

# 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 <sup>[1]</sup>. 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 <sup>[2]</sup>.

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 <sup>[3]</sup>, 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<sup>e</sup> 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.