

Comment venir en aide aux personnes qui entendent des voix

FAIRE FACE AUX HALLU

Un pourcentage important de personnes admettent avoir entendu des voix à un moment de leur vie, et soixante pour cent des personnes atteintes de schizophrénie ont des hallucinations auditives. Les traitements par neuroleptiques sont inefficaces dans bien des cas, et il est important de trouver des alternatives pour venir en aide à ces personnes.

J. FAVROD, T. KRUMMENACHER,
B. DE COCATRIX, C. GIGON*

DANS la population générale, les études épidémiologiques estiment qu'entre 10 et 39% des personnes interrogées ont entendu des voix au moins une fois dans leur vie (Shergill et al., 1998). Il y a un certain nombre de situations dans la vie qui peuvent conduire à entendre des voix. Par exemple dans la période qui suit la perte d'un être cher ou consécutivement à un stress menaçant la vie ou l'intégrité de la personne (abus sexuels et physiques, confrontation à une catastrophe ou au combat, etc.). Il est fréquent d'entendre des voix dans des conditions extrêmes, par exemple en haute altitude (Brugger & al. 1999), suite à une privation de sommeil (Devillières et al., 1996) ou dans le cadre de confinement solitaire (Grassian et al., 1983). Les hallucinations auditives sont fréquentes parmi les patients psychiatriques. Elles sont les plus répandues dans la schizophrénie. En moyenne, 60% des personnes atteintes de cette maladie ont des hallucinations auditives. Les personnes qui présentent des hallucinations auditives dans la population générale démontrent un meilleur contrôle sur cette expérience que celles qui souffrent de troubles psychotiques et leurs hallucinations sont généralement moins persistantes.

Définition

Les hallucinations auditives verbales sont la perception de voix qui procurent la même sensation immédiate de réalité qu'une perception réelle en l'absence de stimulations externes de l'appareil auditif. Elles doivent être distinguées des illu-

**Entendre des voix:
l'expérience est-elle
d'ordre physiologique,
mystique, parapsycholo-
gique, post-traumatique?
Il n'existe pour l'instant
pas de réponse unique.**

* Coordonnées des auteurs:

Jérôme Favrod, infirmier, Caroline Gigon, infirmière: Foyer de la Borde, 69, rue de la Borde, 1018 Lausanne.

Theresja Kruppenacher: Réseau d'entraide des entendeurs de voix (REEV), case postale 235, 1211 Genève 17.

Brigitte de Cocatrix, infirmière: foyer du Midi, 27, rue du Midi, 1400 Yverdon.

HALLUCINATIONS AUDITIVES

sions où un stimulus extérieur est mal perçu ou mal interprété. La personne a l'impression que les voix proviennent de l'extérieur de sa tête et qu'elle les entend réellement par les oreilles. Il peut s'agir d'une ou plusieurs voix qui s'adressent au sujet à la seconde ou à la troisième personne. Dans le cadre d'un deuil, il s'agit le plus fréquemment d'une voix qui appelle le sujet par son nom et lui dit simplement un ou deux mots.

Étapes de l'adaptation aux voix

Le processus d'adaptation aux hallucinations auditives verbales peut être décrit en trois étapes (Romme et Escher, 1989). Il est utile de comprendre quelles sont les réponses les plus adaptatives aux voix pour développer des méthodes de soins et aider les gens à prendre du contrôle sur le phénomène. L'apparition des voix commence par une phase de stupéfaction. Le début est généralement soudain et il est tout d'abord vécu comme une expérience effrayante. Les personnes qui entendent des voix se sentent impuissantes par rapport à l'expérience. Ensuite, les réactions dépendent de la façon dont elles inter-

prètent leurs voix. Si les voix sont perçues comme bienveillantes, les gens se sentiront soutenus et trouveront les voix généralement utiles et agréables. Ils auront une plus grande facilité à les intégrer comme faisant partie d'eux-mêmes. En revanche, si les voix sont vécues comme agressives ou malveillantes, cela conduira à de l'angoisse et à un sentiment d'impuissance. La perception malveillante des voix est aussi accompagnée par une grande préoccupation qui interférera avec le fonctionnement. Les personnes auront plus de difficultés à intégrer leurs hallucinations comme un phénomène généré par elles-mêmes. Certaines peuvent avoir des voix mixtes, parfois positives, parfois négatives.

La phase «d'organisation»

La seconde phase est une étape d'organisation qui servira à développer des moyens pour faire face aux voix et réduire leur emprise. Il s'agira également de prendre une certaine distance par rapport au phénomène. Cette phase commence par une période de colère contre les voix. Rapidement, les gens réaliseront

que cela n'est pas très efficace. Ignorer les voix est une stratégie fréquemment utilisée pour réduire l'impact de celles-ci. Certaines personnes choisissent de se concentrer sur les voix positives et d'établir le contact seulement avec ces dernières. Une autre stratégie pour les personnes qui perçoivent leurs voix comme malveillantes est de leur mettre des limites ou de structurer le contact avec les voix. Elles vont commencer à devoir apprendre à désobéir aux ordres insensés que pourront leur donner les voix et affirmer leurs propres décisions.

La phase de «stabilisation»

La troisième étape est la phase de stabilisation. Les personnes qui ont appris à faire face aux voix perçoivent les hallucinations auditives comme faisant partie de la vie et d'elles-mêmes. Elles deviennent capables de choisir entre suivre les conseils des voix et leurs propres idées. Certaines personnes sont même fières de percevoir des voix. En général, un tiers des personnes disent qu'elles parviennent spontanément à bien gérer leurs voix contre deux tiers qui disent ne pas bien y parvenir. La façon de faire face aux voix est directement liée à la perception que les gens ont de leur voix. Les personnes qui vivent leurs voix comme positives, y font mieux face que celles qui les vivent comme négatives. La signification que la personne va allouer à sa voix est donc particulièrement importante. Celle-ci va dépendre de son cadre de référence. Le tableau 1 présente différentes théories que les gens peuvent avoir de leur voix. Il est tiré d'études sur des personnes qui font particulièrement bien face à leurs hallucinations auditives (Romme et Escher, 1989, Baker, 2000) et des discussions avec les membres du Réseau d'Entraide des Entendeurs de Voix (REEV) (lire encadré). Il est important d'adopter un cadre de référence pour donner du sens aux voix, sinon cela peut interférer avec la possibilité d'organiser la relation

Cadres de référence souvent utilisés pour intégrer l'expérience des hallucinations auditives

Tableau 1

Psychodynamique: messages de l'inconscient.

Réaction post-traumatique: émergences de souvenirs sortis du conscient à cause des émotions pénibles qui y sont associées.

Psychiatrie biologique: le symptôme d'une maladie associée à un dysfonctionnement du cerveau.

Traumatique: une réaction à des situations extrêmes.

Physiologique: la privation de sommeil.

Toxique: le flash-back de drogues.

Mystique: expansion de la conscience.

Religieux: une épreuve que la foi permet de dépasser.

Parapsychologique: un don ou une sensibilité spéciale qui peuvent être développés pour le bénéfice de soi et des autres.

Données combinées des stratégies utilisées par les patients pour faire face aux voix (n = 280)

Tableau 2

Echantillon	n	fréquence
Patients avec un diagnostic de schizophrénie	200	71%
Patients ambulatoires	76	27%
Patients hospitalisés	204	73%

Stratégies	n	fréquence
Parler à quelqu'un	280	57%
Se relaxer/dormir	280	50%
Distraire ses pensées	240	48%
Ecouter de la musique	280	47%
Prendre un médicament	180	47%
Prier, méditer	180	43%
Ignorer les voix	140	39%
Se coucher ou marcher	180	36%
Exercice physique	240	35%

Techniques les plus courantes

Tableau 3

1. Les techniques de stimulation auditive qui font concurrence aux voix comme écouter de la musique ou la radio.
2. Les techniques impliquant l'activité vocale comme parler à d'autres personnes ou fredonner.
3. Les techniques comportementales qui visent la modification de l'état d'excitation physiologique comme se relaxer, dormir ou faire de l'exercice physique.
4. Les techniques cognitives comme ignorer ou bloquer les voix ou diriger son attention sur un autre sujet.

avec les voix et réduire l'anxiété. Ces cadres de références conduisent à des moyens pour faire face qui sont logiquement associés au modèle que la personne utilise pour comprendre ses voix. En revanche, il n'est pas encore possible de dire quels sont les modèles les plus utiles pour aider les personnes à intégrer l'expérience des hallucinations auditives.

Méthodes utilisées par les patients

On estime que 30% des personnes atteintes de schizophrénie continuent à souffrir de leurs hallucinations auditives malgré le traitement pharmacologique. Il devient donc utile de voir quelles sont les techniques utilisées par les patients pour composer ou faire face aux voix. Plus

ieurs chercheurs ont interviewé des patients sur les moyens qu'ils utilisent spontanément pour faire face à leurs voix (Falloon et Talbot, 1981; O'Sullivan, 1994; Carter et al., 1996; Nyani et David, 1996). Ces études ont été menées principalement avec des personnes atteintes de schizophrénie. Le tableau 2 présente les données combinées de ces études. Les techniques les plus couramment utilisées sont résumées dans le tableau 3.

En revanche, il existe peu de données sur ce qui aggrave les voix. Nous possédons également peu d'informations au sujet des patients qui apprécient leurs voix. Aussi, nous ne savons pas si les méthodes utilisées par les personnes non schizophrènes sont différentes de celles décrites ci-dessus.

Modèle cognitif des voix

Chadwick et Birchwood (1994) ont testé un modèle cognitif qui prédit que la détresse des personnes qui entendent des voix est consécutive aux croyances qu'elles développent au sujet de leurs voix



Un réseau d'entraide

Depuis octobre 2000, le Réseau d'entraide des Entendeurs de Voix (REEV) permet aux personnes qui entendent des voix, à leurs proches et aux professionnels de la santé de mettre en commun leurs expériences et d'offrir une aide mutuelle en cas de besoin. Le réseau genevois s'est fixé les objectifs suivants:

- reconnaître la particularité d'entendre des voix et sensibiliser l'opinion publique afin de démystifier le phénomène
- développer un réseau d'entraide et répertorier les ouvrages traitant du sujet
- promouvoir tous les moyens permettant le soutien et l'expression des entendeurs de voix
- constituer des groupes de parole «Mieux vivre ses voix» afin de partager les expériences concluantes et d'en faire bénéficier ceux qui en souffrent.

Des expériences réalisées dans d'autres pays ont montré que de tels réseaux d'entraide apportent une aide précieuse aux personnes concernées. Un projet est également en cours dans le canton de Vaud.

Réseau d'entraide des Entendeurs de Voix (REEV), case postale 235, 1211 Genève 17. Rencontres le 4^e vendredi de chaque mois de 18 h 30 à 20 h 30 à l'annexe de la Maison de Quartier des Acacias, route des Acacias 21. Tél. 022 342 72 72. Participation libre, anonyme et gratuite pour toute personne intéressée.

plutôt qu'en simple contenu des voix. Ils ont interviewé 26 patients avec un diagnostic de schizophrénie. Les résultats indiquent que pour l'ensemble des patients interviewés, les voix sont perçues comme omnipotentes. Cette interprétation est basée sur le fait que les voix sont fréquemment accompagnées de symptômes collatéraux (hallucinations visuelles, sentiment de contrôle). Certains patients pensent que les voix peuvent produire certains événements et influencer leur comportement. Par la suite, ils définissent ces événements comme des preuves du grand pouvoir des voix. Par exemple, un patient qui s'était mutilé après avoir entendu des voix pensait que les voix l'avaient obligé à se mutiler.

La moitié des patients percevaient l'intention de la voix comme étant malveillante. Ce qu'ils expliquent le plus souvent comme une punition pour un écart de conduite ou une persécution non méritée. Pour un quart du groupe, les voix étaient interprétées comme bienveillantes; dans ce cas, le patient pense qu'elles servent à le protéger, à le conseiller et à l'aider. Pour le reste du groupe l'interprétation des voix était mixte, un mélange de bienveillance et de malveillance où les patients n'étaient pas sûrs de l'intention des voix ou de l'identité de la voix. Le plus souvent, dans 70% des cas, le contenu des voix est congruent à la croyance que le patient a développée. Il y a là un lien fort entre la voix et son interprétation. Les inconsistances des patients sont par exemple qu'une voix avec un contenu bénin est perçue comme malveillante ou inversement, une voix désagréable et insultante est définie comme bienveillante.

Voix bienveillantes, voix malveillantes

En fonction de la croyance que les patients vont avoir au sujet de leur voix, ils vont présenter des réactions comportementales très différentes. Si les voix sont

La voix est associée à un personnage, qui peut être perçu comme bienveillant ou malveillant, suivant les cas.

Photo: José Staub / STRATES



perçues comme bienveillantes, les patients vont plutôt chercher le contact avec leurs voix. En revanche, si les voix sont perçues comme malveillantes, elles vont conduire les patients à résister par exemple en discutant ou en criant contre les voix de façon ouverte ou couverte, par la non-observance ou l'observance des ordres à contrecœur, par l'évitement des déclencheurs. Finalement, les patients peuvent utiliser l'indifférence, en ignorant les voix ou leur contenu. Le lien entre la croyance et la conséquence comportementale ou émotionnelle est très fort. Il est cohérent pour l'ensemble des patients du groupe étudié. Sayer et al.

(2000) ont confirmé cette forte prédiction. En revanche, ces auteurs ont montré que l'attribution et la façon de faire face aux voix peuvent changer à quatre semaines d'intervalle. Ceci implique que la stabilité de la croyance doit être démontrée avant d'intervenir. Il apparaît également selon cette étude que les femmes montrent une plus grande stabilité que les hommes dans leurs attributions et leur façon d'y répondre.

L'observance des ordres donnés par les voix peut être totale ou partielle. Généralement, les patients tentent de résister aux voix malveillantes et d'obéir aux voix bienveillantes.

Photo: STRATES



Une expérience à valoriser

«Mon expérience d'entendeuse de voix a duré plusieurs mois. J'ai tout d'abord cru entendre la voix de mon père, décédé, qui s'adressait à moi pour me faire des recommandations ou des mises en garde. Puis ce furent d'autres voix, différentes, qui me disaient des choses peu agréables et me dictaient des comportements à adopter. Au début, j'étais très angoissée, car je percevais ces voix comme malveillantes et ne comprenais pas ce qui m'arrivait. Mais avec le temps, j'ai pu maîtriser ce phénomène, j'ai appris à désobéir et à me libérer. Puis tout est rentré dans l'ordre et j'ai pu reprendre le fil de ma vie.»

Ces propos sont ceux de Doris, une personne pour laquelle l'expérience des hallucinations auditives a été une étape déconcertante, certes, mais en définitive positive. Doris a accepté de raconter ce qu'elle a vécu afin de le partager avec d'autres en participant à la réalisation d'une vidéo. Cette dernière est utilisée comme entrée en matière lorsque des entendeurs de voix viennent en consultation. Elle permet aux personnes concernées de dédramatiser l'expérience et surtout, de réaliser qu'elles ne sont pas seules à vivre ce type d'expérience.

«Avec le recul, observe Doris, je considère que cette étape de ma vie m'a permis de grandir.» Il est à souhaiter que de nombreux patients puissent déboucher sur une telle conclusion.

Thérapie cognitive des voix

La thérapie cognitive des voix vise la compréhension et la remise en question des croyances principales au sujet des voix dans le but de réduire la détresse et de faciliter le développement de nouvelles stratégies d'adaptation. La thérapie se divise en trois phases. Une phase d'entrée en matière qui permet de construire l'alliance thérapeutique et de conduire l'évaluation fonctionnelle. Une deuxième phase cherche à mettre les croyances en question. Finalement, la troisième phase sert à tester les croyances de façon empirique. Durant la première phase, le thérapeute doit montrer qu'il est compétent dans le domaine du traitement des voix. Il est important de préciser au patient qu'il peut se retirer de la thérapie à n'importe quel moment. Cela va réduire l'anxiété et favoriser son engagement dans la thérapie. Le thérapeute va ensuite définir les croyances centrales et les preuves qui les sous-tendent et quantifier la détresse provoquée par les voix. Il mettra en lien le fait que les gens sont perturbés par les croyances qu'ils ont au sujet des voix plutôt que par les voix elles-mêmes. Il va également conduire le patient à considérer les avantages et les inconvénients, si les croyances sont fausses. Durant cette première étape, il sera également nécessaire de préciser que si le patient conserve ses convictions, il ne s'agit pas d'un échec. Il est essentiel pour conserver un lien fort avec le patient de ne pas se disputer sur le bien-fondé de la croyance mais plutôt de créer un cadre thérapeutique qui permette la souplesse nécessaire pour réfléchir librement. Le thérapeute va conduire le patient à développer un état d'esprit de collaboration empirique comme si les deux étaient des chercheurs qui allaient tester des hypothèses. A cette étape, il sera nécessaire de présenter au

patient d'autres personnes qui ont déjà pris du recul par rapport à leur voix, soit directement, soit en vidéo**. Ceci est important pour montrer que le problème est universel et non particulier au patient.

Mise en question

Durant la deuxième étape, il s'agit de mettre les croyances en question. On utilise des techniques comme la contradiction hypothétique. Le thérapeute va mesurer comment la personne est ouverte à des preuves qui contredisent sa croyance au sujet des voix. Par exemple, on peut demander à un patient qui pense que ces voix sont les voix réelles de personnes cherchant à le harceler, s'il est prêt à l'idée d'enregistrer ces voix sur un magnétophone. Ensuite, on lui demandera quelle sera sa réaction, s'il y a quelque chose sur la bande ou rien.

La seconde méthode est la remise en question verbale. Il s'agit de demander au patient de remettre en question la preuve de sa croyance et de trouver d'autres interprétations possibles. Le thérapeute va par exemple questionner la conviction directement. Il peut souligner les inconsistances ou les irrationalités et aider le patient à trouver une explication alternative. Il va lancer l'idée que les voix sont peut-être autogénérées par le cerveau et que la croyance est une tentative de leur donner du sens.

Exercer un contrôle

Le but de la troisième phase est de tester les croyances empiriquement. Le patient va d'abord apprendre à contrôler ses voix en utilisant des techniques pour les déclencher ou les arrêter. Le patient est confronté à des situations qui augmentent la probabilité d'entendre des voix. Les voix sont arrêtées par la verbalisation à haute voix qui est une des techniques les plus efficaces pour bloquer les voix. La verbalisation peut se faire par la lecture à haute voix ou la récitation d'un texte. Suivant les croyances, il va falloir

** Apprendre à désobéir: un témoignage de l'expérience d'hallucinations auditives, © J. Favrod et REEV 2000.



développer d'autres tests. Par exemple désobéir à des ordres simples pour lesquels les patients reçoivent des menaces. Chaque test doit être négocié avec le patient. Le thérapeute va vérifier que le test ne va pas confirmer la croyance ou conduire le patient à développer une nouvelle explication pour confirmer la croyance.

Conclusions

Cet article a passé en revue les différentes manières de faire face aux voix. Tout d'abord, en présentant les phases d'adaptation au phénomène des hallucinations auditives, puis en présentant les façons dont les patients schizophrènes font face aux voix, puis finalement en

présentant un modèle de thérapie. Ces différents points devraient être utiles, premièrement pour permettre de définir des réponses humaines fonctionnelles au problème des voix, dans le cadre du processus de soins infirmiers. Deuxièmement, pour aider concrètement les patients psychiatriques à faire face à leurs hallucinations auditives et finalement, pour s'intéresser aux nouvelles méthodes thérapeutiques afin d'aider les patients schizophrènes à faire face à l'emprise des voix. Ces méthodes thérapeutiques sont de plus en plus pratiquées dans les soins infirmiers psychiatriques (Gournay et Birley, 1998; Favrod et Ferrero, 2000). □

Informations complémentaires:
jerome.favrod@urbanet.ch

Une personne qui entend des voix peut être totalement sous leur emprise, du moins jusqu'au moment où elle apprend à désobéir à celles-ci.

Bibliographie

- Shergill S.S., Murray R.M., McGuire P.K.* Auditory hallucinations: a review of psychological treatments. *Schizophrenia Research*. 1998, 32: 197-150.
- Brugger P., Regard M., Landis T., Oelz O.* Hallucinatory experiences in extreme altitude climber. *Neuropsychiatry Neurol psychol Behav Neurol*. 1999, 12: 67-71.
- Devillières P., Opitz M., Clervoy P., Stephany J.* Bouffée délirante et privation de sommeil. *Encéphale*, 1996, 22: 229-31.
- Grassian S.* Psychopathological effects of solitary confinement. *American Journal of Psychiatry*. 1983, 140: 1450-1454.
- Romme M.A., Escher A.D.* Hearing Voices. *Schizophrenia Bulletin*. 1989, 15: 209-216.
- Baker P.* Entendre des voix. Association Écrivains, Poètes, Cie. Genève. 2000, pp 125.
- Falloon I.R.H., Talot R.E.* Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implication for management. *Psychological Medicine*. 1981, 11: 329-339.
- O'Sullivan K.* Dimensions of coping with auditory hallucinations. *Journal of Mental Health*. 1994, 3: 351-361.
- Carter D.M., Mackinnon A., Copolov D.L.* Patients strategies for coping with auditory hallucination. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 1996, 184: 159-164.
- Nyani T.H., David A.S.* The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychological Medicine*. 1996, 26: 177-189.
- Chadwick P., Birchwood M.* The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*. 1994, 164: 190-210.
- Sayer J., Ritter S., Gournay K.* Beliefs about voices and their effects on coping strategies. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, 31: 1199-1205.
- Gournay K., Birley J.* Thorn: a new approach to mental health training. *Nursing Times*. 1998, 94: 54-55.
- Favrod J., Ferrero F.* Préface à: Entendre des voix. Association Écrivains, Poètes et Cie. Genève. 2000, 9-15.

Keywords

- Hallucinations auditives
- Thérapie cognitive
- Groupes d'entraide