

« Cessons d'avoir peur

Il faut sensibiliser les soignants aux traitements psychologiques des hallucinations. Entretien avec Jérôme Favrod, chercheur et auteur de *Faire face aux hallucinations auditives*¹.

■ À quoi sert la thérapie comportementale et cognitive des voix ?

Malgré le développement de molécules plus spécifiques, les neuroleptiques demeurent un traitement partiellement efficace de la schizophrénie (2). Une proportion importante de patients, 30 à 40 %, ne montre en effet qu'une rémission partielle des symptômes psychotiques (3). Les neuroleptiques ont un fort impact comportemental sur les réactions aux symptômes psychotiques et conduisent à un détachement au plan émotionnel. Toutefois, cet impact est plus mitigé sur les croyances délirantes et l'attribution des symptômes à la maladie (4). Les symptômes psychotiques persistants représentent un défi majeur pour les soins psychiatriques, car ils sont accompagnés d'un risque augmenté d'hospitalisation (5), ils impactent le fonctionnement social, professionnel et la qualité de vie subjective des patients (6, 7), et même l'observance du traitement médicamenteux (8). Mon groupe de recherche (voir l'article de J. Favrod et al. p. 40) souligne l'effet de ces symptômes persistants sur les comportements de recherche de sécurité. Souvent, les patients qui ont des hallucinations auditives pensent que les voix ont beaucoup de pouvoir sur eux, en se basant sur les éléments suivants :

- Ils ont l'impression que les voix ne proviennent pas d'eux ;
- Ils ont le sentiment que les voix savent tout sur eux, elles sont perçues comme omniscientes ;

– Ils ne peuvent pas contrôler leur apparition ou leur disparition (9).

Le pouvoir attribué aux voix dépend également de l'estime de soi : plus elle est basse, plus les voix ont du pouvoir. Le patient se trouve ainsi victime d'un persécuteur qui vient compliquer sa vie en le plaçant dans une situation de peur et de soumission. C'est pourquoi il est important d'utiliser des interventions psychologiques qui réduisent l'impact des voix.

Est-ce que la thérapie cognitive et comportementale est largement utilisée pour les hallucinations auditives ?

Malheureusement non. Souvent, les professionnels de la santé pensent que la psychose est qualitativement différente de la normalité et ne serait, par conséquent, pas accessible à la thérapie, envers et contre toutes les données probantes publiées ces dernières années (10). Nombre de soignants ont en outre peur de la psychose. Par exemple, quand je demande aux thérapeutes en formation de faire des exercices on/off, c'est-à-dire au cours desquels on déclenche des voix avec le patient et on les bloque, le plus souvent par la lecture à haute voix, la plupart sont effrayés à l'idée de perdre le contrôle de la situation. Alors que pour soigner des attaques de panique, ils n'ont aucune crainte à déclencher une attaque de panique par hyperventilation ni à la bloquer par des réflexes vagues. Il faut vraiment sensibiliser davantage les professionnels aux traitements psychologiques des hallucinations auditives. Nous avons pourtant publié des ouvrages (11, 1), créé des programmes ludiques (13) et traduit des programmes existants (14) qui contribuent à diffuser les connaissances et les compétences dans le domaine des soins aux

personnes souffrant de psychose. Dans la pratique, l'intégration des nouvelles connaissances aux soins reste très lente.

Quelles sont les récentes innovations en thérapie cognitive et comportementale des hallucinations auditives ?

- Leff et ses collaborateurs (15) ont testé une thérapie assistée par ordinateur. 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 avec un programme qui permet de dessiner un visage dont les lèvres se synchronisent avec le langage. C'est le thérapeute qui prête sa voix aux hallucinations auditives, et le patient est à même de la transformer pour qu'elle ressemble à celle qu'il entend. La construction d'un avatar et le choix d'une voix prennent quarante minutes. Le patient devient ainsi capable d'interagir avec sa voix devant l'ordinateur, alors que le thérapeute se trouve dans une autre pièce. Le thérapeute peut également 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 en particulier. Le thérapeute contrôle l'avatar pour que, progressivement, il passe sous le contrôle du patient. L'avatar est hostile au début de l'intervention puis, peu à peu, il devient aidant et soutenant. L'hypothèse de l'étude 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 est enregistrée et transférée sur un lecteur MP3, afin que le patient puisse réécouter les dialogues en dehors des séances. L'étude a montré que cette thérapie était efficace pour

Jérôme FAVROD

Infirmier, Institut et Haute École de la Santé la Source, Lausanne, Département de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.

de la psychose »

réduire les hallucinations auditives et les croyances à leur sujet.

- Par ailleurs, dans le but de faciliter l'accès à la thérapie cognitive et comportementale des psychoses, Gottlieb et ses collaborateurs (16) ont développé un programme autogéré et interactif appelé « Faire face aux voix ». Ce programme est accessible sur le web. Une première étude pilote souligne que 80 % des patients ont terminé plus de 50 % des séances prévues par le programme. Ces patients ont montré une réduction significative de la sévérité de leurs hallucinations auditives. Ce programme se compose de dix leçons, chacune conçue pour durer 45 à 80 minutes, en fonction de la rapidité du client. La première leçon commence par une autoévaluation détaillée de l'expérience du client avec hallucinations auditives, puis, au début de chaque leçon suivante, les patients sont invités à entrer leur « Journal des voix », dans lequel ils décrivent leurs expériences avec les hallucinations auditives, leur niveau de détresse et les stratégies qu'ils ont utilisées pour faire face. Des tutoriels vidéo (petits films didactiques) sont utilisés pour expliquer la psychose et les styles de pensées dysfonctionnelles. Des jeux interactifs, des quiz et des exercices pratiques sont structurés autour de ces tutoriels et permettent aux participants d'appliquer les concepts et de pratiquer les habiletés enseignées.

- En ce qui nous concerne, nous finalisons une échelle interactive pour évaluer la psychose, en collaboration avec l'équipe de la Fondation HorizonSud en Gruyère (www.horizonsud.ch). Cette échelle, qui se présente sous la forme de cartes à classer, s'appelle Échelle d'évaluation de l'expérience psychotique (EEEEP). Elle sera prochainement disponible sur ma page personnelle : http://homepage.hispeed.ch/Jerome_Favrod



© Mondanités, issu de la série Monologues & Dystopies, Dorothy-Shoes, 2006-2013.

1– Favrod J, Scheder D. Faire face aux hallucinations auditives : De l'intrusion à l'autonomie. Charleroi : Socrates Éditions – Promarex ; 2003.

2– Stone JM, Pilowsky LS. Antipsychotic drug action : targets for drug discovery with neurochemical imaging. Expert review of neurotherapeutics. [Review]. 2006 Jan ; 6 (1) : 57-64.

3– Zink M, Englisch S, Meyer-Lindenberg A. Polypharmacy in schizophrenia. Current opinion in psychiatry. 2010 Mar ; 23 (2) : 103-11.

4– Mizrahi R, Kiang M, Mamo DC, Arenovich T, Bagby RM, Zipursky RB, et al. The selective effect of antipsychotics on the different dimensions of the experience of psychosis in schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia research. 2006 Dec ; 88 (1-3) : 111-8.

5– Helldin 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 Nov ; 115 (1) : 67-73.

6– Favrod J, Grasset F, Spreng S, Grossenbacher B, Hodé Y. Benevolent voices are not so kind : the functional significance of auditory hallucinations. Psychopathology. 2004 Nov-Dec ; 37 (6) : 304-8.

7– Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE, Dunn G. Acting on persecutory delusions : The importance of safety seeking. Behav Res Ther. 2007 Jan ; 45 (1) : 89-99.

8– Moritz S, Favrod J, Andreou C, Morrison AP, Bohn F, Veckenstedt R, et al. Beyond the Usual Suspects : Positive Attitudes Towards Positive Symptoms Is Associated With

Medication Noncompliance in Psychosis. Schizophrenia bulletin. 2012 Feb 15.

9– Favrod J, Pomini V, Grasset F. Thérapie cognitive et comportementale pour les hallucinations auditives résistantes au traitement neuroleptique. Rev méd Suisse romande. 2004 Apr ; 124 (4) : 213-6.

10– Stip E. Psychosis : a category or a dimension ? Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie. 2009 Mar ; 54 (3) : 137-9.

11– Favrod J, Maire A. Se rétablir de la schizophrénie : guide pratique pour les professionnels. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2012.

12– 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 education and counseling. 2011 May ; 83 (2) : 210-6.

13– Favrod J, Maire A, Bardy S, Pernier S, Bonsack C. Improving insight into delusions : a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. Journal of advanced nursing. 2011 Feb ; 67 (2) : 401-7.

14– Leff J, Williams G, Huckvale MA, Arbutnot M, Leff AP. Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations : proof-of-concept study. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2013 Feb 21.

15– Gottlieb JD, Romeo KH, Penn DL, Mueser KT, Chiko BP. Web-based cognitive-behavioral therapy for auditory hallucinations in persons with psychosis : a pilot study. Schizophrenia research. 2013 Apr ; 145(1-3):82-7.