple). L'anticipation d'une faible utilité (moins de 50) peut être considérée comme un indicateur du fait que le justificatif de la technique n'a pas été suffisamment bien perçu et/ou intégré et doit donc être renforcé (par exemple, en présentant des exemples concrets de la vie quotidienne de la personne dans lesquels sa tendance à l'auto-centration a entretenu des phénomènes de ruminations ou d'inquiétudes ou a accentué des sensations physiques désagréables). Dans le cas où la présentation de l'intervention est associée à une perception d'efficacité anticipée positive (plus de 50), la procédure d'entraînement attentionnel peut débuter.

Exemple

Étape 2 : Évaluation de la crédibilité

Évaluer le degré de crédibilité de l'ATT auprès de la personne avec la question suivante : « À quel point pensez-vous que l'ATT puisse être une technique utile dans votre cas ? Pouvez-vous me donner un nombre sur une échelle allant de 0 (pas du tout utile), à 100 (extrêmement utile) ? »

Il est à préciser également, qu'après chaque exercice, la personne est amenée à estimer la facilité avec laquelle elle arrive à exercer son attention sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (très bien). C'est à ce stade que les difficultés de la procédure peuvent être pointées et discutées en expliquant que la procédure est exigeante et requiert de la pratique. Il est également important de remettre l'accent sur le but de l'entraînement attentionnel, qui n'est pas de supprimer tout autre matériel de la conscience mais d'allouer son attention d'une manière flexible, notamment par rapport aux pensées intrusives qui surgissent pendant les exercices. Lorsque l'estimation de facilité à pratiquer la procédure atteint les 80 %, la difficulté de l'exercice peut être augmentée.

Il est d'usage d'administrer les exercices d'entraînement attentionnel dans le cadre du cabinet de consultation — il faut généralement compter de huit à dix séances, mais le nombre de séances doit être adapté au profil des performances attentionnelles de la personne — en parallèle à la réalisation des exercices à domicile, et ce dans l'optique de progressivement amener la personne à s'approprier la technique et à l'utiliser dans sa vie quotidienne de manière autonome. La personne est invitée à pratiquer cette technique à son domicile une à deux fois par jour pendant une période de 10 à 15 minutes. La séquence de base des exercices doit être identique à celle de la session d'entraînement précédant l'exercice à domicile. Une feuille explicative est transmise à la personne pour l'aider dans la réalisation des exercices. Au début de chaque séance d'entraînement, le thérapeute recueille les commentaires et difficultés éventuelles rencontrées par la personne lors de la pratique des exercices à domicile. À la fin de chaque séance d'entraînement, les nouveaux exercices à domicile et les stimulus auditifs qui sont introduits dans l'environnement de la personne sont revus en détail. La pratique régulière fait partie intégrante d'une intervention psychologique fondée sur l'entraînement attentionnel et a pour objectif de permettre une généralisation de l'apprentissage attentionnel aux situations de vie négative (pensées intrusives négatives, ruminations, etc.) que rencontre la personne.

Exemple

Session d'entraînement avec procédure d'administration et consignes détaillées

Marche à suivre pour mettre en place une séance d'entraînement attentionnel (ATT).

Étape 1 : Évaluation de l'auto-centration (pré-intervention)

Évaluer le degré d'auto-centration (avant l'administration de l'ATT) à l'aide de la question suivante : *« En ce moment précis, à quel point votre attention est-elle focalisée sur vous-même ou sur votre environnement externe. Pouvez-vous me l'indiquer sur une échelle de - 3 (totalement focalisé sur l'extérieur) à + 3 (totalement autocentré) ? »*



▷ Étape 2 : Administration de l'entraînement attentionnel

Le thérapeute doit se situer en retrait, hors du champ de vision de la personne. Il faut prévoir (et planifier) l'utilisation de six à neuf sons (à adapter en fonction des ressources cognitives de la personne). Il n'est pas obligatoire de traiter tous les sons sélectionnés lors des phases d'attention sélective et de désengagement de l'attention (les deux premières phases de l'ATT), le nombre de sons utilisés pouvant uniquement servir à moduler la difficulté de l'exercice (à travers une plus grande mobilisation des ressources attentionnelles). Les trois phases de l'ATT (attention sélective, désengagement de l'attention, attention divisée) sont toujours administrées dans le même ordre. Le thérapeute devrait présenter l'ATT d'une manière lente, homogène et d'un ton consistant. Les consignes à administrer sont les suivantes (les sons mentionnés sont des exemples et devront être adaptés en fonction de l'environnement).

Attention sélective (environ 6 minutes)

« Focalisez votre attention sur un point précis (par exemple, une tache ou une marque sur le mur se trouvant devant vous). Je vais m'asseoir derrière vous, de sorte à ne pas interférer avec votre concentration. Veuillez garder les yeux ouverts pendant tout l'exercice. Je vais commencer par vous demander de focaliser votre attention sur différents sons dans cette salle, puis également en dehors de cette salle. Après ce premier exercice, je vous demanderai de focaliser votre attention sur différents sons puis de faire passer rapidement votre attention d'un son à l'autre, en fonction de mes consignes. Pendant la dernière partie de l'exercice, vous allez être amené(e) à élargir votre attention au maximum et à essayer de capter simultanément tous les différents sons présents. »

« Le but de la procédure n'est pas de vous distraire de vos pensées ou de vos sentiments mais de vous permettre de pratiquer de manière flexible votre attention. Vous pouvez avoir des pensées ou des sentiments durant l'exercice, c'est parfaitement normal, et, si c'est le cas, vous les traitez simplement comme des bruits additionnels et vous retournez à la focalisation de votre attention comme cela vous est expliqué. »

« Pour commencer, focalisez-vous sur le son de ma voix (son 1) [pause]. Portez à ce son toute votre attention, aucun autre son n'a de l'importance. Essayez d'allouer toute votre attention au son de ma voix [pause]. Ignorez tous les autres sons de votre environnement. Concentrez-vous uniquement sur le son de ma voix. Aucun autre son ne compte, focalisez-vous uniquement sur le son de ma voix. »

Ces instructions sont ensuite répétées pour chaque son.

Demander ensuite à la personne d'estimer la facilité avec laquelle elle arrive à exercer son attention sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (très bien) : « Pouvez-vous m'évaluer comment vous vous focalisez sur les sons sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (très bien), en passant par 5 (moyennement) ? »

Désengagement de l'attention (environ 6 minutes)

« Maintenant que vous avez identifié les divers sons et que vous avez focalisé votre attention sur chacun d'entre eux, j'aimerais que vous déplaciez rapidement votre attention d'un son à l'autre à mesure que je les évoque [pause]. Premièrement, focalisez-vous sur le tapotement que je réalise avec mon

- ▷ *stylo (son 2). Aucun autre son n'est important, allouez toute votre attention à ce son [pause]. Si votre attention est captée par un autre son, réorientez votre attention sur le tapotement que je réalise avec mon stylo [pause]. »*

« Je vais maintenant vous demander de focaliser votre attention sur un son extérieur à ce cabinet de consultation. Pouvez-vous allouer votre attention au bruit de la circulation automobile dans la rue en contrebas (son 3, externe au cabinet de consultation). Concentrez-vous uniquement sur ce son, tous les autres sons ne sont pas importants [pause]. »

Procédez de manière identique pour les différents sons utilisés (en alternant entre les sons plus proches et les sons plus lointains) puis revenez sur les premiers sons utilisés.

« Pouvez-vous maintenant réorienter votre attention sur le son que je fais en tapotant avec mon stylo sur la table (son 2). Aucun autre son n'a de l'importance [pause]. »

Demander ensuite à la personne d'estimer la facilité avec laquelle elle arrive à exercer son attention sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (très bien) : *« Pouvez-vous m'évaluer comment vous déplacez votre attention entre les sons sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (très bien), en passant par 5 (moyennement) ? »*

Attention divisée (environ 3 minutes)

« Je vais maintenant vous demander d'étendre au maximum votre attention, rendez-la aussi vaste que possible et tentez de capturer tous les sons simultanément. Essayez de vous focaliser sur l'ensemble des sons que vous pouvez entendre, tant ceux de l'extérieur que ceux de l'intérieur du cabinet de consultation [pause]. Comptez intérieurement le nombre de sons que vous pouvez entendre simultanément [pause]. Essayez de capturer tous les sons simultanément, et décomptez-les [pause]. »

Demander ensuite à la personne d'estimer la facilité avec laquelle elle arrive à exercer son attention sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 10 (très bien) : *« Pouvez-vous m'évaluer combien de sons avez-vous réussi à entendre simultanément ? »*

Étape 3 : Évaluation de l'auto-centration (post-intervention)

Évaluer le degré d'auto-centration (post-ATT) à l'aide de la question suivante : *« En ce moment précis, à quel point votre attention est-elle focalisée sur vous-même ou sur votre environnement externe. Pouvez-vous me l'indiquer sur une échelle de - 3 (totalement focalisé sur l'extérieur) à + 3 (totalement autocentré) ? »*

Une absence de diminution de l'auto-centration est un indice de difficulté à réaliser l'exercice.

Étape 4 : Feedback

Susciter un feedback de la personne et explorer les éventuelles difficultés rencontrées lors de la réalisation de l'exercice. Travailler sur les éventuelles attentes erronées (par exemple, expliciter que l'ATT est une technique dont les effets découlent d'une pratique constante et non une stratégie à mettre en place de manière occasionnelle pour faire face à des pensées désagréables). Mettre en cause les croyances qui pourraient interférer avec l'ATT (par exemple, une croyance telle que : *« Cela ne marchera jamais avec moi, car je suis quelqu'un de »* ▷

- ▷ *distract.*») Normaliser les éventuelles inquiétudes qui auraient été soulevées par l'ATT (phénomène rare). Rappeler que l'ATT ne vise pas à la relaxation ou à la distraction, mais à la focalisation volontaire de l'attention. Il est fréquent (et normal) d'expérimenter des pensées intrusives pendant la tâche. Les pensées automatiques involontaires expérimentées pendant l'exercice peuvent être considérées comme « un bruit de fond » rendant l'ATT plus difficile (et donc plus efficace).

Étape 5 : Implémentation de la technique à domicile

Fixer des tâches à domicile. La pratique de l'ATT à domicile est cruciale. Essayer d'implémenter la pratique de deux séances de 10-15 minutes quotidiennes (même si en pratique, il s'avère souvent que la personne pratique l'entraînement une seule fois par jour). Suivre la procédure utilisée en séance, mais adapter l'ATT à l'environnement quotidien de la personne. Travailler avec la personne sur la manière (aspects pratiques) d'implémenter la technique à domicile (par exemple, déterminer les sons disponibles à domicile, créer une cassette audio ou des sons digitalisés à utiliser, etc.). Revenir systématiquement en séance sur les difficultés que la personne a pu rencontrer pour implémenter la technique à domicile.

Évaluation des effets de l'entraînement attentionnel

L'évaluation de l'efficacité de l'entraînement attentionnel doit se faire à travers l'utilisation de mesures « directes », évaluant les processus ciblés par l'intervention. À ce titre, il paraît important de les identifier lors de l'évaluation psychologique.

Des questionnaires d'autoévaluation peuvent être proposés : le questionnaire des métacognitions (*Metacognitions Questionnaire*, MCQ [45, 46], pour une validation de la version française, voir : [47]), mesurant les croyances métacognitives inhérentes au style cognitif dysfonctionnel ciblé par l'entraînement attentionnel (et plus largement par la thérapie métacognitive), qui évalue cinq types de croyances et processus métacognitifs¹ caractérisant une variété de troubles émotionnels (tels que l'anxiété généralisée,

1. Les cinq types de croyances et processus métacognitifs : (1) les croyances positives sur l'inquiétude (exemples d'items : « Le fait de m'inquiéter m'aide à éviter des problèmes qui pourraient survenir », « Le fait de me tracasser m'aide à planifier l'avenir plus efficacement ») ; (2) les croyances négatives sur l'inquiétude (exemples d'items : « Quand je commence à me tracasser, je ne peux plus m'arrêter », « Je m'inquiète des pensées qui me viennent ») ; (3) la confiance cognitive (exemples d'items : « Je suis facilement distract(e) », « J'ai des difficultés à rester concentré(e) sur une chose pendant une période assez longue ») ; (4) le besoin de contrôle : « Je devrais garder en permanence le contrôle sur mes pensées », « Si je ne contrôlais pas mes pensées, je ne serais pas capable de fonctionner ») ; (5) la surveillance métacognitive (« Je réfléchis beaucoup sur mes pensées » ; « Je suis en permanence conscient(e) de mes pensées »).

les symptômes dépressifs, les troubles obsessionnels et compulsifs, ou encore les abus de substances [45, 48-50] ; le questionnaire sur l'aptitude de contrôle des pensées (*Thoughts Control Ability Questionnaire*, TCAQ [51], pour une validation de la version française, voir : [52]), qui évalue les différences individuelles dans la capacité perçue à contrôler les pensées intrusives ou involontaires.

Différentes tâches de laboratoires peuvent également être utilisées pour mesurer spécifiquement les mécanismes psychologiques sous-tendant le processus dysfonctionnel d'auto-centration : les capacités de contrôle attentionnel (par exemple, l'*Attention Network Task*, ANT [53]) ; la flexibilité cognitive (par exemple, les tâches « plus/moins » ou « local/global » [22]) ; la flexibilité de source (par exemple, la tâche de l'alphabet [54]) ; différentes autres composantes attentionnelles, telles que la résistance à l'interférence et l'attention sélective (par exemple, la batterie informatisée d'évaluation de l'attention [33]).

L'efficacité de l'entraînement attentionnel peut également être évaluée *via* des mesures plus « indirectes », découlant généralement de l'administration d'échelles évaluant la sévérité des symptômes faisant l'objet de la plainte de la personne. Ainsi, par exemple, l'amélioration d'un tableau clinique pourrait se refléter par une réduction des symptômes d'anxiété (par exemple, l'échelle d'anxiété de Spielberger, STAI ; pour une version française, voir : [55]), de dépression (par exemple, l'échelle de dépression de Beck, BDI-II ; pour une version française, voir : [56]), ou par un engagement moins fréquent dans des stratégies de régulation émotionnelle non adaptatives (par exemple, *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*, CERQ ; pour une version française, voir : [57]).

Les cliniciens désireux de mesurer l'effet d'une intervention par entraînement attentionnel devraient ainsi privilégier une approche combinant l'utilisation de questionnaires d'autoévaluation et de tâches de laboratoire (voir [32], pour une telle approche).

Recommandations pour les cliniciens

La technique de l'entraînement attentionnel développée par Wells et ses collaborateurs vise directement les processus sous-tendant l'« auto-centration attentionnelle », style dysfonctionnel de traitement de l'information émotionnelle commun aux personnes souffrant d'un trouble émotionnel. À ce titre, elle apparaît comme une technique innovante et prometteuse dans l'arsenal des outils à proposer en intervention clinique. Les résultats des études actuelles appuient par ailleurs ce constat, mais des recherches cliniques méthodologiquement rigoureuses devront être menées afin d'établir de façon définitive l'efficacité et la spécificité de cette technique en prenant en compte les différentes limitations énoncées précédemment.

L'efficacité de cette approche a été évaluée dans le contexte de thérapie des hallucinations et des pensées paranoïdes chez des personnes présentant une schizophrénie. Les résultats sont prometteurs et indiquent l'importance de cibler les mécanismes en jeu dans ces problématiques, entre autres, les croyances métacognitives et les mécanismes exécutifs de contrôle attentionnel.

Le clinicien devra être particulièrement attentif à une série de recommandations. Premièrement, les exercices d'entraînement attentionnel devront être « taillés sur mesure ». Par exemple, il est primordial d'adapter le nombre et la nature des sons sélectionnés dans un entraînement attentionnel aux ressources cognitives de la personne. En effet, même si un entraînement attentionnel réalisé avec huit sons peut aisément s'envisager chez une personne dotée de bonnes capacités attentionnelles, il risque d'être trop difficile pour une personne présentant de faibles capacités attentionnelles (ou une diminution générale des ressources cognitives). La pratique des exercices à domicile devra également faire l'objet d'un travail collaboratif d'individualisation, en tenant compte des facteurs de contextualisation et des difficultés éventuelles rencontrées, tels que les bruits disponibles à domicile ou les horaires et activités de la personne (par exemple, déterminer avec la personne des activités durant laquelle elle pourrait réaliser les exercices, comme par exemple durant la promenade de son chien, dans la cuisine durant la préparation d'un repas ou encore sur son lieu de travail si celui-ci lui permet). Il peut être également intéressant pour une personne ayant une difficulté marquée à se désengager d'informations internes négatives, telles que des hallucinations, durant les exercices, d'incorporer ces pensées répétitives en tant que « sons » dans les exercices d'entraînement attentionnel. Cette modification permet de concrétiser plus directement en séance l'objectif de l'entraînement, à savoir le déplacement flexible du foyer attentionnel de contenus internes négatifs vers des contenus externes (flexibilité de source) et ainsi de permettre une meilleure adhésion de la personne à la technique, ainsi qu'une efficacité accrue des exercices réalisés. Finalement, la présence de déficits cognitifs (par exemple, chez les personnes présentant une schizophrénie), tels que des difficultés de mémoire, peut exiger l'adaptation de la procédure, telle que, par exemple, fournir par écrit les instructions pour structurer la procédure à domicile.

L'individualisation de la technique potentialise l'efficacité ainsi que la motivation à s'y engager pleinement. D'autres facteurs liés à la procédure attentionnelle permettent d'augmenter la motivation intrinsèque à participer à ce type d'intervention. L'ATT comprend des exercices faciles à administrer en séance et requiert peu de temps. Les exercices peuvent être réalisés par la personne en dehors du cadre de thérapie et facilitent la généralisation de l'entraînement en dehors du contexte de réhabilitation, ce qui augmente la validité écologique de l'intervention.

Il est également important de souligner l'importance d'une bonne compréhension et acceptation de la part de la personne du justificatif théorique de la thérapie et de l'objectif de celle-ci. Le niveau de conscience de la personne quant à ses symptômes semble également un prérequis à la pratique de l'entraînement attentionnel ; une intervention pour réduire les symptômes aigus et améliorer la conscience de la maladie doit être envisagée si nécessaire.

La technique doit ainsi s'intégrer dans une démarche s'appuyant sur la formulation d'une interprétation psychologique individuelle, c'est-à-dire une formulation de cas détaillée. Cette formulation se doit de prendre en compte le caractère multifactoriel des difficultés rapportées, de même que l'hétérogénéité des mécanismes qui les sous-tendent (mécanismes cognitifs, affectifs, motivationnels, relationnels). Une telle démarche, centrée sur la personne, devrait permettre, à travers une évaluation psychologique approfondie, de déterminer les processus psychologiques dysfonctionnels et leurs rôles dans le maintien des comportements problématiques. Cette formulation de cas individuelle, outre son rôle clé dans la compréhension de la dynamique du fonctionnement psychologique d'une personne, va permettre la mise en place d'une intervention psychologique spécifiquement adaptée aux caractéristiques de la personne ^[17].

Aussi, la technique ATT, initialement développée dans le cadre d'une thérapie métacognitive destinée à atteindre la « pleine conscience détachée » et à modifier les croyances métacognitives dysfonctionnelles au sujet des pensées, potentialisera-t-elle son efficacité à long terme par son intégration à d'autres types d'interventions ciblant les processus en jeu dans les problématiques rencontrées par la personne, telles que, par exemple, l'utilisation des autres techniques développées par Wells ^[27] pour atteindre la pleine conscience détachée, un travail ciblé sur les biais cognitifs en lien avec le développement d'idées délirantes — voir le programme d'entraînement aux habiletés métacognitives, EMC (*Metacognitive Training*, MCT ^[58-60], ou entraînement métacognitif, cf. chapitre 7), ou la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptation and Commitment Therapy*, ACT ^[61], cf. chapitre 10). Un exemple d'intervention psychologique individualisée, processuelle et intégrée ciblant les hallucinations et les idées délirantes est présenté ci-après.

Vignette clinique

Exemple d'une intervention individualisée, processuelle et intégrée ciblant les hallucinations et les idées délirantes : Jean

Jean est un jeune homme âgé d'une trentaine d'années, qui consulte pour des difficultés de concentration et la présence d'hallucinations envahissantes et d'idées délirantes dans son quotidien qui le perturbent, notamment dans ses relations sociales. Les hallucinations ont commencé par apparaître vers l'âge de 18 ans, lorsque Jean s'est retrouvé en retrait scolaire, social et sous l'emprise d'une consommation de drogues (alcool et cannabis).



- ▷ À l'anamnèse, Jean se plaint d'une grande fatigue, d'accès d'anxiété, d'un manque d'initiative pour participer à des activités dans la vie quotidienne et des activités sociales, et de la présence d'hallucinations auditives et d'idées érotomaniaques qui l'envahissent au quotidien. Il exprime également être « anosognosique » à certains moments, c'est-à-dire qu'il ne se rend pas toujours compte lorsqu'il se déconnecte de la réalité. Son souhait est de se « sentir plus libre ». Un bilan cognitif rapporte des difficultés spécifiques d'attention sélective et de résistance à l'interférence rétroactive.

Le travail thérapeutique a été guidé tout au long de la prise en charge par l'analyse des processus psychologiques dysfonctionnels (cognitifs, affectifs, motivationnels, relationnels) et leurs rôles dans le maintien des comportements problématiques observés chez Jean, afin de déterminer les interventions psychologiques les plus susceptibles de cibler ces processus et d'accompagner Jean dans son désir de liberté.

L'intervention s'est d'abord centrée sur les difficultés d'initiation rencontrées par Jean, notamment selon une approche d'activation comportementale (voir par exemple : [62]), en parallèle à l'établissement d'une relation de confiance.

Par la suite, le travail thérapeutique s'est orienté vers l'analyse et l'interprétation du phénomène d'entendre des voix. Ce travail a notamment permis de mettre en avant les ressources de Jean vis-à-vis de ce phénomène : une prise de recul par rapport à l'origine des voix qu'il attribue à une construction imaginaire, à l'effet de drogues et au besoin de combler un vide et de se construire des rêves, des récits imaginaires.

L'accent a également été donné sur le rôle de certains biais cognitifs détectés chez Jean dans le développement et le maintien des idées délirantes en lien avec ses hallucinations. Un travail de prise de conscience dans la vie quotidienne a été réalisé à l'aide du programme d'entraînement aux habiletés métacognitives (EMC) [58-60].

Afin de potentialiser tout ce travail et accompagner Jean dans la mise en place d'interventions destinées à gérer les voix, l'ATT lui a été proposé, notamment suite à la mise en évidence de difficultés de contrôle attentionnel persistantes (au sein du bilan cognitif).

Ces différentes interventions thérapeutiques ont amené Jean vers une amélioration de l'ensemble de son tableau clinique, notamment une plus grande mise à distance des hallucinations.

Points clés

- La technique de l'entraînement attentionnel, développée par Wells et ses collaborateurs, vise directement les processus sous-tendant l'« auto-centration attentionnelle », style dysfonctionnel de traitement de l'information émotionnelle commun aux personnes souffrant d'un trouble émotionnel.
- Les exercices d'entraînement attentionnel doivent être « taillés sur mesure », en tenant compte du profil de la personne et du caractère multifactoriel des difficultés rencontrées, des facteurs de contextualisation, afin de potentialiser





l'efficacité ainsi que la motivation à s'y engager pleinement.

- La pratique régulière a pour objectif de permettre une généralisation de l'apprentissage attentionnel aux situations de vie négative (pensées intrusives négatives, ruminations, etc.) que rencontre la personne.
- Une bonne compréhension et acceptation de la part de la personne du justificatif théorique de la thérapie et de l'objectif, ainsi qu'un niveau de conscience satisfaisant de la personne quant à ses symptômes représentent des prérequis à la pratique de l'entraînement attentionnel.
- La technique potentialisera son efficacité à long terme par son intégration à d'autres types d'interventions ciblant les processus en jeu dans les problématiques rencontrées par la personne.

Bibliographie

- [1] Julien D, O'Connor KP, Aardema F. Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review* 2009;27:366-83.
- [2] Smallwood J, Schooler JW. The restless mind. *Psychological Bulletin* 2006;132:946-58.
- [3] Schooler JW, Reichle ED, Halpern DV. Zoning out while reading: Evidence for dissociations between experience and metaconsciousness. In: Levin DT, editor. *Thinking and seeing: Visual metacognition in adults and children*. London: MIT Press; 2004. p. 203-26.
- [4] Klinger E. Thought flow: Properties and mechanisms underlying shifts in contents. In: Singer JA, Salovey P, editors. *At play in the fields of consciousness: Essays in the honor of Jerome L Singer*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1999. p. 29-50.
- [5] Sarason IG, Pierce GR, Sarason BR. Domains of cognitive interference. In: Sarason IG, Pierce GR, Sarason BP, editors. *Cognitive interference: Theories, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1996. p. 139-52.
- [6] Clark DA, Rhyno S. Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals. In: Clark DA, editor. *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. New York, NY: Guilford; 2005. p. 1-29.
- [7] Jones SR, Fernyhough C. Rumination, reflection, intrusive thoughts, and hallucination-proneness: Towards a new model. *Behaviour Research and Therapy* 2009;47:54-9.
- [8] Moritz S, Larøi F. Differences and similarities in the sensory and cognitive signatures of voicehearing, intrusions and thoughts. *Schizophrenia Research* 2008;102:96-107.
- [9] Morrison AP. Psychosis and the phenomenon of unwanted intrusive thoughts. In: Clark DA, editor. *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, research, and treatment*. New York, NY: Guilford; 2005. p. 175-98.
- [10] Morrison AP. The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001;29:257-76.

- [11] Morrison AP, Wells A. Relationships between worry, psychotic experiences and emotional distress in patients with schizophrenia spectrum diagnoses and comparisons with anxious and nonpatients groups. *Behaviour Research and Therapy* 2007;45:1593-600.
- [12] Wells A. *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. New York: John Wiley & Sons; 2000.
- [13] Wells A, Fischer P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin C. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: a multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research* 2009;33:291-300.
- [14] Wells A, Matthews G. *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum; 1994.
- [15] Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987;53:5-13.
- [16] Wills TA, Sandy JM, Shinar O, Yaeger A. Contributions of positive and negative affect to adolescent substance use: test of a bidimensional model in a longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors* 1999;13:327-38.
- [17] Billieux J, Ceschi G, Van der Linden M. L'entraînement attentionnel: une technique d'intervention transdiagnostique. In : Van der Linden, M., Ceschi, G., Billieux, J., (Eds.). *Interventions psychologiques en psychopathologie cognitive*. Bruxelles : De Boeck ; 2015.
- [18] Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy* 2004;42:385-96.
- [19] Fernandez-Duque D, Posner M. Brain imaging of attentional networks in normal and pathological states. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2001;23:74-93.
- [20] Van der Linden M. Fonctions exécutives et régulation émotionnelle. In: Meulemans T, Collette F, Van der Linden M, editors. *Neuropsychologie des fonctions exécutives*. Marseille: Solal; 2004. p. 137-53.
- [21] Kane MJ, Brown LH, McVay JC, Silvia PJ, Myin-Germeys I, Kwapil TR. For whom the mind wanders, and when: An experience-sampling study of working memory and executive control in daily life. *Psychological Science* 2007;18:614-21.
- [22] Brewin CR, Smart L. Working memory capacity and suppression of intrusive thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2005;36:61-8.
- [23] Miyake A, Friedman NP, Emerson MJ, Witzki AH, Howerter A, Wager TD. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology* 2000;41:49-100.
- [24] Engle RW. Working memory capacity as executive function. *Current Directions in Psychological Science* 2002;11:19-23.
- [25] Burgess PW, Simons JS, Dumontheil I, Gilbert SJ. The gateway hypothesis of rostral prefrontal cortex (area 10) function. In: Duncan J, Phillips L, McLeod P, editors. *Measuring the mind: Speed, control, and age*. Oxford, England: Oxford University Press; 2005. p. 217-48.
- [26] Burgess PW, Dumontheil I, Gilbert SJ. The gateway hypothesis of rostral prefrontal cortex (area 10) function. *Trends in Cognitive Sciences* 2007;11:290-8.

- [27] Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive Cognitive-Behavior Therapy* 2005;23:337-55.
- [28] Wells A, White J, Carter K. Attention training: effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1997;4:226-32.
- [29] Papageorgiou C, Wells A. Effects of attention training on hypochondriasis: a brief case series. *Psychological Medicine* 1998;28:193-200.
- [30] Papageorgiou C, Wells A. Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice* 2000;7:407-13.
- [31] Wells A, Fischer P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin C. Metacognitive therapy in treatment resistant depression: a platform trial. *Behaviour Research and Therapy* 2012;50:367-73.
- [32] Valmaggia L, Bouman T, Schuurman L. Attention training with auditory hallucinations: a case study. *Cognitive and Behavioral Practice* 2007;14:127-33.
- [33] Levaux M-N, Larøi F, Offerlin-Meyer I, Danion J-M, Van der Linden M. The effectiveness of the attention training technique in reducing intrusive thoughts in schizophrenia: a case study. *Clinical Case Studies* 2011;10:466-84.
- [34] Zimmerman P, Fimm B. Test for Attentional Performance (TAP). Herzogenrath, Germany: PsyTest; 1994.
- [35] Gay P, D'Acremont M, Schmidt RE, Van der Linden M. Validation of a French adaptation of the Thought Control Ability Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment* 2007;24:101-7.
- [36] Bryson G, Bell MD, Lysaker P, Zito W. The Work Behavior Inventory: A scale for the assessment of work behavior for clients with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1997;20:47-56.
- [37] Lépine J-P, Piron J-J, Chapatot E. Factor analysis of the PANSS in schizophrenia patients. In: Stefanis CN, Soltanos CR, Rabavilas AD, editors. *Psychiatry today: Accomplishments and promises*. Amsterdam, Netherlands: Experta Medica; 1989.
- [38] McEvoy P, Perini S. Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: a controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders* 2009;23:519-28.
- [39] Moritz S, Wess N, Tressl A, Jelinek L. The attention training technique as an attempt to decrease intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder (OCD): from cognitive theory to practice and back. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2011;41:135-43.
- [40] Watson C, Purdon C. Attention training in the reduction and reappraisal of intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2008;36:61-70.
- [41] Sharpe L, Nicholson Perry K, Rogers P, Dear BF, Nicholas MK, Refshauge K. A comparison of the effect of attention training and relaxation on responses to pain. *Pain* 2010;150:469-76.
- [42] Billieux J, Lagrange G, Van der Linden M, Lançon C, Adida M, Jeanningros R. Investigation of impulsivity in a sample of treatment-seeking pathological gamblers: a multidimensional perspective. *Psychiatry Research* 2012;198:291-6.
- [43] Clare L, Linden DEJ, Woods RT, Evans SJ, Parkinson CH, Van Paaschen J, et al. Goal-oriented cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer disease: a single-blind randomized control trial of efficacy. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2010;18:928-39.

- [44] Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press; 2009.
- [45] Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The Metacognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders* 1997;11:279-96.
- [46] Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy* 2004;42:385-96.
- [47] Larøi F, Van der Linden M, d'Acremont M. Validity and reliability of a french version of the Metacognitions Questionnaire in a nonclinical population. *Swiss Journal of Psychology* 2009;68:125-32.
- [48] Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders* 2005;19:806-17.
- [49] Spada MM, Hiou K, Nikcevic AV. Metacognitions, emotions, and procrastination. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2006;20:319-26.
- [50] Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy* 1998;36:899-913.
- [51] Luciano J, Algarabel S, Thomas J, Martinez J. Development and validation of the thought control ability questionnaire. *Personality and Individual Differences* 2005;38:997-1008.
- [52] Gay P, D'Acremont M, Schmidt RE, Van der Linden M. Validation of a French adaptation of the Thought Control Ability Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment* 2007;24:101-7.
- [53] Fan J, McCandliss BD, Sommer T, Raz M, Posner MI. Testing the efficiency and independence of attentional networks. *Journal of Cognitive Neuroscience* 2002;14:340-7.
- [54] Gilbert SJ, Frith CD, Burgess PW. Involvement of rostral prefrontal cortex in selection between stimulus-oriented and stimulus-independent thought. *European Journal of Neuroscience* 2005;21:1423-31.
- [55] Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R, Vagg P, Jacobs G. Manuel de l'inventaire d'anxiété état-trait. Forme Y. Paris: Éditions du Centre de Psychologie Appliquée; 1993.
- [56] Beck A, Steer R, Brown G. Inventaire de dépression de Beck (version 2 BDI-2). Paris: Éditions du Centre de Psychologie Appliquée; 1998.
- [57] Jermann F, Van der Linden M, d'Acremont M, Zermatten A. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment* 2006;22:126-31.
- [58] Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): A pilot study on feasibility, treatment, adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry* 2007;10:69-78.
- [59] Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: From basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion Psychiatry* 2007;20:619-25.
- [60] Moritz S, Kerstan A, Veckenstedt R, Randjbar S, Vitzthum F, Schmidt C, et al. Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behavior Research Therapy* 2011;49:151-7.

- [61] Hayes C, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY: Guilford Press; 1999.
- [62] Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, Gortner E, Prince SE. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64:295-304.

9 Remédiation cognitive

P. Vianin, F. Giuliani, J. Favrod

Les troubles cognitifs observés dans la schizophrénie concernent principalement la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives. La grande hétérogénéité constatée lors du bilan cognitif fait écho à la grande variété des manifestations cliniques de la maladie. Avant d'engager toute démarche de remédiation cognitive, il paraît de ce fait nécessaire de mesurer avec précision le profil cognitif de chaque patient [1]. Il convient également d'évaluer les symptômes du participant. Il paraît essentiel, en effet, de comprendre comment l'état clinique agit sur le fonctionnement cognitif. Il s'agit à ce stade d'émettre des hypothèses explicatives sur les perturbations de chacun des participants sur le plan cognitif. Les apports de la recherche dans ce domaine alimentent régulièrement les outils développés dans le cadre des programmes de remédiation cognitive [2]. C'est notamment le cas du lien de plus en plus documenté qui existe entre les troubles de la mémoire de la source et la présence d'hallucinations acoustico-verbales [3-5] (cf. chapitre 1).

La mémoire de la source et les différents types de difficultés observées

La mémoire de la source, ou *source monitoring*, décrit l'ensemble des processus cognitifs impliqués dans la reconnaissance de l'origine de l'information. De nombreux travaux récemment publiés indiquent que les patients schizophrènes souffrant de symptômes positifs présentent des déficits en reconnaissance de la source [6-8]. De nombreuses études montrent également que ces troubles n'affectent pas de manière spécifique les patients souffrant de schizophrénie, ce qui a mené des chercheurs à proposer un modèle transdiagnostique des mécanismes cognitifs responsables des hallucinations acoustiques [9].

Plusieurs difficultés de mémoire de la source peuvent être distinguées.

Trouble de *self-monitoring* : confusion entre production interne et information externe

La théorie actuelle propose que les hallucinations acoustico-verbales rencontrées chez les personnes schizophrènes sont dues à un problème à reconnaître leurs propres pensées comme étant générées par elles-mêmes.

Se fondant sur les études parues au cours de ces trente dernières années, une récente méta-analyse confirme en effet l'idée que la reconnaissance de soi est déficitaire dans la schizophrénie et que les personnes souffrant d'hallucinations acoustico-verbales sont celles dont les déficits de mémoire de la source sont les plus importants [4]. Ces auteurs indiquent que les patients souffrant d'hallucinations présentent au contraire des résultats similaires à ceux des autres patients sur la reconnaissance d'informations externes. La littérature indique à ce propos que la reconnaissance de soi et la reconnaissance de stimulus externes reposent sur des processus cognitifs et des réseaux de neurones différents [10]. Ces données montrent donc avec évidence qu'il existe chez les patients souffrant de schizophrénie avec hallucinations un biais d'attribution externe : ils ont tendance à attribuer à une source extérieure les mots qu'ils ont eux-mêmes produits [11, 12]. La tendance à reconnaître les mots autoproduits comme provenant d'une source externe semble en outre corrélée positivement avec la sévérité des hallucinations [13, 14].

Trouble de *reality monitoring* : confusion entre événements imaginés et réellement perçus

Un autre type de mémoire de la source dans la schizophrénie concerne la capacité à discriminer des événements imaginés de ceux réellement perçus. Selon Brébion et al. [15], cette difficulté serait due à un biais de réponse « libérale » (*liberal response bias*) reflétant leur propension à rapporter des événements qui ne se sont pas déroulés. Lors de tâches de reconnaissance de mots, la tendance à commettre des fausses reconnaissances est corrélée avec le score évaluant la présence d'hallucinations [16] et d'idées délirantes [17]. Brébion et son équipe évaluèrent également la reconnaissance d'images complexes. Les personnes souffrant d'hallucinations acoustico-verbales manifestent dans ce cas une plus grande tendance à commettre des erreurs de reconnaissance pour des images non présentées [18].

Des études montrent que les personnes atteintes de schizophrénie font davantage de confusions que les sujets sains entre des mots auxquels elles ont pensé ou qu'elles ont lus dans leur tête et des mots qu'elles ont lus ou dits à haute voix [19]. Il semblerait que cette perturbation soit associée à l'existence de troubles du cours de la pensée [20]. La désorganisation de la pensée cognitive semble donc interagir avec les hallucinations et compliquer le traitement de l'information. Elle facilite ainsi la confusion des sources, engendrant un cercle vicieux qui perpétue les différents troubles. Désorganisée, la personne devient incapable de distinguer les paroles pensées de celles prononcées réellement [21]. Cette incapacité alimente à son tour les troubles du cours de la pensée.

Hallucinations acoustico-verbales et mémoire de la source

Sur le plan psychopathologique, plusieurs hypothèses ont été soulevées pour expliquer le lien entre hallucinations auditives et perturbation de la mémoire de la source.

Frith ^[22] suggère que les hallucinations auditives sont issues d'un discours intérieur non reconnu par le sujet halluciné comme étant le sien. Selon cet auteur, un sujet sain effectuerait une sorte d'étiquetage de ses propres actions et pensées à travers une copie d'efférence (ou décharge corollaire). Cette notion renvoie à l'idée que lorsque le sujet sain produit une action, il enverrait systématiquement une copie de la commande motrice à une instance de régulation. En revanche, chez un patient souffrant d'hallucinations auditives, ce mécanisme d'autocontrôle serait altéré.

Une seconde hypothèse ^[3] non totalement antinomique avec la précédente, propose une anomalie de connectivité entre l'aire de Broca et l'aire de Wernicke. En effet, des études en imagerie cérébrale fonctionnelle ont relevé que chez le sujet sain qui parle, les aires frontales inhibent les aires temporales, de sorte que son propre langage, qu'il soit extériorisé ou non, n'est pas traité comme s'il était produit par quelqu'un d'autre. En revanche, chez le patient schizophrène avec hallucinations auditives, le langage intérieur active non seulement l'aire de Broca, mais en même temps l'aire de Wernicke, ce qui expliquerait que le langage intérieur soit traité comme du langage non autogénéré.

D'autres hypothèses ont été évoquées pour comprendre le lien entre hallucinations et déficits de la mémoire de la source (cf. chapitre 1). Nous renvoyons également le lecteur intéressé par ces considérations à un article récemment publié en langue française ^[23].

Remédiation cognitive pour traiter les hallucinations

La présence d'hallucinations acoustico-verbales se traduit généralement par une altération des performances en mémoire verbale. Ces difficultés se traduisent souvent par la présence d'intrusions lors des tâches de rappel verbal : lors de la phase de rappel, le patient évoque des mots qui n'ont tout simplement pas été présentés préalablement ^[24, 25]. Pour interpréter correctement les résultats obtenus et pour ajuster le travail de remédiation, il est donc essentiel de savoir si le patient présente des hallucinations. Si c'est le cas, le thérapeute gardera à l'esprit qu'un des objectifs principaux de ce travail de remédiation consistera à réduire l'effet de nuisance des hallucinations sur le traitement des informations verbales.

Comme nous l'avons vu, nombreuses sont les études qui montrent des déficits importants de la mémoire de la source chez les patients avec schizophrénie souffrant de ce type de symptômes. Or, les travaux sur la remédiation cognitive s'adressant spécifiquement au déficit de la mémoire de la source sont encore peu développés.

Partant de cette constatation, nous avons développé des exercices informatisés visant à traiter ce type de difficultés [26]. Le déroulement des séances et la manière de traiter les difficultés cognitives sont calqués sur ce qui est proposé par le programme de remédiation cognitive RECOS [27]. Les séances se déroulent sous la forme d'un entraînement individualisé et chaque exercice est programmé selon dix niveaux de difficulté. Il est nécessaire de réussir l'exercice à deux reprises pour passer au niveau supérieur, ce qui favorise l'apprentissage sans erreur. En outre, les techniques de remédiation privilégiées sont l'explicitation des stratégies par un travail de verbalisation et la résolution de problèmes. Une réévaluation clinique et cognitive permet de mesurer les progrès obtenus au terme de la phase d'entraînement.

Ce module comprend quatre exercices informatisés originaux.

Exercice 1 « À la carte »

Sur l'écran, l'intérieur d'un restaurant avec une table ronde et des listes de plats sont présentés sur une carte. Le participant doit choisir son menu avec entrée, plat principal et dessert en cliquant sur l'item de son choix (figure 9.1).

Suivant les niveaux de difficulté, un, deux ou trois convives s'y ajoutent. Le thérapeute remplit parfois lui-même le rôle d'un convive. La tâche du participant est de restituer chaque plat à chacun des convives. Les plats qui n'ont été choisis par aucun des convives devront être renvoyés. Cet exercice demande ainsi au participant de distinguer les plats qu'il a lui-même choisis de ceux demandés par les convives. Cet exercice vise ainsi à entraîner des difficultés de la mémoire de la source qui touchent les confusions interne-externe ou externe-externe.

Exercice 2 « Mémo-source »

Cet exercice s'inspire du jeu Memory®. Il entraîne non seulement la capacité à regrouper deux items semblables, comme c'est le cas dans ce jeu, mais nécessite la distinction entre une information entendue, lue, vue. Au début de l'exercice, toutes les cartes sont tournées face contre table. En cliquant sur une des cases, un item apparaît dans l'une des modalités suivantes : il est prononcé à haute voix par l'ordinateur (*entendu*) ; il est présenté sous forme écrite (*lu*) ; il apparaît sous forme d'image (*vu*). À chaque coup, le participant découvre deux cartes, tente de mémoriser leur emplacement avant qu'elles soient retournées à nouveau, face cachée. Pour remporter une paire, il est nécessaire de découvrir deux objets identiques présentés

Passez la commande!

Thérapeute doit choisir un plat dans la catégorie : plats principaux

Menu
entrées

☐ saucisson en brioche

☐ salade au pain à la mode de toscane

☐ risotto à la salade de treviso

☐ assiette de petits raviolis

☐ saucisse en bonbon

☐ macaroni à la crème et ketchup

plats principaux

☐ roulade de dinde

☐ blanquette de veau

☐ fruits de mer gratinés

☐ faux filet aux crevettes

☐ brochettes au boursin

☐ émincé de porc sauce à l'orange

☐ escalope de chevreuil

desserts

☐ mousseline de groseilles

☐ sabayon

☐ pastèque estivale

☐ figues au kir

☐ parfait au grand marnier

☐ moineaux en pâte à chou

☐ coeur au vin

Mathias

Patient
soupe aux champignons

spaghetti bolognese

millefeuille

Thérapeute
rissole à la viande

Figure 9.1. Exercice « À la carte ».

Le participant au programme de remédiation cognitive et le thérapeute choisissent le repas de leur choix en cliquant sur l'entrée, le plat principal et le dessert. Dans cet exemple, un troisième menu est choisi par un convive virtuel appelé « Mathias » (l'ordinateur choisit de manière aléatoire l'un des plats restants). Le participant devra quelque temps plus tard réattribuer chacun des plats au convive qui les a choisis.

(Source : programme de remédiation cognitive RECOS.)

selon la même modalité. Les scores enregistrés permettent de distinguer les erreurs de mémoire relatives au contenu des items et les erreurs de mémoire de la source (figure 9.2).

Exercice 3 « Faites vos courses ! »

Dans cet exercice, le participant se rend dans un supermarché et doit choisir des produits dans des comptoirs différents (alimentation, sport et bricolage) en cliquant sur le produit désiré. Les articles sont présentés selon trois modalités différentes : une image illustrant le produit apparaît (*vu*) ; chaque produit est présenté sous forme écrite (*lu*) ; le vendeur énonce le nom de chaque produit (*entendu*) (figure 9.3).

Au terme de ses achats, le participant doit passer à la caisse : un ticket apparaît sur l'écran et présente les articles choisis sous forme écrite. Le participant doit indiquer quels sont les produits qu'il a achetés et sous quelle forme ils ont été présentés (figure 9.4).

Cet exercice entraîne la capacité à distinguer des items personnellement choisis dans des modalités différentes (entendu, lu, vu), ainsi qu'à repérer des intrus. Le fait que le participant choisisse certains items parmi d'autres permet d'autre part de faciliter la récupération de l'information par l'utilisation d'indices internes (« *J'ai acheté une perceuse car j'en ai besoin pour faire des travaux dans mon appartement.* »).

Exercice 4 « Qui l'a dit ? »

Le participant voit défiler sur l'écran une succession de phrases et d'images dans un ordre aléatoire. Chaque phrase est accompagnée d'une consigne indiquant si la phrase doit être lue à haute voix et par qui. Le participant doit alors mémoriser non seulement le contenu des images et des phrases, mais également qui a prononcé chacune des phrases. Les phrases sont parfois énoncées à voix haute par l'ordinateur, par le thérapeute ou par le participant lui-même. Lors de la phase de reconnaissance, le participant voit un ensemble de phrases sur son écran. Pour chacune d'elles, il doit indiquer si la phrase décrit simplement une image qu'il a vue (« Des enfants jouent dans la neige »), si elle a été lue et par qui elle a été prononcée à voix haute (figure 9.5). Cet exercice permet notamment au participant d'entraîner sa capacité à distinguer si la phrase a réellement été évoquée ou si son langage interne a verbalisé ce qu'il voyait sur l'image (subvocalisation). D'autre part, il doit être attentif à des indices internes ou externes pour pouvoir décider si lui-même a énoncé telle phrase à haute voix ou si une autre personne s'en est chargée (source interne-externe).

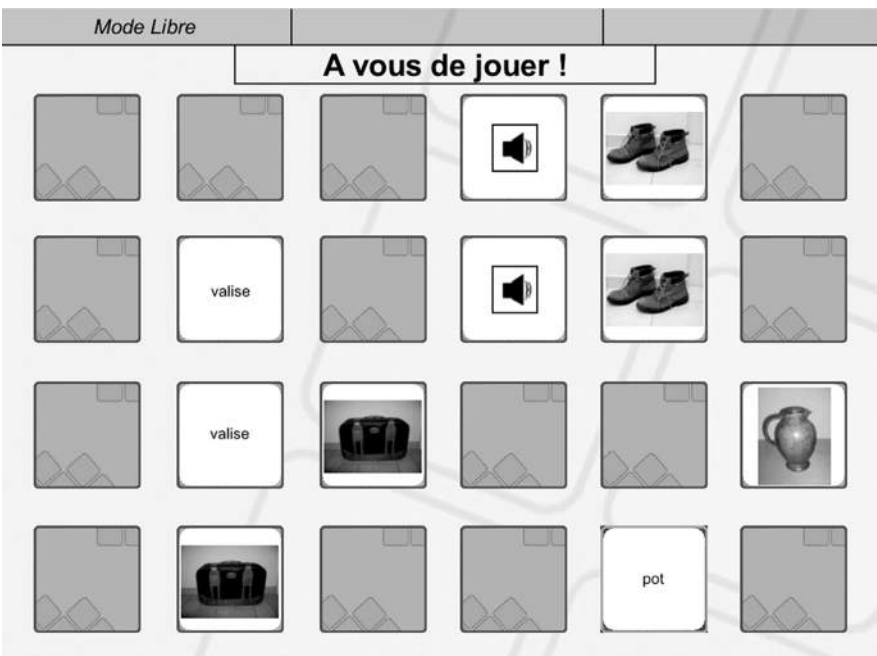


Figure 9.2. Exercice « Mémo-source ».

Dès que le participant identifie une paire, les deux cartes retournées restent visibles jusqu'à la fin de la partie et la découverte de toutes les paires. Le participant a remporté jusque-là quatre paires de cartes. Par contre, le mot « pot » que le participant vient de retourner en pensant compléter la paire avec l'image d'un pot n'est pas validé car les modalités de présentation sont différentes (*lu/vu*). Ces deux cartes vont donc être retournées face cachée avant que la partie se poursuive. Ce mauvais choix est enregistré comme erreur de mémoire de la source lors du décompte final.

(Source : programme de remédiation cognitive RECOS.)

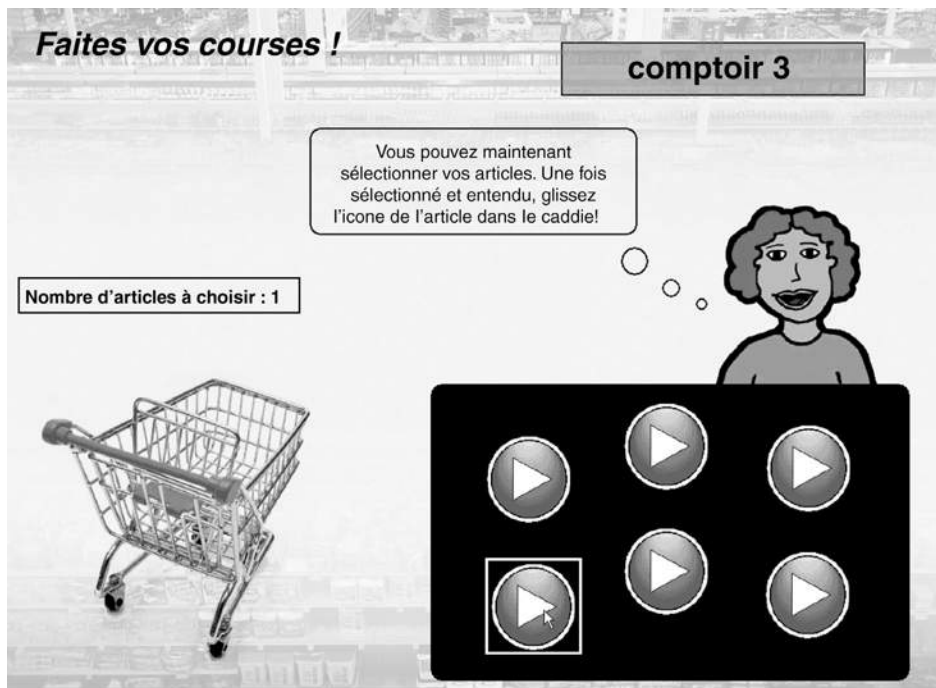


Figure 9.3. Exercice « Faites vos courses ! »

Dans le comptoir 3, la vendeuse énonce à haute voix les produits de son rayon. Le participant commence par écouter le nom de chaque produit en cliquant sur chacune des flèches. Il choisit ensuite le(s) produit(s) de son choix en glissant la (les) flèche(s) correspondante(s) dans son Caddie.

(Source : programme de remédiation cognitive RECOS.)

Passage à la caisse

Classez les articles en fonctions de la modalité sensorielle que vous a été présenté lors de vos courses. Déplacez les produits un dans la catégorie que vous pensez être la bonne

Ticket de caisse	Lu (teste) perceuse interrupteur	Vu (photo) spray	Entendu (son) tournevis boisson à l'orange
Liste des achats : pâtes-cuisinées bonnet sac-de-couchage protections-pour-épaules			

Figure 9.4. Exercice « Faites vos courses ! »

Le ticket de caisse présente la liste des produits que le participant a sélectionnés dans l'ensemble des trois comptoirs. Il doit alors indiquer de quelle manière chacun des produits a été présenté (*lu*, *vu* ou *entendu*). À un niveau de complexité supérieur, des articles qui n'ont pas été choisis par le participant s'inscrivent également sur le ticket de caisse. Il doit alors rayer les intrus.

(Source : programme de remédiation cognitive RECOS.)

Mode Libre								
<p>Changer Niveau</p> <p>Changer Exercice</p> <p>Menu</p>		<p>Vous avez classé 4 phrases correctement, soit 50.0 % de l'ensemble des phrases.</p> <p>Avec encore un peu d'entraînement, vous arriverez bientôt à effectuer cet exercice sans erreur.</p>						
Qui l'a dit ?		moi	thérapeute	L'ordinateur H F		personne	OU	Vu (image)
l'aigle surveille son nid								
une fille est à la plage								✓
une femme coupe une pomme								
tu es verni								
des gens visitent une grotte								✓
le soleil brille		✓						
la journée est ensoleillée								
le singe renifle par terre								✓

Figure 9.5. Exercice « Qui l'a dit ? »

Après avoir enregistré une série d'items générés sur support informatique, le participant doit rappeler ceux qui ont été lus et énoncés à haute voix par lui-même (*moi*), lus et énoncés par le *thérapeute*, énoncés par l'ordinateur en précisant s'il s'agissait d'une voix d'homme (*H*) ou de femme (*F*), lus sur l'écran sans être énoncés (*personne*) ou vus sous formes d'images (*vu*). Les phrases dont la source n'a pas été correctement identifiée sont affichées en rouge ; les réponses correctes sont indiquées par « V ». Dans cet exemple, le participant a commis quatre erreurs.

(Source : programme de remédiation cognitive RECOS.)

Présentation d'études de cas

Le module d'entraînement à la mémoire de la source n'a pas encore fait l'objet d'une validation psychométrique stricte auprès d'un échantillon suffisant de personnes. Sa pertinence clinique a toutefois été soulignée par de nombreux utilisateurs. Nous présentons ici des extraits d'un travail de fin d'études [28] qui concernait le travail de remédiation cognitive réalisé auprès d'un patient souffrant de schizophrénie paranoïde (Monsieur D.). Les résultats obtenus chez un patient atteint de trouble du spectre de l'autisme (TSA) accompagné de retard mental (Monsieur B.) montreront que ce travail peut être entrepris auprès de personnes souffrant d'autres pathologies que la schizophrénie.

Méthode

La méthodologie suivante concerne les deux cas cliniques présentés dans ce chapitre.

Évaluation de la mémoire de la source

Les tests de mémoire de la source¹ mesuraient les trois types de confusion décrits ci-dessus.

Test de *self-monitoring*

Inspiré par Brébion et al. [29], le test de *self-monitoring* propose des mots d'une même catégorie prononcés par le sujet (condition interne) et des mots entendus générés par l'ordinateur (condition externe). Pendant la phase d'encodage, le sujet voit apparaître à l'écran le nom d'une catégorie de mots (par exemple, « Profession »). Selon les conditions, l'ordinateur ou le sujet énoncera un nom faisant partie de cette catégorie (par exemple, « Médecin »). Après un délai de quelques minutes, on présente sur un écran, dans un ordre aléatoire, la liste de tous les mots apparus et le sujet doit décider s'il s'agit de mots générés par l'ordinateur ou évoqués par lui-même.

Test de monitoring de la source externe

Le test de monitoring de la source externe est composé de soixante items. Il oppose deux conditions externes : « image » et « mot écrit ». Le sujet voit apparaître à l'écran des images qu'il doit regarder ou des mots qu'il doit lire mentalement. Lors de la phase de reconnaissance, l'évaluateur lit tous les

-
1. Bien que les items aient respecté les contraintes méthodologiques liées à ce type de mesure [30], les tests présentés ont été développés pour notre usage interne et n'ont pas été standardisés. La fidélité test-retest a néanmoins été mesurée pour les tests de *self monitoring* et de *monitoring* de la source externe [31].

items et le sujet doit décider si l'item lui a été présenté sous forme d'image (vu) ou sous forme de mot (lu).

Test de monitoring de la lecture (source interne)

Le test de monitoring de la lecture, inspiré par Franck et al. [19], oppose deux sources de lecture : le « mot lu silencieusement » et le « mot lu à haute voix ». Le sujet voit apparaître à l'écran des mots avec la consigne de les lire mentalement ou à haute voix. Lors de la phase de reconnaissance, tous les mots sont présentés et le sujet doit décider s'il agit d'un mot « lu silencieusement », d'un mot « lu à haute voix » ou d'un intrus.

Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS)

Le PSYRATS [32, 33] est une interview semi-structurée portant sur les hallucinations auditives et les idées délirantes (cf. chapitre 2). Dans notre étude, seule la sous-échelle des hallucinations auditives a été administrée. Elle est composée de onze items qui concernent différentes caractéristiques des hallucinations.

L'évaluation des capacités de la mémoire de la source et celle des hallucinations effectuées avant et après la phase de remédiation ont permis d'évaluer l'impact de la remédiation cognitive sur les plans cognitif et clinique. Une batterie d'évaluation neurocognitive [34] a également été utilisée avant et après notre intervention de manière à analyser l'impact de ce module d'entraînement sur d'autres dimensions de la mémoire.

Déroulement de la phase de remédiation

La phase de remédiation cognitive individualisée s'est déroulée sur cinq semaines à une fréquence de deux séances par semaine. Chaque séance a duré un peu plus de 1 heure et demie. Neuf séances ont eu lieu en tout, ce qui correspond à un total d'environ 15 heures de remédiation cognitive. Pendant cette phase d'entraînement, les patients étaient tenus de faire des tâches à domicile, afin de faciliter le transfert des stratégies apprises dans la vie quotidienne.

Vignette clinique

Monsieur D.

Monsieur D. est un patient de 27 ans souffrant de schizophrénie paranoïde. Il se plaint depuis plusieurs années d'hallucinations acoustico-verbales ayant un impact sévère sur son fonctionnement quotidien.

Lors de l'évaluation initiale, Monsieur D. commet plus d'erreurs que le groupe témoin aux trois tests de mémoire de la source. Les performances les plus faibles concernent le test de monitoring de la source externe, pour lequel le nombre d'erreurs se situe trois écarts-types en dessus de la moyenne ▷

- ▷ obtenue par le groupe contrôle. La sévérité de ses hallucinations est estimée à 17 sur l'échelle PSYRATS. Il faut noter que la fréquence et le manque de contrôlabilité des hallucinations obtiennent les scores les plus élevés chez Monsieur D.

Au terme de la phase de remédiation, les performances de la mémoire de la source se sont améliorées de manière significative lorsqu'il s'agit de distinguer les images vues des mots lus sur l'écran (test de monitoring de la source externe). D'autre part, le score à l'échelle PSYRATS a diminué sensiblement tout au long de la prise en charge (figure 9.6). De manière intéressante, l'évaluation réalisée trois semaines après la phase de remédiation indique une réduction supplémentaire de ce score. Des résultats comparables avaient été obtenus précédemment chez une personne souffrant également de schizophrénie paranoïde [35]. Enfin, il faut mentionner que les progrès rencontrés par Monsieur D. concernent les capacités mnésiques de manière plus générale, puisque la réévaluation cognitive effectuée avec la batterie MEM III [34] indique une progression pour les indices de mémoire auditive et de mémoire visuelle, et ce aussi bien lors des tâches de rappel immédiat que de rappel différé.

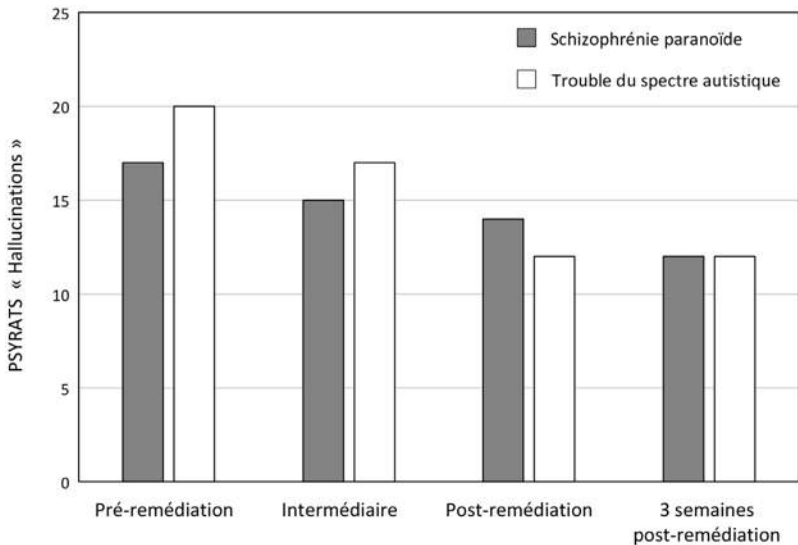


Figure 9.6. Score obtenu à la sous-échelle « Hallucinations » de la PSYRATS chez une personne souffrant de schizophrénie paranoïde et une autre souffrant d'un trouble du spectre autistique (TSA) avant, pendant, après la phase de remédiation ainsi que trois semaines plus tard.

Vignette clinique

Monsieur B.

Monsieur B. est un patient de 29 ans souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme, d'un retard mental léger et présentant un trouble psychotique aigu et transitoire. Monsieur B. se plaint d'hallucinations acoustico-verbales qui ont un impact sévère sur son fonctionnement cognitif et social.

Lors de l'évaluation initiale, Monsieur B. commet plus d'erreurs que le groupe témoins aux trois tests de mémoire de la source. Les performances les plus faibles concernent le test de monitoring de la source externe, pour lequel le nombre d'erreurs se situe quatre écarts-types en dessus de la moyenne obtenue par le groupe témoin. La sévérité de ses hallucinations mesurée à l'échelle PSYRATS s'élève à 20.

Au terme de la phase de remédiation, les performances au test de monitoring de la source externe augmentent sensiblement. Durant la prise en charge, le score à l'échelle PSYRATS diminue progressivement pour se retrouver au niveau de celui obtenu par notre premier patient, Monsieur D., lors de l'évaluation proposée trois semaines après la fin du suivi (figure 9.6). Comme c'était le cas pour ce dernier, les progrès réalisés par Monsieur B. concernent également les capacités mnésiques dans leur ensemble, avec des progrès importants pour les indices de mémoire auditive et de mémoire visuelle. Enfin, il apparaît chez Monsieur B. une corrélation positive entre la réduction des symptômes hallucinatoires, l'amélioration des fonctions cognitives et une nette amélioration du fonctionnement social. Ces éléments positifs peuvent être attribués à l'effet de la remédiation. Monsieur B. a en effet mentionné que cette intervention lui a apporté une meilleure connaissance de lui-même. D'autre part, le travail de remédiation cognitive a visiblement contribué à renforcer l'estime de soi et à le rendre plus autonome.

Comme l'indique la figure 9.6, la remédiation cognitive de la mémoire de la source agit sur le plan clinique en réduisant l'ampleur et l'impact des hallucinations acoustico-verbales. Même si les résultats obtenus doivent être interprétés avec précaution (il s'agit d'études de cas), ils semblent indiquer que le lien entre mémoire de la source et hallucinations ne soit pas propre à la schizophrénie. La personne souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme présente en effet un profil similaire du point de vue des troubles observés avant la remédiation : performance déficitaire au test de monitoring de la source externe et présence d'hallucinations acoustico-verbales. Le travail de remédiation cognitive a permis à ces deux patients d'améliorer leurs compétences en mémoire de la source, de réduire l'impact et l'ampleur des hallucinations et finalement d'améliorer leurs compétences mnésiques en mémoire auditive et visuelle. Ces données semblent donc indiquer que les personnes souffrant d'hallucinations auditives, quel que soit leur diagnostic, peuvent bénéficier de l'outil présenté dans ce chapitre.

Conclusion

De manière générale, de nombreuses études permettent d'affirmer aujourd'hui que les troubles cognitifs ne sont pas une conséquence des symptômes positifs ou négatifs de la schizophrénie. L'hypothèse inverse a en revanche été avancée, à savoir qu'une partie des symptômes seraient dus à une altération de certaines fonctions cognitives [36]. Holden suggère en effet que la désorganisation de la pensée ainsi que les idées délirantes et les hallucinations proviendraient des troubles cognitifs et non l'inverse [37].

L'étude de cas du patient souffrant de TSA va dans le même sens (cf. cas Monsieur B.). Actuellement nous savons que les personnes souffrant de TSA ont un problème lors du traitement parallèle d'informations entrantes. Il est communément admis de définir le traitement parallèle comme un mécanisme d'évaluation des risques venant de l'environnement qui repose sur l'intégration des multiples flux d'informations entrantes et leur comparaison avec des données provenant d'expériences antérieures [38]. Ce traitement parallèle permet la régulation et le contrôle du comportement de façon flexible en vue d'optimiser les réponses et d'adapter nos actions [39]. Dans l'autisme, l'incapacité à avoir plusieurs foyers attentionnels à un même moment pourrait expliquer la difficulté à prendre en compte le contexte et la source de l'information mémorisée. Le module d'entraînement de la mémoire de la source proposé lors de séance de remédiation travaille précisément ce traitement parallèle de l'information et permet au patient souffrant de schizophrénie et/ou de TSA d'améliorer sa capacité de traitement de l'information.

Aujourd'hui, de plus en plus d'arguments soutiennent une approche transdiagnostique des hallucinations, qu'elles surviennent dans la schizophrénie ou dans un trouble du spectre de l'autisme comme illustré ici. Le lien entre troubles de *source monitoring* et hallucinations acoustico-verbales semble corroborer un tel changement de perspective. Comme nous l'avons illustré à travers les études de cas présentés dans ce chapitre, tout indique que ce changement devrait pouvoir se traduire sur le plan thérapeutique également.

Il convient toutefois de rester prudent et ne pas considérer que cette relation s'inscrit dans un simple lien de cause à effet. Comme le disent très justement Jacquet et al. [23] (p. 8) : « Les déficits du monitoring de la source (...) correspondent en réalité à un faisceau hétérogène de déficits associé à des dysfonctionnements cérébraux multiples. » Dès lors, il paraît indéniable que la remédiation cognitive bénéficiera à l'avenir des progrès des neurosciences en ciblant avec plus de précision les fonctions altérées par la maladie psychique et en les traitant plus efficacement.

Points clés

- De nombreux travaux soulignent l'association entre un trouble de la mémoire de la source et la présence d'hallucinations acoustico-verbales.
- Un module d'entraînement a été développé pour agir sur la mémoire de la source, en s'appuyant sur des techniques propres à la remédiation cognitive.
- Les résultats obtenus chez quelques patients indiquent qu'il est possible d'agir sur les hallucinations grâce à un entraînement cognitif ciblé.
- Aujourd'hui, de plus en plus d'arguments soutiennent une approche transdiagnostique des hallucinations, tant du point de vue de la compréhension de ces troubles que des moyens mis en œuvre pour les traiter efficacement.

Bibliographie

- [1] Franck N, Duboc C, Sundby C, Amado I, Wykes T, Demily C, et al. Specific vs general cognitive remediation for schizophrenia: a multicentre randomised trial. *Schizophrenia Research* 2013;147:68-74.
- [2] Wykes T, Reeder C. *Cognitive remediation therapy for schizophrenia. Theory and practice.* London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group; 2005.
- [3] Allen P, Larøi F, McGuire Ph K, Aleman A. The hallucinating brain. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2008;32:175-91.
- [4] Waters F, Woodward T, Allen P, Aleman A, Sommer I. Self-recognition deficits in schizophrenia patients with auditory hallucinations: a meta-analysis of the literature. *Schizophr Bull* 2012;38:741-50.
- [5] Brookwell ML, Bentall RP, Varese F. Externalizing biases and hallucinations in source-monitoring, self-monitoring and signal detection studies: a meta-analytic review. *Psychol Med* 2013;43:2465-75.
- [6] Favrod J, Linder S, Jimenez X, Pomini V. Erreurs de mémoire et symptômes psychotiques: état des connaissances et perspectives thérapeutiques. In: Campanella S, Steel E, editors. *Psychopathologie et neurosciences. Questions actuelles de neuroscience cognitives et affectives.* Bruxelles: De Boeck Université; 2008. p. 123-147.
- [7] Ferchiou A, Schürhoff F, Bulzacka E, Mahbouli M, Leboyer M, Szöke A. Mémoire de source – Présentation générale et revue des études dans la schizophrénie. *L'Encéphale* 2010;36:326-33.
- [8] Cho R, Wu W. Mechanisms of auditory verbal hallucination in schizophrenia. *Front Psychiatry* 2013;4:155.
- [9] Waters F, Allen P, Aleman A, Fernyhough C, Woodward TS, Badcock JC, et al. Auditory hallucinations in schizophrenia and nonschizophrenia populations: a review and integrated model of cognitive mechanisms. *Schizophr Bull* 2012;38:683-93.
- [10] Glisky EL, Polster MR, Routhieaux BC. Double dissociation between item and source memory. *Neuropsychology* 1995;9:229-35.
- [11] Brébion G, Amador X, David A, Malaspina D, Sharif Z, Gorman J. M. Positive symptomatology and source-monitoring failure in schizophrenia – an analysis of symptom-specific effects. *Psychiatry Research* 2000;95:119-31.

- [12] Keefe RSE, Arnold MC, Bayen UJ, McEvoy JP, Wilson WH. Source-monitoring deficits for self-generated stimulus in schizophrenia: multinominal modeling of data from three sources. *Schizophrenia Research* 2002;57:51-67.
- [13] Aleman A, Bocker KBE, Hijman R, de Haan EHF, Kahn RS. Cognitive basis of hallucinations in schizophrenia : rôle of top-down information processing. *Schizophrenia Research* 2003;64:175-85.
- [14] Allen P, Johns LC, Fu CH, Broome MR, Vythelingum GN, McGuire PK. Misattribution of external speech in patients with hallucinations and delusions. *Schizophrenia Research* 2004;69:277-87.
- [15] Brébion G, Ohlsen RI, Pilowsky LS, David AS. Visual hallucinations in schizophrenia: confusion between imagination and perception. *Neuropsychology* 2008;22:383-9.
- [16] Brébion G, David AS, Jones H, Pilowsky LS. Hallucinations, negative symptoms, and response bias in a verbal recognition task in schizophrenia. *Neuropsychology* 2005;19:612-7.
- [17] Ragland JD, Moelter ST, McGrath C, Hill SK, Gur RE, Bilker WB, Siegel SJ, Gur RC. Levels-of-processing effect on word recognition in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2003;54:1154-61.
- [18] Brébion G, David AS, Ohlsen R, Jones HM, Pilowsky LS. Visual memory errors in schizophrenic patients with auditory and visual hallucinations. *J Int Neuropsychol Soc* 2007;13:832-8.
- [19] Franck N, Rouby P, Daprati E, Daléry J, Marie-Cardine M, Georgieff N. Confusions between silent and overt reading in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2000;41:357-64.
- [20] Nienow TM, Docherty NM. Internal source monitoring and thought disorder in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2004;192:696-700.
- [21] Knoblich G, Stottmeister F, Kircher T. Self-monitoring in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine* 2004;34:1561-9.
- [22] Frith CD. *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
- [23] Jacquet P-O, Franck N, Demily C. Déficits du monitoring de la source et hallucinations schizophréniques. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie* 2012;1-11. 37-091-A-20.
- [24] Brébion G, Ohlsen RI, Bressan RA, David AS. Source memory errors in schizophrenia, hallucinations and negative symptoms: a synthesis of research findings. *Psychol Med* 2012;42:2543-54.
- [25] Brébion G, David AS, Bressan RA, Ohlsen RI, Pilowsky LS. Hallucinations and two types of free-recall intrusion in schizophrenia. *Psychol Med* 2009;39:917-26.
- [26] Vianin P, Favrod J, Giuliani F. Pourquoi et comment traiter les troubles cognitifs de la schizophrénie ? Le programme RECOS et ses développements. In: Cottraux J, editor. *Neurosciences et thérapies cognitives et comportementales*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2009.
- [27] Vianin P. *La remediation cognitive dans la schizophrénie*. Le programme RECOS. Bruxelles: Mardaga; 2013.
- [28] Frey I. *Remédiation cognitive de la mémoire de la source en schizophrénie. Étude de cas*. Travail de Maîtrise en psychologie. Université de Lausanne ; 2011.

- [29] Brébion G, Smith MJ, Gorman JM, Amador X. Discrimination accuracy and decision biases in different types of reality monitoring in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:247-53.
- [30] Tapparel S. Monitoring de la source des informations mémorisées et schizophrénie. Élaboration de deux épreuves de monitoring de la source et illustrations. Travail de diplôme. Université de Lausanne ; 2006.
- [31] Schwyn C. Le monitoring de la source. Vers une compréhension des hallucinations auditives persistantes. Travail de diplôme. Université de Lausanne ; 2007.
- [32] Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine* 1999;29:879-89.
- [33] Favrod J, Rexhaj S, Ferrari P, Bardy S, Hayoz C, Morandi S, Bonsack C, Giuliani F. French version validation of the psychotic symptom rating scales (PSYRATS) for outpatients with persistent psychotic symptoms. *BMC Psychiatry* 2012;12:161.
- [34] Wechsler D. MEM-III: Echelle de Mémoire de Wechsler pour adultes. Troisième édition. Paris: Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA); 2001.
- [35] Favrod J, Vianin P, Pomini V, Mast F. A first step toward cognitive remediation of voices: a case study. *Cognitive Behaviour Therapy* 2006;35:159-63.
- [36] Franck N. Symptômes et troubles cognitifs. In: Prouteau A, editor. *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie. Enjeux et débats*. Paris: Dunod; 2011.
- [37] Holden C. Deconstructing schizophrenia. *Science* 2003;299:333-5.
- [38] Ratey J. *A User's Guide to the Brain*. New York: Random House LLC; 2001.
- [39] Muri RM, Pflugshaupt T, Nyffeler T, von Wartburg R, Wurtz P. Nouvelle méthode d'analyse de l'exploration visuelle. *Revue de Neurologie (Paris)* 2005;161:513-7.

10 Thérapie d'acceptation et d'engagement et thérapies cognitives basées sur la pleine conscience pour faire face aux hallucinations persistantes

S. Bardy, P. Hausmann, A. Solida, Ph. Conus, J. Favrod

À quelle famille de psychothérapies appartiennent les thérapies d'acceptation et d'engagement et celles basées sur la pleine conscience ?

La thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT) et les thérapies cognitives par la pleine conscience sont des thérapies que plusieurs auteurs qualifient d'humanistes. Elles appartiennent à la « troisième vague des thérapies cognitives et comportementales (TCC) » marquée par l'émergence, dès les années quatre-vingt-dix, de thérapies centrées sur l'émotionnel et encourageant l'ouverture aux ressentis, quels qu'ils soient. Ce mouvement s'accorde également avec celui du rétablissement en santé mentale puisqu'il s'oriente largement en direction des ressources personnelles et qu'il propose des actions thérapeutiques visant à améliorer le fonctionnement, même si les symptômes en eux-mêmes peuvent ne pas s'améliorer. Des concepts et des notions philosophiques comme l'acceptation, la bienveillance, la compassion, le non-jugement, la souffrance, les valeurs ou l'engagement sont au cœur de ces thérapies. Steven Hayes ^[1] précise d'ailleurs au sujet des thérapies de ce mouvement, qu'elles s'intéressent davantage à la fonction des phénomènes psychologiques qu'à leur forme, ce qui a amené au développement d'approches plus centrées sur le contexte et les processus psychologiques expérientiels,

comme l'ACT et la pleine conscience. Ces approches thérapeutiques se centrent ainsi sur la réduction de la « rigidité psychologique » plutôt que sur la résolution de problèmes circonscrits (approche plus traditionnelle en TCC). Autrement dit, ces approches cherchent à réduire l'impact engendré par les symptômes plutôt qu'à en diminuer la fréquence et l'intensité, considérant que c'est la lutte contre ceux-ci plutôt que leur présence qui est à l'origine de la souffrance psychique.

Que ciblent l'ACT et les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience ?

Les thérapies d'ACT et basées sur la pleine conscience cherchent à favoriser le contact et l'acceptation des « événements internes » (pensées, images, sensations physiques). Si ces approches se rejoignent sur certains points, elles sont toutefois différentes sur d'autres aspects. Bien qu'elles ciblent toutes deux le moment présent, l'ACT s'intéresse spécifiquement à ce qui est vécu comme désagréable. De telles expériences induisent en effet des stratégies d'évitements qui conduisent l'individu à renoncer à des actions allant dans le sens de ce qui est important pour lui. Les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience, quant à elles, encouragent l'observation systématique du vécu interne et environnemental dans le moment présent, qu'il soit perçu comme agréable ou désagréable, sans autre objectif que l'ouverture bienveillante à l'expérience de l'instant. Si la pleine conscience implique une pratique méditative découlant du bouddhisme, elle est avant tout une façon d'être, un encouragement à devenir plus intime avec soi-même par l'observation du vécu expérientiel.

La thérapie ACT, quant à elle, prend sa source dans la théorie des cadres relationnels (TCR ^[2]). Il s'agit d'une théorie fonctionnelle du langage qui décrit comment nos capacités verbales peuvent s'avérer aussi bien adaptatives et indispensables à notre survie que problématiques selon qu'elles nous permettent d'échapper à un danger imminent ou qu'elles favorisent l'évitement d'un état interne. Le langage est alors perçu comme un processus psychologique adaptatif dans le premier cas et déficitaire ou, pourrait-on dire, d'évitement expérientiel dans le deuxième cas. Selon Hayes ^[3], cet évitement peut provoquer le développement et le maintien de troubles psychiques, de l'anxiété à la dépression, en passant par les troubles de personnalité et les troubles du spectre de la schizophrénie. La TCR s'intéresse également à la façon dont l'intelligence verbale, si elle est utilisée à bon escient, permet d'orienter ses propres actions, en fonction de ses valeurs et de ses aspirations, plutôt qu'en fonction de potentielles satisfactions immédiates.

Malgré des fondements différents, nous pouvons donc dire que la théorie fonctionnelle du langage pour l'ACT et la philosophie bouddhiste de

l'acceptation pour la pleine conscience se rejoignent et sont complémentaires sur plusieurs éléments centraux. Nous allons tenter de décrire dans la suite de ce chapitre l'utilité de ces stratégies dans le traitement des hallucinations persistantes.

Comment les thérapies de pleine conscience et la thérapie ACT sont-elles arrivées dans le champ de la psychose ?

La pleine conscience n'est pas une technique nouvelle en soi puisqu'elle s'inspire largement de la philosophie bouddhiste déjà présente en Asie cinq siècles avant l'avènement du christianisme et dont les préceptes se sont ensuite développés en Occident dès le ^{xx}e siècle. Le premier à avoir prononcé le mot « *mindfulness* » serait Thich Nhat Hanh ^[4], enseignant zen vietnamien ayant développé l'accès à la pratique de la pleine conscience pour les populations durant la guerre du Vietnam. John Kabat-Zinn ^[5] est cependant le premier à avoir étendu l'usage des méditations d'acceptation au monde médical. Il a mis en place de nombreux programmes de soins, parmi lesquels celui pour la réduction du stress et des douleurs somatiques par la pleine conscience ^[6]. L'usage de ces techniques s'est ensuite étendu, dans les années quatre-vingt-dix, au traitement des rechutes dépressives ^[7, 8] puis à l'accompagnement des patients souffrants de troubles de personnalité borderline ^[9]. Ce n'est cependant que plus récemment que des cliniciens anglo-saxons ^[10, 11] ont proposé des techniques issues de la pleine conscience à des patients souffrant de psychose.

La thérapie d'acceptation et d'engagement développée par Steven Hayes ^[12] a prouvé son efficacité pour la dépression, l'anxiété, le stress, les addictions, les troubles alimentaires, le trouble de personnalité borderline, tout comme pour la schizophrénie. Hayes et al. ont fournis, à travers une revue de la littérature sur l'ACT ^[13], l'indication que cette approche serait applicable à un large éventail de problèmes de sévérité variable, la taille d'effet apparaissant comme plus grande pour des problèmes plus sévères. La recherche a d'ailleurs récemment montré que cette thérapie est une approche particulièrement aidante et potentiellement efficace pour les patients hospitalisés après une décompensation psychotique ^[14, 15]. Cette thérapie serait également utile pour la prévention de la réhospitalisation de patients souffrant d'un trouble psychotique ^[16, 17]. L'ACT permettrait, en outre, une réduction cliniquement significative supérieure au traitement conventionnel, de la sévérité des symptômes de dépression majeur dans la psychose pour des patients hospitalisés ^[18].

Thérapies incluant les techniques de la pleine conscience et de l'ACT pour les patients souffrant de psychose

Les concepts de pleine conscience et d'acceptation sont devenus centraux dans les TCC de nombreux troubles psychiques. L'utilisation de stratégies de *coping* orientées sur l'acceptation est également largement encouragée pour faire face aux symptômes psychotiques comme les hallucinations auditives [15, 19, 20]. Par ailleurs, des études ont montré que le fait de tenter d'éviter ou de lutter contre des hallucinations auditives était des stratégies maladaptatives souvent utilisées par les patients souffrants de psychose [21] et que ces styles de *coping* pouvaient même prédire une issue négative [22, 23]. Plus récemment, Shawyer et al. [24] ont créé une échelle (*The Voices Acceptance and Action Scale*, VAAS) et investigué des stratégies de *coping* plus spécifiquement ciblées par la thérapie ACT (l'évitement expérientiel *versus* l'acceptation) et ont trouvé qu'une plus grande acceptation des voix était associée à un score plus bas de dépression, une meilleure qualité de vie et une plus grande confiance dans la capacité à résister aux commandes des voix. De nombreuses études récentes en groupes ont ainsi exploré ces dernières années les bénéfices de l'enseignement explicite aux patients de stratégies de pleine conscience et fondées sur l'acceptation comme stratégies d'adaptation pour faire face aux symptômes psychotiques persistants.

Recherche sur la thérapie d'acceptation et d'engagement pour des patients souffrant de psychose

Des études de plus en plus nombreuses rapportent que les thérapies incluant l'ACT sont considérées comme utiles et à recommander par les patients ayant bénéficié de ce type de traitement [25]. La pleine conscience, la **défusion**¹, l'acceptation et le travail sur les valeurs — des facettes sur lesquels nous reviendrons plus spécifiquement dans ce chapitre — sont décrits comme les composantes les plus aidantes de cette thérapie contribuant à des changements positifs [15-17, 25-27]. Cette thérapie est différente des thérapies cognitives sur les voix puisqu'elle ne cherche pas à provoquer des changements en modifiant le contenu des croyances, mais à réduire la domination des croyances et des autres symptômes sur l'expérience et le comportement par une prise de distance [26]. Une autre manière de décrire cette action est de dire que le but de cette thérapie est de diminuer la tentation de croire,

1. La défusion est un terme issu du mot anglais « *defusion* », utilisé dans l'ACT pour décrire la capacité à prendre de la distance avec les pensées.

pour un patient souffrant de psychose, que les hallucinations auditives ou les idées délirantes dont il souffre sont la vérité [17].

Les techniques d'acceptation et de défusion offrent ainsi un moyen de réduire la préoccupation et la détresse associées aux symptômes de psychose [28] et pourraient être importantes pour diminuer la croyance dans les hallucinations et par ce biais réduire les hospitalisations [15-17, 29]. Dans l'étude de Gaudiano et Herbert, il est apparu que moins les patients croyaient en leurs hallucinations, plus ils avaient un score bas sur l'item « Détresse engendrée par les voix » [15]. En outre, dans une étude récente, Bacon, Farhall et Fossey (2014) ont observé que chez les sujets dans la condition ACT, l'autoévaluation de la fréquence des symptômes n'avait pas changé après l'intervention mais que l'intensité et la détresse associées aux symptômes, elles, s'étaient réduites.

D'autres résultats suggèrent également que la réduction des hospitalisations serait corrélée à la capacité de critiquer les symptômes positifs mais pas à la détresse engendrée par les symptômes eux-mêmes [16]. Dans son étude de 2013, Gaudiano [14] suggère d'ailleurs que l'on peut conceptualiser la croyance dans l'hallucination comme « une mesure de la flexibilité psychologique et de la défusion cognitive ». Ainsi, les premières études sur l'ACT ont démontré que cette approche peut être adaptée même pour de très courtes durées de traitement et en milieu hospitalier. Elles ont, en outre, montré que cette approche peut être proposée aussi bien à des patients souffrant de schizophrénie avec des symptômes positifs au premier plan que pour des patients présentant un trouble affectif et une symptomatologie négative importante. Les études cliniques ont démontré que l'hospitalisation peut, par ailleurs, représenter une opportunité à saisir pour guider les patients vers de nouvelles stratégies de *coping* pour faire face aux symptômes psychotiques [14, 15, 17].

Quel est l'impact de l'ACT et de la pleine conscience sur l'hallucination ?

Dans une expérience groupale pilote [30], nous avons pu constater la faisabilité d'un groupe d'entraînement à la pleine conscience pour des patients décrivant comme problème cible des hallucinations auditives et cénesthésiques. Une seconde analyse de cas [31] décrit également deux participants qui, après les séances d'entraînement à la pleine conscience, étaient moins submergés par leurs voix et plus confiants par rapport à leur capacité à vivre avec. Abba, Chadwick et Stevenson [11] ont également investigué les processus psychologiques impliqués chez des personnes souffrant de psychose et apprenant à répondre par la pleine conscience à des sensations psychotiques déplaisantes. Ils ont ainsi trouvé trois grandes étapes à ce processus :

- la centration sur l'ouverture aux voix, pensées et images dans le moment présent ;
- la capacité à laisser les voix, les pensées et les images aller et venir ;
- la reprise de pouvoir sur les voix à travers l'acceptation.

En outre, il nous apparaît que l'ACT et la pleine conscience sont des thérapies potentiellement moins stigmatisantes pour des patients souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie, puisqu'elles proposent, comme dans le cas d'un trouble anxieux ou de l'humeur, d'observer les symptômes, même lorsqu'il s'agit d'expériences psychotiques, comme des événements prenant place dans un contexte, sans juger de ce qui doit être ou non. Cette perspective contraste avec les préjugés et les pronostics encore souvent pessimistes émis dans le champ de la schizophrénie sur l'utilisation de techniques thérapeutiques comme la pleine conscience, régulièrement considérée comme étant contre-indiquée. L'éviction de ce choix de traitement se fait, à notre connaissance, sur la base de craintes non scientifiquement fondées et il n'existerait pas de profils cliniques type de patients pour lesquels l'ACT et la pleine conscience devraient être prohibés systématiquement.

Comment la pleine conscience et la thérapie de l'ACT agissent-elles sur l'hallucination ?

L'essentiel de l'approche ACT repose sur la fonction du vécu expérientiel et cherche à préciser si nos actions rendent notre vie riche et pleine. Autrement dit, cette thérapie ne cherche pas à déterminer si une perception est vraie ou non, mais si elle est fonctionnelle ou non. Le patient est ainsi poussé à se poser des questions comme : « *Si vous laissez votre pensée guider vos comportements, cela favorisera-t-il l'accomplissement d'une vie pleine de sens pour vous et conforme à vos valeurs ?* » Avec ce principe, le thérapeute n'a jamais besoin et ne devrait pas être tenté de considérer le comportement d'un patient comme intrinsèquement « bon » ou « mauvais ». Lorsque l'on applique les préceptes de la thérapie ACT au champ du vécu psychotique, ce n'est donc pas le contenu des pensées ou des hallucinations proprement dit qui nous intéresse ; c'est le fait, pour le patient, de fusionner avec ses pensées ou ses voix (ou toute autre expérience hallucinatoire) qui est considéré comme problématique et facteur de **rigidité psychologique**. Cette thérapie propose à la place de tendre, par des moyens que nous allons tenter d'explicitier, vers l'acceptation de ce qui n'est pas contrôlable ou de s'orienter vers le lâcher-prise, comme encouragé dans les méditations en pleine conscience. Pour rendre cette démarche possible, l'ACT décrit six processus centraux permettant d'accéder à la « souplesse psychologique » que sont la défusion, l'acceptation, la notion d'être ici et maintenant, le soi comme contexte ou pure conscience, les valeurs et l'action engagée. L'exploration successive de ces six processus, agrémentée d'exemples cliniques de patients

souffrant d'hallucinations persistantes est la porte d'entrée choisie ici pour accéder aux thérapies centrées sur la pleine conscience et sur les notions d'acceptation et d'engagement.

« Défusion » et hallucinations

Le concept de « fusions » *versus* « défusion » peut être appliqué aux symptômes comme il l'est aux pensées. On considérera ainsi que les hallucinations décrites dans le contexte d'une schizophrénie ne sont pas problématiques en soi, mais que c'est le rapport qu'entretient le patient avec ces symptômes qui peut s'avérer problématique.

Vignette clinique

Faire face aux voix et au sentiment de persécution autrement

Monsieur X. a reçu un diagnostic de schizophrénie paranoïde. Monsieur X. décrit lors des entretiens une impossibilité de passer la nuit dans sa chambre à cause de la présence de « voix » de l'autre côté du mur. Ces dernières le critiquent et le harcèlent, l'empêchant de dormir et étant source d'une angoisse majeure. Monsieur X. a ainsi pris l'habitude de s'endormir habillé, assis dans un fauteuil de son salon, et décrit une grande fatigue accumulée à cause de ses troubles du sommeil. Nous proposons alors à ce patient des exercices de méditations en séance, puis à domicile. Le patient applique de manière rigoureuse durant plusieurs semaines cette pratique méditative. D'abord centrées sur le corps, puis les sons, les méditations deviennent petit à petit l'occasion d'observer ses hallucinations auditives de manière similaire aux autres perceptions, en les accueillant avec curiosité. Le patient commence à décrire ses observations en séance, notant la fréquence, le volume ou encore le rythme de ses voix. Nous pensons que cette pratique régulière de la pleine conscience a permis « de dégonfler sa psychose » ^[11] puisque, après quelques semaines de pratique quotidienne et sans y avoir été encouragé par le thérapeute, il recommence à dormir dans son lit. Il récupère à ce moment-là des nuits de sommeil plus paisibles et plus confortables, en dépit de la présence persistante de ses voix.

Ainsi, un patient qui arrive par le biais de la méditation à observer une sensation psychotique, même déplaisante ou très anxiogène pour lui, pourrait, par un mécanisme d'habituation, ne plus se sentir envahi par elle et ne plus ressentir le besoin de l'éviter à tout prix. Le thérapeute peut donc accompagner le patient dans une démarche de prise de contact avec l'expérience psychotique, non pas pour la juger ou la contrôler, mais comme un événement extérieur (« loin ou proche des oreilles selon ce que pense le patient » ^[32]) ou « privé » (si le patient considère que ses « voix viennent de lui entièrement ou partiellement » ^[32]) au même titre que l'on pourrait le faire pour des pensées, des sensations, des émotions déplaisantes. Les méditations en pleine conscience offrent un support pour observer ce vécu interne, qu'il s'agisse d'hallucinations auditives, perceptives, sensorielles,

gustatives, olfactives ou de toute autre sensation ou expérience privée, liée ou non à la schizophrénie.

« Acceptation » et hallucinations

Le concept d'acceptation implique l'ouverture à l'expérience du moment, quelle qu'elle soit, et sans juger de ce qui doit être ou non. Cela suggère une exploration consciente et consentie de l'expérience privée. Dans la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, l'acceptation constitue un point clé de la méditation. Dans l'ACT, on encourage à y avoir recours « lorsque l'évitement expérientiel devient un obstacle aux actions en adéquation avec les valeurs » [33]. Dans le champ des hallucinations induites par la psychose, l'acceptation est également un outil qui nous paraît très intéressant, particulièrement pour des patients perdant beaucoup de leur énergie à lutter contre des perceptions désagréables ou difficiles à supporter, impliquant l'évitement de divers lieux, personnes ou situations. Le patient décrit précédemment qui, à cause de ses voix, ne parvenait plus à dormir dans sa chambre et passait ses nuits dans de mauvaises conditions en cumulant un déficit de sommeil, est un bon exemple d'évitement problématique. Une autre situation nous semble également intéressante à soulever.

Vignette clinique

Faire face aux voix dans le contexte d'un vécu traumatique

Cette seconde situation concerne une patiente souffrant de trauma complexe, avec abus et violences vécus dès l'enfance, et qui décrit des hallucinations visuelles, auditives et cinesthésiques, ainsi que des cauchemars récurrents, avec la sensation d'être abusée sexuellement durant son sommeil. Cette patiente a recours à la prière et à sa foi chrétienne — ce qui s'avérerait être une stratégie efficace par moments mais pas toujours — pour repousser et stopper ces perceptions traumatisantes. Il lui a alors été proposé d'essayer d'observer ses sensations vécues comme déplaisantes au travers de la méditation en pleine conscience et d'outils de stabilisation (comme trouver un lieu sûr en imagination), puis avec un travail spécifique en thérapie EMDR (*Eye-Movement Desensitization and Reprocessing*), une thérapie spécifiquement élaborée pour travailler sur les traumatismes. Suite à ce travail, elle décrit une diminution importante de ses cauchemars et de la gêne provoquée par ces derniers. Elle explique cela par le fait d'en avoir parlé, de les avoir observés et décrits en séance. On peut faire ici l'hypothèse que le fait d'accepter d'observer son vécu est une stratégie qui s'est avérée plus efficace pour la patiente que ses tentatives répétées pour éviter ses hallucinations en lien avec le thème des abus sexuels. Ses tentatives d'évitement se sont en effet avérées particulièrement difficiles à mettre en place durant la nuit en raison de la perte de contrôle induite par le sommeil.

Le fait de chercher à lutter contre des sensations psychotiques déplaisantes peut s'avérer souvent épuisant et inefficace, et provoquer fréquemment l'effet inverse et en augmenter la fréquence, comme c'est le cas pour l'évitement des pensées [34]. On peut opposer cette démarche à d'autres méthodes comme la technique du blocage des voix, par la lecture à haute voix par exemple (proposées dans le programme « STOPP » [35] pour gagner du contrôle sur les voix ou détourner l'attention). Sans chercher à déterminer quelle technique est « bonne » ou « mauvaise » ou encore « meilleure » qu'une autre, on peut observer que la stratégie est inverse. Alors que les premières prônent le lâcher-prise et l'acceptation, les dernières cherchent à favoriser l'augmentation du pouvoir sur les voix. Une hypothèse clinique que l'on pourrait formuler, en empruntant aux théories développées dans le champ de la psychotraumatologie [36], serait de supposer que les techniques visant à augmenter le contrôle sont utiles, voire indispensables, comme base de stabilisation pour les patients, alors que des techniques visant l'exploration, l'ouverture à l'expérience et l'acceptation seraient à privilégier dans un second temps ou pour des patients stabilisés.

Le traitement par des techniques de contrôle sur les voix pourrait donc être préféré dans le cas de patients ne parvenant pas à refouler des tentatives d'évitement face à une expérience psychotique trop intense ou trop effrayante. Pour ces derniers, l'entraînement aux techniques de lieu sûr² ou de relaxation favoriserait une meilleure stabilisation interne qui pourrait favoriser l'exposition dans un deuxième temps. On peut comparer ce processus à une bulle dans laquelle on s'apaise ou on se ressource pour faire ensuite face aux « stressseurs » de la vie. La capacité à construire un lieu sûr en imagination est d'ailleurs un élément central, voire un prérequis, au travail sur le vécu traumatique dans des thérapies comme l'EMDR [37] ou le programme PITT (*Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie*) [38], qui s'intéressent aux séquelles de traumatismes. En effet, ces techniques valorisent la mise en place de ressources de stabilisation, pour obtenir une zone d'activation [39] qui ne provoque pas le déclenchement automatique de mécanismes d'évitement ou de dissociation au moment de focaliser sur des sensations difficiles à supporter. L'acceptation est ici considérée comme un processus répété qui demande d'exercer des compétences de lâcher-prise et non comme un résultat.

« Être ici et maintenant » avec les hallucinations

Les programmes de l'approche combinée de la pleine conscience et de la thérapie cognitive, ainsi que la thérapie ACT préconisent la pratique d'un entraînement régulier au contrôle intentionnel par la méditation pour

2. Il s'agit d'une technique d'imagerie guidée d'ancrage des perceptions sensorielles et internes associées à un lieu où le patient se sent en sécurité.

augmenter la conscience de soi dans le moment présent. Cette pratique offre la possibilité de repérer la présence ou l'absence d'hallucinations ainsi que des changements, comme ce peut être le cas pour l'humeur. On peut ici faire le lien avec les techniques de focalisation sur les hallucinations auditives. Le fait de se connecter avec l'expérience du moment présent, lorsque le patient est aux prises avec des hallucinations, permet une distanciation puisqu'elle implique de regarder son vécu psychotique en se positionnant comme observateur. Ainsi, des patients souffrant de schizophrénie et ayant parfois une vision floue de leurs hallucinations, ont pu décrire de manière plus précise et plus fine des éléments comme la fréquence, la durée d'une hallucination auditive et s'étonner de constater des mouvements de va-et-vient entre des moments de calme sans voix et la présence d'une ou plusieurs voix durant un temps plus ou moins long et variable d'une séance à l'autre.

Soi comme contexte ou pure conscience et hallucinations

Dans l'ACT, l'évocation du soi comme contexte fait référence à la notion du « point de vue », de l'angle duquel nous observons nos pensées et nos émotions. Il encourage à devenir plus conscient de ce que nous observons, autrement dit de se mettre en position « méta » pour observer notre conscience en quelque sorte. L'idée est alors de chercher « cet espace intérieur », bien souvent décrit par les moines bouddhistes où la douleur n'est plus forcément l'occasion d'une souffrance si on l'accepte comme un moment traversé. Les symptômes pourraient alors être considérés comme un état passager, au même titre qu'une perception, une sensation ou un événement sonore qui nous traverse à un moment *t*. L'hallucination devient alors un élément du contexte observable, sans craindre d'être happé ou identifié à elle, avec la conscience qu'il s'agit d'un élément du contexte. La pratique de la pleine conscience est l'outil préférentiel utilisé par l'ACT pour amener à cette perception du « soi comme contexte ». Une métaphore empruntée à la thérapie de l'ACT ^[33] (p. 239) applicable pour parler des symptômes psychotiques est celle du ciel et du temps.

Vignette clinique

Métaphore du ciel et du temps

Une patiente décrit des voix qui régulièrement l'encouragent à se faire du mal ou à en faire à son conjoint. Elle raconte combien cela la perturbe malgré le fait qu'elle n'agisse pas en fonction de ses voix. Elle se questionne par ailleurs de manière récurrente sur les raisons qui poussent ses voix à lui souffler de telles injonctions. La thérapeute l'a alors invitée à imaginer que ces voix étaient comme le temps qu'il fait, un état passager qui la traverse. Que le temps soit ▷

- ▷ pluvieux, ensoleillé ou nuageux, il n'est jamais nuisible pour le ciel. De la même manière, les voix qui apparaissent et disparaissent comme les pensées ou les émotions, moment après moment, ne sont pas dangereuses en soi pour celui qui les regarde comme un ressenti contextuel plutôt que comme une réalité immuable et déterminante, définissant un « soi constant ».

Valeurs et hallucinations

Les valeurs définies par l'ACT font référence au sens que l'on souhaite donner à sa propre vie. Elles sont considérées comme un moteur qui donne une direction à nos actions, autrement dit une source de motivation tout au long de la vie. Ainsi, selon la thérapie ACT, chacun peut choisir d'utiliser ses ressources et son énergie de manière préférentielle en fonction de ses valeurs, une fois celles-ci identifiées. Le thérapeute ACT doit se montrer actif et proposer des outils à ses patients pour leur permettre de clarifier ce qui est important pour eux. Il est précisé cependant qu'il faut être attentif à ne pas confondre valeurs et objectifs. Pour se faire, il est indispensable de créer les conditions favorables pour la connexion avec ce qui donne du sens et oriente vers « une vie riche et pleine ». Afin d'y parvenir, différents moyens et outils sont proposés pour faciliter l'identification des valeurs personnelles et des obstacles psychologiques qui entravent la progression en direction de ce qui fait sens. Pour aider le patient à identifier ses valeurs propres, on peut utiliser la métaphore de la ligne de vie ou de la boussole [33] (p. 116).

Vignette clinique

Métaphore de la ligne de vie ou de la boussole

Une patiente, avec un diagnostic de schizophrénie, explique que ses voix lui ordonnent de quitter son compagnon pour se prostituer alors qu'elle souhaite vivre avec son conjoint et se marier, un projet qu'elle partage avec son compagnon. L'expérience de la métaphore de la ligne de vie lui a alors été proposée en séance. Concrètement, la patiente est encouragée à nommer son projet et à se le représenter sur un point à l'horizon. Elle est ensuite invitée à se lever de son fauteuil et à s'avancer en direction de son objectif symboliquement représenté par la direction préétablie. La patiente est alors questionnée sur la présence des voix et les termes utilisés par ces dernières pour essayer de l'empêcher d'avancer dans la direction choisie. Une voix masculine ordonne : « Tu dois aller dans la rue te prostituer. » Cette même voix précise : « Tu es mon esclave. » La patiente est ensuite encouragée à continuer à marcher en direction de ses valeurs pendant que la thérapeute reprend à haute voix les injonctions formulées par les voix. Cet exercice a pour effet de stopper la patiente qui se fige, cette dernière n'osant plus bouger. Mais, après plusieurs essais ayant échoué, sur quelques séances, la patiente finit par réussir à prendre sa thérapeute par le bras et à l'embarquer avec elle en direction de ses valeurs, sans se laisser perturber ou ▷

- ▷ arrêter par les mots malveillants des hallucinations auditives décrites. Le but de l'exercice est de permettre à la patiente d'expérimenter sa capacité à faire face aux voix anxiogènes sans les éviter ni se laisser détourner de ses objectifs de vie. La patiente a décrit cette expérience comme bénéfique. Elle explique que si elle a, depuis quelques années déjà, perdu l'habitude de faire ce que les voix attendent d'elle, leurs ordres continuent à la perturber beaucoup et à la freiner dans ses projets de vie. Avec cette mise en situation, la patiente fait l'expérience de faire face à ses hallucinations auditives, sans les nier, mais sans renoncer non plus à avancer en direction d'un choix personnel.

Action engagée et hallucinations

Le sixième facteur déterminant pour atteindre la souplesse psychologique selon l'ACT est l'action engagée. Cette dernière est considérée comme engagée si elle est efficace, motivée par les valeurs propres et orientée toujours plus largement en direction de ce qui fait sens pour la personne. Chaque objectif est alors réfléchi et déterminé en fonction de ses valeurs comme un pas en direction de celles-ci. Cela implique de prendre en compte les obstacles que le patient peut rencontrer sur la route. Avec cette démarche, les hallucinations peuvent être considérées comme des obstacles ou non, selon qu'elles empêchent ou non la personne d'avancer dans la direction choisie sur la base des valeurs exprimées. Ainsi, on ne s'inquiétera pas des hallucinations en soi mais de l'impact qu'elles pourraient avoir sur les choix de vie de la personne. Dans le cas de la patiente décrite dans le paragraphe précédent, les voix s'avèrent problématiques pour elle puisqu'elles tentent, selon elle, de la corrompre et de l'empêcher de vivre selon sa foi et ses projets de vie à deux. Elle est aujourd'hui mariée et capable de gérer les tâches du quotidien, tout en travaillant à temps partiel dans un milieu protégé. Elle part régulièrement en voyage avec son compagnon et se montre très active au sein de sa paroisse. Elle a ainsi mené des actions engagées dans le sens des valeurs personnelles identifiées à un moment du suivi comme centrales que sont sa spiritualité comme chrétienne pratiquante et la vie à deux avec son compagnon et désormais mari. L'ACT encourageant l'utilisation de métaphores, on pourrait ici comparer l'action engagée avec le fait de prendre la mer sur un voilier.

Vignette clinique

Métaphore du voilier

Prendre la mer sur un voilier implique de définir un cap et une destination souhaitée où l'on reste à quai. Mais une fois en mer, selon les conditions météo, notre bateau naviguera au moteur ou à plus vive allure, avec les voiles, si le vent souffle fort. Il s'agira pour le capitaine d'évaluer la trajectoire à privilégier pour garder le cap et arriver à bon port. Parfois il devra virer plusieurs fois et ▷

- ▷ donc peut-être choisir un trajet moins direct pour attendre son but, mais il aura toujours en tête sa destination. Sur le trajet, il fera des expériences et rencontres qu'il ne peut pas anticiper, d'autres bateaux, qu'il s'agira de croiser, des dauphins, qu'il s'enthousiasmera peut-être d'apercevoir sur son chemin, et d'autres rencontres insolites sans doute. Il fera peut-être aussi escale dans une crique ou un autre port pour une ou plusieurs nuits. Les valeurs peuvent ainsi être regardées comme le contenant, l'occasion d'orienter nos choix de vie, sachant que le cheminement, « les actions engagées » en sont la substance et implique la rencontre avec le hasard et des étapes programmées.

Conclusion

L'ACT et les techniques issues de la pleine conscience ne sont pas des thérapies qui ont été spécifiquement développées pour l'accompagnement des patients souffrant de schizophrénie et d'hallucinations persistantes. Elles sont proposées comme outil thérapeutique pour la plupart des diagnostics psychiatriques. Elles abordent cependant les symptômes sous un angle différent puisque ces derniers ne sont pas considérés comme problématiques en soi. Selon ces méthodes thérapeutiques, ils le deviennent à partir du moment où ils font obstacle au cheminement du sujet vers une vie riche et pleine. Ainsi, la symptomatologie n'est plus considérée comme ce qu'il s'agit de faire diminuer ou disparaître à tout prix. Elle devient une réaction contextuelle observable, dans une optique de distanciation du vécu interne, sans passer par l'évitement ou le contrôle expérientiel. L'acceptation devient dès lors une alternative par choix, non seulement lorsque le ressenti répond à une envie ou à un désir mais aussi lorsqu'il expose la personne à un inconfort marqué. On va ainsi encourager le patient à préférer une attitude de pleine conscience plutôt qu'un fonctionnement en pilote automatique, à prendre de la distance avec les sensations vécues comme désagréables (pensées, émotions, hallucinations, sensations) plutôt que de fusionner avec elles ; à choisir le consentement éclairé plutôt que l'évitement du vécu désagréable ; à analyser et choisir des actions efficaces plutôt qu'inefficaces en fonction de ses valeurs propres.

Pour les différentes raisons abordées dans ce chapitre, choisir ces thérapies avec des patients souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie avec hallucinations persistantes paraît une option thérapeutique intéressante. En outre, elles s'inscrivent dans la lignée du modèle du rétablissement. Ce concept, issu du mouvement de *self-help* initié par les patients eux-mêmes, propose un rétablissement psychologique dont l'objectif prioritaire est l'amélioration de la qualité de vie, par opposition au rétablissement symptomatique, qui renvoie à la notion médicale de guérison. L'ACT est également une option intéressante parce qu'elle offre une direction à la thérapie avec l'accent mis sur les objectifs de vie. Cependant, la tâche d'identification de

ses valeurs propres paraît souvent ardue, pour tout individu et probablement plus encore pour une personne souffrant de troubles psychiques graves. Les patients souffrant de schizophrénie ont souvent une vision floue de leur avenir, à laquelle s'ajoute une difficulté à identifier ce qui fait sens. À l'impact de la maladie sur l'identification de ses propres besoins et possibilités s'ajoute encore l'influence de sources externes (environnement, famille, éducation, contexte professionnel, etc.), qui vont souvent orienter les individus vers des valeurs sociales plutôt que personnelles. Mais si le patient parvient à toucher des parties de ce qui fait profondément sens pour lui, il devient possible d'orienter le suivi dans la direction choisie, en adaptant le rythme à l'énergie vitale disponible, pas après pas, sachant qu'« un voyage de mille lieues commence toujours par un premier pas » (Lao Tseu) [40].

Points clés

- Selon les modèles théoriques de la pleine conscience et de l'ACT, les hallucinations (comme tout symptôme, toute pensée ou toute sensation déplaisante) ne sont pas le problème, c'est être happé par elles et lutter contre elles qui créent nos problèmes.
- Dans ce type de thérapie, il ne s'agit pas de chercher à réduire ou à supprimer les hallucinations directement.
- Il s'agit de s'exercer à pratiquer l'acceptation et la « défusion » face aux hallucinations auditives persistantes, autrement dit à les observer et à prendre de la distance avec elles plutôt que les croire et tenter d'agir sur elles.
- Dans l'ACT, l'objectif central est l'engagement en direction de buts valables pour soi (en fonction de valeurs personnelles) plutôt qu'en réaction aux hallucinations persistantes.

Bibliographie

- [1] Hayes SC, St Rosahl KD, Wilson KG, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record* 2004;54:553-578.
- [2] Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition. New York: Plenum Press; 2001.
- [3] Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl KD. Experiential avoidance and behavioural disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1996;64:1152-68.
- [4] Maex E. Mindfulness : apprivoiser le stress par la pleine conscience. Bruxelles: De Boeck Université; 2007.
- [5] Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delacorte; 1990.
- [6] Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical consideration and preliminary results. *General Hospital Psychiatry* 1985;4:22-47.

- [7] Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2002.
- [8] Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : Une nouvelle approche pour prévenir la rechute. Bruxelles: De Boeck; 2006.
- [9] Koerner K, Linehan MM. Doing dialectical behavior therapy: A practical guide. New York: The Guilford Press; 2011.
- [10] Chadwick P, Newman Taylor KN, Abba N. Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 2005;33:351-9.
- [11] Abba N, Chadwick P, Stevenson C. Responding mindfully to distressing psychosis: A grounded theory analysis. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2008;18:77-87.
- [12] Hayes SC, St Rosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behaviour change. New York: Guilford Press; 1999.
- [13] Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcome. *Behavior Research and Therapy* 2006;44:1-25.
- [14] Gaudiano BA. Brief Acceptance and Commitment Therapy for the acute treatment of hospitalized patients with psychosis. In: Steel C, editor. CBT for schizophrenia: evidence-based interventions and future directions. UK: Wiley-Blackwell; 2013, p. 191-212.
- [15] Gaudiano BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy* 2006;44:415-37.
- [16] Bach P, Gaudiano BA, Hayes SC, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for psychosis: intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis* 2013;5:166-74.
- [17] Bach P, Hayes S. The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002;70:1129-39.
- [18] Gaudiano BA, Miller IW, Herbert JD. The treatment of psychotic major depression: Is there a role for adjunctive psychotherapy? *Psychotherapy Psychosomatics* 2007;76:271-7.
- [19] Romme MAJ, Escher ADMAC. *Accepting Voices*. London: MIND Publications; 1993.
- [20] Chadwick P, Newman Taylor KN, Abba N. Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 2005;33:351-9.
- [21] Phillips LJ, Francey SM, Edwards J, McMurray N. Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: a systematic review. *Anxiety, Stress & Coping* 2009;22:371-410.
- [22] Escher S, Desespaul P, Romme M, Buiks A, Van Os J. Coping defence and depression in adolescents hearing voices. *Journal of Mental Health* 2003;12:91-9.
- [23] Tait L, Birchwood M, Trower P. Predicting engagement with services for psychosis: Insight, symptoms and recovery style. *British Journal of Psychiatry* 2003;182:123-8.
- [24] Shawer F, Ratcliff K, Mackinnon A, Farhall J, Hayes SC, Copolov D. The Voices Acceptance and Action Scale (VAAS): Pilot data. *Journal of Clinical Psychology* 2007;63:593-606.

- [25] Bacon F, Farhall J, Fossey E. The active therapeutic processes of Acceptance and Commitment Therapy for persistent symptoms of psychosis: Clients' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2013;42:402-20.
- [26] Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC, Farhall J. A randomised controlled trial of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for psychosis: Study protocol. *BMC Psychiatry* 2014;14:198.
- [27] Shawyer F, Farhall J, Mackinnon A, Trauer T, Sims E, Ratcliff K, et al. A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy* 2012;50:110-21.
- [28] McLeod HJ. ACT and CBT for psychosis: comparisons and contrasts. In: Blackledge JT, Ciarrochi J, Deane F, editors. *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary theory, research and practice*. Bowen Hills: Australian Academic Press; 2008.
- [29] Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalisation of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2012;36:165-81.
- [30] Bardy-Linder S, Ortega D, Rexhaj S, Maire A, Bonsack C, Favrod J. Entraînement à la pleine conscience en groupe pour atténuer les symptômes psychiques persistants. *Annales Médico-Psychologiques* 2013;171:72-6.
- [31] Newman Taylor K, Harper S, Chadwick P. Impact of mindfulness on cognition and affect in voice hearing: Evidence from two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2009;37:397-402.
- [32] Favrod J, Rexhaj S, Ferrari P, Bardy S, Hayoz C, Morandi S, Bonsack C, Giuliani F. French version validation of the psychotic symptom rating scales (PSXRATS) for outpatients with persistent psychotic symptoms. *BMC Psychiatry* 2012;12:161.
- [33] Harris R. *Passer à l'ACT : pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement*. Bruxelles: De Boeck; 2012.
- [34] Wegner PM, Schneider DJ, Carter S, White T. Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987;53:5-13.
- [35] Herrmann-Doig T, Maude D, Edwards J. *STOPP. Suivi Thérapeutique Orienté sur la Psychose Persistante*. Paris: Retz; 2005.
- [36] Janet P. *L'automatisme psychologique*. Paris, Félix Alcan. rééd. Paris: L'Harmattan; 2005.
- [37] Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford; 1995.
- [38] Reddemann L. *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta; 2004.
- [39] Ogden P, Minton K. Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Electronic Journal of Traumatology* 2000;6: article 3.
- [40] Tseu L. *Tao Te King : le livre du Tao et de sa vertu*. Paris: Dervy; 1999.

11

Thérapie intégrative centrée sur les hallucinations (*Hallucination-focused Integrated Treatment*) : le HIT, ou l'art de l'intégration

J. Jenner

Le programme HIT (*Hallucination-focused Integrated Treatment*), ou thérapie intégrative centrée sur les hallucinations, a été développé pour traiter les patients souffrant d'hallucinations acoustico-verbales (HAV). La plupart des définitions s'accordent aujourd'hui à dire que les hallucinations requièrent [1] :

- une perception sensorielle ;
- un sentiment de réalité ;
- un degré d'incontrôlabilité ;
- l'absence de stimulus externe.

Slade et Bentall soutiennent d'ailleurs que les hallucinations échappent à tout contrôle [1]. Cependant, la plupart des sujets Entendeurs de voix, si ce n'est tous, ont au moins un faible contrôle de leurs hallucinations [2]. L'absence de contrôle semble davantage relever d'une conviction que d'un fait. Il convient également de rappeler qu'il n'existe aucun consensus sur la nécessité d'entendre les HAV comme provenant du monde extérieur (dites « réelles ») ou de l'intérieur de la tête (« pseudo-hallucination »). Les sujets Entendeurs de voix rapportent en effet une variabilité phénoménologique importante sur ce point. Van der Zwaard et Polak affirment que la validité du terme « pseudo-hallucinations » est faible, et posent l'hypothèse d'un continuum entre des catégories qui se chevaucheraient [3]. De même, la question de l'âge de début reste floue et il peut être opportun de ne pas parler d'hallucination avant l'âge de sept ans.

Cadre de référence du programme HIT

Le programme HIT a été construit sur la base des faits et suppositions suivantes :

- une HAV n'a pas en soi de valeur (psycho-)pathologique. La combinaison d'HAV avec d'autres symptômes doit faire rechercher une pathologie particulière associée. Par ailleurs, de nombreuses religions étiquettent les personnes communiquant avec le Divin comme étant des « élus » et non comme des sujets souffrant d'un trouble psychiatrique [2] ;
- plusieurs troubles somatiques, diverses médications et différents états physiologiques peuvent causer des HAV [3-5]. Une association importante a également été trouvée entre HAV et pathologies psychiatriques. Le taux de prévalence « vie entière » des HAV serait de 80 % en cas de trouble dissociatif, 70 % en cas de schizophrénie, 100 % en cas d'abus ou d'utilisation de substances, et de 30 % en cas de trouble affectif ou de personnalité borderline [6, 7]. Par conséquent, une évaluation tant somatique que psychiatrique reste une nécessité ;
- les HAV semblent davantage liées à l'interprétation des stimulus qu'à leur perception. Par conséquent, une évaluation spécifique des HAV et un rééti-quetage sont nécessaires ;
- les « Entendeurs de voix » sont souvent réticents à rencontrer un psychiatre [8, 9]. Ils se sentent incompris et sont peu compliants. Par conséquent, user de stratégies de motivation et leur donner un sentiment de compétence (principe de double réalité) semble nécessaire [2] ;
- les monothérapies sont moins efficaces que la combinaison de plusieurs thérapies [10] ;
- le programme HIT est fondé sur une approche systémique centrée sur les relations qui est acceptable pour tous ;
- un style thérapeutique directif¹ est préférable, afin de :
 - diminuer la déception ;
 - prémunir les patients de problèmes superflus ;
 - augmenter les chances de succès de la prise en charge.

L'art de l'intervention thérapeutique intégrative

Dans une méta-analyse [10], les monothérapies apparaissent comme moins efficaces que la combinaison de traitements. La psychothérapie HIT combine la pharmacothérapie et des interventions psychothérapeutiques et de réhabilitation, provenant de plusieurs écoles théoriques. La thérapie HIT

1. Le lecteur est invité ici à ne pas confondre « directif » et « autoritaire » : être directif signifie faciliter et offrir des options ayant des effets prouvés.

favorise les modules d'intervention sur mesure plutôt que ceux reposant sur une théorie générale. Le thérapeute peut se contenter d'additionner les modules qu'il aura choisis, mais il est préférable de les intégrer, en prenant soin d'ajuster les cadres respectifs de référence des interventions. L'intégration requiert une attention particulière au calendrier et à l'articulation des modules. La physiopathologie, les thérapies orientées vers l'*insight*, la théorie de l'apprentissage et le traitement comportemental, la réhabilitation, la psychoéducation et la théorie générale des systèmes se rapportent à différents modèles étiologiques [11-13]. Leur articulation peut donc parfois induire une augmentation des conflits concernant les priorités et le bon calendrier des interventions. Il en est de même entre thérapeutes, notamment en termes de responsabilité médico-légale.

Les classifications internationales (par exemple, le DSM [14]) mais aussi les thérapies cognitivo-comportementales considèrent les HAV comme des symptômes psychotiques et les voix comme des hallucinations. Un changement de perspective permet de considérer le dialogue avec les voix comme une expérience, un comportement de *coping*, pouvant avoir une signification (par exemple, être lié à un psychotraumatisme). La thérapie HIT va s'attacher à sélectivement choisir une nomenclature acceptable pour les différents partenaires dans le but de réduire le vécu d'abandon et d'augmenter la coopération. Dans le cadre de la thérapie HIT, considérer les voix de manière hypercongruente (par exemple, comme un don) peut entrer en conflit avec une caractérisation psychopathologique. Bien que cette approche puisse permettre de rejoindre le patient dans son système délirant, il convient de prendre en compte les limites éthiques de ces méthodes détaillées plus loin, chez les patients résistants en particulier. Initialement, les interventions, et même le monitoring, peuvent mener à une exacerbation des voix. Un autre problème serait de considérer cette exacerbation comme une rechute, là où d'autres thérapeutes vont davantage considérer cela comme le début de la lutte contre les voix. Le premier thérapeute pourrait décider d'arrêter l'intervention et même le monitoring, alors que le second suggèrera le contraire.

Il apparaît donc évident que des ajustements de l'attitude, de la gestion des priorités entre processus thérapeutiques sont nécessaires à une combinaison optimale de différents programmes thérapeutiques du HIT. La thérapie HIT est donc bien plus efficace lorsqu'elle ne fait intervenir qu'un seul thérapeute. Cette limitation du nombre de thérapeutes est moins confuse pour le patient, en particulier en cas de diagnostic de schizophrénie, de trouble de personnalité borderline et de trouble du spectre de l'autisme. Parce que les interventions HIT émanent de différents modèles, il convient de ne pas simplement les juxtaposer. La thérapie HIT reste un outil intégratif permettant de délivrer un soin sur mesure, qui requiert du thérapeute une bonne connaissance des différents systèmes diagnostiques, des styles de communication et des méthodes d'intervention.

Le format HIT

Le programme HIT comprend en moyenne quinze séances d'une heure chacune, échelonnées sur une période de neuf à douze mois [15, 17]. La durée moyenne de la prise en charge est de neuf mois (onze sessions en moyenne). Les variations dans la durée (DS = 9 mois) et dans les contacts (DS = 12 mois) peuvent être importantes si le besoin persiste. Le traitement se centre sur la « récupération d'un sentiment de contrôle ». Le HIT est délivré selon un protocole défini dans un manuel, lequel est régulièrement adapté à chaque patient et à son système [2]. Des stratégies de motivation et de conditionnement adaptées sont appliquées pour optimiser l'adhésion à la thérapie.

Il est recommandé que les patients impliquent des personnes importantes pour eux dans la thérapie. Les membres de la famille sont ainsi invités à participer aux séances aussi souvent qu'ils le peuvent. Le format exhaustif du HIT, comprenant l'ensemble des modules thérapeutiques, est présenté dans le [tableau 11.1](#). Rechercher une alliance thérapeutique avec le patient et les personnes ressources est essentiel. Le HIT vise une réalité acceptable et fonctionnelle pour toutes les personnes impliquées. Un consentement mutuel prévaut sur la justesse des modèles étiologiques et des diagnostics, car la coopération produit toujours de meilleurs résultats qu'une confrontation [2].

Tableau 11.1. Le format du programme HIT.

Programme	15 sessions d'1 heure chacune (en moyenne)
Durée	9 à 12 mois (en moyenne)
Contenu	Approche de traitement directive Orientation et traitement systémique Aide sociale d'intervention de crise Intégration de modules variés d'intervention
Modules	Impliquer et lier les patients et son réseau/Rechercher une réalité fonctionnelle et acceptable pour tous Évaluation diagnostique Hiérarchisation des causes possibles Entraînement des patients et de sa famille au <i>coping</i> Thérapie cognitive et comportementale (TCC) Thérapie familiale Psychoéducation orientée sur les symptômes Réhabilitation en termes de <i>coping</i> Approche pharmacologique Stratégies sélectives de motivation

Une approche orientée vers le patient sur la base du slogan « Le patient a toujours raison » a remplacé l'organisation hospitalo-centrée.

Le programme HIT comprend le diagnostic psychiatrique et l'évaluation des hallucinations, les styles habituels de comportements et la dynamique des systèmes. Les interventions fondées sur les preuves sont :

- le principe de double réalité ;
- les stratégies de motivation ;
- la médication ;
- l'entraînement des patients et des proches aux stratégies de *coping* ;
- les comportements cognitifs ;
- l'éducation thérapeutique et aux symptômes ;
- la réhabilitation.

Ils correspondent aux modèles médicaux, biologiques, génétiques, interactionnels, sociaux, spirituels et moraux. Cette combinaison d'approches rend l'intégration nécessaire.

Le cadre général peut associer une aide sociale et des interventions de crise 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 si nécessaire. Les diagnostics et interventions ne doivent pas être séparés de façon rigide. La manière de mener les entretiens, les questions directives, l'application du raisonnement socratique ([encadré 11.1](#)),

Encadré 11.1

Le questionnement socratique

Le questionnement socratique cherche à donner aussi peu de conseils immédiats aux patients que possible et à ne pas se focaliser sur la démonstration que le thérapeute a raison et que l'Entendeur de voix a tort. La méthode socratique évite donc d'avoir à donner un conseil direct au patient. Son objectif est d'aider le patient à développer ses propres idées de changement et à trouver des solutions alternatives. La méthode socratique cherche à le faire douter en utilisant un style de questionnement indirect des pensées maladaptées, mais cherche aussi à tester les conclusions du patient sur le pouvoir de ses HAV ^[21]. La thérapie HIT apporte plus de valeur aux questions qu'aux affirmations. Préférer des phrases comme « *Est-il possible que... ?* » « *Savez-vous... ?* » « *Que pensez-vous de... ?* » plutôt que « *Il a été prouvé que...* », « *C'est certainement ainsi et ainsi...* », etc. Le raisonnement socratique mène rarement à des conflits. Quand un patient rejette ou réagit négativement à des phrases suggestives comme, « *Que penseriez-vous si je vous proposais d'essayer la stratégie X contre les voix ?* », le thérapeute peut passer à une autre phrase suggestive sans perdre la face. À l'inverse, la suggestion, « *Je propose que vous fassiez...* » laisse peu de place à l'alternative en cas d'escalade symétrique. Présenter les tâches au patient en utilisant des termes tels que « *Faites et ne faites pas* », ou « *Vous avez à...* » peut être rapidement source d'opposition.

la répétition (positive) des réponses, le conditionnement sémantique et les résumés sont les conditions nécessaires pour aider le patient à progressivement douter de l'origine de ses voix et à développer des explications alternatives. L'évaluation des voix réalisée avec l'*Auditory Vocal Hallucination Rating Scale* (AVHRS) [15, 16] induit déjà une réattribution des HAV chez de nombreux patients. Les modules du HIT sont donc implémentés en accord avec :

- les préférences et besoins individuels ;
- les étapes de motivation ;
- la structure de personnalité des participants.

Les indicateurs permettant de choisir au mieux ces modules sont : les stratégies déjà utilisées par les patients et sa famille, la signification et l'attribution des voix, le niveau d'anxiété et les explications sur l'origine des voix.

Le **principe de double réalité**, qui vise à faciliter la relation thérapeutique, est central. En effet, les Entendeurs de voix se sentent invalidés quand le thérapeute doute de la réalité de leur expérience hallucinatoire [8]. Il convient donc de tout d'abord souligner le besoin d'informations détaillées sur les HAV. Les thérapeutes HIT acceptent explicitement les HAV comme des expériences réelles. C'est une bonne technique interactive tout en reposant sur des données scientifiques, comme l'illustrent les études d'imagerie cérébrale [18-20].

Pourquoi parler de double réalité? L'une est la réalité du thérapeute, l'autre est celle du patient qui est l'unique et seule réalité. Le patient est tout aussi expert de sa réalité et responsable de ses actions que nous le sommes pour les nôtres. Une autre réalité est que les thérapeutes n'entendent généralement pas de voix, mais les Entendeurs de voix si. Cela les place en situation d'expert vis-à-vis du thérapeute concernant leur expérience subjective. Quand les Entendeurs de voix acceptent ce principe de double réalité — et la plupart d'entre eux le font —, ils prennent indirectement et implicitement une position d'expert, avec les responsabilités qui leur incombent. Ce rôle d'expert a pour conséquence une prise en compte de la situation propre au patient et moins de négativisme. Nous avons pu montrer que l'élévation du patient au statut d'expert augmentait la coopération et la compliance dans les tâches proposées à domicile.

Le programme HIT par étapes (tableau 11.2)

Module 1 – Impliquer le patient dans la thérapie

La thérapie HIT commence par impliquer et lier le patient et le système. Il n'est pas rare de constater un taux de non-compliance vis-à-vis des traitements médicamenteux de 40 à 70 % parmi les patients présentant un trouble psychiatrique. Est-ce lié à la maladie ou aux limites de la relation ? Une intervention apparemment logique serait de confronter les Entendeurs

Tableau 11.2. Le protocole d'évaluation des hallucinations acoustico-verbales (HAV) dans la psychothérapie HIT.

Étapes	Objectifs d'évaluation	Outil utilisé	Commentaire
1	Diagnostic différentiel	Entretien psychiatrique	Distinguez HAV, rêves et TOC
2	HAV ?	Validation de la qualité physique	Les qualités physiques différencient les HAV des illusions, délires, et pensées obsessionnelles compulsives
3	Danger (mortel ?)	Entretien psychiatrique BAVQ-R ^[31]	La plupart des hallucinations ont peu de risque mortel, excepté pour : <ul style="list-style-type: none"> - obéissance aux voix - hallucinations de commande - délires : <ul style="list-style-type: none"> - d'être contrôlé - de paranoïa - de référence
4	Trouble somatique ?	Anamnèses, examen physique	Le traitement se centre sur : <ul style="list-style-type: none"> - troubles somatiques - effet secondaire de la médication
5	Troubles psychiatriques ?	Entretien psychiatrique, PANSS...	Utilisation de lignes directrices
6	Réaction habituelle, patterns, traits de personnalité ?	Entretien psychiatrique, tests psychologiques	Indication de styles préférés de communication
7	Caractéristique des HAV ?	AVHRS, PUVI	Nécessaire pour un ajustement du programme thérapeutique
8	Renforcement sélectif ?	Analyse fonctionnelle	<i>Ibid</i>
9	Bénéfices fonctionnels et secondaires ?	CVI	<i>Ibid</i>
10	Comportements habituels des patients et des proches	Analyse des interactions	<i>Ibid</i>
11	Volonté de changer, handicap ou réticence	Entretien approfondi	<i>Ibid</i>

de voix au test de leur réalité perturbée, ainsi qu'à de la psychoéducation sur les déficits cognitifs. Les thérapeutes HIT interprètent la non-compliance comme étant (partiellement) interpersonnelle. À la confrontation seront préférés l'**entretien motivationnel**, le **réétiquettage** et le **recadrage**. Le terme de « patient psychiatrique » peut être remplacé par « Entendeur de voix ». Pour atteindre une bonne alliance thérapeutique, il convient de garder les points suivants à l'esprit :

- les Entendeurs de voix partagent une forme d'« allergie aux champs de la santé mentale » ;
- les Entendeurs de voix entendent des voix ;
- visez une réalité fonctionnelle plutôt qu'une réalité dogmatique ;
- utilisez un protocole diagnostique graduel ;
- appliquez le questionnement socratique comme style de communication préférentiel.

Le HIT se concentre sur les patients et leur engagement dans le système en leur demandant toujours leurs préférences. Souhaitent-ils commencer en racontant leur histoire ? Ont-ils des questions urgentes ou souhaitent-ils commencer avec des informations sur les HAV ou des explications sur le programme HIT ? Cette volonté affichée de partager, négocier et coopérer ouvre de nombreuses possibilités de changement et d'ajustement. Cette approche « séduit » l'Entendeur de voix qui se voit attribuer un rôle actif dans son traitement. Cela est essentiel dans l'amélioration de la coopération, la réduction de la non-compliance et du taux d'abandon thérapeutique. Le fait d'améliorer l'implication du sujet dans son traitement se poursuit à tous les stades : celui du diagnostic et de l'évaluation des caractéristiques des HAV, du « *causal concept ordering* », de l'implémentation des modules HIT, de la post-cure et de l'arrêt du traitement. Les interventions standards sur les liens sont le principe de double réalité, le questionnement socratique, les stratégies de motivation, l'aide sociale d'intervention de crise 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et l'approche thérapeutique directive.

Module 2 – Caractérisation des hallucinations

L'étape suivante est celle du diagnostic et de l'évaluation. Un programme en onze étapes est appliqué au cours de ce module.

Étape 1 – Diagnostic différentiel

Habituellement, la phénoménologie des HAV diffère peu de l'audition normale. Plus de 70 % des Entendeurs de voix rapportent un volume des HAV comparable à celui des conversations normales [21]. Aussi, la phénoménologie des HAV diffère peu d'un trouble psychiatrique à l'autre [23-25]. La localisation perçue, la malveillance, la durée, le niveau sonore et même les croyances du sujet sur les origines des HAV sont étonnamment similaires, de la schizophrénie au trouble de personnalité borderline (ce point est également discuté dans les chapitres 1 et 2).

Étape 2 – Déterminer si les HAV sont réellement entendues

Sont-elles expérimentées comme des perceptions sensorielles ? Les qualités physiques des voix doivent être évaluées. L'objet de la perception peut être expérimenté comme externe à soi-même, interne ou entendues comme provenant de la propre tête du patient. Une bonne orientation spatio-temporelle est nécessaire pour exclure un état confusionnel.

Étape 3 – évaluer le risque pour le sujet

Un risque élevé est associé avec :

- la capacité de commander portée par les hallucinations ;
- le délire d'influence ;
- le contenu des délires paranoïdes.

La plupart du temps, les HAV chez les patients psychiatriques ont un contenu négatif et malveillant. Les voix peuvent commander aux patients de s'opposer au traitement et de négliger leur propre santé. Les HAV peuvent ordonner que le patient s'automutile, commette un geste suicidaire ou un homicide. Les dangers posés par les ordres que peuvent donner les voix dépendent du degré d'obéissance mais aussi de la non-compliance au traitement. La combinaison des HAV et d'un délire augmente le risque auto-/hétéroagressif, particulièrement dans le cas des délires paranoïdes et d'influence.

Étape 4 – Recherche de troubles somatiques associés, ainsi que les possibles effets secondaires d'une médication

Explorer consciencieusement les antécédents médicaux et réalisez un examen physique. Des hallucinations ont été rapportées dans presque tous les troubles somatiques, allant de la fièvre, du sepsis et la déshydratation aux tumeurs et maladies cardiovasculaires ou métaboliques (par exemple, diabètes, porphyrie, pathologies thyroïdiennes) [4]. L'épilepsie et la narcolepsie doivent également être écartées. Les hallucinations musicales résultent communément d'atteintes acoustiques ou cérébrales. Des hallucinations visuelles peuvent être rencontrées dans les délires et les intoxications aux substances.

Étape 5 – Évaluer la présence de troubles psychiatriques (spectre schizophrénique, trouble de la personnalité borderline, dépression psychotique, PTSD et abus de substance)

Le protocole du DSM-IV-TR ou de la CIM-10 peut être appliqué, ainsi que des instruments spécifiques comme la *Positive and Negative Symptom Scale* (PANSS), le *Dissociative Questionnaire* (DIS-Q) ou la *Dissociative Experiences Scale* (DES).

Étape 6 – évaluer la présence de traits de personnalité

C'est important pour deux raisons. Premièrement, certains troubles de la personnalité sont fortement associés aux hallucinations. Deuxièmement,

le pattern habituel de réactions et les traits de personnalités des Entendeurs de voix et de leurs proches sont représentatifs du style préférentiel de communication. Par exemple, là où la majorité des personnes apprécient l'empathie, les personnes avec une personnalité schizotypique préfèrent plus de distance. Les personnes paranoïdes peuvent également interpréter la compassion comme une preuve que l'on peut lire dans leur esprit. Le sens grandiose de sa propre importance chez l'individu narcissique peut l'empêcher d'accepter le meilleur conseil. Leur présenter un choix parmi au moins deux options peut les aider. Les personnes narcissiques rejettent le plus souvent les tâches jugées trop simples, par conséquent, présentez-leur celles-ci comme des épreuves « possiblement trop difficiles ». Les personnalités narcissiques vont tenter de prouver que vous avez tort. Le questionnement dialectique est bon pour les patients ayant une personnalité borderline. Ils apprécient un thérapeute qui endosse des actions contradictoires simultanément (tout le monde fait du mieux qu'il peut *et* tout le monde à besoin de mieux faire). Ils peuvent vouloir être aidés, mais vivent aussi l'aide comme effrayante. Les requêtes refusées peuvent être perçues comme des rejets menant au conflit. Cependant, donner de l'aide et les tenir responsables pour leur comportement est vécu comme un affront à leur autonomie. Une approche dialectique qui reconnaît les deux facettes d'un problème peut leur apprendre à éviter les pensées « en noir et blanc » et à accepter de l'aide.

Étape 7 – évaluer les caractéristiques des HAV

Évaluer les caractéristiques des HAV, leur signification pour le patient et comment leurs proches et eux-mêmes expliquent ces voix. Investiguez le contenu, la forme et le contexte des HAV : négatives, positives, neutres et/ou utiles ? Est-ce qu'elles prédisent, promettent, commentent, menacent ou répètent ? Quelle charge émotionnelle exercent-elles ? Ont-elles des objectifs clairs ? Pour quelles significations et attributions les HAV sont-elles blâmées ? La compliance à la thérapie est une raison majeure pour se renseigner sur les HAV positives et utiles. Le HIT utilise l'*Auditory Vocal Hallucination Rating Scale* (AVHRS) [15] et le *Positive and Useful Voices Inventory* ;[26] pour évaluer les HAV. Une liste de diverses caractéristiques des HAV évaluées avec l'AVHRS est présentée ci-après.

Contenu

Des HAV négatives, positives et utiles peuvent être distinguées. Les distinctions suivantes doivent également être faites : la valeur subjective de l'Entendeur de voix ; le résultat de l'efficacité. Ainsi, des HAV disant que le patient a des pouvoirs divins peuvent être vécues positivement aussi bien que négativement (par exemple comme une fierté démoniaque). À l'inverse, les voix « divines » peuvent être ressenties comme utiles et peuvent être responsables d'un engagement civil. Pour la plupart des sujets, les premières HAV ont un contenu négatif. Cependant, 25-75 % des sujets entendent également des HAV positives et environ 40 % entendent des HAV utiles [26, 27].

Environ 25 % des patients espagnols avec schizophrénie rapportent des HAV positives, ce chiffre s'élève à 50 % chez les patients néerlandais. Les membres de la fondation néerlandaise *Weerklank* (signifiant « écho » ou « réponse ») rapportent une prévalence d'HAV positives de 75 % au long de la vie. La *Weerklank* est une fondation pour Entendeurs de voix et l'ensemble des personnes intéressées par cette problématique. Les membres de la *Weerklank*, initialement inscrite dans le mouvement de l'antipsychiatrie, favorisent l'hypothèse que les voix ont une signification [28].

Les HAV positives peuvent donner des conseils, aider à réaliser des activités quotidiennes et prendre des décisions. Sur le plan thérapeutique, elles peuvent être implémentées efficacement contre les HAV négatives. Il est postulé que toutes les voix, indépendamment de leur valence émotionnelle, ont des connaissances qui leur sont propres. Ainsi, il est possible de demander l'aide de voix positives contre les autres types de voix. Par exemple : « *Pouvez-vous déterminer ce que les voix négatives pensent, veulent ou ont l'intention de faire ?* », « *Pouvez-vous, s'il vous plaît, négocier avec les voix négatives à propos de...* », « *Pouvez-vous leur dire...* ». En procédant ainsi, les patients parlent indirectement aux voix, ce qui leur donne un sentiment de sécurité. Cependant, seulement 32 % des Entendeurs de voix veulent préserver leurs HAV positives [26]. Des expériences thérapeutiques utiles peuvent encourager la prise du traitement médicamenteux, ce que les patients ne vivaient pas autrefois comme positif, malgré l'effet réel de ce traitement dans la réduction des rechutes et de réhospitalisations. La plupart des sujets qui veulent conserver leur HAV positives ont quelques capacités à les contrôler. Les HAV positives disparaissent avec les années, mais les HAV utiles demeurent [26]. Ni les HAV positives, ni les HAV utiles ne sont significativement liées à la psychose. Les Entendeurs de voix non psychotique expérimentent leurs HAV plus souvent que les patients psychotiques.

Facteurs contextuels

Les facteurs contextuels renvoient :

- à « où ? » et « (depuis) quand ? » ;
- aux déclencheurs ;
- aux interactions ;
- aux attentes des Entendeurs de voix.

Il est également pertinent de se demander si une relation existe entre les HAV et les états affectifs comme déclencheurs spécifiques.

Organisation des HAV

Combien de voix sont entendues ? Leur nombre et leur sévérité changent-ils dans le temps ? La sévérité et le nombre des HAV sont reliés [29]. Quel est leur genre ? Parlent-elles dans un certain ordre ? Existe-t-il une hiérarchie entre les voix ? Est-ce qu'elles collaborent ou se battent entre elles ? Existe-t-il une ou des HAV soutenantes ?

Contrôle des HAV

L'Entendeur de voix est-il (in)dépendant des HAV ? Les HAV commandent-elles ou flattent-elles ? Peuvent-elles être sollicitées sur commande ? Y a-t-il une communication avec les HAV ? Comment les HAV réagissent-elles aux comportements de *coping* ? Qui est au pouvoir, l'Entendeur de voix ou les HAV ? Et la balance du pouvoir est-elle liée au temps ou au sujet ?

Familiarité

Les voix sont-elles reconnues, se font-elles connaître ? La voix est-elle une personne célèbre, un démon, un fantôme, le diable, Dieu ou autre... ? Est-elle familière ou autoritaire ? Une relation avec un traumatisme existe-t-elle ?

Conséquences

Quels changements les HAV ont-elles induits dans la vie du patient, dans ses relations, ses contacts sociaux, son travail... ? Quelles mauvaises choses les HAV lui ont-elles demandé de faire ? Quelles actions plaisantes ne peut-il plus réaliser ? Quelles conséquences ont eu ces changements pour le patient ?

Attributions d'intentions ou de buts

La signification et le but des HAV deviennent clairs en posant des questions comme : « *Savez-vous pourquoi vous entendez des voix et les autres pas ?* », « *Pourquoi les voix vous parlent-elles ?* », « *Qu'ont-elles à l'esprit ?* », « *Quelles sont leurs intentions, sont-elles bonnes ou non ?* », « *Ont-elles la volonté de vous guider ou de vous protéger, sont-elles bienveillantes ou juste une nuisance ?* », « *Peuvent-elles sans le savoir être une part de vous-même ?* »

Étape 8 – Identifier les bénéfices secondaires

C'est-à-dire évaluer l'étendue des HAV qui serviraient de fonction pour le patient. La réciprocité est-elle présente, les HAV sont-elles des comportements symptomatiques ? Les symptômes agissent-ils comme des messages interpersonnels non verbaux signifiants : « *Je ne suis pas responsable de mon comportement et je ne suis pas à blâmer.* », « *C'est mon hallucination, la conspiration, mon partenaire, la société, ma constitution héréditaire, ce n'est donc pas ma faute.* » Le diagnostic et le traitement peuvent d'ailleurs involontairement renforcer le comportement symptomatique. Les personnes violentes peuvent par exemple blâmer leur jeunesse troublée face à leur incapacité à changer. Le mot « bénéfice » est en fait ambivalent puisqu'il entraîne de la souffrance et d'authentiques symptômes chez le patient.

Étape 9 – évaluer le renforcement sélectif des voix

Bien que responsables de souffrances, les HAV peuvent être responsables de bénéfices tant pour les patients que pour les amis et la famille. Les symptômes psychotiques peuvent aider à éviter les conflits intrapsychiques, les

circonstances causant de l'anxiété ou des décisions difficiles, apportant des bénéfices primaires. Partant des perspectives de la théorie de l'apprentissage, ce gain renforce l'impact des symptômes. Le renforcement peut amener des symptômes à demeurer même après que sa cause a disparu.

Étape 10 – Retracer l'historique des stratégies de *coping* utilisées et leur efficacité

Est-ce que le patient utilise ses stratégies de *coping* constamment ? A-t-il arrêté de les utiliser, et, si c'est le cas, pour quelle raison ? Administrez le *Coping with Voices Inventory* (CVI) [30], un inventaire d'autoévaluation construit pour caractériser le répertoire de *coping* habituel des patients. La compliance aux stratégies de *coping* est fortement liée à son application constante. Le degré de difficulté qu'une personne éprouve face à ses HAV ne dépend pas seulement de son habileté, mais aussi de ce qu'il veut. La promptitude des patients à coopérer est en ce sens plus pertinente que le diagnostic sous-jacent, la sévérité des symptômes et même la souffrance.

Étape 11 – Estimez le niveau de réticence et d'incapacité

Les comportements manipulatoires devraient être considérés comme un mouvement désespéré en l'absence de solutions. Les personnes qui sont incapables d'échapper au sentiment de culpabilité, qui ne peuvent verbaliser les problèmes ou sont incapables de les résoudre, peuvent alors voir la manipulation comme leur seule option.

Module 3 – Hiérarchisation des causes potentielles

Il s'agit du *causal concept ordering*, troisième étape du programme HIT. Ce module est centré sur les causes possibles que le patient mais aussi les figures clés de son entourage et le thérapeute peuvent imaginer, indépendamment de leur crédibilité.

Chaque participant fournit une liste des causes possibles à l'expérience hallucinatoire, où sont mentionnées en premier les causes les plus probables et auxquelles ils accordent le plus de crédibilité. Ensuite, chaque élément de la liste est discuté un à un par toutes les personnes impliquées. Cela permet de rendre le patient plus tolérant aux explications « non psychotiques », mais aussi de rendre les figures clés plus tolérantes aux explications données par le patient. Se sentir compris permet d'augmenter la coopération au sein du groupe. L'exécution suit la même séquence : patient, figure clé, thérapeute. Cette procédure réduit également drastiquement la résistance du patient. Il est demandé à chaque participant de relier ces causes potentielles avec des plans d'action logiques pour lesquels la durée, les responsabilités d'implémentation et les paramètres de succès sont déterminés. Ni les « causes psychotiques » ni les plans proposés pour tester ces explications ne sont contestés. Au contraire, chaque participant est encouragé à conserver son point

de vue sur les relations causales et le timing, alors même que le thérapeute s'excuse de ne pas avoir de connaissances suffisantes sur le paranormal ou les esprits pour être capable de contribuer davantage à cette étape.

Le thérapeute HIT prend un rôle actif dans les processus de recherche d'autres causes alternatives. Un traumatisme peut être connecté avec le deuil, la sorcellerie avec des rituels, la maladie avec la médication et la psychothérapie. Les chrétiens qui sont convaincus que les HAV sont d'origine démoniaque ou liées à une punition divine peuvent ainsi commencer à prier ou à psalmodier, les hindous à faire la puja et les musulmans à lire des sourates. Finalement, la faisabilité de chaque plan d'action est discutée. Quelques conséquences intrigantes de la mise en place de ce module peuvent être notées. Les patients acceptent mieux les autres explications comparativement aux leurs. Ils acceptent relativement facilement de tester aussi bien les plans d'action motivés par la psychose que ceux proposés comme explication alternative, rendant possible une meilleure compliance aux soins. Certains patients décident même parfois que leurs plans d'action motivés par le délire sont infaisables et se retirent spontanément de ceux-ci.

L'étape suivante est la mise en œuvre du plan d'action, qui consiste en des stratégies de *coping*, un traitement familial, des interventions cognitivo-comportementales, de la psychoéducation, de la réhabilitation et de la médication.

Module 4 – Entraînement aux stratégies de *coping*

L'entraînement au *coping* des sujets « Entendeurs de voix » mais aussi des figures clés est essentiel. Les patients inscrits dans le programme HIT sont de manière générale très satisfaits du *coping* (plus de 80 % obtiennent un score de 4/5 sur une échelle de satisfaction), ce qui s'avère supérieur aux résultats d'études scientifiques équivalentes [17]. Qu'est-ce qui rend une stratégie de *coping* efficace ? Est-ce par exemple l'activation des cordes vocales lors de la pratique du chant ou du fredonnement, qui a pu être montré efficace dans la réduction des HAV [32] ? Est-ce le contenu spirituel des hymnes, la distraction, ou est-ce juste une question de consistance dans l'implémentation ? Quel rôle joue les expériences passées, l'induction d'ondes alpha dans le cerveau, les croyances ? Parmi les différentes stratégies de *coping* proposées, l'écoute de musique est souvent mise en avant par les Entendeurs de voix [33]. L'absence d'intention des patients semble cependant un facteur limitant puisque les participants écoutent fréquemment de la musique sans forcément d'effet thérapeutique.

L'entraînement au *coping* implique d'enseigner aux patients et à leurs proches un répertoire de compétences pour :

- la gestion de l'anxiété ;
- distraire l'attention des HAV ;
- centrer l'attention sur et évoquer les HAV.

Il ne faut pas oublier que les Entendeurs de voix utilisent souvent de manière insuffisante leurs stratégies de *coping* [34]. L'entraînement au *coping* commence par l'évaluation de l'efficacité actuelle et passée des stratégies de *coping* à travers un monitoring quotidien et le remplissage du CVI [12]. Les patients peuvent appliquer la même stratégie de *coping* avec des intentions, des attitudes et des résultats différents [34]. Le pattern habituel de *coping* est évalué par un monitoring quotidien des caractéristiques des HAV, ses aspects contextuels, les comportements de *coping* des patients et leurs effets. Ce monitoring s'est avéré crucial pour le développement d'un ensemble approprié de stratégies de *coping*. Une large variété de techniques a pu être appliquée de manière inconsistante, principalement à destination de patients souffrant de schizophrénie ou de trouble de personnalité borderline, avec parfois une préférence pour la technique la moins efficace [8, 35, 36]. Lobban et al. ont trouvé une association significative entre la conscience de la maladie et le cours de la maladie, mais pas entre le *coping* et le cours de la maladie [37]. À noter que les Entendeurs de voix semblent avoir un *coping* plus défensif quand ils expérimentent des HAV négatives. Les HAV positives sont associées à un style de *coping* plus actif et coopératif.

Les proches surveillent les signes d'HAV, leur contexte de survenue, leur effet sur l'Entendeur de voix mais aussi sur eux-mêmes. Ensuite, l'Entendeur de voix reporte les stratégies de *coping* qu'il a appliqué sur l'échelle CVI à cinquante items [38]. Les items recouvrent le domaine verbal (parler, chanter, etc.), moteur (marcher, faire du vélo, etc.), cognitif (réattribution, arrêt de pensées, etc.), physique (écouteurs, automutilation, etc.), social (retrait, prise de contact, négociation, etc.), physiologique (dormir, se relaxer, etc.), spirituel (méditation, prière, etc.) et chimique (alcool, médication, alimentation, etc.). Cela inclut les diversions, le retrait, les actions et parler avec les voix. La fréquence et les conséquences de l'utilisation des stratégies de *coping* (bénéfices et/ou absence d'efficacité) sont contrôlées pour chaque item. Les items approuvés par le patient sont catégorisés en : réduisant l'anxiété/distractrices/centrée sur les voix [39].

Sur la base des stratégies issues du quotidien, les « *copings* habituels » sont sélectionnés puis transformés en une stratégie de *coping* qui pourra ensuite être testée *in vivo*. Le mieux est de commencer avec un comportement simple, comme un mouvement des cordes vocales (fredonnement, chant). De mon expérience, l'écoute passive sans mouvement des cordes vocales est inefficace. L'effet du mouvement des cordes vocales peut être renforcé par la sélection d'une chanson entraînante et cette sélection reste très personnelle. Certains choisissent des comptines de Noël qui peuvent leur rappeler des jours plaisants, d'autres choisissent des chansons religieuses ou des hymnes sportifs. Enfin, certains patients intimidés peuvent sélectionner la chanson *We are the champions* pour la sensation de puissance qu'elle procure. Ces exemples illustrent bien la valeur supplémentaire que ce choix peut offrir

au-delà de l'utilisation des cordes vocales, fondée sur la théorie du discours intérieur. Cette sélection personnelle induit une réattribution, amplifie les attentes positives et diminue le risque de traitement de cette information comme un simple fond musical.

La compliance peut être augmentée par la psychoéducation sur le mécanisme du discours intérieur et la contre-stimulation. Une stratégie de *coping* optimale consiste à combiner la gestion du stress, la distraction et la focalisation sur les HAV. Cette dernière caractéristique cible une communication active avec les voix, ce qui est l'opposé de la pratique habituelle en psychothérapie fondée sur l'inattention et l'évitement que la plupart des Entendeurs de voix pratiquent eux-mêmes régulièrement. La personnification des HAV peut également aider à organiser des stratégies ciblées et à choisir la plus appropriée. Les meilleurs critères de sélection sont probablement l'attraction et la faisabilité.

Une fois les stratégies sélectionnées, le participant est invité à les tester (**stade expérimental**). Une période d'essais et erreurs est initiée, évaluant les effets synergiques d'environ trois comportements de *coping*, durant au moins six semaines consécutives. Il est conseillé une combinaison de comportements de *coping* vocaux, cognitifs et d'autres classes. La psychothérapie HIT applique un pack de *coping* en trois stades :

- étape 1 : elle prend 3 minutes (principalement activités de cordes vocales). Si cette étape réussit, on arrête la procédure et cela renforce le *self*. Sinon, le participant passe à l'étape 2 ;
- étape 2 : intervention cognitive de 5 minutes. Si elle réussit, on arrête la procédure et cela renforce le *self* ; sinon, on continue avec l'étape 3 ;
- étape 3 : activités motrices (15 minutes). Si cette étape réussit, on renforce le *self*. Sinon, on explique au participant que les prochaines séances amèneront de nouvelles chances de succès et on renforce le soi par la persévérance.

Les embûches

Première embûche : certains patients rapportent que le *coping* ne fonctionne pas. Réaction : demander aux patients un rapport détaillé de leur stratégie de *coping*. Résultats :

- chez certains participants, le rapport peut révéler qu'ils n'ont pas essayé du tout ;
- d'autres participants peuvent ne pas avoir accompli la stratégie en entier ;
- la troisième catégorie peut juste être insatisfaite du résultat.

Seconde embûche : réaliser les étapes dans le mauvais ordre. Le mieux est de mettre le comportement de *coping* le plus séduisant à l'étape 1. Cela va motiver l'Entendeur de voix à initier le *coping*. On peut considérer que mettre le *coping* le plus attractif à l'étape 3 peut agir comme une récompense, mais la plupart du temps cela ne marche pas. Si le *coping* le moins

attractif à l'étape 1 est réussi, le patient peut également être déçu et arrêter les exercices de *coping*. Le patient se retrouve alors puni, sans avoir la chance d'essayer la stratégie de *coping* la plus attirante.

Exemple

La stratégie des « soldes »

La stratégie des soldes a prouvé son efficacité chez les participants dits en « tout ou rien ». Ces sujets ont généralement une faible confiance en eux et sont habitués aux échecs. Ils ont une conception erronée des succès mineurs et attribuent fréquemment ces succès à des facteurs extérieurs tout en doutant de leur capacité de persévérance.

Prenons l'exemple d'une patiente ayant réduit l'intensité des voix entendues de 9 à 7 suite à l'utilisation d'une série d'exercices de *coping*. Cette participante se plaint de l'absence d'effets thérapeutiques et maintient à distance les réactions positives de son mari. Je lui ai demandé si elle aimait les soldes et, en effet, c'est sa période préférée. L'année passée, son meilleur achat avait bénéficié d'une réduction de 15 %. Sur cette base, il peut lui être demandé d'expliquer pourquoi elle apprécie positivement les 15 % mais n'est pas satisfaite de ses 22 % d'amélioration (2/9).

Il est recommandé de débiter par des **stratégies simples et congruentes**, telles que chanter, se distraire et faire des activités physiques. Mais les approches directes et congruentes ne conviennent pas à tous les patients. Le besoin d'autonomie du patient peut l'amener à repousser l'autorité professionnelle et dépasser le désir d'être aidé. Ces patients évitent les obligations en prétextant une perte de mémoire ou doutent de la valeur du thérapeute et de son approche. La résistance au changement et au rétablissement est systémique. Cela requiert une **approche non congruente**.

Le « judo mental » et l'« aikido mental » sont des méthodes qui accompagnent les résistances pour en prendre le contrôle : on utilise l'énergie mentale pour la retourner contre le patient en l'accompagnant [40]. Elles évitent de tirer le patient dans une certaine direction et nous retiennent d'offrir des commentaires positifs ou des conclusions pleines d'espoir. Les thérapeutes vont alors davantage nommer les plaintes et les symptômes comme des menaces sévères et difficiles ; exprimez de l'espoir pour un meilleur résultat, mais porter un regard sombre sur les possibilités de changement. Ils choisissent une position modeste. Directement après avoir suggéré une idée, ils la retirent, parce que « *je ne veux pas vous commander* ». Les considérations sont mises en avant mais leur efficacité chez ce patient particulier est mise en doute après réflexion. Les suggestions sont indirectes et cachées. Simultanément, l'espoir est généré en énonçant les traitements qui ont fonctionné chez d'autres patients. Le thérapeute exprime un désir de résultats similaires avec ce patient, mais se demande si c'est bien réaliste. Il dirige

la communication et, quand les patients demandent s'ils doivent prendre le médicament A, ou utiliser la technique B, le thérapeute tourne autour du pot : « *Je comprends ce que vous voulez faire. Vous pouvez essayer, j'espère que ça va aider, mais je ne peux pas vous donner de garanties.* » Choisir entre l'approche judo/aïkido et l'approche congruente n'est pas facile. Quelques indicateurs peuvent aider à décider laquelle aider.

Les patients « Oui, mais »

Les patients « Oui, mais » voient les arguments et les suggestions positivement. Malheureusement, il y a toujours des raisons et des circonstances qui empêchent l'implémentation de ces stratégies et les rendent inapplicables. Une relation congruente peut alors être contre-productive. Ces patients testent le thérapeute qui aura des difficultés grandissantes à apporter de nouvelles solutions. Des variantes aux réponses « Oui, mais » sont : « *Voici qui je suis* », « *C'est dans la famille* », « *ça ne correspond pas à ma personnalité* », « *J'ai peur d'être trop sensible pour ça* », etc. Ces patients rejettent rarement les conseils du thérapeute ouvertement et peuvent même les appuyer complètement. Malheureusement, « *ces approches ne seront pas faites pour eux* ». Les caractéristiques de ces patients sont :

- une forte affirmation ;
- des symptômes fonctionnels chroniques ;
- des échecs précédents aux thérapies congruentes ;
- la présence de symptômes ;
- des difficultés à sortir de l'escalade ou à se refréner durant les luttes de pouvoirs.

Des solutions standards pour ces profils « Oui, mais » n'existent pas, mais les approches suivantes peuvent être efficaces :

- utilisez vous-même le pattern « Oui, mais ». Référez-vous essentiellement à des cas similaires, mais pas identiques, qui ont été traités efficacement en utilisant telle ou telle méthode. Terminez avec « *Quel dommage que la réponse à cette thérapie soit si variable. Autrement, j'aurais certainement suggéré un traitement similaire pour vous* » ou « *Excusez-moi de vous avoir ennuyé. Je me suis montré trop enthousiaste* » ;
- proposez deux approches aux patients qui doutent et laissez-les déterminer quelle approche leur convient le mieux par un monitoring de leurs effets sur lui ;
- donnez à un patient contrariant un bon conseil que vous retirez après réflexion car probablement inadéquat ; remplacez la proposition retirée par une autre plus difficile (mais tout aussi efficace). La seconde proposition fera apparaître la première plus attirante. Un bon nombre de mes patients essayent la proposition retirée. Une légère provocation des patients narcissiques peut aider ici ;
- répondez au comportement compétitif et à la fierté par une surestimation de la qualité de l'intervention pour laquelle le patient n'est probablement pas encore prêt ;

- suggérez à un patient d'imaginer une journée libre de tous symptômes. Les peurs inconscientes, la résistance, les barrières et les conséquences frustrantes d'une amélioration peuvent devenir claires. Visez les obstacles au changement selon le stade de préparation au changement du patient (modèle de l'entretien motivationnel selon Miller et Rollnick ^[41]). Finalement, demandez au patient de remplir le trou laissé par les symptômes manquants *avant* de considérer l'amélioration.

Intervention hypercongruente

Donner un conseil avec pour seul objectif de le retirer par après est un exemple d'intervention hypercongruente. Les indications principales de ces approches hypercongruentes sont la résistance à ou l'inefficacité des stratégies congruentes. Les deux formes de résistance au traitement sont des sous-produits communs des délires et des hallucinations. La résistance à la thérapie peut aussi être trouvée chez les patients présentant un trouble de la personnalité (particulièrement du cluster B). La combinaison d'une forte ambivalence et d'une peur de restriction de leur autonomie requiert une thérapie en deux temps. Construire une intervention hypercongruente signifie :

- endosser simultanément deux axes opposés ;
- travailler sur les deux axes avec des suggestions orientées sur chaque axe qui peuvent être mutuellement en conflit.

On peut conseiller de prendre suffisamment de repos (axe 1) et aussi de décharger l'agressivité par l'activité physique (axe 2). Quel que soit le comportement du patient, il ne peut que coopérer. Soit il se déchargera en étant d'accord avec le conseil de l'axe 2, ou il ne sera pas d'accord, ce qui peut être décrit comme un accord avec le repos conseillé à l'axe 1. Les patients peuvent demander quel comportement spécifique est préférable : « *Faites juste ce que vous savez être le mieux* » est une réponse satisfaisante pour beaucoup de patients.

Évoquer les voix est une autre action de focalisation hypercongruente. Évoquer les voix peut induire de fortes émotions et de l'anxiété, chez le patient mais aussi chez ses proches. Il est donc recommandé de réaliser la première session de focalisation en présence du thérapeute et, si possible, des proches. Plus tard, les patients pourront répéter ces exercices de focalisation chez eux. Pour introduire l'**évo**cation des voix, je propose souvent au participant de réfléchir aux étapes que le patient mettrait en place si des personnes indésirables entraient par effraction chez elle/lui. Des mesures alternatives peuvent également être discutées. Cette étape se conclut souvent par : « *OK, donc si quelqu'un entrait dans votre maison par effraction, vous lui demanderiez pourquoi il le fait, de quitter votre maison ou vous risquez d'appeler la police. N'est-il donc pas étrange que vous ne fassiez aucune de ces choses quand une voix s'impose dans votre tête ? Ne serait-il pas temps d'entrer en action et de montrer aux voix qui commande vraiment, pour redevenir le boss dans votre cerveau ?* » La plupart des patients adhèrent pleinement à cette stratégie.

Vignette clinique

Approche hypercongruente

Peter est un patient de 46 ans, présentant une déficience intellectuelle accompagnée d'un délire d'empoisonnement de mécanisme hallucinatoire — Peter entend des voix lui ordonnant de détruire le réfrigérateur et la cuisine de ses parents. Parce qu'il a fortement rejeté la thérapie orientée sur l'*insight* de son précédent thérapeute de même que l'approche congruente que j'avais tentée, et au vu de sa sévère distorsion de la réalité, je décide d'utiliser une approche hypercongruente. J'ai donc comparé Peter, de confession presbytérienne, avec les goûteurs du Pharaon et ai réétiqueté son délire d'être empoisonné comme un don. Peter a apprécié cette image qui lui a permis d'interpréter son comportement destructeur dirigé par le délire comme plus constructif et protecteur vis-à-vis de ses parents (qu'il protégeait d'un empoisonnement). Peter était d'accord qu'un tel talent devrait être utilisé pour aider sa mère à choisir la nourriture dans les magasins. Un questionnement socratique empathique concernant le risque de responsabilité civile en réaction avec ses possibles explosions d'agressivité dans les magasins lorsqu'il était confronté à de la nourriture « empoisonnée », lui a donné l'envie de prendre des médicaments comme une prise de responsabilité dans cette logique de protection (son engagement civil laisserait ses parents sans protection dans l'autre cas).

Parmi les techniques de focalisation, le participant peut : poser des questions aux voix, les remercier de lui avoir donné des conseils, négocier avec elles, les confronter à leurs erreurs, les blâmer de leur manque de fiabilité jusqu'à l'intimidation, voire les réprimander jusqu'à les évoquer. Lors de l'évocation, l'Entendeur de voix reçoit le conseil d'évoquer sa voix à un moment où il se sent bien. Les conséquences de l'évocation sont prévisibles, les voix peuvent soit apparaître, rester en retrait ou blâmer le thérapeute de ne pas être fiable. Les interprétations thérapeutiques sont aussi prévisibles. La survenue des voix peut être interprétée comme le premier signe possible du pouvoir du patient et de son retour aux commandes. Selon cette même idée, des voix qui restent en retrait ou ne répondent pas pourront être interprétées comme une peur de la part des voix de perdre le contrôle. Répéter l'évocation est recommandé. Chaque essai va augmenter la croyance du patient dans son pouvoir grandissant face aux voix et augmenter son indépendance. Les voix blâmant le thérapeute peuvent être contrées avec des exemples de leur manque de fiabilité. Pour cette raison, évoquer les voix devrait préférablement être suivi d'une analyse en profondeur des caractéristiques des voix (*via* l'AVHRS, par exemple). Les doutes des patients ou leur scepticisme sont réétiquetés comme une forme de modestie et il convient alors de mettre à nouveau les voix à l'épreuve. L'étape suivante est de demander aux voix de décliner leur « identité », crédibilité et intentions. On peut demander aux voix positives des informations sur les voix négatives ou même de l'aide contre elles.

Les préférences des patients ainsi que le recueil précis des caractéristiques des voix aident à façonner un **kit optimal de stratégie de coping** pour un participant donné. Le suivi rapproché de ces stratégies sert deux objectifs. Premièrement, l'ajustement des stratégies de *coping* pour une meilleure efficacité. Deuxièmement, le recueil d'informations sur l'implémentation de ces stratégies de *coping*. Une stratégie finale est constituée, en ne conservant que ce qui fonctionne et en remplaçant les stratégies inefficaces par de nouveaux comportements de *coping*. Il s'ensuivra également une information sur les théories de l'apprentissage. Les proches sont entraînés à renforcer sélectivement les essais d'implémentation de comportements de *coping* chez les Entendeurs de voix. Les proches apportent également des informations extrêmement utiles pour le soutien du patient, l'entraînement et le renforcement sélectif. C'est pour ces raisons que l'intervalle entre les sessions est augmenté à quatre à six semaines durant l'entraînement au *coping* (au lieu de deux à quatre semaines pour les autres modules).

Module 5 – Interventions cognitives et comportementales

Les interventions cognitives et comportementales (TCC) dans le programme HIT suivent le postulat « ABC » ^[21] :

- A : l'événement anormal activateur (c'est-à-dire l'HAV) ;
- B : les croyances de la personne à propos de cet événement ;
- C : les conséquences émotionnelles ou comportementales qui suivent B suite à l'événement A.

Ce cadre suppose que les problèmes soient surtout liés à A, mais l'entente de voix elle-même est considérée comme un facteur mineur comparé au facteur B. Les intervalles de contingence plus court et inconsistent de C tendent à renforcer B. Dans ce contexte, les TCC visent principalement à changer l'interprétation des voix, jugées puissantes et malveillantes ^[42]. Les axes de la TCC sont :

- changer les attributions externes en causes internes ;
- contester le pouvoir prédictif des HAV et la désobéissance aux hallucinations survenant dans un syndrome d'influence ;
- modifier les significations supposées des voix et les réduire à des sons simplement gênants.

Les interventions TCC dans le HIT visent à donner un sens aux HAV, à précipiter les événements et les actions émotionnelles, cognitives et comportementales, ainsi que les réactions des personnes importantes pour le sujet. À l'inverse des programmes de TCC classiques, les proches sont ici activement impliqués. Le HIT se veut donc flexible et pragmatique pour expliquer les HAV.

Les HAV liées à des expériences traumatiques peuvent causer le rappel de souvenirs négatifs. Ceux-ci peuvent être sélectivement modifiés *via* un

conditionnement opérant ([encadré 11.2](#)). Dans ce cas, le contre-conditionnement et l'EMDR peuvent aider. Dans les HAV amenant de la peur et de l'évitement, des expériences comportementales *in vivo* qui défient les suppositions incorrectes peuvent être indiquées. Les interventions cognitives du HIT se centrent sur le déclenchement d'événements, de cognitions, de réactions émotionnelles et comportementales, et de réactions contingentes des autres. Il est préférable que les proches puissent assister à ces rencontres et prennent un rôle actif dans le traitement, particulièrement dans la remise en cause des attributions erronées. De même, le personnel soignant peut recevoir une formation spécifique aux interventions cognitives du HIT. Ils enregistrent leurs interactions avec l'Entendeur de voix et reçoivent un entraînement à l'application de renforcements efficacement sélectionnés.

Les Entendeurs de voix arrivant à réaliser les tâches fixées en thérapie sont vus fréquemment. À l'inverse, l'intervalle entre les séances peut être étendu lorsque les Entendeurs de voix montrent une résistance passive ou réalisent négligemment ces tâches. Pourquoi ? Afin de leur laisser le temps nécessaire pour réaliser les tâches thérapeutiques dans le délai imparti. Les participants peuvent en effet se sentir pressés par des séances trop rapprochées. Ceci peut augmenter le sentiment d'incapacité et diminuer la confiance en soi. Une seconde raison pour espacer les séances peut être la difficulté qu'ont certains patients à réaliser les étapes intermédiaires nécessaires pour atteindre l'objectif fixé. Continuer sur le même rythme peut involontairement leur nuire. S'ils font de leur mieux pour réaliser les tâches mais n'y arrivent pas, les séances sont autant de moments où ils se trouvent amenés à parler de leur échec, ce qui à nouveau peut induire une baisse de confiance en soi. Ces patients peuvent avoir besoin de plus de temps pour peser le pour et le contre, et recueillir les informations nécessaires à la prise de décision. Leur sort est alors de répéter des excuses encore et encore. De plus, parler de la

Encadré 11.2

Le conditionnement opérant

Les succès obtenus renforcent les comportements et motivent le participant à fournir de nouveaux efforts et, indirectement, à une meilleure compliance aux soins. Pour y arriver, la thérapie HIT décompose les tâches à accomplir en autant d'objectifs aussi modestes que possible. Ainsi :

- plus petite sera la tâche, plus les risques d'échec seront faibles ;
- plusieurs objectifs modestes majorent les possibilités de renforcement comparativement à une seule grande tâche ;
- réussir des tâches ambitieuses prendra du temps, tandis qu'un succès instantané peut être obtenu d'une tâche plus raisonnable ;
- un conditionnement opérant sélectif renforcera l'estime de soi et minimisera le sentiment d'abandon.

tâche au lieu de la réaliser peut constituer une forme d'évitement. Dans ce contexte, des sessions rapprochées peuvent maintenir le problème au lieu de le résoudre. Nous nous retenons de voir ces patients plus fréquemment à cause de ce risque.

Les stratégies suivantes peuvent être combinées pour éviter de presser le patient et paradoxalement affecter sa confiance en lui :

- renommer le comportement d'évitement en un besoin de plus de temps ;
- décaler la session suivante jusqu'à ce que le patient ait essayé de mettre en place les tâches ;
- à l'inverse, avancer le rendez-vous si l'essai a été réalisé rapidement.

La plupart des patients évitant finissent par appeler pour avoir un rendez-vous plus tôt, particulièrement ceux qui apprécient le contact avec le thérapeute. Attention, il ne s'agit aucunement de « punir le patient » et la relation transféro-contretransférentielle doit être travaillée par le thérapeute en supervision. Cette intervention est contre-indiquée en cas d'urgence psychiatrique, telle qu'un risque de passage à l'acte suicidaire.

Module 6 – Approches familiales

Les approches familiales sont efficaces dans la réduction de la rechute et de la réhospitalisation tout en améliorant la compliance. Dans cette perspective, le programme HIT intègre des éléments issus de la résolution de problème, de la psychoéducation, du constructivisme social et de l'école de traitement familial stratégique et narratif. Les sessions incluant les patients et leurs proches sont favorisées, même si des sessions individuelles restent indiquées. Les objectifs d'une prise en charge familiale sont : l'éducation thérapeutique, la compréhension et le support mutuel, l'*insight* vis-à-vis des comportements improductifs et l'entraînement aux réactions alternatives. Les proches sont notamment entraînés à des réétiquetages positifs et à renforcer sélectivement les efforts de *coping*, les soins personnels et les activités quotidiennes du patient. Le suivi aide à gagner de l'*insight* dans l'(in)efficacité de leur propre comportement, résultant en une volonté de changer ces comportements. Cela rend globalement les proches plus ouverts aux ajustements tout en réduisant le niveau d'émotions exprimées. Dans le cas d'un manque durable d'*insight*, la métaphore du parking peut aider.

Vignette clinique

Métaphore du parking

Il est demandé aux figures clés ce qu'ils font lorsque le parcmètre accepte les pièces de monnaie mais ne délivre pas de ticket. Arrêter de mettre des pièces de monnaie est la seule option efficace. La plupart des figures clés comprennent la métaphore et concluent qu'il vaut mieux arrêter les conduites inefficaces plutôt que de persévérer.

Des sessions additionnelles avec d'autres personnes importantes pour le participant (d'autres thérapeutes, l'enseignante, la police, etc.) peuvent être organisées si cela est indiqué.

Suivant l'approche narrative de Michael White ^[43], les voix sont personnifiées en posant des questions sur ce que les voix vous ont fait. Quel était et est l'impact sur les interactions entre le patient et sa famille, sa vie sociale, son travail, etc. ? Les voix deviennent ainsi une partie du système : elles peuvent être renommées comme des « alliées », des « ennemies » ou « négligeables ».

Module 7 – Psychoéducation

La psychoéducation est un pilier fondamental en santé mentale. S'abstenir d'éducation thérapeutique constitue à l'heure actuelle une négligence dans la prise en charge. La psychoéducation vise à augmenter la connaissance du sujet sur ses troubles et leurs conséquences. Cette éducation peut amener les proches à participer de manière plus active au traitement. Pour autant cette approche a aussi des limites. Il a ainsi pu être montré que la psychoéducation concernant les tendances violentes influençait les perceptions des patients masculins violents, mais pas celles des femmes violentes ^[44]. La psychoéducation n'influence d'ailleurs que peu la perception isolée du patient seul. Une meilleure connaissance des troubles psychiatriques sévères peut choquer et effrayer les patients, et une mauvaise communication peut produire du déni et un évitement de l'aide chez les personnes souffrant d'hallucinations. À l'inverse et indépendamment de l'âge, des associations positives ont été trouvées entre l'*insight*, la coopération et la compliance dans des troubles psychiatriques sévères. Cependant, aucune relation ne semble exister entre l'*insight*, la sévérité des symptômes et la compliance des patients avec schizophrénie ^[45]. L'*insight* était dans cette étude retrouvé lié au fonctionnement social, alors que les symptômes s'amélioraient avec la médication. Tandis que la psychoéducation améliore les connaissances liées à la maladie chez les patients et les proches, elle a peu d'effet positif sur leur comportement. Trauer et Sachs ont trouvé que l'*insight* des patients était positivement corrélé avec la dépression et négativement corrélé avec le fonctionnement personnel ^[46]. Amador et al. ont également montré une augmentation temporaire de l'idéation suicidaire après psychoéducation ^[47]. Un *insight* et un *coping* passif induisent plus de dépression qu'un *insight* et un *coping* actif chez les patients souffrant de schizophrénie. Il convient donc de retenir que la psychoéducation peut également parfois (pour certains patients) avoir un effet contre-productif.

Considérant les potentiels effets secondaires négatifs de la psychoéducation générale, les cibles primaires de la thérapie HIT sont les voix elles-mêmes. Les informations sur les troubles psychiatriques sont ajustées à l'*insight* du patient ainsi qu'à son attitude et son état de préparation au

diagnostic psychiatrique et au traitement. Des thèmes régulièrement abordés sont les données épidémiologiques sur les HAV, l'état actuel des théories explicatives (par exemple, neurotransmetteurs, subvocalisation), l'efficacité du traitement, les liens avec les psychotraumatisme, l'impact des HAV sur le patient et ses proches. Le timing et l'agenda de psychoéducation seront liés aux stades de conscience de la maladie [48], aux comportements de *coping* et au processus de traitement.

La psychothérapie HIT préfère une adaptation de la psychoéducation au patient et à son système. La psychoéducation devrait être ajustée aux besoins personnels du sujet et non aux données statistiques de groupe issues de la littérature. De plus, certains patients souhaitent coopérer, tandis que d'autres rejettent la thérapie et l'idée même qu'ils aient un problème. La psychoéducation sera donc utilisée en fonction du stade de la thérapie et du sujet à discuter. Des explications sont données sur le discours intérieur, les résultats récents obtenus en imagerie cérébrale fonctionnelle des HAV, les mécanismes cérébraux impliqués dans la discrimination entre source interne/externe, etc. Nous évaluons toujours le psychotraumatisme simultanément à l'aide de TRAMAL [49], un questionnaire dédié au traumatisme. La psychoéducation se focalise principalement sur les symptômes, dont les HAV ; l'éducation liée au diagnostic est donnée seulement à titre indicatif. Des méthodes de renforcement sélectif et de conditionnement opérant précédemment décrites peuvent être utilisées.

Module 8 – Réhabilitation

L'isolement social, la négligence de soi et les difficultés dans les activités quotidiennes accompagnent tout trouble chronique. Ces éléments sont souvent plus résistants au traitement que les troubles eux-mêmes. La réhabilitation est donc un module crucial. La psychothérapie HIT présente les stratégies de réhabilitation comme des stratégies de *coping* à part entière. La cible du traitement sera davantage l'autonomie du sujet en exploitant les possibilités du système et en augmentant la confiance en soi. Les mots sont soigneusement choisis dans le but de réduire la résistance, la stigmatisation et la non-compliance. L'approche de réhabilitation du HIT est illustrée ci-après.

Vignette clinique

Application des méthodes de réhabilitation

Monsieur S. était adressé sur la consultation en raison d'HAV résistant au traitement. Ses vêtements et son odeur nauséabonde suggéraient par ailleurs de sévères problèmes d'hygiène. Son histoire était marquée par un vécu persécutif important : ses voisins étaient après lui, les voix s'organisaient entre elles et coopéraient avec la police, qui elle-même conspirait contre lui. Monsieur S. rejetait tout traitement. Monsieur S a cependant été d'accord pour inverser les rôles et tenter d'intimider les voix. Il prenait du plaisir à dérouter les voix par un ▷

- ▷ acte inattendu : acheter un puissant et odorant savon, prendre une douche et évoquer les voix. Cela a eu plusieurs effets positifs : réduire sa mauvaise odeur, mais également réduire la désapprobation de ses voisins. Progressivement, Monsieur S. a pu dire à ses voix, fermement : *« Je prends le contrôle maintenant. Tu ferais mieux de faire attention à ce qui arrive à la mousse de savon qui disparaît dans le siphon de la douche. La même chose t'arrivera si tu n'arrêtes pas de me déranger. N'oublie pas que je ne suis plus seul, l'hôpital et les médecins se battent avec moi. »* Durant la session suivante, Monsieur S. a pu rapporter avec enthousiasme son expérience avec cette nouvelle technique et avait noté un changement de comportement chez ses voisins. Il a associé cela à l'augmentation du contrôle sur les voix. Son fonctionnement social général s'est amélioré, en partie aussi du fait de sa meilleure hygiène. Les HAV ont pu être réduites à un épisode par semaine durant les trois mois suivants et la police ne l'appelait plus.

Module 9 – Gestion du traitement pharmacologique et de l'observance

Les prescriptions médicamenteuses doivent suivre les règles de bonne pratique des instances nationales et internationales et ce module ne concerne en réalité que les psychiatres ou thérapeutes médecins prescripteurs. La médication reste liée au diagnostic catégoriel, par exemple un traitement antipsychotique pour les troubles du spectre de la schizophrénie, un thymorégulateur pour les troubles affectifs... L'efficacité de ces traitements médicamenteux est bonne mais peut être fortement réduite par une mauvaise observance. Chez les patients souffrant de schizophrénie, le défaut d'observance peut aller de 48 % la première année jusqu'à 74 % les années suivantes ^[50] ; 30 à 50 % des patients admis en hospitalisation sont également non compliant. La bonne observance peut être améliorée par des visites à domicile, des contacts fréquents et une implication des figures clés. Une attribution interne de la cause des symptômes amène à une plus grande compliance qu'une attribution externe. La croyance en une cause biologique donne également une meilleure compliance à la médication que la croyance en une origine psychosociale. Trois règles simples peuvent être utilisées vis-à-vis des prescriptions médicamenteuses dans le HIT (tableau 11.3).

Des **stratégies de motivation** spécialisées peuvent améliorer la compliance au traitement médicamenteux. La sélection de la stratégie la plus adéquate repose sur le stade de préparation au changement du patient, son pattern de comportement habituel et ses traits de personnalité. Si les conditions cliniques le permettent, une prescription peut être repoussée jusqu'à ce que le patient soit entré dans le stade d'action. Utiliser l'histoire du patient est une stratégie efficace (cf. également *infra* « Stratégies sélectives de motivation »).

Tableau 11.3. Recommandations de gestion médicamenteuse dans la thérapie HIT.

Favoriser la bonne observance en abordant la balance bénéfique/risque, la présence d'effets indésirables et en proposant des visites à domicile, des rendez-vous suffisamment fréquents, et en s'appuyant sur la famille du sujet.
En cas d'arrêt intempestif, et en l'absence d'indication d'hospitalisation, regretter mais accepter ce rejet du traitement médicamenteux. L'alliance peut être maintenue en optimisant la communication, neutralisant le sentiment de culpabilité, en renommant la non-observance comme une requête d'ajustement, en se focalisant sur l'éducation, en évitant la dissuasion, en réduisant le nombre de médicaments ou posologie quotidienne quand cela est possible.
Proposer une réduction progressive des posologies chez les patients répondant positivement à la thérapie HIT.

Vignette clinique

Application de stratégies de motivation pour améliorer l'observance

Une patiente souffrant de schizophrénie avec multiples HAV rejetait le traitement médicamenteux proposé en raison de son goût amer. Cette patiente présentait des hallucinations invalidantes où des oiseaux noirs picorait sa chair. Il lui a été demandé d'essayer de savoir si les oiseaux n'étaient pas dégoûtés par le goût amer du traitement. Ainsi, grâce à ce changement de point de vue, la prise du traitement a permis de faire disparaître ces oiseaux et son état psychotique s'est amélioré.

Une autre stratégie importante est le **réétiquetage positif** : la non-observance peut-être renommée (évitant ainsi la confrontation) comme une forme de coopération, comme une manière de demander un conseil pour ajuster la médication. Les patients délirants peuvent parfois obstinément rejeter toute prescription. En accord avec la vision du monde du patient et son système délirant, le médicament peut être vu comme un bouclier protecteur face aux intrusions physiques ou aux persécuteurs extérieurs. Premièrement, faire le constat avec le patient du fardeau que constituent les symptômes hallucinatoires par un questionnaire sélectif. Deuxièmement, valider son souhait d'en être débarrassé. Troisièmement, lui demander s'il connaît le principe de la cage de Faraday. Les propriétés physiques de cette cage métallique protègent ce qui est à l'intérieur contre l'entrée d'ondes magnétiques parasites. On peut transposer ce modèle à celui d'une cage mentale ou chimique. Le sujet est alors invité à donner des détails sur la protection apportée par cette cage contre l'intrusion de ses symptômes. Quatrièmement, le sujet est invité à préciser les bienfaits de cet équivalent d'une cage de Faraday. Cinquièmement, regretter que ce type de cage ne puisse pas être utilisé sans être taxé de folie. Finalement, donner quelques exemples de patients chez qui l'application d'un substitut

chimique fut un succès et attendre la réaction du patient. S'il rejette la médication, la situation n'est pas pire qu'avant, mais s'il choisit le substitut, cela sera une victoire thérapeutique.

Pointer l'existence de déficits cognitifs chez les sujets hallucinés peut apparaître comme une intervention logique si l'on considère la non-compliance et la résistance comme liées à la maladie. Cependant, les Entendeurs de voix *entendent* authentiquement leurs voix, comme l'imagerie cérébrale a pu le montrer (cf. chapitre 1). De ce fait, les Entendeurs de voix peuvent se sentir personnellement rejetés par cette approche directe [8]. Le thérapeute doit avoir la volonté d'écouter avec bienveillance leurs expériences étranges même s'il ne les comprend pas lui-même, qu'il ne peut pas expliquer, voire qu'il peut les trouver inquiétantes ou effrayantes. Plus le thérapeute cherche à convaincre l'Entendeur de voix qu'il est mentalement perturbé, plus l'Entendeur de voix risque de se sentir incompris et estimer que son expérience est sous-évaluée. Plus la confrontation avec le thérapeute est directe et frontale, plus le déni du patient risque d'augmenter. Se référer de manière trop rigide à une théorie peut augmenter involontairement les pensées délirantes et la non-compliance du patient et conduire à une thérapie improductive. Des résultats similaires peuvent d'ailleurs résulter de l'acceptation des voix psychotiques sans aucun commentaire. L'approche HIT essaie de résoudre ce dilemme par une thérapie **sur mesure** qui intègre avec **flexibilité** les besoins du patient et de son système de croyances avec des théories fondées sur les faits et des interventions fondées sur les preuves, ajustées au pattern de comportement habituel.

Module 10 – Stratégies sélectives de motivation

Le nombre de patients non compliant varie de 20 à 80 %. De même, jusqu'à 30 % de la variance de l'effet thérapeutique positif dépend de la confiance dans le thérapeute et la thérapie. Cette confiance est souvent liée aux caractéristiques du thérapeute : personnalité, style et compétences de communications. Cependant, les manuels décrivent habituellement la non-compliance comme un fait négatif lié uniquement au patient (par exemple, le manque d'*insight*, un pessimisme et un déficit motivationnel). Le manque de motivation est vu à tort comme lié au trouble, aux symptômes négatifs de la schizophrénie ou à un trait de personnalité, c'est-à-dire comme une variable stable. S'en tenir à ce point de vue risque de limiter le temps passé à travailler la motivation. Ni la psychoéducation, ni le contrôle des comportements ne feront de différence. Voir le manque de motivation comme un trouble constitué crée donc une prophétie autoréalisatrice.

Heureusement, la motivation dépend du contexte. Certains patients peuvent avoir systématiquement une forte motivation à ne pas suivre les conseils du thérapeute, indépendamment de leur contenu. La motivation est un processus interactif. La motivation des patients est connectée

(en partie) à notre propre motivation et à nos capacités motivationnelles. Cette perspective peut être plaisante, car nous pouvons apporter le changement, mais elle peut également être déplaisante, car un échec ne peut plus être attribué au patient seul.

Sur la base du modèle des processus de changement en six stades de Prochaska et DiClemente [48], seuls les patients se trouvant au stade 4 seraient suffisamment prêts pour implémenter le changement. En amont, des suggestions de prise de médication ou de changements de style de vie peuvent potentiellement menacer l'alliance thérapeutique et augmenter le risque de non-compliance et d'abandon.

Miller et Rolnick ont traduit cette théorie transdiagnostique du changement en stratégies de motivation concrètes [41] :

- au stade 1, dit de *pré-contemplation*, les personnes ne reconnaissent pas le problème ayant besoin d'être changé. Les interventions recommandées impliquent de provoquer le doute et d'augmenter l'identification des risques et problèmes associés au comportement actuel. Le questionnement empathique et un résumé réflexif de la souffrance peuvent être utilisés à ce stade. Il convient de clairement séparer la perception de l'état présent et les futurs objectifs. Il ne faut pas trop souligner les succès possibles du changement, juste en mentionner certains ;
- au stade 2, dit de *contemplation*, certains doutes sont apparus. Faire pencher la balance vers un désir de changement est essentiel à ce stade (évoquer des raisons de changer, faire allusion aux risques de ne pas changer) ;
- au stade 3, dit de *détermination*, le patient a décidé que quelque chose devait être fait. Cependant, il a besoin d'aide pour déterminer le meilleur moyen d'action pour cela. Des étapes concrètes ne peuvent être planifiées tant qu'il n'a pas la conviction que l'amélioration sera liée à ses propres actions ;
- au stade 4, dit de *l'action*, l'attention se focalise sur l'aide à lui apporter pour réaliser les étapes de changement. Le mieux est de mettre en place les étapes les plus concrètes possibles. Co-construire des directives anticipées en cas de déception ou d'échec avec la stratégie de *coping* choisie ;
- dans le stade 5, dit de *maintenance*, le patient a réalisé les changements nécessaires et a l'intention de poursuivre leur mise en place. La prévention de la rechute est centrale à ce stade ;
- au stade 6, dit de la *rechute*, il est crucial d'aider le patient à surpasser la déception et à recommencer le cycle. Le patient doit apprendre à gérer son sentiment de culpabilité et d'insuffisance et initier le cycle de changement une nouvelle fois.

Plusieurs stratégies motivationnelles sélectives peuvent être mises en place afin de réduire l'impact des HAV.

La flexibilité

La flexibilité est une stratégie motivationnelle essentielle de la thérapie HIT. En général, la pseudo-flexibilité est discourtoise et thérapeutiquement

dangereuse. Cela crée aisément de l'irritation et augmente le risque d'abandon. Les méthodes hypercongruentes ont prouvé leur efficacité dans le traitement des patients psychotiques et des patients récalcitrants à la thérapie. Les méthodes hypercongruentes vont prendre les expressions d'une personne littéralement. Un patient se plaint-il d'être trop fatigué pour réaliser une tâche à domicile et suivre les conseils thérapeutiques, ou pour regarder la télévision et s'engager dans d'autres activités jugées plus plaisantes ? Vous devriez lui conseiller de dormir plus. Ce conseil peut sembler contre-thérapeutique ou peu empathique mais, sous certaines conditions strictes, il ne l'est pas. Une personne réellement fatiguée mérite de se reposer plus, le repos n'est-il pas indiqué en cas de fatigue extrême ? Mais une vraie fatigue est incompatible avec la réalisation d'activités (plaisantes), n'est-ce pas ? Ensuite, il faut considérer fatigue suggestive et sélective. Des conseils qui combinent « prendre du repos » et « réaliser des activités plaisantes » peuvent impliquer implicitement que le patient n'est pas aussi fatigué qu'il le prétend. Un tel conseil ne correspondra pas à l'objectif de traiter la fatigue réelle. Des conseils non congruents courent le risque d'une compliance sélective — ne réaliser que les activités plaisantes, suivies d'une prise du repos — et ceci crée un risque de dépendance. Suggérer la combinaison de repos et d'activité plaisante va ébranler votre conseil, et apprendre au patient à éviter les tâches difficiles sur un terrain toujours fragile psychologiquement. Cela renforce le comportement d'évitement.

Prise en compte du contexte actuel et passé

Le contexte comportemental actuel et passé a également un impact motivationnel fort. Ce contexte est appréciable au niveau verbal (intensité, prosodie et contenu du discours) et non verbal (langage corporel, contact oculaire et toucher). Nous renforçons naturellement les comportements désirés, mais les attentions positives comme négatives sont toutes les deux renforcées. Même les réprimandes et violences physiques peuvent être parfois perçues comme des renforcements chez les personnes négligées ou abusées. Aussi le contexte peut-il servir de renforçateur. Nous pouvons créer une atmosphère positive avec des fleurs, de la musique, de la nourriture ou une lumière d'ambiance, mais il est sage de tenir compte des préférences du récepteur lorsque l'on sélectionne un renforçateur. Un renforçateur musical qui plaît à un fan de hard métal sera probablement déplaisant pour un amoureux de l'opéra. Les femmes occidentales vont apprécier un bouquet de fleurs. Cependant, couper des fleurs, particulièrement les blanches, est offensant dans d'autres cultures, car elles peuvent faire référence à la mort. Pour se dire bonjour, une bise apparaîtra normale en France, mais les Néerlandais en donnent trois ; les Indiens et les Arabes n'embrassent pas les personnes du sexe opposé, alors que les Inuits se frottent le nez. La motivation concerne donc une augmentation des avantages et une réduction des désavantages. « Manipuler » la motivation d'une personne est un art,

considérant l'extrême diversité chez l'humain sur ce qui est et n'est pas motivant ([tableau 11.4](#)).

Augmenter la motivation des patients dans les soins requiert une préparation au changement. La motivation ne peut être qu'intentionnelle. Une motivation dirigée requiert une connaissance à la fois de la position de départ et d'un objectif final à atteindre. Il est risqué de commencer à motiver les patients avant qu'il ait été déterminé si le patient, ses proches et le thérapeute visent le même objectif. Les divergences de priorités peuvent aliéner les patients de la thérapie. Il convient de se concentrer sur une atmosphère fiable, de mutualité bienveillante, en invitant les personnes à raconter leur histoire. Prêtez-leur toujours une oreille empathique, expliquez votre but et votre méthode et, finalement, demandez-leur s'ils sont d'accord.

S'ajuster à la présence d'un trouble de la personnalité

Les patients souffrant d'un trouble de la personnalité présentent un risque plus élevé d'être déçu par la thérapie. Commencez par leur demander comment étaient leurs précédentes thérapies et leurs effets ? Cela permet d'éviter la répétition de conseils inefficaces et peut réduire la méfiance du patient. Il est important de regretter explicitement chaque déception avec le patient. En les regrettant, vous pourrez élaborer les échecs en les renommant positivement. Il est également important de louer l'endurance et le courage des patients les plus chroniques à demander de l'aide. Un peu d'exagération est d'ailleurs plus efficace qu'une attitude rigide. Les personnes se sentent écoutées et les changements de facteurs bloquants et/ou soutenant deviennent

Tableau 11.4. Règles motivationnelles dans la thérapie HIT.

Imaginez vous vous-même dans le contexte du patient. Étudiez son pattern de réaction habituel. Écoutez attentivement et posez des questions.
Évitez les conflits.
Le questionnement socratique est moins risqué que des déclarations ou des affirmations.
Maximisez les attentes sur l'objectif final à atteindre.
Séparez les tâches en plusieurs sous-buts. Introduisez des étapes de changement pour minimiser la résistance, augmenter les opportunités de renforcement et créer des possibilités pour ajuster les plans et objectifs du sujet.
Maximisez les différences entre les désavantages du présent et les avantages de l'état futur désiré.
Minimisez les efforts nécessaires pour atteindre l'état désiré.
Un modèle à choix multiple ou à option multiple diminue le risque de rejet. Les choix devraient mener à l'objectif final ; ne suggérez pas des choix infaisables, indésirables. Si la médication est votre objectif, offrez un choix entre les médicaments x, y et z, entre une, deux ou trois doses par jour, matin ou soir. Abstenez-vous de proposer un choix entre prendre ou ne pas prendre de médication.

clairs rapidement. Les patients mentionnés plus haut peuvent induire facilement des attentes négatives chez les thérapeutes et entraîner une attitude de défense. Pour autant cette approche vous aide à la fois vous et votre patient. Les patients peuvent ainsi vous avertir lorsque vous courez le risque de répéter les erreurs des thérapeutes précédents. Si les avantages d'un état futur sont plus importants que les désavantages de l'état présent, les personnes sont normalement motivées au changement. L'urgence, l'état du traitement, les caractéristiques de personnalité, le style de perception (acoustique, verbale ou kinesthésique), les caractéristiques du système interpersonnel et les fonctions des symptômes déterminent la meilleure stratégie motivationnelle à adopter pour ce patient. Les personnes présentant un trouble de personnalité du cluster A sont plus souvent distantes, indépendantes et introverties, accordant peu de valeur à l'intimité, et réagissant plutôt froidement aux autres. Dans ce contexte, l'empathie (thérapeutique) peut être ressentie comme inconfortable. Avec ces patients, une attitude plus distante et neutre est recommandée. S'asseoir à une table fonctionne souvent bien, cela crée une distance physique et suggère une atmosphère de travail. Les personnalités du cluster B préfèrent quant à eux un style plus personnel. Ils sont plus ambivalents et ont peur des responsabilités inhérentes à leurs décisions et comportement. Il convient donc dans ce cas d'éviter les conseils directs et ouverts à une seule explication. Les suggestions sans équivoque ne répondent qu'à une part des désirs contradictoires de la personne ambivalente et peuvent laisser un sentiment de manque. Une approche dialectique sert mieux l'ambivalence. On peut par exemple essayer : « *Normalement, je suggère de faire X, mais au vu de vos expériences, Y pourrait être mieux.* » J'ai de bons résultats avec la phrase suivante : « *Deux forces différentes en vous se battent pour la victoire, et vous êtes la victime. Jusqu'à ce que nous comprenions complètement ce conflit, chaque côté a besoin d'être compris et écouté. S'il vous plaît, fermez votre oreille mentale droite, et je conseillerai la première force. Ensuite, fermez votre oreille gauche, et je conseillerai la seconde.* » Bien que cela puisse paraître étrange à quelqu'un ne présentant pas de trouble de personnalité du cluster B, ces personnes reconnaissent fréquemment une forte division interne. Ne placez pas trop d'importance sur les concepts de droit, d'obligations, d'autodétermination et de responsabilité. Leur peur d'être tenu pour responsable peut en effet provoquer de la résistance. Un style permissif, s'appuyant sur des suggestions à travers le discours socratique, est préférable.

Les personnes présentant un trouble de personnalité narcissique n'accepteront pas les ordres. Par définition, ils savent mieux que quiconque ce qu'ils doivent faire et ont besoin de prendre les décisions par eux-mêmes. Des conseils à choix multiples seront dans ce cas préférés, en leur laissant au minimum deux options. Négociez quel médicament leur convient le mieux, un médicament agissant sur la durée ou en plusieurs prises par jour ? Quand est-il préférable d'observer et d'enregistrer leur comportement ? Acceptez

leurs préférences et tempo ; mais regrettez ouvertement que des observations de seulement une heure par jour risquent de retarder le début du traitement. Une autre option est de tirer profit de leur narcissisme en doutant qu'ils soient capables de réussir la tâche. En acceptant ce défi, ils peuvent nous démontrer que nous avons tort.

Les personnes timides et phobiques sociales (traits du cluster C) ont des difficultés à prendre des décisions. Les choix « *si..., ou bien...* » sont rapidement rebutants. Contrairement aux personnalités du cluster B, ces sujets ont besoin de solidité, de structure et de guidance. Les négociations peuvent s'échelonner sur plusieurs sessions thérapeutiques. Les choix en « *si..., ou bien...* » peuvent être remplacés par « *et..., et...* » ou par des tâches on/off (la tâche A durant une semaine, la tâche B la semaine suivante). En complétant ces demandes, les patients déterminent quelle tâche leur convient le mieux et identifient celle qui a le meilleur effet.

Générer l'espoir

Il est commun de dire que l'espoir nous garde en vie. Dire que 70 % des patients ont tiré bénéfice de ce traitement est aussi vrai que de dire que 30 % n'en ont pas bénéficié. Cependant, le premier énoncé porte davantage d'espoir que le second. Ce recadrage peut être utilisé en pratique clinique. Vous pouvez par exemple expliquer que le désavantage des médicaments est la présence de certains effets indésirables et conseiller de vous appeler immédiatement si l'un d'eux apparaît. Cette information est importante, mais le problème est que ce message est inquiétant et peut rendre les patients hypervigilants à la survenue d'effets secondaires. Pourquoi ne pas utiliser une alternative ? Par exemple, dire que les effets secondaires sont fréquents et signalent que le médicament fait effet. Cela signifie que votre prescription fonctionne. Vous pouvez alors dire au patient : « *Appelez-moi lorsque vous les percevez, comme ça, nous pourrons décider si votre dosage nécessite un ajustement.* » Soyez honnête, ne faites pas semblant. Les thérapeutes expérimentés augmentent l'espoir de leurs patients. L'espoir peut aussi être induit indirectement, en mentionnant des succès thérapeutiques qui suggèrent de l'expertise et du succès. Les thérapeutes moins expérimentés peuvent se référer au succès de leurs collègues. Une psychoéducation adaptée témoigne également de l'expertise du thérapeute. Des questions comme « *La plupart de mes patients souffrent de... Qu'en est-il de vous ?* » illustrent l'engagement, l'expertise et créent des attentes. Vous pouvez d'ailleurs vous référer à la littérature scientifique dans ce contexte.

Recadrage positif

La plupart des patients préfèrent une approche positive. Ils réagissent aux interactions positives de manière plus coopérative et compliant que aux interactions négatives [8]. Il convient donc d'éviter d'expliquer la résistance au traitement en des termes psychiatriques par exemple [51]. La résistance peut davantage

Tableau 11.5. Se battre, négocier, et coopérer.

Se battre	Négociier	Coopérer
Au moins un perdant	Un gagnant-gagnant « partiel »	Pas de perdant
La recherche du coupable	La recherche d'une perte partiellement acceptable	La recherche d'un but commun
Dirigé par les émotions négatives	Dirigé vers un but	émotions positives Dirigé vers un but
Pas d'écoute dirigée vers l'adversaire	écoute dirigée vers le souhait	écoute dirigée vers la tâche
Pseudo-questionnement	Rendre concrets les souhaits de l'adversaire	Avoir des objectifs concrets Division de la tâche

être présentée comme un besoin de négociation et de résolution. Nous avons obtenu des résultats très positifs en renommant les objections contre la médication comme traduisant un souhait d'ajustement posologique [2]. Un style de communication permissif et orienté sur la négociation, combinée avec un recadrage positif, mène à moins de conflits et à plus de situations gagnant-gagnant (tableau 11.5).

Le recadrage positif est probablement l'intervention motivationnelle la plus importante. Tout comportement, plainte, signe ou symptôme entraîne un étiquetage positif. Mais le recadrage positif diffère du compliment. Le recadrage est orienté vers le changement et offre une interprétation des événements, expériences et comportements différents de l'interprétation habituelle du patient. Presque toujours, ce recadrage est applicable indépendamment des circonstances, des traits de personnalité ou des troubles sous-jacents. Certains mots, certaines phrases augmentent systématiquement la confiance et la préparation à la coopération, alors que d'autres peuvent facilement augmenter la résistance. Il peut également s'avérer utile de commencer les supervisions par une série de recadrages : chaque membre de l'équipe peut apporter un exemple de comportement difficile à gérer, et les autres génèrent des cadres positifs. Une personne calme préférera probablement entendre « *Méfions-nous de l'eau qui dort* » que d'être qualifiée d'« *ennuyeuse* ». « *Il est doué pour écouter* » évoque plus de bonne volonté que « *Il ne dit jamais un mot* ». Les personnes préfèrent le qualificatif de « *modeste* » à celui de « *timide* » ou « *bizarre* ».

Les figures clés peuvent parfois interpréter les commentaires de recadrage déstigmatisant comme des accusations à leur égard. Réétiqueter et réattribuer demande donc de la délicatesse, particulièrement avec les patients souffrant d'un trouble chronique. Les parents ne seront pas reconnaissants d'entendre que l'apathie de leur enfant est liée à leur comportement trop dominant. Aucun parent dominant n'appréciera l'appellation « *dominant* »,

pas plus qu'ils ne le méritent. Ils font de leur mieux. Plutôt qu'une confrontation — qui reste inefficace pour diminuer la résistance —, demandez aux parents d'observer plus attentivement le comportement naturel de leur enfant. Ceci apporte souvent de nouvelles informations, tout en rendant le recadrage moins offensant et plus efficace. Le comportement parental s'améliorera probablement s'ils adhèrent à la suggestion que leur enfant apathique peut être un « *penseur silencieux qui préfère se mordre la langue que de dire des bêtises* ». Retenez-vous de présenter des certitudes ou des phrases comme « *Vous n'êtes pas apathiques, vous êtes un penseur.* » À la place, demandez « *Avez-vous des tendances impulsives ? Agissez-vous sans réfléchir ?* » Les enfants apathiques ne seront pas capables de répondre par l'affirmative. Ainsi, nous pouvons réagir en disant : « *Je pense alors que vous êtes plutôt un penseur.* » Cette conclusion élimine le terme « *apathique* » du discours et permet d'éviter une confrontation ouverte avec les parents.

Attention, certains comportements, la violence, les agressions et l'inceste ne sont bien entendu pas adaptés au recadrage positif. Celui-ci pourrait alors invalider la victime.

Se recentrer sur les forces et les succès

Plus un symptôme est franc et sévère, plus il accapare l'attention du patient et de son entourage. Plus le symptôme devient central, plus nous devenons inquiets, au détriment des capacités et des traits positifs. Évaluer les forces et les succès du patient a donc une valeur diagnostique aussi bien que thérapeutique. Sur le plan diagnostique, cela nous informe sur le caractère omniprésent des HAV ou à quel point les proches du patient sont centrés sur ses incapacités. Plus l'attention du sujet pourra être détournée du symptôme, meilleures seront les chances d'amélioration. Parler des succès permet d'augmenter l'espoir, mais peut aussi paradoxalement centrer les personnes sur leurs problèmes. Certains patients peuvent interpréter les questions posées sur le délire comme une preuve que nous ne les croyons pas ou que nous les percevons comme des simulateurs. Recadrer et réétiqueter positivement est particulièrement utile ici.

Changer l'agenda : traduire les plaintes en cibles

Les discussions sont orientées vers l'action en structurant les HAV dans le cadre des étapes du HIT et en renforçant la compliance par du conditionnement opérant.

La première étape de la thérapie est une enquête détaillée des symptômes, des plaintes, émotions, pensées et comportements. La plupart du temps, il s'agit d'informations négatives durant le stade diagnostique, difficilement compatible avec la notion d'espoir. Des réflexions empathiques comme « *Vous vous sentez déprimé/désespéré/impuissant.* », « *Vous êtes excessivement inquiet/anxieux.* » permettent de valider le vécu du patient mais peuvent parfois involontairement augmenter le découragement, principalement

lorsqu'elles sont répétées. Des phrases réflexives comme « *Vous avez le sentiment de pas pouvoir remettre votre vie sur des rails et cette inquiétude vous rend fou.* » peuvent être factuellement justes mais sont contre-productives pour restaurer l'espoir. Le thérapeute semble être d'accord avec le patient, ce qui peut magnifier le sentiment d'inadéquation du patient. Le recadrage actif des symptômes a donc pour objectif de minimiser les effets secondaires involontaires de l'écoute réflexive. La phrase précédemment citée peut, dans ce contexte, devenir : « *Vous voulez changer l'agenda, pour remettre votre vie sur des rails et arrêter de vous inquiéter. Ai-je raison ?* » Il est préférable d'éviter le langage passif et d'utiliser une forme active lorsque cela est possible. Par exemple, insister sur le fait qu'une personne est inquiète (actif) et non pas qu'elle a été dépassée (passif). Traduisez les symptômes en objectifs, faites un brainstorming sur les solutions possibles et choisissez-en une avec laquelle commencer. Faites des plans d'action concrets. Vous devez déterminer avec le patient qui fera quelle action et à quel moment, combien de temps il passera sur cet objectif, qui l'assistera et quels sont les obstacles qui peuvent interférer avec la performance, ce qu'il peut faire pour prévenir/lutter contre des obstacles inattendus. Les succès motivent le sujet à poursuivre dans cette voie et renforcent l'adhésion au traitement. De petites tâches courtes avec un objectif raisonnable sont préférables. Les renforcements secondaires ont un délai. Découpez les tâches en plusieurs sous-tâches (autant que possible) augmente la fréquence des renforcements et donc des succès (c'est-à-dire augmente l'estime de soi) et réduit les risques d'échec. Un conditionnement opérant sélectif peut renforcer une estime de soi faible et un ego défaillant. Rappeler au sujet ses succès est meilleur pour la confiance en soi endommagée que répéter les échecs. Se concentrer sur les succès exige que le thérapeute soit proactif. Celui-ci devra être attentif aux opportunités de renforcement des succès. Face à des patients trouvant que leurs tâches à domicile n'ont pas suffisamment fonctionné, il existe trois choix :

- vous êtes emphatiquement d'accord avec la déception : l'avantage est que le patient a le sentiment d'être compris. Les désavantages incluent :
 - un renforcement de l'incapacité ;
 - une confiance en soi et dans la thérapie amoindrie ;
 - le besoin de choisir une autre approche qui a tout autant de chance d'échouer ;
- vous pointez les améliorations en contraste avec les échecs passés : « *Depuis combien de temps avez-vous ces symptômes ? Trois ans ? Donc durant toutes ces années, vous avez essayé de votre mieux, mais malheureusement sans succès. Réalisez-vous que c'est la première fois qu'il y a une amélioration ? Vous êtes plutôt modeste à propos de votre réussite. Voulez-vous essayer d'avoir plus d'amélioration ?* » ;
- vous vous centrez sur le succès (cf. aussi *supra*, « La stratégie des soldes »). Les réactions du patient ne sont intentionnellement pas évoquées, car elles donnent une marge aux changements dans le court de la thérapie.

S'ajuster au style de perception du patient

Anticipez et rejoignez le style de perception du patient. Son style préféré est-il visuel, verbal ou kinesthésique ? Les personnes qui préfèrent les informations verbales préféreront un discours. Utiliser des images et des couleurs suggère une préférence perceptive visuelle. Ces personnes *voient* leur futur et préféreront les vidéos ou écrire leurs informations verbales. Des personnes verbalement orientées sont plus bavardes. Communiquer dans le style préférentiel d'un patient est recommandé : préférer « *ne pas avoir vu quelqu'un récemment* » (pour une personne visuellement orientée) ou, au contraire, « *n'avoir parlé à personne* » (pour une personne verbalement orientée). Une préférence kinesthésique peut être sollicitée par des phrases telles que : « *La rumeur court.* », « *Ma réputation est partie par la fenêtre.* », « *J'ai fait très mal...* » Par exemple : si une personne kinesthésique se dit déprimée, préférer : « *Des murs se sont renfermés sur elle* », alors qu'une personne visuelle peut « *voir un futur sombre* ».

Validation scientifique de la thérapie HIT

Plusieurs essais cliniques ont validé l'intérêt et la rentabilité du programme thérapeutique HIT [17, 30, 52-56], avec même une tendance à un coût réduit lorsqu'il est implémenté à l'échelle nationale [56]. On compte notamment une étude naturaliste sur un suivi de quatre ans ($n = 40$), une étude naturaliste sur des adolescents ($n = 14$) et une étude randomisée contrôlée avec dix-huit mois de suivi ($n = 76$). Un programme de post-cure de la HIT multifamilial a enfin été étudié [57].

La première étude naturaliste a porté sur quarante patients âgés entre 20 et 62 ans, avec une durée moyenne des HAV de huit ans, du *Voice-hearers Outpatient Department* (VOPD) du *University Medical Center Groningen*. Un tiers de ces sujets présentait des HAV depuis plus de dix ans. L'ensemble des patients présentaient de multiples symptômes et 46 % d'entre eux avaient des hallucinations dans d'autres modalités sensorielles qu'auditive. La majorité avait bénéficié de soins psychiatriques pendant plus de cinq ans (20 % pendant plus de dix ans). Le refus du traitement était majoritaire. Vingt-cinq pour cent avaient également une histoire de tentative de suicide. Selon le DSM-IV-TR, vingt-cinq répondaient aux critères diagnostiques de schizophrénie, les autres à un diagnostic de trouble dissociatif ou de trouble de personnalité borderline. En fin de prise en charge par le HIT, les patients rapportaient une fréquence et une durée significativement plus faible des HAV avec contenu négatif ($p < 0,001$). Au total, pour 40 % d'entre eux, les HAV avaient disparu. Plus de 50 % avaient regagné le contrôle à la fois des HAV et des pensées, et deux tiers de l'effectif rapportaient que les HAV n'interféraient plus avec leurs activités quotidiennes ou ne causaient plus d'anxiété. Le pourcentage de souffrance en considérant l'anxiété, la perte de contrôle et l'interférence avec les pensées et les activités quotidiennes avait diminué de 82 % à 20 %. Au total, 30-40 % de tous les patients

rapportent une amélioration des HAV, et 50-60 % rapportent une amélioration sur la vie quotidienne. Au total, 78 % étaient satisfaits de leur traitement et 72 % des prises en charge se sont terminées sur un consentement mutuel [12]. Tous les patients, excepté un, ont accepté le suivi de quatre ans. À l'issue du suivi, plus de 70 % évaluent leur condition de santé actuelle comme bonne à excellente. Dix-huit pour cent n'ont plus fait l'expérience de voix pendant plusieurs mois. Le nombre, la fréquence et la durée des voix ont considérablement diminué sur la période de suivi. Cependant, le contenu négatif semble persistant dans la plupart des cas. La souffrance psychique attribuable aux voix a augmenté de 20 % après le traitement à 30 % après le suivi, aucun patient n'a rechuté à un niveau identique que celui observé avant le traitement. Cinquante pour cent des patients ont évalué leur état en fin de prise en charge comme meilleur, 40 % ne rapportaient pas de changement et 8 % ont rapporté une détérioration. La prescription conjointe d'antipsychotiques a été réduite ($Z = -2,82$, $p = 0,005$). Le fonctionnement social (*Groningen Social Disabilities Scale* [58]) a augmenté chez 41 % des participants pour les activités quotidiennes et d'environ 20 % pour les contacts sociaux et les relations interpersonnelles en général. Ces améliorations étaient jugées durables pour 67 % des patients et 26 % d'entre eux ont connu des améliorations supplémentaires durant la période de suivi [54].

La seconde étude naturaliste, ayant porté sur quatorze adolescents présentant un premier épisode psychotique, montrait des résultats équivalents à supérieurs à la première étude. La compliance et la satisfaction vis-à-vis de la thérapie HIT s'échelonnaient de « bonne » à « élevée », 65 % des patients ont vu les voix disparaître et la majorité des participants ont montré une amélioration dans la maîtrise, l'anxiété, l'interférence avec les pensées et le fonctionnement social (activités quotidiennes $N = 11$, travail et études $N = 8$). Aucun de ces sujets n'a vu son état s'aggraver [53].

Finalement, une étude randomisée contrôlée a été menée en comparant la HIT au traitement habituel (TH). Trois évaluations étaient réalisées : avant le traitement, à neuf mois (après le traitement) et à dix-huit mois (suivi). En complément de la randomisation, une procédure de minimisation statistique a été appliquée, en prenant en compte le genre, la chronicité de la maladie et la sévérité des symptômes (avec ou sans l'évaluation à 5 de la PANSS-P). Soixante-seize patients (trente-sept dans le groupe HIT) ont été inclus et présentaient des diagnostics de schizophrénie paranoïde (78 %), de trouble schizoaffectif (15 %) et de psychose non spécifiée (7 %). Les patients étaient évalués sur la base de plusieurs outils psychométriques : AHRS [59], PANSS, WHOqol-bref et GSDS. Soixante-trois patients (83 %) ont mené l'étude à terme. Les analyses en intention de traiter étaient fondées sur ces patients. Neuf pour cent des patients ont été perdus après neuf mois de suivi et 6 % après dix-huit mois de suivi. Aucune différence de posologie médicamenteuse n'a été mise en évidence entre l'inclusion et les neuf mois de

suivi [17, 57]. Les patients de la condition HIT présentaient des améliorations significativement plus élevées sur la gêne liée aux voix. Les améliorations portant sur le contenu négatif, la détresse et la gêne globale ont persisté à dix-huit mois ($p < 0,05$). Après le traitement, le groupe des patients HIT s'est également plus amélioré que le groupe des patients TH sur les sous-échelles de PANSS, Symptômes positifs ($p < 0,001$), Désorganisation ($p < 0,05$) et Psychopathologie générale ($p < 0,01$), comme pour le score total à la PANSS ($p < 0,01$). La taille d'effet sur ces dimensions variait de 0,47 (dépression) à 0,71 (hallucinations), et le nombre de sujets nécessaire de traiter (NNT) était estimé à 2 pour les hallucinations et 4-5 pour la dépression, la désorganisation et la sévérité globale. Après le traitement, les patients HIT évaluaient leur qualité de vie comme significativement meilleure que les patients TH, ce qui s'est maintenu à dix-huit mois, avec 71 % des patients HIT qui évaluaient leur qualité de vie comme bonne/très bonne contre 58 % dans le groupe témoin. Sur le questionnaire de qualité de vie, les patients HIT se sont régulièrement améliorés dans presque tous les domaines, tandis que la condition contrôle ne s'améliore pas — la qualité de vie était évaluée comme plus élevée de 5,4 points dans le groupe HIT au suivi, tandis que les évaluations des patients TH avaient à peine changé, $t = 2,11$; $p < 0,05$ [55]. À la fin du traitement, les patients HIT se sont significativement améliorés dans tous les domaines du fonctionnement social, excepté pour les soins personnels, les relations sociales (amis) et le travail/activités quotidiennes, tandis que les sujets témoins n'ont pas évolué. Les améliorations ont persisté au suivi (NNT = 7). L'incapacité a été significativement réduite dans les domaines clés du fonctionnement social — fonctionnement social deux fois plus élevé en moyenne dans le groupe HIT comparativement au groupe TH. La moitié des patients HIT ont augmenté de plus de 20 % leur score total de fonctionnement social, contre 15 % des patients du groupe contrôle ($p < 0,000$). En prenant comme définition de l'amélioration clinique un score d'invalidité inférieur ou équivalent à 3, trois fois plus de patients HIT se sont améliorés par rapport au groupe témoin (25 % *versus* 7 %). Cette tendance perdure après le suivi. Le groupe HIT s'est encore amélioré dans tous les domaines durant la période de suivi, à l'exception des relations avec les partenaires. Au total sur la durée de l'étude, les patients HIT se sont significativement améliorés dans les tâches ménagères et les relations familiales ($p < 0,05$) et, à un moindre degré, pour les relations avec les partenaires, les parents et dans les activités occupationnelles et quotidiennes. À la fin, le fonctionnement général des patients HIT a augmenté de 2,84 points *versus* 0,97 point pour le groupe témoin ($t = 2,09$; $p \leq 0,05$). Enfin, à l'issue du suivi, le dosage moyen des antipsychotiques était significativement plus élevé dans le groupe témoin ($dl = 56$; $t = -2,70$; $p = 0,009$ [55]).

Malgré ces améliorations, les patients Entendeurs de voix avec un trouble psychiatrique semblent avoir besoin d'une post-cure. Un programme de post-cure HIT multifamilial a été développé dans ce but [60]

et a pu être évalué dans une étude pilote [57]. Cette étude montre que les Entendeurs de voix s'amélioraient distinctement dans le fardeau subjectif, la fréquence des HAV, l'interférence avec les activités quotidiennes ou de la pensée ($p < 0,05$), et le contrôle sur les HAV ($p < 0,01$). Les améliorations sur les scores PANSS concernaient les sous-échelles Dépression et Excitation ($p < 0,05$), le score total et les sous-échelles Symptôme positif et Désorganisation ($p < 0,01$). Le fonctionnement social s'est amélioré dans le domaine des tâches ménagères ($p < 0,01$), des contacts sociaux et en termes d'intégration dans la communauté ($p < 0,05$), avec le score total de fonctionnement social montrant une amélioration de l'ordre de 20 % ($p < 0,01$). Ces améliorations se produisent chez l'ensemble des sujets inclus. Enfin, les scores des proches au *Illness Effects Questionnaire* atteignent un niveau statistiquement significatif pour la gestion des symptômes du patient, l'ajustement aux symptômes et la relation générale avec le patient.

Le [tableau 11.6](#) synthétise l'efficacité obtenue en comparant les TCC au traitement habituel et la thérapie HIT au traitement habituel.

Développements futurs

Récemment, le format HIT a été ajusté à deux nouvelles populations cibles :

- les enfants et les adolescents ;
- les déficients mentaux.

Depuis janvier 2014, dix enfants (âgés entre 8 et 16 ans) et trois adultes avec retard mental ont été traités avec succès. Tous présentaient des symptômes comorbides (problèmes de comportement, d'humeur ou de pensées) avec détérioration des résultats scolaires chez les plus jeunes. Les résultats préliminaires semblent donc prometteurs. Les voix des plus jeunes ont totalement disparu en trois sessions. Les parents rapportent une normalisation des comportements sociaux, de l'humeur et des résultats scolaires et les patients avec retard mental parviennent à contrôler leur voix grâce au *coping*. La médiation par le personnel soignant semble obligatoire dans ce groupe. Une sensibilisation du personnel soignant dans la reconnaissance des HAV est nécessaire. Ce personnel, y compris les psychiatres pour enfant et adolescent expérimentés, ne repère pas facilement ces jeunes Entendeurs de voix ; et, malheureusement, une majorité de médecins de famille et des pédiatres continuent de douter de l'existence des HAV chez l'enfant jeune, constituant autant de pertes de chance de bénéficier d'une prévention et d'un traitement adéquat. Le développement de dispositifs spécifiques pour le psychotraumatisme ou le suicide se justifie pleinement. Des programmes HIT dédiés à ces deux comorbidités sont en cours d'implémentation.

Tableau 11.6. Comparaison de l'efficacité de thérapies cognitivo-comportementales et de la thérapie HIT *versus* traitement habituel [61].

	TCC	HIT
Efficacité sur les symptômes positifs	ES = 0,64 SMD = - 0,35	ES = 0,64 SMD = -1,0
Durée de l'effet au-delà de FU	+/-	++/-
Hallucinations		
– Fréquence	+/- (NNT > 7)	++ (NNT = 2)
– Détresse	Inconnu	SMD = - 0,40
– Contrôle	Inconnu	SMD = - 0,6
– Pouvoir impératif	Inconnu	SMD = - 0,86
– Compliance aux ordres	SMD = - 1,18	+ Substantielle
– Malveillance	SMD = - 0,97	+ Substantielle
– Omniscience	SMD = - 0,18	+ Substantielle
– Durée de l'effet au-delà de FU	+	+
– Dépression	NNT inconnu	NNT = 4
– Anxiété	NNT inconnu	NNT = 4
Fardeau total (AHRs)	SMD = - 0,25	+ Substantielle
Durée de l'effet au-delà de FU	SMD = - 0,24	SMD = - 0,52
Fonctionnement social	Résultats ambigus	Bon (NNT = 6)
Durée de l'effet au-delà de FU	Inconnu	++ (Significatif)
Qualité de vie	+	++ (Significatif)
Généralisation des effets	Limité	Substantiel
Taux d'abandon	Moyen à élevé : > 20 %	Bas : 9 %
Satisfaction au traitement	Ambigu	Bon à Très bon

SMD, différence moyenne standardisée ; NNT, nombre de sujets nécessaires de traiter ; ES, taille d'effet ; FU, suivi.

Points clés

- La thérapie intégrative centrée sur les hallucinations est un programme complet bénéficiant d'influences variées : des thérapies cognitivo-comportementales, de la thérapie familiale systémique, ou encore de la rémediation cognitive.
- La thérapie HIT est organisée en modules ayant fait l'objet d'une validation scientifique chez des sujets souffrant d'hallucinations réfractaires.
- Certains modules s'adressent à certaines sous-populations spécifiques : enfants, adolescents, patients avec retard mental, etc.

Bibliographie

- [1] Slade P, Bentall R. Sensory deception: A scientific analysis of hallucination. London: Croon Helm; 1998.
- [2] Jenner JA. Hallucinations: Characteristics, causal models, treatments. 2nd ed Assen: Van Gorcum; 2012.
- [3] Van der Zwaard R, Polak MA. Een literatuur onderzoek naar de waarde Van het concept en de relaties met aanverwante symptomatologie. T. v. Psychiatrie 1999;41:25-37.
- [4] Asaad G, Shapiro B. Hallucinations: theoretical and clinical overview. Am J Psychiatry 1986;143:1088-97.
- [5] Aleman A, Larøi F. Hallucinations: The Science of idiosyncratic perception. Washinton DC: APA; 2008.
- [6] Landmark J, Merskey H, Cernovsky Z, Helmes E. The positive triad of schizophrenic symptoms: its statistical properties and its relationship to 13 traditional diagnostic systems. Br J Psychiatry 1990;156:388-94.
- [7] Yee L, Korner AJ, McSwiggan S, Meares RA, Stevenson J. Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. Compr Psychiatry 2005;46:147-54.
- [8] Cohen CI, Berk LA. Personal coping styles of schizophrenic outpatients. Hosp Community Psychiatry 1985;36:407-10.
- [9] Jenner JA. Directive problemsolving interventions in psychiatric practice. Van Gorcum: Assen; 2013.
- [10] Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BN. Role of the psychosocial treatments in the management of schizizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. Schizophr Bull 1998;24:569-87.
- [11] Siegler M, Osmond H. Models of madness. Br J Psychiatry 1966;112:1193-203.
- [12] Jenner JA, Tromp C. Modellen Van zorg. In: Jenner JA, Maeckelberge ELM, Rebel J, Vermey, editors. Wel bezorgd, geestelijke verzorging en gezondheidszorg. Kampen: Kok; 1998.
- [13] Jenner JA. An integrative treatment for patients with persistent auditory hallucinations. Psychiat Serv 2002;53:897-8.
- [14] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- [15] Jenner JA, Van de Willige G. The Auditory Vocal Hallucination Rating Scale (AVHRS). Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum Psychiatrie: Groningen; 2002.
- [16] Bartels-Velthuis AA, Van de Willige G, Jenner JA, Wiersma D. Consistency and reliability of the auditory vocal hallucination rating scale (AVHRS). Epidemiol Psychiatr Sci 2012;21:305-10.
- [17] Jenner JA, Nienhuis FJ, Wiersma D, Van de Willige G. Hallucination focused integrative treatment : a randomized controlled trial. Schizophr Bull 2004;30:133-45.
- [18] David AS. Auditory hallucinations: phenomenology and neuroimaging update. Acta Psychiatr Scand 1999;99:S95-S104.
- [19] Weiss AP, Heckers S. Neuroimaging of hallucinations: a review of the literature. Psychiatr Res 1999;92:61-74.
- [20] Stephane M, Barton S, Boutros NN. Auditory verbal hallucinations and dysfunction of the neural substrates of speech. Schizophr Res 2001;50:61-78.

- [21] Chadwick P, Birchwood M. Cognitive therapy for voices. In: Haddock G, Slade PD, editors. *Cognitive behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge; 1996.
- [22] Nayani TH, Davis AS. The auditory hallucination: A phenomenological survey. *Psychol Med* 1996;26:177-89.
- [23] Slotema CW, Daalman K, Blom JD, Diederen KM, Hoek HW, Sommer IE. Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorders are similar to those in schizophrenia. *Psychol Med* 2012;42:1873-8.
- [24] Kingdon DG, Ashcroft K, Bhandari B, Gleeson S, Warikoo N, Symons M, et al. Schizophrenia and borderline personality disorder similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:399-403.
- [25] Hepworth CR, Ashcroft K, Kingdon D. Auditory hallucinations: a comparison of beliefs about voices in individuals with schizophrenia and borderline personality disorders. *Clin Psychol Psychother* 2013;20:239-45.
- [26] Jenner JA, Rutten S, Beuckens J, Boonstra N, Sytema S. Positive and useful auditory vocal hallucinations: prevalence, characteristics attributions, and implications. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:238-45.
- [27] Sanjuan J, Gonzalez JC, Aguilar EJ, Leal C, Van Os J. Pleasurable auditory hallucinations. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:273-8.
- [28] Romme M, Escher A. *Stemmen horen accepteren [Accepting voices]*. London: Mind; 1999.
- [29] Bartels-Velthuis AA, Jenner JA, Van de Willige G, Van Os J, Wiersma D. Prevalence and correlates of auditory vocal hallucinations in middle childhood. *Br J Psychiatry* 2010;196:41-6.
- [30] Jenner JA, Van de Willige G, Wiersma D. Effectiveness of cognitive therapy with coping training for persistent auditory hallucinations: a retrospective study of attenders of a psychiatric outpatient department. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:384-9.
- [31] Chadwick P, Lees S, Birchwood M. The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R). *Br J Psychiatry* 2000;177:229-32.
- [32] Innouye I, Shimizu A. The electromyographic study of verbal hallucination. *J Nerv Ment Dis* 1970;151:415-22.
- [33] Bak M, Van der Spil F, Gunther N, Radstake S, Delespaul P, Van Os J. Maastricht Assessment of Coping Strategies (MACS): a brief instrument to assess coping with psychotic symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:453-9.
- [34] Geelhoed-Jenner BN, Jenner JA, Wiersma D, Van de Willige G, Nienhuis FJ. Does coping training influence strategies of coping with persistent auditory hallucinations in patients with schizophrenia? *Schizophr Res* 2001;49:260.
- [35] Carter DM, McKinnon A, Copolov DL. Patients' strategies for coping with auditory hallucinations. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:159-64.
- [36] Sayer J, Ritter S, Gournay K. Beliefs about voices and their effects on coping strategies. *J Adv Nurs* 2000;31:1199-205.
- [37] Lobban F, Barrowclough C, Jones S. The impact of beliefs about mental health, problems and coping on outcome in schizophrenia. *Psychol Med* 2004;34:1165-76.
- [38] Bentall RP, Haddock G, Slade PD. Cognitive Behaviour Therapy for persistent auditory hallucinations : from theory to therapy. *Behav Ther* 1994;25:51-66.

- [39] Jenner JA, Jenner-Geelhoed BNWJ. Coping Voices Inventory. Haren: Jenner Consult; 1998.
- [40] Everstine DL, Everstine L. Mensen in nood. Deventer: Van Loghum Slaterus; 1984.
- [41] Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour. New York: The Guilford press; 1991.
- [42] Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 1994;164:190-201.
- [43] White M. Negative explanation, restraining & double description: a template for family therapy. *Fam Process* 1986;25:169-84.
- [44] Penn DL, Kommuna S, Mansfield M, Link BG. Dispelling the stigma of Schizophrenia: II. The impact of information on Dangerousness. *Schizophr Bull* 1999;25:437-46.
- [45] Amador S. Teaching medical physics to general audiences. *Biophys J* 1994;6:2217-21.
- [46] Trauer T, Sacks T. The relationship between insight and medication adherence in severely mentally ill clients treated in the community. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:211-6.
- [47] Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, et al. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry* 1996;153:1185-8.
- [48] Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982;19:276-88.
- [49] Jenner JA. Traumatic experience List (TRAMAL). Haren: Jenner Consult; 2008.
- [50] Corrigan PW, Lieberman RP, Engeld JD. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:1203-11.
- [51] Van Os TW, Van den Brink RH, Tiemens BG, Jenner JA, Van der Meer K, Ormel J. Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *J Affect Disord* 2005;84:43-51.
- [52] Jenner JA, Van de Willige G, Wiersma D. Multi-family treatment for patients with persistent auditory hallucinations and their relatives: a pilot study. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:154-8.
- [53] Jenner JA, Van de Willige G. HIT, Hallucination focused Integrative Therapy as early intervention in psychotic adolescents with auditory hallucinations. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:148-52.
- [54] Wiersma D, Jenner JA, Van de Willige G, Spakman M, Nienhuis FJ. Cognitive behaviour therapy with coping training for persistent auditory hallucinations in schizophrenia: a naturalistic follow-up study of the durability of effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001;103:393-9.
- [55] Wiersma D, Jenner JA, Nienhuis FJ, Van de Willige G. Hallucination focused integrative treatment improves quality of life in schizophrenia patients. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:194-201.
- [56] Stant AD, TenVergert EM, Groen H, Jenner JA, Nienhuis FJ, Van de Willige G, et al. Cost-effectiveness of the HIT programme in patients with schizophrenia and persistent auditory hallucinations. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:361-8.
- [57] Jenner JA, Nienhuis FJ, Van de Willige G, Wiersma D. "Hitting" voices of schizophrenia patients may lastingly reduce persistent auditory hallucinations

- and their burden: 18-month outcome of a randomized controlled trial. *Can J Psychiatry* 2006;51:169-77.
- [58] Wiersma D, Jong de A, Kraaijkamp HJM, Ormel J. The Groningen Disabilities Scale-2nd ed (GSDS-II). University Hospital: Groningen; 1993.
- [59] Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic symptom rating scale (PSYRATS). *Psychol Med* 1999;29:879-89.
- [60] Jenner JA, Mulder H, de Boer R, Multi-family HIT. patient course book & trainers' manual. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum Psychiatrie; 2001.
- [61] Luteijn B, Jenner JA. Comparison of the effectiveness of CHT and HIT on auditory vocal hallucinations. Symposium conference Dutch Assoc of Psychiatry. Maastricht ; 2012.

12 Thérapies d'inspiration psychodynamique

G. Gimenez

Le suivi psychothérapique de patients psychotiques en crise et régressés, délirants et hallucinés, m'a amené à me poser des questions pragmatiques concernant la prise en compte des hallucinations dans les thérapies d'inspirations psychanalytiques. Comment travailler avec des patients qui évoquent leurs hallucinations ou hallucinent pendant les entretiens ? Est-il pertinent de prendre en compte ces productions ? Comment alors intervenir ? Y a-t-il alors un risque, comme on l'entend souvent, d'entrer dans le délire du patient ? Ces questions m'ont amené à contribuer à la construction d'un modèle de l'hallucination qui permette à la fois de saisir leur modalité de construction et de déconstruction possible. Ma recherche et ma réflexion sont issues de la rencontre depuis vingt-sept ans avec des patients souffrant d'hallucinations vécues comme intrusives, persécutives, douloureuses, et rendant la relation avec les autres difficile. Ces personnes sont souvent enfermées dans une grande solitude et une immense détresse. Ma pratique clinique emprunte son cadre théorique à la psychanalyse. Elle en constitue un aménagement de la technique et du dispositif lié à la pathologie des sujets souffrant d'hallucinations reçus en psychothérapie.

Un modèle de l'hallucination et du fonctionnement psychotique : le travail de l'hallucination

Saisir l'émergence, l'évolution et le contenu des hallucinations dans le cadre de psychothérapies de patients psychotiques, nécessite un modèle rendant compte des conditions d'émergence des hallucinations, des mécanismes sous-jacents à leur construction, des traces psychiques à partir desquelles les hallucinations se constituent, des différents types d'hallucinations et de leur évolution dans la dynamique d'une psychothérapie. L'absence d'un modèle conséquent en psychopathologie d'inspiration psychanalytique, rendant compte des différents aspects du fonctionnement hallucinatoire, m'a amené à étudier de façon critique les ébauches de modèles les plus pertinents, en indiquant leurs apports et leurs limites. Puis j'ai construit un modèle intégrant ces apports et répondant à mes attentes théoriques et cliniques.

Cinq modèles de l'hallucination peuvent être identifiés dans une perspective psychanalytique (encadré 12.1).

Encadré 12.1

Principaux modèles psychodynamiques de l'hallucination [1]

- La reviviscence d'une perception antérieure par décharge.
- La projection d'une sensation corporelle.
- Le retour sous forme perceptive d'une représentation rejetée.
- L'hallucination comme défense et reconstruction.
- L'hallucination comme un rêve.

J'ai indiqué les apports et les limites de chacun de ces modèles et j'ai constitué un modèle intégratif de l'hallucination prenant en compte ce que j'observais dans mon expérience de suivi au long cours de sujets hallucinés.

J'ai élaboré un modèle de l'hallucination psychotique autour de la notion centrale de « **travail de l'hallucination** » : ensemble de transformations effectuées sur une représentation ou un scénario intolérable, que le sujet ne peut pas élaborer (le plus souvent issu d'une expérience traumatique), qu'il rejette (*Verwerfung*) et qui sera appréhendé « comme une perception ».

La **figuration** transforme une pensée potentielle rejetée en image : au lieu d'être en contact avec une pensée intolérable, le patient est en contact avec une image qui la figure, qui lui donne une forme sensorielle. Par la **projection** (excorporation), cette image est appréhendée comme venant du dehors, elle devient étrangère (xénopathie), ce qui la différencie d'une image mentale. Par la **mise en suspens du jugement d'existence** (ou jugement assertif), cette image venant du dehors est appréhendée comme « comme une perception » (ce qui la différencie d'une rêverie diurne). La **mise en suspens du jugement de réalité** amène le sujet à conclure que ce qu'il voit existe : ce qui différencie l'hallucination psychotique de certaines hallucinoses d'origine neurologique le plus souvent (par exemple, pédonculaires), à propos desquelles les patients affirment bien percevoir (par exemple, des petits personnages) tout en sachant qu'ils n'existent pas.

À ces quatre mécanismes s'ajoutent la **démétaphorisation** et la **descénarisation** qui portent sur le scénario intolérable. La **démétaphorisation** consiste à supprimer la dimension métaphorique, abstraite, d'une expression ou d'un scénario intolérable ; la **descénarisation** a pour effet de supprimer la dimension scénarisée d'une pensée ou d'une représentation intolérable et qui agit sur le degré de construction de l'hallucination.

Précisons que le travail de l'hallucination, contrairement au travail du rêve, ne consiste pas à camoufler une représentation intolérable. Il ne porte pas sur un contenu latent pour le transformer en contenu manifeste et ainsi passer la censure. Il correspond à l'ensemble des transformations effectuées sur la représentation potentielle, qui n'a pu se construire, se constituer en pensée. Le « travail de l'hallucination » permet de figurer de l'infigurable, de représenter de l'irreprésentable. Il pallie, en s'y substituant, le travail de la mise en pensée rendu impossible par le processus de rejet. La construction hallucinatoire est une figuration, une mise en image ou « mise en forme » perceptive. Nous soutenons que la mise en représentation présymbolique s'effectue à partir de traces laissées dans la psyché par l'expérience intolérable. Quelle que soit la terminologie retenue pour nommer ces inscriptions (représentation de chose, signifiant formel, pictogramme, etc.), on peut s'accorder pour dire qu'il s'agit de représentations non symboliques. Si l'on accepte de s'inscrire dans une perspective évolutive, on les appellera représentations présymboliques. Le terme freudien qui m'a paru le plus adéquat pour nommer ces traces, appartenant à la catégorie des représentations de choses, est le terme d'image motrice [2], qui trouve son prolongement dans la notion de « signifiant formel » conceptualisée par D. Anzieu [3] : trace inconsciente, traduisant une impression corporelle renvoyant aux enveloppes (par exemple : « Le cerveau se vide. »), à des changements d'état du corps (par exemple : « Un bras s'allonge, une oreille se détache et se déplie. »).

Le travail clinique analytique avec les patients hallucinés

Si le travail de l'hallucination transforme des pensées intolérables en perceptions, le travail thérapeutique, lui, consiste en une transformation élaborative : celle de l'hallucination en une pensée qui n'avait pu se construire auparavant. Cette constitution est rendue possible dans la dynamique de la relation avec le clinicien : elle est une co-construction. Le travail clinique, analytique, de l'interprétation vise à effectuer le travail inverse du travail de l'hallucination (et du travail du délire). Il s'agit de la **métaphorisation** (ou re-métaphorisation), la **scénarisation** (ou re-scénarisation), la **ré-introjection du projeté**, la **re-mise en place du jugement de réalité et du jugement d'existence** pour cette expérience [4]. Il permet ainsi que la pensée rejetée puisse se construire et que l'expérience puisse se symboliser à l'intérieur d'une relation intersubjective (avec le clinicien et/ou avec une équipe de soin).

La psychothérapie des patients psychotiques peut s'avérer longue, difficile et parfois décourageante pour les thérapeutes et les équipes soignantes.

Ceux-ci constatent que les patients psychotiques changent lentement et que ces changements semblent fragiles, instables et susceptibles de régressions douloureuses. Les thérapeutes doivent souvent accepter de repérer ce que l'on peut appeler des « microchangements » là où ils auraient espéré des transformations spectaculaires dans les modes de relations du patient au monde extérieur et dans les productions de symptômes. La réalité des suivis nous rend modestes, nous invitant à renoncer progressivement à nos mouvements omnipotents, réveillés en échos à la problématique de nos patients. Mais une attitude réaliste n'implique pas, pour nous, résignation.

Quatre grands obstacles sont généralement avancés pour soutenir que la thérapie d'inspiration analytique des patients psychotiques est difficile, voire impossible. Il s'agit d'obstacles théoriques et pratiques, le plus souvent cohérents avec le modèle dans lequel ils sont formulés :

- la psychose est une structure, elle serait figée et ne pourrait changer, au mieux pourrait-elle s'aménager ;
- le psychotique serait dans l'incapacité d'investir la relation au monde extérieur et à son interlocuteur ; il ne pourrait y avoir d'investissement de la thérapie et donc de transfert avec les patients psychotiques ;
- le sujet souffrant de psychose ne pourrait investir une alliance de travail ; de plus, le dispositif et les techniques utilisées avec le patient psychotique ne seraient pas efficaces ;
- il est très difficile voire impossible pour le clinicien d'entrer en contact avec le monde du patient, qui lui demeure étranger.

Le changement dans la psychothérapie implique une certaine plasticité du psychisme qui varie selon le modèle théorique : faible dans le modèle structural [4, 5], potentiellement plus importante dans les modèles rendant compte du fonctionnement psychique en termes de position [6, 7] ou d'état [9], ou encore postulant l'existence d'une partie psychotique de la personnalité [9]. Ces différentes façons d'aborder le fonctionnement psychotique correspondent à différents vertex, à des modalités de découpage de la réalité psychique et d'interprétation des phénomènes observables. J'ai observé l'évolutivité, parfois importante, de sujets souffrant de symptômes psychotiques, ce qui m'a fait opter pour une approche non structurale, bionienne, dans laquelle je reconnais toute la complexité du fonctionnement psychotique et l'évolution possible des troubles hallucinatoires et du fonctionnement psychique.

L'obstacle majeur à la thérapie psychanalytique des psychoses demeure le double mouvement de désinvestissement du monde extérieur et de repli des investissements sur le Moi, donnant lieu au rétablissement « d'un état anoblectal primitif de narcissisme », et rendant très difficile voire impossible la recherche d'un nouvel objet [10]. Pourtant, on peut observer que le repli (narcissique) et le désinvestissement sont instables et ne sont que très rarement massifs au point d'empêcher les patients d'investir un thérapeute.

En fait, tous les investissements libidinaux ne sont pas suspendus, mais seulement ceux qui sont insupportables ^[11]. C'est ainsi qu'un transfert psychotique peut se développer. J'ai décrit comme le transfert psychotique se développe en trois temps (encadré 12.2).

Encadré 12.2

Cadre de lecture psychodynamique du transfert psychotique en trois temps, selon G. Gimenez ^[12]

- *Prélude*: le transfert psychotique peut être précédé par un temps d'exclusion du clinicien (autisme schizophrénique).
- *Premier temps (extension du moi)*: le clinicien est investi de façon fusionnelle, comme un prolongement du patient : il a alors le statut de pseudopode narcissique.
- *Deuxième temps (bi-triangulation)*: le clinicien devient un double narcissique du patient, objet idéalisé pouvant être appréhendé comme persécuteur par retournement de l'idéalisation narcissique.
- *Troisième temps (investissement)*: c'est ensuite qu'apparaît dans la thérapie l'investissement du clinicien dans la séparation et la différenciation, c'est-à-dire comme tiers possible. Cet investissement peut être médiatisé par un objet concret externe, objet intermédiaire narcissique (objet articulé au clinicien, investi entre le double narcissique et le tiers).

L'hallucination s'inscrit dans un processus évolutif ^[13]. Les hallucinations évoluent dans le cadre d'une relation clinique, dans la dynamique relationnelle, intégrant progressivement l'interlocuteur investi et se transformant de façon élaborative. C'est cette intégration du clinicien (ou de la relation à celui-ci) dans la formation narcissique qu'est la néoréalité hallucinatoire du patient que j'ai nommée « **transférentialisation** » ^[14]. Cette intégration permet le passage d'une forme narcissique à une forme transférentielle de l'hallucination. L'évolution élaborative des hallucinations se produit, à partir des modalités d'investissement de l'objet-clinicien dans la dynamique transférentielle : non encore investi, investi comme pseudopode narcissique, investi comme double narcissique, puis comme tiers potentiel. L'intégration du clinicien dans les hallucinations se fait parallèlement à son intégration dans le monde interne du patient. L'hallucination évolue alors en se transférentialisant : la formation narcissique prend une dimension relationnelle (transférentielle) en intégrant le thérapeute (comme objet narcissique) ou la relation à celui-ci. L'hallucination, création omnipotente autoérotique, devient une co-construction avec une dimension relationnelle. On peut ainsi différencier des « formes » hallucinatoires plus ou moins élaborées qui peuvent être ou non liées à l'objet-clinicien et possédant un pôle narcissique et un pôle transférentiel. L'intégration du clinicien dans la formation narcissique qu'est l'hallucination rend possible la création d'un espace

psychique laissant advenir la différenciation et la séparation. Progressivement, des places pour un sujet et un objet se différencient dans le scénario (ou proto-scénario) hallucinatoire. La boucle autoérotique hallucinatoire s'ouvre ainsi, et l'espace monodimensionnel se transforme en espace bi- puis tridimensionnel.

Le travail de l'interprétation, inscrit dans le processus de transférentialisation, accompagne le travail de métaphorisation, de scénarisation, de ré-introjection du projeté, de remise en place du jugement de réalité et du jugement d'existence pour l'expérience dont la représentation avait été rejetée. Il permet ainsi que la pensée rejetée se construise et que l'expérience intolérable se symbolise à l'intérieur d'une relation intersubjective, entraînant la disparition de l'hallucination qui n'a plus lieu d'être. Le processus de symbolisation, mis en suspens, gelé par le temps négatif de l'hallucination, peut reprendre, dans des conditions adéquates proposées dans la relation clinique. Ce qui ne pouvait être géré qu'en étant externalisé dans la forme hallucinatoire peut être déposé dans l'objet-thérapeute et transformé par l'activité liante du préconscient de celui-ci. Il apparaît comme un « appareil de transformation » mettant en œuvre et suppléant le fonctionnement préconscient défaillant chez le patient. C'est alors que le travail psychique (fonction alpha ; Bion, 1962) ^[15] du clinicien peut être utilisé par le patient dans un mouvement de transformation élaborative ^[16]. Dans la thérapie, la diminution de l'esthésie des hallucinations, voire leur disparition, provoque le plus souvent l'émergence d'affects dépressifs et laisse place à un mouvement dépressif (dépression secondaire) ^[17].

Il est important que la thérapie des patients souffrant d'hallucinations psychotiques évite deux écueils : rejeter défensivement la production hallucinatoire du patient appréhendée comme non existante d'une part et « entrer dans son délire » d'autre part. Il ne convient en effet pas d'entrer « naïvement » dans le délire de ses patients. Il ne convient pas non plus de signifier au patient que notre point de vue (sur la réalité, sur la perception) est supérieur au sien, ce qui pourrait impliquer une fermeture du patient à la relation. Enfin, il est nécessaire qu'un espace pour la rencontre soit créé, co-créé. Il n'est ni celui du patient, ni celui du thérapeute : un troisième espace. Deux points de vue pourront s'y articuler : celui du patient et celui du clinicien ^[18]. Dans cette perspective, le clinicien est invité à « rêver » ce que le patient hallucine. L'expérience du patient est alors appréhendée au même moment dans deux registres différents et articulables : une hallucination pour le patient, une « rêverie » pour le clinicien. Il est également important que se développe, dans le travail thérapeutique, l'appareillage (ou l'appariement) des psychés du patient et du clinicien ^[19]. Le clinicien devra s'approcher du monde du patient et tolérer à la fois sa mise à distance et ses rapprochements. Il se situe entre l'exclusion et la possible fascination, entre le complice narcissique et le persécuteur intrusif qui fait effraction dans le pare-excitations ^[20] trop fragile. J'ai nommé ce positionnement

interne la « **position psychique du clinicien** ». Le clinicien a à se mettre dans la « position psychique » adéquate, en se plaçant là où il peut être trouvé comme « objet subjectif » [1, 21]. C'est ce que l'on peut aussi nommer « se mettre en position favorable » ou, comme le dit Bion, dans un état d'unisson (*at-one-ment*) avec son interlocuteur [22]. Il est important que le clinicien accepte d'appareiller sa gestion du contre-transfert aux modes de fonctionnement interne du patient qui hallucine.

Il est aussi nécessaire que le clinicien tolère l'omnipotence du patient lors de la thérapie : qu'elle s'exprime dans le délire, dans les hallucinations ou dans le comportement [23]. Cette tolérance de l'omnipotence de l'autre implique le repérage et l'analyse des réactions contre-transférentielles qu'elle déclenche. Cette omnipotence nous renvoie, très fort, à notre capacité à tolérer notre finitude, notre castration, dans un mouvement jamais complètement intégré et toujours remis en cause par notre narcissisme. Nous devons nous présenter en tant qu'objet (*objet-presenting*) de façon à ce que l'espace d'illusion ne soit pas remis en cause mais, au contraire, sauvegardé. Avec le patient psychotique, le clinicien est appelé à être trouvé là où il aurait pu être créé de façon hallucinatoire : être trouvé-crée. En d'autres termes, il est appelé à se placer à l'endroit précis où le patient aurait pu l'halluciner. La psychothérapie des patients psychotiques implique nécessairement pour le clinicien qu'il se place à l'endroit où il pourra être trouvé par le patient, c'est-à-dire proche d'une hallucination, maîtrisé de façon toute puissante par lui.

Le cas de Georges¹

Présentation

Je présente maintenant le cas de Georges à partir duquel j'expliciterais quelques principes centraux du travail clinique d'inspiration psychanalytique avec des patients hallucinés.

Vignette clinique

Premier entretien avec George

Georges a toujours eu un imaginaire riche. Petit, il se sent devenir le héros des livres de science-fiction et fantastiques, de Tolkien, Stephen King et Philip K. Dick, et de types *Donjons & Dragons* (jeu de rôle médiéval-fantastique). Puis il commence à écrire des histoires fantastiques, habitées de personnages surnaturels, elfes, trolls, nains, démons, magiciens. À l'adolescence, il crée, de façon très minutieuse, des univers fantastiques, élaborant des plans, construisant ▷

1. Ce cas a été présenté dans une autre perspective pour explorer les processus archaïques dans le travail créateur [15] (Gimenez, 2013).

- ▷ des décors soigneusement peints, écrivant des scénarios très construits. Puis, juste après la naissance de sa fille, il se sent englouti dans l'univers imaginaire qu'il avait rêvé et qui se met à devenir autonome. Il se retrouve brusquement précipité, dans la vie quotidienne, dans un monde délirant et hallucinatoire rempli des personnages sur lesquels il écrivait. Un minotaure intruse sa maison. Un démon et un sorcier barbu le surveillent, le menacent et le font agir. Des personnages de *Donjons & Dragons* l'entourent. Il a lui même l'impression de devenir un dangereux lycanthrope... La nuit, on dessine sur son ventre, on grave des plans sur son buste et il en garde des stigmates au petit matin. Ses meubles portent aussi la marque gravée de ces dessins, schémas, plans, symboles kabbalistiques. Georges a trente ans, de stature imposante, aux cheveux roux et longs. Il s'est séparé récemment de sa compagne et est père d'une petite fille de deux ans. Lors de notre premier rendez-vous, j'apprends que, plusieurs fois par jour, il essaie de lutter vainement contre ses hallucinations. Celles-ci causent actuellement de grands préjudices dans sa vie familiale et professionnelle. Il a décidé de quitter sa famille après une hallucination où il se voyait en train de noyer sa fille dans son bain. Il évoque, lors des premiers entretiens, de très nombreuses hallucinations de tonalité négative. On le coud au matelas, on le transperce dans la journée avec des épées des lances, des couteaux. Une femme nue s'approche et lui fait l'amour, lui plante ses ongles devenus des griffes dans son dos et lui traverse la cage thoracique jusqu'aux poumons. Une créature maléfique lui déchire le ventre avec de grosses griffes, courtes, faisant un grand trou terrifiant, laissant sortir l'estomac... La présence d'autrui n'empêche pas ces manifestations hallucinatoires : à son travail, devant ses collègues, on lui fait claquer des élastiques sur les joues, ou encore l'obscurité totale s'abat dans son bureau et il entend des mâchoires d'un orque claquer près de ses oreilles... Quand il veut sortir de la pièce pour fuir ces attaques, on lui fait des croche-pieds et il tombe dans le couloir. Georges a aussi des hallucinations de transformations de son propre corps, dans le miroir. Quand il se regarde, il voit, terrifié, un être inquiétant avec les dents pointues, les ongles longs et crochus, les yeux exorbités (il le nommera le démon). Parfois, il perçoit un barbu, un sorcier, derrière ou à côté de lui. Quand il se rase, il a l'impression que l'image dans le miroir ne bouge pas exactement comme lui, mais décalée dans le temps. Quelquefois, quand il parle, son reflet ne bouge pas les lèvres, à d'autres moments, ce même reflet dans le miroir a les yeux fermés alors qu'il se regarde. Il voit aussi des doubles de lui-même (phénomènes d'autoscopie) : alors qu'il est sur son fauteuil, dans sa salle à manger, il se voit assis à côté de lui-même ; son double l'empêche de voir la télévision, lui tire les cheveux... et lui demande de le considérer comme un frère jumeau.

Questionnements préliminaires lors de cette prise en charge

Lors des premiers entretiens, je suis ainsi surpris par les très nombreuses hallucinations de Georges et en même temps par sa capacité à les évoquer, à en parler, à les décrire avec une juste distance, apparemment de façon non

interprétative, non délirante. Ce qui est assez rare (quand le sujet ne peut être contenu culturellement) pour les hallucinations psychosensorielles ayant une grande esthésie, une grande qualité d'image, comme les décrit Georges, et pour lesquelles les patients essaient, habituellement, de donner, après-coup, du sens de façon délirante. Je repère l'aspect très scénarisé des hallucinations, qui peuvent faire penser à un monde onirique ou à des scénarios de films de science-fiction ou de jeux de rôles (par exemple, la femme avec ses ongles coupants, le corps transpercé par des armes blanches, les créatures maléfiques, le démon, les petits soldats, les cafards, le double dans le miroir...).

Après trois entretiens préliminaires, et devant ma difficulté sur le statut de ses productions hallucinatoires, je décide de considérer celles-ci comme faisant partie de « l'hallucinoire », comme le nomment César et Sarah Bottela : phénomènes qui vont de la simple rêverie à l'hallucination psychotique, sans me préoccuper du registre psychique auxquelles ces hallucinations renvoient. Alors que nous échangeons sur le début de ses hallucinations, Georges évoque une période de surmenage très intense. Les mois qui ont suivi la naissance de sa fille, il travaille la journée et étudie ses cours du soir la nuit, tout en ne dormant que 3 ou 4 heures. Il change de maison et fait des travaux le week-end. Il est surmené, stressé, anxieux ; c'est alors qu'il voit des créatures étranges entrer chez lui : c'est sa première hallucination. Après une tentative de suicide où il tente de se jeter du haut d'un pont, il est hospitalisé. Je le reçois un mois plus tard, à sa demande, en cabinet.

Le minotaure

Lors du second entretien, Georges évoque une hallucination qu'il vient d'avoir il y a quelques jours. Un minotaure lui est apparu.

Vignette clinique

Deuxième entretien avec George

Il me dit, me scrutant de son regard : « *Un minotaure, ça n'existe pas...* » Puis il précise « ... *Quand je l'ai vu entrer dans ma salle à manger, je me suis dit ça dans ma tête : un minotaure, ça n'existe pas.* » Le minotaure lui a alors répondu, tout en s'approchant de lui : « *Comment ça je n'existe pas ?* » Il l'a transpercé avec une lance et Georges se vidait de son sang. À cette évocation, son visage traduit une grande douleur et une grande détresse. Au bout d'un moment, la lance a disparu progressivement ainsi que le sang et Georges s'est rendu compte qu'il s'agissait donc d'une hallucination...

Sur la base du cadre de lecture psychodynamique présenté en première partie d'article, nous pouvons repérer ici la capacité de George à critiquer son vécu hallucinoire après-coup. Georges reconnaît que ces hallucinations viennent de lui : nous repérons donc une faible xénopathie (phénomène

ressenti comme étant provoqué par une action extérieure) en dehors du moment hallucinatoire ; le mouvement projectif qui permet habituellement d'appréhender la pensée, impensable au-dedans, comme venant du dehors, semble être rapidement mis en échec par l'épreuve de la réalité. Nous repérons également, lors de l'hallucination, une altération du jugement d'existence (je perçois bien un objet) et du jugement de réalité (ce que je perçois existe dans la réalité extérieure), mais une reprise du jugement de réalité s'effectue très vite après l'expérience hallucinatoire.

J'essaie d'explorer, avec lui, le contenu hallucinatoire, en lui proposant d'associer à partir du personnage du minotaure. Il me parle alors de son investissement des mythes, des contes, des légendes, et de ses croyances religieuses qui ont une place importante dans sa vie. Je fais l'hypothèse que cet investissement culturel lui sert de « magasin des accessoires », comme le dit Freud à propos des restes diurnes pour le rêve, et fournit des figurations à ses hallucinations. Il me parle alors de son activité imaginaire intense, de ses lectures, de son écriture créative, de la création de personnages et de scénarios pour les jeux de rôles qui avaient toujours pour lui une texture extrêmement réaliste et peuplent alors son univers.

Hallucination et traces corporelles

Je l'invite également à associer sur la lance, le ventre, sur ce qu'il a senti dans son corps, et ce qu'il retrouve de ces sensations en en parlant. Je comprendrai plus tard à quel point cette partie du corps, le ventre, est si souvent mise à contribution dans ses nombreuses hallucinations. Il relie alors les douleurs hallucinatoires au ventre à d'autres douleurs analogues ressenties trois ans auparavant, période pendant laquelle il a frôlé la mort, lors d'une hospitalisation en urgence pour une péritonite et une pancréatite, suivies de complications, de caillots dans la vésicule biliaire, d'un foyer infectieux au foie et d'une septicémie. Les douleurs étaient, me dit-il, les plus fortes éprouvées dans sa vie. Après cet épisode somatique difficile, commence ce qu'il appelle sa « dépression » qui va durer trois ans pour s'arrêter un peu après la naissance de sa fille, son surmenage et le début de ses hallucinations. Georges m'explique, quelques entretiens plus tard, que sa plus grande inquiétude est de ne pas savoir quand il hallucine, même s'il y parvient, de façon critique, après-coup.

Vignette clinique

Troisième entretien avec George

Il me raconte une hallucination qui l'a beaucoup troublé. Un matin, après une nuit agitée, il se réveille avec du sang sur la poitrine et le ventre. Il me dit : « *Il y avait une forte odeur de sang qui remplissait l'appartement. Il y avait aussi du sang dans la salle à manger. Je me suis demandé ce que j'avais bien pu faire pendant la nuit. J'avais très peur. Je me suis douché et* » ▸

- ▷ *j'ai nettoyé le sol. J'ai rangé la serpillière et l'eau rouge de sang dans un seau dans le placard. Le soir, après le travail, le seau et la serpillière étaient propres. J'ai compris que j'avais eu une hallucination. Le lendemain matin, j'avais à nouveau du sang sur mon ventre, avec en plus des scarifications. J'ai décidé de ne pas me doucher, pour lutter contre l'idée de l'hallucination. Mais quand je suis arrivé au travail, mon patron m'a demandé pourquoi ma chemise blanche était pleine de sang. Je suis rentré chez moi et il y avait aussi du sang sur mes draps... Là, j'ai eu l'impression de devenir fou... J'ai besoin de votre aide.»* Georges me dit combien il est inquiet de se mettre ainsi en danger ainsi que ceux qu'il aime. Il se rend aussi compte que ses stratégies pour repérer les moments hallucinatoires sont de moins en moins efficaces.

Alliance de travail : apprivoiser la part étrangère

Georges me raconte sa lutte difficile contre les hallucinations. Je lui dis que je sens que dans ce mouvement de lutte avec ses hallucinations, il les alimente et leur donne force et énergie. Il est surpris et reconnaît qu'en effet, plus il lutte, plus elles sont présentes, denses et fortes. Je lui parle de ses hallucinations comme d'une part de lui qu'il ne connaît pas très bien et qu'il repère au-dehors, étrangère. Je lui dis que je crois qu'il est possible que cette partie de lui ait quelque chose à lui apprendre et qu'il peut, peut-être, en faire une alliée. Et j'essaie de traduire, à partir du film très émouvant de Robert Redford, *L'homme qui murmurait à l'oreille des chevaux*², comment, quelquefois, quand on lutte contre certaines parties de soi, c'est comme avec un cheval indompté, qui cabre, lutte en miroir contre nous parce qu'il est terrifié. Je lui dis que nous pourrions, peut-être, prendre du temps pour apprendre à apprivoiser cette part de lui et à la regarder différemment, de moins en moins comme un étranger. Il semble ému par cette perspective. Alors qu'il me demande comment faire, nous mettons en place une alliance de travail et je lui propose quatre axes :

- observer le lien qu'il met en place avec ses hallucinations et tente de travailler à partir de ce double mouvement que je repère en lui : la plainte inquiète et la fascination dépendante. Je l'invite à être le plus conscient et le plus présent possible, à lui-même et aux hallucinations aux moments où elles se produisent sans lutter contre elles (pour les exclure) ni en les attirant à lui en en étant fasciné... ;
- repérer, ensemble, les signes avant-coureurs des hallucinations. Quelques séances plus tard, il me parlera d'une confusion légère dans la tête qu'il repère systématiquement pendant quelques secondes, juste avant d'halluciner. Ce

2. *L'homme qui murmurait à l'oreille des chevaux*, film de Robert Redford (1998), qui indique comment un homme parvient à approcher un cheval inquiet et sauvage par la douceur et en l'apprivoisant.

qui lui permettra d'être un peu moins pris de cours par ses expériences hallucinatoires et les repérer ;

- apprendre à observer, comme de l'extérieur, ce qui lui arrive, ce qu'il pense, ressent, vit, voit, hallucine, un peu comme on regarderait un rêve qui serait plus fort qu'un rêve et qui continuerait par moments dans la journée. Ceci lui permettra de développer une position « méta », à côté, au-dessus, d'observateur, décalé par rapport à ses hallucinations ;
- chercher, ensemble, les signes qui pourraient lui permettre de distinguer hallucination et perception, en développant son attention à leur égard. Quelque temps après, il remarquera que la plupart des hallucinations sont bien plus réelles que la réalité. Cette hyperesthésie deviendra ainsi, pour lui, un indicateur qui l'aidera vraiment à différencier hallucination et perception.

Recherche d'espace sans hallucination

Nous chercherons également, ensemble, les situations dans lesquelles les hallucinations sont moins présentes, voire inexistantes : quand il chuchote (ou prie à voix basse), quand on lui touche ou masse le dos. Quand on lui parle calmement, de façon accompagnante, et quand son amie lui masse le dos ou se place derrière lui en position de chaise, les hallucinations diminuent puis s'arrêtent, et il se calme : comment ne pas penser ici à l'**objet d'arrière-plan** décrit par Grotstein ^[24], ou à la **fonction soutenance du holding maternel**, peut-être trop peu intégrée par Georges et en partie défaillante dans certaines circonstances. Je me rendrai compte que de nombreuses hallucinations, qui semblent n'avoir aucun lien entre elles, renvoient à des vécus corporels centrés sur les enveloppes et leurs intrusions, leur vidage et l'attaque du dedans du corps. Elles pourraient s'énoncer sous la forme : « Un corps est transpercé », « Une partie du corps est envahie », « Un corps étranger entre dans un intérieur », « Le sang s'écoule hors de son enveloppe », « Un corps se vide », « Une enveloppe est percée, envahie, intrusée ».

Nous repérons ici l'expression des traces corporelles archaïques, pré-symboliques, signifiants formels décrits par Didier Anzieu, renvoyant à ce que Freud a décrit comme les traces motrices et les images motrices. Ces signifiants formels de vidage et d'intrusion d'enveloppe sont, dans les associations de Georges, toujours directement ou indirectement liées aux expériences somatiques douloureuses alors qu'il a frôlé la mort.

Vignette clinique

Description des vécus corporels de George

Il parlera avec beaucoup d'émotion des sensations corporelles archaïques en partie scénarisées concernant ses nombreuses opérations (en tout une trentaine) : on a introduit des caméras dans son abdomen lors de la péritonite, on a soulevé une côte, on a retourné le foie pour nettoyer le foyer infectieux, il ►

- ▷ a beaucoup saigné... On l'a réopéré, il devait mourir, il s'est senti mourir, il se vidait de son sang...

Il fera, progressivement, des liens avec le fait que, quand les voix lui parlent, il sent, dans le même temps, une douleur au ventre : ce qui me fera penser que des hallucinations sont construites par réactivation des traces traumatiques liées à ce lieu du corps. C'est également au niveau de l'estomac qu'il ressent et localise ses angoisses toujours présentes quand il hallucine ; c'est encore à ce lieu du corps qu'il trouve le sang et les scarifications le matin. La pensée insupportable concernant la mort, et relayée par la douleur et les images du corps meurtri, souffrant, déchiré par la douleur, chez un sujet fragile, semble venir ici envahir le vide dépressif qui a suivi sa maladie somatique. Nous faisons l'hypothèse que cette période somatique douloureuse a réactivé des scénarios archaïques d'intrusion et de vidage renvoyant à des expériences plus précoces.

Transférentialisation des hallucinations

Rapidement, dans la thérapie, ses récits sont ponctués d'hallucinations au cours des entretiens : c'est le deuxième temps du suivi. Je suis alors très rapidement intégré dans les scénarios hallucinatoires. C'est ce que j'appelle la « transférentialisation des hallucinations » (Gimenez, 2010), mouvement par lequel une formation narcissique (l'hallucination) devient une formation relationnelle intersubjective, intégrant le clinicien.

Il s'agit d'un moment essentiel dans la psychothérapie dans lequel le thérapeute, investi comme double narcissique, est intégré dans la boucle autoérotique hallucinatoire. Lors du huitième entretien, il hésite à parler, tend l'oreille et donne des coups d'œil derrière lui.

Vignette clinique

Transférentialisation des hallucinations de George

« J'ai l'impression que tout se passe comme si vous surveilliez quelqu'un ou quelque chose derrière vous, et, en même temps, vous hésitez à m'en parler. » Georges reprend : *« Il me demande de ne plus vous parler. »* Plutôt que de le questionner sur l'origine de la voix, je préfère le relancer sur ce que cela implique dans notre relation (c'est-à-dire au niveau transférentiel).

« Vous entendez qu'on vous dit cela. Ne plus me parler. Comment faire alors ? »

« Il me dit que vous voulez le faire partir. »

Je poursuis dans la même démarche en disant : *« C'est une peur, une grande inquiétude, je ne souhaite pas que vous perdiez vos hallucinations, ni cet être du dedans qui vous parle au-dehors, je souhaite seulement vous accompagner là où vous me demandez à juste titre de vous accompagner : dans un lieu paisible où vous serez plus serein avec vous-même, un lieu où des parts de vous seront intégrées et ne vous obligeront plus à lutter contre elles. »*

Je le sens ému, et un peu soulagé. Quelques entretiens plus tard, juste avant la fin de la séance, je le sens inquiet : il m'explique que le démon est là, devant ▷

- ▷ la porte. Je l'invite à me traduire ce qu'il entend. *« Il me dit que vous arrivez à me protéger dans les entretiens, dans votre bureau, mais dès que je vais sortir, il va s'occuper de moi. Il me dit "Tu verras dehors... quand Gimenez ne sera pas là". »* Je repère, à côté de l'aspect persécutif, la dimension de la protection et donc des prémices de sa capacité à se servir, par identification, de ma fonction pare-excitative.

Je lui réponds : *« Je suis là pour vous protéger, dans mon bureau, mais aussi de plus en plus dehors, parce que vous emmenez de ces entretiens ce dont vous avez besoin pour vous protéger progressivement vous-même. »*

Après quelques séances, Georges me fait part de ses expériences de dépersonnalisation : il devient la nuit lycanthrope, un tigre-hyène, et fait partie de la grande famille des Versipellis (« ceux qui changent de peau »). Il me dit que certaines nuits, il se trouve au milieu des bois, nu, loin de chez lui, ne sachant pas exactement ce qui s'est passé. Et le matin, il trouve des objets étrangers dans la maison, des traces, des scarifications sur son ventre et sur ses meubles, qu'il ne s'explique pas.

J'ai par moments, une impression de « trop » : trop d'hallucinations, trop d'expériences, trop de figurations scénarisées proches des mondes de science-fiction et de ce qu'il écrivait. Et pourtant ce trop a toujours cohabité pour moi avec une sensation forte et insistante de sentiment d'une profonde souffrance, non simulée, non jouée, non mimée.

Diminution et disparition des hallucinations

Au cours de la prise en charge, les hallucinations diminuent progressivement jusqu'à disparaître, un an et quatre mois après le début du suivi. Demeurent, malgré tout, ses idées de transformations en tigre-hyène et son idée d'appartenir à la communauté des « Versipellis ». Commence alors une période dépressive difficile. Georges est face à un vide infini, intolérable, qu'il trouvera encore plus douloureux que les hallucinations. Nous commençons alors à travailler sur ce moment dépressif se substituant légitimement aux hallucinations douloureuses perdues. Mais cette période dépressive fera, trois mois plus tard, place à une période de douleur extrêmement vive au niveau du ventre et du bas du dos — je repère qu'il s'agit à la fois des parties du corps dans lesquelles il avait ressenti des douleurs aiguës quand il a frôlé la mort et de l'endroit concerné par les hallucinations. Deux mois après le début de ces douleurs aiguës, il suspend le suivi avec moi et se centre sur sa souffrance somatique et sur des explorations médicales poussées, qui n'ont trouvé aucun substrat organique à ses symptômes aigus persistants. Lors de ces deux périodes, dépressives et de douleurs aiguës, la « croyance » délirante aux « Versipellis » n'a pas cédé, même si les expériences de transformations ne se produisent plus.

Transférentialisation du délire

Après un peu moins d'un an de silence, Georges me recontacte en me disant qu'il a appris des choses qui le contrarient et le surprennent, mais comme il aime que les choses soient claires, il souhaite qu'on se rencontre : il sait maintenant que j'ai aidé d'autres « Versipellis » avant lui, (m'explique-t-il) et que c'est peut-être bien parce que je suis moi-même un « Versipellis » que j'ai pu ainsi le comprendre et l'aider.

Je replace son mouvement interprétatif dans la dynamique transférentielle : le noyau résistant au travail clinique se transférentialise et je suis intégré dans cette part de lui qui restait inaccessible. Pendant l'année écoulée, il n'a pas eu qu'une hallucination, quelques semaines auparavant, lors du décès de son père : il a vu une farandole de jeunes filles autour du cercueil, accompagnant ainsi son immense peine. Ce patient n'avait alors plus d'hallucinations. Le monde fantastique créé pendant son enfance et son adolescence, peuplé de créatures maléfiques et surnaturelles, et qu'il avait externalisé, rendu autonome et étranger, avait perdu sa texture, son réalisme, sa qualité d'image et sa présence envahissante. Ce qui s'était violemment déversé au dehors par retournement et excorporation, avait enfin retrouvé sa place au-dedans de lui. Et il s'était re-trouvé, même si le monde lui paraissait tellement fade... Il ne lui restait plus qu'un noyau resté intouché et protégé de croyance délirante et non envahissant, gardé relativement secret et intime : son identité fragile de « Versipellis », qu'il pensait retrouver transférentiellement chez son thérapeute. C'est ce que nous pourrions travailler dans la suite de la psychothérapie.

Conclusion

L'hallucination apparaît ici comme une mise en forme sensorialisée de ce qui ne pouvait pas se mettre en pensée chez le sujet. En cela, l'hallucination est une tentative pour pallier, momentanément, au travail psychique d'intégration d'une expérience trop difficile à introjecter, parce que trop douloureuse ou traumatique. Le scénario douloureux a subi, pour être tolérable, une série de transformations que l'on a appelée le « travail de l'hallucination » mais la production hallucinatoire garde le plus souvent la trace de la dimension traumatique originelle que l'on peut repérer dans les sensations corporelles (pictogramme et signifiants formels) qui s'actualisent quand le sujet est en lien avec son hallucination. En cela, l'hallucination est porteuse potentielle de signification pour le sujet qui la produit. La mise en sens peut être accompagnée en passant par « un autre que soi » apte à la fois à tolérer cette néoréalité et la rêver dans un espace co-créé dans la rencontre.

Points clés

- La dimension « étrangère », xénopathique, de l'hallucination, appréhendée de façon projective, comme venant du dehors, peut diminuer dans un accompagnement thérapeutique qui permet de se réapproprier ce qui était intolérable au dedans.
- La transformation élaborative de l'hallucination se déroule en parallèle à l'évolution des temps du transfert psychotique et de l'investissement du clinicien dans la dynamique de la thérapie.
- La transférentialisation de l'hallucination, c'est-à-dire l'intégration du clinicien dans le scénario hallucinatoire, est une étape décisive, pour autant qu'elle soit tolérée contre-transférentiellement par le clinicien et analysée dans le lien au patient.
- Progressivement, ce qui était saisi de façon autoérotique comme perception, devient une véritable pensée qui trouve sa place dans le sujet et ne revient plus hallucinatoirement du dehors.

Bibliographie

- [1] Gimenez G. Halluciner, percevoir l'impensé. Bruxelles: de Boeck; 2010.
- [2] Freud S. L'esquisse d'une psychologie scientifique. In: Freud S, editor. La naissance de la psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France; 1956 (1895), p. 313-96.
- [3] Anzieu D. Les signifiants formels et le Moi-peau. In: Anzieu D, Houzel D, editors. Les enveloppes psychiques. Paris: Dunod; 1987, p. 1-22.
- [4] Lacan J. Les Psychoses, Le séminaire, Livre III. (1955-1956). Paris: Seuil; 1981.
- [5] Bergeret J. La personnalité normale et pathologique. Paris: Dunod; 1974.
- [6] Klein M. Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In: Klein M, Heimann P, Isaac S, Rivière J, editors. Développements de la psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France; 1966 (1946), p. 274-300.
- [7] Segal H. Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein. Paris: Presses Universitaires de France; 1969 (1964).
- [8] Rosenfeld H-A. Remarques sur la psychanalyse du conflit surmoïque dans un cas de schizophrénie aiguë. In: Rosenfeld H-A, editor. États psychotiques. Paris: Presses Universitaires de France; 1976 (1965), p. 85-135.
- [9] Bion WR. Différenciation des personnalités psychotiques et non psychotiques. In: Bion WR, editor. Réflexion faite. Paris: Presses Universitaires de France; 1983 (1957), p. 51-73.
- [10] Freud S. L'inconscient. Métapsychologie. Paris: Gallimard; 1940 (1915), p. 65-123.
- [11] Rosenfeld H-A. Remarques sur la psychanalyse du conflit surmoïque dans un cas de schizophrénie aiguë. In: Rosenfeld H-A, editor. États psychotiques. Paris: Presses Universitaires de France; 1976 (1965), p. 85-135.
- [12] Gimenez G. Halluciner, percevoir l'impensé. Bruxelles: de Boeck; 2010.
- [13] Gimenez G. La construction d'une chaîne associative groupale dans le travail psychanalytique avec les patients psychotiques en groupe : du chaos dissociant à

- une possible polyphonie. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupes* 2006;2:79-91.
- [14] Gimenez G. De l'informe chaotique à l'auto-crédation du monde et de soi. In: Brun A, Chouvier B, editors. *L'archaïque, création et psychanalyse*. Paris: Armand Colin; 2013, p. 115-30.
 - [15] Bion WR. Une théorie de l'activité de pensée (1962). *Réflexion faite*. Paris: Presses Universitaires de France; 1983 (1962), p. 125-35.
 - [16] Gimenez G. Les hallucinations, expression d'un impensé familial. *Le divan familial* 2005;2:153-65.
 - [17] Barthélémy S, Gimenez G, Pedinielli J-L. Dégel des affects et changement dans la schizophrénie. *Bulletin de Psychologie* 2004;57:151-6.
 - [18] Gimenez G. Les objets de relation en relation individuelle, groupale et familiale. *Le divan familial* 2006;1:77-96.
 - [19] Gimenez G. Les objets de relation dans la thérapie individuelle et groupale de patients schizophrènes. *Groupes à médiation en pratiques institutionnelles*. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupes* 2003;2:41-62.
 - [20] Freud S. Notes sur le bloc note magique. Résultats, idées, problèmes, II. Paris: Presses Universitaires de France; 1985 (1925), p. 113-24.
 - [21] Winnicott DW. Jeu et réalité. *L'espace potentiel*. Paris: Gallimard; 1975 (1971).
 - [22] Bion WR. L'attention et l'interprétation. Paris: Payot; 1974 (1970).
 - [23] Gimenez G. Dans un autre temps et dans un autre espace. *Réflexion sur la thérapie de patients psychotiques chroniques*. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 1996;1:67-9.
 - [24] Grotstein J. Primal splitting, the background object of primary identification, and other self-objects. In: Grotstein J, editor. *Splitting and projective identification*. New York: Jason Aronson Ed; 1981, p. 77-89.

13 Principes de thérapie systémique brève et applications pratiques chez les personnes hallucinées

O. Cottencin, Y. Doutrelugne

Thérapies systémiques brèves et psychose ?... N'importe quoi !

Lorsque l'on propose une nouvelle technique, un nouveau logiciel ou une nouvelle machine à une équipe, il y a généralement deux types de réactions : il y a ceux qui sont enthousiastes d'emblée et qui vont essayer ce nouveau logiciel, cette nouvelle technique (cette nouvelle thérapie) dès le lendemain (avec plus ou moins d'enthousiasme et parfois de maladresse) ; et il y a ceux qui (jeunes ou vieux) sont convaincus « qu'ici ça ne marchera pas », que ce nouveau logiciel « n'est pas adapté » à leur pratique, que c'est... « n'importe quoi ! ». Les thérapies systémiques brèves (TSB) n'échappent pas à cette règle. En apparence, elles s'adressent à une patientèle privée, le plus souvent névrosée, bien ancrée dans la réalité, cliente d'un changement se rendant compte qu'elle est le plus souvent victime de ses paradoxes.

Nous souhaitons montrer dans ce chapitre qu'il est possible d'utiliser les méthodes de la TSB avec des patients souffrant de psychose, souvent peu ancrés dans la réalité, parfois hospitalisés sans leur consentement et qui tentent de survivre et faisant face à des angoisses importantes. Après avoir brossé un rapide portrait des TSB, nous présenterons les possibilités que nous proposons auprès de patients hallucinés.

Origines des thérapies systémiques brèves

On peut considérer que les TSB sont nées à Palo-Alto en Californie dans l'immédiat après-guerre autour de Grégory Bateson (1904-1980). Biologiste et anthropologue, il est à cette époque chargé de recherche sur la communication dans les systèmes humains. Il constituera rapidement un groupe de

chercheurs (psychologues, psychiatres, sociologues, etc.) qui fera plusieurs constats majeurs, dont deux qui nous intéressent particulièrement :

- les règles des relations humaines ne sont pas définies une fois pour toutes ;
- il existe une perpétuelle adaptation réciproque (consciente ou non).

Ce groupe donnera naissance en 1959 au *Mental Research Institute* qui sera le berceau des thérapies familiales systémiques et entretiendra des liens étroits avec Milton H. Erickson (1901-1980), un psychiatre américain aux pratiques peu communes pour l'époque. Milton Erickson apportera beaucoup à ce mouvement par sa connaissance approfondie de l'hypnose et ses techniques de communication en psychothérapie. Les collaborateurs de Bateson lui rendront d'ailleurs hommage dans de nombreux ouvrages [1-5].

En 1967, le groupe crée une clinique de psychothérapie, le *Brief Therapy Center* qui, toujours dans la logique cybernétique des systèmes humains, se focalisera sur la « résolution de problèmes relationnels répétitifs » et donnera naissance aux outils et grilles d'intervention de la TSB.

Avec le temps, cette école verra naître divers mouvements de thérapie ou techniques proches, tels que la programmation neurolinguistique, les thérapies familiales systémiques, la « nouvelle » hypnose (conversationnelle et indirecte), les thérapies orientées vers les solutions, etc.

Quelques définitions

Trois éléments fondamentaux sont importants à connaître pour mieux cerner l'objet principal des TSB.

Tout d'abord cette **thérapie** n'est pas une analyse. En effet, la TSB abandonne les concepts déterministes au profit d'une vision non normative et plus anthropologique. Elle quitte les concepts psychopathologiques, les étiquettes et les *a-priori*, pour ne parler que de « problèmes » définis avec un « demandeur ». Pour citer Dominique Megglé, nous pouvons dire qu'en thérapie la connaissance d'un supposé pourquoi n'est ni nécessaire ni suffisante pour changer [1]. Ainsi, les TSB s'orientent-elles vers la recherche de solutions plus que vers l'analyse des problèmes.

Ensuite, cette thérapie est **systémique**, ce qui signifie qu'elle s'attache à une vision interactionnelle des problèmes humains. En effet, pour paraphraser Paul Watzlawick, « systémique » veut dire que nous sommes dans un système, que l'on ne peut pas ne pas communiquer et que l'on ne communique pas tout seul [5]. Donc, dans une vision systémique, le thérapeute s'attache à travailler les situations cliniques sous l'angle des interactions plus que sous tout autre angle, dans une vision pragmatique.

Enfin, ces thérapies sont **brèves**. Mais une précision s'impose : le mot « bref » doit se comprendre ici au sens anglo-saxon de « *brief* » (« *straight to the point* ») ; en d'autres termes, c'est dans le sens du *briefing* (une réunion

préparatoire pour définir les objectifs à atteindre) qu'il faut entendre bref et non dans le sens d'une thérapie courte (même si nous restons sensibles au temps passé en thérapie). Comme disait Luc Isebaert lors d'un cours, la brièveté est plus une conséquence de notre façon de penser et d'agir qu'un but en soi. Ainsi, nous pourrions traduire les thérapies brèves comme des thérapies qui visent un changement. Elles sont focalisées, ciblées et stratégiques, la stratégie étant par définition une vision vers un objectif. Patients et thérapeutes partent d'un problème concret pour viser une solution concrète dans le souhait de maintenir une alliance thérapeutique — c'est-à-dire lorsque thérapeute et patient s'entendent pour conduire un travail ayant des effets en rapport avec les attentes de l'un et de l'autre [6].

Encore quelques concepts

Le changement

« Une intervention par résolution de problème vise le changement. [7] » Cette conception peut paraître élémentaire ; pourtant, nombre de thérapies s'enlisent à se poser la question de savoir pourquoi certains en sont arrivés là. Si l'on se place d'un point de vue purement interactionnel, la question qui nous intéresse est de savoir comment ce problème est entretenu, ici et maintenant. Et, pour reprendre plus concrètement les théories cybernétiques de la communication, nous nous appuierons sur le fait que les règles d'une relation ne sont pas définies une fois pour toutes et qu'il existe en réalité une perpétuelle **adaptation réciproque** — qu'elle soit consciente ou non. En d'autres termes, la relation entre deux êtres est un processus à « feedbacks » (rétrocontrôles). Et il en va du biologique comme du relationnel : tout ce qui vit s'adapte, tout ce qui ne s'adapte pas meurt. Ainsi, la connaissance de causes profondes du passé ne permet que rarement un changement dans une situation de crise. D'ailleurs, si vous tombez dans une fosse à purin, votre première question n'est pas « pourquoi ? », mais « comment ? » : comment vais-je sortir de cette situation de la façon la plus rapide, la plus pragmatique et la plus concrète ?

Les apprentissages

Nous pouvons tirer profit de nos succès ; et nous n'hésitons jamais à reproduire les bons apprentissages — même si certains parfois continuent à les ignorer ou les disqualifier, entretenant ainsi le problème. Mais savons-nous tirer profit de nos erreurs et de nos échecs ? Pourtant, en procédant par essais et erreurs, le fonctionnement humain peut autant apprendre de ses échecs que de ses succès. Refuser de comprendre pourquoi une situation a dégénéré ne nous permettra pas de la comprendre et nous ne pourrions que la répéter. Toutefois, bien des apprentissages se font hors de la conscience, tels les

ravages d'un moment traumatique devenu état de stress post-traumatique. De la même façon, bien des apprentissages « heureux » n'ont pas besoin d'être conscients pour exister. Ainsi que l'affirmait Yapko (*in* [8]), **nos problèmes d'aujourd'hui sont la conséquence prévisible des déficits de nos apprentissages**. En d'autres termes, personne n'a réalisé tous les apprentissages dont il a besoin, ce qui est sans conséquence tant que ces apprentissages ne sont pas nécessaires ; mais quand un contexte nouveau nécessite tel apprentissage (non encore réalisé), il y a un problème...

On apprend en faisant et en faisant progressivement (*in* [8]). Nous ne pouvons faire de changement avec quiconque sans tenir compte de son histoire. Par exemple, toute personne qui a fait l'expérience des supervisions d'équipe dans un service sait qu'il n'est possible d'accomplir que de petits changements, et des changements expérimentés par quelques membres éclairés de cette équipe.

Par exemple, devant un problème chronique, nous pensons « avoir tout fait » et épuisé toutes les possibilités, alors qu'en fait, nous n'avons utilisé qu'une solution (et une seulement), sans même avoir précisé quel était le problème. Une règle d'or en TSB sera d'abord de **définir précisément le problème** (souvent en termes interactionnels), avant d'imaginer des solutions pour faire enfin notre choix. Il faut d'abord comprendre le problème avant de le juger.

La position de l'anthropologue

Gregory Bateson était aussi un anthropologue reconnu. Alors qu'il était en voyage d'étude à Bali, il avait observé que les habitants du village qui l'accueillaient se levaient certaines nuits pour faire du feu et entrer en transe. Après une longue période d'observation, il comprit qu'ils adoraient la lune. De retour aux États-Unis, il avait surtout compris qu'un tel comportement en Occident les aurait conduits directement en prison ou dans un hôpital psychiatrique. Ainsi, lorsque le sens d'un comportement nous échappe, plutôt que de le juger, mieux vaut se demander dans quel contexte il peut avoir un sens. Les personnes souffrant de psychose ont certainement de bonnes raisons de s'agiter ou d'avoir un comportement bizarre — le patient halluciné obéit ou lutte contre ses voix, l'obsessionnel développe des rituels pour calmer son angoisse, etc. « Même le fou a sa logique » dira-t-il plus tard. Ce que nous appelons réalité n'est en fait que notre perception de la réalité.

En reprenant les propos de Watzlawick [4], nous pourrions dire que les conflits humains surgissent lorsque deux personnes attribuent un sens différent à une réalité qui est perçue en commun. C'est là souvent que les problèmes commencent..., alors que ce peut être l'occasion de grandes opportunités. Ainsi, si nous acceptons que notre réalité ne soit qu'une construction ou qu'une explication que nous donnons du monde extérieur, alors nous pouvons admettre qu'une bonne intervention peut consister à changer une construction douloureuse

de la réalité en une construction moins douloureuse (ou plus heureuse). Ceci ne signifie en aucune manière que cette construction soit plus « réelle » que l'autre. Elle est seulement moins douloureuse. Ainsi, les faits en eux-mêmes n'ont pas de sens, mais nous pouvons donner aux mêmes faits des sens différents. Et ces sens que nous aurons nous-mêmes donnés nous seront plus ou moins confortables ou plus ou moins douloureux.

Les faits, rien que les faits

C'est pourquoi dans ce type d'intervention, il est fondamental de séparer les faits des commentaires. Les faits aideront à préciser le problème ; les commentaires nous indiqueront le sens que cette personne leur donne, sa vision des choses, sa façon de voir la réalité. En pratique, nous entendons souvent les faits en même temps que les commentaires : « Il boit, c'est un fainéant », « Il boit, c'est un dépressif », « Il est agité, c'est un psychotique ».

Dans ce dernier exemple, reconnaissons que l'agitation (qui est un fait) n'est pas toujours en adéquation avec le commentaire. Et on ne peut s'empêcher de remarquer dans cette présentation le lien de cause à effet. Or, après avoir examiné le patient, il s'avère que c'était la douleur qui était dans ce cas la cause de l'agitation de ce patient sans antécédent psychiatrique. En revanche, son voisin de chambre était diagnostiqué psychotique !

Lorsque le bon sens n'est plus le bon sens

Lorsque l'on parle d'intervention brève systémique, il arrive toujours à un moment ou à un autre que l'on parle de paradoxe, d'intervention paradoxale ou de contre-paradoxe. Ce concept galvaudé a valu beaucoup d'initiatives à ce courant psychothérapeutique, accusé de thérapie à l'aveugle, dangereuse ou dénuée d'éthique. Effectivement, le paradoxe est dangereux, surtout lorsqu'il n'existe pas de paradoxe préalable.

Par exemple, demander à un sujet agité de se calmer semble logique. Mais si cette demande réitérée ne fait qu'aggraver son agitation et sa colère, il y a un paradoxe et il serait judicieux de faire autrement. Ces situations une fois décryptées sont toujours source de réflexion, d'apprentissage et d'une nouvelle façon de travailler pour les équipes soignantes. De même, inciter son mari à arrêter de boire n'a rien d'un comportement bizarre. Pourtant, il arrive que cela puisse contribuer à exacerber le problème. Il arrive également que, malgré ses échecs répétés, l'épouse persiste dans ses injonctions. L'épouse n'a ni tort, ni raison dans cette interaction avec son époux. Elle a juste choisi une solution qui non seulement ne fonctionne pas, mais encore entretient le problème. Ainsi, dans cette vision non normative et non pathologisante, il apparaît que **le problème** qui l'amène... **est la solution qu'elle a choisie pour le régler**. Le problème est une solution inadéquate qui n'a que trop duré. Quel que soit le contexte, la solution (inadéquate et répétitive) est le problème !

La demande définie comme une « boucle interactionnelle »

Ainsi, au regard de ces quelques exemples, il semble bien que, quelle que soit la cause de la demande, le problème n'est plus de savoir pourquoi le sujet a un problème (ou pourquoi le sujet est un problème), mais plutôt de savoir comment l'aider à se sortir d'une situation de souffrance en termes d'interaction. Car nous prenons l'option de considérer que la demande qui nous est faite s'inscrit dans une boucle interactionnelle. Et en effet, en définissant ainsi le problème, nous nous retrouverons en face de relations entre personnes, groupes et événements de vie. Et même lorsque le patient vient seul, vit seul, n'est poussé ni par un entourage, ni par la loi... il décrit sa souffrance en termes de handicap relationnel.

Il peut exister des relations linéaires ou circulaires. Dans une relation linéaire : il y a un aller sans retour (par exemple, une balle perdue me tue, je suis bien incapable d'y répondre puisque je suis mort). Mais il existe également (voire le plus souvent) des relations circulaires : un agresseur m'agresse, je me défends (ou je crie ou je tombe en syncope ou je pleure), il prend la fuite (ou redouble de violence...). En somme, chacun est partie prenante dans la relation. En d'autres termes, à chaque étape de la relation (aussi dégradée soit-elle), nous avons toujours la possibilité de faire un autre choix qui modifiera l'interaction suivante (la boucle suivante). C'est ainsi que l'on définit deux types d'interactions :

- *l'interaction symétrique* : plus il crie, plus je crie/plus il ment, plus je mens... ;
- *l'interaction complémentaire* : plus il m'écrase, plus je m'aplatis/plus il ment, plus je continue à lui faire confiance...

Ces escalades complémentaire et symétrique sont le résultat de la persévérance et de l'intensification de l'un de ces processus qui aboutit à un état de déséquilibre problématique du système : il y a crise [9].

En TSB, et fort de notre connaissance des situations paradoxales (décrites précédemment), on comprend vite que pour sortir d'une escalade symétrique, on peut proposer une réponse complémentaire et inversement.

Vignette clinique

Illustration de l'escalade symétrique et usage de la métaphore thérapeutique

« Plus je l'aide, moins elle travaille » rapporte cette mère à propos de sa fille. « J'ai tout essayé : les punitions, les récompenses, la surveillance, les coupures d'internet. » Elle a tout essayé effectivement en matière d'intervention, mais elle n'a jamais essayé de ne pas intervenir avec cette adolescente en quête d'autonomie.

Thérapeute : « Et si vous l'aidiez, en ne l'aidant pas ? Votre fille c'est comme un papillon. Un promeneur voit un jour un cocon duquel s'efforçait de sortir la »

- ▷ *chrysalide devenue papillon. N'écoulant que son bon cœur, face à sa grande difficulté à sortir de son cocon et voyant qu'il a fait tout ce qu'il pouvait pour sortir de son cocon... il décide d'ouvrir le cocon. Le papillon sort aussitôt et tombe par terre, le corps tout maigre et les ailes fripées. Il n'avait pas assez de force pour voler n'ayant pas pu les développer en forçant les parois du cocon. »*

Lorsque je fais à la place de l'autre, je ne suis pas à la mienne. Y a-t-il un paradoxe dans cette métaphore ?

Définir la position du patient

Avant d'envisager toute option thérapeutique et toute analyse motivationnelle, il importe de rechercher quelle est l'implication du patient dans la thérapie. En d'autres termes, définir la position du patient consiste à répondre à la question de savoir « *qui se plaint ?* » et « *de qui se plaint-on ?* » [10].

Car en termes interactionnels et systémiques, il existe, trois types de patients.

Le patient non concerné (encore appelé « touriste », même si ce terme est un peu péjoratif)

Un patient « non concerné » consulte mais n'a pas de problème — il s'agit typiquement du sujet « alcoolique » amené par sa femme ou de l'adolescent amené par ses parents. Face à un tel patient, le thérapeute doit reconnaître qu'effectivement le « touriste » a un problème mais, en termes communicationnels, il a surtout un problème avec le demandeur. Ainsi, avant même d'envisager une solution thérapeutique pour le problème désigné, il est important de reconnaître le problème que le patient a avec le demandeur et de savoir s'il est prêt à travailler sur la redéfinition du problème. En d'autres termes, qu'est-il prêt à changer pour obtenir satisfaction ? Ainsi, le « touriste » est obligé d'entendre le point de vue du demandeur et inversement bien sûr. Si un époux (ou une épouse) se plaint de l'alcoolisme de son conjoint, il (elle) sera bien obligé(e) d'entendre qu'il se plaint de sa froideur, de son manque d'affection ou de tout autre conflit — auquel ce patient rattache son propre « alcoolisme ».

Le patient-plaignant

Un plaignant a un problème mais il l'attribue aux autres (à sa famille, à son entreprise, à son patron, à ses collègues, au gouvernement, à la crise, à la société, à son enfance, etc.). Le thérapeute face à un tel patient n'est pas en mesure de lui faire comprendre qu'il est partie prenante du problème dans lequel il se trouve. La première étape est donc de l'aider à distinguer ce qu'il pense dépendre de lui (ou non), de lui apprendre que « l'autre » ne changera pas et que lui seul peut changer. « *C'est à cause de mon mari que je bois, ce n'est pas moi qui devrait être ici c'est lui* » est un point de vue respectable mais qui doit être immédiatement recadré en thérapie. En effet, le thérapeute doit faire comprendre à cette « victime » qu'elle n'est pas chez le thérapeute à

tort ou à raison, mais parce qu'elle souffre, parce qu'elle veut que cette situation change. Un point de vue qui n'est pas sans nous rappeler la prière de Marc Aurèle (reprise par les Alcooliques Anonymes) : « *Ô Dieux, donnez-moi la sérénité d'accepter ce que je ne peux changer, le courage de changer ce que je peux et la sagesse de distinguer l'un de l'autre.* »

Le patient-client

Le patient-client est très recherché des thérapeutes, car c'est un sujet qui a un problème et qui est prêt à travailler les solutions pour sortir de ce problème. S'il nous rencontre c'est bien souvent parce qu'il n'arrive pas à changer avec la solution qu'il a choisie. L'objectif du thérapeute sera d'aider le patient à comprendre son rôle dans l'entretien du problème et donc dans la solution qu'il pourra dès lors inventer lui-même — quitter l'impuissance apprise, quitter l'inhibition de l'action, repérer les pièges de la répétition, comprendre que la solution choisie est celle qui entretient le problème, etc. Au contraire du plaignant, le client doit admettre de ne changer que ce qui dépend de lui et doit accepter de ne pas changer ce qui ne dépend pas de lui. La prière de Marc Aurèle lui est bien utile également mais pour des raisons diamétralement opposées à celles du plaignant.

Quelle application dans le traitement des patients souffrant de symptômes psychotiques ?

Ainsi, on comprend bien à la lecture de ces concepts que l'une des originalités des TSB est leur prise de position **non normative** et **non pathologisante** quant à la définition du problème et la détermination des objectifs de l'intervention par le patient lui-même ^[11].

Or, dans le contexte d'un trouble psychotique, force est de constater qu'il est bien difficile pour le patient de pouvoir préciser seul les problèmes sur lesquels peut porter l'intervention thérapeutique. Tout d'abord parce qu'en phase psychotique aiguë, il est bien souvent obligé aux soins (hospitalisé ou non) mais, par ailleurs (avec ou sans contrainte), la définition de la psychose porte fondamentalement en soi la **perte du contact avec la réalité**. Dès lors qu'il voudrait déterminer seul les objectifs, il est fréquent malheureusement qu'ils soient inadaptés (surtout en phase aiguë) et en total désaccord avec le sens commun ou les souhaits de ses proches (voire de la société).

Mais alors, considérant les chapitres précédents, en quoi est-ce un problème de perdre contact avec la réalité... puisque selon les constructivistes, la définition de la réalité est plus une construction de l'esprit, une vision du monde à partir d'une réalité commune observée. Et il est un fait certain que, plus que tout autre, le patient diagnostiqué psychotique a une vision de la réalité souvent très différente de la majorité des sujets névrotiques qui l'entourent.

Le problème avec un patient souffrant de symptômes psychotiques en termes interactionnels, est l'impact de sa vision du monde. Le sujet névrotique qui ne pense pas comme vous, adapte son comportement à ce que la société lui offre comme degré de liberté. Le sujet psychotique en revanche, poussé par une vision du monde effrayante ou poussé par des hallucinations perçues comme réelles, n'est plus en mesure de se contenir dans l'espace social qui est dédié à chacun en fonction de sa culture et de son environnement. Mais il est une autre caractéristique qui n'est pas simple avec l'« halluciné » : c'est qu'il n'admet pas souvent avoir tort, ou n'admet pas souvent l'avis de l'autre. Et ce point n'est pas une interprétation de notre part, mais provient bien des propos des patients. Ils nous disent qu'ils voient souvent les autres comme un « *tout* » et un « *tout hostile* » : cette illusion de centralité qui a été décrite par Henri Grivois [12]. De fait, le patient halluciné ne considère pas que sa vision de la réalité ne soit qu'un point de vue. Face à l'angoisse, la personne souffrant de psychose construit une néoréalité (c'est-à-dire un délire) et il n'est pas prêt à lâcher cette construction (à la fonction protectrice en quelque sorte) pour la réalité de l'autre ou des autres.

En termes de communication, il est difficile de convaincre un convaincu qui a déjà trouvé une solution (inconsciente) à son problème (l'angoisse psychotique). Cette hypothèse de travail, Sigmund Freud en parle depuis longtemps considérant que le délire est une tentative de résolution de l'angoisse. Mais une tentative de résolution, n'est pas une solution unique et fixée... et c'est peut-être là que **le constructiviste peut aider le patient**.

En termes constructivistes, c'est ainsi que l'idéation suicidaire peut devenir aussi une tentative de solution. C'est même parfois un grand soulagement que d'avoir enfin une solution de sortie de crise par l'idée du suicide. Tous les cliniciens ont déjà rencontré ces patients mélancoliques, angoissés, torturés par leurs ruminations douloureuses presque soulagés par l'idée du suicide qu'ils programment. « *Sans l'idée du suicide, la vie me serait insupportable* » disait Cioran. Mais pour nous, thérapeutes, ce ne sont que des tentatives de solution, auxquelles nous ne pouvons adhérer étant donné que nous sommes du côté de la pulsion de vie. D'où l'importance de ne les voir que comme « une solution parmi d'autres, que le patient n'aurait pas encore explorées ».

Mais ce ne sera pas en expliquant au patient que la solution qu'il a choisie n'est pas cohérente avec la réalité partagée de l'ensemble de la population que nous l'aiderons à changer d'avis. Surtout si nous voulons garder l'alliance thérapeutique.

Le paradoxe du thérapeute

Ainsi, comment pouvons-nous faire admettre à quelqu'un (patient ou non) que notre réalité est différente (ou meilleure) que la sienne ? Avec un proche bien inscrit dans la névrose, c'est déjà difficile. Il est vrai que le névrosé

passer son temps à faire des concessions, cherche sans cesse à améliorer sa réflexion et même parfois admettra-t-il ses torts pour ne pas perdre ses amis (ou par culpabilité, mésestime de soi...). D'ailleurs, avec un névrosé qui ne serait pas « conforme », ne dit-on pas qu'on va tenter de lui faire « entendre raison ». Ce qui ne fonctionne pas évidemment puisque c'est souvent par l'affect qu'on aide son ami à changer d'avis.

Ce qui caractérise la personne souffrant de psychose — au-delà du fait qu'il est difficilement accessible par l'affect — c'est qu'il n'admet pas facilement que sa vision du monde n'est qu'un point de vue. Lorsqu'il change la réalité, pour lui **cette nouvelle réalité est vraie**. Sa tentative de résolution de l'angoisse, c'est de rationaliser cette angoisse, c'est-à-dire la mettre dans le réel... en l'occurrence le sien. Et comment rationaliser l'angoisse autrement que par une néoréalité qui fait peur : sentiment d'incompréhension, illusion de centralité, persécution, complot, hostilité des autres, etc.

Ainsi, la première difficulté que rencontre le thérapeute qui veut travailler avec un patient diagnostiqué psychotique est de cerner le paradoxe de sa position de thérapeute. « *L'un des charmes du travail avec les agents doubles réside dans le fait qu'ils sont rémunérés par l'ennemi.* ^[5] » Dans le cadre du travail avec un patient souffrant de psychose (comme dans le cadre des soins obligés), les médecins sont en devoir de se poser la question de savoir au service de qui ils travaillent. Bien évidemment, leur cœur penche du côté des patients. Pourtant ils ne peuvent pas oublier leur devoir d'être social qui les fait incliner du côté de la société et de la réalité sociale.

Lorsque vous êtes poursuivi par un fou armé d'un couteau, pour le juge ou le psychiatre, celui qui a un problème, c'est le fou ^[5]. En TSB celui qui a le problème est celui qui souhaite que la situation change, en l'occurrence celui qui est poursuivi.

Le thérapeute est-il censé « normaliser » les individus qui remettent en question les valeurs de notre société par le délire (ou le suicide) ? Ou bien est-il censé donner son aide à celui qui a un comportement déviant en lui donnant raison contre l'ensemble de la société ? En fait, le thérapeute se trouve à la croisée des chemins et, s'il veut avoir les mains libres, il est préférable qu'il oublie la vision dichotomique entre le normal et le pathologique.

Vignette clinique

Illustration du changement de point de vue

Une femme est hospitalisée parce qu'il y a des loups dans sa maison qui veulent manger ses enfants (alors qu'il n'y en a pas..., nous avons vérifié). Il est certes très simple de dire que cette femme est psychotique et hallucinée. Lorsque nous rencontrons son mari, alcoolique, violent, qui a eu des comportements incestueux avec l'un de leurs enfants (la sœur nous l'a confirmé par la suite), qui la bat parce qu'elle ne se montre pas serviable envers lui mais qui l'accuse de le tromper lorsqu'elle a du dégoût pour lui, nous comprenons mieux sa situation et donc son

- ▷ attitude. Montrer sa peur sous-entend à son mari qu'il est dangereux, ne pas la montrer est un manque de respect, se révolter est impossible car il aura le dessus et faire allégeance met ses enfants en danger. Cette patiente se retrouve donc dans ce qu'il est commun d'appeler « un double lien » : c'est-à-dire que quelle que soit la solution choisie, elle a tort. Une solution ? La fuite ? Mais elle ne peut pas abandonner ses enfants. Face à l'angoisse, le fonctionnement inconscient le plus économique chez cette patiente semble donc être la « folie ». Donc entre partir et devenir folle, son choix inconscient fut vite fait. En devenant folle, elle mobilise le corps social, son médecin traitant (signataire du certificat) et sa sœur (signataire de la demande d'hospitalisation sans consentement). Hospitalisée, les enfants sont confiés à la sœur ; à l'issue de l'entretien familial, il est décidé qu'elle ne reviendra pas chez elle (le mari n'en veut plus... : « *Une folle, pensez donc !* »). Et comme le mari est incapable de s'occuper seul des enfants, ils resteront chez la sœur (étant donné qu'en tant que « folle », la patiente ne peut plus s'occuper seule de ses enfants). La sœur est beaucoup plus adaptée pour protéger les enfants, qui ne verront plus leur père seul, en attendant que la justice s'occupe de la situation. Resitué dans son contexte et d'un point de vue interactionnel, ce comportement de « folle » était son seul moyen acceptable d'échapper à une situation intenable tout en protégeant ses enfants. Il n'y avait pas « des loups » dans sa maison, il n'y en avait qu'un seul... et de taille.

Dans cet exemple, on comprend bien que notre but n'est pas de repousser les limites entre normal et pathologique, mais de comprendre comment fonctionne le sujet victime d'hallucinations et comment, d'un point de vue fonctionnel, il cherche les solutions (inconscientes) les plus économiques pour moins souffrir ou se sortir de situations inextricables.

Mais, si le sujet utilise le changement de la réalité comme tentative de solution, il faut bien reconnaître qu'il n'en a pas conscience : la patiente présentée ci-dessus refusait les soins lorsqu'elle était hospitalisée et voulait partir car ses hallucinations l'effrayaient. Par ailleurs, elle ne pouvait pas admettre notre interprétation « fonctionnelle » de systémiciens. D'ailleurs, tous ceux qui lui ont dit que « *c'était dans sa tête* » ou que « *c'était pour fuir son mari* » ou que « *la symbolique du loup signifie que...* » n'ont jamais pu entrer en contact thérapeutique avec elle, contrairement à ceux qui lui ont donné « *un traitement pour chasser les loups* » avec l'aide de sa sœur — car on ne peut pas toujours s'en sortir tout seul.

En termes de communication, ne pas entendre le délire hallucinatoire en tant que « vérité pour le patient » est une erreur à double titre

En effet, en premier lieu, ne pas l'entendre c'est choisir dans ce paradoxe du thérapeute de faire clairement alliance contre le patient. En effet, lorsque le patient est hospitalisé sans son consentement ou lorsque ses propos n'appartiennent pas au sens commun (par exemple, il n'y a pas de loup), le

thérapeute se trouve *de facto* dans un double lien. En tant qu'agents doubles, pour le patient, nous sommes rétribués par l'ennemi (la société qui l'a enfermé, la société qui ne le croit pas). Nous sommes donc du côté du tiers qui a demandé l'hospitalisation (garant de l'ordre social). Nous sommes du côté de la pensée commune de la société (garant de l'ordre moral). Bref, nous ne sommes pas du tout en alliance avec le patient, discrédités *a priori* et incapable de travailler avec lui. À part attendre que les antipsychotiques prescrits de force agissent au bout de plusieurs semaines, les solutions sont minces et peu satisfaisantes pour l'avenir lors de l'amélioration symptomatique. Nous n'aurons que réticence, alors que nous attendons naïvement la critique du délire.

Mais si nous faisons alliance avec le patient en « entrant » dans le délire ou en contestant son hospitalisation contrainte, comment pouvons-nous travailler avec la famille (ou le demandeur) ou l'État (en cas d'hospitalisation à la demande d'un représentant de l'État), s'ils nous pensent fondamentalement aux côtés du patient ? Comment pouvons-nous être crédible vis-à-vis de la société en tant que soignant si nous délirons avec le patient, seuls contre tous ? Pourtant, au nom de la sacro-sainte alliance thérapeutique, notre métier de thérapeute n'est-il pas d'aider des sujets en souffrance ? Quoi qu'il en soit, d'un point de vue systémique, ce n'est pas un cadeau à lui faire que d'entrer avec lui dans le délire. Car si le thérapeute et le patient s'isolent des demandeurs, ils se retrouvent seuls contre tous, alors que l'amélioration ne peut se mesurer que dans la souplesse à appréhender une réalité commune.

Ainsi, face à la psychose ou à la contrainte, le thérapeute est dans une situation inextricable, coincé entre le marteau et l'enclume, entre son devoir de soignant et son devoir « d'être-social-et-responsable ».

La seconde erreur lorsqu'on ne veut pas entendre la vérité du patient est une erreur majeure de communication. Une erreur qu'aucun vendeur de voitures ou de cravates n'oserait commettre d'ailleurs. Quelques exemples pour nous aider à mieux comprendre.

Exemple

Exemple de « dialogue de sourds »

- Patient : « *J'entends des voix.* »
- Thérapeute : « *Non, il n'y a pas de voix.* »
- Patient : « *J'entends des voix.* »
- Thérapeute : « *Mais non... c'est dans votre tête.* »
- Patient : « *Puisque je vous dis que j'entends des voix, ça m'arrache la tête.* »
- Thérapeute : « *Mais non, c'est du délire.* »

Deux heures ainsi... c'est long ! Certes cet échange est caricatural (encore que...). Et nous pouvons admettre que nous ne répondons peut-être pas de

façon aussi abrupte aux patients. Toutefois, les longs silences que l'on peut observer face à l'expression d'une telle souffrance ne sont-ils pas parfois plus agressifs que cet échange infructueux ?

Vignette clinique

Se taire, c'est aussi communiquer !

Lors d'une garde à vue, une patiente hallucinée invectivait le jeune gendarme qui ne répondait pas et évitait son regard. Et moins il répondait (souhaitant rester « professionnel »), et plus elle l'invectivait. Son chef (plus ancien) commence alors à la regarder, hoche la tête, et redis le dernier mot de chacune de ses phrases, calmement... en hochant la tête. Et la patiente commence à parler moins fort et à s'apaiser. En train de rédiger le certificat, je m'interromps, m'approche et explique aux deux gendarmes qu'elle n'est pas dans la réalité. Le plus âgé me dit : « *La pauvre, ce n'est pas sa faute.* » Le plus jeune s'apaise et la regarde. Au moment de la ramener à la voiture, il lui parle doucement, elle se laisse conduire calmement.

Prenons un autre exemple qui ne se situe pas dans le champ de la psychothérapie, afin de bien comprendre l'importance d'écouter le langage de l'autre :

- Acheteur : « *Je voudrais un monospace.* »
- Vendeur : « *Vous avez des enfants ?* »
- Acheteur : « *Non je suis célibataire... mais j'aime bien les monospaces.* »
- Vendeur : « *Vous n'avez pas besoin d'un monospace si vous êtes célibataire.* »
- Acheteur : « *Oui, mais... j'aime bien les monospaces. On peut aller l'essayer ?* »
- Vendeur : « *Non franchement je n'en vois pas l'intérêt.* »
- Acheteur : « *... ! ? ...* »
- Vendeur : « *Regardez cette petite sportive. 200 ch. sous le capot ! Ça c'est de la bagnole ! Une belle voiture de jeune célibataire. Faites-moi confiance, le monospace ce n'est pas pour vous.* »
- Acheteur : « *Mais puisque je vous dis que je veux un monospace... J'ai beaucoup de choses à transporter.* »
- Vendeur : « *Et un break, un peu sportif ? Ça vous dit ?* »
- Acheteur : « *Vous êtes bouché ? Je veux un MONOSPACE ! Appelez-moi votre chef !* »
- ...

Jamais un tel dialogue avec un vendeur de voiture ne sera accepté par un directeur des ventes. Et un vendeur ne vendra jamais rien ainsi. D'ailleurs, avez-vous un jour entendu un tel discours de la part d'un vendeur ? Et pourtant combien de médecins ont prescrit des médicaments mal supportés malgré les protestations des patients en raison de leurs effets secondaires. Combien de diabétiques ont dû respecter les protocoles rigides imposés par les médecins ? Combien de patients passif-dépendants décrétés « hospitalophiles » ont dû quitter l'hôpital la honte au front ?

Reprenons quelques exemples...

Exemple

Du prescripteur n° 1...

- Patiente : « *Votre traitement contre la tension, je ne le supporte pas.* »
- Médecin 1 : « *Madame, l'hypertension c'est très grave à votre âge. Il faut continuer le traitement.* »
- Patiente : « *Oui, Docteur, j'entends bien, mais je me gratte entre chair et peau. Je ne le supporte plus.* » [La patiente est âgée, l'expression est intéressante !]
- Médecin 1 : « *Est-ce que vous vous rendez compte de ce que vous me dites ? Entre vous gratter et risquer l'accident vasculaire cérébral vous préférez votre confort et ne pas vous gratter ! Je vous prescris un antihistaminique, mais c'est bien parce que c'est vous.* »
- Patiente : « ... »

C'est parce que de tels dialogues sont improductifs, irrespectueux, illogiques, contre-productifs que l'abord systémique et bref de la communication interpersonnelle peut aider à communiquer avec les patients souffrant de psychose. Même si le néophyte appelle cela de la politesse.

Suite de cet exemple : la patiente, qui n'a pas pris le traitement... ni l'anti-hypertenseur, ni l'antihistaminique, a changé de médecin (sur nos conseils).

Exemple

...Au prescripteur n° 2

- Patiente : « *Le traitement que m'a prescrit votre confrère contre la tension, je ne le supporte pas. C'est un bon traitement... mais je ne le supporte pas.* »
- Médecin 2 : « *Madame, l'hypertension c'est très grave, à votre âge. Il faut absolument avoir un traitement contre la tension.* »
- Patiente : « *Oui, Docteur, j'entends bien, mais je me gratte entre chair et peau. Je ne le supporte plus.* »
- Médecin 2 : « *Je suis bien d'accord avec vous et c'est un problème très ennuyeux cela, car si vous ne le supportez plus, vous allez l'arrêter. Voulez-vous que je le change ?* »
- Patiente : « *Oui, Docteur, j'ai bien compris que c'était grave, mais je me gratte tellement vous comprenez.* »
- Médecin 2 : « *Mais bien sûr que je vous comprends Madame. Un bon traitement doit être bien supporté, sinon on ne le prend pas. Et on a bien raison de ne pas le prendre. Je vous prescris celui-ci, il ne donne pas de démangeaisons. Malheureusement aucun médicament n'est parfait. Et je dois vous avouer que celui-ci donne parfois un peu de nausées. Si j'étais vous, je le prendrai bien au milieu du repas pour ne pas avoir ces nausées. Mais rassurez-vous : **si jamais vous ne le supportez pas, vous l'arrêtez tout de suite et vous m'appellez... d'accord ?** Et je vous en prescrirai un autre !* »

Alors que les objectifs sont les mêmes — prendre un traitement anti-hypertenseur vous sauve la vie —, quelle est la différence entre ces deux médecins ? Au-delà de l'impolitesse et de la suffisance du premier médecin (et nous vous jurons que cet exemple est authentique) :

- le premier médecin n'entend pas la « vérité de la patiente », le second si ;
- le premier médecin ne croit pas à la réalité douloureuse de la patiente, le second si ;
- le premier médecin ne veut pas comprendre la motivation de la plainte de la patiente (se gratter est plus insupportable que de risquer l'accident vasculaire), le second si ;
- le premier médecin n'accepte pas que la patiente commande, le second si ;
- le premier médecin n'utilise pas les ressources de la patiente, le second si ;
- et surtout le second médecin augmente la réalité de la patiente en lui donnant raison ! Le premier médecin, non.

Reconnaître, Accepter, Augmenter pour mieux Utiliser

Ainsi, on le voit pour communiquer avec l'autre il faut le **comprendre**. Et la démarche thérapeutique ne passe pas que par une volonté humaniste d'aider les autres. C'est aussi une démarche structurée qui passe par des règles de communication.

Les vendeurs sont parfois meilleurs que les docteurs car ils vous comprennent toujours. Le mauvais vendeur de l'exemple précédent ne comprend pas la demande de son acheteur, pire il ne l'entend pas et ne l'accepte pas. Lorsque l'on veut communiquer avec l'autre, il faut comprendre ses objectifs. Ce célibataire sans enfant a sûrement une bonne raison de vouloir un monospace (il est antiquaire, il déménage souvent, il veut dormir dans sa voiture quand il voyage, il aime les grosses voitures, il a eu un accident avec une petite voiture, etc.). Mais ce couple qui vient en famille a également une bonne raison de vouloir acheter ce même monospace (quatre enfants, beaucoup de bagages, le confort, un moteur économique, etc.).

Un bon vendeur n'impose jamais son point de vue. La seule réalité qu'il imposera, c'est la capacité de l'acheteur à financer son achat, mais il ne touchera certainement pas aux raisons qui le poussent à acheter.

Cinq personnes se présentent un samedi après-midi pour acheter une petite voiture sportive. La première veut une sportive, la seconde veut allier sport et confort, la troisième veut allier sport et économie, la quatrième veut une plus petite voiture avec toutes les options plutôt qu'une grosse sans option, la cinquième veut une caisse en métal avec quatre roues et un moteur pour aller d'un point à un autre. À chaque fois le bon vendeur les comprendra. Il sera d'accord avec les objectifs de ses acheteurs potentiels

qui sont tous différents alors qu'ils souhaitent la même voiture. Et ils sortiront tous heureux de ce bel achat car « *lui, au moins il a bien compris ce que je cherchais !* »

En thérapie, quatre mots-clefs sont indispensables pour communiquer, après avoir déterminé la position du patient (acteur ou non, contraint ou libre, plaignant ou client) :

- **reconnaître** : si l'on veut pouvoir être empathique (c'est-à-dire comprendre la souffrance), il faut reconnaître la structure et la logique du patient, reconnaître ses valeurs, ses inquiétudes, ses croyances ;
- **accepter** : car reconnaître ne suffit pas. Le thérapeute doit avoir assez de distance pour être capable d'accepter que l'autre ne pense pas comme lui. Il doit accepter que telle valeur peu importante à ses yeux est au contraire capitale pour le patient. Par exemple, une patiente m'a rapporté l'agression dont elle a été victime. Au cours de la bagarre (assez violente) son agresseur a pris le dessus et a commencé à l'attoucher. Elle me dit alors avec beaucoup de souffrance : « *Alors là, quand j'ai compris que j'allais y passer ! Ça m'a donné une énergie incroyable pour me battre ! Vous comprenez ? J'ai pensé : plutôt morte que violée.* » Je savais tout de suite quelles étaient ses valeurs et je les ai acceptées même si, fort de mon expérience de thérapie avec des patientes victimes de viol, ces dernières me rapportaient plus souvent le contraire (à savoir qu'elles avaient eu plus peur de mourir que du viol en soi) ;
- **augmenter** : le thérapeute, dans son empathie, augmente non pas le symptôme mais les valeurs qui sont ainsi mises en avant. « *Comme je vous comprends.* » « *Je ne peux pas imaginer ce que vous vivez, mais je comprends que cela doit être terrible.* » Avec les douloureux, les suicidaires, les désespérés, il ne viendrait à l'idée de personne de minimiser leur souffrance ; sinon, impossible de continuer à échanger ;
- pour mieux **utiliser** : ainsi informé des valeurs, des croyances, des outils (qui fonctionnent ou pas), nous avons tous les leviers au nom desquels le patient peut changer.

Vignette clinique

Communiquer sur la base du « langage du patient »

Un homme, militaire de carrière, vient pour son fils consommateur de haschich. Il a trouvé un joint dans sa chambre et son fils lui a dit que c'était pour le week-end prochain avec ses copains. Il est en classe préparatoire, il travaille bien et lui avoue que de temps en temps, il « tire des lattes avec ses potes » (expression consacrée). Je me garde bien de lui dire qu'il n'y a pas de quoi s'inquiéter avec un jeune qui partage un joint en soirée de temps en temps avec des résultats scolaires brillants et qu'un peu de cadre suffirait. D'abord parce que je suis médecin (c'est-à-dire dans le soin et pas dans la réduction des dommages) et ensuite — et surtout — parce qu'il ne le comprendrait pas. ▷

- ▷ J'écoute la suite : valeurs morales, rigidité, « *Moi de mon temps...* », « *Pourtant il a tout pour être heureux* », « *Je n'y arrive plus avec lui* », « *Qu'est ce que j'ai fait de mal* », « *J'ai envie de le défoncer* ». Jusqu'au moment où il me dit : « *Pourtant, j'ai l'habitude avec les jeunes que j'encadre. Quand ils ont des problèmes, on se parle entre hommes, au calme. J'écoute leurs problèmes et **on trouve toujours une solution.*** »

En voilà, de bonnes ressources ! Utiliser les ressources existantes a été le moteur du changement :

– Thérapeute : « *Vous allez dire que je raconte n'importe quoi, mais c'est bizarre de voir comment vous y arrivez bien avec des jeunes que vous ne connaissez pas, et combien c'est dur avec votre fils que vous connaissez mieux.* »

– Patient : « *Mais ça n'a rien à voir ! C'est mon fils.* »

– Thérapeute : « *Je ne sais pas si cela n'a rien à voir, mais vu de mon point de vue, vous avez des ressources que d'autres n'ont pas.* »

– Patient : ...

– Thérapeute : « *C'est comme si vous me disiez que parce que vous êtes plaquiste professionnel, vous ne pouvez pas poser du Placo dans votre propre maison. C'est bête hein ?* »

...

– Patient : « *Ah oui, c'est bête* »

...

– Thérapeute : « *Un électricien qui ne changerait pas une ampoule à la maison...* »

– Patient [qui sourit] : « *c'est bon... j'ai compris.* »

Passons sur la « vente » de cette solution pour conclure sur le fait qu'ils se sont retrouvés tous deux, sur leur barque autour de leur passion commune (la pêche) et ont pu parler « entre hommes ». Il a téléphoné pour me dire que son problème était résolu : « *J'ai retrouvé la confiance.* »

Vendre des voitures c'est bien, mais ça n'a rien à voir avec les hallucinations... quand même !

Face au langage parfois étrange du patient halluciné, le thérapeute n'a pas d'autre choix que de reconnaître et accepter cette vision des choses. Sinon, il ne pourra jamais introduire de nouveaux éléments dans cette vision de façon à l'ouvrir ou à la modifier dans un sens différent, rendant envisageable la tâche qu'il se propose de soumettre au patient. Toutefois, la conviction délirante est telle qu'il doit se cantonner à proposer des tâches précises et concrètes qui vont permettre de modifier les modalités que le patient a déjà utilisées pour trouver une solution à son problème. Quelques exemples s'imposent.

Vignette clinique

Reconnaître l'hallucination : point de départ de l'alliance

À 18 h, l'équipe d'hospitalisation sans consentement m'appelle pour voir Monsieur X. Il a été hospitalisé pour bouffée délirante aiguë cet après-midi. Ce soir, il est très angoissé et agité. Il veut partir et refuse le traitement. Il faut que je donne mon accord pour le contenir et lui prescrire un calmant puisqu'il est hospitalisé sans son consentement.

– Thérapeute : « *Que se passe-t-il Monsieur X ? Qu'est ce qu'il vous arrive ? Je vois que vous êtes inquiet. On me dit que vous voulez partir.* »

– Monsieur X : « *Oui, c'est mon cœur.* »

– Thérapeute : « *Oui, qu'est qu'il a votre cœur ?* »

– Monsieur X : « *Personne ne me croit ! Vous ne le voyez pas ? Il sort de ma poitrine, il me regarde... Attention vous êtes trop près.* »

– Thérapeute : « *Je me recule, rassurez-vous ! Vous voulez qu'on trouve une solution pour votre problème de cœur ?* »

Monsieur X me regarde très angoissé, il a du mal à parler. Il me fixe. Il semble attendre. Je reprends la conversation :

– Thérapeute : « *Voulez-vous quelque chose pour faire rentrer votre cœur dans votre poitrine et qu'il arrête de vous regarder ?* »

– Monsieur X : « *Ouiii, je n'en peux plus.* »

– Thérapeute : « *Je vais vous donner un médicament qui va calmer votre cœur. C'est un médicament qui va le faire revenir dans votre poitrine et qui va faire qu'il ne vous regardera plus. Est-ce que vous êtes d'accord ?* »

– Monsieur X : « *D'accord.* »

– Thérapeute : « *C'est du XXX, ça se prend par la bouche. Ça agit plus vite en le laissant sous la langue.* »

[Je me tourne vers notre infirmière qui a déjà préparé le cachet et s'approche avec un verre d'eau.]

– Thérapeute : « *Êtes-vous d'accord pour le prendre par la bouche ? Cela ne pose pas de problème ? Ou préférez-vous une piqure ?* »

– Monsieur X : « *Non, par la bouche, si c'est plus rapide. Pas besoin d'eau, je le laisse sous la langue.* »

Dans cet exemple, à aucun moment le thérapeute ne dit **non**. Mais il ne rentre pas dans le délire du patient. Il **reconnaît** la symptomatologie particulière de l'angoisse (un cœur qui sort du corps et qui regarde le patient), il **l'accepte** (pourquoi mettre le patient dans une réalité qu'il n'est pas en mesure de comprendre ou d'accepter pour l'instant), il **l'augmente** (en reprenant les termes exacts du patient et en réifiant sa souffrance). Il **l'utilise** (il est médecin ou infirmier, donc il fait son métier de médecin ou d'infirmier... il donne des médicaments... avec de la parole).

Avec les patients en phase aiguë d'un trouble psychotique, il faut redoubler de prudence dans le choix des mots. Ces patients sont de véritables « plaies

ouvertes » et prennent très souvent notre discours au « pied de la lettre ». En d'autres termes, ils sont plus souvent en langage littéral qu'en langage analogique (par exemple, question : « Vous avez l'heure ? » ; réponse : « Oui ! »). Mais plutôt que de rester silencieux devant cette souffrance et donc d'accroître l'angoisse du sujet (et celle du jeune thérapeute), admettons que quelques phrases ou quelques questions simples peuvent rassurer : « *Je comprends* », « *Pouvez-vous bien m'expliquer que je puisse bien comprendre* », « *Si je comprends bien, vous entendez des voix ?* », « *Vous entendez des voix, cela doit vous faire drôlement peur* », « *Et vous les entendez comment ?* », « *Moi ? Si je les entends ? Non je n'y parviens pas, mais racontez-moi* », « *Oui c'est possible que vous puissiez entendre quelque chose que je n'entends pas* », « *Vous en souffrez ? Nous allons tout faire pour que cela cesse* », « *Où sont-ils ces gens ?* », « *Je ne fais pas de bêtise ?* », « *Cela vous rassure si je vous dis que...* », « *Vous avez peur, je comprends bien.* »

Un bon vendeur, ne dit jamais non. Dans ces quelques phrases, il n'y a pas de non. Mais il n'y a pas non plus d'adhésion au délire. Il n'y a que du questionnement, de l'ignorance et parfois quelques tentatives d'alliance sur le mot « souffrance », « aider », etc. Le thérapeute reconnaît le langage du patient. Il l'accepte (les autres ne pensent pas comme nous). Et donc il n'a d'autre choix que de l'utiliser : pas d'opposition aux croyances du patient et pourtant, le projet de soin est déjà en place.

C'est important de connaître son diagnostic lorsqu'on a une maladie, dit-on en psychologie médicale. Oui, mais quel diagnostic ? S'il est stigmatisant ou dévalorisant... ce n'est pas facile à admettre. J'ai suivi pendant deux ans un patient pour « épisode aigu » avant que nous ne puissions évoquer le diagnostic de schizophrénie. Parler le langage du patient, c'est aussi lui trouver le diagnostic qui lui convient le mieux ou qu'il comprend le mieux. Il n'est pas très productif d'expliquer en détail la physiopathologie du diabète insulino-dépendant à une personne âgée, analphabète, caractérielle qui vit dans une caravane et donne des coups de canne à la courageuse infirmière qui lui fait son insuline une fois par jour. En revanche, un enfant de 11 ans, bon en calcul, peut être avide d'explications scientifiques sur les mécanismes du diabète et comprend parfois plus vite que l'interne comment utiliser l'insuline pour être en forme lorsqu'il joue au foot avec les copains. Et, dans ce cas, c'est lui le prescripteur.

Dans l'exemple qui suit, le diagnostic présenté est toujours celui de la patiente.

Vignette clinique

Préférer une approche centrée sur le symptôme

Madame N. est hospitalisée en neurologie pour « crises convulsives sous neuroleptiques classiques ; demande d'adaptation thérapeutique par le psychiatre en raison d'une recrudescence d'idées délirantes, chez une patiente atteinte ▷

- ▷ d'une schizophrénie paranoïde. » Renseignements pris auprès de son psychiatre traitant, elle bénéficiait de longue date d'un neuroleptique plus ou moins efficace et un nouvel antipsychotique (réputé avoir moins de risque épileptogène) aurait le double avantage d'être moins toxique et peut-être plus efficace.

La première rencontre s'est mal passée. Le jeune collègue qui l'a rencontrée avant moi lui a parlé d'hallucinations, de résistance au traitement, de mauvaise compliance et d'hospitalisation en psychiatrie si elle refusait le traitement. Appelée à la rescousse, il me dit qu'elle s'est fermée totalement et qu'il ne pouvait plus communiquer avec elle.

En arrivant, j'ai déjà beaucoup d'informations ; d'ailleurs, dès mon entrée dans la chambre et après m'être présenté comme psychiatre, elle s'exclame, véhémentement : « Ah ! Vous aussi vous êtes psychiatre ! Ne me parlez pas d'hallucinations ! Et surtout pas d'hospitalisation chez les fous. » Au moins je savais de quoi je ne devais pas parler. Alors j'embraye...

– Thérapeute : « Qui parle d'hallucination ? Expliquez-moi les problèmes s'il vous plaît ? Je ne comprends pas. »

– Madame N. : « Mon problème n'est pas psychiatrique, j'entends trop voilà tout. »

– Thérapeute : « Vous entendez trop ? Oui effectivement c'est un problème. Expliquez-moi s'il vous plaît. Donnez-moi des exemples. »

– Madame N. : « Et bien j'entends mes voisins qui se moquent de moi, j'entends les gens dans la rue qui pensent et qui m'insultent. Et ici c'est pire, j'entends les infirmières qui m'insultent. »

– Thérapeute : « C'est intolérable effectivement. Elles vous insultent quand elles viennent dans votre chambre ? »

– Madame N. : « Non, non, jamais devant moi ! Mais je les entends très bien lorsqu'elles sont dans leur poste infirmier. Elles rient, elles se moquent de moi, elles m'insultent. »

– Thérapeute : « Si je comprends bien, et arrêtez-moi si je raconte n'importe quoi..., vous avez l'ouïe tellement fine que vous entendez à travers les murs et même parfois à travers la tête des gens ? »

– Madame N. : « Ouiiiiii !! C'est ça, c'est exactement ça ! C'est insupportable. »

– Thérapeute : « Vous entendez trop, c'est ça ? »

– Madame N. : « Oui, c'est ça. »

– Thérapeute : « Votre problème c'est que vous avez l'ouïe trop fine. C'est ça ? »

– Madame N. : « Oui c'est ça. »

– Thérapeute : « Et vous en souffrez ? »

– Madame N. : « Oh oui alors !! »

– Thérapeute : « J'ai un médicament pour cela. Un médicament contre l'ouïe trop fine, un médicament pour ceux qui entendent trop. »

– Madame N. : « Ce n'est pas un neuroleptique j'espère ! »

– Thérapeute : « Oui et non. En fait c'est un médicament de nouvelle génération, avec moins d'effets secondaires et soi-disant plus d'efficacité. Vous voulez qu'on regarde ensemble le Vidal® ? »



- ▷ [L'interne m'apporte le Vidal®. Nous le lisons ensemble avec la patiente pour constater qu'il y a beaucoup moins d'effets secondaires, mais qu'il y en a quand même. Mais ils sont rares. Et je ne cache pas qu'il y en a.]

– Thérapeute : « *Comme tout médicament, il y a du pour et du contre. Le problème de tout traitement selon moi, c'est le rapport bénéfices/risques. La balance entre l'efficacité et les effets secondaires.* »

[Silence... long...]

– Thérapeute : « *En gros, notre objectif serait d'avoir une audition normale malgré les effets secondaires qu'on peut d'ailleurs éviter avec des médicaments dits correcteurs si besoin.* »

[Silence... long...] [Des larmes apparaissent.]

– Madame N. [sur un ton plus calme] : « *Mais ce n'est pas tout. Je vois aussi à travers les murs.* »

– Thérapeute : « *Pas possible, vous avez la vue aussi qui est trop... perçante ? On peut dire ça ? Une vue trop perçante ?* »

– Madame N. : « *Absolument. Une vue trop perçante. Et ça me gêne aussi beaucoup.* »

– Thérapeute : « *J'ai un traitement pour ça.* »

– Madame N. : « *Un autre ?* »

– Thérapeute : « *Non, le même, aux mêmes doses. Il est efficace sur toutes les sensations bizarres.* »

[Silence... long...]

– Madame N. : « *On essaye ?* »

– Thérapeute : « *Si vous voulez...* »

Quelque temps après, sortie de l'épisode aigu, elle n'avait pas oublié cette deuxième rencontre, non normative et non pathologisante. Elle en a d'ailleurs beaucoup parlé à son psychiatre traitant. Elle avait un problème et nous lui avons proposé une solution acceptable. Nous avons échangé avec ce confrère qui m'a remercié d'être allé dans son sens thérapeutique. Car en fait, c'est ainsi qu'il a toujours procédé avec elle (et avec d'autres d'ailleurs) pour lui faire prendre le précédent traitement et ne jamais avoir eu besoin de l'hospitaliser. Que nous importe de savoir qu'elle souffrait d'une « psychose hallucinatoire chronique » si cela n'a pas d'intérêt au moment de la rencontre. Elle souffrait de symptômes qu'il fallait nommer, mettre en lien avec une souffrance pour avoir un langage commun. La seule chose difficile à négocier était les effets secondaires abondamment relayés par le Vidal®. Mais nous ne sommes pas des statisticiens et l'effet placebo, cela existe.

Mais alors, on ne donne jamais les diagnostics aux patients ? Et bien en réalité, c'est à cause de ce genre de réflexion extrémiste que la psychiatrie est en difficulté. La psychiatrie n'est pas une science à part, c'est de la médecine ; « et en médecine, il n'y a jamais jamais, et jamais toujours » comme disait l'un de mes Maîtres. J'ai ainsi longuement expliqué les mécanismes de « l'automatisme mental de Clérambault » à une patiente, étudiante en Histoire de l'Art, qui était en train d'étudier les drapés dudit Clérambault

(merci Wikipédia !). Elle fut très intéressée de comprendre que c'est sa propre pensée qui anticipait sa pensée, ce qui expliquait les échos et la plupart des symptômes. Lorsque le patient, grâce au traitement antipsychotique reprend pied, à un moment ou à un autre la question du diagnostic arrive sur la table (seul ou en famille). À nous de comprendre qui est capable d'entendre quoi : tact et mesure sont alors de rigueur.

Ne croyez pas le psychotique..., il dit la vérité

À l'inverse de cette attitude thérapeutique qui consiste à entendre les propos du patient comme sa réalité, certains ont tenté de décrypter les mots du délire. La TSB nous l'avons vu précédemment ne s'intéresse pas au « pourquoi » mais au « comment ». Et, dans ce contexte, l'interprétation des propos n'a pas grand intérêt. Quoique...

C'est auprès de Dominique Megglé que nous avons appris que, parfois, il n'est pas inutile de comprendre aussi le sens des mots, surtout lorsqu'ils sont bien mis en évidence. Un jour, lors d'une supervision, il nous a rapporté cette phrase entendue de son maître Jean Tignol : « *Ne croyez pas le psychotique, il dit souvent la vérité.* » Et de poursuivre, en contant l'histoire d'un patient hospitalisé dans un grand état d'agitation pour un épisode délirant aigu, à type de persécution (un complot de la CIA). Entre autres propos anxieux et délirants, il était particulièrement inquiet pour son frère et lui rapportait : « *Ma fiancée a enrôlé mon frère dans la CIA, elle a couché avec lui et l'a convaincu de faire partie du complot contre moi. Ils m'espionnent tous les deux et veulent me faire la peau.* » Où est la vérité ? L'histoire apprit au thérapeute que la fiancée de son patient avait effectivement eu une aventure avec le frère du patient, ce qui s'est avéré être un facteur déclenchant de cet épisode délirant aigu.

Il est donc possible parfois de voir la réalité du patient atteint de psychose comme il l'entend. Mais la prudence doit être de mise. **Notre action thérapeutique n'est pas d'adhérer au délire: en d'autres termes « comprendre » n'est pas « approuver ».** Mais en y réfléchissant bien, ce qui est valable pour les personnes souffrant de troubles psychotiques est aussi valable pour les névrosés en proie à leurs conflits conjugaux ou familiaux, leur vision narcissique de leur relation à l'autre, leurs escalades symétriques avec leurs enfants ou leurs parents ou encore leur conjoint. Mais quel psychiatre ou psychologue digne de ce nom est allé casser la figure au mari infidèle ou aux ados impertinents quand on connaît l'interaction permanente entre les êtres ? L'empathie n'est pas la sympathie et notre distance thérapeutique est indispensable pour aider le patient à bénéficier d'une autre vision de la réalité. Toutefois, la distance n'est pas l'éloignement, le rejet ou l'abandon. Lorsque nous sommes en relation thérapeutique avec un patient halluciné, il est clair que la persuasion directe et l'escalade symétrique sont inutiles

voire délétères. Et c'est finalement toujours lui qui perd et risque de sombrer dans le suicide, le délire, etc. Reconnaître, accepter et utiliser sont de bien meilleurs outils thérapeutiques que la relation d'un thérapeute « docte et puissant » face à un patient « affaibli et ignare ». C'est le thérapeute qui ne sait rien et doit se placer en « position basse » face à l'expertise du sujet faisant l'expérience d'hallucinations récurrentes.

L'environnement, une autre ressource thérapeutique

Jamais le sujet atteint de trouble mental n'a réellement été pris pour ce qu'il est vraiment : une personne différente à chaque instant de sa vie. La vision monolithique de la psyché n'est plus de mise. Entre les plus militants d'entre nous qui expliquent en consultation à un patient en délire aigu, persécuté et angoissé, qu'il ne peut plus venir en hôpital de jour parce qu'il ne respecte pas les consignes (authentique), et les plus réactionnaires qui considèrent encore qu'un patient bipolaire stabilisé depuis quinze ans est une personne souffrant de psychose (psychose maniaque-dépressive) incapable de se réinsérer, il n'y a dans ces deux visions que celle des thérapeutes mais **jamais celle du patient**, de sa **famille**, de leurs **ressources** mais aussi de leurs **limitations** et du respect de leurs limitations.

Par ailleurs, la famille fait partie de la solution et non du problème. C'est une phrase intéressante lorsqu'on travaille avec un patient souffrant d'hallucinations.

Vignette clinique

L'hallucination dans son contexte

Monsieur Z. est un patient âgé de 50 ans, professeur d'histoire, hospitalisé depuis plusieurs mois pour mélancolie délirante : sa maison était en train de pourrir depuis plusieurs mois, la pourriture venait des fondations, avait gagné tous les murs. Des odeurs nauséabondes s'en dégageaient et la pourriture commençait à atteindre le jardin et les arbres qui changeaient de couleur. Dans les différents entretiens et malgré un traitement bien conduit (benzodiazépines, antipsychotiques et électroconvulsivothérapie), le patient restait dans cette dépression mélancolique. Il expliquait avec minutie et précision, schéma à l'appui, le phénomène de contamination. Il lui était devenu totalement impossible de rentrer chez lui et la situation semblait bloquée. L'hospitalisation se prolongeait...

Au-delà des propos hallucinatoires et négatifs, ce qui bloquait le plus le dialogue, était la conviction inébranlable de ses idées délirantes et sa vive opposition à toute personne mettant en doute ses dires. Toutes les tentatives (antipsychotiques, antidépresseurs, électroconvulsivothérapie) pour « vaincre le symptôme » s'étant révélées inefficaces, nous prenons l'option avec les ▷

- ▷ infirmières du service de « parler le langage du patient ». Le problème n'était plus alors de convaincre Monsieur Z. que ses perceptions étaient le fruit de manifestations hallucinatoires ou de son imagination. Notre problème était d'entendre le ressenti de notre patient, de le comprendre et de l'accepter. En prenant ce point de vue, nous en sommes rapidement arrivés avec le patient à la conclusion que le problème résidait aussi dans le fait que ces idées délirantes « enfermaient » depuis plusieurs mois le patient à l'hôpital aux dépens de sa vie familiale et sociale.

Le « contrat d'hospitalisation » fut renégocié, l'objectif devenant d'aider le patient à regagner son domicile, dans les meilleures conditions possibles. N'ayant pas d'idées suicidaires persistantes et ayant focalisé son symptôme sur ce point, il lui serait alors possible de poursuivre une thérapie en consultation ambulatoire. Il était donc important de rencontrer la famille du patient pour trouver la solution la plus adaptée.

L'épouse de Monsieur Z. accepta (non sans difficulté) de nous rencontrer en présence de son mari. Son fils ne put être présent. Madame semblait très pessimiste et « démissionnaire », jugeant le retour à domicile de son mari trop difficile pour elle, pour leur fils de 18 ans, comme pour le patient. Car en réalité (merci de son honnêteté), elle nous « avoua » qu'elle et son fils avaient enfin retrouvé un certain équilibre, que le retour de Monsieur Z. aurait pu perturber (bien sûr... « tant qu'il n'était pas totalement guéri »).

Cet entretien familial mettait en évidence la problématique de la place de Monsieur Z. dans sa famille et les difficultés qu'il aurait à reprendre son rôle de père et de mari. Son fils devenant adulte, nous apprenions qu'il avait toujours eu une place très privilégiée dans la famille, entretenait des relations très « fusionnelles » avec sa mère. L'hospitalisation du patient renforçait les liens existants entre mère et fils (pourtant en âge de quitter le domicile familial).

À la fin de la consultation, nous demandions à Monsieur Z. ses impressions. Très vite, il nous disait prendre conscience que son hospitalisation arrangeait tout le monde sauf lui, qu'elle permettait à sa femme de garder son fils proche d'elle et qu'elle laissait à son fils la liberté de prendre sa place. Il était dorénavant confronté au choix de rester encore quelques mois à l'hôpital et de se sacrifier pour sa femme et son fils, ou de reprendre sa place à la maison et au sein de sa famille, malgré les odeurs de pourriture qui émanaient de celle-ci. Le lendemain de l'entretien, le patient demanda sa sortie. Eu égard aux propos de sa femme et à la fragilité du patient, une permission fut alors négociée. Celle-ci se déroula sans grande difficulté. Quelques jours plus tard, il quitta définitivement le service avec un suivi psychiatrique ambulatoire et sa femme venait aux consultations.

Dans cet exemple, nous n'avons pas à proprement parler des hallucinations, mais elles étaient un phénomène bloquant pour travailler et cela risquait de nous faire tourner en boucle. Nous avons tenu compte de l'environnement dans lequel les hallucinations apparaissaient et prenaient sens. Nous sommes incapables de déterminer leur sens caché — ou cette vérité dont parlait le Pr Tignol. Toutefois, nous avons changé notre attitude thérapeutique en croyant le ressenti du patient. Nous n'avons pas cru son

délires, nous avons cru à son ressenti. Nous ne sommes pas d'accord avec sa perception de la réalité, puisque nous en avons une autre. Mais nous pouvons être d'accord sur le fait que sa réalité le fait souffrir. Pouvons-nous admettre qu'une odeur agréable pour nous soit nauséabonde pour l'autre ? Lorsqu'un(e) ami(e) vient avec un nouveau parfum qu'il (elle) trouve très bon alors que vous le détestez. Est-il (elle) psychotique pour autant parce qu'il (elle) n'a pas les mêmes goûts ? En tout cas, il est bien difficile de faire changer l'autre sur ses goûts.

Finalement, en termes d'abord thérapeutique, la différence entre psychose et névrose n'est pas tant que l'un voit des choses que l'autre ne voit pas, que l'un croit à des choses auxquelles l'autre ne croit pas. Tout le monde croit à quelque chose (même l'athée finalement) et tout le monde a un point de vue différent de l'autre. Ce n'est pas non plus que l'un soit interprétatif et l'autre ne le soit pas..., puisque tout le monde interprète le monde, les faits et gestes des uns et des autres — d'ailleurs, en tant qu'ancien thérapeute interprétatif, nous avons supprimé de notre répertoire : « Moi je pense que ce patient fait ceci ou cela parce que... » au profit de « Le patient m'a dit que... ». Non : en termes thérapeutiques, en termes communicationnels, en termes interactionnels, la différence entre psychose et névrose est en grande partie liée à la rigidité psychologique, voire la rigidité cognitive qui est associée au syndrome psychotique. Lorsque l'on discute entre « amis névrosés », même si l'autre ne change pas d'avis, il entend que notre point de vue est différent du sien. Comme nous, il cherche la vérité, il ne l'a pas intrinsèquement par intuition, hallucination ou délire. Et même s'il est convaincu d'avoir raison (en dehors de toute mauvaise foi), si nous lui démontrons le contraire avec des preuves, il ne cherchera pas à rationaliser notre démonstration à l'avantage de ses convictions. Il peut remettre en cause son point de vue. Et même si après notre démonstration, il garde son point de vue, il aura quand même entendu le nôtre.

Est-ce parce que les hallucinations sont trop puissantes ou est-ce en raison d'une rigidité cognitive constitutionnelle (ou transitoire) ? Toujours est-il que la personne souffrant d'un trouble psychotique a beaucoup de mal en revanche à être convaincu de ses erreurs, de ses différences. En effet, il a souvent LA VÉRITÉ. Il a raison et ne peut pas changer facilement d'avis parce qu'il a changé la réalité pour « éviter » l'angoisse. Difficile, donc, de se remettre en cause... Et pourtant.

Il existe une scène tout à fait intéressante à ce propos dans le film *Un homme d'exception* de Ron Howard qui raconte l'histoire de John Nash, ce grand mathématicien, prix Nobel d'économie, atteint de schizophrénie. Dans une scène — dont on dit qu'elle a été romancée —, il a été violent vis-à-vis de sa femme. En apparence seulement car, en réalité, il voulait la protéger. Conscient que cette violence va à nouveau le conduire à l'hôpital et lui faire perdre sa femme, il se précipite vers elle alors qu'elle s'enfuit pour

lui dire qu'il a compris qu'il délire parce que la petite fille qu'il hallucine depuis des années ne grandit pas. C'est donc par sa propre logique qu'il conclut à la récurrence de son état délirant. En effet, depuis le temps qu'il a ses hallucinations, la petite fille ne grandit pas, son ami ne vieillit pas, l'agent du FBI a toujours le même costume. Quel psychiatre aurait pu y penser ? Et même si un psychiatre y avait pensé, aurait-il pu convaincre ce patient à partir de ce fait ?

Alors, comment convaincre les convaincus ? Ou comment vendre un autre point de vue

« Il est toujours difficile de renoncer aux idées qui ont guidé nos actions, notre pensée durant de nombreuses années. ^[11] » En effet, changer n'est pas facile. Tout d'abord à titre personnel, changer est incertain. Changer suppose d'abandonner l'équilibre précaire dans lequel nous nous trouvons, c'est-à-dire quitter la rassurante illusion du mensonge et la sécurité de l'habitude pour aller vers une situation que nous ne connaissons pas. Le sujet qui est dans une situation chronique et répétitive préfère souvent la souffrance, parce qu'elle est connue, qu'une situation potentielle d'amélioration parce qu'elle est inconnue et qu'elle lui fait peur. Il est parfois nécessaire au thérapeute d'apprendre au patient qu'une vérité douloureuse est meilleure qu'une rassurante illusion.

Ensuite, changer n'est pas facile parce que changer implique aussi de déranger le système (l'environnement) qui aura paradoxalement tendance à se défendre. En effet, arrêter un comportement de fou, c'est aussi changer le système familial et environnemental. Si ce changement oblige celui qui a quitté ses rôles (sociaux et familiaux) à les reprendre, il oblige aussi l'entourage à réapprendre à vivre avec le convalescent. L'entourage s'est organisé en fonction de la maladie. Lui laisser reprendre les rôles qu'il a abandonnés ne pourra pas se faire sans une mise à plat des conflits voire une réparation des conséquences.

Vignette clinique

La famille fait partie de la solution, pas du problème

Jo a fait une bouffée délirante aiguë. Elle a raconté n'importe quoi pendant une semaine. Ses parents l'ont fait hospitaliser sans son consentement. Cette décision fut extrêmement difficile pour tout le monde. Après trois semaines d'hospitalisation, elle va mieux. Sa première permission est une catastrophe, elle rentre en larmes. Personne ne la comprend. À chaque fois qu'elle parle, elle voit le visage de ses parents se crispier, ses frères ne l'écoutent pas, sa meilleure amie n'est pas venue la voir. Le lendemain, elle reprend certains propos délirants. Je la reçois en entretien et constate effectivement une recrudescence délirante. Ne pouvant expliquer cette « rechute » par un défaut du traitement ▷

- ▷ antipsychotique, je cherche à travailler avec l'environnement. Nous avons un entretien avec ses parents le soir même. Ils sont angoissés, inquiets mais aussi déçus. Elle, si brillante, ne leur a parlé que du dernier atelier thérapeutique et de la sortie à la mer. Ils ne la retrouvaient pas dans ses propos. Je présente mes excuses aux parents en leur disant que j'aurais dû les prévenir que trois semaines à l'hôpital n'était pas un moment très valorisant sur le plan intellectuel. J'aurais dû les prévenir que cela prend plus de temps qu'une grippe. Et en plus les traitements ralentissent sa pensée. J'explique ce qu'est la bouffée délirante aiguë, ses différents modes d'évolution. Je prends le risque de faire venir Jo à l'entretien (alors qu'elle « re-délire »). Je ne la laisse pas parler (« stratégie ») et je lui présente également mes excuses. J'aurais dû lui expliquer cet épisode délirant et ses conséquences personnelles, professionnelles, familiales et environnementales. Je ne l'ai pas comprise, ni elle, ni son entourage. On ne reprend pas tout depuis le début, mais on laisse la place à la convalescence. Après un moment de silence, sa mère prend la parole et lui explique qu'elle attendait trop d'elle, c'est une pression qu'elle ne souhaite plus lui imposer et lui fait comprendre qu'elle a compris qu'il lui fallait plus de temps. Dans un premier temps, elle ne pourra pas s'empêcher de la surveiller, mais que cela devait la rassurer plus que l'inquiéter.

Alors, comment convaincre un convaincu sinon avec ses propres outils de conviction ? On ne change en général que pour deux raisons :

- soit parce qu'on y est contraint ;
- soit parce qu'on en est convaincu.

Si l'idée du changement ne vient pas de nous-même, nous n'aurons aucune chance de pouvoir évoquer d'autres points de vue.

Un vendeur sait cela (nous l'avons vu), mais un adolescent aussi. Dans l'exemple qui suit, un adolescent veut emprunter la voiture de ces parents pour sortir le soir. Il sait parfaitement que s'il la demande (même très gentiment) sans les arguments qui conviennent à ses parents, il n'aura rien. Avec des parents plus inquiets de l'ivresse des copains que de celle de leur propre enfant, ce n'est pas au nom de son propre risque d'ivresse ou du fait que les rues ne sont pas sûres qu'il obtiendra la voiture.

Exemples

L'inconscient n'entend pas le négatif (illustration à partir de deux versions de la même demande)

Cas n° 1 : l'ado-mauvais-vendeur

- Ado : « Papa, pour la soirée chez XX, tu me prêtes la voiture ce soir s'il te plaît ? Je te promets que je ne boirai pas. »
- Papa : « Tu ne peux pas plutôt prendre le tramway ? Ça me rassurerait. »
- Maman : « Oui, Papa a raison, c'est plus prudent que tu prennes le tramway et que tu dormes sur place. »
- Ado : « Mais Maman, on ne peut pas dormir sur place ! »



- ▷ – Maman : « *Je ne comprends pas. Moi, de mon temps, on s'arrangeait. On n'avait pas de voiture. On dormait sur place.* »
 – Ado [coincé] : « *"Moi, de mon temps"... Mais ça a changé depuis. De toute façon, avec vous, c'est toujours la même chose ! On ne peut jamais rien faire...* »

Cas n° 2 : l'ado-bon-vendeur

- Ado : « *Tu te souviens que je sors ce soir ?* »
 – Papa : « *Oui, tu vas chez XX.* »
 – Ado : « *Oui, oui.* »
 – Ado : [silence]...
 [Le silence oblige l'autre à parler.]
 – Papa : « *Comment y vas-tu ?* »
 – Ado : « *Ne t'inquiète pas, j'y vais en tramway et c'est YY qui me ramène. Il ne boira pas.* »
 – Maman : « *YY ? mais il a déjà eu un accident lui !* »
 – Papa : « *Maman a raison, le mieux c'est que tu dormes sur place.* »
 – Ado : « *Mais c'est une salle. Elle ferme à 4 h du mat.* »

...

- Ado : « *Bon, ne vous inquiétez pas... c'est pas grave. Ne vous inquiétez pas. Je rentrerai à pied. Ce n'est pas la mort. Il n'y a pas loin à aller. Ça fait une heure à pied.* »
 – Maman : « *Tu ne vas pas rentrer à pied ! en hiver ! à 4 h du matin !* »
 – Ado : « *Maman, je fais des marches plus difficiles en colo avec les petits de 6^e. Ne t'inquiète pas... je gère.* »
 – Maman : « *Oui mais c'est le jour. Et là, c'est la nuit ! Et puis les rues ne sont pas sûres !* »
 – Ado : « *T'inquiète pas, Maman, je ne suis plus un bébé.* »
 – Maman : « *Et pourquoi Papa ne te prêterait pas la voiture ? Nous on ne sort pas.* »
 – Papa : « *Maman a raison. Tu nous envoies un texto quand tu es arrivé et un texto quand tu es rentré. Et tu ne bois rien.* »
 – Ado : « *Je serai à jeun, comptez sur moi. Merci Maman. Merci Papa.* »

Erickson dans ses leçons d'hypnose nous apprend que l'inconscient n'entend pas le négatif. Reprenons le court dialogue présenté plus haut. En gras, nous inscrivons ci-dessous ce qui est vraiment entendu par l'interlocuteur à qui on demande quelque chose qui l'implique émotionnellement :

- Ado : « *Tu te souviens que je **sors ce soir** ?* »
 – Papa : « *Oui, tu vas chez XX.* »
 – Ado : « ***Oui, oui.*** »
 – Papa : « *Comment y vas-tu ?* »
 – Ado : « *Ne t'**inquiète** pas, j'y vais en tram et c'est **YY** qui **me ramène**. Il ne **boira** pas.* »
 – Maman : « *YY ? mais il a déjà eu un accident lui !* »
 – Papa : « *Maman a raison, le mieux c'est que tu dormes sur place.* »



- ▷ – Ado : « *Mais c'est une salle. Elle ferme à 4 h du mat.* »
- Ado : « *Bon, ne vous **inquiétez** pas... c'est pas **grave**. Ne vous **inquiétez** pas. Je rentrerai à pied. Ce n'est pas la **mort**. Il n'y a pas **loin** à aller. Ça fait une heure à pied.* »
- Maman : « *Tu ne vas pas rentrer à pied ! en hiver ! à 4 h du matin !* »
- Ado : « *Maman, je fais des **marches plus difficiles** en colo avec les petits de 6^e.* »
- Maman : « *Oui mais c'est le jour. Et là, c'est la nuit ! Et puis les rues ne sont pas sûres !* »
- Ado : « *T'**inquiète** pas Maman, je ne suis plus un **bébé**.* »
- Maman : « *Et pourquoi Papa ne te prêterait pas la voiture ? Nous on ne sort pas.* »
- Papa : « *Maman a raison. Tu nous envoies un texto quand tu es arrivé et un texto quand tu es rentré. Et tu ne bois rien.* »
- Ado : « *Je serai à **jeun, comptez sur moi**. Merci Maman. Merci Papa.* »
- Concernant la dernière phrase, il aurait même pu dire « je ne **boirai** pas une **goutte** », tellement il a rassuré ses parents parce qu'il assume ses sorties. Boire une goutte n'est rien dans cette famille, car c'est l'autre qui est dangereux. Donc pour qu'il soit indépendant et en sécurité, autant qu'il le fasse lui-même. Ainsi, l'idée vient des parents, ils sont donc plus convaincus que s'il essayait de les convaincre avec ses propres arguments.

Aux urgences, un patient angoissé et halluciné n'est pas non plus capable d'entendre le négatif face à des phrases aussi percutantes que « *Ne vous énervez pas, nous ne vous **voulons** aucun **mal*** », « *N'ayez pas **peur*** », « *Ne nous forcez pas à vous **contenir*** ».

Quand il faut agir, on peut le faire plus sereinement et proposer d'autres termes, même abruptes, qui seront plus rassurants. Ainsi, « *Vous pouvez vous **calmer** afin que je **comprenne** ce qu'il vous arrive* », s'il le faut on peut dire « *Nous allons vous **contenir*** », « ***Tranquillisez-vous*** », « *Allons nous **asseoir sereinement*** ».

Je suis appelé un jour pour une personne « jugée » psychotique qui casse tout aux urgences. Accompagné d'un infirmier, je vois un homme qui donne des coups dans la machine à café ; l'infirmier reste en retrait mais proche : « *Je vois que vous êtes **énervé**.* » [reconnaissance]. « *Je ne sais pas pourquoi, mais peut-être puis-je faire quelque chose pour vous **aider**?* » [accepter]. « *Si c'est cette machine qui vous pose problème, il faut taper plus fort* » [augmenter], « *... mais peut-être est-ce **autre chose** ?* » [ignorance... : il va falloir m'expliquer]. Il attendait des nouvelles de sa fille renversée par une voiture. Toutes les personnes interrogées ne lui répondaient pas ou mal ou imprécisément. Après s'être énervé aux urgences, il était parti casser cette machine à café avant de revenir pour avoir une franche explication. « *Je ne sais pas si je vais **réussir*** » [position basse], « *... mais je vais tout faire pour me renseigner et vous donner les informations que vous voulez.* » J'ai pu joindre le responsable des

urgences, qui lui a donné des informations peu rassurantes, mais cohérentes et lui a dit que ce serait long avant de pouvoir lui répondre. Cinq heures plus tard, il a pu rencontrer longuement le chirurgien en ma présence. Les nouvelles n'étaient pas bonnes, mais il était parfaitement informé. Et pas du tout psychotique par ailleurs (encore un jugement de valeur erroné lié au comportement). Dès l'instant que vous êtes en interaction avec un sujet, la façon dont vous communiquez conditionne l'étape suivante dans la communication.

Aparté : la place de la contrainte dans la thérapie avec un patient souffrant de psychose

En France, les hospitalisations sans consentement sont de deux ordres : soit un tiers (un proche le plus souvent) soit l'État (les forces de l'ordre) demande à un médecin de certifier qu'un individu en raison de son trouble mental doit être hospitalisé. Ce sont respectivement les soins à la demande d'un tiers (SDT) ou les soins à la demande d'un représentant de l'État (SDRE). Ainsi, en France, concernant les hospitalisations sans consentement, ce sont l'absence de demande d'aide (absence de consentement) et le comportement perturbé (ou perturbant) d'un sujet qui sont au cœur des motifs d'hospitalisation. Même s'il est sous-tendu par une pathologie, c'est le comportement qui prime. Un premier levier dont nous reparlerons plus tard.

Mais avant d'envisager d'utiliser un quelconque levier, force est de constater que nous sommes à nouveau dans une situation de soins contraints confrontés au paradoxe du thérapeute qui se retrouve coincé entre l'aide et le contrôle. Le médecin requis ou signataire de l'hospitalisation n'est pas le thérapeute du patient, il en est l'expert. Il donne un avis d'expert (évidemment pour le bien du patient) qui confirme la nécessité des soins sans consentement ; alors que le thérapeute qui reçoit le patient en soins obligés se retrouve face à des patients qui ne demandent rien, voire qui refusent activement les soins. Et la question devient : comment aider des sujets qui ne le demandent pas ?

Au travers de quelques questions, nous proposons de voir comment travailler avec un patient qui ne le veut pas, comment adapter un modèle qui se veut non normatif au système social d'hospitalisation sous contrainte qui l'est par définition.

Qui demande ?

Souvent exprimée en termes interactionnels (« qui a fait quoi à qui ? »), cette question doit être très clairement définie dans le cadre de la contrainte

avant d'envisager une quelconque action thérapeutique. Et sans oublier qu'au moment le plus aigu du tableau psychotique, les troubles confusionnels obligent d'abord à contenir l'angoisse, il faudra bien 48 à 72 heures à un patient en phase aiguë de psychose pour qu'il puisse commencer à comprendre ce qui se passe pour lui. En d'autres termes, il va passer de l'agitation stérile face à une porte fermée à la question de savoir en quoi son comportement renforce son enfermement et quelle est la nature de ce comportement qui l'a conduit aux soins contraints.

Le principe de réalité est d'abord d'expliquer les raisons du tiers demandeur, afin de partir sur des faits et non sur des commentaires. On peut répondre à « *Mes parents sont des espions qui veulent me tuer* » par « *Ici, à l'hôpital vous sentez-vous protégé ?* », puis : « *Vous avez eu tel comportement dans la rue [violence, agression...], c'est la raison pour laquelle vous êtes hospitalisé.* » Le sujet sortant de l'angoisse, même si ses symptômes psychotiques sont très présents, peut entendre la réalité de ses comportements. Ce qu'il contestera ce seront les raisons. La recherche de l'alliance ne doit se faire que sur des faits, pas sur des hallucinations ou des idées délirantes (des commentaires), ni sur des jugements de valeur (« il est fou », « il est psychopathe », etc.). Nous devons communiquer avec le patient au nom des faits.

En TSB plus que dans tout autre courant de thérapie, nous devons savoir « qui demande ? » et « que demande-t-il ? ». Et si nous pensions que le thérapeute était pris entre deux feux (aider le patient ou respecter la loi), en fait le thérapeute peut se permettre plus que tout autre d'avoir une vision anthropologique des problèmes. Lorsqu'il pose la question de la demande, il pose la question de savoir qui veut que cela change ?

L'État ne peut être considéré comme demandeur à titre personnel. C'est donc l'arrêté d'hospitalisation et le certificat médical initial qui serviront d'éléments factuels. Le certificat initial n'a pas de diagnostic, il ne rapporte que des faits cliniques. En revanche, dans le cas d'un soin à la demande d'un tiers, il est fondamental que ce tiers demandeur soit un proche, car l'intervention thérapeutique ne commence pas seulement en hospitalisation, mais bien avant, au moment où se joue la crise. Le patient, quant à lui, est rarement demandeur pour une hospitalisation. Suicidaire, déprimé, agité ou délirant, il est peu fréquent qu'il reconnaisse être dérangé par son comportement. Il souffre et c'est ainsi qu'il s'exprime par un comportement le mettant en danger, qui justifie l'hospitalisation. Il est important qu'il exprime son point de vue sur la situation au centre de laquelle il se trouve. Sa première « leçon de thérapie » va être de comprendre qu'il n'est pas en mesure de prendre de décision, que ses motivations sont différentes de celles des demandeurs et que ce seront les demandeurs qui auront le dernier mot.

Ainsi, le thérapeute lui, ne demande rien. Il est au service des demandeurs et au service des non-demandeurs. Est-il vraiment dans un double

lien ? Ou bien est-il au service de tous, pour leur expliquer leurs problèmes interactionnels (sous-tendus ou non par un trouble mental) ? Il est moins contraint par ces deux demandes antinomiques (celle du patient qui veut sortir et celle de la famille qui veut l'hospitalisation) que par le devoir de se situer à un autre niveau (en « méta-position ») de cette interaction qu'il doit regarder tel un anthropologue. Il ne doit donc pas être à l'origine de la demande, ne devant être concerné que par la façon d'amener un changement au sein du problème visé par la mesure.

Ceci étant posé, il est donc important que le patient sache ce qui lui est « reproché » et ce qu'on attend de lui. D'où l'importance de travailler avec les demandeurs (ou leur symbolique). Mais n'oublions pas que la famille est apeurée (ou en colère ou épuisée). En tout cas, elle n'est pas insensible à une telle hospitalisation, souvent réalisée avec difficulté. Le patient n'y consentant pas, il n'est pas rare qu'il y ait eu de la violence. Il arrive même parfois que ce soit le corps médical qui a convaincu la famille du bien-fondé de l'hospitalisation (tellement elle a peur ou se sent coupable). Les familles sont donc souvent hésitantes à venir travailler dans ces circonstances. Cette souffrance devra être évoquée, expliquée et travaillée ; la demande devra être précisée voire reprécisée dans le temps, de même que les objectifs de chacun concernant les soins sans consentement.

Quel est le problème ?

Une fois cette étape franchie, nous avons enfin clarifié le fait que la famille est demandeuse de soins pour son proche et sait exactement ce qui se passe pour le patient. « *Il est fou, je ne veux plus le voir* » devient, après 48 heures de rencontre, de calme, d'explication et d'apaisement : « *Notre fils est atteint de schizophrénie. C'est son attitude agressive, ses propos délirants et ses fugues qui nous ont fait demander l'hospitalisation.* » Au premier entretien familial, la famille sera moins déstabilisée par le déni du patient qui déclare souvent que « *c'est son droit, qu'il est un original, que c'est sa liberté et qu'il n'est pas schizophrène.* »

Enfin, nous pouvons travailler les problèmes et permettre à chacun de s'exprimer : les parents pour comprendre que leur fils a besoin de liberté (il a 22 ans, il souhaite son indépendance) ; le fils pour montrer à ses parents comment prendre son indépendance de façon adaptée (c'est-à-dire avec l'assentiment de ses parents). La mission du thérapeute sera de permettre aux parents de distinguer ce qui appartient à la schizophrénie et à la fin de l'adolescence, et au patient comment prendre son indépendance d'une façon adaptée au standard familial, tout en tenant compte de sa fragilité psychologique. Mais le thérapeute n'est pas un conseiller familial, car le patient est quand même atteint d'une maladie. Alors le thérapeute doit aussi être docte : il sait et doit transmettre son savoir (la maladie, le fonctionnement des familles, l'ambivalence du patient rendant difficile sa prise

d'indépendance). Mais le thérapeute est aussi un ignare : il ne sait pas comment cette famille réagit, il ne connaît pas son histoire, ses mythes, ses valeurs. Il va donc apprendre à négocier avec ce patient et cette famille au nom de leurs valeurs. Il aura à trouver un objectif commun aux deux parties. Le thérapeute est donc un négociateur savant et ignare qui doit être indifférent à l'issue des négociations.

En TSB, le problème se détermine à partir du point de vue du client et non en fonction des catégories du thérapeute ou d'une théorie explicative [13]. Dans le cadre de la contrainte, les demandeurs déterminent en grande partie le problème, le patient pouvant le compléter de son point de vue. Que lui est-il reproché ? Qu'attendent le tiers ou la société de lui ?

Vignette clinique

Correctement identifier le problème en dissociant les faits des commentaires

Alex a 22 ans ; nous sommes 24 heures après son admission dans le service, la phase de négociation commence : il est en colère. Point positif : il connaît l'équipe, il connaît sa maladie, la schizophrénie — nous l'avions évoquée lors de deux hospitalisations précédentes. Il accepte de se calmer et de me parler pour « négocier » (ce sont ses termes). Alors, négociations.

Qui demande ? Sa mère.

Quel est le problème ? Il a cassé la porte de la boutique de son père. Il était en colère et ni son père ni sa mère n'ont voulu lui ouvrir. Il reconnaît les « faits » (mais pas les commentaires), les commentaires étant ceux de sa mère qui lui a dit qu'il faisait une crise de schizophrénie.

– Alex : « *Elle ne m'a pas laissé m'expliquer.* »

– Thérapeute : « *Malgré la porte cassée ? Pourtant, c'est une bonne méthode pour entamer le dialogue.* »

– Alex : « *Ouais, c'était pas malin.* »

– Thérapeute : « *C'est sûr, il y a mieux pour s'expliquer.* »

– Alex : « *Oui mais je prends mon traitement ! Et j'ai bien le droit d'être en colère.* »

– Thérapeute : « *Oui vous avez bien le droit d'être en colère... et le problème semble plus lié à la porte cassée.* »

– Alex : « *Ouais... mais quand même, je n'entends plus de voix, je ne tape pas de délire, je ne psychote pas. J'ai même arrêté les joints. Je voulais juste lui parler, mais c'est toujours la même chose avec elle, elle ne m'écoute pas.* »

[Merci à Maman d'avoir parlé de schizophrénie : loin d'être péjoratif, cela a permis à Alex de reconnaître ses troubles et de les critiquer.]

– Thérapeute : « *Donc nous ne sommes pas face à une crise de schizophrénie, mais face à une crise de colère ? C'est cela ?* »

– Alex : « *Oui, c'est cela.* »

– Thérapeute : « *Donc finalement, le problème est plus d'exprimer votre désaccord autrement qu'en cassant des portes et, si je puis me permettre, d'arrêter de passer pour... un fou ? C'est cela ?* »



- ▷ – Alex : « *C'est ça, le problème c'est qu'à chaque fois que je ne suis pas d'accord, ça me met en colère et je casse tout.* »
 – Thérapeute : « *À chaque fois ? Vous ne risquez pas d'avoir le dernier mot.* »
 – Alex : « *C'est sûr.* »
 – Thérapeute : « *Et quel était l'objet de votre dispute ?* »

Alex veut une chambre d'étudiant. Il est en deuxième année de faculté, il est brillant mais... la maladie a rendu ses études aléatoires et ses parents méfiants de tout nouveau projet. Et ils ne savent pas pour les joints. L'entretien se poursuit et alex reconnaît que son geste de violence était inadapté. Nous l'aidons à comprendre que sa mère aura le dernier mot (c'est lui le « fou »). Mais nous lui faisons comprendre aussi que sa mère n'aura pas le dernier mot parce qu'il est malade. Être fou n'est pas une raison suffisante pour tout casser, ce n'est pas non plus une raison suffisante pour avoir toujours tort.

Je lui propose donc de rencontrer ses parents sans lui pour leur expliquer qu'il est hospitalisé pour « porte cassée » et non pour crise aiguë de schizophrénie. Et j'aborde l'idée générale que les casseurs de porte (fous ou délinquants) doivent faire amende honorable (excuses et réparation).

Ensuite, nous avons parlé des symptômes de la schizophrénie (absents depuis plusieurs mois), de ce que ses parents souhaitent encore pour lui (c'est-à-dire qu'il soit parfait), enfin nous avons parlé de l'ambivalence à partir de la maison. Car c'est l'ambivalence qui entraîne les comportements inadaptés ici : je veux mon indépendance, mais je montre bien mon incapacité à la prendre.

Avant l'entretien familial, je rencontre la mère et le père. La mère est très en colère (elle aussi). J'évoque la colère. Elle me répond schizophrénie. Je reconnais que la schizophrénie est son principal problème, qu'elle attribue tous ses comportements à celle-ci. Même lorsqu'il est calme ? Et non. Même lorsqu'il va en fac ? Et non. La schizophrénie ne l'aide pas à travailler. Alors pourquoi serait-elle la seule en cause dans la colère. D'une manière générale, les parents se sentent toujours coupables des erreurs ou des souffrances de leurs enfants, mais rarement des succès... étonnamment. Je n'ai que très rarement entendu un parent dire : « *grâce à mon alcoolisme et ma violence, mes enfants ont fait de brillantes études* ».

Entretien familial

C'est Maman qui parle : « *schizophrénie* », « *violence* », « *intolérable* », « *ne pas recommencer* ».

Alex est calme. Il s'y attendait. Il s'excuse. Maman reste sans voix.

- Thérapeute : « *Depuis quand les fous s'excusent ?* »

Avec logique et bon sens, le thérapeute reconnaît le bien-fondé de la colère de Maman et le bien-fondé de la colère d'Alex. Et il rappelle à chacun certaines règles de fonctionnement en communauté et la fragilité des intervenants — la schizophrénie d'Alex, la tristesse de Maman qui vit le deuil de son enfant malade. Papa ne dira rien, sinon qu'il est d'accord avec Maman. La dernière hospitalisation, Alex s'en était pris à lui. On peut comprendre qu'il se taise désormais.

Chacun expose son point de vue au thérapeute (pas directement mais par le biais du thérapeute). Alex a fait une liste d'excuses (pour les violences passées) ▷

- ▷ et une liste de réparations. Il n'a pas eu sa chambre d'étudiant, mais il a eu par la suite d'autres aménagements qui lui ont permis de prendre son indépendance. Et même si la maladie était toujours là, il n'a plus été hospitalisé sans son consentement.

C'est donc au thérapeute de faire préciser la nature du problème par chacun. Il pose le cadre de la demande. Dans tout conflit, il y a les faits et les commentaires. Les faits sont ce qui est observable. Les commentaires sont les raisons que nous attribuons au comportement de l'autre, des jugements de valeur bien délétères pour le travail. Dès l'instant que l'on a défini les « reproches » factuels, le thérapeute n'est plus un agent de coercition, mais un relayeur de sens. Il n'est plus disqualifié en tant qu'aidant. Une fois le problème défini, il pourra proposer ses services au patient afin de l'aider à satisfaire aux exigences demandées. Le problème d'Alex était de prendre son indépendance — ce qui est déjà difficile en soi — ; le problème de ses parents est qu'il est malade ; le problème du thérapeute est de faire comprendre à chacun qu'ils ont tous raison.

Accepter, refuser, négocier

La triangulation du problème est en route dans une vision concrète et pragmatique. Le soignant permet à chacun de se positionner par rapport au problème. Il n'est pas le porteur de la sanction sociale, il fait clarifier la demande de chacun. Son offre d'aide n'est plus indépendante mais en rapport avec les objectifs précisés. Sa mission devient donc d'aider le patient à atteindre les objectifs définis par les demandeurs. Il échappe enfin au dilemme d'aide ou de contrôle des patients et se définit comme un médiateur ^[11]. Il œuvre au service du demandeur et du patient, avec l'avantage de diminuer le plus possible les aspects de « contrôle » et de coercition de son rôle qui sont antinomiques d'une alliance thérapeutique.

Idéalement, de cette clarification et de cette médiation découle une possibilité de négociation entre les deux parties, dans laquelle l'intervenant joue un rôle de facilitateur. Cette négociation peut déboucher globalement sur trois types de possibilités.

L'adhésion du patient au projet des demandeurs

Il reste alors au thérapeute à créer une relation complémentaire d'aide avec le patient en vue de trouver un moteur pour le changement. On comprend que cette étape obtenue, l'hospitalisation n'est plus réellement contrainte.

Le refus de se soumettre à la mesure de contrainte

Le soignant peut donc demander au patient de s'expliquer avec les demandeurs ou leurs représentants et de s'informer des modalités légales en matière de contrainte abusive. Inutile de préciser que le patient se rend vite compte

qu'une telle attitude sclérose toute possibilité de changement et donc de sortie.

La modification de la demande initiale par la négociation qui agréée davantage le patient

Ainsi, une contrainte n'est plus indispensable et le patient éclairé sur son trouble peut demander les soins. C'est ce qu'Alex et ses parents ont réalisé. C'est ce que nous rencontrons dans la majorité des cas : mettre en adéquation les troubles du comportement et les symptômes psychiatriques, tout en tenant du contexte et de la réalité. La clarification du problème, la médiation puis la négociation qui en découlent pourront toujours par la suite laisser le champ libre au thérapeute pour créer des espaces moins marqués par le champ de la contrainte et où pourront être conclus avec le patient des contrats en dehors des attentes des demandeurs de l'hospitalisation sous contrainte.

Critiques et limites

La TSB ne fonctionne pas mieux que les autres psychothérapies, mais elle rate plus vite. Ce n'est pas qu'une boutade ou qu'un slogan, c'est un message d'alerte ! Avoir un esprit bref et systémique dans sa pratique, c'est arrêter plus vite que les autres les solutions qui ne fonctionnent pas pour le bien des patients. Nous ne prétendons pas que cette vision est meilleure qu'une autre. Ce n'est qu'une vision du problème que nous ajoutons à la boîte à outils du thérapeute. Elle n'exclut en rien les autres courants de thérapie ou encore la neurobiologie et l'importance des traitements antipsychotiques, et, si on trouvait demain un nouveau traitement encore plus efficace et avec moins d'effets secondaires..., un thérapeute bref le prescrirait.

« *Vous entrez dans le délire du patient halluciné* », pourrait-on nous opposer. Non, nous ne rentrons pas dans le délire, car nous n'y croyons pas. Pas plus que nous ne croyons à la vision d'un névrosé qui préfère rester bloqué dans un embouteillage sur l'autoroute plutôt que d'aller flâner sur les petites routes pour ne pas s'énervier et rouler sereinement. Car celui qui reste sur l'autoroute a une bonne raison de le faire : il a peur de se perdre, il n'aime pas être seul, il veut trouver de l'essence 24 heures/24... qui sait ? Mais s'il veut que cela change, c'est au nom de ses valeurs que nous reconnaissons et que nous acceptons — c'est-à-dire que nous comprenons dans le cadre de la thérapie —, que nous allons utiliser ses valeurs pour l'aider à changer. Le patient souffrant de psychose a vraiment une vision douloureuse de ses hallucinations (qu'il y adhère ou non), qu'il les appelle des obsessions, des tics, des visions, des ennemis. Nous ne faisons rien de plus que de reprendre ses propos pour

entrer en communication avec lui et chercher en quoi ce qui lui arrive est un problème.

Vignette clinique

Une attitude empathique avant tout

Une patiente dissociée lors d'un premier entretien était incapable de définir sa demande. Et je ne comprenais rien à son discours. J'ai arrêté de lui demander de m'expliquer précisément pour que je comprenne bien. Pour la rassurer, je lui ai dit que ce n'était pas grave d'être dans ce flou et je lui ai demandé si ce n'était pas justement ce flou, cette fuite des idées, ce « fading » qui était son problème. Se sentant comprise, elle me demande en larmes de l'aider parce qu'elle est perdue. Quelques jours au centre d'accueil et de crise l'ont apaisée (manger, dormir, se sentir protégée). L'anxiolytique lui permet enfin d'exprimer ses idées délirantes et nous avons pu lui proposer un traitement antipsychotique qu'elle était en réalité en train de nous demander.

Une patiente atteinte de trouble psychotique qui avait beaucoup travaillé sur sa situation personnelle, qui acceptait son trouble schizophrénique comme une maladie et se traitait bien pour cela, recommençait à fréquenter un dealer du quartier. La voyant arriver avec lui en salle d'attente, je ne pus m'empêcher de réprimer une grimace (d'inquiétude). Un collègue qui était à mes côtés me dit alors : « *Arrête de montrer tes sentiments, on voit ce que tu penses.* » Ce fut un déclic de plus. Heureusement qu'on peut voir ce que je pense ! Il n'est pas question que je cache mon inquiétude à cette jeune femme de 18 ans quand je sais combien le THC a été délétère auparavant sur sa psychose et les risques qu'elle prendrait à en consommer à nouveau alors qu'elle montait elle-même un projet soins-études. Elle fut rassurée de me voir inquiet attendant finalement une position quasi parentale de ma part. Et pour la rassurer encore plus, je ne manquai pas de lui donner des règles de conduite pour ne pas mettre en péril son projet. Elle a évoqué cette consultation quelques années après m'indiquant combien ce fut bénéfique.

Philippe Jeammet, psychiatre pour enfant et adolescent, spécialiste de l'anorexie mentale, nous racontait lors d'une conférence, une anecdote concernant une jeune étudiante anorexique très affaiblie. Tout au long du trajet avec sa mère pour aller à la consultation, elle refusait de lui donner son sac à dos très lourd que sa mère lui demandait sans cesse de lui donner. En arrivant en consultation, cette situation était tellement insupportable qu'il raconte s'être levé de son bureau, avoir pris le sac lui-même, l'avoir posé à terre en lui disant qu'il était temps d'être hospitalisé maintenant et qu'aucune négociation ne serait possible. De nombreuses années plus tard, alors qu'elle était guérie, elle lui rapportait cet échange dont elle lui dit qu'il fut le premier moteur de son changement vers la guérison.

La souplesse en thérapie est donc de mise. Entre le respect de son obédience et la réalité qui se présente à nous, entre le respect du libre arbitre

et la position « autoritaire », nous ne connaissons pas la bonne réponse. Toutefois, lorsque le patient se met en danger, les silences entendus et le respect du soi-disant libre arbitre n'ont pas de sens. Il faut parfois prendre le risque de perdre ce que l'on pourrait prendre (à tort) pour de l'alliance thérapeutique juste parce qu'on ne veut pas frustrer le patient, alors qu'en fait on l'abandonne. Nous avons parfois le devoir d'être l'« appareil à penser » du sujet halluciné qui n'est plus en mesure de le faire. Pour reprendre un autre propos de Philippe Jeammet, l'obligation aux soins, ce peut être une chance.

Points clés

- La TSB n'est qu'une technique de communication parmi d'autres. Comme toute technique, elle a ses limites. Mais ce qui caractérise un thérapeute bref, c'est précisément qu'il arrête de proposer des solutions qui ne fonctionnent pas pour en chercher d'autres plus efficaces.
- L'esprit des TSB c'est, pour le thérapeute, de chercher à toujours parler le langage du patient. Mais face au patient halluciné, il n'est pas question d'adhérer au délire. L'objectif est d'abord de l'entendre et de le comprendre pour ne pas se disqualifier d'emblée — « comprendre » n'est pas « approuver ».
- Pour parvenir à parler le langage du patient, quatre mots-clefs nous aident : *reconnaître* la structure et la logique du patient, reconnaître ses valeurs, ses inquiétudes, ses croyances et donc reconnaître ses hallucinations ; *accepter* ses valeurs, ses croyances et donc accepter la vérité du patient qui vit réellement ses hallucinations (plutôt que de le convaincre qu'elles n'existent pas) ; *augmenter* les valeurs qui sont ainsi mises en avant, la reconnaissance de la souffrance face à ses hallucinations ; afin de mieux *utiliser* ces valeurs, ces croyances, ces hallucinations comme leviers de changement pour se faire aider.
- Lors de soins sans consentement, la position du thérapeute ne peut être qu'une position de médiateur entre différentes réalités (celle du patient, celle de la société ou du tiers demandeur et celle du thérapeute).
- Il est important de ne pas nier la contrainte pour permettre au patient de se positionner : accepter, refuser ou négocier les soins. Évidemment, la plupart du temps, le patient négociera non pas sa réalité mais sa vision de la réalité. Cet aspect constructiviste sera le levier de sa critique et de son implication. La contrainte devient un levier de changement.
- La grille de lecture des soins sans consentement doit respecter plusieurs étapes : d'abord déterminer qui est le demandeur des soins pour permettre au patient halluciné d'entendre le point de vue de l'autre ; ensuite déterminer le problème qui l'a conduit à ces soins sans consentement, ce qui l'aidera à devenir acteur de son changement.

Bibliographie

- [1] Meggle D. Les Thérapies brèves. Paris: Retz; 1990.
- [2] Haley J. Nouvelles stratégies en thérapie familiale. Paris: Jean Pierre Delarge; 1976.
- [3] Meggle D. L'Hypnose éricksonienne. Ann Méd-Psychol 1988;146:311-24.
- [4] Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. Changement : Paradoxes et Psychothérapie. Paris: Seuil; 1975.
- [5] Watzlawick P. Le langage du changement. Paris: Seuil; 1980.
- [6] Despland J-N. Quelle psychothérapie pour quel patient ? Données de recherche et problèmes cliniques. Psychotropes 2010;16:9.
- [7] Haley J. Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson. Paris: EPI; 1984.
- [8] Doutrelugne Y, Cottencin O. Thérapies brèves : outils et applications. Paris: Masson; 2005.
- [9] De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Bruxelles: De Boeck Université; 1997.
- [10] Cottencin O, Doutrelugne Y, Goudemand M, Consoli SM. Addictions et thérapie systémique brève : un travail sous contrainte. L'Encéphale 2009;35:214-9.
- [11] Seron C, Wittezaele J. Aide ou Contrôle : l'intervention thérapeutique sous contrainte. Bruxelles: De Boeck; 1991.
- [12] Grivois H, Grosso L. La schizophrénie débutante. Paris: John Libbey Eurotext; 1998.
- [13] Haley J. Stratégies de la psychothérapie. Paris: ERES; 1993.

14 Thérapie du sommeil

F.A. Waters, A. Leroy, V.W. Chiu¹

Les hallucinations verbales (ou les « voix ») sont des symptômes fréquemment observés dans les maladies physiques et psychiques, mais ces expériences peuvent également apparaître chez des personnes sans trouble mental constitué. Les hallucinations peuvent être source d'anxiété et constituer un fardeau pour de nombreuses personnes souffrant de schizophrénie. Lorsqu'un traitement est nécessaire, les médicaments antipsychotiques peuvent être prescrits parallèlement à des thérapies psychosociales. Cependant, les hallucinations persistent dans plus d'un quart des cas malgré la conduite d'un traitement intensif et prolongé, mettant en évidence la nécessité d'explorer des interventions alternatives.

L'étude du sommeil a notamment fait l'objet d'un intérêt croissant dans ce domaine ^[1], du fait tout d'abord de la nature ubiquitaire des problèmes de sommeil dans les maladies mentales, mais aussi en raison des liens forts existant entre sommeil perturbé et symptômes cliniques. À ce stade, la majorité des recherches sur le sommeil dans la schizophrénie restent purement descriptives, mais des interventions thérapeutiques ciblées ont récemment pu être proposées pour les patients les plus invalidés.

Une des raisons à cela est que les troubles de sommeil sont souvent considérés comme faisant partie de la constellation de symptômes de la schizophrénie, au même plan que les symptômes psychotiques, les déficits cognitifs, les troubles fonctionnels ou les problèmes de santé physique. En conséquence, le traitement de la schizophrénie est supposé résoudre ces symptômes de manière globale. Actuellement, les résultats disponibles dans la littérature ne valident pas cette hypothèse, et il existe de nombreux symptômes résiduels de la schizophrénie malgré une bonne adhésion thérapeutique.

Un biais fondamental pourrait être de croire que l'ensemble de ces symptômes sont causés par une seule et même étiologie, la schizophrénie ^[2]. Une explication alternative pourrait être que ces symptômes sont associés les uns aux autres, mais indépendamment de la schizophrénie. Certains

1. V.W. Chiu est soutenu par une bourse d'études de troisième cycle de l'université Western Australia, une bourse complémentaire du NMHS MH, et le prix commémoratif Beck Daniel (Australie). A. Leroy est soutenu par une bourse de Master de la faculté de médecine de Lille (France).

symptômes pourraient notamment coexister parce qu'un premier groupe de symptômes crée les conditions d'émergence d'un second groupe de symptômes. Nous pouvons dans ce contexte faire l'hypothèse que troubles du sommeil, symptômes psychotiques, déficits cognitifs et problèmes fonctionnels soient simplement associés du fait de l'impact de la dysfonction du sommeil sur différents systèmes neurocognitifs. Un sommeil de bonne qualité est associé à une bonne santé mentale et physique ou encore à un rétablissement rapide. Dans cette perspective, une amélioration du sommeil chez les personnes présentant des symptômes psychotiques serait un bon adjuvant au traitement conventionnel, permettant de mieux contrôler les symptômes et de soutenir le rétablissement.

Dans ce chapitre, nous soulignerons les travaux qui relient sommeil et hallucinations et constituent un rationnel scientifique en faveur de traitements ciblés sur le sommeil dans la psychose. À noter que la « psychose » est un concept hétérogène se référant à une vaste gamme de tableaux et de syndromes cliniques. Dans ce chapitre, nous l'entendons au sens d'un trouble du spectre schizophrénique (schizophrénie, trouble schizoaffectif et autres troubles psychotiques non spécifiés). La seconde partie de ce chapitre présente une revue de littérature reliant sommeil et hallucinations en population saine. Nous exposerons les preuves montrant que sommeil perturbé et hallucinations sont associés et que les changements du sommeil précèdent souvent le début et les rechutes psychotiques. Nous terminerons sur un aperçu des études montrant une association entre améliorations du sommeil et le soulagement des symptômes hallucinatoires.

Quelles preuves relient le sommeil aux hallucinations en population générale ?

État du sommeil et hallucinations chez les sujets en bonne santé

Le lien entre sommeil et maladie mentale est documenté depuis l'Antiquité et a fait l'objet d'un examen plus minutieux à partir du XIX^e siècle. Le monde des rêves a notamment fasciné les scientifiques de l'ère victorienne. Il existe en effet des similitudes frappantes entre rêves et hallucinations. Ces deux expériences font référence à un phénomène caractérisé principalement par des perceptions visuelles et auditives, des pensées et des émotions qui apparaissent en l'absence de tout stimulus externe, et qui sont typiquement perçues comme réelles. Les contenus des rêves peuvent comprendre l'exécution de pensées, des souvenirs ou répétitions mnésiques ou enfin des fantasmes, parfois absurdes ou étranges. Le « rêveur » montre

un état de conscience modifié et une autoréflexivité réduite, et ne peut exercer un contrôle volontaire direct de ses expériences. Bien sûr, une différence majeure entre le rêve et l'hallucination et que le premier survient durant le sommeil alors que la seconde survient durant l'éveil.

À cette époque, les hallucinations ont donc été considérées comme des cognitions intrusives, issues des rêves, s'imposant à la conscience diurne. Cette notion d'intrusion des processus de sommeil dans les processus d'éveil fut développée au début du ^{xx}e siècle par le neurologue anglais John Hughlings Jackson (1931) [3]. Cet auteur pensait que la perte du contrôle mental durant l'état de sommeil était analogue aux processus à l'œuvre dans la maladie mentale, et que les deux phénomènes étaient la conséquence de fortes décharges sensorielles spontanées dues à un relâchement des processus inhibiteurs.

À cette même époque, les hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques font également l'objet de nombreux travaux. Une large étude conduite en 1894 par la Société pour la recherche psychique (SRP) avait par exemple montré que les expériences hallucinatoires survenant aux limites du sommeil (hypnagogiques, au début du sommeil ; hypnopompiques, au réveil) étaient très communes en population générale. Les auteurs de ce travail avaient interrogé 15 316 personnes sans pathologie physique ou mentale sur leurs expériences hallucinatoires [4] et avaient découvert que 9,9 % de ces sujets rapportaient au moins une expérience hallucinatoire (quelle que soit la modalité) au cours de leur vie. Parmi ces hallucinations, 40 % étaient survenues quand la personne était au lit, se levait ou s'endormait (parmi elles, 44,1 % étaient tactiles, 39 % visuelles, 34,2 % auditives).

Cette étude princeps fut suivie par d'autres enquêtes au cours du ^{xx}e siècle, de moindre puissance [5], mais qui confirmèrent l'importance des hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques (43 %, $n = 500$ étudiants à l'université [6] ; 41 %, $n = 375$ étudiants à l'université [7] ; 41,3 %, $n = 586$ étudiants à l'université [8] ; 24,8 % à l'initiation du sommeil et 19,65 % au réveil, $n = 13\,057$, population générale [9]).

Privation de sommeil et hallucinations

La preuve la plus convaincante du lien entre sommeil et hallucinations est probablement issue des études sur la privation de sommeil. Bien qu'inhabituelles de nos jours, les études de privation de sommeil furent un outil méthodologique extrêmement commun dans la première moitié du ^{xx}e siècle pour observer les effets de la dette de sommeil sur le corps et l'esprit. La première étude empirique des effets psychiques et corporels délétères d'un éveil prolongé a été conduite 1896 par Patrick et Gilbert [10]. Ces auteurs ont étudié trois hommes soumis à un éveil forcé de 90 heures et

ont pu mettre en évidence des changements de leur acuité sensorielle, de leur vitesse motrice, de leur vigilance et flexibilité cognitive, ainsi que la survenue d'erreurs de perception visuelle. Les durées d'éveil dans ces études s'étendaient de 48 heures à plusieurs jours (avec un maximum de onze jours), montrant que les participants souffraient d'altérations aiguës de la conscience et de la pensée, de troubles de la perception et d'hallucinations.

Il reste encore aujourd'hui difficile de comprendre pourquoi des personnes se sont exposées de leur plein gré à de telles privations de sommeil prolongées. Au milieu des années cinquante, des compétitions de « *wake-a-thon* »² [11] furent également en vogue, au cours desquelles les participants devaient réussir une activité comme parler à la radio, être assis dans un rocking-chair ou rester debout à côté d'une voiture, avec leurs mains touchant la voiture en permanence. Le ou la participant(e) qui restait éveillé(e) le plus longtemps gagnait un prix et « renforçait son ego » [12].

Les rapports de recherche et les observations issues des « *wake-a-thon* » montrent de manière concordante des atteintes cognitives s'aggravant progressivement, en termes de vitesse motrice, de vigilance et de flexibilité cognitive. Ces déficits s'accompagnaient de modifications de plus en plus aiguës de la conscience et de la pensée, de perceptions erronées et d'hallucinations. Après 10 heures de privation de sommeil, des plaintes visuelles et auditives apparaissaient, comprenant une vision floue et des bourdonnements d'oreille [12]. Les participants rapportaient des sensations de grattage et de brûlures autour de leurs yeux et une diplopie, suivies par des distorsions portant sur la taille, la profondeur ou la texture — « *Le plancher semble onduler, les lumières semblent clignoter, et la taille et la couleur des chaises semblent changer* », « *J'ai pensé que de la vapeur s'échappait du sol, donc j'ai frotté mes yeux pour vérifier que c'était vrai* » [13] — bien que les participants reconnaissaient typiquement ces expériences comme des erreurs de perception visuelle.

Un éveil prolongé pendant deux ou trois jours produisait toute une série de troubles de perception visuelle, auditive et tactile ainsi que des pensées intrusives et, parfois, des confusions sur la réalité de ces distorsions. Les participants de l'étude d'Oswald [11] ont rapporté avoir vu une hélice à l'intérieur d'un cylindre incurvé et les participants de l'étude de Morris et al. [14] ont rapporté qu'ils pouvaient voir et sentir des toiles d'araignées sur leurs mains et leur visage. Dans une étude plus large portant sur 40 heures d'éveil, Tyler (1947) [15] a montré que 70 % des 350 participants inclus se sont plaints de modifications de leurs perceptions auditives et visuelles. Les plaintes les plus fréquentes étaient de « *voir des connaissances féminines* » ou « *d'autres participants ressemblant à des femmes* » — un « *accomplissement*

2. Marathon de l'éveil.

du désir» selon Tyler, compte tenu du fait que ces participants étaient des militaires américains en service.

Après trois jours d'éveil, les participants de l'étude de Ross (1965) [12] voyaient des grenouilles autour des sources de lumière de la rue et avaient l'impression que les feux de signalisation étaient des personnes. Les hallucinations auditives étaient également fréquentes, en particulier des bruits d'animaux (chiens aboyant, coqs chantant). Ces troubles de la perception étaient associés à un fort sentiment de réalité et n'étaient que faiblement critiqués initialement. Dans certains cas, les participants pouvaient même garder en mémoire des expériences vécues comme réelles [11, 14].

Au-delà de trois jours d'absence de sommeil, les troubles de perception augmentaient également en fréquence pour devenir multimodaux. Les documents existants rapportent des épisodes croissants de troubles de la perception de la réalité, avec hallucinations prolongées et vivaces, l'installation d'idées délirantes de persécution [16-18]. Luby et son équipe ont ainsi étudié un homme de 27 ans durant un éveil de 220 heures. Après 100 heures de privation de sommeil, le participant était devenu hyperactif, paranoïaque et avec des idées de grandeurs, et rapportait des troubles visuels « lui ayant fait quitter la salle terrifié ».

Globalement, ces études montrent qu'un éveil prolongé chez des personnes en bonne santé cause toute une série de changements cognitifs et perceptifs similaires aux hallucinations et aux autres symptômes de la lignée psychotique, augmentant progressivement en sévérité et en durée avec la dette de sommeil. Bien que les profils de troubles du sommeil soient différents dans la schizophrénie comparativement aux sujets sains, la privation de sommeil en population générale reste un modèle utile pour la recherche sur la psychose. En effet, ces études ont pu faire varier la quantité (par exemple, réduction du sommeil et non privation), la qualité (en introduisant des réveils) ou une combinaison des deux (par exemple, privation sélective de sommeil paradoxal ou profond à ondes lentes), et ont pu montrer une large variété de profils cliniques et cognitifs [19], suggérant que les modèles de perte de sommeil pourraient être utiles pour comprendre et traiter la psychose.

Sommeil et hallucinations dans la schizophrénie et la psychose

Les personnes souffrant de schizophrénie ont un sommeil très perturbé. Cela inclut des difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil ainsi que des réveils précoces. Indépendamment de leur traitement, ces individus sont souvent actifs la nuit, avec un profil veille-sommeil irrégulier, une fragmentation du sommeil comprenant des réveils et des cauchemars fréquents, ainsi qu'une asthénie matinale [20-23]. Ces problèmes sont typiquement plus

importants en phase aiguë qu'en phase de rémission [23-25]. Les mécanismes sous-tendant les problèmes de sommeil dans la psychose sont divers et sont résumés dans cette section.

Explications des troubles du sommeil dans la schizophrénie et la psychose

Il existe plusieurs explications pour un sommeil altéré en population clinique. Les profils de sommeil perturbés pourraient tout d'abord être dus à un trouble du sommeil propre. Les troubles du sommeil les plus fréquents dans la schizophrénie sont les anomalies du rythme circadien veille-sommeil et des troubles du sommeil d'origine respiratoire, comme le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) [26, 27].

Les rythmes circadiens font référence à un timing interne régulier des activités physiologiques et comportementales, qui ont lieu toutes les 24 heures. Il existe des rythmes circadiens identifiés dans la régulation de la température centrale, des niveaux hormonaux, de l'appétit, de la vigilance et du niveau d'alerte, des variations de l'humeur et des périodes propices au sommeil et au réveil – qui sont tous contrôlés par le noyau supra-chiasmatique, au niveau de l'hypothalamus [28]. Un composant important des rythmes circadiens est la présence de *Zeitgebers*³.

Les *Zeitgebers* sont des signaux environnementaux « de temps », comme l'exposition à la lumière, la température, les horaires de travail, l'exercice et les heures de repas, qui entraînent nos rythmes circadiens à se synchroniser avec le cycle lumière/obscurité terrestre de 24 heures [29]. L'exposition à la lumière est considérée comme l'un des plus forts *Zeitgebers* pour le fonctionnement du rythme circadien normal. Bromundt et son équipe (2011) [30] ont d'ailleurs proposé que les patients souffrant de schizophrénie, par le retrait fréquent de la vie sociale, soient insuffisamment exposés à la lumière du jour, entraînant ainsi des troubles du rythme circadien. Pourtant, jusqu'à 20 % des personnes souffrant de schizophrénie ont un emploi régulier et des activités sociales diurnes. Malgré cela, ces sujets présentent des troubles du sommeil, ce qui suggère que les *Zeitgebers* ne sont pas suffisants pour générer les altérations du rythme veille-sommeil.

Il existe par ailleurs de nombreux changements neurobiologiques pouvant impacter les rythmes circadiens. Ceux-ci incluent une dysrégulation du pacemaker circadien principal (le noyau supra-chiasmatique), des changements acrophasiques de la sécrétion de mélatonine nocturne, de TSH (*Thyroid Stimulating Hormone*) et de sérotonine (quel que soit le traitement) [31], de cortisol [32] et de prolactine [33].

3. Donneurs de temps.

De manière intéressante, il existe un chevauchement entre certains mécanismes biologiques de la schizophrénie et ceux contribuant à la régulation veille-sommeil et à la production de mélatonine. C'est notamment le cas des modulations de la neurotransmission dopaminergique, glutamatergique et sérotoninergique. Au final, les anomalies propres de l'architecture du sommeil contribuent également à la perturbation du sommeil dans la schizophrénie, avec des études démontrant une diminution de la profondeur du sommeil, du sommeil à ondes lentes [34] et de la latence du sommeil paradoxal, associées à des réductions des fuseaux du sommeil [35].

Un autre trouble fréquent du sommeil est le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS), présent chez approximativement 25 % à 50 % des sujets souffrant de schizophrénie, qui est caractérisée par une cessation temporaire de la respiration durant le sommeil. La diminution de saturation en oxygène consécutive et/ou les réveils produisent des tableaux cliniques à type de dysfonctions veille-sommeil, une diminution de la qualité de vie et de la productivité, des troubles de l'humeur et des dysfonctions cognitives, ainsi que des problèmes de santé physique [36, 37]. Le SAOS inclut les dysfonctions veille-sommeil et l'insomnie due aux activités compensatoires effectuées pour rattraper une nuit non réparatrice. Ces phénomènes compensatoires fournissent un soulagement immédiat mais contribuent à des habitudes de sommeil dysfonctionnelles, responsables de l'apparition d'autres symptômes d'insomnie au fil du temps.

Le style de vie et l'irrégularité du sommeil jouent un rôle important dans les dysfonctions et perturbations du sommeil. Les personnes souffrant de schizophrénie présentent souvent des styles de vie sédentaires, des rythmes veille-sommeil irréguliers, un régime alimentaire peu équilibré et une faible activité professionnelle, contribuant ensuite à un manque de motivation au changement [38]. La léthargie et la somnolence excessive sont également fréquentes, résultant en un sommeil de mauvaise qualité et à l'origine de siestes excessives, de microsommeil et d'insomnie. À noter également que les taux d'obésité sont 1,5 à 2 fois supérieurs chez les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie par rapport à la population générale. L'augmentation de l'indice de masse corporelle est aussi un élément clé du SAOS et des problèmes du rythme veille-sommeil.

Les facteurs psychologiques sont également un important pourvoyeur de troubles du sommeil. Les inquiétudes, pensées intrusives ou négatives, ruminations et voix hallucinées gardent souvent les patients éveillés la nuit. Les effets des traumatismes passés et des événements négatifs sur le sommeil sont aussi fréquents et sont souvent liés aux cauchemars, aux terreurs nocturnes et à la peur de dormir. L'impact de la perte de sommeil chronique sur les systèmes biologiques et psychologiques donne une explication mécanistique puissante liant ces symptômes et le stress au début de l'épisode psychotique. À notre avis, les pertes de sommeil jouent

un rôle clé dans l'exacerbation ou l'accélération de la transition psychotique, *via* son rôle majeur sur les circuits cérébraux émotionnels chez les individus à risque pour la psychose. Le stress pourrait ainsi induire une connectivité altérée entre le cortex préfrontal et l'amygdale [39] qui, en conséquence, déstabiliserait la balance nécessaire pour un profil veille-sommeil régulier, majorant à son tour l'effet du stress sur le système *via* une boucle descendante.

Le sommeil est lié aux hallucinations dans la schizophrénie et la psychose

Un lien évident existe entre problèmes de sommeil et sévérité des symptômes psychotiques comme les voix hallucinées et les idées de persécution [40-43]. Des associations ont aussi été trouvées entre un mauvais sommeil (temps d'endormissement allongé ou faible qualité du sommeil) et la sévérité des hallucinations, du délire et des troubles de la pensée [43-45]. Certaines caractéristiques de l'électroencéphalogramme de sommeil, comme une courte latence du sommeil paradoxal, ont également été liées à ces symptômes psychotiques [42, 46]. Plus récemment, le sommeil de six patients schizophrènes a pu être monitoré par actigraphie diurne et nocturne à domicile sur une période de vingt-huit jours, tout en demandant aux sujets de tenir un journal quotidien de leurs symptômes [41]. Cette étude a montré une forte association entre une courte durée de sommeil et une augmentation du niveau de paranoïa et des hallucinations le jour suivant, particulièrement en cas de symptômes dépressifs associés. Ces résultats sont en faveur d'une correspondance directe, et courte, entre le mauvais sommeil au cours d'une nuit et la sévérité des symptômes du lendemain.

Les raisons de cette association entre sommeil, hallucinations et délire ne sont pas claires. Il est possible d'imaginer que le manque de sommeil produise des changements fondamentaux dans la mise en place des fonctions exécutives, comme une réduction du contrôle inhibiteur et de la vigilance, ainsi que la réduction des processus d'auto-monitoring. La réduction de ces fonctions causerait un bouleversement dans la compétition permanente pour l'activité cognitive et permettrait à des expériences sensorielles et perceptives spontanées de venir au premier plan des activités cognitives. Une activité dopaminergique augmentée, telle qu'observée dans la schizophrénie et pouvant également être médiée par l'anxiété et la dépression, donnerait une saillance particulière à ces événements qui contribuerait à leur consistance et leur signification pathologique.

Les altérations du sommeil précèdent le début de la schizophrénie et la rechute

En plus des corrélations sus-mentionnées, les perturbations du sommeil pourraient également avoir des implications à plus long terme sur les

symptômes psychotiques. Il existe de nombreux arguments qui montrent que ces changements pourraient prédire le début et la rechute de la psychose. Les changements abrupts dans les patterns du sommeil, associés avec une confusion et une désorientation, semblent être des indicateurs précoces du processus psychotique [23]. Une étude menée chez des enfants admis en clinique psychiatrique a ainsi montré que ceux ayant par la suite développé une schizophrénie avaient également des plaintes importantes concernant leur sommeil (perturbations du sommeil, cauchemars et rêveries diurnes excessives) comparativement aux enfants sans diagnostic psychotique ultérieur [47]. Des études détaillées de la phase prodromale de psychose ont également rapporté des troubles du sommeil, parallèlement à une humeur dépressive, une anxiété et une irritabilité en amont du premier épisode psychotique [48]. De plus, le manque de sommeil ou les changements du sommeil sont des signes d'alerte d'une rechute psychotique imminente [24, 25]. Ces observations semblent être confirmées par les familles [49] et révèlent que le sommeil est un baromètre sensible de la santé mentale.

Un faible nombre d'études a également proposé qu'une altération chronique du sommeil puisse contribuer à la rechute psychotique. Le rôle causal des interruptions du sommeil sur la réémergence de la psychose est notamment bien démontré dans les études précoces de Koranyi et Lehmann (1960) [50], qui ont décrit les effets de 100 heures de privation de sommeil sur six individus présentant une schizophrénie d'évolution stable. Les auteurs ont observé que l'accumulation de la dette de sommeil était associée à une exacerbation de la maladie et à une résurgence de symptômes aigus (voix ou stupeur catatonique) qui n'avaient pas été observés au cours des quatre dernières années. Une étude récente des effets de l'arrêt des traitements psychotropes dans une cohorte de 122 patients schizophrènes corrobore ces découvertes [21]. La première conséquence de l'arrêt des traitements était un rebond d'insomnie, rapidement suivi d'une augmentation de la sévérité des symptômes psychotiques.

Au total, une image relativement complexe semble émerger, avec la perte de sommeil précédant et, parfois, déclenchant la psychose. À ce stade, il semble prudent de considérer une relation bidirectionnelle entre les voix, l'inquiétude et les pensées intrusives causant des difficultés à l'endormissement et à l'origine de réveils nocturnes [51]. Étant donné que les troubles aigus du sommeil amènent souvent à la réalisation d'activités compensatoires maladaptatives (siestes de « rattrapage », utilisation de caféine et d'alcool, temps augmenté au lit [52]), l'insomnie chronique se développe au cours du temps, devenant un comportement appris. Compte tenu des relations existant entre problèmes de sommeil et psychose, des interventions ciblées sont particulièrement indiquées.

Les améliorations du sommeil sont associées à la résolution des symptômes

Dans une perspective interventionnelle, les déficits du sommeil sont comparativement plus simples à traiter que les déficits cognitifs. Le sommeil est traditionnellement considéré comme un « système ouvert », sensible aux interventions, avec la possibilité de produire des changements radicaux sur la qualité de vie [53]. Dans le cas de troubles du sommeil tels que le SAOS, le traitement comprend une gamme d'options mécaniques incluant la thérapie positionnelle, la prothèse mandibulaire ou la pression aérienne positive continue. Le traitement des troubles du rythme circadien veille-sommeil est également relativement simple. Comme les cycles veille-sommeil sont régulés par une combinaison de conducteurs homéostatiques (pression vers le sommeil, qui augmente avec l'éveil prolongé) et par les rythmes circadiens de l'horloge interne, il est possible d'intervenir en manipulant les cibles endogènes ou exogènes qui affectent l'horloge interne ou le baromètre du sommeil.

Les interventions sur le sommeil permettent généralement une résolution significative et rapide des symptômes. C'est par exemple ce que montrent les études de privation de sommeil en population non clinique. Les symptômes hallucinatoires induits par la privation de sommeil sont notamment réversibles une fois que les individus ont la possibilité de dormir. Chez les personnes ayant des troubles affectifs (par exemple, un syndrome dépressif), les traitements contre l'insomnie améliorent significativement la qualité du sommeil et de manière plus générale la qualité de vie (avec des tailles d'effet importantes), et diminuent les symptômes dépressifs et le stress [54-56]. Les études menées dans la schizophrénie ou la psychose montrent quant à elles que le traitement du sommeil entraîne des améliorations significatives de la qualité de vie, une meilleure adaptation et une réduction de la sévérité des symptômes hallucinatoires, délirants et dépressifs. Des améliorations cognitives ont également été rapportées dans une étude de cas [57].

Cette littérature souligne la nature réversible de troubles mentaux sommeil-dépendants, ainsi que l'efficacité des interventions centrées sur le sommeil pour inverser une partie des effets causés par la perte de sommeil. L'[encadré 14.1](#) propose un entretien semi-structuré de dépistage des troubles du sommeil chez les patients souffrant de psychose.

Interventions sur le sommeil dans la psychose

Les troubles du sommeil constituent comme nous l'avons montré une cause curable de comorbidité psychiatrique. Les traitements centrés sur le sommeil ont été associés à une diminution des durées d'hospitalisation et ont des effets bénéfiques sur la santé, la cognition, le pessimisme, la capacité d'adaptation, la fatigue et le bien-être. La prévention, la promotion de la

Encadré 14.1**Recommandations pour le dépistage des problèmes de sommeil en milieu psychiatrique**

1. Demander aux patients s'ils sont satisfaits de leur sommeil. [*Si « Oui », s'arrêter ici.*]
2. S'ils ont actuellement des difficultés de sommeil, leur demander de décrire la nature de ces difficultés :
 - Ont-ils des difficultés à s'endormir (plus de 30 minutes) ? Pour quelle(s) raison(s) ?
 - Se réveillent-ils souvent la nuit ? Pour quelle(s) raison(s) ?
 - Se réveillent-ils trop tôt ?
 - Ont-ils fréquemment des cauchemars anxiogènes ?
3. Leur demander si (et à quelle fréquence) ils ronflent ; s'ils se réveillent parfois en cherchant de l'air ; si quelqu'un a remarqué qu'ils ronflaient ; si quelqu'un a observé des pauses respiratoires au cours de leur sommeil (orientant vers une apnée du sommeil).
4. Demander s'ils se sentent somnolents ou fatigués au cours de la journée (sans que cela puisse s'expliquer uniquement par leurs traitements médicamenteux). Cela doit permettre de savoir si les problèmes de sommeil sont suffisamment sévères pour avoir un impact sur les activités quotidiennes.
5. Leur demander de décrire le retentissement de leurs difficultés concernant le sommeil, si nécessaire, sur leur fonctionnement quotidien (par exemple, le Questionnaire sur le résultat fonctionnel du sommeil [77]).
6. Demander s'ils ont une histoire de trouble du sommeil déjà diagnostiqué (et comment il a été traité).
7. Demander quel(s) traitement(s) ils ont pu prendre dans le passé et le(s)quel(s) ils utilisent actuellement. Cela inclut les hypnotiques, les traitements sans ordonnance, l'alcool ou les drogues, les interventions psychologiques ou la méditation/relaxation.

Si les patients répondent « Oui » à deux items ou plus à la question 2 et qu'ils répondent « Oui » à la question 4, cela suggère la présence de symptômes d'insomnie. Les recommandations incluent l'éducation aux règles d'hygiène du sommeil, comprenant les habitudes de coucher, un mode de vie sain, ainsi que des techniques de relaxation. Si possible, réaliser quatre à six sessions de thérapie cognitive et comportementale. Si les problèmes persistent, se référer à une clinique du sommeil afin d'éliminer d'autres troubles du sommeil.

Si les patients ont répondu « Oui » à deux items ou plus à la question 3 et qu'ils répondent « Oui » à la question 4, cela suggère des troubles respiratoires (SAOS). Se référer à la clinique du sommeil de préférence avec un équipement de monitoring ambulatoire du sommeil, pour le dépistage,

le diagnostic et le traitement. Cela nécessite également la réalisation d'une éducation aux règles d'hygiène du sommeil pour permettre une régulation du profil veille-sommeil.

Les questions 5, 6 et 7 doivent être utilisées de manière qualitative en supplément des informations sus-jacentes.

Recommandation

Il est possible d'également demander aux patients de remplir un journal de sommeil au cours de deux semaines consécutives, afin d'apporter des informations complémentaires sur les problèmes de profil veille-sommeil.

santé, le dépistage et le traitement des troubles du sommeil ont également montré des résultats dans la diminution du fardeau des maladies. Différents types d'interventions sont disponibles pour traiter la dysfonction du sommeil dans la psychose. Certaines sont fondées sur des techniques connues comme étant efficaces dans d'autres populations (par exemple, celle présentant des troubles isolés du sommeil) ; d'autres sont justifiées par une analyse des comportements du sommeil et des causes supposées.

Pour le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS)

Il existe toute une gamme de traitements efficaces pour le SAOS. La prise en charge doit inclure le traitement pharmacologique (traitement antihypertenseur), des modifications du style de vie (exercice et perte de poids), mais aussi d'autres méthodes pour empêcher les ronflements, allant du dispositif dentaire (prothèse d'avancement mandibulaire), la thérapie Provent[®], la thérapie positionnelle, la pression positive continue des voies aériennes (PPCA). La PPCA est le traitement le plus efficace et le plus largement utilisé pour le SAOS. Son principe repose sur l'administration d'un faible niveau de pression aérienne continue *via* un masque nasal, qui agit alors comme une « prothèse pneumatique » pour forcer les voies aériennes supérieures à rester ouvertes durant le sommeil et aider la personne à respirer. Ces effets sont la réduction et/ou la disparition des signes et des symptômes reliés au SAOS, et il a été montré que la PPCA améliorait la somnolence et le fonctionnement diurne, ainsi que diverses fonctions cognitives telles que la vigilance, tout en diminuant les complications à long terme du SAOS (hypertension, maladies cardiaques, accident vasculaire cérébral et mort) [58-62]. Des études de cas ont également montré que la PPCA permettait des améliorations cliniques et cognitives dans la schizophrénie [57], voire une rémission du tableau psychotique [63, 64]. Cependant, il n'existe aucune étude de groupe dans la littérature menée sur cette population. Les bénéfices du traitement

du SAOS dans un échantillon représentatif de personnes schizophrènes restent encore à démontrer.

Pour l'insomnie et les dysfonctions circadiennes veille-sommeil

Les interventions le plus communément utilisées pour réguler le profil veille-sommeil et améliorer les symptômes d'insomnie, incluent : la pharmacothérapie, la mélatonine et des interventions cognitives et comportementales spécifiques. D'autres interventions existent (par exemple, la luminothérapie ou la thérapie par restriction du sommeil) mais ont montré une efficacité limitée dans la psychose et ne sont pas recommandées en raison de leur association avec la rechute psychotique (voir par exemple : [65]).

La pharmacothérapie

Une première approche communément utilisée pour la prise en charge de l'insomnie consiste en l'utilisation de la pharmacothérapie comprenant des antipsychotiques et/ou des hypnotiques [24]. Les sédatifs et hypnotiques sont fréquemment prescrits en cas de problèmes aigus de sommeil et sont souvent recommandés en première ligne de traitement. En ce qui concerne les antipsychotiques, on pense que les effets inhibiteurs de ces médicaments sur la transmission dopaminergique (DA) pourraient permettre de réguler l'éveil. Ces traitements s'inscrivent dans une stratégie thérapeutique globale visant à améliorer à la fois les symptômes psychotiques et les problèmes de sommeil. À l'appui de cette hypothèse, de nombreux patients rapportent un soulagement des symptômes, bien que des résultats contrastés existent concernant les effets sommeil-promoteurs des antipsychotiques. Ces études montrent que les antipsychotiques de seconde génération augmentent le temps de sommeil total (notamment le sommeil de phase 2), et que les neuroleptiques classiques augmentent l'efficacité du sommeil (et diminuent la latence du sommeil de phase 2). Cependant, les anomalies de l'architecture du sommeil semblent persister sous antipsychotique [66, 67]. Une autre limite à ces traitements est l'exposition à des effets indésirables (incluant la prise de poids et le syndrome métabolique), par ailleurs bien documentés.

La mélatonine

La mélatonine (administrée quotidiennement *per os*) est une thérapie du sommeil de plus en plus utilisée. La mélatonine est une hormone naturelle sécrétée par la glande pinéale, associée aux rythmes circadiens. Les effets sédatifs et chronobiologiques de la mélatonine l'ont rendu populaire dans le traitement de l'insomnie, du décalage horaire et des troubles du rythme circadien. La mélatonine produit moins d'effets secondaires que les antipsychotiques, bien qu'elle puisse être reliée, à des dosages plus élevés, à des céphalées et des sensations d'ivresse. La mélatonine est typiquement

considérée comme une option thérapeutique prometteuse dans le traitement de l'insomnie dans la schizophrénie, étant donné les altérations connues dans les rythmes chronobiologiques circadiens (avance de phase) de la mélatonine dans cette population [31].

Les effets bénéfiques de la mélatonine ont été rapportés dans une étude de Suresh Kumar et al. (2007) [68], qui ont conduit un essai randomisé comparant mélatonine (à dose flexible de 3 à 12 mg) *versus* placebo chez 40 personnes souffrant de schizophrénie, en complément du traitement conventionnel. La mélatonine a ainsi montré de faibles bénéfices sur les réveils nocturnes et la durée de sommeil comparé au placebo. De manière intéressante, la mélatonine était aussi associée à des améliorations subjectives plus importantes de l'humeur et du fonctionnement au cours de la journée. En utilisant de plus petites doses de mélatonine (2 mg par jour), Shamir et al. [69] ont montré que ce traitement était lié à un avancement du début du sommeil, ainsi qu'à une augmentation de la qualité de sommeil et du temps total de sommeil, particulièrement dans un sous-groupe de patients avec troubles marqués du sommeil au départ. Le plus souvent, 1 mg de mélatonine est aussi efficace que des doses plus élevées. Augmenter les doses ne semble pas améliorer le sommeil mais peut causer des effets « gueule de bois » et une importante fatigue les jours suivants.

Interventions cognitives et comportementales

Le style de vie et les facteurs cognitifs dans la schizophrénie pourraient empêcher les personnes de rétablir un profil de sommeil normal dans les troubles circadiens, le SAOS ou tout autre trouble du sommeil. Les troubles du sommeil sont souvent responsables d'une fatigue excessive, entraînant par la suite de nombreuses activités compensatoires (siestes, microsommeil, pas de routine de lit fixe ou dans les moments sommeil/éveil) qui perpétuent les symptômes d'insomnie. Les thérapies non médicamenteuses de l'insomnie ont le potentiel de produire des effets solides et durables.

Les mauvaises habitudes de sommeil contribuent au maintien des altérations du sommeil. Comme précédemment mentionné, la psychose est souvent liée à un style de vie sédentaire et un manque de structuration de la journée [70], qui pourrait réduire la motivation au changement [51]. Les traitements comportementaux qui visent à accroître la connaissance des bonnes habitudes de sommeil (l'hygiène du sommeil) produisent généralement des bénéfices sur la qualité et la quantité du sommeil, ainsi que sur les fonctions cognitives diurnes.

De plus, les facteurs psychologiques (inquiétudes, ruminations, pensées intrusives) et les stratégies de régulation des pensées dysfonctionnelles sont fortement liés à l'insomnie en population générale, mais aussi chez les personnes souffrant de psychose [51]. En conséquence, les composants actifs essentiels des interventions cognitives se doivent de spécifiquement cibler

les ruminations et pensées excessives avant la mise au lit, les stratégies maladaptatives de contrôle des pensées, ainsi que les croyances et attitudes dysfonctionnelles comme le besoin de contrôler le sommeil. Les interventions combinant stratégies cognitives et interventions comportementales (thérapies cognitives et comportementales pour l'insomnie, TCC-I) ont le potentiel le plus important pour améliorer le sommeil et sont recommandées par l'*American Academy of Sleep Medicine* (AASM) dans le traitement de première ligne de l'insomnie [71].

Peu d'interventions cognitives et comportementales ont été rapportées dans la psychose. Lyne et al. (2012) [72] a réalisé l'une des rares études de ce type, et a pu montrer qu'une session comportementale d'éducation du sommeil dispensée à un échantillon de patients souffrant de maladies psychiatriques (avec des diagnostics mixtes, $n = 85$) produisait des améliorations auto-rapportées modérées dans le sommeil. Edinger et al. (2009) [73] a également rapporté que quatre sessions de TCC-I chez des individus présentant un trouble affectif améliorait significativement leur sommeil, dans une proportion plus importante qu'une session isolée d'hygiène du sommeil. À ce stade, uniquement une étude pilote est disponible concernant la TCC-I dans la schizophrénie [40]. Quatre sessions individuelles de TCC-I ont été administrées à quinze patients présentant un délire de persécution et une insomnie. Les participants ont rapporté des améliorations significatives sur la qualité du sommeil. De plus, le délire et les stress psychologiques apparaissaient significativement réduits en post-intervention et à un mois de suivi.

Au total, différents types d'intervention pourraient être utilisés pour améliorer la qualité du sommeil et les symptômes psychotiques chez les personnes avec schizophrénie. Une alliance thérapeutique forte entre le thérapeute et la personne en demande de soins cliniques, le contact avec d'autres personnes partageant des expériences similaires, et une connaissance des avantages et inconvénients des différentes options thérapeutiques devraient rester des éléments clés afin d'obtenir un changement fructueux. Waters et Chiu (2015) [74] ont ainsi documenté les points de vue et préférences des personnes psychotiques pour différentes d'options thérapeutiques de l'insomnie. L'option pharmacologique semble préférée en cas de difficultés aiguës ou lors d'une rechute, mais ces patients ont également clairement exprimé qu'ils voulaient apprendre à mieux contrôler leur sommeil dans des sessions d'intervention sur le sommeil. Cette acquisition de compétences au travers de thérapies cognitives et comportementales était perçue comme extrêmement valorisante. À l'inverse des autres options (pharmacothérapie et mélatonine), la TCC-I semblait également avoir le plus grand potentiel pour les aider à produire des changements au long

cours. Les annexes 1 et 2 proposent des stratégies de changement pour les insomnies et l'apnée du sommeil respectivement.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons revu les travaux de recherche liant le sommeil aux hallucinations en population non clinique et chez des sujets psychotiques. Dans la deuxième partie, une vue d'ensemble de la littérature historique liant le sommeil à la conscience modifiée a été réalisée et a montré qu'il n'y avait pas de séparation nette entre états de sommeil et d'éveil, même en population saine. Les rêves et les hallucinations ont longtemps été perçus comme similaires ; presque 40 % des expériences hallucinatoires rapportées en population générale apparaissent lors de l'endormissement ou du réveil. En outre, les méthodes expérimentales impliquant la privation de sommeil se sont avérées capables de provoquer des hallucinations auditives et des visions même chez des individus sains et en l'absence de toute prise de toxique. Ces découvertes, fondées sur un examen de la phénoménologie du sommeil, apportent des arguments supplémentaires pour une conception de la psychose le long d'un continuum de sévérité de risque pour la maladie mentale [75] ou au moins un continuum de l'expression des symptômes [76].

La troisième partie de ce chapitre s'est attachée à montrer que les problèmes de sommeil étaient présents chez presque tous les patients psychotiques à un moment de leur maladie, et que le sommeil était fortement lié aux symptômes psychotiques (incluant les hallucinations). Des altérations du sommeil semblent précéder le développement de la maladie mentale et pourraient constituer un signe précoce en cas de rechute psychotique voire, dans certains cas, précipiter l'évolution vers un épisode psychotique aigu.

La quatrième partie était une revue des traitements centrés sur le sommeil. Ces approches semblent permettre une résolution significative des troubles du sommeil mais aussi des manifestations psychotiques. Peu d'études empiriques ont été rapportées sur l'efficacité des interventions sur le sommeil comme moyen d'accélérer le rétablissement dans la psychose, bien que les résultats actuels soient en faveur d'un bénéfice de la pharmacothérapie, à savoir la mélatonine en prescription *add-on*, et des interventions cognitives et comportementales, pour améliorer les paramètres du sommeil et les symptômes psychotiques.

En conclusion, les problèmes du sommeil nécessitent une prise en charge active et ciblée chez les patients psychotiques, au risque de devenir une barrière au rétablissement. Peu d'études empiriques existent à ce jour, mais de plus en plus d'études préliminaires pointent l'utilité des traitements du sommeil pour améliorer les symptômes hallucinatoires.

Points clés

- Il existe des similitudes frappantes entre les hallucinations et les phénomènes liés au sommeil (rêves, hypnagogie).
- Les effets de la perte de sommeil sur l'esprit et les expériences apparentées aux hallucinations sont généralement sous-estimés, mais fournissent des modèles utiles pour améliorer notre compréhension de la psychose.
- Un sommeil perturbé dans la schizophrénie peut être dû à des profils différents de sommeil, qui sont des cibles thérapeutiques majeures et associées à l'amélioration des symptômes, en particulier hallucinatoires.

Annexe 1

Stratégies pour l'insomnie

Prendre en charge l'inquiétude et les pensées distractives

- ▶ Cacher/Couvrir votre réveil quand vous allez au lit. Connaître l'heure peut vous rendre anxieux lorsque vous essayez de vous endormir.
- ▶ Garder un papier et un crayon à côté de votre lit. Si des pensées vous distraient, écrivez-les afin de vous y pencher le lendemain.
- ▶ Les pensées négatives peuvent aggraver le sommeil. Avant d'aller au lit, chercher des pensées négatives et imaginez un résultat plus positif. Planifier comment résoudre les problèmes avant d'aller au lit peut également être utile.
- ▶ Aller au lit en se sentant joyeux et relaxé.
- ▶ Essayez de planifier un « temps de détente » où vous faites quelque chose qui vous fait vous sentir heureux et détendu chaque nuit, au moins 30 à 60 minutes avant d'aller au lit. Écoutez de la musique relaxante, prenez un bain, dessinez.
- ▶ Les stratégies de relaxation peuvent être utilisées pour aider à éliminer les inquiétudes qui vous maintiennent éveillé(e) la nuit. Il y a de nombreuses stratégies que vous pouvez utiliser. Voici deux stratégies de relaxation simples que vous pouvez utiliser :
 - **le haussement des épaules** : levez les épaules comme si vous essayez de toucher vos oreilles avec elles, tout en respirant. Sentez les muscles de votre cou et les épaules tendues. Puis, d'un coup, laissez tomber vos épaules en expirant. Sentez la tension quitter les muscles de votre cou

et les épaules. Répétez le haussement d'épaules à plusieurs reprises, inhalez sur le haussement d'épaules et expirez sur la descente. Gardez votre mâchoire détendue lorsque vous faites cet exercice ;

– **équilibrer la respiration** : prendre 4 secondes pour inspirer et 4 secondes à expirer. Pour cela, lorsque vous inspirez, comptez « 1... 2... 3... 4... », et faites la même chose lorsque vous expirez. Faites cela quatre ou cinq fois. Évitez de retenir votre respiration après l'inhalation ou l'expiration, faites juste une transition en douceur d'une phase à l'autre.

Gérez vos routines de sommeil

► Évitez de faire la **sieste** pendant la journée, car cela rend plus difficile l'endormissement et le maintien de l'endormissement pendant la nuit.

► Évitez toute autre **activité** dans le lit que le sommeil ou le sexe (par exemple, regarder la télévision, utiliser l'ordinateur portable, parler au téléphone). Cela entraîne votre cerveau à associer le lit avec le sommeil uniquement et il est alors plus facile de s'endormir.

► **S'astreindre** à une heure de réveil régulière.

► Allez dormir uniquement lorsque vous vous sentez **fatigué**.

► Assurez-vous que votre chambre est **dans le noir** et que les bruits sont minimisés.

Annexe 2

Stratégies pour l'apnée du sommeil

L'apnée du sommeil doit être traitée avec l'aide de votre médecin et un centre spécialisé dans les troubles du sommeil. Vous pourriez notamment avoir besoin d'une étude du sommeil et de traitements plus spécifiques, comme la PPCA ou les prothèses d'avancement mandibulaires. Cependant, il existe quelques stratégies qui peuvent vous aider avec ces symptômes.

Gérer vos ronflements

► Si vous avez l'impression que vous vous réveillez toujours avec une bouche sèche le matin, gardez un verre d'eau à côté de vous que vous pourrez siroter au réveil.

► Dormez sur le côté. Dormir sur le dos peut aggraver les ronflements et augmenter la sévérité de l'apnée du sommeil. Pour vous aider à dormir sur le côté, vous pouvez :

– coudre une balle de tennis dans une poche à l'arrière de votre pyjama : ainsi, il sera désagréable de rouler sur votre dos pendant le sommeil ;

– achetez un oreiller spécialement conçu pour vous aider à dormir mieux sur le côté¹.

▷ Gérez votre style de vie

► Limitez votre consommation d'alcool. L'alcool peut vous aider à vous endormir plus rapidement, mais il provoque également une détente de vos muscles de la gorge et peut vous conduire à ronfler ou arrêter de respirer pendant votre sommeil.

► L'apnée du sommeil est fortement liée à l'obésité. Améliorer votre alimentation et faire de l'exercice peut aider à gérer l'obésité :

- au moins 30 minutes d'exercice tous les jours permettront d'améliorer votre sommeil ;
- voici quelques exemples à faire dans un exercice de routine : faire des promenades après les repas, de la natation, du vélo. Cela pourrait améliorer votre sommeil de 45 minutes par nuit. Demandez à votre psychothérapeute ou physiothérapeute d'autres idées d'exercices.

Vous pouvez essayer tous ces changements de style de vie, mais vous devriez également consulter votre médecin au sujet de l'apnée du sommeil pour laquelle ces stratégies peuvent être insuffisantes pour contrôler le problème.

¹Par exemple, disponible sur : <http://www.the-pillow.com.au/snoring>

Bibliographie

- [1] National Institute of Mental Health. 2015. <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/arousal-and-regulatory-systems-workshop-proceedings.shtml>.
- [2] Borsboom D. Psychometric perspectives on diagnostic systems. *J Clin Psychol* 2008;64:1089-108.
- [3] Jackson JH, Taylor J, Holmes SG, Walshe FMR. Selected Writings of John Hughlings Jackson: Evaluation and dissolution of the nervous system. Speech. Various papers, addresses and lectures. Hodder and Stoughton; 1931.
- [4] Sidgwick Society for Psychical Research. Report on the census of hallucinations. 1894, p. 233-261.
- [5] Jones SR, Fernyhough C, Larøi F. A phenomenological survey of auditory verbal hallucinations in the hypnagogic and hypnopompic states. *Phenomenol Cogn Sci* 2010;9:213-24.
- [6] McKellar P. Experience and Behaviour. Penguin Press; 1968.
- [7] Posey TB, Losch ME. Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagin Cogn Personal* 1983;3:99-113.
- [8] Barrett TR, Etheridge JB. Verbal hallucinations in normals, I: People who hear "voices". *Appl Cogn Psychol* 1992;6:379-87.
- [9] Ohayon MM. Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Res* 2000;97:153-64.
- [10] Patrick GTW, Gilbert JA. Studies from the psychological laboratory of the University of Iowa : On the effects of loss of sleep. *Psychol Rev* 1896;3:469-83.
- [11] Oswald I. Deprivation of sleep. Sleeping and waking: Physiology and psychology. Amsterdam, Netherlands: Elsevier; 1962, p. 178-91.
- [12] Ross JJ. Neurological findings after prolonged sleep deprivation, *Arch Neurol* 1965;12:399-403.

- [13] Williams H, Morris GO, Lubin A. Illusions, hallucinations and sleep loss. In: West LJ, editor. *Hallucinations*. New York: Grune and Stratton; 1962, p. 158-65.
- [14] Morris GO, Willimas HL, Lubin A. Misperception and disorientation during sleep deprivation. *AMA Arch Gen Psychiatry* 1960;2:247-54.
- [15] Tyler DB. The effect of amphetamine sulfate and some barbiturates on the fatigue produced by prolonged wakefulness. *Am J Physiol* 1947;150:253-62.
- [16] Kleitman N. Sleep and wakefulness as alternating phases in the cycle of existence. Chicago: The University of Chicago Press; 1939.
- [17] Luby ED, Frohman CE, Grisell JL, Lenzo JE, Gottlieb JS. Sleep deprivation: effects on behavior, thinking, motor performance, and biological energy transfer systems. *Psychosom Med* 1960;22:182-92.
- [18] West LJ, Janszen HH, Lester BK, Lester BK, Cornelissoon FS. The psychosis of sleep deprivation. *Ann N Y Acad Sci* 1962;96:66-70.
- [19] Van Dongen EV. Sleeping to remember. On the neural and behavioral mechanisms of sleep-dependent memory consolidation. Radboud University Nijmegen; 2013.
- [20] Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JC. Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:651-68.
- [21] Chemerinski E, Ho B-C, Flaum M, Arndt S, Fleming F, Andreasen NC. Insomnia as a predictor for symptom worsening following antipsychotic withdrawal in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2002;43:393-6.
- [22] Chouinard S, Poulin J, Stip E, Godbout R. Sleep in untreated patients with schizophrenia : a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2004;30:957-67.
- [23] Donlon PT, Blacker KH. Clinical recognition of early schizophrenic decompensation. *Dis Nerv Syst* 1975;36:323-7.
- [24] Falloon IR. Early intervention for first episodes of schizophrenia: a preliminary exploration. *Psychiatry* 1992;55:4-15.
- [25] Heinrichs DW, Carpenter WT. Prospective study of prodromal symptoms in schizophrenic relapse. *Am J Psychiatry* 1985;142:371-3.
- [26] Takahashi KI, Shimizu T, Sugita T, Saito Y, Takahashi Y, Hishikawa Y. Prevalence of sleep-related respiratory disorders in 101 schizophrenic inpatients. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998;52:229-31.
- [27] Sharafkhaneh A, Giray N, Richardson P, Young T, Hirshkowitz M. Association of psychiatric disorders and sleep apnea in a large cohort. *Sleep* 2005;28:1405-11.
- [28] Saper CB, Scammell TE, Lu J. Hypothalamic regulation of sleep and circadian rhythms. *Nature* 2005;437:1257-63.
- [29] Wirz-Justice A, Bromundt V, Cajochen C. Circadian disruption and psychiatric disorders : The importance of entrainment. *Sleep Med Clin* 2009;4:273-84.
- [30] Bromundt V, Köster M, Georgiev-Kill A, Opwis K, Wirz-Justice A, Stoppe G, et al. Sleep-wake cycles and cognitive functioning in schizophrenia. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2011;198:269-76.
- [31] Rao ML, Gross G, Strebel B, Halaris A, Huber G, Bräunig P, et al. Circadian rhythm of tryptophan, serotonin, melatonin, and pituitary hormones in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1994;35:151-63.
- [32] Monteleone P, Maj M, Fusco M, Kemali D, Reiter RJ. Depressed nocturnal plasma melatonin levels in drug-free paranoid schizophrenics. *Schizophr Res* 1992;7:77-84.

- [33] Van Cauter E, Linkowski P, Kerkhofs M, Hubain P, L'Hermite-Balériaux M, Leclercq R, et al. Circadian and sleep-related endocrine rhythms in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:348-56.
- [34] Keshavan MS, Reynolds CE, Kupfer DJ. Electroencephalographic sleep in schizophrenia : a critical review. *Compr Psychiatry* 1990;31:34-47.
- [35] Manoach DS, Thakkar KN, Stroynowski E, Ely A, McKinley SK, Wamsley E, et al. Reduced overnight consolidation of procedural learning in chronic medicated schizophrenia is related to specific sleep stages. *J Psychiatr Res* 2010;44:112-20.
- [36] Lavie P, Fischel N, Zomer J, Eliaschar I. The effects of partial and complete mechanical occlusion of the nasal passages on sleep structure and breathing in sleep. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1983;95:161-6.
- [37] Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993;328:1230-5.
- [38] Chiu V, Harvey R, Sloan N, Ree MJ, Lin A, Janca A, et al. Cognitive and behavioural factors associated with insomnia in people with schizophrenia and other psychoses. *J Nerv Ment Dis*, 2015;203:798-803.
- [39] Sotres-Bayon F, Bush DEA, LeDoux JE. Emotional perseveration: an update on prefrontal-amygdala interactions in fear extinction. *Learn Mem Cold Spring Harb N* 2004;11:525-35.
- [40] Myers E, Startup H, Freeman D. Cognitive behavioural treatment of insomnia in individuals with persistent persecutory delusions: a pilot trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011;42:330-6.
- [41] Waters F, Sinclair C, Rock D, Jablensky A, Foster RG, Wulff K. Daily variations in sleep-wake patterns and severity of psychopathology: a pilot study in community-dwelling individuals with chronic schizophrenia. *Psychiatry Res* 2011;187:304-6.
- [42] Yang C, Winkelman JW. Clinical significance of sleep EEG abnormalities in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 2006;82:251-60.
- [43] Zarcone VP, Benson KL. BPRS symptom factors and sleep variables in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1997;66:111-20.
- [44] Neylan TC, Van Kammen DP, Kelley ME, Peters JL. Sleep in schizophrenic patients on and off haloperidol therapy. Clinically stable vs relapsed patients. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:643-9.
- [45] Poulin J, Daoust A-M, Forest G, Stip E, Godbout R. Sleep architecture and its clinical correlates in first episode and neuroleptic-naïve patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;62:147-53.
- [46] Feinberg I, Koresko RL, Gottlieb F. Further observations on electrophysiological sleep in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1965;6:21-4.
- [47] Frazee HE. In: Children who later became schizophrenic. *Smith College School for Social Work* ; 1953, p. 125-149.
- [48] Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull* 1996;22:353-70.
- [49] Herz MI, Melville C. Relapse in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1980;137:801-5.
- [50] Koranyi EK, Lehmann HE. Experimental sleep deprivation in schizophrenic patients. *AMA Arch Gen Psychiatry* 1960;2:534-44.
- [51] Chiu V, Ree MJ, Waters F. What is it like for people with psychosis to sleep poorly? *soumis*.

- [52] Wickwire EM, Collop NA. Insomnia and sleep-related breathing disorders. *Chest* 2010;137:1449-63.
- [53] Asarnow LD, Soehner AM, Harvey AG. Basic sleep and circadian science as building blocks for behavioral interventions: a translational approach for mood disorders. *Behav Neurosci* 2014;128:360-70.
- [54] Manber R, Edinger JD, Gress JL, San Pedro-Salcedo MG, Kuo TF, Kalista T. Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep* 2008;31:489-95.
- [55] Manber R, Bernert RA, Suh S, Nowakowski S, Siebern AT, Ong JC. CBT for insomnia in patients with high and low depressive symptom severity: adherence and clinical outcomes. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med* 2011;7:645-52.
- [56] Morawetz D. Insomnia and depression: Which comes first? *Sleep Res Online* 2003;5:77-81.
- [57] Boufidis S, Kosmidis MH, Bozikas VP, Daskalopoulou-Vlahoyianni E, Pitsavos S, Karavatos A. Treatment outcome of obstructive sleep apnea syndrome in a patient with schizophrenia: case report. *Int J Psychiatry Med* 2003;33:305-10.
- [58] Engleman HM, Cheshire KE, Deary IJ, Douglas NJ. Daytime sleepiness, cognitive performance and mood after continuous positive airway pressure for the sleep apnoea/hypopnoea syndrome. *Thorax* 1993;48:911-4.
- [59] Engleman HM, Martin SE, Deary IJ, Douglas NJ. Effect of CPAP therapy on daytime function in patients with mild sleep apnoea/hypopnoea syndrome. *Thorax* 1997;52:114-9.
- [60] Hers V, Liistro G, Dury M, Collard P, Aubert G, Rodenstein DO. Residual effect of nCPAP applied for part of the night in patients with obstructive sleep apnoea. *Eur Respir J* 1997;10:973-6.
- [61] Kribbs NB, Pack AI, Kline LR, Getsy JE, Schuett JS, Henry JN, et al. Effects of one night without nasal CPAP treatment on sleep and sleepiness in patients with obstructive sleep apnea. *Am Rev Respir Dis* 1993;147:1162-8.
- [62] Sforza E, Krieger J. Daytime sleepiness after long-term continuous positive airway pressure (CPAP) treatment in obstructive sleep apnea syndrome. *J Neurol Sci* 1992;110:21-6.
- [63] Berrettini WH. Paranoid psychosis and sleep apnea syndrome. *Am J Psychiatry* 1980;137:493-4.
- [64] Karanti A, Landén M. Treatment refractory psychosis remitted upon treatment with continuous positive airway pressure: a case report. *Psychopharmacol Bull* 2007;40:113-7.
- [65] Sit D, Wisner KL, Hanusa BH, Stull S, Terman M. Light therapy for bipolar disorder : a case series in women. *Bipolar Disord* 2007;9:918-27.
- [66] Keshavan MS, Reynolds CF, Miewald JM, Montrose DM. A longitudinal study of EEG sleep in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1996;59:203-11.
- [67] Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-23.
- [68] Suresh Kumar PN, Andrade C, Bhakta SG, Singh NM. Melatonin in schizophrenic outpatients with insomnia: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2007;68:237-41.

- [69] Shamir E, Laudon M, Barak Y, Anis Y, Rotenberg V, Elizur A, et al. Melatonin improves sleep quality of patients with chronic schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2000;61:373-7.
- [70] Hofstetter JR, Mayeda AR, Happel CG, Lysaker PH. Sleep and daily activity preferences in schizophrenia: associations with neurocognition and symptoms. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:408-10.
- [71] Espie CA. Stepped care": a health technology solution for delivering cognitive behavioral therapy as a first line insomnia treatment. *Sleep* 2009;32:1549-58.
- [72] Lyne J, Quinlivan L, Byrne CA, Malone K, Walsh C. Sleep hygiene use in a psychiatry outpatient setting. *Ir Med J* 2011;104:49-50.
- [73] Edinger JD, Olsen MK, Stechuchak KM, Means MK, Lineberger MD, Kirby A, et al. Cognitive behavioral therapy for patients with primary insomnia or insomnia associated predominantly with mixed psychiatric disorders: a randomized clinical trial. *Sleep* 2009;32:499-510.
- [74] Waters F, Chiu VW, Janca A, Atkinson A, Ree M. Preferences for different insomnia treatment options in people with schizophrenia and related psychoses: a qualitative study. *Front Psychol* 2015;6:990.
- [75] Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009;39:179-95.
- [76] Larøi F. How do auditory verbal hallucinations in patients differ from those in non-patients? *Front Hum Neurosci* 2012;6:25.
- [77] Weaver TE, Laizner AM, Evans LK, Maislin G, Chugh DK, Lyon K, et al. An instrument to measure functional status outcomes for disorders of excessive sleepiness. *Sleep* 1997;20:835-43.

Conclusion et perspectives

En coordonnant ce livre, notre motivation première était de recenser les principales approches psychothérapeutiques de l'hallucination, dans une perspective dimensionnelle et intégrative ^[1]. Nous ne cherchions pas seulement à produire un manuel de médecine ou de psychologie en langue française, mais de mettre à disposition de tout thérapeute, quelle que soit sa formation initiale, un ouvrage compagnon, destiné à structurer la prise en charge des personnes souffrant d'hallucinations invalidantes. Trois objectifs nous ont guidés dans cette entreprise : un enjeu de formation bien entendu, mais également de savoir-être et de savoir-faire. Sur les deux derniers points, l'ouvrage peut se rapprocher de certaines thérapies fondées sur une école, mais l'enjeu de formation nécessitait de réunir des connaissances actualisées, intégrant les découvertes récentes des neurosciences, de la psychopathologie intégrative, et la maîtrise de plusieurs théories de l'hallucination, dans une perspective non réductrice ^[2].

Nous sommes en effet encore loin de disposer d'une théorie explicative unique de ce phénomène. La nosographie française contribue depuis près de deux siècles à une meilleure caractérisation de l'hallucination ^[3], mais il convient d'aborder cette littérature avec humilité et esprit critique. Un profond changement de paradigme s'est opéré sur la fin du XX^e siècle, avec l'exploration transdiagnostique du phénomène hallucinatoire, qui a permis de sortir ce symptôme du seul champ de la « schizophrénologie ». Cette approche s'est rapidement répercutée sur les prises en charge et il était donc indispensable de fournir à la communauté des thérapeutes, non pas une revue des psychothérapies validées dans la schizophrénie ou la psychose, mais bien de recenser les techniques centrées sur l'hallucination à proprement parler, quel que soit le diagnostic sous-jacent ou le contexte de survenue.

Les différents auteurs sollicités dans cet ouvrage ont fourni, avec la plus grande rigueur, le degré de validité scientifique de chacune des méthodes présentées. Afin de ne pas limiter sa pratique à une simple consommation de techniques livrées clés en main, il est essentiel que le psychothérapeute reste ouvert aux diverses explications du phénomène hallucinatoire. Plutôt que d'utiliser un paradigme unique pour évaluer et intervenir, le thérapeute se doit de rechercher les processus ayant conduit à l'apparition ou au maintien du symptôme hallucinatoire ainsi qu'à des fonctionnements problématiques connexes. Ces processus peuvent être relationnels, comportementaux, émotionnels, cognitifs, biologiques... Il ne s'agit pas seulement d'être éclectique dans son approche en s'appuyant sur le niveau de preuves

disponibles, mais bien de se préoccuper des facteurs déclenchants et de maintien.

Il était donc insuffisant de fonder la question de la validité sur le seul statut empirique des psychothérapies, mais également de s'intéresser aux mécanismes d'action, de changement et à la cible de chaque approche thérapeutique [4], afin d'obtenir un juste équilibre entre son efficacité dans une indication (*Evidenced-Based Psychotherapy*) et la validité du modèle théorique sous-jacent [5]. L'importante diversification des méthodes disponibles n'est bien sûr pas sans poser quelques problèmes ou limites, dont il faut être conscient (par exemple, la faisabilité pour un même thérapeute de se former à l'ensemble de ces techniques). Pour autant, viser cette double validation nous semble constituer une exigence irréductible dans la structuration des thérapies centrées sur l'hallucination.

Le processus ciblé par la thérapie constitue souvent un élément de choix face à plusieurs méthodes d'efficacité comparable. L'expérience propre du sujet halluciné reste ainsi un pilier central des approches phénoménologiques [6], qui ne visent plus nécessairement la disparition d'un symptôme gênant, mais souvent une modification du contenu émotionnel ou une reprise de contrôle sur l'hallucination, par exemple. Cette stratégie doit être co-construite avec la personne sur ce qu'elle souhaite le plus changer (la fréquence des hallucinations, le stress associé, le caractère menaçant de ces expériences, etc.). La possibilité de suivre les progrès du patient constitue en ce sens un élément central de la validité d'une méthode thérapeutique. Les essais cliniques les plus anciens utilisaient principalement des échelles mesurant la sévérité globale des symptômes psychotiques, sans prendre en compte la richesse et la diversité des hallucinations. Des outils tels que la PSYRATS chez l'adulte [7] ou la MHASC chez l'enfant et l'adolescent [8], semblent aujourd'hui plus adaptés dans une perspective dimensionnelle de suivi des hallucinations.

Un certain nombre de perspectives psychothérapeutiques a été recensé dans un récent rapport du Consortium international de recherche sur les hallucinations [9] et plusieurs essais thérapeutiques sont toujours en cours : sur les techniques par la pleine conscience (ISRCTN74054823), la thérapie par avatar (ISRCTN65314790) ou encore les approches centrées sur le psychotraumatisme (ISRCTN79584912). Il nous est bien sûr impossible de prédire quelles seront les thérapies de l'hallucination de demain, mais plusieurs de ces techniques en phase d'évaluation nous semblent mériter l'intérêt du lecteur et il conviendra certainement de déterminer prochainement la place à leur réserver au sein de l'arsenal thérapeutique existant [10], qu'il s'agisse des méthodes de stimulation cérébrale non invasives [11, 12], de possibles adjuvants médicamenteux [13], de thérapie par avatar [14], ou encore du développement d'interfaces cerveau-machine dédiées, utilisant les principes du neurofeedback [15]. Ce champ passionnant, et en pleine

expansion, méritait un premier ouvrage collectif de synthèse pour, nous l'espérons, le bénéfice conjoint des thérapeutes et des patients, à l'image de leur double expertise — c'est-à-dire l'expertise par le savoir et l'expertise par l'expérience — qui constitue, nous en sommes convaincus, le ciment de tout travail psychothérapeutique réussi.

Renaud Jardri, Jérôme Favrod, Frank Larøi

Bibliographie

- [1] Larøi F, Aleman A. Hallucinations: a guide to treatment and management. Oxford: Oxford University Press; 2010.
- [2] Jardri R, Cachia A, Thomas P, Pins D. The neuroscience of hallucinations. New-York: Springer; 2013.
- [3] Lantéri-Laura G. Les hallucinations. Paris: Masson; 1991.
- [4] Monestès J-L. Rester fidèle à l'esprit hacker. *J Therap Comp Cogn* 2013;23:157-8.
- [5] David D, Montgomery GH. The scientific status of psychotherapies: a new evaluative framework for evidence-based psychosocial interventions. *Clin Psychol Sci Pract* 2011;18:89-99.
- [6] Woods A, et al. Interdisciplinary approaches to the phenomenology of auditory verbal hallucinations. *Schizophr Bull* 2014;40:S246-54.
- [7] Woodward TS, et al. Symptom dimensions of the psychotic symptom rating scales in psychosis: a multisite study. *Schizophr Bull* 2014;40:S265-74.
- [8] Demeulemeester M, et al. Assessing early-onset hallucinations in the touch-screen generation. *Brit J Psychiatry* 2015;206:181-3.
- [9] Thomas N, et al. Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): current status and key directions for future research. *Schizophr Bull* 2014;40:S202-12.
- [10] Sommer IE, et al. The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2012;38:704-14.
- [11] Poulet E, et al. Recommandations françaises sur l'utilisation de la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS). Règles de sécurité et indications thérapeutiques. Marseille: Solal; 2012.
- [12] Brunelin J, et al. Examining transcranial direct-current stimulation (tDCS) as a treatment for hallucinations in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2012;169:719-24.
- [13] Meyer-Lindenberg A, et al. Oxytocin and vasopressin in the human brain: social neuropeptides for translational medicine. *Nat Rev Neurosci* 2011;12:S24-38.
- [14] Leff J, et al. Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: proof-of-concept study. *Br J Psychiatry* 2013;202:428-33.
- [15] Fovet T, Jardri R, Linden D. Current issues in the use of fMRI-based neurofeedback to relieve psychiatric symptoms. *Curr Pharm Des* 2015;21:3384-94.