

Thérapie cognitive et comportementale pour les hallucinations auditives résistantes au traitement neuroleptique

par Jérôme Favrod
Valentino Pomini
François Grasset

Résumé

Cette étude cherche à tester la faisabilité et l'efficacité d'un manuel de thérapie cognitive comportementale des hallucinations auditives avec des personnes atteintes de schizophrénie dans un environnement francophone et des conditions naturelles.

Huit patients remplissaient les critères CIM-10 pour une schizophrénie paranoïde, 2 pour une schizophrénie hébéphrénique et 1 pour un trouble schizo-affectif. Ils entendaient tous des voix quotidiennement. Ils ont suivi une thérapie cognitive et comportementale sur une période allant de 3 à 6 mois. Les participants ont rempli en pré-test, en post-test et à 3 mois de catamnèse un questionnaire de croyances au sujet des voix, une échelle de fréquence des voix et un échelle d'attribution de la source des hallucinations.

Les résultats indiquent que l'intervention conduit à une baisse de la fréquence des hallucinations auditives et à une meilleure attribution des voix à une source interne plutôt qu'externe. Les croyances que les voix proviennent d'une identité bienveillante ou malveillante sont significativement diminuées ainsi que les efforts pour faire face aux voix.

Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence vu la petite taille de l'échantillon.

Summary

The aim of this study is to test the feasibility and the efficacy of a cognitive and behavior therapy manual for auditory hallucinations with persons suffering from schizophrenia in a French-speaking environment and under natural clinical conditions.

Eight patients met ICD-10 criteria for paranoid schizophrenia, 2 for hebephrenic schizophrenia and 1 for schizoaffective disorder. All were hearing voices daily. Patients followed the intervention for 3 to 6 months ac-

ording to their individual rhythms. Participants filled up questionnaires at pre-test, post-test and three months follow-up. The instruments were the Belief About Voice Questionnaire – Revised and two seven points scales about frequency of hallucinations and attribution of the source of the voices.

Results show a decrease of voices' frequency and improvement in attributing the voices rather to an internal than to an external source. Malevolent or benevolent beliefs about voices are significantly decreased at follow-up as well as efforts at coping with hallucinations.

Results should be interpreted with caution because of the small number of subjects. The sample may not be representative of patients with persistent symptoms since there is an over representation of patients with benevolent voices and an under representation of patients with substance misuse.

Introduction

L'efficacité des neuroleptiques dans le traitement des épisodes psychotiques aigus et dans la prévention des rechutes est largement démontrée. Toutefois certains patients continuent à présenter des symptômes persistants malgré la prescription d'un traitement pharmacologique optimal. Bien que les estimations varient d'une enquête à l'autre, la plupart des études estiment que 25 à 50% des personnes souffrant de schizophrénie continuent à éprouver des symptômes psychotiques persistants (1,2). Ce constat a conduit au développement de méthodes d'interventions complémentaires comme la thérapie comportementale et cognitive (TCC) des symptômes psychotiques. Les TCC des symptômes psychotiques cherchent à modifier les pensées, les émotions et les comportements que les patients ont développés sur la base de l'expérience psychotique. Les techniques thérapeutiques comprennent:

- l'éducation au sujet de la maladie,
- la normalisation des symptômes psychotiques,
- l'enseignement de techniques pour gérer les symptômes,
- la remise en question des preuves qui soutiennent les croyances délirantes,
- l'engagement dans des tests expérimentaux

de la réalité, et,

- la recherche de la continuité entre l'expérience normale et l'expérience psychotique.

Une méta-analyse incluant sept études pour un total de 340 patients montre que la TCC permet de réduire les symptômes psychotiques persistants (3). Toutefois, les auteurs de cette méta-analyse regrettent que la plupart des études aient été conduites en Grande-Bretagne. Ils recommandent de conduire de nouvelles études dans des contextes culturels différents. Cependant, il existe une étude à comparaison de groupes avec répartition aléatoire conduite dans la province de Naples avec des personnes atteintes de schizophrénie sous clozapine (4). Cette étude n'a pas été incluse dans la méta-analyse de Gould & al. alors qu'elle répond aux critères de sélection. Ceci probablement car le protocole de cette dernière étude comprend également des techniques d'entraînement des habiletés sociales qui étaient exclues dans la méta-analyse de Gould & collaborateurs. Cette étude montre que la TCC est plus efficace que la thérapie de soutien sur des symptômes psychotiques réfractaires au traitement neuroleptique.

Les symptômes psychotiques persistants sont généralement, associés à des niveaux élevés d'anxiété et de dépression (5,6) et un risque plus important de rechute et d'hospitalisation. Une étude contrôlée postérieure à la méta-analyse citée ci-dessus indique que la TCC réduit significativement le risque de rechute par rapport au traitement habituel (7). De plus, le groupe TCC est amélioré de façon significative sur les symptômes négatifs, la psychopathologie globale et le fonctionnement social. Les effets sur la psychopathologie générale sont répliqués au post-test (8) et à 3 mois de follow-up (9) dans deux études contrôlées où la thérapie est conduite par des infirmiers.

Le but de cette évaluation pilote est de tester l'impact d'une thérapie cognitive et comportementale sur les hallucinations auditives persistantes de patients souffrants de schizophrénie dans un contexte culturel francophone.

Méthode

Critères d'inclusion

Pour être inclus dans l'étude, les patients

doivent présenter des hallucinations auditives ou des pensées imposées au moins une fois par jour durant les deux dernières années et être stabilisés sous un traitement neuroleptique.

Outils d'évaluation

Le plan de mesure consiste en une évaluation en pré- et post-test avec une évaluation à 3 mois après la fin de l'intervention. Les outils de mesure comprennent le Questionnaire des croyances au sujet des voix («Belief About Voices Questionnaire») et une échelle de phénoménologie des voix.

Le «Belief About Voices Questionnaire-Revised» (BAVQ-R) est une échelle qui permet de tester le modèle cognitif des voix de Chadwick et Birchwood (10). Ce modèle prédit que la détresse des personnes qui entendent des voix est consécutive aux croyances qu'elles développent au sujet de celles-ci. Les voix sont généralement perçues comme étant omnipotentes et omniscientes. Les patients les interprètent comme étant bienveillantes, malveillantes ou mixtes. Les personnes qui croient que leurs voix sont bienveillantes vont les rechercher et s'engager dans le contact avec elles. A l'opposé, les personnes qui pensent que leurs voix sont malveillantes vont chercher à les éviter et à résister. Le BAVQ-R est composé de 5 échelles, «pouvoir» (6 items), «bienveillance» (6 items), «malveillance» (6 items), «engagement» (8 items) et «résistance» (9 items). Le répondant remplit le questionnaire en cochant pour chaque item l'intensité qui correspond à son expérience sur une échelle à 4 points. Le questionnaire a été validé en anglais (11,12). La version française du BAVQ réplique les caractéristiques psychométriques de l'échelle originale (13). Le tableau I donne des exemples d'items pour l'échelle.

La fréquence des voix et l'attribution de la source des voix sont évaluées par le patient à l'aide des deux échelles à 7 points décrites sur le tableau II. Chaque point d'ancrage est décrit afin de faciliter la cotation.

Intervention

L'intervention a été conduite à l'aide d'un manuel (14). Les patients ont reçu entre 10 et 22 séances de 45 à 60 minutes sur une période de 3 à 6 mois. La durée de la thérapie dépend essentiellement du rythme et de la tolérance de chaque patient. Le patient est clairement informé qu'il peut arrêter la thérapie quand il le désire. La relation entre le thérapeute et le patient est établie sous la forme d'un rapport collaboratif ou le thérapeute aide le patient à revoir les événements sous un nouvel angle et les principes de l'entretien de motivation. Le thérapeute vulgarise les connaissances actuelles sur les hallucinations auditives. Il présente les faits et demande au patient de les interpréter. Il rappelle

Tableau I – Beliefs About Voices Questionnaire – R

- Pouvoir
 - Ma voix semble tout connaître à mon sujet.
- Bienveillance
 - Ma voix veut m'aider.
- Malveillance
 - Ma voix veut me faire du mal.
- Engagement
 - Je recherche le contact avec les voix.
- Résistance
 - J'essaie d'arrêter mes voix.

Tableau II – Fréquence et source des voix – R

A quelle fréquence avez-vous entendu les voix durant la dernière semaine?

1. Pas entendu de voix,
2. Une fois,
3. Quelques fois par semaine,
4. Plusieurs fois par semaine,
5. Quelques fois par jour,
6. Plusieurs fois par jour,
7. Constamment

Quelle est la source des voix selon vous?

1. Elles proviennent assurément de moi,
2. Elles proviennent plutôt de moi,
3. Elles proviennent probablement de moi,
4. Pas sûr si elles proviennent de moi ou d'une source externe,
5. Elles proviennent probablement d'une source externe,
6. Elles proviennent plutôt d'une source externe,
7. Elles proviennent assurément d'une source externe.

que les hallucinations auditives peuvent apparaître dans des conditions normales de la vie comme l'endormissement ou le réveil ainsi que dans les phases de deuil. Le thérapeute enseigne des techniques pour contrôler les hallucinations auditives. Il identifie les croyances que le patient a élaborées à partir de ses voix et il l'aide à interpréter son expérience de différentes façons. Le thérapeute construit des tests dans la

réalité avec le patient et les met en œuvre. Les progrès sont consolidés en remplaçant l'expérience dans sa continuité avec la normalité.

Les thérapies ont été appliquées individuellement par le premier auteur et par trois infirmières. Ces dernières ont reçu entre 3 et 6 heures de formation spécifique dans les TCC appliquées aux voix et entre 1 à 5 heures de supervision au cours de la thérapie.

Résultats

Description des participants

Onze patients ont été inclus. Aucun patient ne s'est retiré de la thérapie. Il s'agit de 6 hommes et 5 femmes, dont 8 remplissent les critères CIM-10 pour une schizophrénie paranoïde, 2 pour une schizophrénie hétérotypique et 1 pour un trouble schizo-affectif type dépressif. L'âge moyen du groupe est de 34,9 ans (écart type 11,9). Les voix durent en moyenne depuis 11,4 ans (écart-type 12,1 ans). Dix sont célibataires, un est divorcé. Les 11 patients rapportent entendre 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.

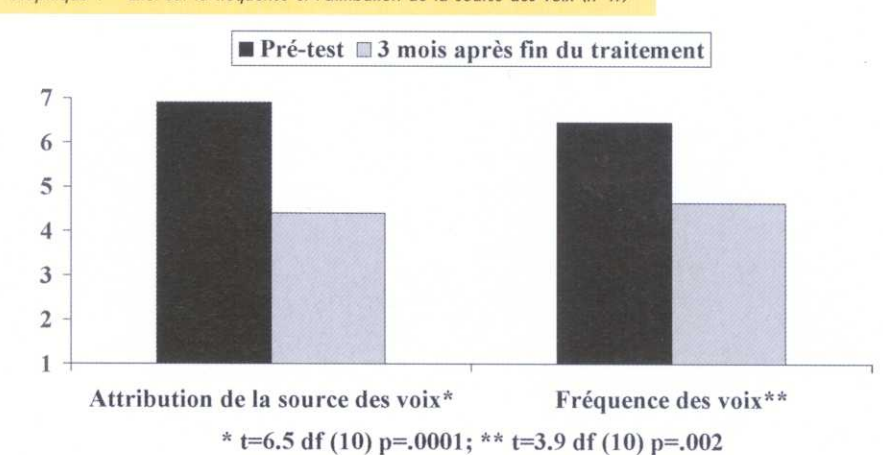
En ce qui concerne les comorbidités, un patient présente une consommation régulière de cannabis et un autre une consommation de cocaïne. Un participant présente un handicap mental léger. Les 11 patients étaient stabilisés sous traitement neuroleptique depuis au moins 3 mois. Un patient est sous risperidone, 1 sous olanzapine, 2 sous haloperidol, 2 sous quetiapine et 5 sous clozapine. Durant l'intervention et la période de suivi, il n'y a pas eu d'augmentation du traitement prescrit.

Effets de l'intervention

Les résultats moyens obtenus pour la fréquence des voix et l'attribution des voix sont présentés sur le graphique 1.

Les deux variables sont significativement

Graphique 1 – Effet sur la fréquence et l'attribution de la source des voix (n=11)



améliorées à 3 mois de suivi. La fréquence des voix diminue ($t = 3.9$, $df (10)$, p unilatéral à droite = .002) et les patients les attribuent moins à une source externe à eux-mêmes ($t = 6.5$, $df (10)$, p unilatéral à droite = .0001)

Le graphique 2 présente les résultats de l'intervention sur les croyances et les réactions au sujet des voix (BAVQ-R) pour l'ensemble des patients.

Les comparaisons des résultats obtenus en pré- et post-tests montrent que les patients considèrent leurs voix comme étant moins malveillantes ($t = 2.5$, $df (10)$, p unilatérale à droite = .01) et moins puissantes ($t = 2.4$, $df (10)$, p unilatéral à droite = .02). Les comparaisons entre le pré-test à la mesure à 3 mois de suivi montrent que l'échelle de malveillance est significativement améliorée ($t = 2.3$, $df (10)$, p unilatéral à droite = .02) ainsi que l'échelle de pouvoir ($t = 3.1$, $df (10)$, p unilatéral à droite = .005). A trois mois de suivi, on observe également une amélioration significative de l'échelle d'engagement avec les voix ($t = 2.3$, $df (10)$, p unilatéral à droite = .025).

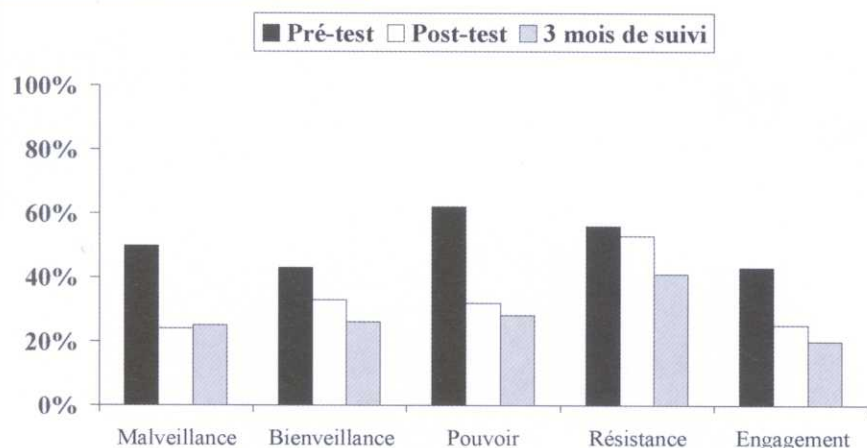
Pour la suite des analyses, les patients sont divisés en deux groupes en fonction de la croyance au sujet de la voix prédominante. Les deux groupes sont composés de 6 patients avec une interprétation bienveillante de leurs voix (graphique 3) et 5 patients avec une interprétation malveillante de leurs voix (graphique 4).

L'analyse statistique des données montre que le groupe avec des voix bienveillantes s'améliore significativement sur l'échelle de bienveillance au post-test ($Z = 1.8$, p unilatéral à droite = .04) et à 3 mois de suivi ($Z = 2.2$, p unilatéral à droite = .015), ainsi que sur l'échelle d'engagement au post-test ($Z = 2.0$, p unilatéral à droite = .02) et à 3 mois de suivi ($Z = 2.2$, p unilatéral à droite = .015). Le groupe avec des voix malveillantes montre une amélioration sur l'échelle de malveillance au post-test ($Z = 2.0$, p unilatéral à droite = .02) et à 3 mois de suivi ($Z = 2.0$, p unilatéral à droite = .02). L'échelle de pouvoir est également améliorée de façon significative au post-test ($Z = 2.0$, p unilatéral à droite = .02) et à 3 mois de suivi ($Z = 2.0$, p unilatéral à droite = .02). L'échelle de résistance s'améliore entre le post-test et les 3 mois de suivi ($Z = -2.0$, p unilatéral à droite = .02).

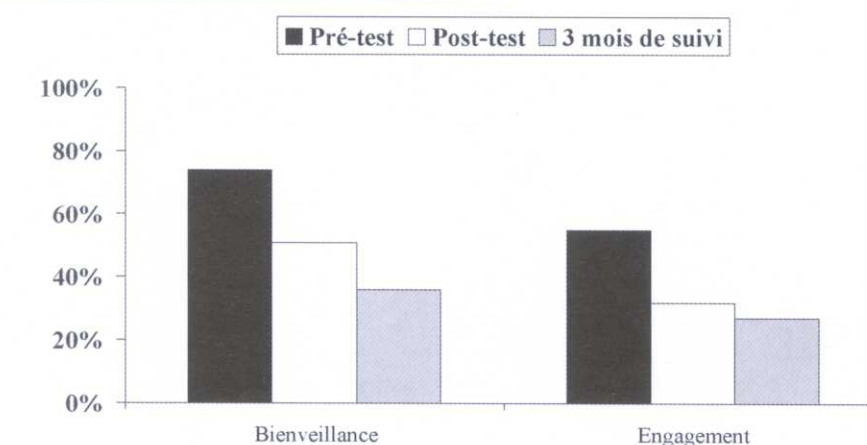
Discussion

Les résultats de cette étude pilote indiquent que la fréquence des hallucinations auditives peut être diminuée par une thérapie psychologique chez des patients résistant au traitement neuroleptique. Les patients améliorent la conscience morbide de leur symptôme en attribuant davantage la provenance des voix à une source interne qu'à une source externe. La thérapie réduit

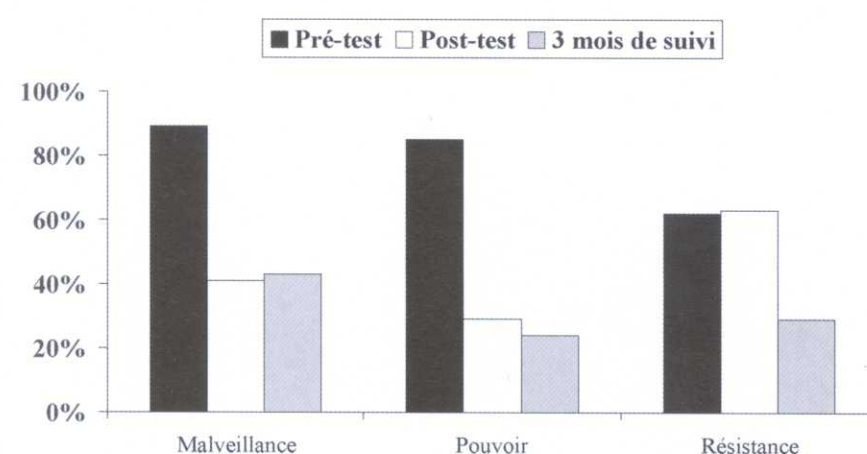
Graphique 2 – Effets sur le BAVQ-R (n=11)



Graphique 3 – Patients avec voix bienveillantes (n=6)



Graphique 4 – Patients avec voix malveillantes (n=5)



également les croyances que les patients ont développées au sujet des voix. En revanche en prenant l'échantillon globalement, il semble que les effets soient moindres sur les réactions comportementales des patients par rapport aux voix. A trois mois de suivi, les patients recherchent certes moins le contact avec leurs voix mais ils continuent à résister et à lutter contre leur voix

à la même période.

En revanche, lorsque les résultats sont analysés en fonction des croyances des patients, on observe pour le groupe avec les voix bienveillantes qu'une baisse des croyances est accompagnée par une réduction de la recherche de contact avec les voix (engagement). Pour le groupe avec des voix malveillantes, on observe un

effet décalé entre la modification des croyances et les efforts pour résister aux voix. Ces résultats montrent une grande cohérence avec le modèle Chadwick and Birchwood (10).

Validité des résultats

La validité des résultats est menacée par la petite taille de l'échantillon étudié. Il s'agit en effet d'une étude pilote, les résultats devraient être répliqués à plus grande échelle. L'absence de groupe contrôle ne permet pas de déterminer si les résultats sont liés à un effet spécifique de la thérapie. Enfin, l'échantillon n'est sans doute pas très représentatif des patients psychotiques résistants au traitement neuroleptique, d'une part à cause du faible taux d'abus de substances de notre groupe et d'autre part à cause d'une représentation élevée de sujets ayant des voix bienveillantes.

Génération de nouvelles hypothèses

Il semble 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 réduction pourrait être expliquée 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 (15) 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 à ce conditionnement que celles qui n'ont pas d'hallucinations. Il serait donc intéressant d'étudier à plus grande échelle 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 décou-

lent (échelle de résistance et d'engagement).

En ce qui concerne le changement d'attribution de la source des voix, le changement observé est important. Toutefois, sur la base des moyennes, les patients passent de «Elles proviennent assurément d'une source externe à mon esprit» à «Pas sûr si elles proviennent de mon esprit ou d'une source externe». Du point de vue clinique, l'intervention a conduit à une mise en doute de la source des voix plutôt qu'à la reconnaissance complète que celles-ci sont produites par la personne elle-même. L'attribution des voix à une source externe est le biais cognitif le plus fréquent chez les personnes qui entendent des voix. Diverses théories ont cherché à examiner ce phénomène en passant par un trouble de l'intentionnalité à des troubles de perception du langage. Le paradigme le mieux validé est celui du contrôle de la source (source monitoring). Il explique comment les individus parviennent à reconnaître si un événement mémoré a une origine externe (réelle) ou interne (imaginée). Les études en laboratoire ont examiné la capacité des sujets à distinguer des mots qu'ils ont générés de mots produits par quelqu'un d'autre. Les personnes qui ont des hallucinations ont davantage tendance à attribuer les mots qu'ils ont générés à une source externe (16). Il pourrait être intéressant de développer des techniques pour entraîner plus spécifiquement ce déficit de la reconnaissance de la source d'une information verbale.

Conclusion

Cette étude pilote indique qu'une thérapie cognitive et comportementale a un impact positif sur la fréquence des hallucinations auditives résistantes au traitement neuroleptique. Il apparaît également que les patients attribuent moins les voix à une source externe à eux-mêmes. Les croyances au sujet des voix et le pouvoir attribué aux voix sont également diminués. Les résultats doivent toutefois être interprétés avec précaution vu le petit échantillon étudié et l'absence de groupe contrôle.



Mots-clés

- schizophrénie
- hallucinations auditives
- thérapie cognitive et comportementale



Bibliographie

1. Kane JM, Marder SR. Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993; 19 (2):287-302
2. Carpenter WT, Jr, Buchanan RW. Schizophrenia. *N Engl J Med* 1994; 330 (10): 681-90
3. Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res* 2001; 48 (2-3): 335-42
4. Pinto A, La Pia S, Mennella R, Giorgio D, DeSimone L. Cognitive-behavioral therapy and clozapine for clients with treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50 (7): 901-4
5. Mueser KT, Douglas MS, Bellack AS, Morrison RL. Assessment of enduring deficit and negative symptom subtypes in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991; 17 (4): 565-82
6. Tariher N. An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. *Br J Clin Psychol* 1987; 26 (Pt 2):141-3
7. Gumley A, O'Grady M, McNay L, Reilly J, Power K, Norrie J. Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychol Med* 2003; 33 (3): 419-31
8. Turkington D, Kingdon D, Turner T. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 523-7
9. Durham RC, Guthrie M, Morton RV, Reid DA, Treliving LR, Fowler D, Macdonald RR. Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms. Results to 3-month follow-up. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 303-11
10. Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 1994; 164 (2): 190-201
11. Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. II: The Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ). *Br J Psychiatry* 1995; 166 (6): 773-6
12. Chadwick P, Lees S, Birchwood M. The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R). *Br J Psychiatry* 2000; 177: 229-32
13. 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
14. Favrod J, Scheder D. Faire face aux hallucinations auditives: de l'intrusion à l'autonomie. Charleroi, Socrate Editions Promarex, 2003
15. 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
16. Keefe RS, Arnold MC, Bayen UJ, McEvoy JP, Wilson WH. Source-monitoring deficits for self-generated stimuli in schizophrenia: multinomial modeling of data from three sources. *Schizophr Res* 2002; 57 (1): 51-67



Adresse

Jérôme Favrod
Unité de réhabilitation
Département Universitaire de Psychiatrie Adulte
Site de Cery
1008 Prilly