

Le risque de perdre sa « voix » ou les dangers de la perte de sens en psychiatrie

Georges Robitaille, M.D.

Volume 31, Number 1, Spring 2006

Éthique

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/013700ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/013700ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Robitaille, G. (2006). Le risque de perdre sa « voix » ou les dangers de la perte de sens en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 31(1), 249–254.
<https://doi.org/10.7202/013700ar>



Le risque de perdre sa « voix » ou les dangers de la perte de sens en psychiatrie

Georges Robitaille*

J'ai lu avec intérêt et attention votre texte argumentaire Mesdames St-Onge et Provencher. Quel stimulant sujet et combien plus potentiellement utile au plan clinique que les sempiternelles « nouveautés » pharmacologiques !

Psychiatre généraliste, mon focus psychothérapeutique et psychanalytique des 15 dernières années ayant été, avant tout, auprès d'individus souffrant de troubles sévères de la personnalité, de troubles dissociatifs et de troubles de stress post-traumatique, les hallucinations auditives ont été pour moi et mes patient(e)s une source exceptionnelle et indispensable d'insight.

Par ailleurs ces patient(e)s, même si certain(e)s avaient eu à juste titre un diagnostic de psychose ou de schizophrénie ou en portaient toujours un, ils ou elles ne souffraient pas de schizophrénie à mon sens. Comme vous le soulignez dans votre texte, les hallucinations auditives ne sont pas l'apanage de la psychose ou de son prototype la schizophrénie.

Les phénomènes hallucinatoires sont omniprésents au cours du cycle de vie. Par exemple, très fréquemment, les jeunes enfants âgés de moins de 12 ans (46,2 % jusqu'à 65 % : Pearson et al., 2001 ; Taylor et al., 2004) interagissent de façon cognitivo-perceptuelle avec leurs compagnons imaginaires au gré de leurs besoins et imaginaire fertile. À 7-8 ans, un échantillon non clinique de Jenner et al. (2005) montre une prévalence de 8.7 % au cours de la dernière année d'hallucinations auditives dont le tiers des enfants étaient évalués comme portant une charge psychique sévère par la fréquence (plus d'une fois par jour), l'intensité de celles-ci au plan sonore et l'interférence des hallucinations sur la capacité de penser.

Yoshizumi et al. (2004) ont constaté chez des jeunes de 11-12 ans d'une communauté japonaise, que 21 % d'entre eux avaient des vécus

* M.D., l'auteur est psychiatre.

hallucinatoires. De son côté, Olfson et al. (2002) rapportent, dans une population adulte vivant dans la communauté, un taux de 21 % chez les participants ayant un ou plusieurs symptômes psychotiques et dont les hallucinations auditives sont le symptôme le plus rapporté (61 % de ceux-ci). Ceux qui rapportent ces symptômes psychotiques présentent plus de troubles anxio-dépressifs, d'abus d'alcool, d'idées suicidaires et de stressseurs psychosociaux. Sont-ils réellement tous psychotiques ? Bien sûr que non ! Simulateurs ? Pas plus !

Les hallucinations et particulièrement les hallucinations auditives sont donc des phénomènes très fréquents au cours des différents âges de la vie (ils augmentent d'ailleurs au troisième âge en association avec diverses pathologies médicales), tant dans la population clinique que non clinique.

Heureusement des mouvements communautaires se sont développés tels le « Hearing Voices Network » (www.hearing-voices.org) à la fin des années 80 afin de déstigmatiser ces phénomènes, de favoriser le développement et la diffusion des connaissances sur ceux-ci et d'apporter un soutien à ceux qui en souffrent.

Par ailleurs, ces phénomènes hallucinatoires semblent similaires sur le plan de la forme (Honig et al., 1998) chez les patients psychotiques et non psychotiques. Les contenus, la qualité émotionnelle et l'attribution diffèrent.

On peut, je crois, suspecter des éléments sous-jacents non spécifiques qui sont à la base de ces phénomènes tant chez les « normaux » que chez notre clientèle psychotique ou psychiatrique en général, mais dont la pondération et/ou l'impact (de ces facteurs sous-jacents) serait accrue au sein de ces clientèles plus sévèrement touchées.

Deux facteurs développementaux m'apparaissent cruciaux pour l'atteinte d'un « Self » cohérent et résilient : un attachement sécuritaire et l'absence de vécu majeur traumatique. Un attachement insécuritaire et particulièrement la forme la plus sévère « Désorganisé/Désorienté » représente un facteur de risque important d'une psychopathologie à l'âge adulte (Dozier et al., 1999). Bowlby (1973) a utilisé la métaphore de « branching railway lines » pour imaginer l'inégalité des chances imposée (quoique incomplètement) par un attachement insécuritaire. Si on ajoute à cette vulnérabilité un vécu traumatique précoce, sévère et récurrent, la cohérence du « Self » est fortement compromise et des mécanismes de défense primitifs et puissants entraveront le développement d'une capacité de « Mentalisation » efficace et soutenue (Fonagy et al., 2003).

Chez un petit nombre, ces éléments d'adversité précoce seront extrêmes et la fragmentation du « Self » qui en résulte est quasi-continue, se manifestant par des représentations conflictuelles investies d'une capacité volitive et exécutive qui crée ainsi un affaiblissement massif fonctionnel comparable à la schizophrénie chronique. Cette clientèle se retrouve en majorité à la rue, en psychiatrie et dans les institutions légales.

Heureusement, chez la plupart cependant, l'adversité aura été moins envahissante et/ou soutenue de sorte que cette fragmentation est à la fois moins sévère et normalement transitoire. Elle ne sera observable que lors de « fenêtres » créées soit par des éléments contextuels psychosociaux, un trouble anxio-dépressif en axe 1, l'abus de substances, une relation amoureuse, la naissance d'un enfant ou un investissement psychothérapeutique... Ceux-ci se retrouvent moins constamment en psychiatrie ou y font des incursions via d'autres syndromes principalement ou lors de désorganisations suicidaires épisodiques. Les ressources communautaires et de première ligne sont leurs principaux intervenants s'il y a lieu.

En général, plus la démarche de réparation tarde, plus la fragmentation devient résistante au changement et rend le risque de « retraumatisation » élevé. On note chez des adolescents (Escher et al., 2002) une disparition des « voix » chez 60 % d'entre eux au suivi à 3 ans. La sévérité des hallucinations, la réaction anxio-dépressive associée, la cote au DES (Dissociative Experiences Scale) et l'absence de déclencheurs (« triggers ») identifiables sont des facteurs significatifs de non-récupération.

De plus, l'expérience des thérapeutes du secteur des troubles post-traumatiques complexes et dissociatifs recommande, depuis plus de 20-25 ans, l'identification précoce des enfants affectés et le travail auprès de cette clientèle en bas âge afin de minimiser et si possible précocément, réorienter les trajectoires de ces enfants. Mon expérience de travail avec ce type de structure de personnalité à l'adolescence est beaucoup plus favorable qu'à l'âge adulte, et la réponse clinique est meilleure tout en étant considérablement accélérée. La diminution de la transmission intergénérationnelle par ce type d'intervention précoce est aussi visée.

De plus en plus, l'importance du facteur traumatique en psychiatrie est reconnu, et je ne m'étendrai donc pas sur le sujet du continuum des troubles de stress post-traumatique et des impacts polymorphes tant en axe 1 qu'en axe 2.

Ce qui est plus près de notre propos, ce sont les études qui commencent à apparaître sur l'impact du vécu traumatique sur l'évolution du processus schizophrénique et sa présentation clinique, ainsi que les hypothèses associées à leur comorbidité. Janssen et al. (2004) identifient que les abus à l'enfance augmentent de 11.5 fois les risques de symptômes psychotiques « positifs » chez des adultes de la population générale. En novembre 2005 la parution de *Acta Psychiatrica Scandinavica* est consacrée à cette interface Trauma et Psychose (Read et al., 2005).

Qui n'a pas connu un patient schizophrène dont une expérience traumatique a complètement chamboulé l'équilibre précaire soit vers des agirs suicidaires ou hétéro-agressifs voire homicidaires ? Qui n'a pas connu une jeune schizophrène dont la victimisation sexuelle (ou autre) a amené une consommation hors de contrôle de drogues de rue et une détérioration clinique...

Bien sûr les « voix » chez le/la personne souffrant de schizophrénie ne seront pas source d'un travail d'élaboration dynamique. Je n'ai pas cette prétention mais la connaissance accrue du patient et l'augmentation de la qualité empathique du thérapeute ne pourra qu'être bénéfique. De plus, la capacité accrue d'évaluer le risque suicidaire et homicidaire via cette source immédiate n'est pas négligeable.

Par ailleurs, il y a les « faux psychotiques » par exemple les individus dont la fragmentation est extrême et qui fonctionne à un niveau « psychotique », mais dont la psychothérapie intensive et prolongée est essentielle à la rémission et à une réinsertion sociale à la mesure de leurs capacités. En tant que psychiatre auprès d'adolescents, ces troubles sévères de la structure, je me dois de les identifier et de ne pas renoncer à voir et à anticiper leur capacité de restructuration. Avec ceux-ci l'information provenant de leurs « voix » sera essentielle.

Sawa et al. (2004) soulignent le rôle positif de l'utilisation des « compagnons imaginaires » dans le processus psychothérapeutique. Ce fut ma première expérience il y a 15 ans alors que j'étais résident de 2^e année avec Dr. Forget à Sainte-Justine. J'ai eu alors la chance de faire une psychothérapie brève avec une jeune de 9 ans et sa « compagne imaginaire ». Je ne connaissais rien alors de la traumatologie et de la dissociation mais, sécurisé par mon superviseur expérimenté, j'ai écouté et travaillé de mon mieux avec mes « deux patientes » qui émergèrent rapidement de « leurs » dépression majeure. J'ai depuis toujours été disponible à intégrer tous les aspects d'une personne à sa thérapie. Le travail sera alors de base « systémique » sur le plan intrapsychique et formellement avant tout psycho-éducatif quoique informé psychodynamiquement.

Il est très important de soutenir les patients à parler de leurs expériences hallucinatoires en les réassurant que celles-ci ne font pas d'eux nécessairement des « schizophrènes », et ce n'est qu'en normalisant ces phénomènes (lorsqu'ils sont normalisables !) qu'il est possible d'y avoir accès au plan thérapeutique. S'il fallait que tous les adolescents admis à mon unité interne qui ont des « voix » soient psychotiques, je ferais le bonheur de nos chers représentants pharmaceutiques !

Espérant avoir pu contribuer au dialogue lancé par Mesdames St-Onge et Provencher !

Références

- BOWLBY, J., 1973, *Separation : Anxiety and Anger*, volume 2 of Attachment and Loss, London, Hogarth Press.
- DOZIER, M., STOVALL, K. C., ALBUS, K., 1999, Attachment and psychopathology in adulthood, in Cassidy, J., Shaver, P.R., eds., *Handbook of Attachment : Theory, Research, and Clinical Applications*, New York, Guilford, 497-519.
- ESCHER, S., ROMME, M., BUIKS, A., 2002, Formation of delusional ideation in adolescents hearing voices : a prospective study, *American Journal of Medical Genetics*, 114, 913 -920.
- FONAGY, P., GYORGY, G., JURIST, E., TARGET, M., 2003, *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*, Karnac Books, London.
- HONIG, A., ROMME, M. A. J., ENSINK, B. J., ESCHER, S. D. M. C., PENNINGS, M. H. A., DEVRIES, M. W., 1998, Auditory hallucinations ; a comparison between patients and nonpatients, *Journal of Mental and Nervous Disease*, 186, 64-651.
- JENNER, J. A., VAN DE WILLIGE, G., 2005, Auditory vocal hallucinations in primary school children prevalence, burden and relation with behaviour problems, *Schizophrenia Bulletin*, 31, n° 2, 225.
- JANSSEN, I., KRABBENDAM, L., BAK, M., HANSEN, M., VOLLEBERGH, W., GRAAF, R., 2004, Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 109, n° 1, 38-45.
- OLFSON, M., LEWIS-FERNÁNDEZ, R., WEISSMAN, M. M., FEDER, A., GAMEROFF, M. J., PILOWSKY, D., FUENTES, M., 2002, Psychotic symptoms in an urban general medicine practice, *American Journal of Psychiatry*, 159, 1412-1419.
- PEARSON, H., ROUSE, S., DOSWELL, C., AINSWORTH, O., DAWSON, K., SIMMS, L., EDWARDS, J., 2001, Prevalence of imaginary companions in a normal

- child population, *Children Care and Health Development*, 27, n° 1, 13-22.
- READ, J., OS, J., MORRISON, A. P., ROSS, C., 2005, Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 112, n° 5, 330-500.
- SAWA, T., HIROYUKI, O., TAKESHI, A., TOYOAKI, O., TOSHIHIKO, T., 2004, Role of imaginary companion in promoting the psychotherapeutic process, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, n° 2, 145-151
- TAYLOR, M., CARLSON, S. M., MARING, B. L., GEROW, L., CHARLEY, C. M., 2004, The characteristics and correlates of fantasy in school-age children: imaginary companions, impersonation, and social understanding, *Developmental Psychology*, 40, n° 6, 1173-1187.
- YOSHIZUMI, T., MURASE, S., HONJO, S., KANEKO, H., MURAKAMI, T., 2004, Hallucinatory experiences in a community sample of Japanese children, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, n° 8, 1030-1036,