

# 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, 6] 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 <sup>[20]</sup> (encadré 7.1). Ces dernières années, les témoignages de nombreux patients nous ont appris que l'on pouvait se rétablir de la schizophrénie <sup>[21, 22]</sup>. 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 <sup>[24]</sup> :

- 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 <sup>[23]</sup>.

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.

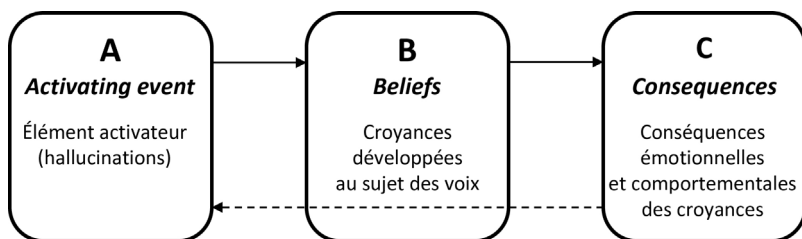
## Analyse fonctionnelle des hallucinations auditives

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 <sup>[27]</sup>.

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 <sup>[17, 28, 29]</sup> (encadré 7.2). Les comportements de recherche de sécurité peuvent être définis comme les actions préventives accomplies pour assurer la sécurité <sup>[30]</sup>, empêchant de considérer l'absence de la menace qui permettrait pertinemment la réduction de l'anxiété <sup>[6]</sup>.

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

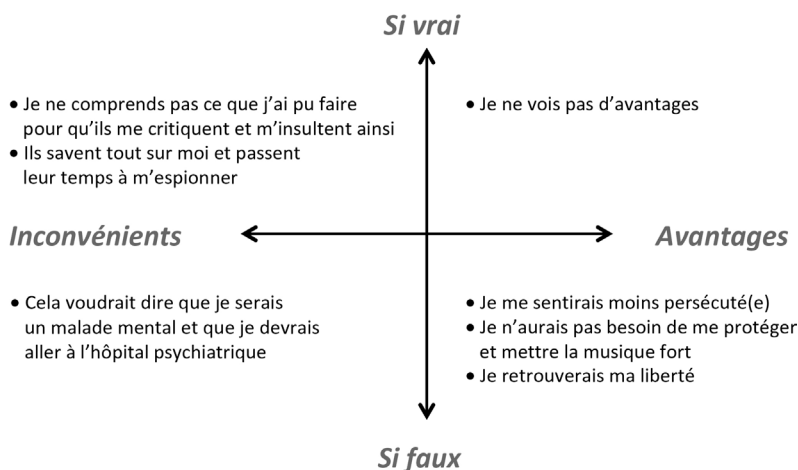


Figure 7.1. Balance décisionnelle.

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. <sup>[40]</sup> » Ensuite, le phénomène n'est plus décrit jusqu'à la Renaissance dans *Continuation des amours* où Ronsard s'enferme pour lire seul <sup>[41]</sup>. 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 <sup>[42]</sup>. 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 <sup>[43, 44]</sup> est une nouvelle façon d'aborder le traitement psychologique des symptômes psychotiques<sup>1</sup>. 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 <sup>[45]</sup> 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.uke.de/mkt](http://www.uke.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 <sup>[54]</sup>.

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 blablataz 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. <sup>[55]</sup> 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-Korff 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 révise 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.