

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 » ^[1] 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 traumas. 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.