

11

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

J. Jenner

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

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

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

Cadre de référence du programme HIT

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

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

L'art de l'intervention thérapeutique intégrative

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

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

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

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

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

Le format HIT

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

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

Tableau 11.1. Le format du programme HIT.

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

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

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

- le principe de double réalité ;
- les stratégies de motivation ;
- la médication ;
- l'entraînement des patients et des proches aux stratégies de *coping*
- les comportements cognitifs ;
- l'éducation thérapeutique et aux symptômes ;
- la réhabilitation.

Ils correspondent aux modèles médicaux, biologiques, génétiques, interactionnels, sociaux, spirituels et moraux. Cette combinaison d'approches rend l'intégration nécessaire.

Le cadre général peut associer une aide sociale et des interventions de crise 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 si nécessaire. Les diagnostics et interventions ne doivent pas être séparés de façon rigide. La manière de mener les entretiens, les questions directives, l'application du raisonnement socratique ([encadré 11.1](#)),

Encadré 11.1

Le questionnement socratique

Le questionnement socratique cherche à donner aussi peu de conseils immédiats aux patients que possible et à ne pas se focaliser sur la démonstration que le thérapeute a raison et que l'Entendeur de voix a tort. La méthode socratique évite donc d'avoir à donner un conseil direct au patient. Son objectif est d'aider le patient à développer ses propres idées de changement et à trouver des solutions alternatives. La méthode socratique cherche à le faire douter en utilisant un style de questionnement indirect des pensées maladaptées, mais cherche aussi à tester les conclusions du patient sur le pouvoir de ses HAV ^[21]. La thérapie HIT apporte plus de valeur aux questions qu'aux affirmations. Préférer des phrases comme « *Est-il possible que... ?* » « *Savez-vous... ?* » « *Que pensez-vous de... ?* » plutôt que « *Il a été prouvé que...* », « *C'est certainement ainsi et ainsi...* », etc. Le raisonnement socratique mène rarement à des conflits. Quand un patient rejette ou réagit négativement à des phrases suggestives comme, « *Que penseriez-vous si je vous proposais d'essayer la stratégie X contre les voix ?* », le thérapeute peut passer à une autre phrase suggestive sans perdre la face. À l'inverse, la suggestion, « *Je propose que vous fassiez...* » laisse peu de place à l'alternative en cas d'escalade symétrique. Présenter les tâches au patient en utilisant des termes tels que « *Faites et ne faites pas* », ou « *Vous avez à...* » peut être rapidement source d'opposition.

la répétition (positive) des réponses, le conditionnement sémantique et les résumés sont les conditions nécessaires pour aider le patient à progressivement douter de l'origine de ses voix et à développer des explications alternatives. L'évaluation des voix réalisée avec l'*Auditory Vocal Hallucination Rating Scale* (AVHRS) [15, 16] induit déjà une réattribution des HAV chez de nombreux patients. Les modules du HIT sont donc implémentés en accord avec :

- les préférences et besoins individuels ;
- les étapes de motivation ;
- la structure de personnalité des participants.

Les indicateurs permettant de choisir au mieux ces modules sont : les stratégies déjà utilisées par les patients et sa famille, la signification et l'attribution des voix, le niveau d'anxiété et les explications sur l'origine des voix.

Le **principe de double réalité**, qui vise à faciliter la relation thérapeutique, est central. En effet, les Entendeurs de voix se sentent invalidés quand le thérapeute doute de la réalité de leur expérience hallucinatoire [8]. Il convient donc de tout d'abord souligner le besoin d'informations détaillées sur les HAV. Les thérapeutes HIT acceptent explicitement les HAV comme des expériences réelles. C'est une bonne technique interactive tout en reposant sur des données scientifiques, comme l'illustrent les études d'imagerie cérébrale [18-20].

Pourquoi parler de double réalité? L'une est la réalité du thérapeute, l'autre est celle du patient qui est l'unique et seule réalité. Le patient est tout aussi expert de sa réalité et responsable de ses actions que nous le sommes pour les nôtres. Une autre réalité est que les thérapeutes n'entendent généralement pas de voix, mais les Entendeurs de voix si. Cela les place en situation d'expert vis-à-vis du thérapeute concernant leur expérience subjective. Quand les Entendeurs de voix acceptent ce principe de double réalité — et la plupart d'entre eux le font —, ils prennent indirectement et implicitement une position d'expert, avec les responsabilités qui leur incombent. Ce rôle d'expert a pour conséquence une prise en compte de la situation propre au patient et moins de négativisme. Nous avons pu montrer que l'élévation du patient au statut d'expert augmentait la coopération et la compliance dans les tâches proposées à domicile.

Le programme HIT par étapes (tableau 11.2)

Module 1 – Impliquer le patient dans la thérapie

La thérapie HIT commence par impliquer et lier le patient et le système. Il n'est pas rare de constater un taux de non-compliance vis-à-vis des traitements médicamenteux de 40 à 70 % parmi les patients présentant un trouble psychiatrique. Est-ce lié à la maladie ou aux limites de la relation ? Une intervention apparemment logique serait de confronter les Entendeurs

Tableau 11.2. Le protocole d'évaluation des hallucinations acoustico-verbales (HAV) dans la psychothérapie HIT.

Étapes	Objectifs d'évaluation	Outil utilisé	Commentaire
1	Diagnostic différentiel	Entretien psychiatrique	Distinguez HAV, rêves et TOC
2	HAV ?	Validation de la qualité physique	Les qualités physiques différencient les HAV des illusions, délires, et pensées obsessionnelles compulsives
3	Danger (mortel ?)	Entretien psychiatrique BAVQ-R ^[31]	La plupart des hallucinations ont peu de risque mortel, excepté pour : <ul style="list-style-type: none"> - obéissance aux voix - hallucinations de commande - délires : <ul style="list-style-type: none"> - d'être contrôlé - de paranoïa - de référence
4	Trouble somatique ?	Anamnèses, examen physique	Le traitement se centre sur : <ul style="list-style-type: none"> - troubles somatiques - effet secondaire de la médication
5	Troubles psychiatriques ?	Entretien psychiatrique, PANSS...	Utilisation de lignes directrices
6	Réaction habituelle, patterns, traits de personnalité ?	Entretien psychiatrique, tests psychologiques	Indication de styles préférés de communication
7	Caractéristique des HAV ?	AVHRS, PUVI	Nécessaire pour un ajustement du programme thérapeutique
8	Renforcement sélectif ?	Analyse fonctionnelle	<i>Ibid</i>
9	Bénéfices fonctionnels et secondaires ?	CVI	<i>Ibid</i>
10	Comportements habituels des patients et des proches	Analyse des interactions	<i>Ibid</i>
11	Volonté de changer, handicap ou réticence	Entretien approfondi	<i>Ibid</i>

de voix au test de leur réalité perturbée, ainsi qu'à de la psychoéducation sur les déficits cognitifs. Les thérapeutes HIT interprètent la non-compliance comme étant (partiellement) interpersonnelle. À la confrontation seront préférés l'**entretien motivationnel**, le **réétiquettage** et le **recadrage**. Le terme de « patient psychiatrique » peut être remplacé par « Entendeur de voix ». Pour atteindre une bonne alliance thérapeutique, il convient de garder les points suivants à l'esprit :

- les Entendeurs de voix partagent une forme d'« allergie aux champs de la santé mentale » ;
- les Entendeurs de voix entendent des voix ;
- visez une réalité fonctionnelle plutôt qu'une réalité dogmatique ;
- utilisez un protocole diagnostique graduel ;
- appliquez le questionnement socratique comme style de communication préférentiel.

Le HIT se concentre sur les patients et leur engagement dans le système en leur demandant toujours leurs préférences. Souhaitent-ils commencer en racontant leur histoire ? Ont-ils des questions urgentes ou souhaitent-ils commencer avec des informations sur les HAV ou des explications sur le programme HIT ? Cette volonté affichée de partager, négocier et coopérer ouvre de nombreuses possibilités de changement et d'ajustement. Cette approche « séduit » l'Entendeur de voix qui se voit attribuer un rôle actif dans son traitement. Cela est essentiel dans l'amélioration de la coopération, la réduction de la non-compliance et du taux d'abandon thérapeutique. Le fait d'améliorer l'implication du sujet dans son traitement se poursuit à tous les stades : celui du diagnostic et de l'évaluation des caractéristiques des HAV, du « *causal concept ordering* », de l'implémentation des modules HIT, de la post-cure et de l'arrêt du traitement. Les interventions standards sur les liens sont le principe de double réalité, le questionnement socratique, les stratégies de motivation, l'aide sociale d'intervention de crise 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et l'approche thérapeutique directive.

Module 2 – Caractérisation des hallucinations

L'étape suivante est celle du diagnostic et de l'évaluation. Un programme en onze étapes est appliqué au cours de ce module.

Étape 1 – Diagnostic différentiel

Habituellement, la phénoménologie des HAV diffère peu de l'audition normale. Plus de 70 % des Entendeurs de voix rapportent un volume des HAV comparable à celui des conversations normales ^[21]. Aussi, la phénoménologie des HAV diffère peu d'un trouble psychiatrique à l'autre ^[23-25]. La localisation perçue, la malveillance, la durée, le niveau sonore et même les croyances du sujet sur les origines des HAV sont étonnamment similaires, de la schizophrénie au trouble de personnalité borderline (ce point est également discuté dans les chapitres 1 et 2).

Étape 2 – Déterminer si les HAV sont réellement entendues

Sont-elles expérimentées comme des perceptions sensorielles ? Les qualités physiques des voix doivent être évaluées. L'objet de la perception peut être expérimenté comme externe à soi-même, interne ou entendues comme provenant de la propre tête du patient. Une bonne orientation spatio-temporelle est nécessaire pour exclure un état confusionnel.

Étape 3 – évaluer le risque pour le sujet

Un risque élevé est associé avec :

- la capacité de commander portée par les hallucinations ;
- le délire d'influence ;
- le contenu des délires paranoïdes.

La plupart du temps, les HAV chez les patients psychiatriques ont un contenu négatif et malveillant. Les voix peuvent commander aux patients de s'opposer au traitement et de négliger leur propre santé. Les HAV peuvent ordonner que le patient s'automutile, commette un geste suicidaire ou un homicide. Les dangers posés par les ordres que peuvent donner les voix dépendent du degré d'obéissance mais aussi de la non-compliance au traitement. La combinaison des HAV et d'un délire augmente le risque auto-/hétéroagressif, particulièrement dans le cas des délires paranoïdes et d'influence.

Étape 4 – Recherche de troubles somatiques associés, ainsi que les possibles effets secondaires d'une médication

Explorer consciencieusement les antécédents médicaux et réalisez un examen physique. Des hallucinations ont été rapportées dans presque tous les troubles somatiques, allant de la fièvre, du sepsis et la déshydratation aux tumeurs et maladies cardiovasculaires ou métaboliques (par exemple, diabètes, porphyrie, pathologies thyroïdiennes) ^[4]. L'épilepsie et la narcolepsie doivent également être écartées. Les hallucinations musicales résultent communément d'atteintes acoustiques ou cérébrales. Des hallucinations visuelles peuvent être rencontrées dans les délires et les intoxications aux substances.

Étape 5 – Évaluer la présence de troubles psychiatriques (spectre schizophrénique, trouble de la personnalité borderline, dépression psychotique, PTSD et abus de substance)

Le protocole du DSM-IV-TR ou de la CIM-10 peut être appliqué, ainsi que des instruments spécifiques comme la *Positive and Negative Symptom Scale* (PANSS), le *Dissociative Questionnaire* (DIS-Q) ou la *Dissociative Experiences Scale* (DES).

Étape 6 – évaluer la présence de traits de personnalité

C'est important pour deux raisons. Premièrement, certains troubles de la personnalité sont fortement associés aux hallucinations. Deuxièmement,

le pattern habituel de réactions et les traits de personnalités des Entendeurs de voix et de leurs proches sont représentatifs du style préférentiel de communication. Par exemple, là où la majorité des personnes apprécient l'empathie, les personnes avec une personnalité schizotypique préfèrent plus de distance. Les personnes paranoïdes peuvent également interpréter la compassion comme une preuve que l'on peut lire dans leur esprit. Le sens grandiose de sa propre importance chez l'individu narcissique peut l'empêcher d'accepter le meilleur conseil. Leur présenter un choix parmi au moins deux options peut les aider. Les personnes narcissiques rejettent le plus souvent les tâches jugées trop simples, par conséquent, présentez-leur celles-ci comme des épreuves « possiblement trop difficiles ». Les personnalités narcissiques vont tenter de prouver que vous avez tort. Le questionnement dialectique est bon pour les patients ayant une personnalité borderline. Ils apprécient un thérapeute qui endosse des actions contradictoires simultanément (tout le monde fait du mieux qu'il peut *et* tout le monde à besoin de mieux faire). Ils peuvent vouloir être aidés, mais vivent aussi l'aide comme effrayante. Les requêtes refusées peuvent être perçues comme des rejets menant au conflit. Cependant, donner de l'aide et les tenir responsables pour leur comportement est vécu comme un affront à leur autonomie. Une approche dialectique qui reconnaît les deux facettes d'un problème peut leur apprendre à éviter les pensées « en noir et blanc » et à accepter de l'aide.

Étape 7 – évaluer les caractéristiques des HAV

Évaluer les caractéristiques des HAV, leur signification pour le patient et comment leurs proches et eux-mêmes expliquent ces voix. Investiguez le contenu, la forme et le contexte des HAV : négatives, positives, neutres et/ou utiles ? Est-ce qu'elles prédisent, promettent, commentent, menacent ou répètent ? Quelle charge émotionnelle exercent-elles ? Ont-elles des objectifs clairs ? Pour quelles significations et attributions les HAV sont-elles blâmées ? La compliance à la thérapie est une raison majeure pour se renseigner sur les HAV positives et utiles. Le HIT utilise l'*Auditory Vocal Hallucination Rating Scale* (AVHRS) [15] et le *Positive and Useful Voices Inventory* ;[26] pour évaluer les HAV. Une liste de diverses caractéristiques des HAV évaluées avec l'AVHRS est présentée ci-après.

Contenu

Des HAV négatives, positives et utiles peuvent être distinguées. Les distinctions suivantes doivent également être faites : la valeur subjective de l'Entendeur de voix ; le résultat de l'efficacité. Ainsi, des HAV disant que le patient a des pouvoirs divins peuvent être vécues positivement aussi bien que négativement (par exemple comme une fierté démoniaque). À l'inverse, les voix « divines » peuvent être ressenties comme utiles et peuvent être responsables d'un engagement civil. Pour la plupart des sujets, les premières HAV ont un contenu négatif. Cependant, 25-75 % des sujets entendent également des HAV positives et environ 40 % entendent des HAV utiles [26, 27].

Environ 25 % des patients espagnols avec schizophrénie rapportent des HAV positives, ce chiffre s'élève à 50 % chez les patients néerlandais. Les membres de la fondation néerlandaise *Weerklank* (signifiant « écho » ou « réponse ») rapportent une prévalence d'HAV positives de 75 % au long de la vie. La *Weerklank* est une fondation pour Entendeurs de voix et l'ensemble des personnes intéressées par cette problématique. Les membres de la *Weerklank*, initialement inscrite dans le mouvement de l'antipsychiatrie, favorisent l'hypothèse que les voix ont une signification [28].

Les HAV positives peuvent donner des conseils, aider à réaliser des activités quotidiennes et prendre des décisions. Sur le plan thérapeutique, elles peuvent être implémentées efficacement contre les HAV négatives. Il est postulé que toutes les voix, indépendamment de leur valence émotionnelle, ont des connaissances qui leur sont propres. Ainsi, il est possible de demander l'aide de voix positives contre les autres types de voix. Par exemple : « *Pouvez-vous déterminer ce que les voix négatives pensent, veulent ou ont l'intention de faire ?* », « *Pouvez-vous, s'il vous plaît, négocier avec les voix négatives à propos de...* », « *Pouvez-vous leur dire...* ». En procédant ainsi, les patients parlent indirectement aux voix, ce qui leur donne un sentiment de sécurité. Cependant, seulement 32 % des Entendeurs de voix veulent préserver leurs HAV positives [26]. Des expériences thérapeutiques utiles peuvent encourager la prise du traitement médicamenteux, ce que les patients ne vivaient pas autrefois comme positif, malgré l'effet réel de ce traitement dans la réduction des rechutes et de réhospitalisations. La plupart des sujets qui veulent conserver leur HAV positives ont quelques capacités à les contrôler. Les HAV positives disparaissent avec les années, mais les HAV utiles demeurent [26]. Ni les HAV positives, ni les HAV utiles ne sont significativement liées à la psychose. Les Entendeurs de voix non psychotique expérimentent leurs HAV plus souvent que les patients psychotiques.

Facteurs contextuels

Les facteurs contextuels renvoient :

- à « où ? » et « (depuis) quand ? » ;
- aux déclencheurs ;
- aux interactions ;
- aux attentes des Entendeurs de voix.

Il est également pertinent de se demander si une relation existe entre les HAV et les états affectifs comme déclencheurs spécifiques.

Organisation des HAV

Combien de voix sont entendues ? Leur nombre et leur sévérité changent-ils dans le temps ? La sévérité et le nombre des HAV sont reliés [29]. Quel est leur genre ? Parlent-elles dans un certain ordre ? Existe-t-il une hiérarchie entre les voix ? Est-ce qu'elles collaborent ou se battent entre elles ? Existe-t-il une ou des HAV soutenantes ?

Contrôle des HAV

L'Entendeur de voix est-il (in)dépendant des HAV ? Les HAV commandent-elles ou flattent-elles ? Peuvent-elles être sollicitées sur commande ? Y a-t-il une communication avec les HAV ? Comment les HAV réagissent-elles aux comportements de *coping* ? Qui est au pouvoir, l'Entendeur de voix ou les HAV ? Et la balance du pouvoir est-elle liée au temps ou au sujet ?

Familiarité

Les voix sont-elles reconnues, se font-elles connaître ? La voix est-elle une personne célèbre, un démon, un fantôme, le diable, Dieu ou autre... ? Est-elle familière ou autoritaire ? Une relation avec un traumatisme existe-t-elle ?

Conséquences

Quels changements les HAV ont-elles induits dans la vie du patient, dans ses relations, ses contacts sociaux, son travail... ? Quelles mauvaises choses les HAV lui ont-elles demandé de faire ? Quelles actions plaisantes ne peut-il plus réaliser ? Quelles conséquences ont eu ces changements pour le patient ?

Attributions d'intentions ou de buts

La signification et le but des HAV deviennent clairs en posant des questions comme : « *Savez-vous pourquoi vous entendez des voix et les autres pas ?* », « *Pourquoi les voix vous parlent-elles ?* », « *Qu'ont-elles à l'esprit ?* », « *Quelles sont leurs intentions, sont-elles bonnes ou non ?* », « *Ont-elles la volonté de vous guider ou de vous protéger, sont-elles bienveillantes ou juste une nuisance ?* », « *Peuvent-elles sans le savoir être une part de vous-même ?* »

Étape 8 – Identifier les bénéfices secondaires

C'est-à-dire évaluer l'étendue des HAV qui serviraient de fonction pour le patient. La réciprocité est-elle présente, les HAV sont-elles des comportements symptomatiques ? Les symptômes agissent-ils comme des messages interpersonnels non verbaux signifiants : « *Je ne suis pas responsable de mon comportement et je ne suis pas à blâmer.* », « *C'est mon hallucination, la conspiration, mon partenaire, la société, ma constitution héréditaire, ce n'est donc pas ma faute.* » Le diagnostic et le traitement peuvent d'ailleurs involontairement renforcer le comportement symptomatique. Les personnes violentes peuvent par exemple blâmer leur jeunesse troublée face à leur incapacité à changer. Le mot « bénéfice » est en fait ambivalent puisqu'il entraîne de la souffrance et d'authentiques symptômes chez le patient.

Étape 9 – évaluer le renforcement sélectif des voix

Bien que responsables de souffrances, les HAV peuvent être responsables de bénéfices tant pour les patients que pour les amis et la famille. Les symptômes psychotiques peuvent aider à éviter les conflits intrapsychiques, les

circonstances causant de l'anxiété ou des décisions difficiles, apportant des bénéfices primaires. Partant des perspectives de la théorie de l'apprentissage, ce gain renforce l'impact des symptômes. Le renforcement peut amener des symptômes à demeurer même après que sa cause a disparu.

Étape 10 – Retracer l'historique des stratégies de *coping* utilisées et leur efficacité

Est-ce que le patient utilise ses stratégies de *coping* constamment ? A-t-il arrêté de les utiliser, et, si c'est le cas, pour quelle raison ? Administrez le *Coping with Voices Inventory* (CVI) [30], un inventaire d'autoévaluation construit pour caractériser le répertoire de *coping* habituel des patients. La compliance aux stratégies de *coping* est fortement liée à son application constante. Le degré de difficulté qu'une personne éprouve face à ses HAV ne dépend pas seulement de son habileté, mais aussi de ce qu'il veut. La promptitude des patients à coopérer est en ce sens plus pertinente que le diagnostic sous-jacent, la sévérité des symptômes et même la souffrance.

Étape 11 – Estimez le niveau de réticence et d'incapacité

Les comportements manipulatoires devraient être considérés comme un mouvement désespéré en l'absence de solutions. Les personnes qui sont incapables d'échapper au sentiment de culpabilité, qui ne peuvent verbaliser les problèmes ou sont incapables de les résoudre, peuvent alors voir la manipulation comme leur seule option.

Module 3 – Hiérarchisation des causes potentielles

Il s'agit du *causal concept ordering*, troisième étape du programme HIT. Ce module est centré sur les causes possibles que le patient mais aussi les figures clés de son entourage et le thérapeute peuvent imaginer, indépendamment de leur crédibilité.

Chaque participant fournit une liste des causes possibles à l'expérience hallucinatoire, où sont mentionnées en premier les causes les plus probables et auxquelles ils accordent le plus de crédibilité. Ensuite, chaque élément de la liste est discuté un à un par toutes les personnes impliquées. Cela permet de rendre le patient plus tolérant aux explications « non psychotiques », mais aussi de rendre les figures clés plus tolérantes aux explications données par le patient. Se sentir compris permet d'augmenter la coopération au sein du groupe. L'exécution suit la même séquence : patient, figure clé, thérapeute. Cette procédure réduit également drastiquement la résistance du patient. Il est demandé à chaque participant de relier ces causes potentielles avec des plans d'action logiques pour lesquels la durée, les responsabilités d'implémentation et les paramètres de succès sont déterminés. Ni les « causes psychotiques » ni les plans proposés pour tester ces explications ne sont contestés. Au contraire, chaque participant est encouragé à conserver son point

de vue sur les relations causales et le timing, alors même que le thérapeute s'excuse de ne pas avoir de connaissances suffisantes sur le paranormal ou les esprits pour être capable de contribuer davantage à cette étape.

Le thérapeute HIT prend un rôle actif dans les processus de recherche d'autres causes alternatives. Un traumatisme peut être connecté avec le deuil, la sorcellerie avec des rituels, la maladie avec la médication et la psychothérapie. Les chrétiens qui sont convaincus que les HAV sont d'origine démoniaque ou liées à une punition divine peuvent ainsi commencer à prier ou à psalmodier, les hindous à faire la puja et les musulmans à lire des sourates. Finalement, la faisabilité de chaque plan d'action est discutée. Quelques conséquences intrigantes de la mise en place de ce module peuvent être notées. Les patients acceptent mieux les autres explications comparativement aux leurs. Ils acceptent relativement facilement de tester aussi bien les plans d'action motivés par la psychose que ceux proposés comme explication alternative, rendant possible une meilleure compliance aux soins. Certains patients décident même parfois que leurs plans d'action motivés par le délire sont infaisables et se retirent spontanément de ceux-ci.

L'étape suivante est la mise en œuvre du plan d'action, qui consiste en des stratégies de *coping*, un traitement familial, des interventions cognitivo-comportementales, de la psychoéducation, de la réhabilitation et de la médication.

Module 4 – Entraînement aux stratégies de *coping*

L'entraînement au *coping* des sujets « Entendeurs de voix » mais aussi des figures clés est essentiel. Les patients inscrits dans le programme HIT sont de manière générale très satisfaits du *coping* (plus de 80 % obtiennent un score de 4/5 sur une échelle de satisfaction), ce qui s'avère supérieur aux résultats d'études scientifiques équivalentes [17]. Qu'est-ce qui rend une stratégie de *coping* efficace ? Est-ce par exemple l'activation des cordes vocales lors de la pratique du chant ou du fredonnement, qui a pu être montré efficace dans la réduction des HAV [32] ? Est-ce le contenu spirituel des hymnes, la distraction, ou est-ce juste une question de consistance dans l'implémentation ? Quel rôle joue les expériences passées, l'induction d'ondes alpha dans le cerveau, les croyances ? Parmi les différentes stratégies de *coping* proposées, l'écoute de musique est souvent mise en avant par les Entendeurs de voix [33]. L'absence d'intention des patients semble cependant un facteur limitant puisque les participants écoutent fréquemment de la musique sans forcément d'effet thérapeutique.

L'entraînement au *coping* implique d'enseigner aux patients et à leurs proches un répertoire de compétences pour :

- la gestion de l'anxiété ;
- distraire l'attention des HAV ;
- centrer l'attention sur et évoquer les HAV.

Il ne faut pas oublier que les Entendeurs de voix utilisent souvent de manière insuffisante leurs stratégies de *coping* [34]. L'entraînement au *coping* commence par l'évaluation de l'efficacité actuelle et passée des stratégies de *coping* à travers un monitoring quotidien et le remplissage du CVI [12]. Les patients peuvent appliquer la même stratégie de *coping* avec des intentions, des attitudes et des résultats différents [34]. Le pattern habituel de *coping* est évalué par un monitoring quotidien des caractéristiques des HAV, ses aspects contextuels, les comportements de *coping* des patients et leurs effets. Ce monitoring s'est avéré crucial pour le développement d'un ensemble approprié de stratégies de *coping*. Une large variété de techniques a pu être appliquée de manière inconsistante, principalement à destination de patients souffrant de schizophrénie ou de trouble de personnalité borderline, avec parfois une préférence pour la technique la moins efficace [8, 35, 36]. Lobban et al. ont trouvé une association significative entre la conscience de la maladie et le cours de la maladie, mais pas entre le *coping* et le cours de la maladie [37]. À noter que les Entendeurs de voix semblent avoir un *coping* plus défensif quand ils expérimentent des HAV négatives. Les HAV positives sont associées à un style de *coping* plus actif et coopératif.

Les proches surveillent les signes d'HAV, leur contexte de survenue, leur effet sur l'Entendeur de voix mais aussi sur eux-mêmes. Ensuite, l'Entendeur de voix reporte les stratégies de *coping* qu'il a appliqué sur l'échelle CVI à cinquante items [38]. Les items recouvrent le domaine verbal (parler, chanter, etc.), moteur (marcher, faire du vélo, etc.), cognitif (réattribution, arrêt de pensées, etc.), physique (écouteurs, automutilation, etc.), social (retrait, prise de contact, négociation, etc.), physiologique (dormir, se relaxer, etc.), spirituel (méditation, prière, etc.) et chimique (alcool, médication, alimentation, etc.). Cela inclut les diversions, le retrait, les actions et parler avec les voix. La fréquence et les conséquences de l'utilisation des stratégies de *coping* (bénéfices et/ou absence d'efficacité) sont contrôlées pour chaque item. Les items approuvés par le patient sont catégorisés en : réduisant l'anxiété/distractrices/centrée sur les voix [39].

Sur la base des stratégies issues du quotidien, les « *copings* habituels » sont sélectionnés puis transformés en une stratégie de *coping* qui pourra ensuite être testée *in vivo*. Le mieux est de commencer avec un comportement simple, comme un mouvement des cordes vocales (fredonnement, chant). De mon expérience, l'écoute passive sans mouvement des cordes vocales est inefficace. L'effet du mouvement des cordes vocales peut être renforcé par la sélection d'une chanson entraînante et cette sélection reste très personnelle. Certains choisissent des comptines de Noël qui peuvent leur rappeler des jours plaisants, d'autres choisissent des chansons religieuses ou des hymnes sportifs. Enfin, certains patients intimidés peuvent sélectionner la chanson *We are the champions* pour la sensation de puissance qu'elle procure. Ces exemples illustrent bien la valeur supplémentaire que ce choix peut offrir

au-delà de l'utilisation des cordes vocales, fondée sur la théorie du discours intérieur. Cette sélection personnelle induit une réattribution, amplifie les attentes positives et diminue le risque de traitement de cette information comme un simple fond musical.

La compliance peut être augmentée par la psychoéducation sur le mécanisme du discours intérieur et la contre-stimulation. Une stratégie de *coping* optimale consiste à combiner la gestion du stress, la distraction et la focalisation sur les HAV. Cette dernière caractéristique cible une communication active avec les voix, ce qui est l'opposé de la pratique habituelle en psychothérapie fondée sur l'inattention et l'évitement que la plupart des Entendeurs de voix pratiquent eux-mêmes régulièrement. La personnification des HAV peut également aider à organiser des stratégies ciblées et à choisir la plus appropriée. Les meilleurs critères de sélection sont probablement l'attraction et la faisabilité.

Une fois les stratégies sélectionnées, le participant est invité à les tester (**stade expérimental**). Une période d'essais et erreurs est initiée, évaluant les effets synergiques d'environ trois comportements de *coping*, durant au moins six semaines consécutives. Il est conseillé une combinaison de comportements de *coping* vocaux, cognitifs et d'autres classes. La psychothérapie HIT applique un pack de *coping* en trois stades :

- étape 1 : elle prend 3 minutes (principalement activités de cordes vocales). Si cette étape réussit, on arrête la procédure et cela renforce le *self*. Sinon, le participant passe à l'étape 2 ;
- étape 2 : intervention cognitive de 5 minutes. Si elle réussit, on arrête la procédure et cela renforce le *self* ; sinon, on continue avec l'étape 3 ;
- étape 3 : activités motrices (15 minutes). Si cette étape réussit, on renforce le *self*. Sinon, on explique au participant que les prochaines séances amèneront de nouvelles chances de succès et on renforce le soi par la persévérance.

Les embûches

Première embûche : certains patients rapportent que le *coping* ne fonctionne pas. Réaction : demander aux patients un rapport détaillé de leur stratégie de *coping*. Résultats :

- chez certains participants, le rapport peut révéler qu'ils n'ont pas essayé du tout ;
- d'autres participants peuvent ne pas avoir accompli la stratégie en entier ;
- la troisième catégorie peut juste être insatisfaite du résultat.

Seconde embûche : réaliser les étapes dans le mauvais ordre. Le mieux est de mettre le comportement de *coping* le plus séduisant à l'étape 1. Cela va motiver l'Entendeur de voix à initier le *coping*. On peut considérer que mettre le *coping* le plus attractif à l'étape 3 peut agir comme une récompense, mais la plupart du temps cela ne marche pas. Si le *coping* le moins

attractif à l'étape 1 est réussi, le patient peut également être déçu et arrêter les exercices de *coping*. Le patient se retrouve alors puni, sans avoir la chance d'essayer la stratégie de *coping* la plus attirante.

Exemple

La stratégie des « soldes »

La stratégie des soldes a prouvé son efficacité chez les participants dits en « tout ou rien ». Ces sujets ont généralement une faible confiance en eux et sont habitués aux échecs. Ils ont une conception erronée des succès mineurs et attribuent fréquemment ces succès à des facteurs extérieurs tout en doutant de leur capacité de persévérance.

Prenons l'exemple d'une patiente ayant réduit l'intensité des voix entendues de 9 à 7 suite à l'utilisation d'une série d'exercices de *coping*. Cette participante se plaint de l'absence d'effets thérapeutiques et maintient à distance les réactions positives de son mari. Je lui ai demandé si elle aimait les soldes et, en effet, c'est sa période préférée. L'année passée, son meilleur achat avait bénéficié d'une réduction de 15 %. Sur cette base, il peut lui être demandé d'expliquer pourquoi elle apprécie positivement les 15 % mais n'est pas satisfaite de ses 22 % d'amélioration (2/9).

Il est recommandé de débiter par des **stratégies simples et congruentes**, telles que chanter, se distraire et faire des activités physiques. Mais les approches directes et congruentes ne conviennent pas à tous les patients. Le besoin d'autonomie du patient peut l'amener à repousser l'autorité professionnelle et dépasser le désir d'être aidé. Ces patients évitent les obligations en prétextant une perte de mémoire ou doutent de la valeur du thérapeute et de son approche. La résistance au changement et au rétablissement est systémique. Cela requiert une **approche non congruente**.

Le « judo mental » et l'« aikido mental » sont des méthodes qui accompagnent les résistances pour en prendre le contrôle : on utilise l'énergie mentale pour la retourner contre le patient en l'accompagnant ^[40]. Elles évitent de tirer le patient dans une certaine direction et nous retiennent d'offrir des commentaires positifs ou des conclusions pleines d'espoir. Les thérapeutes vont alors davantage nommer les plaintes et les symptômes comme des menaces sévères et difficiles ; exprimez de l'espoir pour un meilleur résultat, mais porter un regard sombre sur les possibilités de changement. Ils choisissent une position modeste. Directement après avoir suggéré une idée, ils la retirent, parce que « *je ne veux pas vous commander* ». Les considérations sont mises en avant mais leur efficacité chez ce patient particulier est mise en doute après réflexion. Les suggestions sont indirectes et cachées. Simultanément, l'espoir est généré en énonçant les traitements qui ont fonctionné chez d'autres patients. Le thérapeute exprime un désir de résultats similaires avec ce patient, mais se demande si c'est bien réaliste. Il dirige

la communication et, quand les patients demandent s'ils doivent prendre le médicament A, ou utiliser la technique B, le thérapeute tourne autour du pot : « *Je comprends ce que vous voulez faire. Vous pouvez essayer, j'espère que ça va aider, mais je ne peux pas vous donner de garanties.* » Choisir entre l'approche judo/aïkido et l'approche congruente n'est pas facile. Quelques indicateurs peuvent aider à décider laquelle aider.

Les patients « Oui, mais »

Les patients « Oui, mais » voient les arguments et les suggestions positivement. Malheureusement, il y a toujours des raisons et des circonstances qui empêchent l'implémentation de ces stratégies et les rendent inapplicables. Une relation congruente peut alors être contre-productive. Ces patients testent le thérapeute qui aura des difficultés grandissantes à apporter de nouvelles solutions. Des variantes aux réponses « Oui, mais » sont : « *Voici qui je suis* », « *C'est dans la famille* », « *ça ne correspond pas à ma personnalité* », « *J'ai peur d'être trop sensible pour ça* », etc. Ces patients rejettent rarement les conseils du thérapeute ouvertement et peuvent même les appuyer complètement. Malheureusement, « *ces approches ne seront pas faites pour eux* ». Les caractéristiques de ces patients sont :

- une forte affirmation ;
- des symptômes fonctionnels chroniques ;
- des échecs précédents aux thérapies congruentes ;
- la présence de symptômes ;
- des difficultés à sortir de l'escalade ou à se refréner durant les luttes de pouvoirs.

Des solutions standards pour ces profils « Oui, mais » n'existent pas, mais les approches suivantes peuvent être efficaces :

- utilisez vous-même le pattern « Oui, mais ». Référez-vous essentiellement à des cas similaires, mais pas identiques, qui ont été traités efficacement en utilisant telle ou telle méthode. Terminez avec « *Quel dommage que la réponse à cette thérapie soit si variable. Autrement, j'aurais certainement suggéré un traitement similaire pour vous* » ou « *Excusez-moi de vous avoir ennuyé. Je me suis montré trop enthousiaste* » ;
- proposez deux approches aux patients qui doutent et laissez-les déterminer quelle approche leur convient le mieux par un monitoring de leurs effets sur lui ;
- donnez à un patient contrariant un bon conseil que vous retirez après réflexion car probablement inadéquat ; remplacez la proposition retirée par une autre plus difficile (mais tout aussi efficace). La seconde proposition fera apparaître la première plus attirante. Un bon nombre de mes patients essayent la proposition retirée. Une légère provocation des patients narcissiques peut aider ici ;
- répondez au comportement compétitif et à la fierté par une surestimation de la qualité de l'intervention pour laquelle le patient n'est probablement pas encore prêt ;

- suggérez à un patient d'imaginer une journée libre de tous symptômes. Les peurs inconscientes, la résistance, les barrières et les conséquences frustrantes d'une amélioration peuvent devenir claires. Visez les obstacles au changement selon le stade de préparation au changement du patient (modèle de l'entretien motivationnel selon Miller et Rollnick ^[41]). Finalement, demandez au patient de remplir le trou laissé par les symptômes manquants *avant* de considérer l'amélioration.

Intervention hypercongruente

Donner un conseil avec pour seul objectif de le retirer par après est un exemple d'intervention hypercongruente. Les indications principales de ces approches hypercongruentes sont la résistance à ou l'inefficacité des stratégies congruentes. Les deux formes de résistance au traitement sont des sous-produits communs des délires et des hallucinations. La résistance à la thérapie peut aussi être trouvée chez les patients présentant un trouble de la personnalité (particulièrement du cluster B). La combinaison d'une forte ambivalence et d'une peur de restriction de leur autonomie requiert une thérapie en deux temps. Construire une intervention hypercongruente signifie :

- endosser simultanément deux axes opposés ;
- travailler sur les deux axes avec des suggestions orientées sur chaque axe qui peuvent être mutuellement en conflit.

On peut conseiller de prendre suffisamment de repos (axe 1) et aussi de décharger l'agressivité par l'activité physique (axe 2). Quel que soit le comportement du patient, il ne peut que coopérer. Soit il se déchargera en étant d'accord avec le conseil de l'axe 2, ou il ne sera pas d'accord, ce qui peut être décrit comme un accord avec le repos conseillé à l'axe 1. Les patients peuvent demander quel comportement spécifique est préférable : « *Faites juste ce que vous savez être le mieux* » est une réponse satisfaisante pour beaucoup de patients.

Évoquer les voix est une autre action de focalisation hypercongruente. Évoquer les voix peut induire de fortes émotions et de l'anxiété, chez le patient mais aussi chez ses proches. Il est donc recommandé de réaliser la première session de focalisation en présence du thérapeute et, si possible, des proches. Plus tard, les patients pourront répéter ces exercices de focalisation chez eux. Pour introduire l'**évo**cation des voix, je propose souvent au participant de réfléchir aux étapes que le patient mettrait en place si des personnes indésirables entraient par effraction chez elle/lui. Des mesures alternatives peuvent également être discutées. Cette étape se conclut souvent par : « *OK, donc si quelqu'un entrait dans votre maison par effraction, vous lui demanderiez pourquoi il le fait, de quitter votre maison ou vous risquez d'appeler la police. N'est-il donc pas étrange que vous ne fassiez aucune de ces choses quand une voix s'impose dans votre tête ? Ne serait-il pas temps d'entrer en action et de montrer aux voix qui commande vraiment, pour redevenir le boss dans votre cerveau ?* » La plupart des patients adhèrent pleinement à cette stratégie.

Vignette clinique

Approche hypercongruente

Peter est un patient de 46 ans, présentant une déficience intellectuelle accompagnée d'un délire d'empoisonnement de mécanisme hallucinatoire — Peter entend des voix lui ordonnant de détruire le réfrigérateur et la cuisine de ses parents. Parce qu'il a fortement rejeté la thérapie orientée sur l'*insight* de son précédent thérapeute de même que l'approche congruente que j'avais tentée, et au vu de sa sévère distorsion de la réalité, je décide d'utiliser une approche hypercongruente. J'ai donc comparé Peter, de confession presbytérienne, avec les goûteurs du Pharaon et ai réétiqueté son délire d'être empoisonné comme un don. Peter a apprécié cette image qui lui a permis d'interpréter son comportement destructeur dirigé par le délire comme plus constructif et protecteur vis-à-vis de ses parents (qu'il protégeait d'un empoisonnement). Peter était d'accord qu'un tel talent devrait être utilisé pour aider sa mère à choisir la nourriture dans les magasins. Un questionnement socratique empathique concernant le risque de responsabilité civile en réaction avec ses possibles explosions d'agressivité dans les magasins lorsqu'il était confronté à de la nourriture « empoisonnée », lui a donné l'envie de prendre des médicaments comme une prise de responsabilité dans cette logique de protection (son engagement civil laisserait ses parents sans protection dans l'autre cas).

Parmi les techniques de focalisation, le participant peut : poser des questions aux voix, les remercier de lui avoir donné des conseils, négocier avec elles, les confronter à leurs erreurs, les blâmer de leur manque de fiabilité jusqu'à l'intimidation, voire les réprimander jusqu'à les évoquer. Lors de l'évocation, l'Entendeur de voix reçoit le conseil d'évoquer sa voix à un moment où il se sent bien. Les conséquences de l'évocation sont prévisibles, les voix peuvent soit apparaître, rester en retrait ou blâmer le thérapeute de ne pas être fiable. Les interprétations thérapeutiques sont aussi prévisibles. La survenue des voix peut être interprétée comme le premier signe possible du pouvoir du patient et de son retour aux commandes. Selon cette même idée, des voix qui restent en retrait ou ne répondent pas pourront être interprétées comme une peur de la part des voix de perdre le contrôle. Répéter l'évocation est recommandé. Chaque essai va augmenter la croyance du patient dans son pouvoir grandissant face aux voix et augmenter son indépendance. Les voix blâmant le thérapeute peuvent être contrées avec des exemples de leur manque de fiabilité. Pour cette raison, évoquer les voix devrait préférablement être suivi d'une analyse en profondeur des caractéristiques des voix (*via* l'AVHRS, par exemple). Les doutes des patients ou leur scepticisme sont réétiquetés comme une forme de modestie et il convient alors de mettre à nouveau les voix à l'épreuve. L'étape suivante est de demander aux voix de décliner leur « identité », crédibilité et intentions. On peut demander aux voix positives des informations sur les voix négatives ou même de l'aide contre elles.

Les préférences des patients ainsi que le recueil précis des caractéristiques des voix aident à façonner un **kit optimal de stratégie de coping** pour un participant donné. Le suivi rapproché de ces stratégies sert deux objectifs. Premièrement, l'ajustement des stratégies de *coping* pour une meilleure efficacité. Deuxièmement, le recueil d'informations sur l'implémentation de ces stratégies de *coping*. Une stratégie finale est constituée, en ne conservant que ce qui fonctionne et en remplaçant les stratégies inefficaces par de nouveaux comportements de *coping*. Il s'ensuivra également une information sur les théories de l'apprentissage. Les proches sont entraînés à renforcer sélectivement les essais d'implémentation de comportements de *coping* chez les Entendeurs de voix. Les proches apportent également des informations extrêmement utiles pour le soutien du patient, l'entraînement et le renforcement sélectif. C'est pour ces raisons que l'intervalle entre les sessions est augmenté à quatre à six semaines durant l'entraînement au *coping* (au lieu de deux à quatre semaines pour les autres modules).

Module 5 – Interventions cognitives et comportementales

Les interventions cognitives et comportementales (TCC) dans le programme HIT suivent le postulat « ABC » ^[21] :

- A : l'événement anormal activateur (c'est-à-dire l'HAV) ;
- B : les croyances de la personne à propos de cet événement ;
- C : les conséquences émotionnelles ou comportementales qui suivent B suite à l'événement A.

Ce cadre suppose que les problèmes soient surtout liés à A, mais l'entente de voix elle-même est considérée comme un facteur mineur comparé au facteur B. Les intervalles de contingence plus court et inconsistent de C tendent à renforcer B. Dans ce contexte, les TCC visent principalement à changer l'interprétation des voix, jugées puissantes et malveillantes ^[42]. Les axes de la TCC sont :

- changer les attributions externes en causes internes ;
- contester le pouvoir prédictif des HAV et la désobéissance aux hallucinations survenant dans un syndrome d'influence ;
- modifier les significations supposées des voix et les réduire à des sons simplement gênants.

Les interventions TCC dans le HIT visent à donner un sens aux HAV, à précipiter les événements et les actions émotionnelles, cognitives et comportementales, ainsi que les réactions des personnes importantes pour le sujet. À l'inverse des programmes de TCC classiques, les proches sont ici activement impliqués. Le HIT se veut donc flexible et pragmatique pour expliquer les HAV.

Les HAV liées à des expériences traumatiques peuvent causer le rappel de souvenirs négatifs. Ceux-ci peuvent être sélectivement modifiés *via* un

conditionnement opérant (**encadré 11.2**). Dans ce cas, le contre-conditionnement et l'EMDR peuvent aider. Dans les HAV amenant de la peur et de l'évitement, des expériences comportementales *in vivo* qui défient les suppositions incorrectes peuvent être indiquées. Les interventions cognitives du HIT se centrent sur le déclenchement d'événements, de cognitions, de réactions émotionnelles et comportementales, et de réactions contingentes des autres. Il est préférable que les proches puissent assister à ces rencontres et prennent un rôle actif dans le traitement, particulièrement dans la remise en cause des attributions erronées. De même, le personnel soignant peut recevoir une formation spécifique aux interventions cognitives du HIT. Ils enregistrent leurs interactions avec l'Entendeur de voix et reçoivent un entraînement à l'application de renforcements efficacement sélectionnés.

Les Entendeurs de voix arrivant à réaliser les tâches fixées en thérapie sont vus fréquemment. À l'inverse, l'intervalle entre les séances peut être étendu lorsque les Entendeurs de voix montrent une résistance passive ou réalisent négligemment ces tâches. Pourquoi ? Afin de leur laisser le temps nécessaire pour réaliser les tâches thérapeutiques dans le délai imparti. Les participants peuvent en effet se sentir pressés par des séances trop rapprochées. Ceci peut augmenter le sentiment d'incapacité et diminuer la confiance en soi. Une seconde raison pour espacer les séances peut être la difficulté qu'ont certains patients à réaliser les étapes intermédiaires nécessaires pour atteindre l'objectif fixé. Continuer sur le même rythme peut involontairement leur nuire. S'ils font de leur mieux pour réaliser les tâches mais n'y arrivent pas, les séances sont autant de moments où ils se trouvent amenés à parler de leur échec, ce qui à nouveau peut induire une baisse de confiance en soi. Ces patients peuvent avoir besoin de plus de temps pour peser le pour et le contre, et recueillir les informations nécessaires à la prise de décision. Leur sort est alors de répéter des excuses encore et encore. De plus, parler de la

Encadré 11.2

Le conditionnement opérant

Les succès obtenus renforcent les comportements et motivent le participant à fournir de nouveaux efforts et, indirectement, à une meilleure compliance aux soins. Pour y arriver, la thérapie HIT décompose les tâches à accomplir en autant d'objectifs aussi modestes que possible. Ainsi :

- plus petite sera la tâche, plus les risques d'échec seront faibles ;
- plusieurs objectifs modestes majoront les possibilités de renforcement comparativement à une seule grande tâche ;
- réussir des tâches ambitieuses prendra du temps, tandis qu'un succès instantané peut être obtenu d'une tâche plus raisonnable ;
- un conditionnement opérant sélectif renforcera l'estime de soi et minimisera le sentiment d'abandon.

tâche au lieu de la réaliser peut constituer une forme d'évitement. Dans ce contexte, des sessions rapprochées peuvent maintenir le problème au lieu de le résoudre. Nous nous retenons de voir ces patients plus fréquemment à cause de ce risque.

Les stratégies suivantes peuvent être combinées pour éviter de presser le patient et paradoxalement affecter sa confiance en lui :

- renommer le comportement d'évitement en un besoin de plus de temps ;
- décaler la session suivante jusqu'à ce que le patient ait essayé de mettre en place les tâches ;
- à l'inverse, avancer le rendez-vous si l'essai a été réalisé rapidement.

La plupart des patients évitant finissent par appeler pour avoir un rendez-vous plus tôt, particulièrement ceux qui apprécient le contact avec le thérapeute. Attention, il ne s'agit aucunement de « punir le patient » et la relation transféro-contretransférentielle doit être travaillée par le thérapeute en supervision. Cette intervention est contre-indiquée en cas d'urgence psychiatrique, telle qu'un risque de passage à l'acte suicidaire.

Module 6 – Approches familiales

Les approches familiales sont efficaces dans la réduction de la rechute et de la réhospitalisation tout en améliorant la compliance. Dans cette perspective, le programme HIT intègre des éléments issus de la résolution de problème, de la psychoéducation, du constructivisme social et de l'école de traitement familial stratégique et narratif. Les sessions incluant les patients et leurs proches sont favorisées, même si des sessions individuelles restent indiquées. Les objectifs d'une prise en charge familiale sont : l'éducation thérapeutique, la compréhension et le support mutuel, l'*insight* vis-à-vis des comportements improductifs et l'entraînement aux réactions alternatives. Les proches sont notamment entraînés à des réétiquetages positifs et à renforcer sélectivement les efforts de *coping*, les soins personnels et les activités quotidiennes du patient. Le suivi aide à gagner de l'*insight* dans l'(in)efficacité de leur propre comportement, résultant en une volonté de changer ces comportements. Cela rend globalement les proches plus ouverts aux ajustements tout en réduisant le niveau d'émotions exprimées. Dans le cas d'un manque durable d'*insight*, la métaphore du parking peut aider.

Vignette clinique

Métaphore du parking

Il est demandé aux figures clés ce qu'ils font lorsque le parcmètre accepte les pièces de monnaie mais ne délivre pas de ticket. Arrêter de mettre des pièces de monnaie est la seule option efficace. La plupart des figures clés comprennent la métaphore et concluent qu'il vaut mieux arrêter les conduites inefficaces plutôt que de persévérer.

Des sessions additionnelles avec d'autres personnes importantes pour le participant (d'autres thérapeutes, l'enseignante, la police, etc.) peuvent être organisées si cela est indiqué.

Suivant l'approche narrative de Michael White ^[43], les voix sont personnifiées en posant des questions sur ce que les voix vous ont fait. Quel était et est l'impact sur les interactions entre le patient et sa famille, sa vie sociale, son travail, etc. ? Les voix deviennent ainsi une partie du système : elles peuvent être renommées comme des « alliées », des « ennemies » ou « négligeables ».

Module 7 – Psychoéducation

La psychoéducation est un pilier fondamental en santé mentale. S'abstenir d'éducation thérapeutique constitue à l'heure actuelle une négligence dans la prise en charge. La psychoéducation vise à augmenter la connaissance du sujet sur ses troubles et leurs conséquences. Cette éducation peut amener les proches à participer de manière plus active au traitement. Pour autant cette approche a aussi des limites. Il a ainsi pu être montré que la psychoéducation concernant les tendances violentes influençait les perceptions des patients masculins violents, mais pas celles des femmes violentes ^[44]. La psychoéducation n'influence d'ailleurs que peu la perception isolée du patient seul. Une meilleure connaissance des troubles psychiatriques sévères peut choquer et effrayer les patients, et une mauvaise communication peut produire du déni et un évitement de l'aide chez les personnes souffrant d'hallucinations. À l'inverse et indépendamment de l'âge, des associations positives ont été trouvées entre l'*insight*, la coopération et la compliance dans des troubles psychiatriques sévères. Cependant, aucune relation ne semble exister entre l'*insight*, la sévérité des symptômes et la compliance des patients avec schizophrénie ^[45]. L'*insight* était dans cette étude retrouvé lié au fonctionnement social, alors que les symptômes s'amélioraient avec la médication. Tandis que la psychoéducation améliore les connaissances liées à la maladie chez les patients et les proches, elle a peu d'effet positif sur leur comportement. Trauer et Sachs ont trouvé que l'*insight* des patients était positivement corrélé avec la dépression et négativement corrélé avec le fonctionnement personnel ^[46]. Amador et al. ont également montré une augmentation temporaire de l'idéation suicidaire après psychoéducation ^[47]. Un *insight* et un *coping* passif induisent plus de dépression qu'un *insight* et un *coping* actif chez les patients souffrant de schizophrénie. Il convient donc de retenir que la psychoéducation peut également parfois (pour certains patients) avoir un effet contre-productif.

Considérant les potentiels effets secondaires négatifs de la psychoéducation générale, les cibles primaires de la thérapie HIT sont les voix elles-mêmes. Les informations sur les troubles psychiatriques sont ajustées à l'*insight* du patient ainsi qu'à son attitude et son état de préparation au

diagnostic psychiatrique et au traitement. Des thèmes régulièrement abordés sont les données épidémiologiques sur les HAV, l'état actuel des théories explicatives (par exemple, neurotransmetteurs, subvocalisation), l'efficacité du traitement, les liens avec les psychotraumatisme, l'impact des HAV sur le patient et ses proches. Le timing et l'agenda de psychoéducation seront liés aux stades de conscience de la maladie [48], aux comportements de *coping* et au processus de traitement.

La psychothérapie HIT préfère une adaptation de la psychoéducation au patient et à son système. La psychoéducation devrait être ajustée aux besoins personnels du sujet et non aux données statistiques de groupe issues de la littérature. De plus, certains patients souhaitent coopérer, tandis que d'autres rejettent la thérapie et l'idée même qu'ils aient un problème. La psychoéducation sera donc utilisée en fonction du stade de la thérapie et du sujet à discuter. Des explications sont données sur le discours intérieur, les résultats récents obtenus en imagerie cérébrale fonctionnelle des HAV, les mécanismes cérébraux impliqués dans la discrimination entre source interne/externe, etc. Nous évaluons toujours le psychotraumatisme simultanément à l'aide de TRAMAL [49], un questionnaire dédié au traumatisme. La psychoéducation se focalise principalement sur les symptômes, dont les HAV ; l'éducation liée au diagnostic est donnée seulement à titre indicatif. Des méthodes de renforcement sélectif et de conditionnement opérant précédemment décrites peuvent être utilisées.

Module 8 – Réhabilitation

L'isolement social, la négligence de soi et les difficultés dans les activités quotidiennes accompagnent tout trouble chronique. Ces éléments sont souvent plus résistants au traitement que les troubles eux-mêmes. La réhabilitation est donc un module crucial. La psychothérapie HIT présente les stratégies de réhabilitation comme des stratégies de *coping* à part entière. La cible du traitement sera davantage l'autonomie du sujet en exploitant les possibilités du système et en augmentant la confiance en soi. Les mots sont soigneusement choisis dans le but de réduire la résistance, la stigmatisation et la non-compliance. L'approche de réhabilitation du HIT est illustrée ci-après.

Vignette clinique

Application des méthodes de réhabilitation

Monsieur S. était adressé sur la consultation en raison d'HAV résistant au traitement. Ses vêtements et son odeur nauséabonde suggéraient par ailleurs de sévères problèmes d'hygiène. Son histoire était marquée par un vécu persécutif important : ses voisins étaient après lui, les voix s'organisaient entre elles et coopéraient avec la police, qui elle-même conspirait contre lui. Monsieur S. rejetait tout traitement. Monsieur S a cependant été d'accord pour inverser les rôles et tenter d'intimider les voix. Il prenait du plaisir à dérouter les voix par un ▷

- ▷ acte inattendu : acheter un puissant et odorant savon, prendre une douche et évoquer les voix. Cela a eu plusieurs effets positifs : réduire sa mauvaise odeur, mais également réduire la désapprobation de ses voisins. Progressivement, Monsieur S. a pu dire à ses voix, fermement : *« Je prends le contrôle maintenant. Tu ferais mieux de faire attention à ce qui arrive à la mousse de savon qui disparaît dans le siphon de la douche. La même chose t'arrivera si tu n'arrêtes pas de me déranger. N'oublie pas que je ne suis plus seul, l'hôpital et les médecins se battent avec moi. »* Durant la session suivante, Monsieur S. a pu rapporter avec enthousiasme son expérience avec cette nouvelle technique et avait noté un changement de comportement chez ses voisins. Il a associé cela à l'augmentation du contrôle sur les voix. Son fonctionnement social général s'est amélioré, en partie aussi du fait de sa meilleure hygiène. Les HAV ont pu être réduites à un épisode par semaine durant les trois mois suivants et la police ne l'appelait plus.
-

Module 9 – Gestion du traitement pharmacologique et de l'observance

Les prescriptions médicamenteuses doivent suivre les règles de bonne pratique des instances nationales et internationales et ce module ne concerne en réalité que les psychiatres ou thérapeutes médecins prescripteurs. La médication reste liée au diagnostic catégoriel, par exemple un traitement antipsychotique pour les troubles du spectre de la schizophrénie, un thymorégulateur pour les troubles affectifs... L'efficacité de ces traitements médicamenteux est bonne mais peut être fortement réduite par une mauvaise observance. Chez les patients souffrant de schizophrénie, le défaut d'observance peut aller de 48 % la première année jusqu'à 74 % les années suivantes ^[50] ; 30 à 50 % des patients admis en hospitalisation sont également non compliant. La bonne observance peut être améliorée par des visites à domicile, des contacts fréquents et une implication des figures clés. Une attribution interne de la cause des symptômes amène à une plus grande compliance qu'une attribution externe. La croyance en une cause biologique donne également une meilleure compliance à la médication que la croyance en une origine psychosociale. Trois règles simples peuvent être utilisées vis-à-vis des prescriptions médicamenteuses dans le HIT (tableau 11.3).

Des **stratégies de motivation** spécialisées peuvent améliorer la compliance au traitement médicamenteux. La sélection de la stratégie la plus adéquate repose sur le stade de préparation au changement du patient, son pattern de comportement habituel et ses traits de personnalité. Si les conditions cliniques le permettent, une prescription peut être repoussée jusqu'à ce que le patient soit entré dans le stade d'action. Utiliser l'histoire du patient est une stratégie efficace (cf. également *infra* « Stratégies sélectives de motivation »).

Tableau 11.3. Recommandations de gestion médicamenteuse dans la thérapie HIT.

Favoriser la bonne observance en abordant la balance bénéfique/risque, la présence d'effets indésirables et en proposant des visites à domicile, des rendez-vous suffisamment fréquents, et en s'appuyant sur la famille du sujet.
En cas d'arrêt intempestif, et en l'absence d'indication d'hospitalisation, regretter mais accepter ce rejet du traitement médicamenteux. L'alliance peut être maintenue en optimisant la communication, neutralisant le sentiment de culpabilité, en renommant la non-observance comme une requête d'ajustement, en se focalisant sur l'éducation, en évitant la dissuasion, en réduisant le nombre de médicaments ou posologie quotidienne quand cela est possible.
Proposer une réduction progressive des posologies chez les patients répondant positivement à la thérapie HIT.

Vignette clinique

Application de stratégies de motivation pour améliorer l'observance

Une patiente souffrant de schizophrénie avec multiples HAV rejetait le traitement médicamenteux proposé en raison de son goût amer. Cette patiente présentait des hallucinations invalidantes où des oiseaux noirs picorait sa chair. Il lui a été demandé d'essayer de savoir si les oiseaux n'étaient pas dégoûtés par le goût amer du traitement. Ainsi, grâce à ce changement de point de vue, la prise du traitement a permis de faire disparaître ces oiseaux et son état psychotique s'est amélioré.

Une autre stratégie importante est le **réétiquetage positif** : la non-observance peut-être renommée (évitant ainsi la confrontation) comme une forme de coopération, comme une manière de demander un conseil pour ajuster la médication. Les patients délirants peuvent parfois obstinément rejeter toute prescription. En accord avec la vision du monde du patient et son système délirant, le médicament peut être vu comme un bouclier protecteur face aux intrusions physiques ou aux persécuteurs extérieurs. Premièrement, faire le constat avec le patient du fardeau que constituent les symptômes hallucinatoires par un questionnaire sélectif. Deuxièmement, valider son souhait d'en être débarrassé. Troisièmement, lui demander s'il connaît le principe de la cage de Faraday. Les propriétés physiques de cette cage métallique protègent ce qui est à l'intérieur contre l'entrée d'ondes magnétiques parasites. On peut transposer ce modèle à celui d'une cage mentale ou chimique. Le sujet est alors invité à donner des détails sur la protection apportée par cette cage contre l'intrusion de ses symptômes. Quatrièmement, le sujet est invité à préciser les bienfaits de cet équivalent d'une cage de Faraday. Cinquièmement, regretter que ce type de cage ne puisse pas être utilisé sans être taxé de folie. Finalement, donner quelques exemples de patients chez qui l'application d'un substitut

chimique fut un succès et attendre la réaction du patient. S'il rejette la médication, la situation n'est pas pire qu'avant, mais s'il choisit le substitut, cela sera une victoire thérapeutique.

Pointer l'existence de déficits cognitifs chez les sujets hallucinés peut apparaître comme une intervention logique si l'on considère la non-compliance et la résistance comme liées à la maladie. Cependant, les Entendeurs de voix *entendent* authentiquement leurs voix, comme l'imagerie cérébrale a pu le montrer (cf. chapitre 1). De ce fait, les Entendeurs de voix peuvent se sentir personnellement rejetés par cette approche directe [8]. Le thérapeute doit avoir la volonté d'écouter avec bienveillance leurs expériences étranges même s'il ne les comprend pas lui-même, qu'il ne peut pas expliquer, voire qu'il peut les trouver inquiétantes ou effrayantes. Plus le thérapeute cherche à convaincre l'Entendeur de voix qu'il est mentalement perturbé, plus l'Entendeur de voix risque de se sentir incompris et estimer que son expérience est sous-évaluée. Plus la confrontation avec le thérapeute est directe et frontale, plus le déni du patient risque d'augmenter. Se référer de manière trop rigide à une théorie peut augmenter involontairement les pensées délirantes et la non-compliance du patient et conduire à une thérapie improductive. Des résultats similaires peuvent d'ailleurs résulter de l'acceptation des voix psychotiques sans aucun commentaire. L'approche HIT essaie de résoudre ce dilemme par une thérapie **sur mesure** qui intègre avec **flexibilité** les besoins du patient et de son système de croyances avec des théories fondées sur les faits et des interventions fondées sur les preuves, ajustées au pattern de comportement habituel.

Module 10 – Stratégies sélectives de motivation

Le nombre de patients non compliant varie de 20 à 80 %. De même, jusqu'à 30 % de la variance de l'effet thérapeutique positif dépend de la confiance dans le thérapeute et la thérapie. Cette confiance est souvent liée aux caractéristiques du thérapeute : personnalité, style et compétences de communications. Cependant, les manuels décrivent habituellement la non-compliance comme un fait négatif lié uniquement au patient (par exemple, le manque d'*insight*, un pessimisme et un déficit motivationnel). Le manque de motivation est vu à tort comme lié au trouble, aux symptômes négatifs de la schizophrénie ou à un trait de personnalité, c'est-à-dire comme une variable stable. S'en tenir à ce point de vue risque de limiter le temps passé à travailler la motivation. Ni la psychoéducation, ni le contrôle des comportements ne feront de différence. Voir le manque de motivation comme un trouble constitué crée donc une prophétie autoréalisatrice.

Heureusement, la motivation dépend du contexte. Certains patients peuvent avoir systématiquement une forte motivation à ne pas suivre les conseils du thérapeute, indépendamment de leur contenu. La motivation est un processus interactif. La motivation des patients est connectée

(en partie) à notre propre motivation et à nos capacités motivationnelles. Cette perspective peut être plaisante, car nous pouvons apporter le changement, mais elle peut également être déplaisante, car un échec ne peut plus être attribué au patient seul.

Sur la base du modèle des processus de changement en six stades de Prochaska et DiClemente [48], seuls les patients se trouvant au stade 4 seraient suffisamment prêts pour implémenter le changement. En amont, des suggestions de prise de médication ou de changements de style de vie peuvent potentiellement menacer l'alliance thérapeutique et augmenter le risque de non-compliance et d'abandon.

Miller et Rolnick ont traduit cette théorie transdiagnostique du changement en stratégies de motivation concrètes [41] :

- au stade 1, dit de *pré-contemplation*, les personnes ne reconnaissent pas le problème ayant besoin d'être changé. Les interventions recommandées impliquent de provoquer le doute et d'augmenter l'identification des risques et problèmes associés au comportement actuel. Le questionnement empathique et un résumé réflexif de la souffrance peuvent être utilisés à ce stade. Il convient de clairement séparer la perception de l'état présent et les futurs objectifs. Il ne faut pas trop souligner les succès possibles du changement, juste en mentionner certains ;
- au stade 2, dit de *contemplation*, certains doutes sont apparus. Faire pencher la balance vers un désir de changement est essentiel à ce stade (évoquer des raisons de changer, faire allusion aux risques de ne pas changer) ;
- au stade 3, dit de *détermination*, le patient a décidé que quelque chose devait être fait. Cependant, il a besoin d'aide pour déterminer le meilleur moyen d'action pour cela. Des étapes concrètes ne peuvent être planifiées tant qu'il n'a pas la conviction que l'amélioration sera liée à ses propres actions ;
- au stade 4, dit de *l'action*, l'attention se focalise sur l'aide à lui apporter pour réaliser les étapes de changement. Le mieux est de mettre en place les étapes les plus concrètes possibles. Co-construire des directives anticipées en cas de déception ou d'échec avec la stratégie de *coping* choisie ;
- dans le stade 5, dit de *maintenance*, le patient a réalisé les changements nécessaires et a l'intention de poursuivre leur mise en place. La prévention de la rechute est centrale à ce stade ;
- au stade 6, dit de la *rechute*, il est crucial d'aider le patient à surpasser la déception et à recommencer le cycle. Le patient doit apprendre à gérer son sentiment de culpabilité et d'insuffisance et initier le cycle de changement une nouvelle fois.

Plusieurs stratégies motivationnelles sélectives peuvent être mises en place afin de réduire l'impact des HAV.

La flexibilité

La flexibilité est une stratégie motivationnelle essentielle de la thérapie HIT. En général, la pseudo-flexibilité est discourtoise et thérapeutiquement

dangereuse. Cela crée aisément de l'irritation et augmente le risque d'abandon. Les méthodes hypercongruentes ont prouvé leur efficacité dans le traitement des patients psychotiques et des patients récalcitrants à la thérapie. Les méthodes hypercongruentes vont prendre les expressions d'une personne littéralement. Un patient se plaint-il d'être trop fatigué pour réaliser une tâche à domicile et suivre les conseils thérapeutiques, ou pour regarder la télévision et s'engager dans d'autres activités jugées plus plaisantes ? Vous devriez lui conseiller de dormir plus. Ce conseil peut sembler contre-thérapeutique ou peu empathique mais, sous certaines conditions strictes, il ne l'est pas. Une personne réellement fatiguée mérite de se reposer plus, le repos n'est-il pas indiqué en cas de fatigue extrême ? Mais une vraie fatigue est incompatible avec la réalisation d'activités (plaisantes), n'est-ce pas ? Ensuite, il faut considérer fatigue suggestive et sélective. Des conseils qui combinent « prendre du repos » et « réaliser des activités plaisantes » peuvent impliquer implicitement que le patient n'est pas aussi fatigué qu'il le prétend. Un tel conseil ne correspondra pas à l'objectif de traiter la fatigue réelle. Des conseils non congruents courent le risque d'une compliance sélective — ne réaliser que les activités plaisantes, suivies d'une prise du repos — et ceci crée un risque de dépendance. Suggérer la combinaison de repos et d'activité plaisante va ébranler votre conseil, et apprendre au patient à éviter les tâches difficiles sur un terrain toujours fragile psychologiquement. Cela renforce le comportement d'évitement.

Prise en compte du contexte actuel et passé

Le contexte comportemental actuel et passé a également un impact motivationnel fort. Ce contexte est appréciable au niveau verbal (intensité, prosodie et contenu du discours) et non verbal (langage corporel, contact oculaire et toucher). Nous renforçons naturellement les comportements désirés, mais les attentions positives comme négatives sont toutes les deux renforcées. Même les réprimandes et violences physiques peuvent être parfois perçues comme des renforcements chez les personnes négligées ou abusées. Aussi le contexte peut-il servir de renforçateur. Nous pouvons créer une atmosphère positive avec des fleurs, de la musique, de la nourriture ou une lumière d'ambiance, mais il est sage de tenir compte des préférences du récepteur lorsque l'on sélectionne un renforçateur. Un renforçateur musical qui plaît à un fan de hard métal sera probablement déplaisant pour un amoureux de l'opéra. Les femmes occidentales vont apprécier un bouquet de fleurs. Cependant, couper des fleurs, particulièrement les blanches, est offensant dans d'autres cultures, car elles peuvent faire référence à la mort. Pour se dire bonjour, une bise apparaîtra normale en France, mais les Néerlandais en donnent trois ; les Indiens et les Arabes n'embrassent pas les personnes du sexe opposé, alors que les Inuits se frottent le nez. La motivation concerne donc une augmentation des avantages et une réduction des désavantages. « Manipuler » la motivation d'une personne est un art,

considérant l'extrême diversité chez l'humain sur ce qui est et n'est pas motivant ([tableau 11.4](#)).

Augmenter la motivation des patients dans les soins requiert une préparation au changement. La motivation ne peut être qu'intentionnelle. Une motivation dirigée requiert une connaissance à la fois de la position de départ et d'un objectif final à atteindre. Il est risqué de commencer à motiver les patients avant qu'il ait été déterminé si le patient, ses proches et le thérapeute visent le même objectif. Les divergences de priorités peuvent aliéner les patients de la thérapie. Il convient de se concentrer sur une atmosphère fiable, de mutualité bienveillante, en invitant les personnes à raconter leur histoire. Prêtez-leur toujours une oreille empathique, expliquez votre but et votre méthode et, finalement, demandez-leur s'ils sont d'accord.

S'ajuster à la présence d'un trouble de la personnalité

Les patients souffrant d'un trouble de la personnalité présentent un risque plus élevé d'être déçu par la thérapie. Commencez par leur demander comment étaient leurs précédentes thérapies et leurs effets ? Cela permet d'éviter la répétition de conseils inefficaces et peut réduire la méfiance du patient. Il est important de regretter explicitement chaque déception avec le patient. En les regrettant, vous pourrez élaborer les échecs en les renommant positivement. Il est également important de louer l'endurance et le courage des patients les plus chroniques à demander de l'aide. Un peu d'exagération est d'ailleurs plus efficace qu'une attitude rigide. Les personnes se sentent écoutées et les changements de facteurs bloquants et/ou soutenant deviennent

Tableau 11.4. Règles motivationnelles dans la thérapie HIT.

Imaginez vous vous-même dans le contexte du patient. Étudiez son pattern de réaction habituel. Écoutez attentivement et posez des questions.
Évitez les conflits.
Le questionnement socratique est moins risqué que des déclarations ou des affirmations.
Maximisez les attentes sur l'objectif final à atteindre.
Séparez les tâches en plusieurs sous-buts. Introduisez des étapes de changement pour minimiser la résistance, augmenter les opportunités de renforcement et créer des possibilités pour ajuster les plans et objectifs du sujet.
Maximisez les différences entre les désavantages du présent et les avantages de l'état futur désiré.
Minimisez les efforts nécessaires pour atteindre l'état désiré.
Un modèle à choix multiple ou à option multiple diminue le risque de rejet. Les choix devraient mener à l'objectif final ; ne suggérez pas des choix infaisables, indésirables. Si la médication est votre objectif, offrez un choix entre les médicaments x, y et z, entre une, deux ou trois doses par jour, matin ou soir. Abstenez-vous de proposer un choix entre prendre ou ne pas prendre de médication.

clairs rapidement. Les patients mentionnés plus haut peuvent induire facilement des attentes négatives chez les thérapeutes et entraîner une attitude de défense. Pour autant cette approche vous aide à la fois vous et votre patient. Les patients peuvent ainsi vous avertir lorsque vous courez le risque de répéter les erreurs des thérapeutes précédents. Si les avantages d'un état futur sont plus importants que les désavantages de l'état présent, les personnes sont normalement motivées au changement. L'urgence, l'état du traitement, les caractéristiques de personnalité, le style de perception (acoustique, verbale ou kinesthésique), les caractéristiques du système interpersonnel et les fonctions des symptômes déterminent la meilleure stratégie motivationnelle à adopter pour ce patient. Les personnes présentant un trouble de personnalité du cluster A sont plus souvent distantes, indépendantes et introverties, accordant peu de valeur à l'intimité, et réagissant plutôt froidement aux autres. Dans ce contexte, l'empathie (thérapeutique) peut être ressentie comme inconfortable. Avec ces patients, une attitude plus distante et neutre est recommandée. S'asseoir à une table fonctionne souvent bien, cela crée une distance physique et suggère une atmosphère de travail. Les personnalités du cluster B préfèrent quant à eux un style plus personnel. Ils sont plus ambivalents et ont peur des responsabilités inhérentes à leurs décisions et comportement. Il convient donc dans ce cas d'éviter les conseils directs et ouverts à une seule explication. Les suggestions sans équivoque ne répondent qu'à une part des désirs contradictoires de la personne ambivalente et peuvent laisser un sentiment de manque. Une approche dialectique sert mieux l'ambivalence. On peut par exemple essayer : « Normalement, je suggère de faire X, mais au vu de vos expériences, Y pourrait être mieux. » J'ai de bons résultats avec la phrase suivante : « Deux forces différentes en vous se battent pour la victoire, et vous êtes la victime. Jusqu'à ce que nous comprenions complètement ce conflit, chaque côté a besoin d'être compris et écouté. S'il vous plaît, fermez votre oreille mentale droite, et je conseillerai la première force. Ensuite, fermez votre oreille gauche, et je conseillerai la seconde. » Bien que cela puisse paraître étrange à quelqu'un ne présentant pas de trouble de personnalité du cluster B, ces personnes reconnaissent fréquemment une forte division interne. Ne placez pas trop d'importance sur les concepts de droit, d'obligations, d'autodétermination et de responsabilité. Leur peur d'être tenu pour responsable peut en effet provoquer de la résistance. Un style permissif, s'appuyant sur des suggestions à travers le discours socratique, est préférable.

Les personnes présentant un trouble de personnalité narcissique n'accepteront pas les ordres. Par définition, ils savent mieux que quiconque ce qu'ils doivent faire et ont besoin de prendre les décisions par eux-mêmes. Des conseils à choix multiples seront dans ce cas préférés, en leur laissant au minimum deux options. Négociez quel médicament leur convient le mieux, un médicament agissant sur la durée ou en plusieurs prises par jour ? Quand est-il préférable d'observer et d'enregistrer leur comportement ? Acceptez

leurs préférences et tempo ; mais regrettez ouvertement que des observations de seulement une heure par jour risquent de retarder le début du traitement. Une autre option est de tirer profit de leur narcissisme en doutant qu'ils soient capables de réussir la tâche. En acceptant ce défi, ils peuvent nous démontrer que nous avons tort.

Les personnes timides et phobiques sociales (traits du cluster C) ont des difficultés à prendre des décisions. Les choix « *si..., ou bien...* » sont rapidement rebutants. Contrairement aux personnalités du cluster B, ces sujets ont besoin de solidité, de structure et de guidance. Les négociations peuvent s'échelonner sur plusieurs sessions thérapeutiques. Les choix en « *si..., ou bien...* » peuvent être remplacés par « *et..., et...* » ou par des tâches on/off (la tâche A durant une semaine, la tâche B la semaine suivante). En complétant ces demandes, les patients déterminent quelle tâche leur convient le mieux et identifient celle qui a le meilleur effet.

Générer l'espoir

Il est commun de dire que l'espoir nous garde en vie. Dire que 70 % des patients ont tiré bénéfice de ce traitement est aussi vrai que de dire que 30 % n'en ont pas bénéficié. Cependant, le premier énoncé porte davantage d'espoir que le second. Ce recadrage peut être utilisé en pratique clinique. Vous pouvez par exemple expliquer que le désavantage des médicaments est la présence de certains effets indésirables et conseiller de vous appeler immédiatement si l'un d'eux apparaît. Cette information est importante, mais le problème est que ce message est inquiétant et peut rendre les patients hypervigilants à la survenue d'effets secondaires. Pourquoi ne pas utiliser une alternative ? Par exemple, dire que les effets secondaires sont fréquents et signalent que le médicament fait effet. Cela signifie que votre prescription fonctionne. Vous pouvez alors dire au patient : « *Appelez-moi lorsque vous les percevez, comme ça, nous pourrions décider si votre dosage nécessite un ajustement.* » Soyez honnête, ne faites pas semblant. Les thérapeutes expérimentés augmentent l'espoir de leurs patients. L'espoir peut aussi être induit indirectement, en mentionnant des succès thérapeutiques qui suggèrent de l'expertise et du succès. Les thérapeutes moins expérimentés peuvent se référer au succès de leurs collègues. Une psychoéducation adaptée témoigne également de l'expertise du thérapeute. Des questions comme « *La plupart de mes patients souffrent de... Qu'en est-il de vous ?* » illustrent l'engagement, l'expertise et créent des attentes. Vous pouvez d'ailleurs vous référer à la littérature scientifique dans ce contexte.

Recadrage positif

La plupart des patients préfèrent une approche positive. Ils réagissent aux interactions positives de manière plus coopérative et compliante qu'aux interactions négatives [8]. Il convient donc d'éviter d'expliquer la résistance au traitement en des termes psychiatriques par exemple [51]. La résistance peut davantage

Tableau 11.5. Se battre, négocier, et coopérer.

Se battre	Négocier	Coopérer
Au moins un perdant	Un gagnant-gagnant « partiel »	Pas de perdant
La recherche du coupable	La recherche d'une perte partiellement acceptable	La recherche d'un but commun
Dirigé par les émotions négatives	Dirigé vers un but	émotions positives Dirigé vers un but
Pas d'écoute dirigée vers l'adversaire	écoute dirigée vers le souhait	écoute dirigée vers la tâche
Pseudo-questionnement	Rendre concrets les souhaits de l'adversaire	Avoir des objectifs concrets Division de la tâche

être présentée comme un besoin de négociation et de résolution. Nous avons obtenu des résultats très positifs en renommant les objections contre la médication comme traduisant un souhait d'ajustement posologique [2]. Un style de communication permissif et orienté sur la négociation, combinée avec un recadrage positif, mène à moins de conflits et à plus de situations gagnant-gagnant (tableau 11.5).

Le recadrage positif est probablement l'intervention motivationnelle la plus importante. Tout comportement, plainte, signe ou symptôme entraîne un étiquetage positif. Mais le recadrage positif diffère du compliment. Le recadrage est orienté vers le changement et offre une interprétation des événements, expériences et comportements différents de l'interprétation habituelle du patient. Presque toujours, ce recadrage est applicable indépendamment des circonstances, des traits de personnalité ou des troubles sous-jacents. Certains mots, certaines phrases augmentent systématiquement la confiance et la préparation à la coopération, alors que d'autres peuvent facilement augmenter la résistance. Il peut également s'avérer utile de commencer les supervisions par une série de recadrages : chaque membre de l'équipe peut apporter un exemple de comportement difficile à gérer, et les autres génèrent des cadres positifs. Une personne calme préférera probablement entendre « *Méfions-nous de l'eau qui dort* » que d'être qualifiée d'« ennuyeuse ». « *Il est doué pour écouter* » évoque plus de bonne volonté que « *Il ne dit jamais un mot* ». Les personnes préfèrent le qualificatif de « *modeste* » à celui de « *timide* » ou « *bizarre* ».

Les figures clés peuvent parfois interpréter les commentaires de recadrage déstigmatisant comme des accusations à leur égard. Réétiqueter et réattribuer demande donc de la délicatesse, particulièrement avec les patients souffrant d'un trouble chronique. Les parents ne seront pas reconnaissants d'entendre que l'apathie de leur enfant est liée à leur comportement trop dominant. Aucun parent dominant n'appréciera l'appellation « *dominant* »,

pas plus qu'ils ne le méritent. Ils font de leur mieux. Plutôt qu'une confrontation — qui reste inefficace pour diminuer la résistance —, demandez aux parents d'observer plus attentivement le comportement naturel de leur enfant. Ceci apporte souvent de nouvelles informations, tout en rendant le recadrage moins offensant et plus efficace. Le comportement parental s'améliorera probablement s'ils adhèrent à la suggestion que leur enfant apathique peut être un « *penseur silencieux qui préfère se mordre la langue que de dire des bêtises* ». Retenez-vous de présenter des certitudes ou des phrases comme « *Vous n'êtes pas apathiques, vous êtes un penseur.* » À la place, demandez « *Avez-vous des tendances impulsives ? Agissez-vous sans réfléchir ?* » Les enfants apathiques ne seront pas capables de répondre par l'affirmative. Ainsi, nous pouvons réagir en disant : « *Je pense alors que vous êtes plutôt un penseur.* » Cette conclusion élimine le terme « *apathique* » du discours et permet d'éviter une confrontation ouverte avec les parents.

Attention, certains comportements, la violence, les agressions et l'inceste ne sont bien entendu pas adaptés au recadrage positif. Celui-ci pourrait alors invalider la victime.

Se recentrer sur les forces et les succès

Plus un symptôme est franc et sévère, plus il accapare l'attention du patient et de son entourage. Plus le symptôme devient central, plus nous devenons inquiets, au détriment des capacités et des traits positifs. Évaluer les forces et les succès du patient a donc une valeur diagnostique aussi bien que thérapeutique. Sur le plan diagnostique, cela nous informe sur le caractère omniprésent des HAV ou à quel point les proches du patient sont centrés sur ses incapacités. Plus l'attention du sujet pourra être détournée du symptôme, meilleures seront les chances d'amélioration. Parler des succès permet d'augmenter l'espoir, mais peut aussi paradoxalement centrer les personnes sur leurs problèmes. Certains patients peuvent interpréter les questions posées sur le délire comme une preuve que nous ne les croyons pas ou que nous les percevons comme des simulateurs. Recadrer et réétiqueter positivement est particulièrement utile ici.

Changer l'agenda : traduire les plaintes en cibles

Les discussions sont orientées vers l'action en structurant les HAV dans le cadre des étapes du HIT et en renforçant la compliance par du conditionnement opérant.

La première étape de la thérapie est une enquête détaillée des symptômes, des plaintes, émotions, pensées et comportements. La plupart du temps, il s'agit d'informations négatives durant le stade diagnostique, difficilement compatible avec la notion d'espoir. Des réflexions empathiques comme « *Vous vous sentez déprimé/désespéré/impuissant.* », « *Vous êtes excessivement inquiet/anxieux.* » permettent de valider le vécu du patient mais peuvent parfois involontairement augmenter le découragement, principalement

lorsqu'elles sont répétées. Des phrases réflexives comme « *Vous avez le sentiment de pas pouvoir remettre votre vie sur des rails et cette inquiétude vous rend fou.* » peuvent être factuellement justes mais sont contre-productives pour restaurer l'espoir. Le thérapeute semble être d'accord avec le patient, ce qui peut magnifier le sentiment d'inadéquation du patient. Le recadrage actif des symptômes a donc pour objectif de minimiser les effets secondaires involontaires de l'écoute réflexive. La phrase précédemment citée peut, dans ce contexte, devenir : « *Vous voulez changer l'agenda, pour remettre votre vie sur des rails et arrêter de vous inquiéter. Ai-je raison ?* » Il est préférable d'éviter le langage passif et d'utiliser une forme active lorsque cela est possible. Par exemple, insister sur le fait qu'une personne est inquiète (actif) et non pas qu'elle a été dépassée (passif). Traduisez les symptômes en objectifs, faites un brainstorming sur les solutions possibles et choisissez-en une avec laquelle commencer. Faites des plans d'action concrets. Vous devez déterminer avec le patient qui fera quelle action et à quel moment, combien de temps il passera sur cet objectif, qui l'assistera et quels sont les obstacles qui peuvent interférer avec la performance, ce qu'il peut faire pour prévenir/lutter contre des obstacles inattendus. Les succès motivent le sujet à poursuivre dans cette voie et renforcent l'adhésion au traitement. De petites tâches courtes avec un objectif raisonnable sont préférables. Les renforcements secondaires ont un délai. Découpez les tâches en plusieurs sous-tâches (autant que possible) augmente la fréquence des renforcements et donc des succès (c'est-à-dire augmente l'estime de soi) et réduit les risques d'échec. Un conditionnement opérant sélectif peut renforcer une estime de soi faible et un ego défaillant. Rappeler au sujet ses succès est meilleur pour la confiance en soi endommagée que répéter les échecs. Se concentrer sur les succès exige que le thérapeute soit proactif. Celui-ci devra être attentif aux opportunités de renforcement des succès. Face à des patients trouvant que leurs tâches à domicile n'ont pas suffisamment fonctionné, il existe trois choix :

- vous êtes emphatiquement d'accord avec la déception : l'avantage est que le patient a le sentiment d'être compris. Les désavantages incluent :
 - un renforcement de l'incapacité ;
 - une confiance en soi et dans la thérapie amoindrie ;
 - le besoin de choisir une autre approche qui a tout autant de chance d'échouer ;
- vous pointez les améliorations en contraste avec les échecs passés : « *Depuis combien de temps avez-vous ces symptômes ? Trois ans ? Donc durant toutes ces années, vous avez essayé de votre mieux, mais malheureusement sans succès. Réalisez-vous que c'est la première fois qu'il y a une amélioration ? Vous êtes plutôt modeste à propos de votre réussite. Voulez-vous essayer d'avoir plus d'amélioration ?* » ;
- vous vous centrez sur le succès (cf. aussi *supra*, « La stratégie des soldes »). Les réactions du patient ne sont intentionnellement pas évoquées, car elles donnent une marge aux changements dans le court de la thérapie.

S'ajuster au style de perception du patient

Anticipez et rejoignez le style de perception du patient. Son style préféré est-il visuel, verbal ou kinesthésique ? Les personnes qui préfèrent les informations verbales préféreront un discours. Utiliser des images et des couleurs suggère une préférence perceptive visuelle. Ces personnes *voient* leur futur et préféreront les vidéos ou écrire leurs informations verbales. Des personnes verbalement orientées sont plus bavardes. Communiquer dans le style préférentiel d'un patient est recommandé : préférer « *ne pas avoir vu quelqu'un récemment* » (pour une personne visuellement orientée) ou, au contraire, « *n'avoir parlé à personne* » (pour une personne verbalement orientée). Une préférence kinesthésique peut être sollicitée par des phrases telles que : « *La rumeur court.* », « *Ma réputation est partie par la fenêtre.* », « *J'ai fait très mal...* » Par exemple : si une personne kinesthésique se dit déprimée, préférer : « *Des murs se sont renfermés sur elle* », alors qu'une personne visuelle peut « *voir un futur sombre* ».

Validation scientifique de la thérapie HIT

Plusieurs essais cliniques ont validé l'intérêt et la rentabilité du programme thérapeutique HIT [17, 30, 52-56], avec même une tendance à un coût réduit lorsqu'il est implémenté à l'échelle nationale [56]. On compte notamment une étude naturaliste sur un suivi de quatre ans ($n = 40$), une étude naturaliste sur des adolescents ($n = 14$) et une étude randomisée contrôlée avec dix-huit mois de suivi ($n = 76$). Un programme de post-cure de la HIT multifamilial a enfin été étudié [57].

La première étude naturaliste a porté sur quarante patients âgés entre 20 et 62 ans, avec une durée moyenne des HAV de huit ans, du *Voice-hearers Outpatient Department* (VOPD) du *University Medical Center Groningen*. Un tiers de ces sujets présentait des HAV depuis plus de dix ans. L'ensemble des patients présentaient de multiples symptômes et 46 % d'entre eux avaient des hallucinations dans d'autres modalités sensorielles qu'auditive. La majorité avait bénéficié de soins psychiatriques pendant plus de cinq ans (20 % pendant plus de dix ans). Le refus du traitement était majoritaire. Vingt-cinq pour cent avaient également une histoire de tentative de suicide. Selon le DSM-IV-TR, vingt-cinq répondaient aux critères diagnostiques de schizophrénie, les autres à un diagnostic de trouble dissociatif ou de trouble de personnalité borderline. En fin de prise en charge par le HIT, les patients rapportaient une fréquence et une durée significativement plus faible des HAV avec contenu négatif ($p < 0,001$). Au total, pour 40 % d'entre eux, les HAV avaient disparu. Plus de 50 % avaient regagné le contrôle à la fois des HAV et des pensées, et deux tiers de l'effectif rapportaient que les HAV n'interféraient plus avec leurs activités quotidiennes ou ne causaient plus d'anxiété. Le pourcentage de souffrance en considérant l'anxiété, la perte de contrôle et l'interférence avec les pensées et les activités quotidiennes avait diminué de 82 % à 20 %. Au total, 30-40 % de tous les patients

rapportent une amélioration des HAV, et 50-60 % rapportent une amélioration sur la vie quotidienne. Au total, 78 % étaient satisfaits de leur traitement et 72 % des prises en charge se sont terminées sur un consentement mutuel [12]. Tous les patients, excepté un, ont accepté le suivi de quatre ans. À l'issue du suivi, plus de 70 % évaluent leur condition de santé actuelle comme bonne à excellente. Dix-huit pour cent n'ont plus fait l'expérience de voix pendant plusieurs mois. Le nombre, la fréquence et la durée des voix ont considérablement diminué sur la période de suivi. Cependant, le contenu négatif semble persistant dans la plupart des cas. La souffrance psychique attribuable aux voix a augmenté de 20 % après le traitement à 30 % après le suivi, aucun patient n'a rechuté à un niveau identique que celui observé avant le traitement. Cinquante pour cent des patients ont évalué leur état en fin de prise en charge comme meilleur, 40 % ne rapportaient pas de changement et 8 % ont rapporté une détérioration. La prescription conjointe d'antipsychotiques a été réduite ($Z = -2,82$, $p = 0,005$). Le fonctionnement social (*Groningen Social Disabilities Scale* [58]) a augmenté chez 41 % des participants pour les activités quotidiennes et d'environ 20 % pour les contacts sociaux et les relations interpersonnelles en général. Ces améliorations étaient jugées durables pour 67 % des patients et 26 % d'entre eux ont connu des améliorations supplémentaires durant la période de suivi [54].

La seconde étude naturaliste, ayant porté sur quatorze adolescents présentant un premier épisode psychotique, montrait des résultats équivalents à supérieurs à la première étude. La compliance et la satisfaction vis-à-vis de la thérapie HIT s'échelonnaient de « bonne » à « élevée », 65 % des patients ont vu les voix disparaître et la majorité des participants ont montré une amélioration dans la maîtrise, l'anxiété, l'interférence avec les pensées et le fonctionnement social (activités quotidiennes $N = 11$, travail et études $N = 8$). Aucun de ces sujets n'a vu son état s'aggraver [53].

Finalement, une étude randomisée contrôlée a été menée en comparant la HIT au traitement habituel (TH). Trois évaluations étaient réalisées : avant le traitement, à neuf mois (après le traitement) et à dix-huit mois (suivi). En complément de la randomisation, une procédure de minimisation statistique a été appliquée, en prenant en compte le genre, la chronicité de la maladie et la sévérité des symptômes (avec ou sans l'évaluation à 5 de la PANSS-P). Soixante-seize patients (trente-sept dans le groupe HIT) ont été inclus et présentaient des diagnostics de schizophrénie paranoïde (78 %), de trouble schizoaffectif (15 %) et de psychose non spécifiée (7 %). Les patients étaient évalués sur la base de plusieurs outils psychométriques : AHRS [59], PANSS, WHOqol-bref et GSDS. Soixante-trois patients (83 %) ont mené l'étude à terme. Les analyses en intention de traiter étaient fondées sur ces patients. Neuf pour cent des patients ont été perdus après neuf mois de suivi et 6 % après dix-huit mois de suivi. Aucune différence de posologie médicamenteuse n'a été mise en évidence entre l'inclusion et les neuf mois de

suivi [17, 57]. Les patients de la condition HIT présentaient des améliorations significativement plus élevées sur la gêne liée aux voix. Les améliorations portant sur le contenu négatif, la détresse et la gêne globale ont persisté à dix-huit mois ($p < 0,05$). Après le traitement, le groupe des patients HIT s'est également plus amélioré que le groupe des patients TH sur les sous-échelles de PANSS, Symptômes positifs ($p < 0,001$), Désorganisation ($p < 0,05$) et Psychopathologie générale ($p < 0,01$), comme pour le score total à la PANSS ($p < 0,01$). La taille d'effet sur ces dimensions variait de 0,47 (dépression) à 0,71 (hallucinations), et le nombre de sujets nécessaire de traiter (NNT) était estimé à 2 pour les hallucinations et 4-5 pour la dépression, la désorganisation et la sévérité globale. Après le traitement, les patients HIT évaluaient leur qualité de vie comme significativement meilleure que les patients TH, ce qui s'est maintenu à dix-huit mois, avec 71 % des patients HIT qui évaluaient leur qualité de vie comme bonne/très bonne contre 58 % dans le groupe témoin. Sur le questionnaire de qualité de vie, les patients HIT se sont régulièrement améliorés dans presque tous les domaines, tandis que la condition contrôle ne s'améliore pas — la qualité de vie était évaluée comme plus élevée de 5,4 points dans le groupe HIT au suivi, tandis que les évaluations des patients TH avaient à peine changé, $t = 2,11$; $p < 0,05$ [55]. À la fin du traitement, les patients HIT se sont significativement améliorés dans tous les domaines du fonctionnement social, excepté pour les soins personnels, les relations sociales (amis) et le travail/activités quotidiennes, tandis que les sujets témoins n'ont pas évolué. Les améliorations ont persisté au suivi (NNT = 7). L'incapacité a été significativement réduite dans les domaines clés du fonctionnement social — fonctionnement social deux fois plus élevé en moyenne dans le groupe HIT comparativement au groupe TH. La moitié des patients HIT ont augmenté de plus de 20 % leur score total de fonctionnement social, contre 15 % des patients du groupe contrôle ($p < 0,000$). En prenant comme définition de l'amélioration clinique un score d'invalidité inférieur ou équivalent à 3, trois fois plus de patients HIT se sont améliorés par rapport au groupe témoin (25 % *versus* 7 %). Cette tendance perdure après le suivi. Le groupe HIT s'est encore amélioré dans tous les domaines durant la période de suivi, à l'exception des relations avec les partenaires. Au total sur la durée de l'étude, les patients HIT se sont significativement améliorés dans les tâches ménagères et les relations familiales ($p < 0,05$) et, à un moindre degré, pour les relations avec les partenaires, les parents et dans les activités occupationnelles et quotidiennes. À la fin, le fonctionnement général des patients HIT a augmenté de 2,84 points *versus* 0,97 point pour le groupe témoin ($t = 2,09$; $p \leq 0,05$). Enfin, à l'issue du suivi, le dosage moyen des antipsychotiques était significativement plus élevé dans le groupe témoin ($dl = 56$; $t = -2,70$; $p = 0,009$ [55]).

Malgré ces améliorations, les patients Entendeurs de voix avec un trouble psychiatrique semblent avoir besoin d'une post-cure. Un programme de post-cure HIT multifamilial a été développé dans ce but [60]

et a pu être évalué dans une étude pilote [57]. Cette étude montre que les Entendeurs de voix s'amélioraient distinctement dans le fardeau subjectif, la fréquence des HAV, l'interférence avec les activités quotidiennes ou de la pensée ($p < 0,05$), et le contrôle sur les HAV ($p < 0,01$). Les améliorations sur les scores PANSS concernaient les sous-échelles Dépression et Excitation ($p < 0,05$), le score total et les sous-échelles Symptôme positif et Désorganisation ($p < 0,01$). Le fonctionnement social s'est amélioré dans le domaine des tâches ménagères ($p < 0,01$), des contacts sociaux et en termes d'intégration dans la communauté ($p < 0,05$), avec le score total de fonctionnement social montrant une amélioration de l'ordre de 20 % ($p < 0,01$). Ces améliorations se produisent chez l'ensemble des sujets inclus. Enfin, les scores des proches au *Illness Effects Questionnaire* atteignent un niveau statistiquement significatif pour la gestion des symptômes du patient, l'ajustement aux symptômes et la relation générale avec le patient.

Le [tableau 11.6](#) synthétise l'efficacité obtenue en comparant les TCC au traitement habituel et la thérapie HIT au traitement habituel.

Développements futurs

Récemment, le format HIT a été ajusté à deux nouvelles populations cibles :

- les enfants et les adolescents ;
- les déficients mentaux.

Depuis janvier 2014, dix enfants (âgés entre 8 et 16 ans) et trois adultes avec retard mental ont été traités avec succès. Tous présentaient des symptômes comorbides (problèmes de comportement, d'humeur ou de pensées) avec détérioration des résultats scolaires chez les plus jeunes. Les résultats préliminaires semblent donc prometteurs. Les voix des plus jeunes ont totalement disparu en trois sessions. Les parents rapportent une normalisation des comportements sociaux, de l'humeur et des résultats scolaires et les patients avec retard mental parviennent à contrôler leur voix grâce au *coping*. La médiation par le personnel soignant semble obligatoire dans ce groupe. Une sensibilisation du personnel soignant dans la reconnaissance des HAV est nécessaire. Ce personnel, y compris les psychiatres pour enfant et adolescent expérimentés, ne repère pas facilement ces jeunes Entendeurs de voix ; et, malheureusement, une majorité de médecins de famille et des pédiatres continuent de douter de l'existence des HAV chez l'enfant jeune, constituant autant de pertes de chance de bénéficier d'une prévention et d'un traitement adéquat. Le développement de dispositifs spécifiques pour le psychotraumatisme ou le suicide se justifie pleinement. Des programmes HIT dédiés à ces deux comorbidités sont en cours d'implémentation.

Tableau 11.6. Comparaison de l'efficacité de thérapies cognitivo-comportementales et de la thérapie HIT *versus* traitement habituel [61].

	TCC	HIT
Efficacité sur les symptômes positifs	ES = 0,64 SMD = - 0,35	ES = 0,64 SMD = -1,0
Durée de l'effet au-delà de FU	+/-	++/-
Hallucinations		
– Fréquence	+/- (NNT > 7)	++ (NNT = 2)
– Détresse	Inconnu	SMD = - 0,40
– Contrôle	Inconnu	SMD = - 0,6
– Pouvoir impératif	Inconnu	SMD = - 0,86
– Compliance aux ordres	SMD = - 1,18	+ Substantielle
– Malveillance	SMD = - 0,97	+ Substantielle
– Omniscience	SMD = - 0,18	+ Substantielle
– Durée de l'effet au-delà de FU	+	+
– Dépression	NNT inconnu	NNT = 4
– Anxiété	NNT inconnu	NNT = 4
Fardeau total (AHRs)	SMD = - 0,25	+ Substantielle
Durée de l'effet au-delà de FU	SMD = - 0,24	SMD = - 0,52
Fonctionnement social	Résultats ambigus	Bon (NNT = 6)
Durée de l'effet au-delà de FU	Inconnu	++ (Significatif)
Qualité de vie	+	++ (Significatif)
Généralisation des effets	Limité	Substantiel
Taux d'abandon	Moyen à élevé : > 20 %	Bas : 9 %
Satisfaction au traitement	Ambigu	Bon à Très bon

SMD, différence moyenne standardisée ; NNT, nombre de sujets nécessaires de traiter ; ES, taille d'effet ; FU, suivi.

Points clés

- La thérapie intégrative centrée sur les hallucinations est un programme complet bénéficiant d'influences variées : des thérapies cognitivo-comportementales, de la thérapie familiale systémique, ou encore de la rémediation cognitive.
- La thérapie HIT est organisée en modules ayant fait l'objet d'une validation scientifique chez des sujets souffrant d'hallucinations réfractaires.
- Certains modules s'adressent à certaines sous-populations spécifiques : enfants, adolescents, patients avec retard mental, etc.

Bibliographie

- [1] Slade P, Bentall R. Sensory deception: A scientific analysis of hallucination. London: Croon Helm; 1998.
- [2] Jenner JA. Hallucinations: Characteristics, causal models, treatments. 2nd ed Assen: Van Gorcum; 2012.
- [3] Van der Zwaard R, Polak MA. Een literatuur onderzoek naar de waarde Van het concept en de relaties met aanverwante symptomatologie. T. v. Psychiatrie 1999;41:25-37.
- [4] Asaad G, Shapiro B. Hallucinations: theoretical and clinical overview. Am J Psychiatry 1986;143:1088-97.
- [5] Aleman A, Larøi F. Hallucinations: The Science of idiosyncratic perception. Washinton DC: APA; 2008.
- [6] Landmark J, Merskey H, Cernovsky Z, Helmes E. The positive triad of schizophrenic symptoms: its statistical properties and its relationship to 13 traditional diagnostic systems. Br J Psychiatry 1990;156:388-94.
- [7] Yee L, Korner AJ, McSwiggan S, Meares RA, Stevenson J. Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. Compr Psychiatry 2005;46:147-54.
- [8] Cohen CI, Berk LA. Personal coping styles of schizophrenic outpatients. Hosp Community Psychiatry 1985;36:407-10.
- [9] Jenner JA. Directive problemsolving interventions in psychiatric practice. Van Gorcum: Assen; 2013.
- [10] Mojtabei R, Nicholson RA, Carpenter BN. Role of the psychosocial treatments in the management of schizizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. Schizophr Bull 1998;24:569-87.
- [11] Siegler M, Osmond H. Models of madness. Br J Psychiatry 1966;112:1193-203.
- [12] Jenner JA, Tromp C. Modellen Van zorg. In: Jenner JA, Maeckelberge ELM, Rebel J, Vermey, editors. Wel bezorgd, geestelijke verzorging en gezondheidszorg. Kampen: Kok; 1998.
- [13] Jenner JA. An integrative treatment for patients with persistent auditory hallucinations. Psychiat Serv 2002;53:897-8.
- [14] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- [15] Jenner JA, Van de Willige G. The Auditory Vocal Hallucination Rating Scale (AVHRS). Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum Psychiatrie: Groningen; 2002.
- [16] Bartels-Velthuis AA, Van de Willige G, Jenner JA, Wiersma D. Consistency and reliability of the auditory vocal hallucination rating scale (AVHRS). Epidemiol Psychiatr Sci 2012;21:305-10.
- [17] Jenner JA, Nienhuis FJ, Wiersma D, Van de Willige G. Hallucination focused integrative treatment : a randomized controlled trial. Schizophr Bull 2004;30:133-45.
- [18] David AS. Auditory hallucinations: phenomenology and neuroimaging update. Acta Psychiatr Scand 1999;99:S95-S104.
- [19] Weiss AP, Heckers S. Neuroimaging of hallucinations: a review of the literature. Psychiatr Res 1999;92:61-74.
- [20] Stephane M, Barton S, Boutros NN. Auditory verbal hallucinations and dysfunction of the neural substrates of speech. Schizophr Res 2001;50:61-78.

- [21] Chadwick P, Birchwood M. Cognitive therapy for voices. In: Haddock G, Slade PD, editors. *Cognitive behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge; 1996.
- [22] Nayani TH, Davis AS. The auditory hallucination: A phenomenological survey. *Psychol Med* 1996;26:177-89.
- [23] Slotema CW, Daalman K, Blom JD, Diederen KM, Hoek HW, Sommer IE. Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorders are similar to those in schizophrenia. *Psychol Med* 2012;42:1873-8.
- [24] Kingdon DG, Ashcroft K, Bhandari B, Gleeson S, Warikoo N, Symons M, et al. Schizophrenia and borderline personality disorder similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:399-403.
- [25] Hepworth CR, Ashcroft K, Kingdon D. Auditory hallucinations: a comparison of beliefs about voices in individuals with schizophrenia and borderline personality disorders. *Clin Psychol Psychother* 2013;20:239-45.
- [26] Jenner JA, Rutten S, Beuckens J, Boonstra N, Sytema S. Positive and useful auditory vocal hallucinations: prevalence, characteristics attributions, and implications. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:238-45.
- [27] Sanjuan J, Gonzalez JC, Aguilar EJ, Leal C, Van Os J. Pleasurable auditory hallucinations. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:273-8.
- [28] Romme M, Escher A. *Stemmen horen accepteren [Accepting voices]*. London: Mind; 1999.
- [29] Bartels-Velthuis AA, Jenner JA, Van de Willige G, Van Os J, Wiersma D. Prevalence and correlates of auditory vocal hallucinations in middle childhood. *Br J Psychiatry* 2010;196:41-6.
- [30] Jenner JA, Van de Willige G, Wiersma D. Effectiveness of cognitive therapy with coping training for persistent auditory hallucinations: a retrospective study of attenders of a psychiatric outpatient department. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:384-9.
- [31] Chadwick P, Lees S, Birchwood M. The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R). *Br J Psychiatry* 2000;177:229-32.
- [32] Innouye I, Shimizu A. The electromyographic study of verbal hallucination. *J Nerv Ment Dis* 1970;151:415-22.
- [33] Bak M, Van der Spil F, Gunther N, Radstake S, Delespaul P, Van Os J. Maastricht Assessment of Coping Strategies (MACS): a brief instrument to assess coping with psychotic symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:453-9.
- [34] Geelhoed-Jenner BN, Jenner JA, Wiersma D, Van de Willige G, Nienhuis FJ. Does coping training influence strategies of coping with persistent auditory hallucinations in patients with schizophrenia? *Schizophr Res* 2001;49:260.
- [35] Carter DM, McKinnon A, Copolov DL. Patients' strategies for coping with auditory hallucinations. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:159-64.
- [36] Sayer J, Ritter S, Gournay K. Beliefs about voices and their effects on coping strategies. *J Adv Nurs* 2000;31:1199-205.
- [37] Lobban F, Barrowclough C, Jones S. The impact of beliefs about mental health, problems and coping on outcome in schizophrenia. *Psychol Med* 2004;34:1165-76.
- [38] Bentall RP, Haddock G, Slade PD. Cognitive Behaviour Therapy for persistent auditory hallucinations : from theory to therapy. *Behav Ther* 1994;25:51-66.

- [39] Jenner JA, Jenner-Geelhoed BNWJ. Coping Voices Inventory. Haren: Jenner Consult; 1998.
- [40] Everstine DL, Everstine L. Mensen in nood. Deventer: Van Loghum Slaterus; 1984.
- [41] Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour. New York: The Guilford press; 1991.
- [42] Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 1994;164:190-201.
- [43] White M. Negative explanation, restraining & double description: a template for family therapy. *Fam Process* 1986;25:169-84.
- [44] Penn DL, Kommuna S, Mansfield M, Link BG. Dispelling the stigma of Schizophrenia: II. The impact of information on Dangerousness. *Schizophr Bull* 1999;25:437-46.
- [45] Amador S. Teaching medical physics to general audiences. *Biophys J* 1994;6:2217-21.
- [46] Trauer T, Sacks T. The relationship between insight and medication adherence in severely mentally ill clients treated in the community. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:211-6.
- [47] Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, et al. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry* 1996;153:1185-8.
- [48] Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982;19:276-88.
- [49] Jenner JA. Traumatic experience List (TRAMAL). Haren: Jenner Consult; 2008.
- [50] Corrigan PW, Lieberman RP, Engeld JD. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:1203-11.
- [51] Van Os TW, Van den Brink RH, Tiemens BG, Jenner JA, Van der Meer K, Ormel J. Communicative skills of general practitioners augment the effectiveness of guideline-based depression treatment. *J Affect Disord* 2005;84:43-51.
- [52] Jenner JA, Van de Willige G, Wiersma D. Multi-family treatment for patients with persistent auditory hallucinations and their relatives: a pilot study. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:154-8.
- [53] Jenner JA, Van de Willige G. HIT, Hallucination focused Integrative Therapy as early intervention in psychotic adolescents with auditory hallucinations. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:148-52.
- [54] Wiersma D, Jenner JA, Van de Willige G, Spakman M, Nienhuis FJ. Cognitive behaviour therapy with coping training for persistent auditory hallucinations in schizophrenia: a naturalistic follow-up study of the durability of effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001;103:393-9.
- [55] Wiersma D, Jenner JA, Nienhuis FJ, Van de Willige G. Hallucination focused integrative treatment improves quality of life in schizophrenia patients. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:194-201.
- [56] Stant AD, TenVergert EM, Groen H, Jenner JA, Nienhuis FJ, Van de Willige G, et al. Cost-effectiveness of the HIT programme in patients with schizophrenia and persistent auditory hallucinations. *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:361-8.
- [57] Jenner JA, Nienhuis FJ, Van de Willige G, Wiersma D. "Hitting" voices of schizophrenia patients may lastingly reduce persistent auditory hallucinations

- and their burden: 18-month outcome of a randomized controlled trial. *Can J Psychiatry* 2006;51:169-77.
- [58] Wiersma D, Jong de A, Kraaijkamp HJM, Ormel J. The Groningen Disabilities Scale-2nd ed (GSDS-II). University Hospital: Groningen; 1993.
 - [59] Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic symptom rating scale (PSYRATS). *Psychol Med* 1999;29:879-89.
 - [60] Jenner JA, Mulder H, de Boer R, Multi-family HIT. patient course book & trainers' manual. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum Psychiatrie; 2001.
 - [61] Luteijn B, Jenner JA. Comparison of the effectiveness of CHT and HIT on auditory vocal hallucinations. Symposium conference Dutch Assoc of Psychiatry. Maastricht ; 2012.