

« ACCEPT VOICES » :

INTERVENTION GROUPALE POUR LA GESTION DES HALLUCINATIONS AUDITIVES CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE SCHIZOPHRÉNIE

THOMAS LANGLOIS

PSYCHOLOGUE, DOCTORANT EN PSYCHOPATHOLOGIE

LABORATOIRE CERPPS EA 741 I, TOULOUSE

JOURNÉE ACCEPT VOICES

FERREPSY, TOULOUSE LE 22 MAI 2018

LA SCHIZOPHRÉNIE

- Parmi les 10 maladies les plus invalidantes
- Espérance de vie réduite de 10 ans *
- 0,7 à 1% de la population
- Se déclare le plus souvent à l'adolescence (15-25 ans)

* Données OMS

SCHIZOPHRÉNIE : EN FRANCE

- 600 000 personnes en France
- Souffrance associée très élevée engendrant 10 à 15% de suicide **
- Problème majeur de santé publique

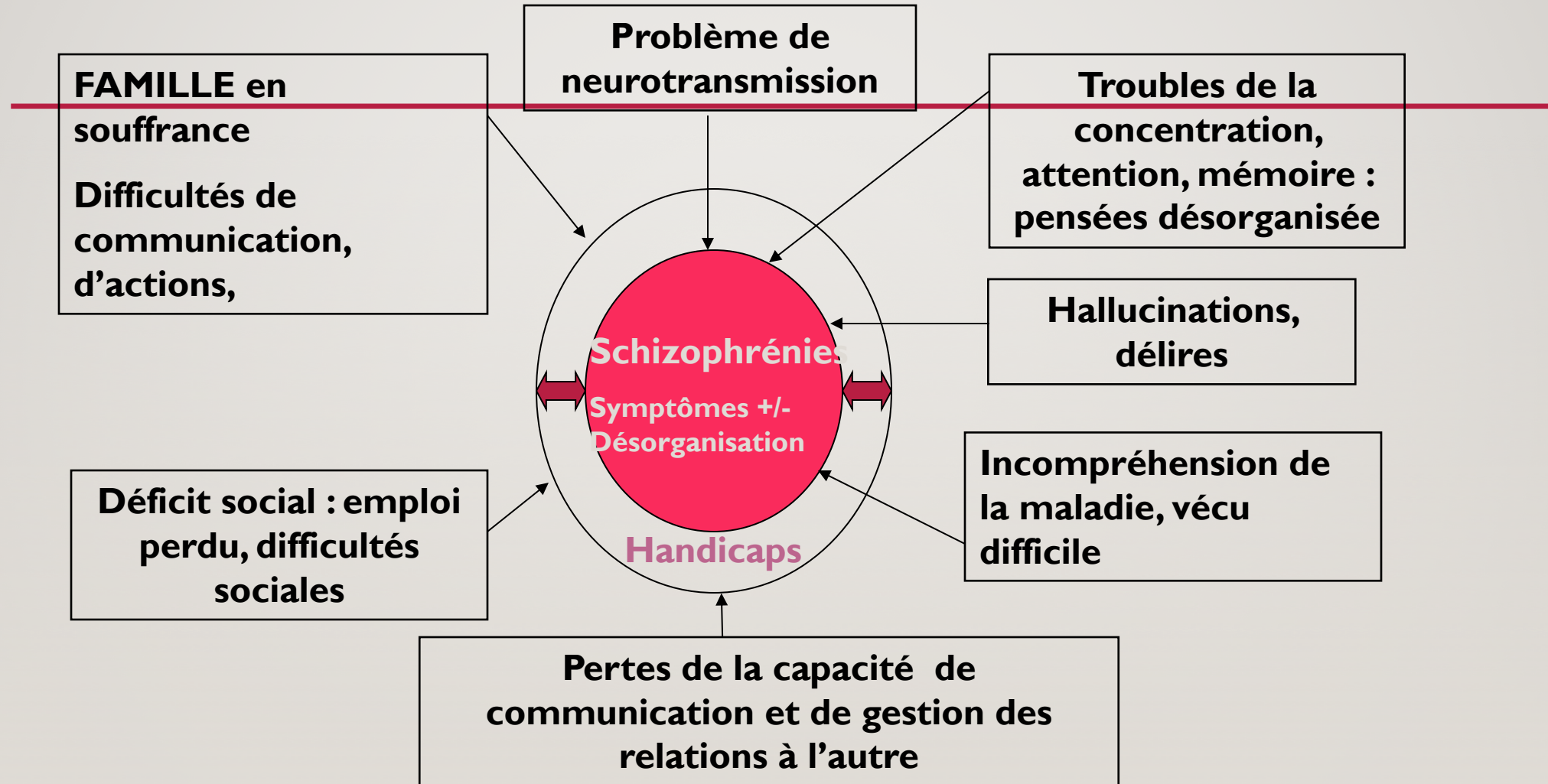
** Rouillon, 2018

SYMPTÔMES DE LA SCHIZOPHRÉNIE :

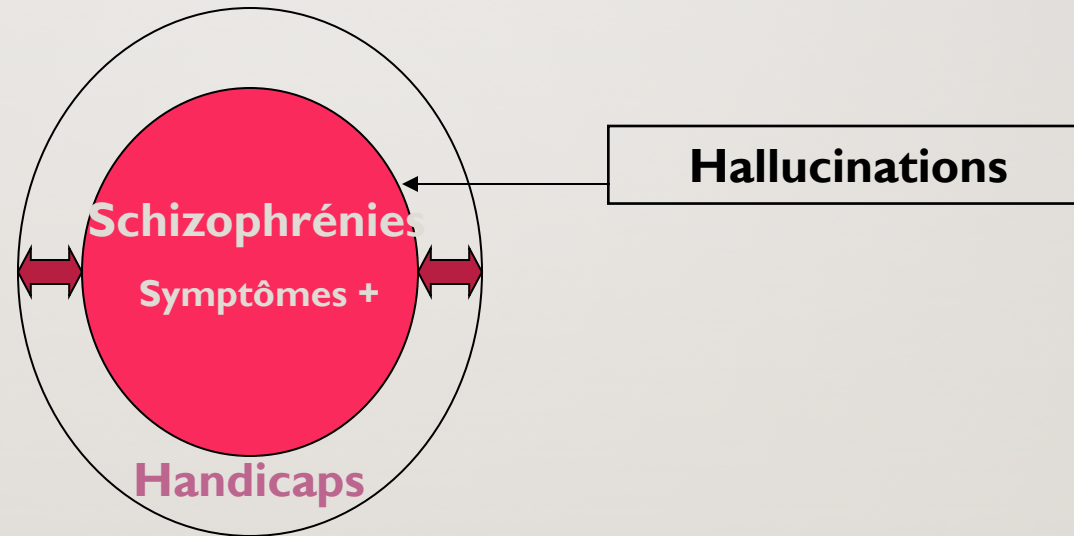
D'APRÈS FRANCK, 2013

Symptômes	Positifs	Négatifs	Désorganisation	Troubles cognitifs (aspécifique)
Description	Délire Hallucination Syndrome d'influence	Apathie Aboulie Anhédonie	Troubles du cours du cours de la pensée et du langage Maniérisme et bizarrerie	Attention Mémoires Fonctions exécutives Métacognition et cognition sociale
Spécificité diagnostique	+++	+	++	-
Sensibilité au TT psychotrope	+++	+	-	-
Sensibilité à la remédiation cognitive	+	+	+	+++
Valeur pronostique	+	++	++	+++

MALADIE COMPLEXE

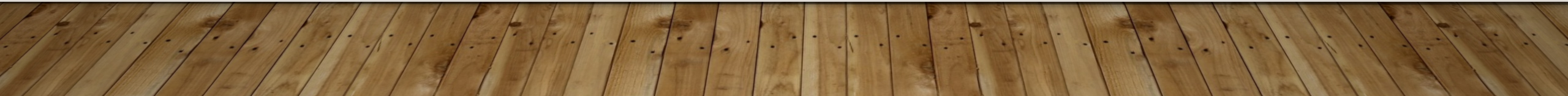


INTERVENTION SPÉCIFIQUE



HALLUCINATIONS :

- Perceptions ou sensations éprouvées en l'absence de stimulations internes ou externes appropriées.
- Peuvent toucher l'ensemble des modalités sensorielles : odorat, vue, touché, goût, audition



HALLUCINATIONS AUDITIVES DE FORMES TRÈS DIVERSES

- Sensations élémentaires sans contenu symbolique : bruits dans l'oreille, à l'extérieur de soi...
 - Audition complète du langage : entendre des voix
- ➡ Hallucination Acoustico-Verbale « HAV »

EPIDÉMIOLOGIE :

- Schizophrénie :
 - 74% ont entendu des voix
 - 25 à 50% en entendent

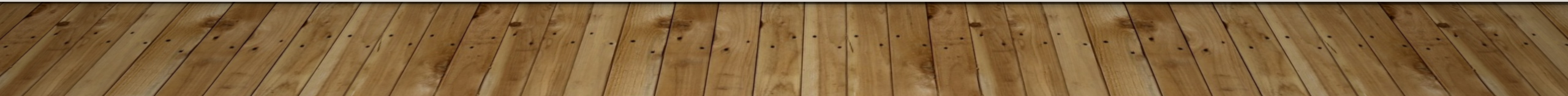
« Symptôme assez résistant aux neuroleptiques » : 30 % en entendent encore après TT

- Bipolarité :
 - 37% entendent des voix quand symptômes psychotiques
- Trouble borderline
 - 30% entendent des voix « transitoire » « chronique »
- Stress-post traumatique

...ET DANS LA POPULATION GÉNÉRALE ?

- Entre 4 et 10 % en entendent
- Sur la vie entière, la prévalence serait comprise entre 10 et 40 % !

Romme & Escher, 1989; Tien, 1991; Longden et al, 2012; de Leede-Smith & Emma Barkus, 2013



HAV : NON-CLINIQUE VS CLINIQUE

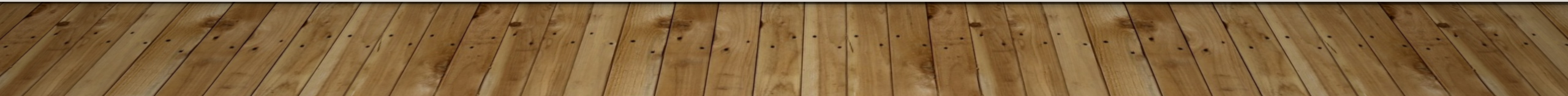
Population normale	Population psychiatrique
Apparaîtraient plus tôt	Apparaîtraient (le plus souvent) en même temps que les symptômes inaugurant la maladie
Moins négatives et perturbatrices dans la vie de l'individu	Vécues comme négatives et perturbatrices (le plus souvent)
Individus se sentent capables de les stopper	Plus de difficultés à vivre avec et faire face
Voix d'hommes ou de femmes	Voix d'hommes ou de femmes

D'après Delespaul et al, 2002; van't Wout et al, 2004; Allen et al, 2005; Freeman & Garety, 2003

ANTHROPOLOGIE DES VOIX :

VARIABILITÉ DES CONTENUS ET VÉCUS SUIVANT LA CULTURE

- Les schizophrènes américains entendent plus souvent des voix violentes, (vécues -)
- Les schizophrènes Indiens ou Ganéens qui entendent des voix assez positives (vécu +)
- la culture occidentale a tendance à valoriser l'indépendance et le contrôle de soi, dans d'autres cultures, les individus se considèrent comme avant tout faisant partie d'une communauté, et valorisent l'interdépendance.

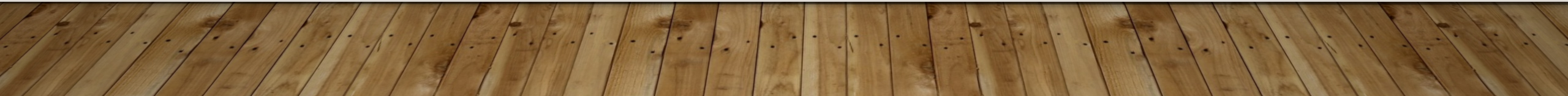


CONSÉQUENCES :

Les schizophrènes américains entendent souvent des voix violentes
(vécues comme la guerre, atteinte à l'intégrité psychique)

Celles qui parlent aux Indiens leur disent de faire le ménage (voix des membres de leur famille)

Pour les Ghanéens, ils parlent à dieu, et ont donc ce pouvoir : socialement accepté!!!

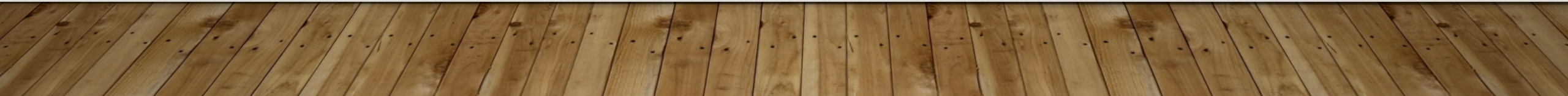


« Ce ne serait pas la maladie mentale elle-même qui crée la violence, mais la façon dont la culture américaine a façonné les symptômes de la maladie »

Luhrmann et al, 2014

Congruent avec les hypothèses cognitives où **croyances sur les voix = souffrance !!!**

Chadwick, 2004



TROUBLES COGNITIFS DE HAUT NIVEAU

- Déficit du « **self-monitoring** » :

- « **La mémoire de la source** » : faculté mnésique d'identifier l'origine d'une action
- « **Reality monitoring** » : capacité à se souvenir d'une information auto générée par rapport à une information générée par une source extérieure au sujet. L'altération du « reality monitoring » revient à attribuer à autrui ou à une autre source externe, des discours que l'on a soi-même prononcés ou mentalisés.

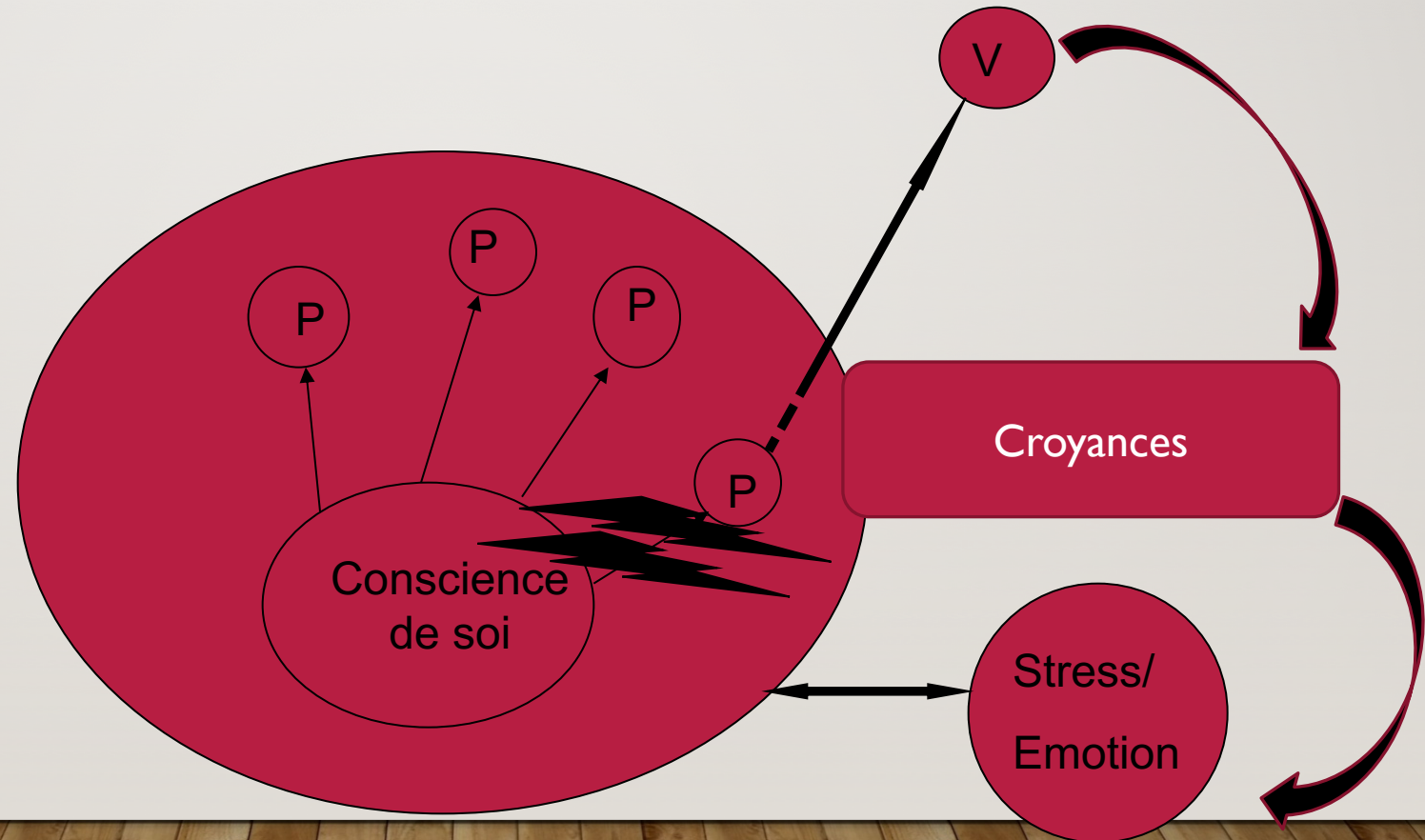
➡ **Les Hallucinations auditives seraient liées à une altération du self-monitoring**

➡ **Non reconnaissance de son propre discours interne « Inner Speech »**

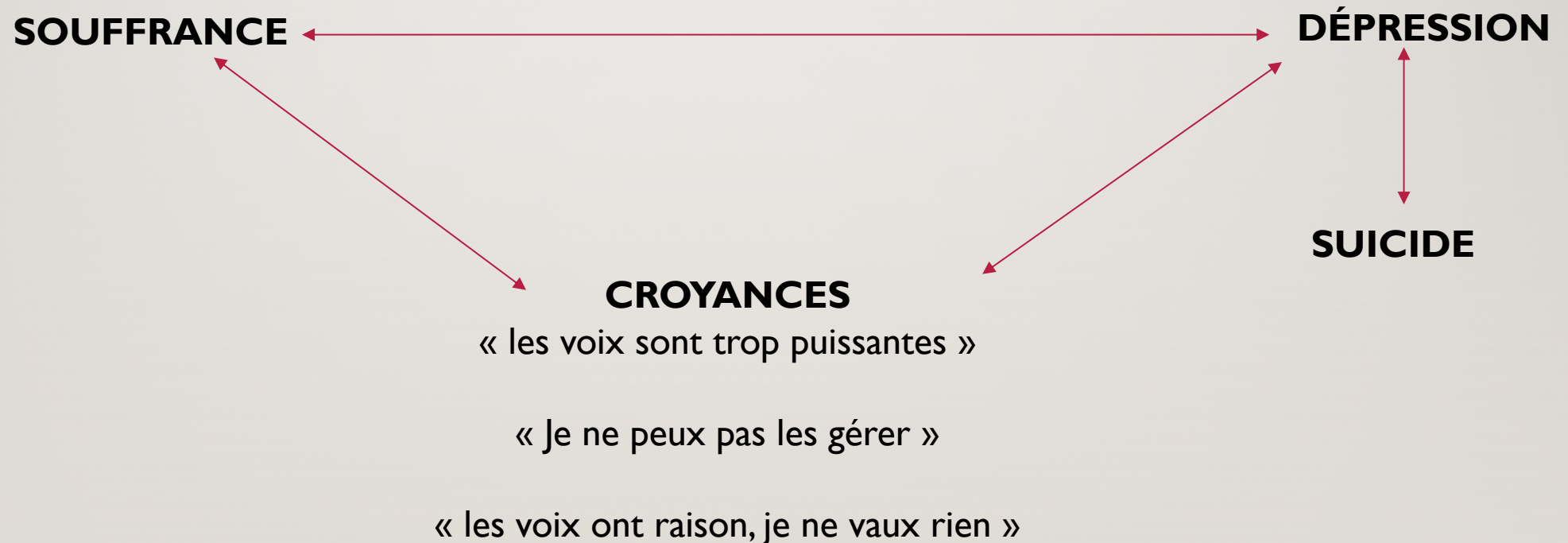
MODÈLE COGNITIF SIMPLIFIÉ DES HAV

La conscience de soi est perturbée dans la psychose.

Le stress et les émotions viendraient amplifier ce défaut de conscience de soi. Ceci amènerait à percevoir une pensée comme un phénomène extérieur, une voix extérieure puisque détachée de la conscience de soi

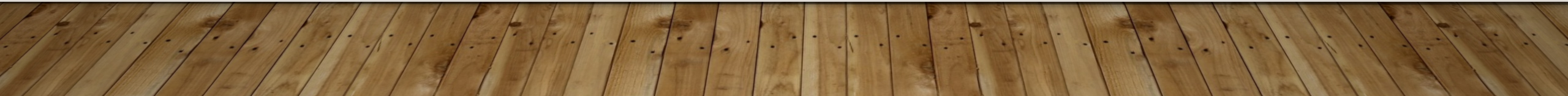


HAV NÉGATIVE : MOTIF DE SUICIDE (HARKAVY-FRIEDMAN ET AL, 1999)

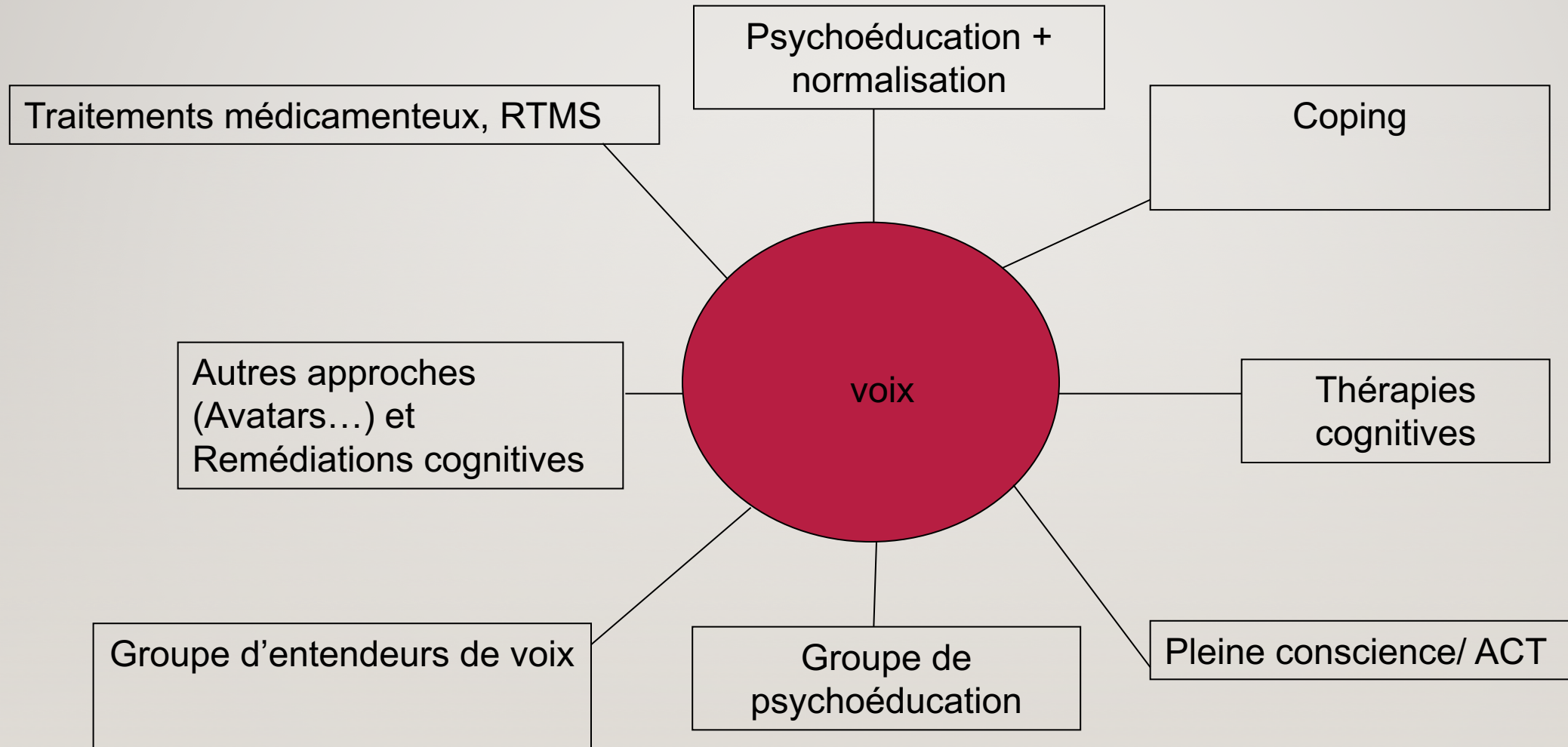


RÉDUIRE L'IMPUISSANCE LIÉE AUX VOIX :

- Apprendre aux patients à comprendre ce que sont les voix
- Modifier leurs croyances et assouplir le système délirant
- Les aider à les accepter et/ou à ne plus lutter contre le phénomène hallucinatoire
- Encourager les patients à sortir de l'isolement : groupe d'entraide
- Favoriser l'engagement dans des actions compatibles avec leurs valeurs



INTERVENTIONS POUR LES HAV



CONSTAT !

-
- Faibles réponses thérapeutiques alternatives aux médicaments dans le soin pour les HAV :
 - TCC peu répandue (Giron et al, 2009)
 - Psychoéducation peu développée (Shiraishi et al, 2014)

APPROCHES « ACCEPT VOICES » : JUSTIFICATIONS

- **Groupe** : plus efficace qu'en individuel *, durée courte durée **
- **Phénoménologie** : pour permettre la description de l'expérience subjective et singulière
- **Psychoéducation** : favorise une meilleure compréhension des troubles psychotiques ***
- **TCC** : approche recommandée pour les troubles psychotiques ****
- **3^{ème} vague des TCC** (pleine conscience et acceptation) : diminue la lutte contre les voix *****

*Leclerc et al, 2009, ** Buckley et al, 2015, ***Shiraishi et al, 2014, ****NICE, 2014, *****Bach et al, 2002 ; Khoury et al, 2013).

ACCEPT VOICES : OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

- Apprendre à porter leur attention sans jugement dans l'instant présent quand HAV
- Diminuer l'évitement expérientiel des voix et des émotions associées en favorisant leur observation (diminuer la résistance et la lutte contre les hav)
- Changer la relation qu'ils entretiennent avec leurs voix et les pensées associées (défusion face aux voix et pensées)
- Accroître la variété des comportements adaptatifs face aux Voix
- Faire évoluer les représentations, les croyances et les pensées négatives par rapport aux HAV

**FAIRE
ALLIANCE**

**PARTAGER/
NORMALISER**

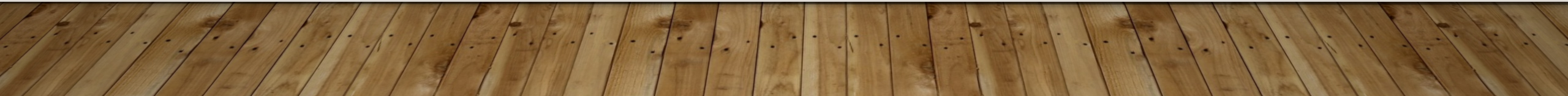
FAIRE-FACE

ACCEPT VOICES

DÉCRIRE

**ACCUEILLIR
ACCEPTER**

EXPLIQUER



**RELATION
THÉRAPEUTIQUE ++**

GROUPE

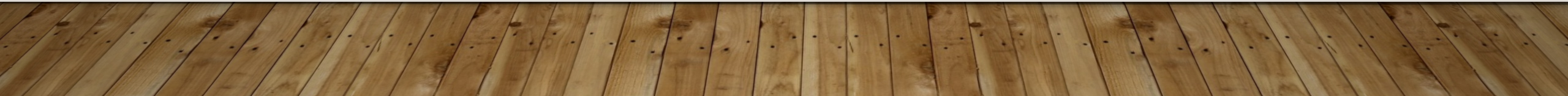
TCC : COPING

ACCEPT VOICES

PHÉNOMÉNOLOGIE

**MINDFULNESS
ACT**

PSYCHOÉDUCATION



LE PROGRAMME « ACCEPT VOICES »

- Séance 1 : « Connaître les voix »
- Séance 2 : « Mes stratégies pour gérer les voix »
- Séance 3 : « Je découvre d'autres stratégies 1 »
- Séance 4 : « Je découvre d'autres stratégies 2 »
- Séance 5 : « Médication et bonnes habitudes »
- Séance 6 : « Où, quand et comment parler de mes voix? »

**Avec carnet patient
illustré**



« ACCEPT VOICES » : POUR QUI ET COMMENT?

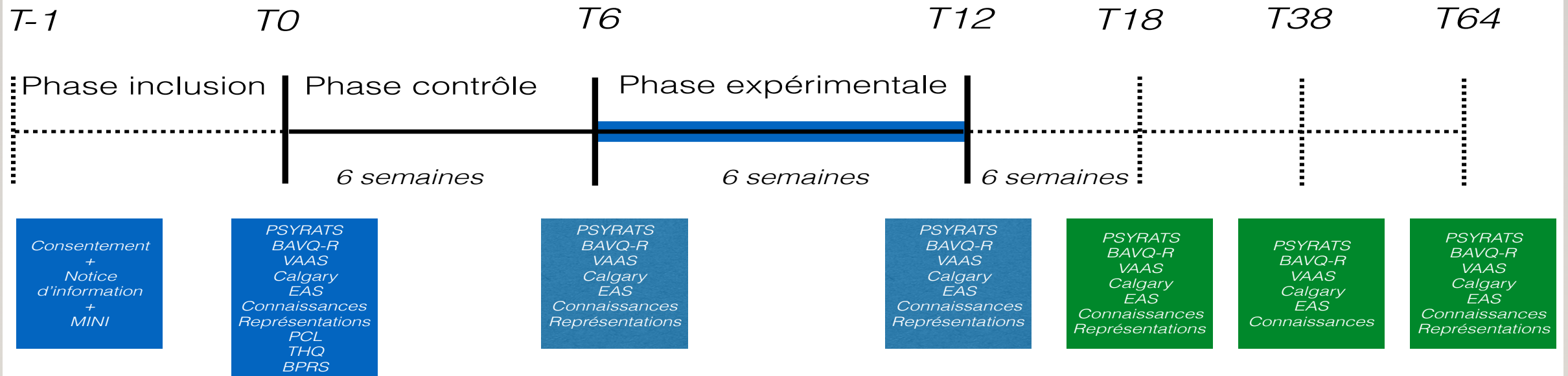
- Patients souffrant de schizophrénie avec HAV
- 6 séances hebdomadaires
- Groupe de 6 patients
- Principe de développement de stratégies de gestion des hallucinations :
 - Partage d'expériences
 - Psychoéducation sur les HAV
 - Stratégies de type ACT et Mindfulness
 - Développement de ressources psycho-sociales (réseau, personnes référentes...)

BUT DE L'ÉTUDE « ACCEPT VOICES »

- Mesurer l'efficacité d'une intervention groupale courte, de type TCC 3^{ème} vague, sur les HAV des patients souffrant de schizophrénies
- Evaluer ses effets dans le temps à 6 et 12 mois

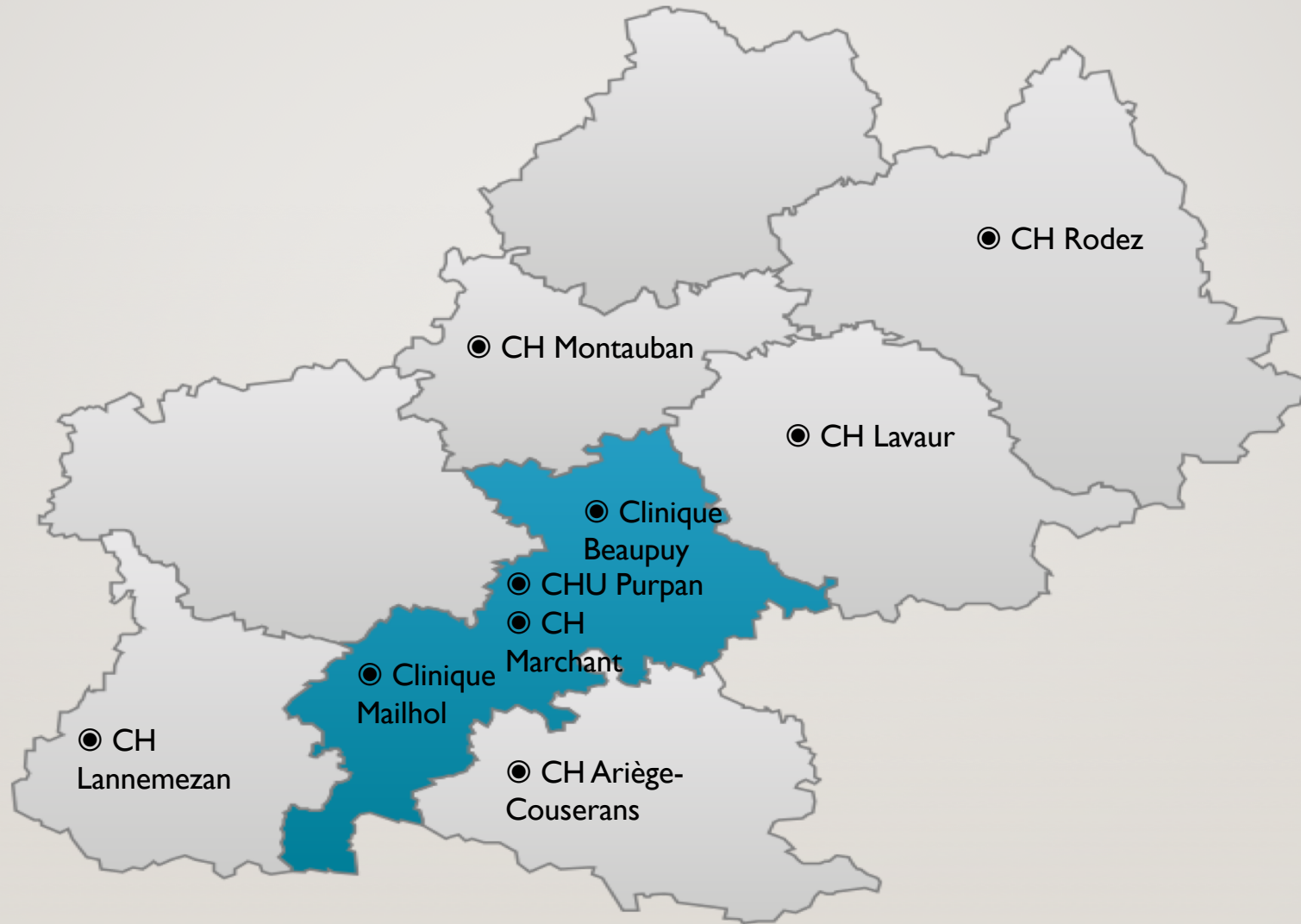
Schéma de la recherche

N = 50



9 centres en région Midi-Pyrénées participent à l'étude :

Avec le soutien de la
FERREPSY



FORMATION À LA MÉTHODE

- Binômes Psychologue/Psychiatre issus des 9 établissements partenaires
 - 3 jours de formation réalisés en juin 2017
 - Supports vidéos et livret thérapeute
- Objectifs :
 - Etre en mesure de mettre en œuvre l'intervention groupale
 - Respecter le protocole de la recherche

DÉMARRAGE ET DURÉE DE L'ÉTUDE

- Septembre 2017 (autorisation du CPP)
- Premières inclusions : décembre 2017
- Premiers résultats (post-groupe) : juin 2018
- Fin de l'étude en 2019

PERSPECTIVES DU PROJET

- Valider un programme court pour la gestion de HAV
- Favoriser l'évolution des pratiques soignantes
- Développer un nouvel outil disponible pour la réhabilitation du patient
- Contribuer à la déstigmatisation des voix

MERCI DE VOTRE ATTENTION !

Remerciements à toute l'équipe de la FERREPSY pour son soutien !!!

@ : thomas.langlois@univ-tlse2.fr