



Les hallucinations auditives ne répondent pas toujours bien au traitement neuroleptique. Il est donc nécessaire d'utiliser, en complément, des méthodes pour faire face ou des thérapies pour aider la personne à intégrer cette expérience. Parmi elles, les thérapies cognitives et comportementales.

Photo : J. Renard

Faire face aux voix

Même si le traitement neuroleptique reste le traitement de base de la schizophrénie, une proportion importante de patients continue à présenter des symptômes psychotiques persistants. Cette proportion va de 25 à

60 % avec les neuroleptiques conventionnels, alors que l'observance est contrôlée (1, 2). En ce qui concerne les neuroleptiques atypiques, il semble que plus de 25 % des patients soient maintenus sous plusieurs neuroleptiques (3). La thérapie cognitive et comportementale (TTC) des psychoses cherche à modifier les croyances erronées que les patients établissent sur la base des perceptions anormales. Elle comprend des techniques comme l'éducation à la

psychose, la normalisation des symptômes psychotiques, l'enseignement de méthodes pour faire face, la remise en question verbale des preuves qui sous-tendent les croyances et les tests dans la réalité. Les études indiquent qu'il s'agit d'une intervention efficace pour les personnes atteintes de schizophrénie qui présentent des symptômes psychotiques persistants (4). Les TTC des symptômes psychotiques produisent une plus grande proportion d'amélioration de l'état mental que les traitements traditionnels et l'effet positif se poursuit après l'intervention. Les TTC conduisent également à des taux d'abandon plus faibles qu'avec les traitements traditionnels (5).

► DE L'INTERPRÉTATION DES VOIX

Chadwick et Birchwood (6) ont développé un modèle cognitif des hallucinations auditives qui prédit que la détresse

● **Jérôme Favrod**,
infirmier-chef,
Unité de réhabilitation
Département Universitaire
de Psychiatrie Adulte
de Lausanne (Suisse).

des personnes qui entendent des voix est consécutive aux croyances qu'elles développent au sujet de leurs voix, plutôt qu'à leur simple contenu. Les personnes qui entendent des voix perçoivent celles-ci comme omnipotentes et omniscientes. La majorité des patients perçoit 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. Elles peuvent également être interprétées comme bienveillantes ; dans ce cas les patients pensent qu'elles servent à les protéger, à les conseiller et à les aider. Un dernier sous-groupe interprète leurs voix de façon mixte, soit un mélange de bienveillance et de malveillance où les patients ne sont pas sûrs de l'intention des voix ou de leur identité. Le plus souvent, dans 70 % des cas, le contenu des voix est congruent à la croyance que le patient a développé. 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. Par exemple, un patient peut être insulté par ses voix mais penser qu'elles sont bienveillantes parce qu'elles le poussent à arrêter sa consommation de drogue. En fonction de la croyance que les patients ont de leur voix, ils vont présenter des réactions comportementales et émotionnelles très différentes. Si les voix sont perçues comme bienveillantes, les patients vont plutôt chercher le contact avec elles. En revanche, si les voix sont perçues comme malveillantes, ils vont y résister, par exemple, en discutant ou en criant contre les voix de façon ouverte ou couverte, en obéissant à contrecœur ou pas aux ordres, en évitant des déclencheurs. Certains patients peuvent utiliser l'indifférence, en ignorant les voix ou leur contenu. Le lien entre la croyance et la conséquence comportementale ou émotionnelle est démontré par des corrélations élevées dans l'ensemble des études (7, 9). L'obéissance aux 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. La réaction des patients semble être influencée par le ton de la

voix : s'il est impératif ou suggestif par exemple, par l'ordre, lui-même, s'il est inoffensif ou sérieux, par l'humeur du patient, par l'état de fatigue, ou encore par la pression ou la persistance des voix.

■ UNE ÉVALUATION PILOTE

L'évaluation clinique présente les premiers résultats d'une étude sur les effets d'une thérapie cognitive des hallucinations auditives dans des environnements naturels. La thérapie est administrée à l'aide d'un manuel (10). Ce dernier peut être utilisé seul (bibliothérapie) ou accompagné (thérapie à deux). Ce manuel est inspiré des différents traitements psychologiques des voix qui ont reçu une validation scientifique (11). L'évaluation clinique suivante concerne la thérapie à deux.

■ Description des participants

Actuellement six patients ont été inclus. Il s'agit de 3 hommes et 3 femmes, dont 5 remplissent les critères CIM-10 pour la schizophrénie et 1 pour le trouble schizo-affectif. L'âge moyen du groupe est de 35,7 (écart type 16,7). Cinq sont célibataires, un est divorcé. Cinq patients sont sous neuroleptique atypique et 1 sous haloperidol. Les 6 patients ont entendu des voix plusieurs fois par jour durant les trois mois précédant l'intervention et présentent des hallucinations auditives documentées par le dossier médical depuis au moins deux ans.

■ Mesures d'évaluation

Le plan de mesure consiste en deux phases de tests (à J1 et J30), avant et après la thérapie. Ceci afin de s'assurer que les croyances ont une certaine stabilité avant le début de la thérapie et que les résultats obtenus se maintiennent un mois après la fin de la thérapie. Les évaluations ont été effectuées avec le *Belief About Voices Questionnaire Revised* (BAVQ), une échelle qui permet de tester le modèle cognitif des voix de Chadwick et Birchwood. Il est composé de 5 thématiques, « pouvoir » (1 item), « bienveillance » (6 items), « malveillance » (6 items), « engagement » (8 items) et « résistance » (9 items). Les différentes versions du BAVQ ont été validées en anglais (7, 9, 12). La version française du BAVQ réplique les caractéristiques psychométriques de l'échelle

originale (8). La fréquence des voix a été mesurée à l'aide d'une échelle à 6 points allant de plusieurs fois par jour à au moins une fois par mois.

■ Intervention

La thérapie comprend 5 phases :

- une phase d'entrée en matière qui permet de construire l'alliance thérapeutique et de conduire l'évaluation fonctionnelle ;
- une phase d'éducation et de normalisation des symptômes psychotiques ;
- une phase de remise en question verbale des croyances ;
- une phase de test dans la réalité des croyances ;
- une phase de consolidation qui cherche à favoriser l'intégration de l'expérience des voix de façon constructive.

■ PLUSIEURS ÉTAPES À RESPECTER

■ Première phase

Durant la première phase, il est important de préciser au patient qu'il peut se retirer de la thérapie à n'importe quel moment. Cela réduit son anxiété et favorise son engagement dans la démarche thérapeutique. Le thérapeute conduit alors l'évaluation fonctionnelle en mesurant la fréquence des voix, en identifiant leur contenu, leur forme et les situations qui augmentent ou réduisent leur fréquence. Il définit ensuite les croyances centrales et les preuves qui les sous-tendent. Il étudie l'impact des voix sur le plan comportemental et émotionnel et quantifie la détresse provoquée par celles-ci. Il met en évidence que les gens sont perturbés par les croyances qu'ils ont au sujet des voix, plutôt que par les voix elles-mêmes. Il invite également le patient à considérer les avantages et les inconvénients, si les croyances sont vraies ou fausses. Durant cette première étape, il est également nécessaire de préciser que si le patient conserve ses croyances, il ne s'agit pas d'un échec. Il est essentiel, pour conserver un lien fort avec le patient, de ne pas discuter le bien fondé de la croyance mais plutôt de créer un cadre thérapeutique qui permette la souplesse nécessaire pour réfléchir librement. Le thérapeute conduit le patient à développer un état d'esprit de collaboration empirique comme si tous deux étaient des chercheurs testant des hypothèses.

Illustration : Sabhan ADAM



■ Deuxième phase

Ici, le thérapeute fournit au patient une information sur les voix et cherche à normaliser le phénomène. Il lui présente la vidéo d'un témoignage d'une personne qui s'est auto-traitée de ses hallucinations auditives*. Il passe en revue un certain nombre de faits connus sur les voix et demande au patient de les réinterpréter. Par exemple, il expose les données concernant les hallucinations auditives chez les personnes sourdes de naissance (13) et demande au patient d'expliquer le phénomène. Il lui soumet les données montrant l'activation des zones du langage dans le cerveau (14) et le lien avec la subvocalisation (15) et demande au patient d'expliquer ces données à haute voix pour vérifier le raisonnement. Le thérapeute explique que n'importe qui, dans des conditions extrêmes, peut présenter des symptômes psychotiques (16-18) et défend l'idée que dans la schizophrénie, ces symptômes peuvent survenir dans des conditions de stress normal en raison

d'une vulnérabilité neuropsychologique. Finalement, le thérapeute démontre avec des petits exercices, comment le cerveau peut « jouer des tours ». Il utilise des illusions visuelles, tactiles ou acoustiques. Il propose des exercices assistés par ordinateur qui mettent en évidence comment la mémoire ou l'interprétation de la réalité peuvent être induits en erreur.

■ Troisième phase

Il s'agit de mettre les croyances en question. On utilise des techniques comme la contradiction hypothétique, la remise en question verbale ou le questionnement direct. La contradiction hypothétique consiste à mesurer comment la personne est ouverte à des preuves qui contredisent sa croyance au sujet des voix. Par exemple, le thérapeute demande au patient qui pense que ses voix sont transmises par ondes téléphoniques, qu'il est ouvert à l'idée de lire avec lui un ouvrage de vulgarisation expliquant le fonctionnement des

ondes des téléphones portables. La remise en question verbale consiste à interroger les preuves qui sous-tendent la croyance du patient et de rechercher d'autres interprétations possibles. Par exemple, un patient pense que ses voix proviennent de forces qui le protègent. Une des preuves est qu'une fois qu'il traversait un passage pour piétons, il a failli être renversé par une moto. La voix lui a dit : « *attention !* » et il s'est arrêté net. Il a ainsi échappé à l'accident. Le patient est invité à trouver d'autres explications à sa preuve. Il peut dire que l'activation de la voix est la conséquence d'avoir entendu le bruit de la moto ou de l'avoir perçu dans sa vision périphérique. Finalement, en fonction du degré d'alliance, le thérapeute peut questionner la croyance directement en soulignant les inconsistances ou les irrationalités et en aidant le patient à trouver une explication alternative. Il va lancer l'idée que les voix sont peut-être auto-générées par le cerveau et que la croyance est une tentative de leur donner du sens.

■ Quatrième phase

Elle permet de tester les croyances empiriquement. Le patient apprend à contrôler ses voix en utilisant des techniques pour les arrêter. Il est ensuite confronté à des situations qui augmentent la probabilité d'entendre des voix (selon l'évaluation initiale). Les voix sont arrêtées par la verbalisation à haute voix qui est une des techniques les plus efficaces. La verbalisation peut se faire par la lecture à haute voix ou la récitation d'un texte. Le test est répété plusieurs fois. Selon les croyances, il faut développer d'autres tests, comme par exemple désobéir à des ordres simples pour lesquels les patients reçoivent des menaces. Chaque test doit être négocié. Le thérapeute vérifie que le test ne va pas confirmer la croyance ou conduire le patient à développer une nouvelle explication pour confirmer la croyance.

■ Cinquième phase

Cette phase cherche à consolider les résultats obtenus lors des quatre premières étapes en cherchant à intégrer l'expérience d'une façon socialement admise. En effet, même si les voix sont des hallucinations, elles ont été produites par l'individu. Il est dès lors inté-

ressant d'aider les patients à modéliser cette expérience de façon adaptée à leur environnement socioculturel.

■ À propos des thérapeutes

Les thérapies ont été appliquées individuellement par l'auteur (3 cas) et par trois infirmières (1 cas par infirmière). Ces dernières faisaient leur première thérapie cognitive et comportementale des hallucinations auditives. Elles ont reçu entre 3 et 6 heures de formation spécifique dans les TCC appliquées aux voix, et entre 2 à 5 heures de supervision au cours de la thérapie. Les thérapies ont duré entre 10 et 15 séances de 45 à 60 minutes.

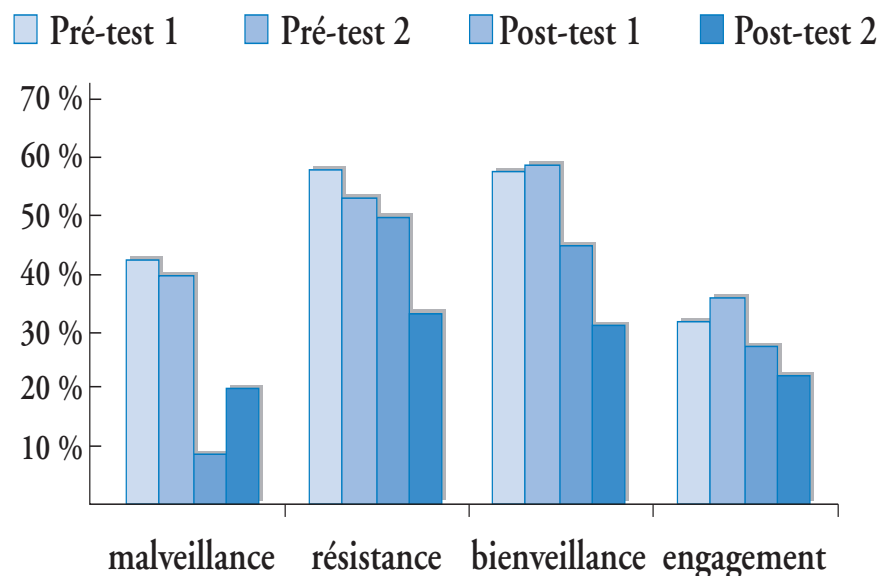
► RÉSULTATS ET DISCUSSIONS

• Le graphique I montre que les patients ont réduit leurs croyances concernant l'intention bienveillante ou malveillante attribuée aux voix durant l'intervention.

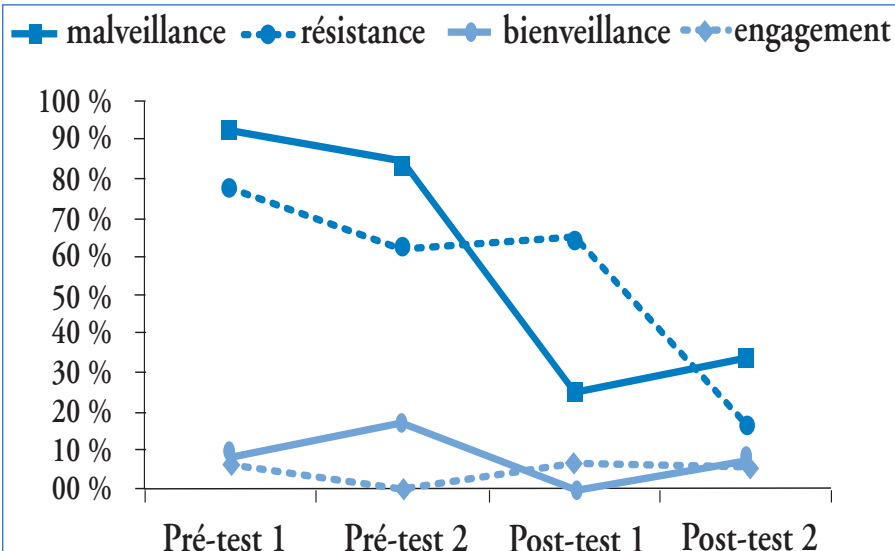
• Sur le graphique II qui ne prend en compte que les deux patients qui répondent au critère pour des voix malveillantes, soit un score de 66 % et plus (4 sur 6 sur le BAVQ), on observe une légère péjoration de la croyance de malveillance, un mois après la fin de la thérapie, qui reste toutefois en dessous du critère d'assignation. La courbe de l'échelle de résistance présente une pente faible durant la thérapie et s'accroît seulement dans la phase de post-test.

• Le graphique III présente les résultats pour les 4 patients qui répondent au critère d'assignation pour des voix bienveillantes de 50 % (3 sur 6). La courbe de bienveillance parvient en dessous du critère d'assignation uniquement lors du second post-test. La courbe de l'échelle d'engagement montre une pente relativement stable. En terme de fréquence, on observe une baisse des occurrences des voix. Elle passe en moyenne de plusieurs fois par jour à plusieurs fois par semaine. Nous n'avons malheureusement pas de données comparables sur la forme des voix pour l'ensemble des 6 patients. Les résultats intermédiaires de cette petite étude pilote montrent que les TCC des voix sont applicables dans des environnements de soins naturels. Malgré le fait que trois thérapeutes étaient

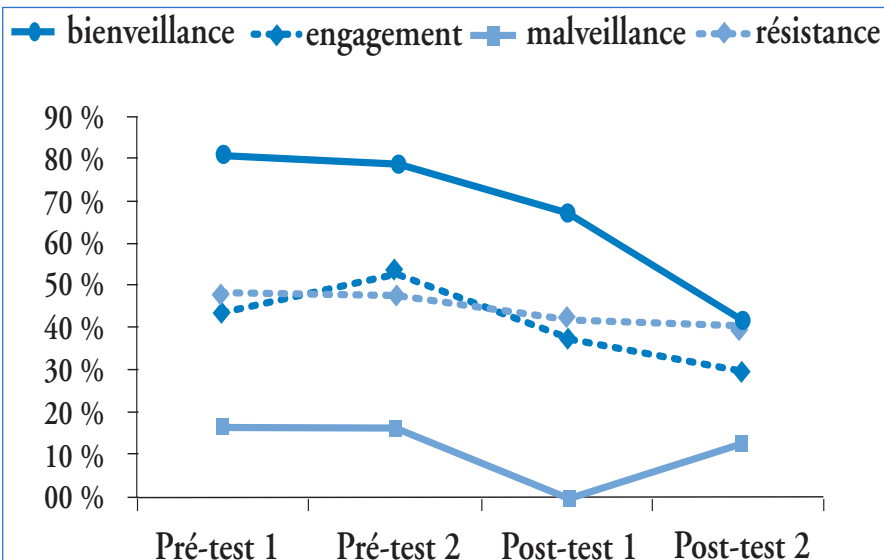
Graphique I : BAVQ (n = 6)



Graphique II : Voix malveillantes (n = 2)



Graphique III : Voix bienveillantes (n = 4)



novices dans le traitement des hallucinations auditives, des résultats intéressants ont été obtenus. L'investissement en terme de supervision est resté modéré. L'idée est maintenant d'augmenter le nombre de thérapeutes novices pour tester à plus grande échelle la faisabilité de l'approche et les effets du manuel utilisé. Une mesure répétée de la forme des voix a été traduite de l'anglais et adaptée (19). Elle sera intégrée dans le protocole pour les cas à venir. Il est en effet extrêmement important de pouvoir déterminer comment une intervention cognitive qui vise à changer les croyances autour des voix conduit à une réduction de la fréquence des hallucinations auditives. Cette observation a déjà été effectuée par Chadwick & Birchwood (6). Les auteurs expliquent cette réduction par une baisse du stress généré par les hallucinations auditives dans le cas d'hallucinations perçues comme malveillantes. Pour les voix perçues comme bienveillantes, la réduction de l'activité de celles-ci peut s'expliquer par une baisse des renforcements donnés aux voix. Kot et Serper (20) ont montré que l'on peut provoquer en laboratoire des hallucinations de sons en associant l'écoute d'un son et d'une lumière. Ainsi, les personnes peuvent être conditionnées à entendre un son quand il y a une lumière et pas de son. Les personnes atteintes de schizophrénie avec des hallucinations auditives sont plus sensibles au conditionnement que celles qui n'ont pas d'hallucinations. Il serait donc intéressant d'étudier si la baisse de la fréquence des hallucinations auditives est associée à un changement dans les croyances (échelles de bienveillance et

de malveillance) ou dans les réactions qui en découlent (échelle de résistance et d'engagement). Ceci est possible puisque les changements entre ces deux variables ne sont pas simultanés. En plus, les échelles d'engagement et de résistance intègrent chacune deux sous échelles (comportement versus émotion). Ceci permettrait de distinguer ce qui renforce les hallucinations auditives entre croyances, comportements ou émotions. En ce qui concerne les courbes obtenues, il est intéressant d'observer un effet retard dans certains progrès. Ce phénomène a également été observé dans deux méta-analyses qui montrent un effet différé de la thérapie avec un effet de taille supérieure à six mois de suivi par rapport à celui obtenu à la fin de l'intervention. Il serait intéressant d'étudier ce phénomène plus précisément, avec des mesures répétées pour mieux comprendre son déroulement. Maintenir des mesures répétées après les thérapies dans les études de cas à venir, notamment en ce qui concerne la variable engagement, paraît donc justifié. ■

*Apprendre à désobéir... un témoignage au sujet des hallucinations auditives, *Production J. Favrod & Réseau d'Entraide des Entendeurs de Voix (REEV) 2001.*

1. Kane J.M., Treatment-resistant schizophrenic patients, *J Clin Psychiatry* 1996; 9 :35-40.
2. Curson D.A., Barnes T.R., Bamber R.W., Platt S.D., Hirsch S.R., Duffy J.C., Long-term depot maintenance of chronic schizophrenic out-patients : the seven year follow-up of the Medical Research Council fluphenazine/placebo trial. III, *Relapse postponement or relapse prevention ? The implications for long-term outcome*, *Br J. Psychiatry* 1985; 146 : 474-80.
3. Stahl S.M., Antipsychotic polypharmacy, Part 1 :

Therapeutic option or dirty little secret ?, *J. Clin Psychiatry* 1999; 60 (7) : 425-6.

4. Gould R.A., Mueser K.T., Bolton E., Mays V., Goff D., Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia : an effect size analysis, *Schizophr Res* 2001; 48 (2-3) : 335-42.
5. Pilling S., Bebbington P., Kuipers E., Garety P., Geddes J., Orbach G., Morgan C., Psychological treatments in schizophrenia : I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy, *Psychol Med* 2002; 32 (5) : 763-82.
6. Chadwick P., Birchwood M., The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations, *Br J. Psychiatry* 1994; 164 (2) : 190-201.
7. Sayer J., Ritter S., Gournay K., Beliefs about voices and their effects on coping strategies, *J. Adv Nurs* 2000; 31 (5) : 1199-205.
8. Favrod J., Grasset F., Spreng S., Grossenbacher B., Hodé Y., Benevolent voices are not so kind : the functional significance of auditory hallucination, *Psychopathology submitted for publication.*
9. Chadwick P., Birchwood M., The omnipotence of voices. II : The Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ), *Br J. Psychiatry* 1995; 166 (6) : 773-6.
10. Favrod J., Scheder D., Faire face aux voix : de l'intrusion à l'autonomie, *Charleroi, Socrate éditions, à paraître 2003.*
11. Shergill S.S., Murray R.M., Mc Guire P.K., Auditory hallucinations : a review of psychological treatments, *Schizophr. Res.* 1998; 32 (3) : 137-50.
12. Chadwick P., Lees S., Birchwood M., The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R), *Br J. Psychiatry* 2000; 177 : 229-32.
13. Schonauer K., Achtergarde D., Gotthardt U., Folkerts H.W., Hallucinatory modalities in prelingually deaf schizophrenic patients : a retrospective analysis of 67 cases, *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98 (5) : 377-83.
14. Shergill S.S., Brammer M.J., Williams S.C., Murray R.M., Mc Guire P.K., Mapping auditory hallucinations in schizophrenia using functional magnetic resonance imaging, *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57 (11) : 1033-8.
15. Green M.F., Kinsbourne M., Subvocal activity and auditory hallucinations : clues for behavioral treatments ?, *Schizophr Bull* 1990; 16 (4) : 617-25.
16. Brugger P., Regard M., Landis T., Elz O., Hallucinatory experiences in extreme-altitude climbers, *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1999; 12 (1) : 67-71.
17. Grassian S., Psychopathological effects of solitary confinement, *Am J Psychiatry* 1983; 140 (11) : 1450-4.
18. Lund P.M., Marathon volleyball : changes after 61 hours play, *Br J. Sports Med* 1985; 19 (4) : 228-9.
19. Junginger J., Frame C.L., Self-report of the frequency and phenomenology of verbal hallucinations, *J. Nerv Ment Dis* 1985; 173 (3) : 149-55.
20. Kot T., Serper M., Increased susceptibility to auditory conditioning in hallucinating schizophrenic patients : a preliminary investigation, *J. Nerv Ment Dis* 2002; 190 (5) : 282-8.

Un ouvrage à deux voix

« *Faire face aux hallucinations auditives : de l'intrusion à l'autonomie* » (1) est un ouvrage à deux voix écrit par Jérôme Favrod, infirmier dans le Département Universitaire de Psychiatrie, à Lausanne (Suisse), auteur d'une trentaine d'articles scientifiques dans le champ de la schizophrénie, et Dominique Scheder, psychologue et chansonnier, animateur et membre fondateur du Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique (GRAAP) (2). Le livre se divise en trois parties. La première est composée des témoignages de Dominique Scheder sur son expérience avec les hallucinations auditives. La deuxième partie propose un manuel pour évaluer et remettre en question les croyances sur les voix. Cette partie peut être lue seul ou accompagné. La troisième partie, théorique, permet de se familiariser et d'en savoir plus sur les hallucinations auditives, les concepts de psychose et de schizophrénie et de passer en revue les traitements psychologiques des voix.

1- Le livre sera publié prochainement par Socrate Éditions, 55 rue de l'Hôpital, B-6030 Marchienne-au-Pont (Belgique) ;

2- <http://www.graap.ch>