



UNIVERSITETET I BERGEN



Interventions psychologiques des hallucinations auditivo-verbales

Frank LAROI

Université de Bergen

Université de Liège

Journée ACCEPT VOICES

22 mai 2018, Toulouse

PLAN

- Les hallucinations auditivo-verbales en générale
- Interventions psychologiques

- Comment conceptualise-t-on les hallucinations actuellement ?

- Comment conceptualise-t-on les hallucinations actuellement ?
 - Pas nécessairement le signe d'un trouble mental ni d'une pathologie

- Comment conceptualise-t-on les hallucinations actuellement ?
 - Pas nécessairement le signe d'un trouble mental ni d'une pathologie
 - Pas un phénomène étrange ou inexplicable mais un phénomène qu'on peut essayer d'expliquer

- Comment conceptualise-t-on les hallucinations actuellement ?
 - Pas nécessairement le signe d'un trouble mental ni d'une pathologie
 - Pas un phénomène étrange ou inexplicable mais un phénomène qu'on peut essayer d'expliquer
 - Plusieurs raisons pour lesquels quelqu'un hallucine et variations individuelles

- Phénoménologie des hallucinations
 - Riche
 - Modalités (auditivo-verbales, visuelles, olfactives, gustatives, musicales, multimodales, ...)

- Phénoménologie des hallucinations
 - Riche
 - Modalités (**auditivo-verbales**, visuelles, olfactives, gustatives, musicales, multimodales, ...)

- Phénoménologie des hallucinations
 - Riche
 - Caractéristiques (personnification, contrôle, contenu, provenance ...)

The Characteristic Features of Auditory Verbal Hallucinations in Clinical and Nonclinical Groups: State-of-the-Art Overview and Future Directions

Frank Larøi^{1,*}, Iris E. Sommer², Jan Dirk Blom^{3,4}, Charles Fernyhough⁵, Dominic H. ffytche⁶, Kenneth Hugdahl^{7,8}, Louise C. Johns⁹, Simon McCarthy-Jones¹⁰, Antonio Preti^{11,12}, Andrea Raballo¹³⁻¹⁵, Christina W. Slotema¹⁶, Massoud Stephane¹⁷, and Flavie Waters^{18,19}

- Propriétés acoustiques
- Propriétés linguistiques
- Contrôle
- Provenance
- Contenu
- Personnification
- « Appraisals » (processus d'évaluation)

The Characteristic Features of Auditory Verbal Hallucinations in Clinical and Nonclinical Groups: State-of-the-Art Overview and Future Directions

Frank Larøi^{1,*}, Iris E. Sommer², Jan Dirk Blom^{3,4}, Charles Fernyhough⁵, Dominic H. ffytche⁶, Kenneth Hugdahl^{7,8}, Louise C. Johns⁹, Simon McCarthy-Jones¹⁰, Antonio Preti^{11,12}, Andrea Raballo¹³⁻¹⁵, Christina W. Slotema¹⁶, Massoud Stephane¹⁷, and Flavie Waters^{18,19}

- Propriétés acoustiques
- Propriétés linguistiques
- **Contrôle**
- Provenance
- **Contenu**
- Personnification
- **« Appraisals » (processus d'évaluation)**

- Phénoménologie des hallucinations
 - Variable
 - Variation inter-patient
 - Variation intra-patient (par ex.: selon l'état clinique)

- Phénoménologie des hallucinations
 - Complexe

- E Kraepelin, *Introduction à la psychiatrie clinique* (1907)

“resonant voices,” “organ voices,” “voices of conscience,” “voices which do not speak with words,” “false voices,” “abortive voices,” an “inner feeling in the soul,” an “inward voice in the thoughts,” something “between hearing and foreboding,” “the brain talk[ing],” “voices in the whole body,” “murmurings and natural spirit-voices,” “underground voices from the air,” “telephone gossip,” “good voices,” and “whispering voices from the whole of mankind.”

- Plusieurs types / sous-groupes d'hallucinations auditivo-verbales ?
 - McCarthy-Jones et al. (2014)
 - Analyses de cluster sur 199 patients :
 1. Voix brèves qui se répètent (commandements, commentaires)
 - pensées obsessionnelles ?
 2. Contenu identique aux mots/conversations déjà entendu
 - forme de « flash-backs » comme dans la PTSD ?
 3. Très proches aux propres pensées (à la 1^e personne)

- Qui hallucine ?

Schizophrénie et hallucinations

- clairement un symptôme courant dans la schizophrénie

Schizophrénie et hallucinations

- clairement un symptôme courant dans la schizophrénie
 - mais pas uniquement dans cette population

TABLE 2
DISORDERS ASSOCIATED WITH AUDITORY HALLUCINATION

Adverse effects of prescribed medications

- Amoxicillin (Stell & Ojo, 1996)
- Cimicifide (Adler, Sadjia, & Wilts, 1980; Yudofsky, Ahern, & Brockman, 1980)
- Ciprofloxacin (Isaacson, Carr, & Rowan, 1993)
- Clonidine (Brown, Salmon, & Rendell, 1980)
- Maprotiline (Albala, Weinberg, & Allen, 1983)
- Pentoxifylline (Gilbert, 1993)
- Propranolol (Fleming & Drachman, 1982)
- Alcohol-induced psychotic disorder, with hallucinations (alcoholic hallucinosis) (American Psychiatric Association, 1994; Asaad & Shapiro, 1986)
- Alzheimer's disease (Devanand, *et al.*, 1992; Lerner, *et al.*, 1994; Lopez, *et al.*, 1991)
- Angioma of the face (Hécaen & Ropert, 1959)

Arteriovenous malformations

- Brainstem (Cascino & Adams, 1986)
- Pontine tegmentum (Cascino & Adams, 1986)

Brain tumors (Cascino & Adams, 1986; Tarachow, 1941)

- Anterior temporal lobe (Hécaen & Ropert, 1959)
- Diencephalon (Morsier, 1969b)
- Meningiomas (Sande, Shaya, & Hamburger, 1994)
 - Right occiput (Nagaratnam, Virk, & Brdarevic, 1996)
 - Small sphenoidal wing (Hécaen & Ropert, 1959)
- Midbrain metastasis of carcinomatosis (Cascino & Adams, 1986)
 - Reticulosarcoma of the left occiput (Hécaen & Ropert, 1959)

Diencephalic tumors (Morsier, 1969b)

Epilepsy (Hécaen & Ropert, 1959; Penfield & Perot, 1963)

- Hearing impairments (Aizenberg, Schwartz, & Modai, 1986; Ajuria Guerra & Legenne, 1946; Anastasopoulos & Routsonis, 1973; Asaad & Shapiro, 1986; Bernos, 1991; Brasić & Perry, 1997a, 1997b; Colman, 1894; Cooper, 1976; Cooper, *et al.*, 1976; Critchley, 1983; Critchley, Denmark, Warren, & Wilson, 1981; Fenton & McRae, 1989; Fisman, 1991; Gordon, 1987, 1991, 1997a, 1997b; Hammeke, McQuillen, & Cohen, 1983; Klostermann, Vieregge, & Kömpf, 1992; Lennox, 1988; Raghuram, Keshavan, & Channabasavanna, 1980; Rhein, 1913; Ross, 1973; Ross, Jossman, Bell, Sabin, & Geschwind, 1975; Wells, 1971).

Inflammation of the lepto-meninges (Hécaen & Ropert, 1959)

Intoxication

- Amphetamine (American Psychiatric Association, 1994; Ellinwood, Sudilovsky, & Nelson, 1973)

Cannabis (American Psychiatric Association, 1994)

Cocaine (American Psychiatric Association, 1994; Siegel, 1978)

Inhalants (American Psychiatric Association, 1994)

Phencyclidine (American Psychiatric Association, 1994)

Malingering, feigning auditory hallucinations for personal gain, e.g., to obtain admission to a mental hospital (Mills & Lipian, 1995)

Metachromatic leukodystrophy (Hyde, Ziegler, & Weinberger, 1992)

Migraine (Lippman, 1952)

Mineral deficiencies

Copper (Hansen, Malecha, Mackenzie, & Kroll, 1963)

Zinc (Hansen, *et al.*, 1983)

Narcolepsy (Hécaen & Ropert, 1959; Shapiro & Spitz, 1976)

Occult practices (Metzger, Steinert, & Schmidt-Michel, 1996)

Parkinson's disease (Kippervasser, Inzelberg, & Korczyn, 1996)

Pontine degeneration (Stephane & Hsu, 1996)

Postconcussion syndrome (Morsier, 1972)

Schizophrenia (American Psychiatric Association, 1994; Asaad & Shapiro, 1986; Busatto, *et al.*, 1995; Carter, Robertson, Nordahl, Chaderjian, & Oshora-Celaya, 1996; Critchley, *et al.*, 1981; David, *et al.*, 1996; Kawasaki, *et al.*, 1996; Levitan, Ward, Catts, & Hemsley, 1996; McGuire, *et al.*, 1995; Woodruff, *et al.*, 1996)

Syncope (Lempert, 1996)

Temporal lobe seizures and hyperglycemia (Vialatou, Karmochkine, Lévy, & Herson, 1996)

Temporal lobectomy (Bremer, 1996)

Vascular (Inzelberg, Vishnievskaya, & Korczyn, 1993)

Hematoma (brainstem) (Murata, Naritomi, & Sawada, 1994)

Hemorrhage (Cascino & Adams, 1986)

Infarction (Tanabe, Sawada, Asai, Okuda, & Shiraishi, 1986)

Left prerolandic (Masson, Szttern, Cambier, & Masson, 1992)

Temporoparietooccipital (Peroutka, Sohmer, Kumar, Folstein, & Robinson, 1982)

Thalamic (Noda, Mizoguchi, & Yamamoto, 1993)

Withdrawal from addictive substances

Alcohol (American Psychiatric Association, 1994)

Anxiolytic (American Psychiatric Association, 1994)

Hypnotic (American Psychiatric Association, 1994)

Sedative (American Psychiatric Association, 1994)

TABLE 3.1
Hallucinations and Clinical Disorders: Dominating Modality,
Emotional Content of Hallucinations, and Emotional Reaction

Disorder	Dominant modality/modalities	Emotional content	Emotional reaction
Schizophrenia	Auditory, visual	Yes	Yes
Affective disorders	Auditory, visual	Yes	Yes
Posttraumatic stress disorder	Auditory, visual, tactile, olfactory	Yes	Yes
Postpartum psychosis	Auditory	Yes	Yes
Delirium tremens	Visual, tactile		
Alcoholic hallucinosis	Auditory		
Borderline personality disorder	Auditory	Yes	Yes
Neurological disorders	Auditory, visual		
Lewy body dementia	Visual	No	Possible
Parkinson's disease	Visual	No	No
Alzheimer's disease	Visual	No	No
Charles Bonnet syndrome	Visual	No	Possible

Note. Empty cells indicate that not enough research has been carried out to answer the question.

TABLE 3.1
Hallucinations and Clinical Disorders: Dominating Modality,
Emotional Content of Hallucinations, and Emotional Reaction

Disorder	Dominant modality/modalities	Emotional content	Emotional reaction
Schizophrenia	Auditory, visual	Yes	Yes
Affective disorders	Auditory, visual	Yes	Yes
Posttraumatic stress disorder	Auditory, visual, tactile, olfactory	Yes	Yes
Postpartum psychosis	Auditory	Yes	Yes
Delirium tremens	Visual, tactile		
Alcoholic hallucinosis	Auditory		
Borderline personality disorder	Auditory	Yes	Yes
Neurological disorders	Auditory, visual		
Lewy body dementia	Visual	No	Possible
Parkinson's disease	Visual	No	No
Alzheimer's disease	Visual	No	No
Charles Bonnet syndrome	Visual	No	Possible

Note. Empty cells indicate that not enough research has been carried out to answer the question.

TABLE 3.1
Hallucinations and Clinical Disorders: Dominating Modality,
Emotional Content of Hallucinations, and Emotional Reaction

Disorder	Dominant modality/modalities	Emotional content	Emotional reaction
Schizophrenia	Auditory, visual	Yes	Yes
Affective disorders	Auditory, visual	Yes	Yes
Posttraumatic stress disorder	Auditory, visual, tactile, olfactory	Yes	Yes
Postpartum psychosis	Auditory	Yes	Yes
Delirium tremens	Visual, tactile		
Alcoholic hallucinosis	Auditory		
Borderline personality disorder	Auditory	Yes	Yes
Neurological disorders	Auditory, visual		
Lewy body dementia	Visual	No	Possible
Parkinson's disease	Visual	No	No
Alzheimer's disease	Visual	No	No
Charles Bonnet syndrome	Visual	No	Possible

Note. Empty cells indicate that not enough research has been carried out to answer the question.

The Characteristic Features of Auditory Verbal Hallucinations in Clinical and Nonclinical Groups: State-of-the-Art Overview and Future Directions

Frank Larøi^{1,*}, Iris E. Sommer², Jan Dirk Blom^{3,4}, Charles Fernyhough⁵, Dominic H. ffytche⁶, Kenneth Hugdahl^{7,8}, Louise C. Johns⁹, Simon McCarthy-Jones¹⁰, Antonio Preti^{11,12}, Andrea Raballo¹³⁻¹⁵, Christina W. Slotema¹⁶, Massoud Stephane¹⁷, and Flavie Waters^{18,19}

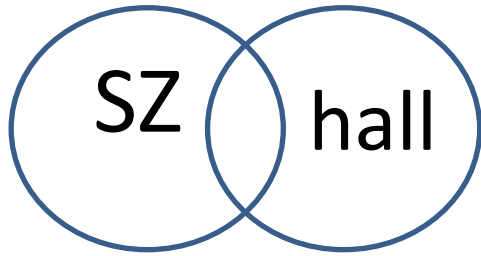
- Abus de substance
- Parkinson
- Épilepsie
- SZ tardive
- Trouble bipolaire
- Borderline
- Perte d'audition
- Troubles dissociatifs

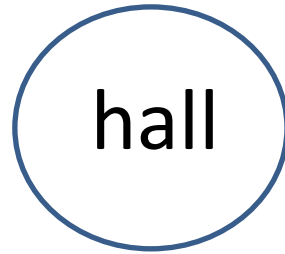
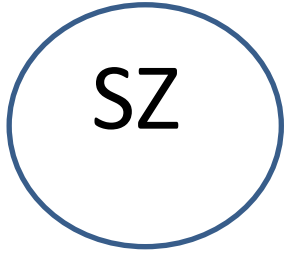
The Characteristic Features of Auditory Verbal Hallucinations in Clinical and Nonclinical Groups: State-of-the-Art Overview and Future Directions

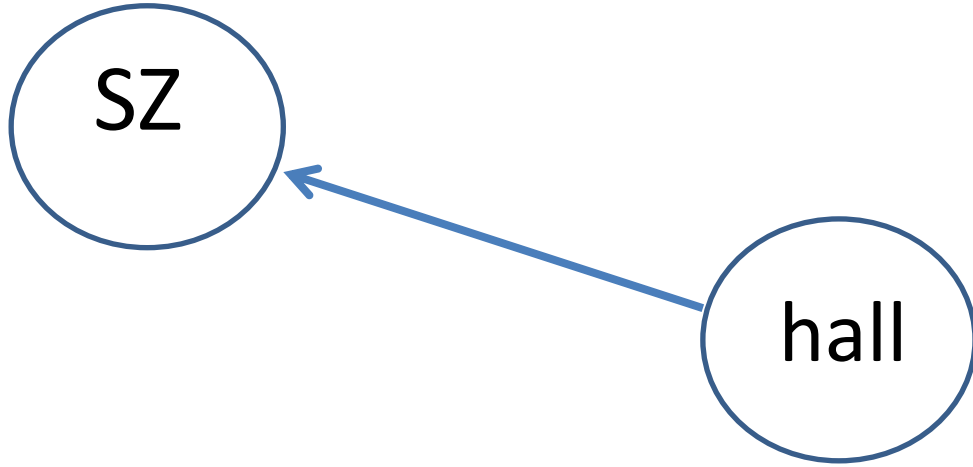
Frank Larøi^{1,*}, Iris E. Sommer², Jan Dirk Blom^{3,4}, Charles Fernyhough⁵, Dominic H. ffytche⁶, Kenneth Hugdahl^{7,8}, Louise C. Johns⁹, Simon McCarthy-Jones¹⁰, Antonio Preti^{11,12}, Andrea Raballo¹³⁻¹⁵, Christina W. Slotema¹⁶, Massoud Stephane¹⁷, and Flavie Waters^{18,19}

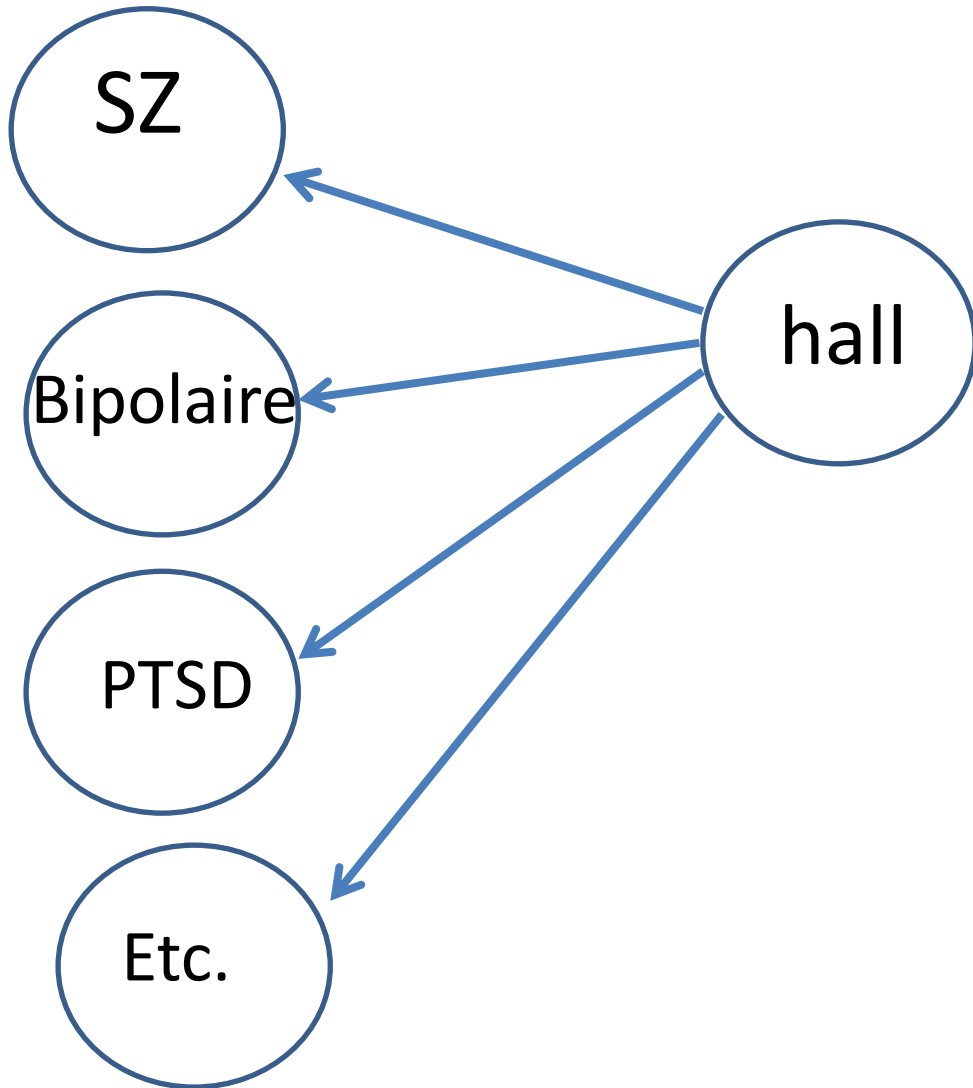
- Abus de substance
- Parkinson
- Épilepsie
- SZ tardive
- Trouble bipolaire
- Borderline
- Perte d'audition
- Troubles dissociatifs

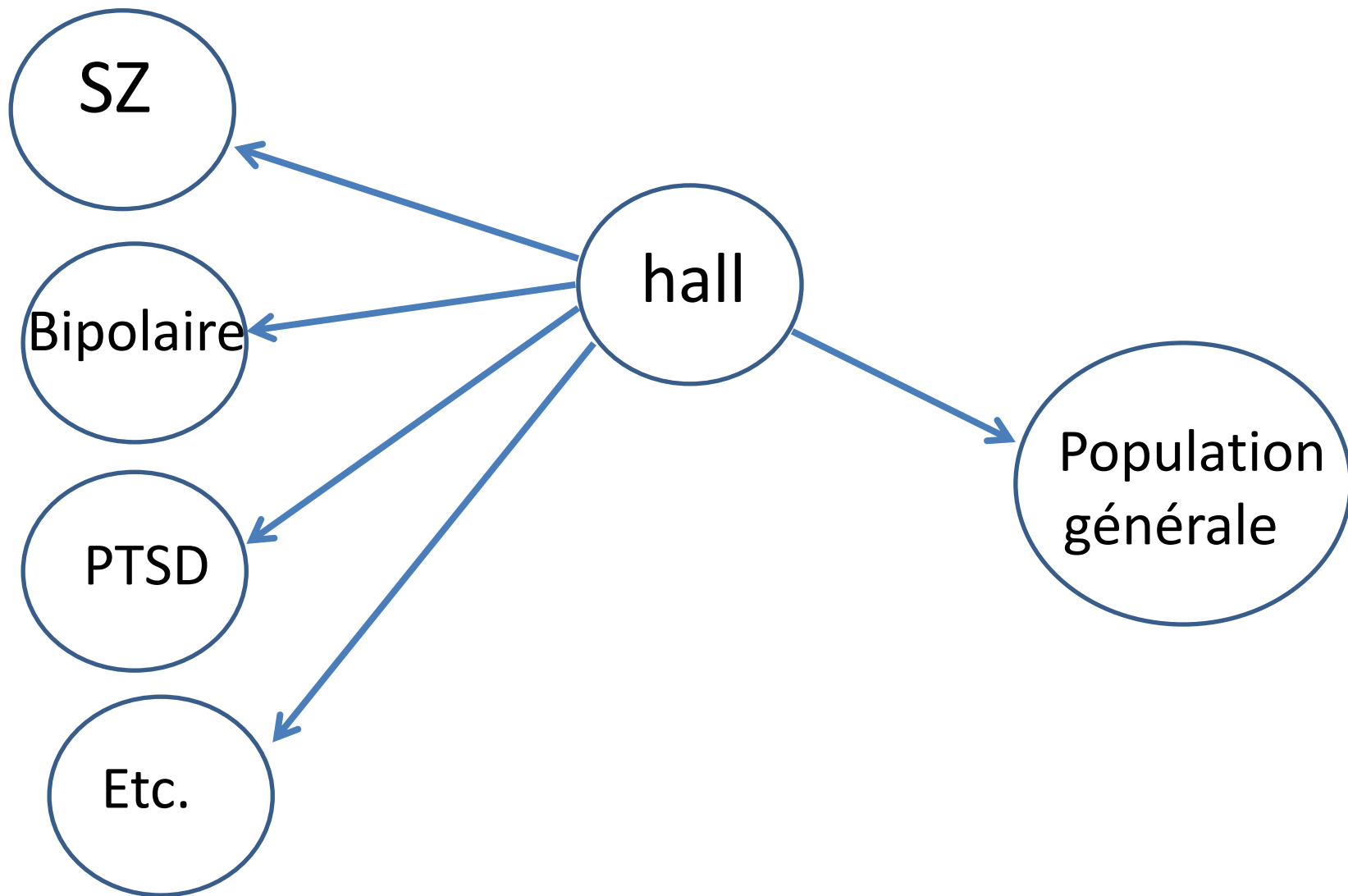
– *Dans bcp : contenu négatif, 3^e personne, fréquentes, peu de contrôle, anxiété/détresse, perturbe VQ*











- Personnes saines, non cliniques peuvent aussi entendre des voix
 - enfants, adultes, personnes âgées

Personnes saines, « non cliniques » peuvent
aussi avoir des hallucinations

- *enfants, adultes, personnes âgées*

- Beavan et al. (2011)
 - 17 études, n = ±70.000
 - Hallucinations auditives : 5-15%

TABLE 3.4
Mean Rates of Hallucinations (Hall.) and Delusions (Del.) in Children and Adolescents in the Nonclinical Population

Study	N	Mean age (in years) of participants (range)	Assessment strategy ^a	Hall.	Hall. or del.	Hall. and del.
Dhossche, Ferdinand, Van der Ende, Hofstra, and Verhulst (2002)	913	14 (11–18)	Youth Self Report	6%	—	—
McGee, Williams, and Poulton (2000)	788	11	DISC	8%	—	—
Yoshizumi, Murase, Honjo, Kaneko, and Murakami (2004)	761	11–12	Designed by authors	21%	—	—
Altman, Collins, and Mundy (1997)	38	16 (13–21)	DIS ^b	33%	—	11%
Poulton et al. (2000)	789	11	DISC	—	13%	—

Note. Dashes in cells indicate that the studies did not examine the aspect indicated. DISC = Diagnostic Interview Schedule for Children; DIS = Psychotic Symptom Module from the Diagnostic Inventory Schedule; From "Hallucinations and Delusions in Children and Adolescents," by F. Larøi, M. Van der Linden, and J.-L. Goëb, 2006, *Current Psychiatry Reviews*, 2, p. 474. Copyright 2006 by Bentham Science Publishers Ltd. Adapted with permission.

^aMany of these instruments are described in the Appendix. ^bPsychotic Symptom Module from this instrument.

TABLE 3.2
Mean Rates of Hallucinations in General Population or Epidemiological Studies

Study	N	Assessment strategy	Hallucinations (%)
Tien (1991)	18,572	NIMH Diagnostic Interview Schedule	10.0–15.0 ^a
Ohayon (2000)	13,057	Sleep-EVAL	38.7
van Os, Hanssen, Bijl, and Ravelli (2000)	7,076	Composite International Diagnostic Interview	1.7–6.2 ^b
Olsson et al. (2002)	1,005	Mini International Neuropsychiatric Interview	13.0
Johns et al. (2004)	8,520	Psychosis Screening Questionnaire	4.2

Note. NIMH = National Institute of Mental Health.

^aIndicates men and women, respectively. ^bIndicates those with true hallucinations and those whose hallucinations were not associated with distress, respectively.

TABLE 3.5
Mean Rates of Hallucinations in the Older Nonclinical Population

Study	N	Mean age (years)	Assessment strategy ^a	Hallucinations (%)
Turvey et al. (2001)	822	80	Item developed by authors	20
Livingston, Kitchen, Manela, Katona, and Copeland (2001)	720	75	Geriatric Mental State Schedule	3.9 ^b
Cole, Dowson, Dendukuri, and Belzile (2002)	125 ^c	78	Item developed by authors	32.8 ^d
Lyketsos et al. (2000)	329–673 ^e	84–81 ^e	Neuropsychiatric Inventory	13.7–0.6 ^e
Larøi, DeFruiy, et al. (2005)	183	69	Modified version of the Launay–Slade Hallucinations Scale	31 ^f

^aMany of these instruments are described in the Appendix. ^bOne-month prevalence rate of persecutory and perceptual disturbance. ^cAll subjects had a certain degree of hearing impairment. ^dRate for auditory hallucinations. ^eParticipants with dementia—participants without dementia. ^fPercentage of participants who responded affirmatively (i.e., possibly applies or certainly applies) to the item, "I often hear a voice speaking my thoughts aloud."

Aleman & Larøi (2008)

- Circonstances / contextes qui peuvent déclencher des hallucinations chez personnes saines :
 - Privation (par ex de sommeil)
 - Fatigue importante
 - Stress important (par ex accidents de guerre, attentats terroristes)
 - Etat de sommeil (par ex avant de s'endormir)
 - Deuil (par ex après mariage long)
 - ...

- Met en question l'idée que les hallucinations sont nécessairement le signe d'une pathologie

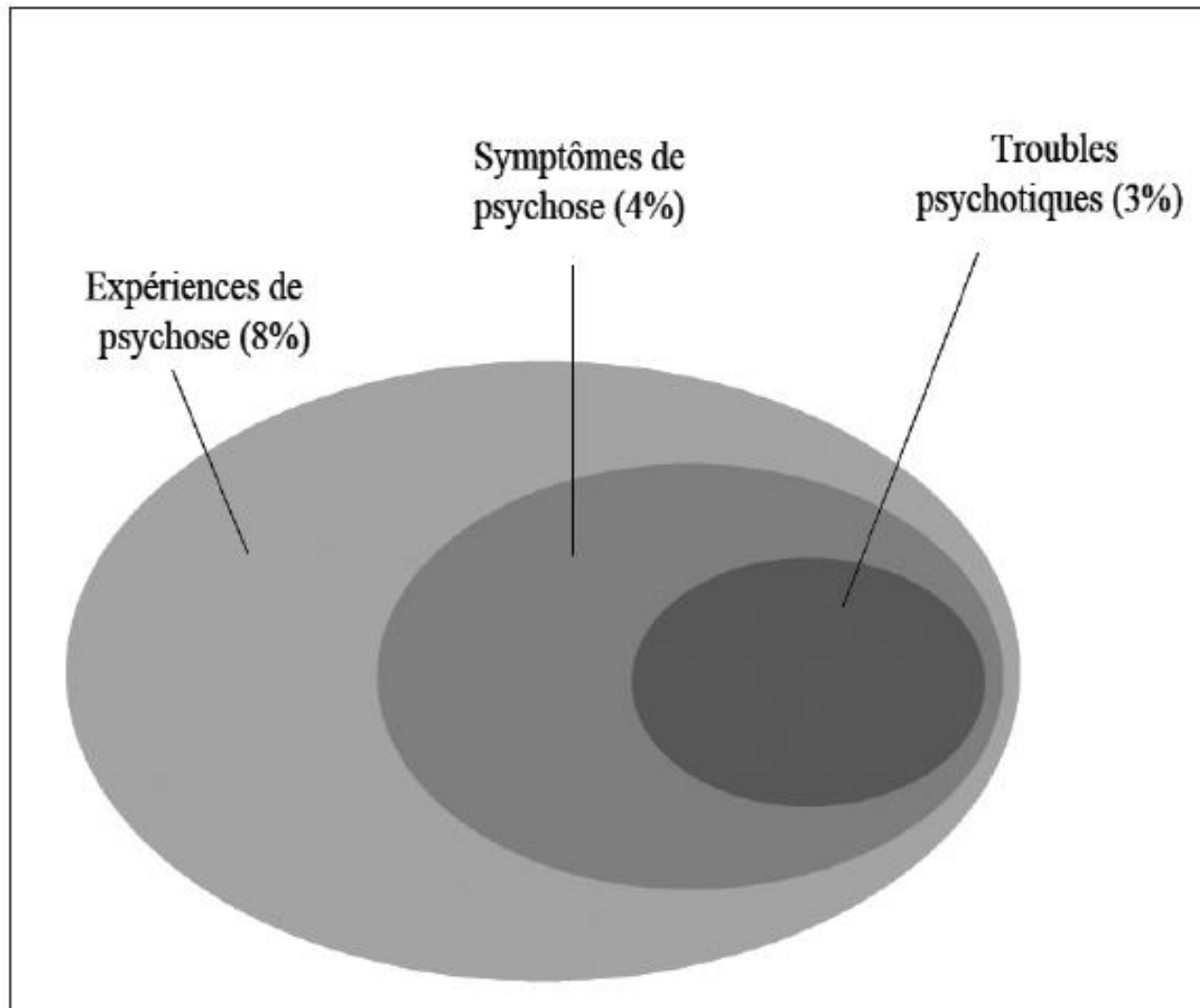


Figure 1. Psychose : variations le long d'un continuum, adapté de Van Os et coll. (2009).

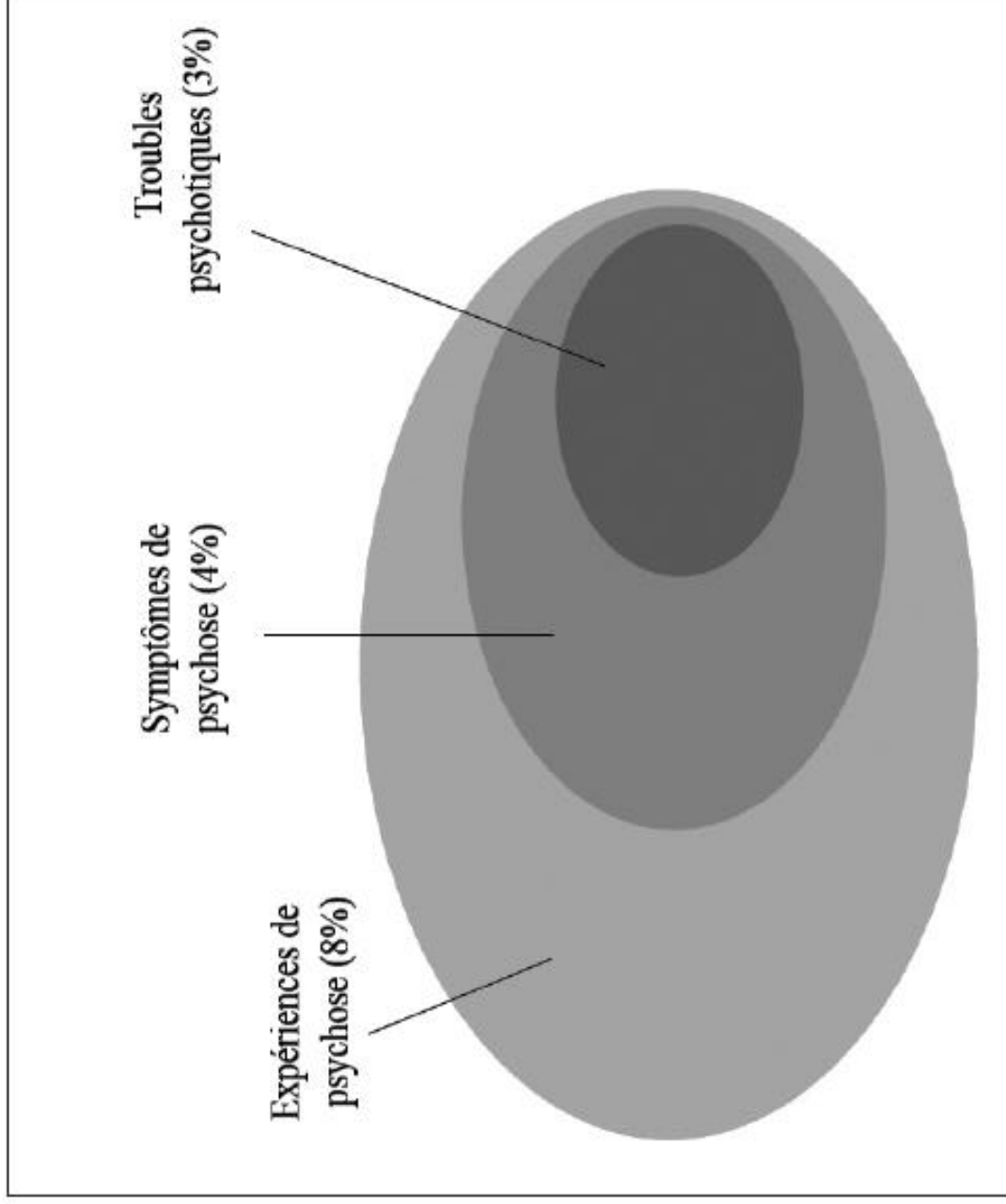


Figure 1. Psychose : variations le long d'un continuum, adapté de Van Os et coll. (2009).



Schizophrénie avec hallucinations

Hallucinations fréquemment avec d'autres troubles

Hallucinations fréquemment

Hallucinations parfois/rarement (contextes particuliers)

- Pourquoi des personnes montent sur le triangle?
 - Comparer HA chez patients versus « nonpatients » (entendeurs de voix)
 - Etudes épidémiologiques/longitudinales

- Pourquoi des personnes montent sur le triangle?
 - Comparer HA chez patients versus « nonpatients » (entendeurs de voix)
 - Etudes épidémiologiques/longitudinales

The Same or Different? A Phenomenological Comparison of Auditory Verbal Hallucinations in Healthy and Psychotic Individuals

Kirstin Daalman, MSc; Marco P. M. Boks, MD, PhD;
Kelly M. J. Dieren, MSc; Antoin D. de Weijer, MSc;
Jan Dirk Blom, MD, PhD; René S. Kahn, MD, PhD; and Iris E. C. Sommer, MD, PhD

Schizophrénie avec hallucinations

Hallucinations fréquemment avec d'autres troubles

Hallucinations fréquemment

Hallucinations parfois/rarement (contextes particuliers)

Différences / similitudes entre hallucinations cliniques et non cliniques?

- Daalman et al. (2011), 2 groupes :
 1. Patients avec psychose (n=118) avec hallucinations (min. 1 fois/mois, pendant 1 an)
 2. Personnes saines (n=111) avec hallucinations (min. 1 fois/mois, pendant 1 an)

Différences / similitudes entre hallucinations cliniques et non cliniques?

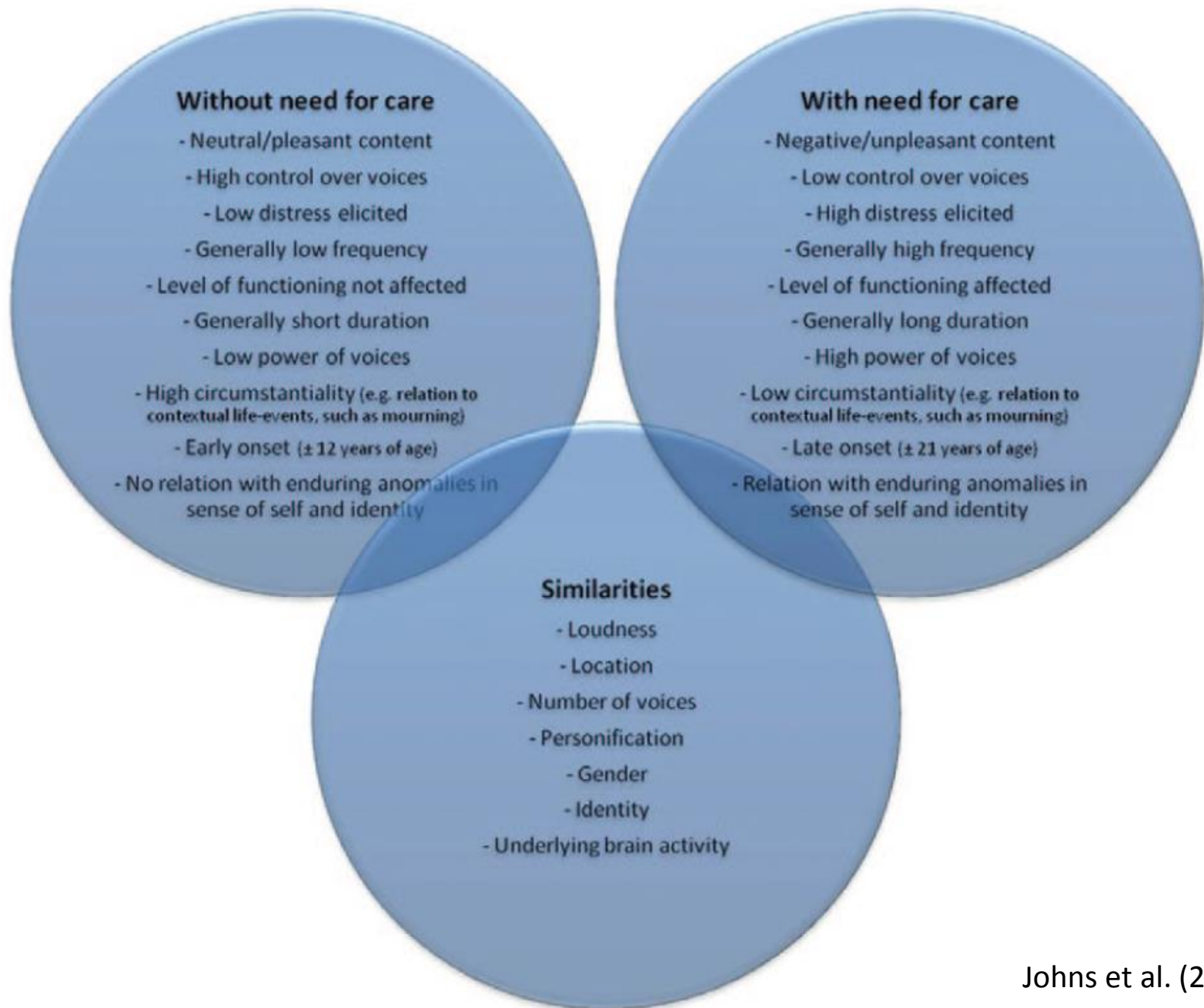
- Daalman et al. (2011), 2 groupes :
 1. Patients avec psychose (n=118) avec hallucinations (min. 1 fois/mois, pendant 1 an)
 2. Personnes saines (n=111) avec hallucinations (min. 1 fois/mois, pendant 1 an)

— Résultats :

- Pas de différences : localisation, volume, nombre de voix, personnification

— Résultats :

- Pas de différences : localisation, volume, nombre de voix, personnification
- Différences : contenu négatif, détresse, perturbations dans la vie quotidienne, fréquence, durée, degré de contrôle
- Croyances :
 - *Personnes saines* : voix attribuées plus souvent à des sources spirituelles (esprits des personnes décédées, anges, présences, ...)
 - *Patients* : voix attribuées plus souvent à des vraies personnes (police secrète, personnes télépathiques, voisins malveillant, ...)



- Pourquoi des personnes montent sur le triangle?
 - Comparer HA chez patients versus « nonpatients » (entendeurs de voix)
 - Etudes épidémiologiques/longitudinales

- Étude épidémiologique & longitudinale
(Krabbendam et al., 2005)

- Étude épidémiologique & longitudinale

(Krabbendam et al., 2005)

- 4670 participants
- suivi 1 et 3 ans après

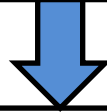
- Étude épidémiologique & longitudinale
(Krabbendam et al., 2005)
 - 4670 participants
 - suivi 1 et 3 ans après
- Quelles variables augmentent sig. le risque de devenir un « cas clinique » ?

- Étude épidémiologique & longitudinale
(Krabbendam et al., 2005)
 - 4670 participants
 - suivi 1 et 3 ans après
- Quelles variables augmentent sig. le risque de devenir un « cas clinique » ?
 - (1) Forte propension aux hallucinations
 - (2) + Facteurs médiateurs :
 - émotions négatives
 - (propension aux idées délirantes)

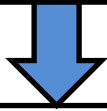
- Ce n'est pas la nature des hallucinations en tant que telle qui détermine si une personne devient un patient (ou un « cas clinique ») **mais plutôt :**

— la façon dont les personnes réagissent (par ex émotionnellement) face à ces expériences

L'expérience



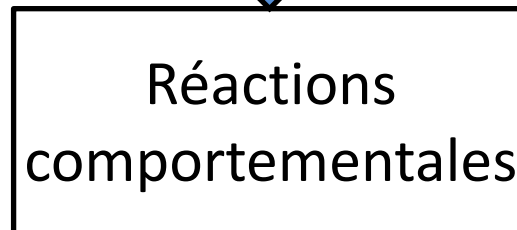
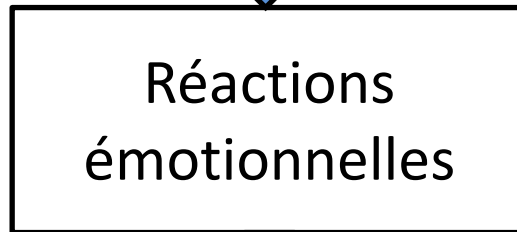
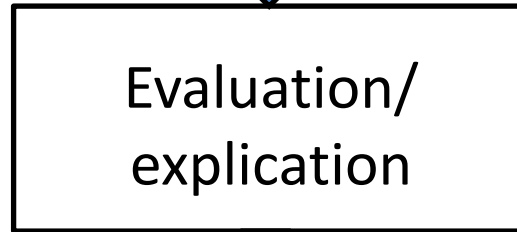
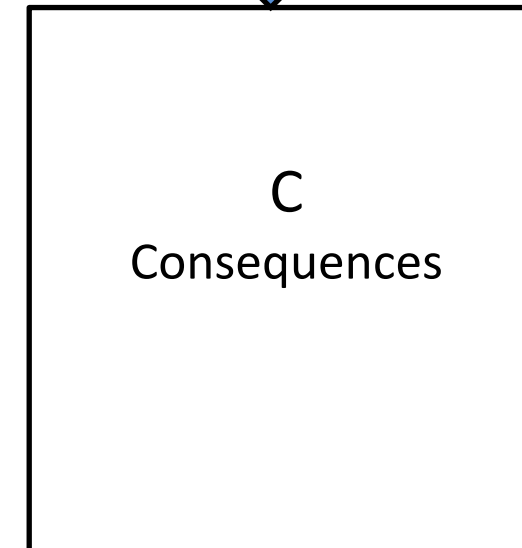
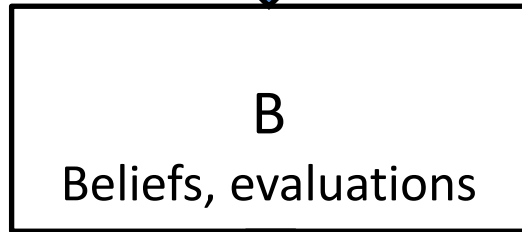
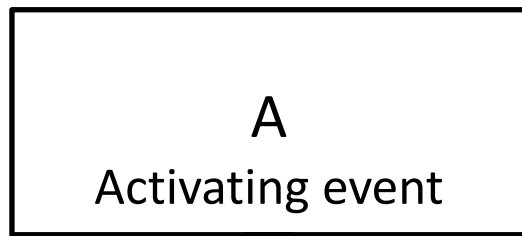
Evaluation/
explication

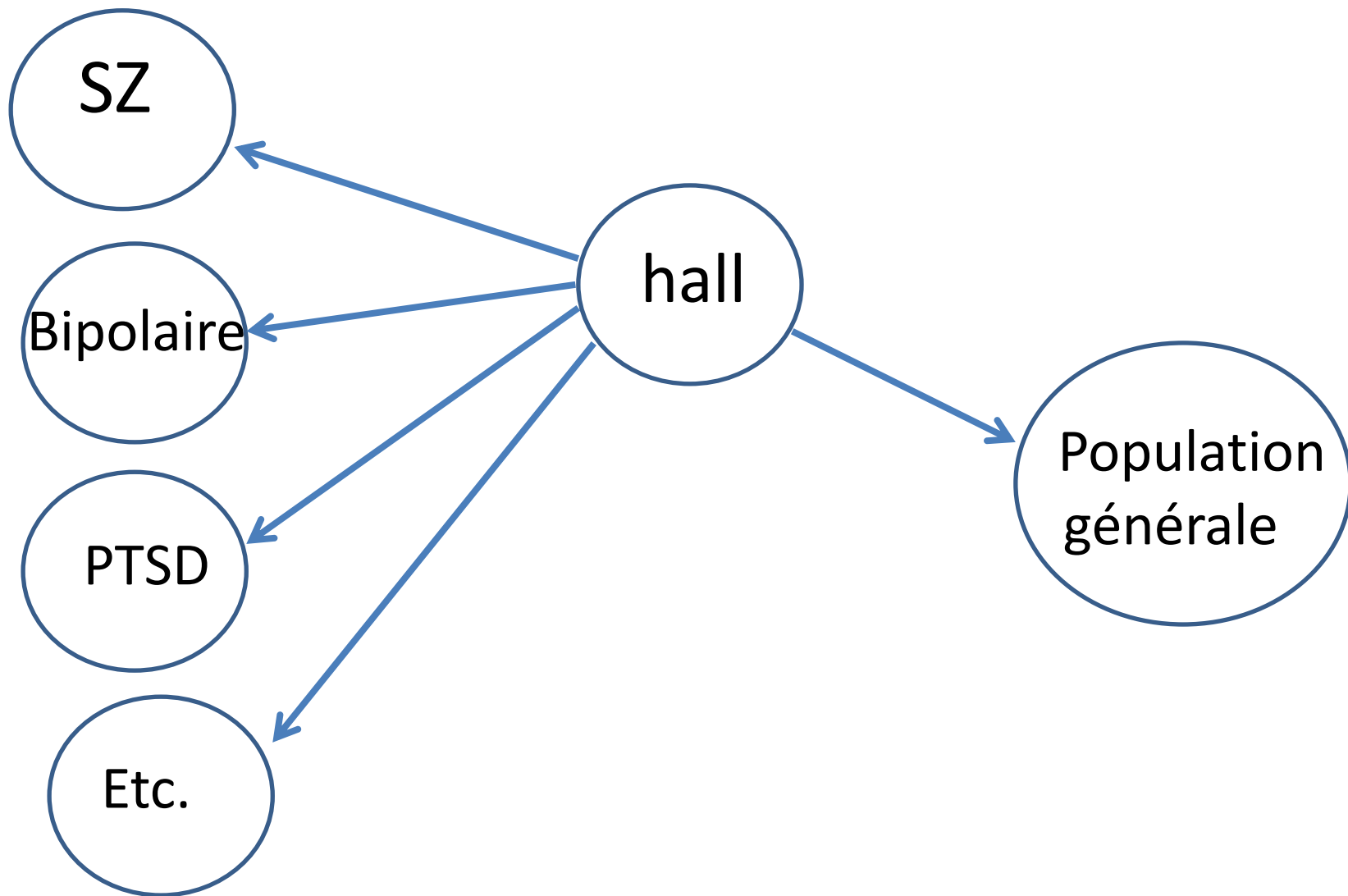


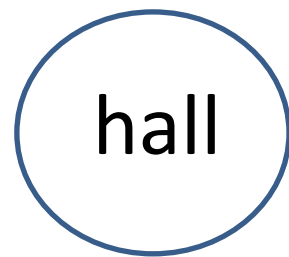
Réactions
émotionnelles

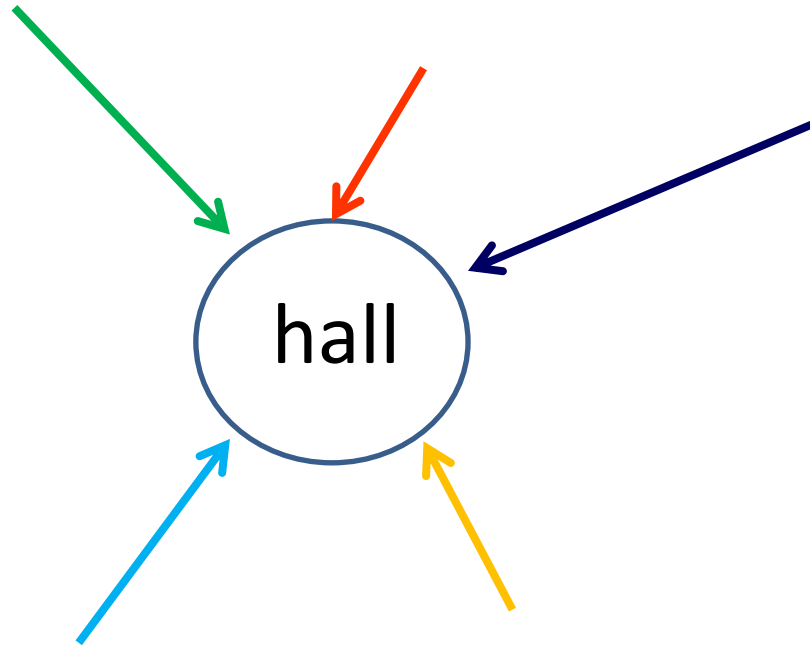


Réactions
comportementales









Interventions pour les hallucinations

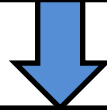
- Traitement pharmacologique : un traitement important pour les symptômes psychotiques
 - Cependant, malgré un traitement pharmacologique approprié et stable, symptômes persistent chez 25-70% de patients souffrant de schizophrénie
 - Également problème avec : effets secondaires, compliance, rechutes ...

Interventions psychologiques des hallucinations

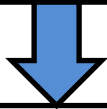
- Comportementale
 - Stratégies de coping
- Cognitive, « appraisals »
 - croyances concernant ses voix
- Relation avec les voix
 - rang social
- Cognitive, processus attentionnels
 - Attention Training Technique (ATT)

- Comportementale
 - Stratégies de coping
- Cognitive, « appraisals »
 - croyances concernant ses voix
- Relation avec les voix
 - rang social
- Cognitive, processus attentionnels
 - Attention Training Technique (ATT)

L'expérience



Evaluation/
explication



Réactions
émotionnelles



Réactions
comportementales

Stratégies de coping

- Stratégies employées par les patients afin de « gérer » les expériences psychotiques
- 60-90% patients avec schizophrénie avec hallucinations les utilisent (Carter et al., 1996; Nayani & David, 1996)
 - Une proportion importante des stratégies sont :
 - « construites » par les patients eux-mêmes (« natural coping »)
 - peu efficaces / pas du tout efficaces
- Degré de coping (nombre total de stratégies utilisées) => la sévérité de la psychose et la détresse associée

- Stratégies inadaptées = « safety behaviours »
(comportements de recherche de sécurité)
 - Stratégies inefficaces car :
 - donnent une solution à courte-terme
 - renforcent croyances inadaptées concernant les voix
 - augmentent détresse / anxiété
 - ...

- « *Maastricht Assessment of Coping Strategies* » (Bak et al., 2001)
 - Stratégies actives (ex. : distraction, chercher de l'aide, socialisation)
 - Stratégies passives (ex. : isolation, utilisation des médicaments prescrits / non prescrits, regarder la télévision)
 - Comportement symptomatique (ex. : obéir aux symptômes)
- Groupe de patients schizophrènes
 - Stratégies actives => important degré de contrôle sur les expériences psychotiques
 - Stratégies passives => faible degré de contrôle sur les expériences psychotiques

Farhall (2010) :

- Antécédents
 - situation, émotions, niveau de stimulation ...
- L'expérience
 - fréquence, contenu, durée ...
- 1. Primary appraising : une menace pour la personne
- 2. Secondary appraising: Que puis-je faire?
- 3. Coping response:
 - Faire quelque chose (comportemental)
 - faire une tâche ménagère
 - Penser autrement (cognitive)
 - se dire de ne pas s'inquiéter
 - Changer sensations (physiologique)
 - prendre une douche
- Coping outcome : moi/les voix - mieux, encore pire ... ?

- Thomas et al. (2015) :
 - Stratégies pas nécessairement utilisés comme réponses directe aux voix mais plutôt comme une façon de réagir par rapport au stress en générale
 - Une seule stratégie pour tout les contextes -- **n'existe pas**, donc faut une répertoire vaste d'options
 - mais pas trop vaste car beaucoup de stratégies = voix plus sévères, personnes plus désespérées
 - Autres choses à prendre en compte : par ex : sentiment d'auto-efficacité (Bandura, 1997)
 - « Suis-je capable de prendre cette action? »

Ways of coping with voices

Coping strategies such as those in the list below have been reported by many patients who hear voices. In a research study¹, 35 patients rated how effective they had found each strategy. The list is in order from best to worst.

These were usually helpful for people who tried them:

1. Deliberately go to sleep.
2. Do Prayer/meditation/yoga
3. Play a game/do a chore, sing etc., to take my mind off them.
4. Ask for more medication
5. Seek out the company of others
6. Do some, but not all, of what the voices want
7. Listen to radio or watch T.V. to take my mind off them
8. Talk under my breath
9. Focus on anything/concentrate
10. Listen and accept what the voices say
11. Trick the voices
12. Listen to soothing music
13. Do relaxation
14. Lie down
15. Speak out loud
16. Ignore them, detach from them or not let them worry me
17. Read to take my mind off them
18. Talk to some about the voices/sounds
19. Do physical exercise
20. Move away by yourself
21. Ask the voices to wait, go away, etc.
22. Talk to someone
23. Go for a walk
24. Use earplugs
25. Listen to loud music to drown out voices

Most Effective

Least Effective

These were usually less helpful or not helpful at all:

26. Use alcohol or other drugs
27. Yell or argue back to them
28. Do exactly what the voices want
29. Try to hurt or harm yourself.

¹Farhall J., & Voudouris, N.J. (1996) Persisting auditory hallucinations: Prospects for non-medication interventions in a hospital population. *Behaviour Change*, 13 (1), 112–123.

Ways of coping with voices

Coping strategies such as those in the list below have been reported by many patients who hear voices. In a research study¹, 35 patients rated how effective they had found each strategy. The list is in order from best to worst.

These were usually helpful for people who tried them:

1. Deliberately go to sleep.
2. Do Prayer/meditation/yoga
3. Play a game/do a chore, sing etc., to take my mind off them.
4. Ask for more medication
5. Seek out the company of others
6. Do some, but not all, of what the voices want
7. Listen to radio or watch T.V. to take my mind off them
8. Talk under my breath
9. Focus on anything/concentrate
10. Listen and accept what the voices say
11. Trick the voices
12. Listen to soothing music
13. Do relaxation
14. Lie down
15. Speak out loud
16. Ignore them, detach from them or not let them worry me
17. Read to take my mind off them
18. Talk to some about the voices/sounds
19. Do physical exercise
20. Move away by yourself
21. Ask the voices to wait, go away, etc.
22. Talk to someone
23. Go for a walk
24. Use earplugs
25. Listen to loud music to drown out voices

These were usually less helpful or not helpful at all:

26. Use alcohol or other drugs
27. Yell or argue back to them
28. Do exactly what the voices want
29. Try to hurt or harm yourself.

¹Farhall J., & Voudouris, N.J. (1996) Persisting auditory hallucinations: Prospects for non-medication interventions in a hospital population. *Behaviour Change*, 13 (1), 112–123.

Table 27.2 List of coping strategies

1.	Talking to others
2.	Sleeping
3.	Thinking about something else
4.	Reading (out loud)
5.	Using earplugs (right, left, or in both ears)
6.	Listening to music (with or without headphones)
7.	Listening to a certain type of music
8.	Singing
9.	Humming
10.	Whistling
11.	Listening to the radio
12.	Watching television
13.	Adjusting body position
14.	Relaxing
15.	Indulging in a hobby
16.	Holding water in the mouth or opening the mouth wide
17.	Chewing gum
18.	Physical activity (i.e., strolling, running, cycling)
19.	Talking back to the voices, negotiating with them
20.	Ignoring the voices
21.	Talking out loud (i.e., naming objects in the environment)
	Patients are always asked for their own unique coping strategies: "Are there any other things that you have tried, and that are not on the list?"
22.	...
23.	...
24.	...

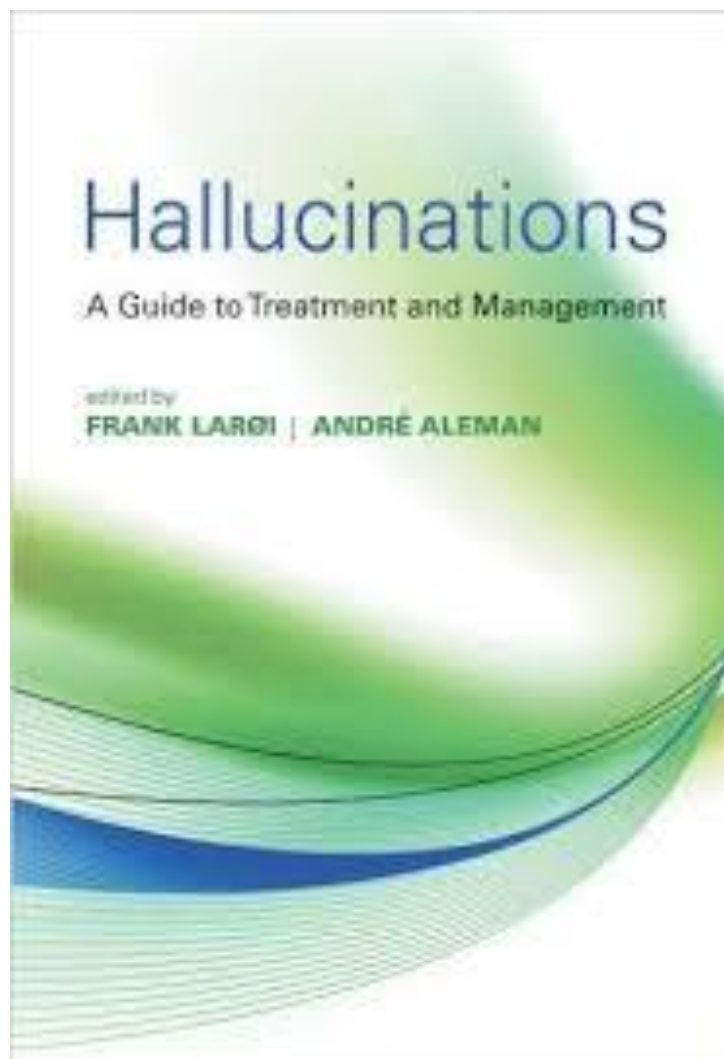
Psychoéducation : Normalisation

- Une technique visant à dédramatiser l'expérience afin que la personne puisse mieux l'accepter
 - Hallucinations comme une réaction normale
- Patients, entourage (famille), société
- Personnes saines sans psychose mais avec hallucinations
 - pas en soi une « preuve » de folie
- Situations qui déclenchent des hallucinations
 - Stress, deuil, substances chimiques, manque de sommeil, traumas, ...
- Peut réduire la détresse associée aux hallucinations (Kingdon & Turkington, 1994; Kingdon & Turkington, 1996)

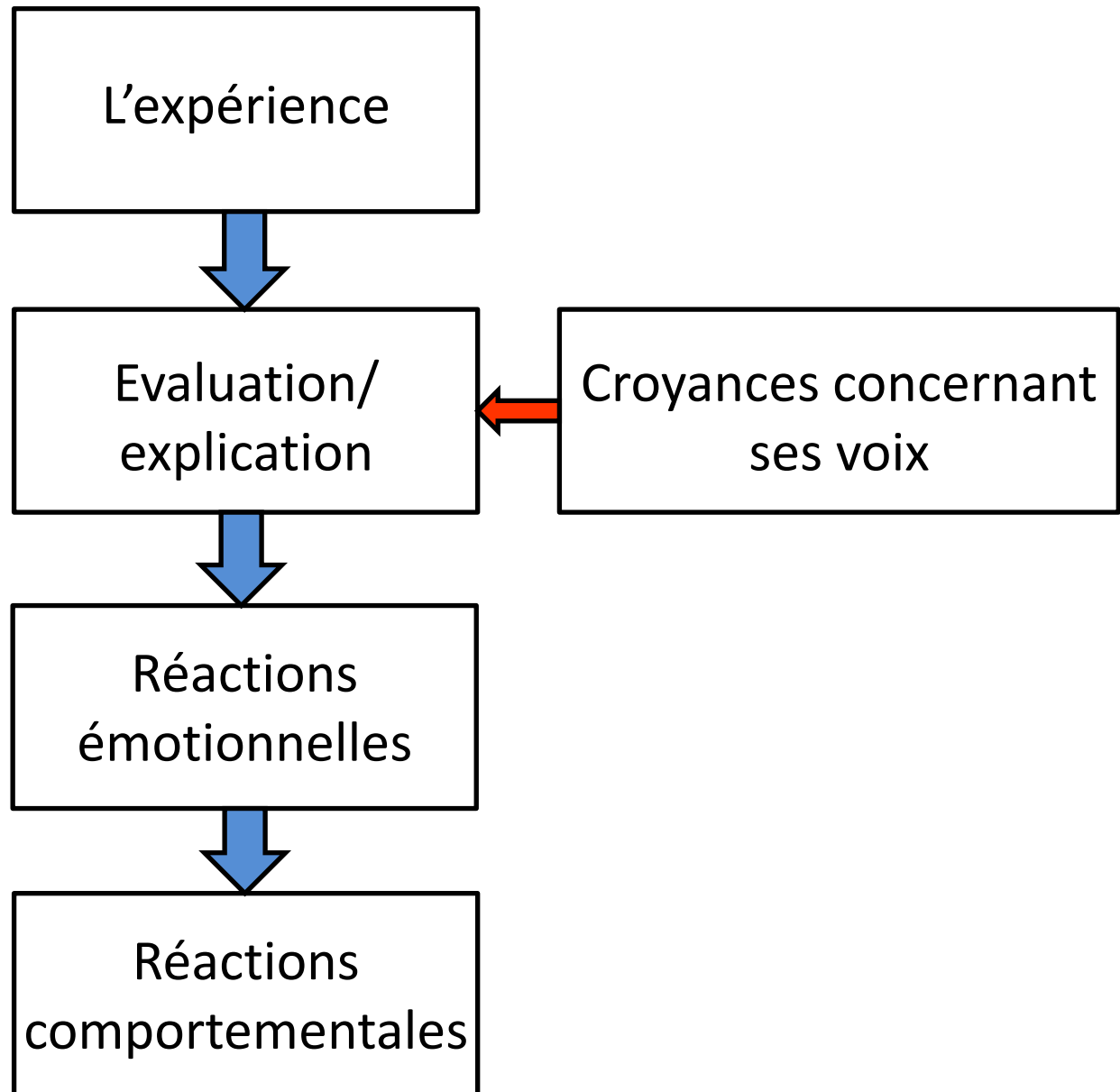
- Garrett et al. (2006)
- 5 exercices de normalisations de la VQ pour illustrer hallucinations & idées délirantes
- Hallucinations : « Le téléphone sonne une fois »
 - Aller au resto avec un ami, l'ami va téléphoner plus tard pour donner l'adresse du resto
 - Vous prenez une douche
 - Vous avez l'impression d'entendre le téléphone sonner
 - Vous arrêtez la douche - mais rien
 - Que pensez-vous ?

Est-ce la sonnerie a une origine externe (réelle) ou interne (imaginée) ?

Chapitres 11 et 12



- Comportementale
 - Stratégies de coping
- Cognitive, « appraisals »
 - croyances concernant ses voix
- Relation avec les voix
 - rang social
- Cognitive, processus attentionnels
 - Attention Training Technique (ATT)



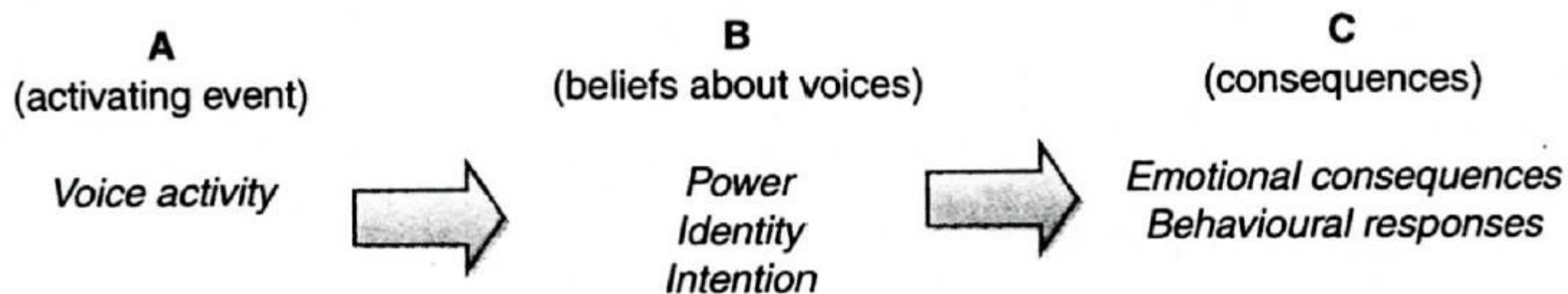


Figure 3.1 Cognitive model of distressing voices.

The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R)

(Chadwick, et al., 2000; avec autorisation de l'auteur – traduction Jérôme Favrod, 2004)

L'échelle donne 5 scores composés de l'addition des items suivants

- Pouvoir : 3, 8, 12, 16, 18, 21
- Malveillance : 1, 4, 6, 9, 11, 14
- Bienveillance : 2, 5, 7, 10, 13, 15
- Résistance : 19, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 31
- Engagement : 17, 20, 24, 26, 32, 33, 34, 35

- Peters et al. (2012)
- 46 patients avec hallucinations

- Peters et al. (2012)
- 46 patients avec hallucinations
- BAVQ-R

- Peters et al. (2012)
- 46 patients avec hallucinations
- BAVQ-R
- Mesures de détresse, dépression, anxiété, estime de soi, présence d'idées suicidaires

Résultats

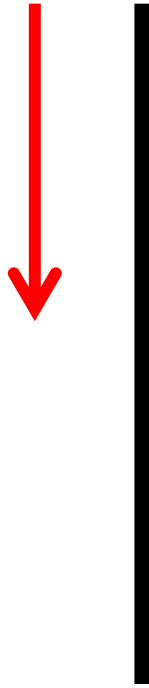
- Niveaux élevés de détresse, dépression, anxiété et niveau bas d'estime de soi et une présence d'idées suicidaires associées :
 - aux voix omnipotentes et voix malveillantes

Résultats

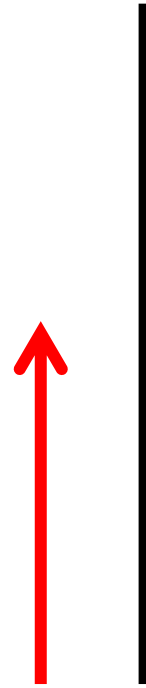
- Niveaux élevés de détresse, dépression, anxiété et niveau bas d'estime de soi et une présence d'idées suicidaires associées :
 - aux voix omnipotentes et voix malveillantes
 - pas associées sig. aux caractéristiques comme :
sévérité, fréquence, intensité des voix

Pistes d'interventions

- Ré examiner les voix perçues comme omnipotentes et malveillantes
 - « Est-ce que les voix puissent prédire les titres du journal pour le lendemain ? »
 - « Pourriez-vous trouver des exemples de quand vous avez refusé d'obéir mais sans conséquences (négatives) spécifiques ? »
 - « Est-ce que les voix possèdent des informations sur vous-même que vous ne connaissez pas déjà ? »
 - « Pourquoi les voix veulent vous faire des vilaines choses (punir) ? »

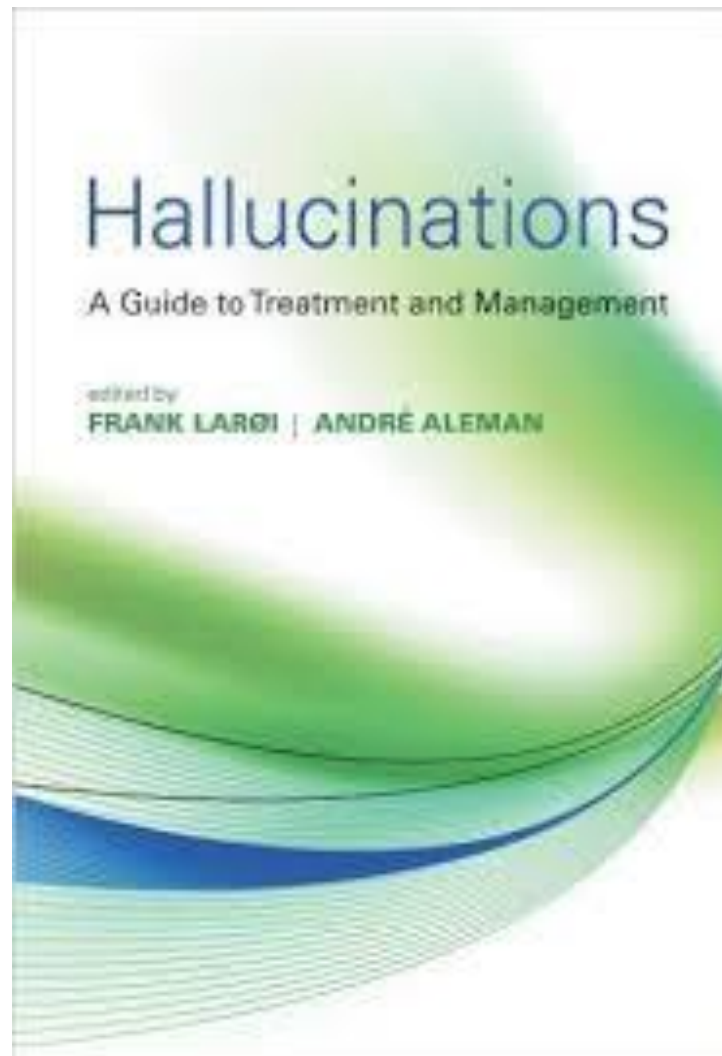


le degré de contrôle que les
voix exercent sur moi



mon contrôle sur
les voix

Chapitre 6



- Comportementale
 - Stratégies de coping
- Cognitive, « appraisals »
 - croyances concernant ses voix
- Relation avec les voix
 - rang social
- Cognitive, processus attentionnels
 - Attention Training Technique (ATT)

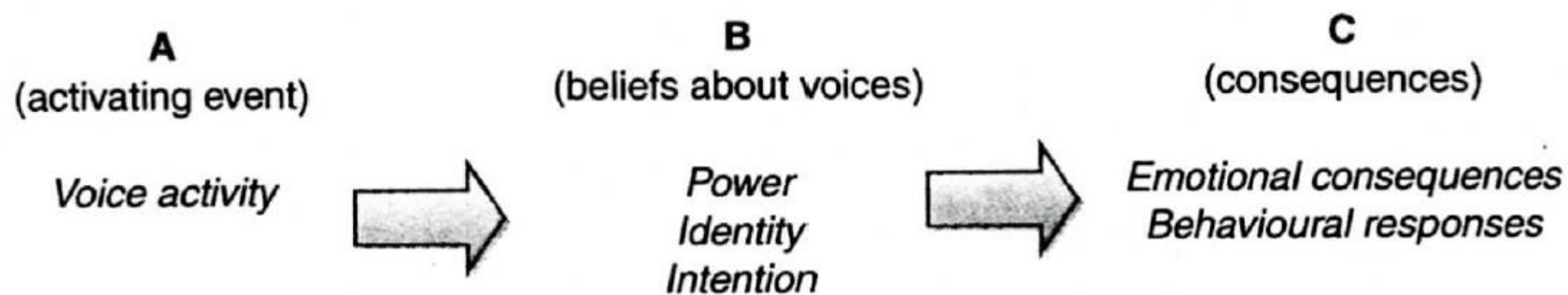


Figure 3.1 Cognitive model of distressing voices.

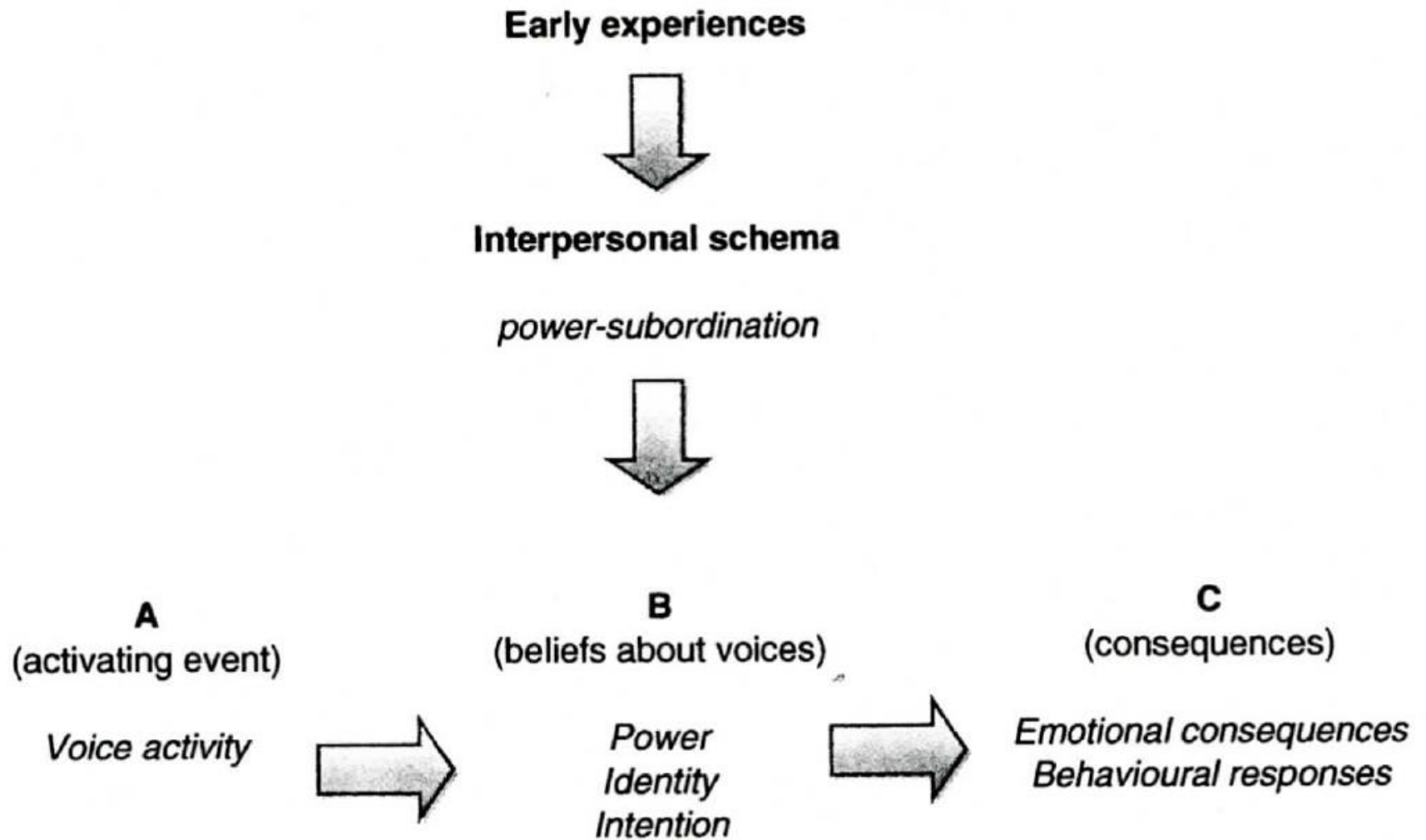
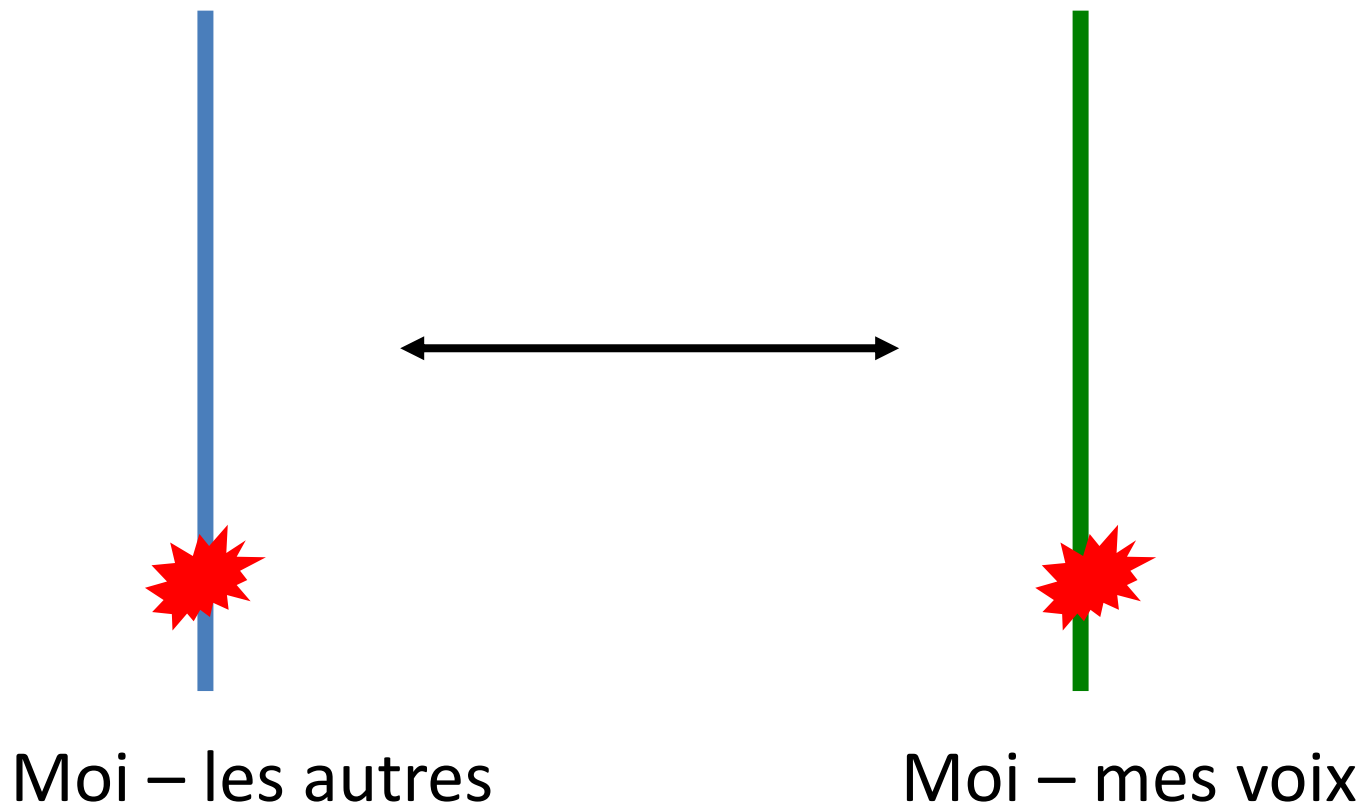


Figure 3.2 Cognitive model of distressing voices extended to include interpersonal schema.



Moi – les autres





Moi – les autres

« Je suis faible, les autres
sont forts »



Moi – les autres

« Je suis faible, les autres
sont forts »

Moi – mes voix

« Je suis faible, mes voix sont
omnipotentes »

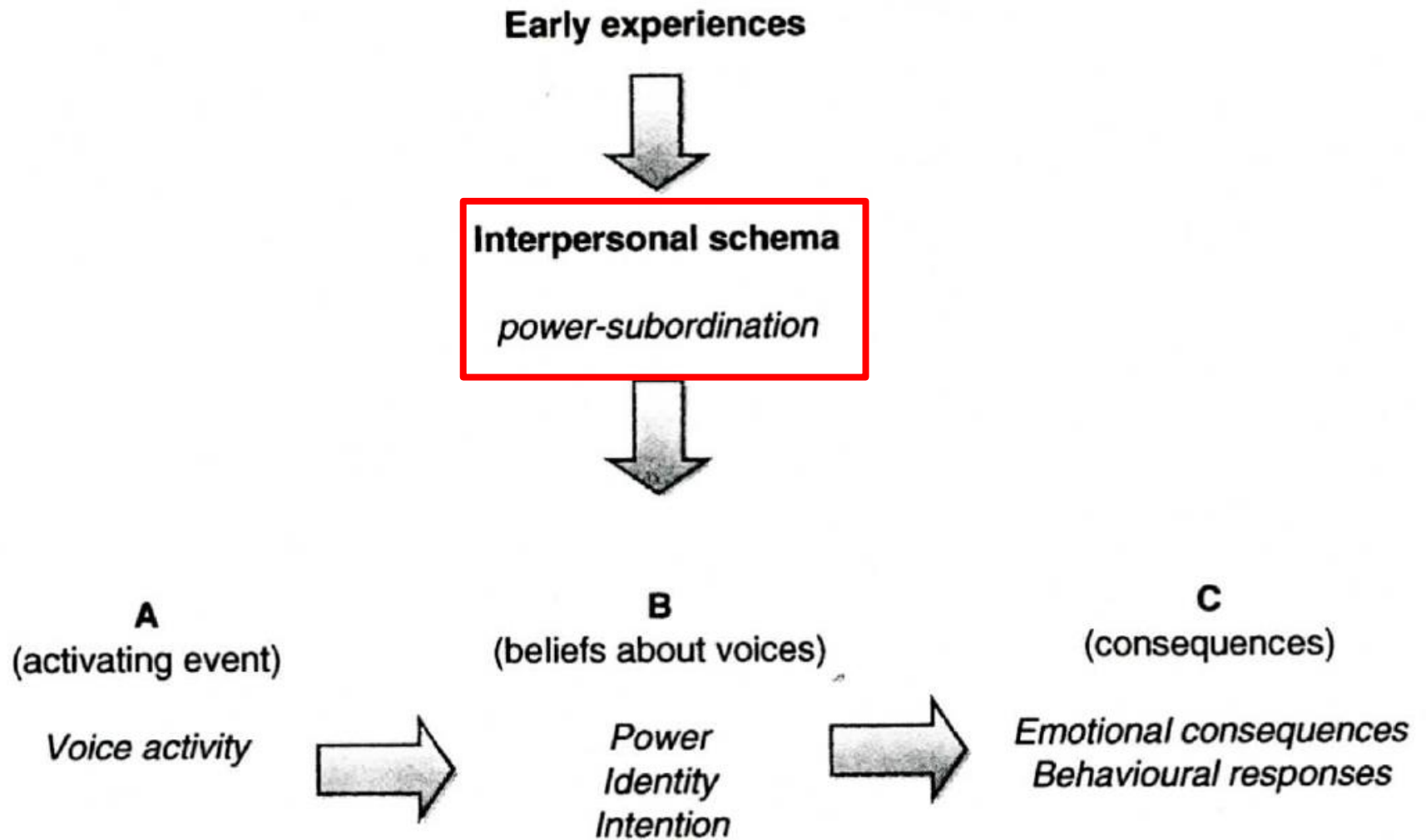


Figure 3.2 Cognitive model of distressing voices extended to include interpersonal schema.

- Schémas interpersonnels
 - Développés pendant l'enfance

- Schémas interpersonnels
 - Développés pendant l'enfance
 - Association sig. entre trauma pendant l'enfance et psychoses/hallucinations

Relation entre trauma et psychose

Schizophrenia Bulletin
doi:10.1093/schbul/sbs050

Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies

Filippo Varese^{†,1,2}, Feikje Smeets^{†,3}, Marjan Drukker³, Ritsaert Lieve³, Tineke Lataster³, Wolfgang Viechtbauer³, John Read⁵, Jim van Os^{*,3,4}, and Richard P. Bentall¹

Varese et al. (2012)

Relation entre trauma et psychose

- Méta-analyse (36 études) : association sig. entre psychose et événements négatifs (dans l'enfance)
- 2,8 fois chance de développer une psychose (33% moins de patients)

Table 2. Results of the separate meta-analyses focusing on specific adverse experiences

	<i>k</i>	OR (95% CI), <i>p</i> value	<i>Q</i> test	<i>I</i> ² (%)
Sexual abuse	20	2.38 (1.98–2.87), <i>p</i> < .001	<i>Q</i> = 34.5, <i>p</i> < .05	44.9
Physical abuse	13	2.95 (2.25–3.88), <i>p</i> < .001	<i>Q</i> = 47.8, <i>p</i> < .001	74.9
Emotional abuse	6	3.40 (2.06–5.62), <i>p</i> < .001	<i>Q</i> = 23.1, <i>p</i> < .001	78.3
Bullying	6	2.39 (1.83–3.11), <i>p</i> < .001	<i>Q</i> = 19.1, <i>p</i> < .01	73.9
Parental death	8	1.70 (0.82–3.53), <i>p</i> = .154	<i>Q</i> = 35.4, <i>p</i> < .001	80.2
Neglect	7	2.90 (1.71–4.92), <i>p</i> < .001	<i>Q</i> = 32.9, <i>p</i> < .001	81.8

- Plus spécifiquement :
- Relation entre trauma et hallucinations
auditivo-verbales chez patients avec
psychoses (Read et al., 2005 ; Longden et al., 2012 ;
Sheffield et al., 2013 ; Bentall et al., 2012)

- Intervention : schémas interpersonnels des personnes avec hallucinations
 - Schémas dominant-subordonné
 - « Je suis faible, les autres sont plus forts que moi »

- Intervention : schémas interpersonnels des personnes avec hallucinations
 - Schémas dominant-subordonné
 - « Je suis faible, les autres sont plus forts que moi »
 - Auto-évaluations négatives
 - « Je suis quelqu'un de mauvais, sans valeur »

- Intervention : schémas interpersonnels des personnes avec hallucinations
 - Schémas dominant-subordonné
 - « Je suis faible, les autres sont plus forts que moi »
 - Auto-évaluations négatives
 - « Je suis quelqu'un de mauvais, sans valeur »
 - Règles / suppositions inadaptées
 - « Afin d'être quelqu'un de bien il faut être apprécié par tout le monde / il faut faire des choses parfaitement »

- Présentation générale du modèle utilisé pour la vignette (Meaden et al., 2010)

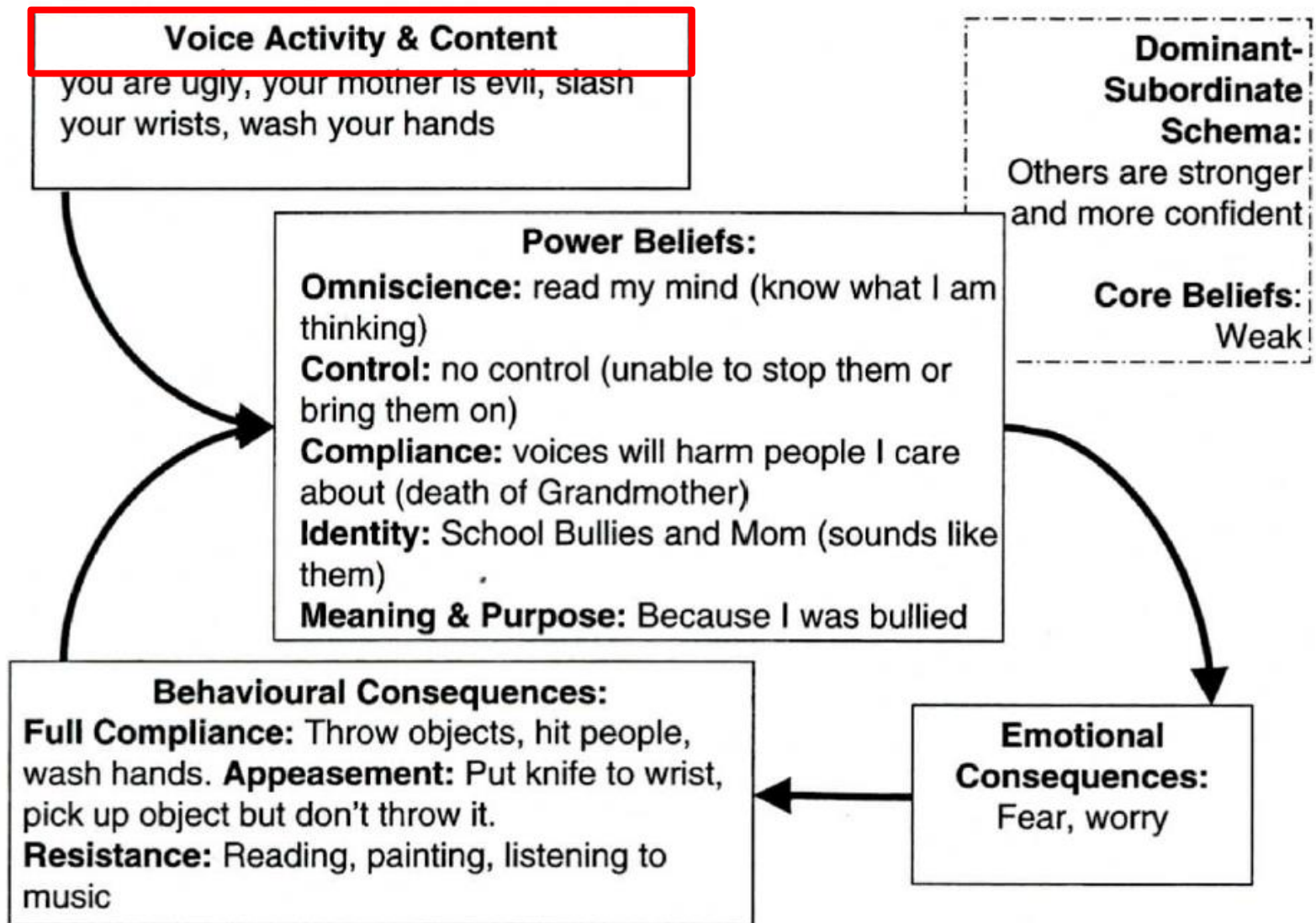


Fig. 7.2 CTCH formulation template for Kevin.

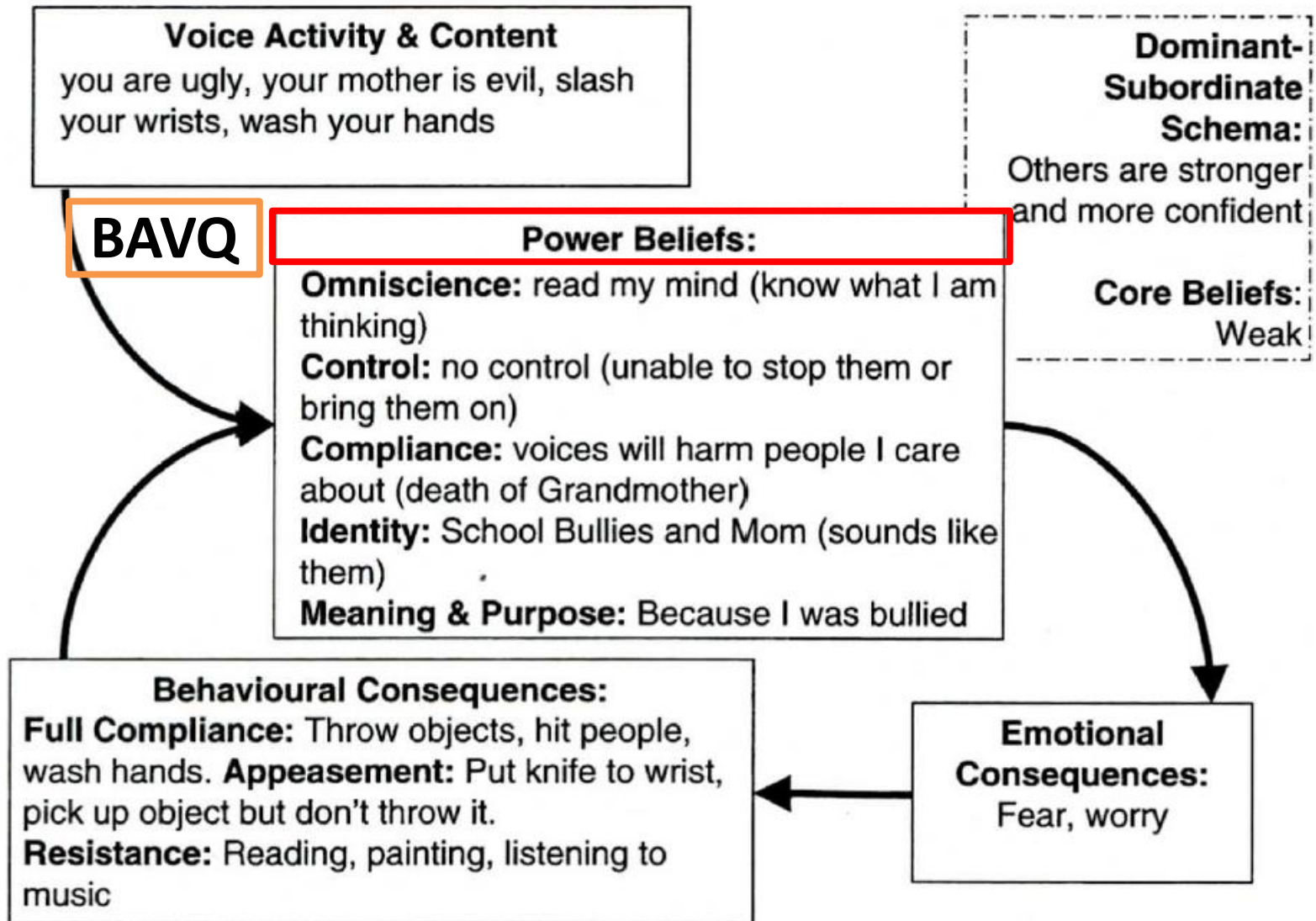


Fig. 7.2 CTCH formulation template for Kevin.

Schémas

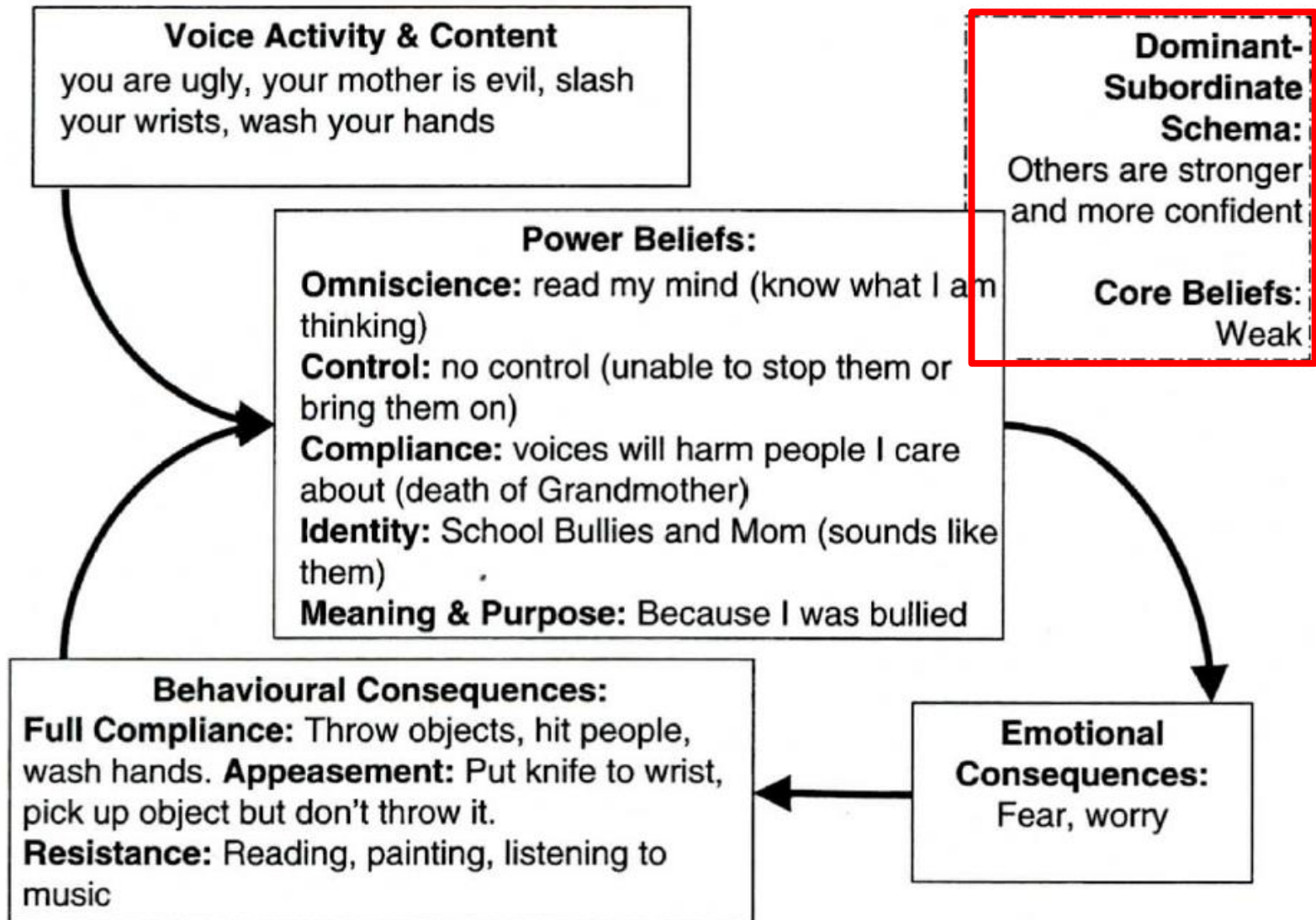


Fig. 7.2 CTCH formulation template for Kevin.

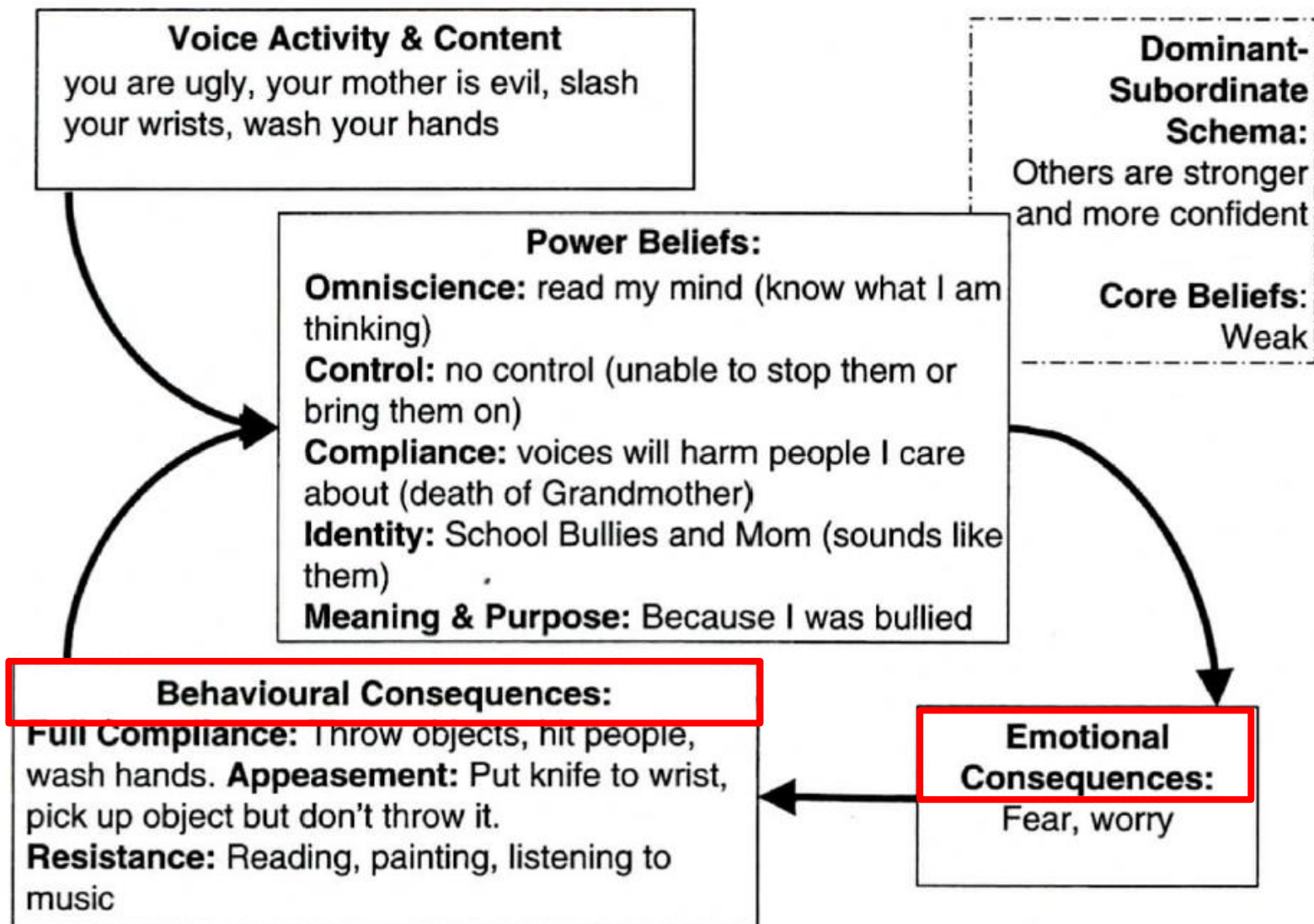


Fig. 7.2 CTCH formulation template for Kevin.

- Kevin
- 18 ans, enfance difficile (violence domestique), père parti à l'âge de 4 ans, grand-mère (très proche) décédée (cancer) peu de temps avant
- TOC & hallucinations
 - 2 voix, (masculine, féminine), plusieurs fois par jour, malveillante (« tu es moche ») et commandements (« coupez ton poignet »)

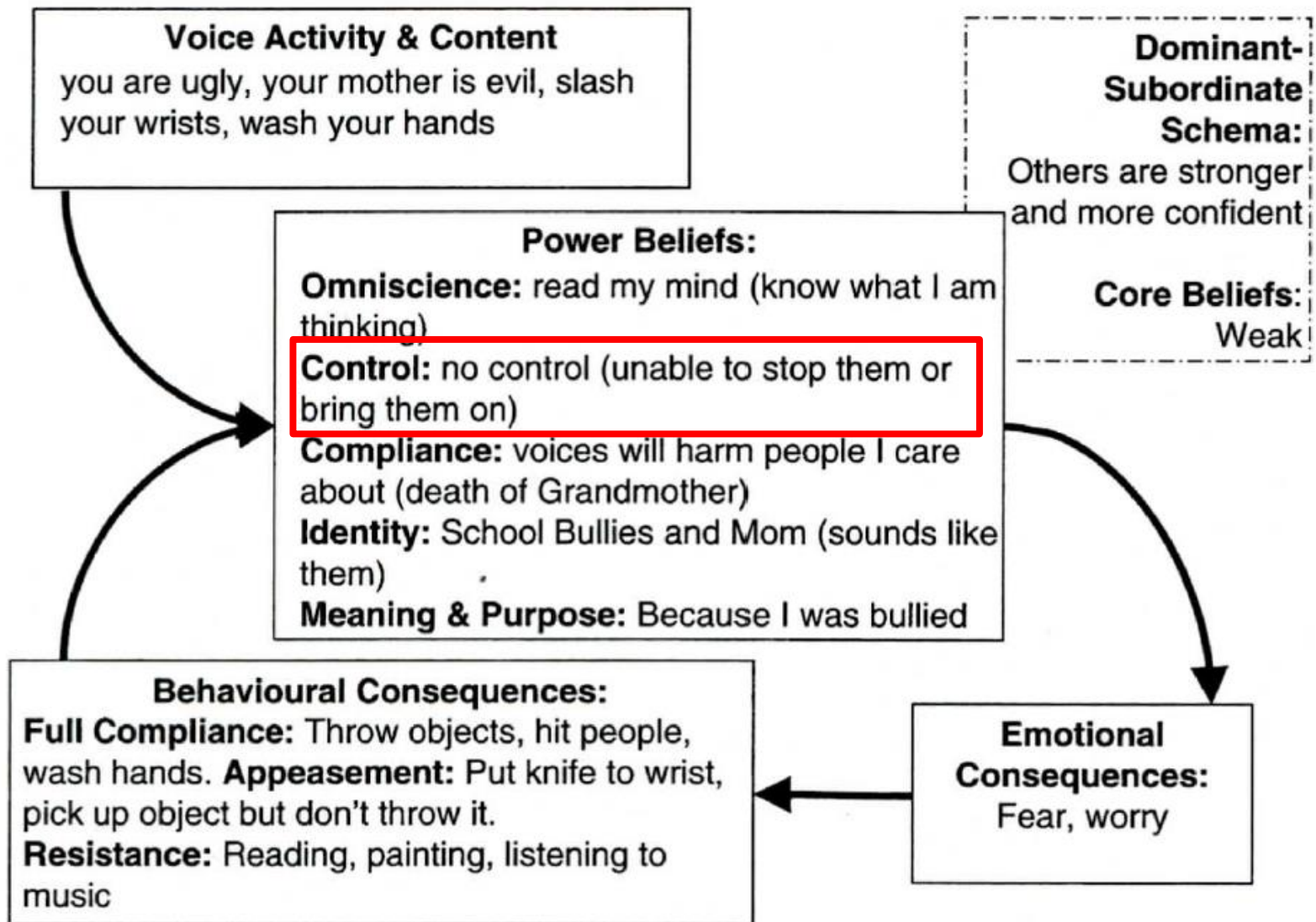
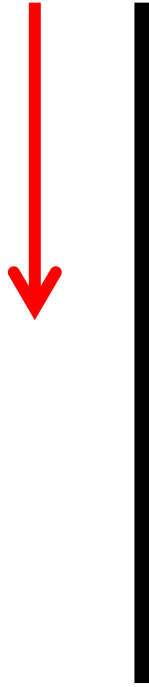
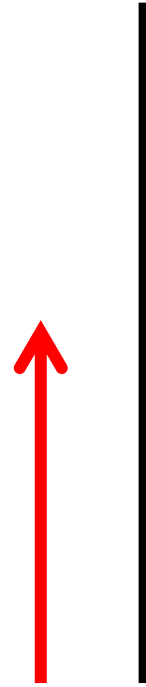


Fig. 7.2 CTCH formulation template for Kevin.

- Croyances concernant degré de contrôle des voix
 - « Les voix plus puissantes qui moi »
 - Identification et utilisation des stratégies de coping efficaces (parler avec quelqu'un de confiance, lire un livre à voix haute, écouter de la musique relaxante, jeux vidéos, dessiner/peindre, se promener)
 - Dans ces situation il est plus fort que les voix



le degré de contrôle que les
voix exercent sur moi



mon contrôle sur
les voix

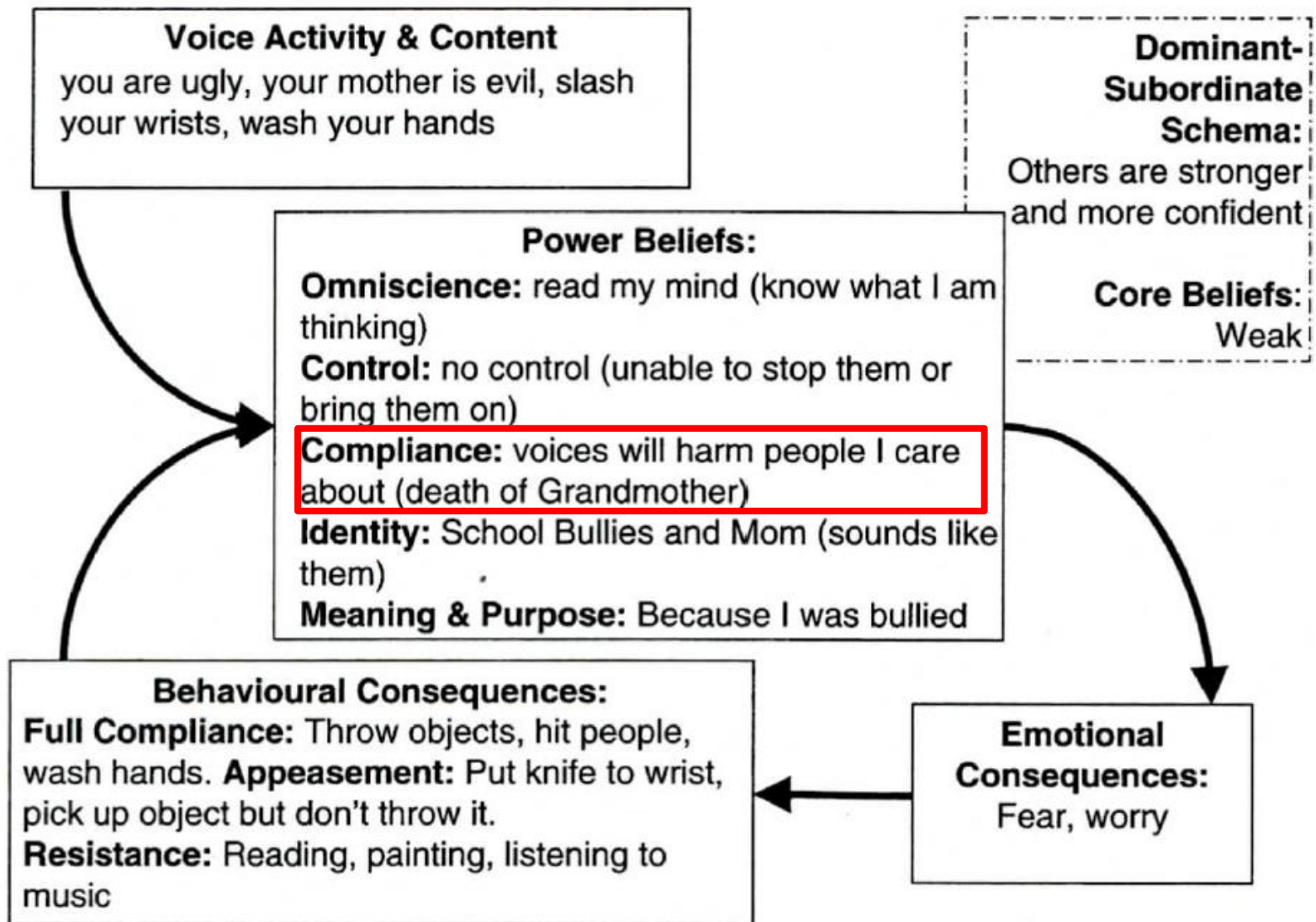
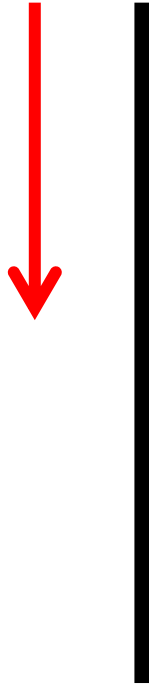
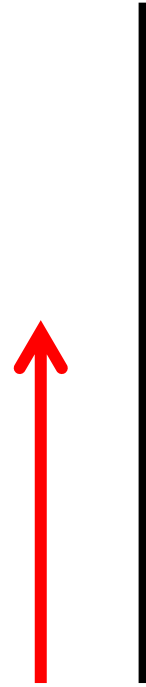


Fig. 7.2 CTCH formulation template for Kevin.

- Compliance (obéir/résister aux voix)
 - « Si je ne obéis pas les voix elles vont me faire du mal ou aux autres personnes proches »
 - Que des objets physiques peuvent faire du mal (un couteau, une balle), les voix ne sont pas des objets physiques donc ne peuvent pas faire du mal
 - Tonalité intense & agressive des voix : fait peur mais ne sont que des mots et ne peuvent pas faire du mal
 - Beaucoup de répétition : aspect obsessionnel de ses propres pensées
 - Avantages/inconvénients si je obéi ou pas aux voix (surtout faire du mal à soi-même/autres)
 - Les voix continuent parfois même si je les obéi
 - Quand les voix s'arrêtent – courte durée et reviennent quand en colère / anxieux



le degré de contrôle que les
voix exercent sur moi



mon contrôle sur
les voix

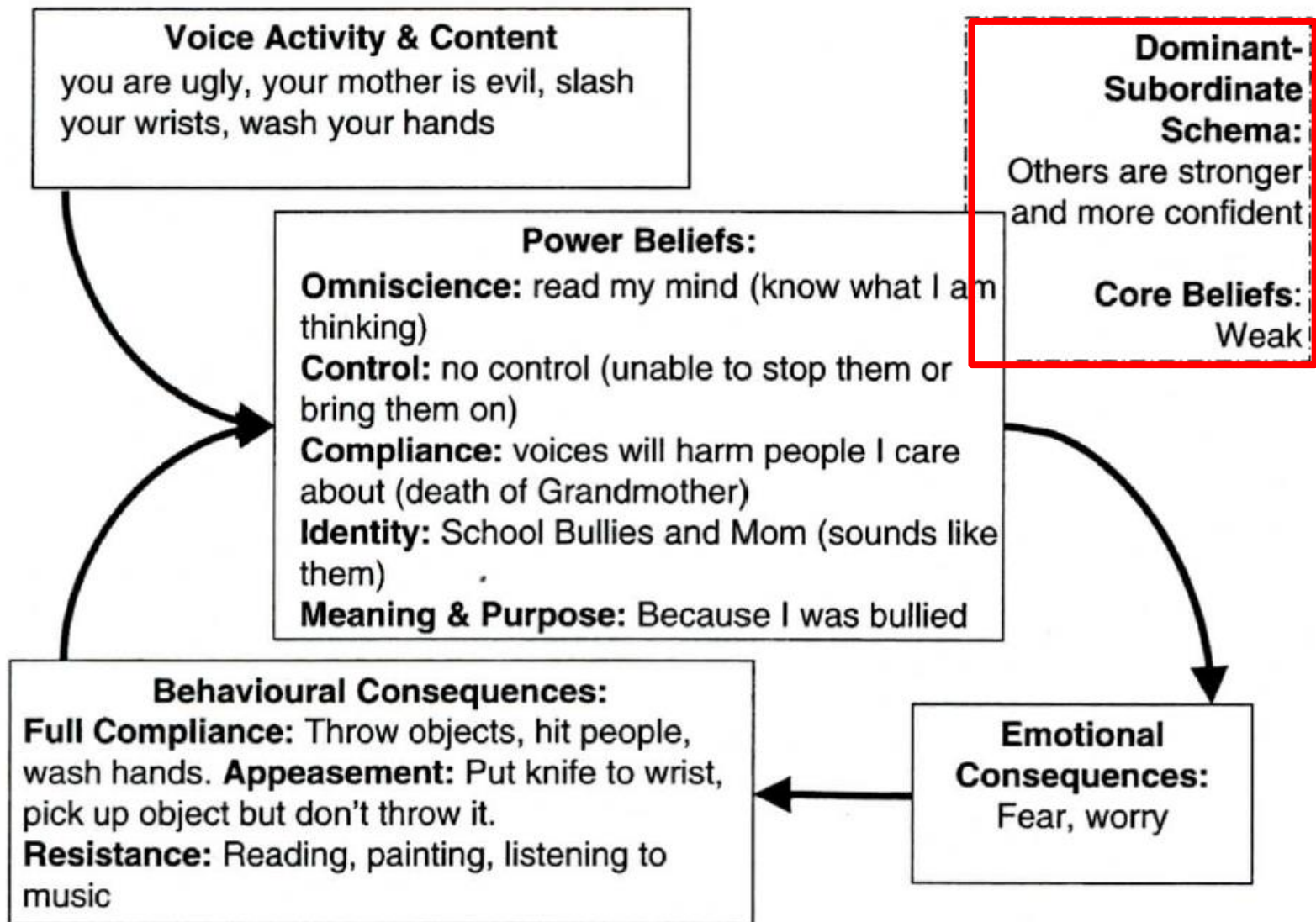
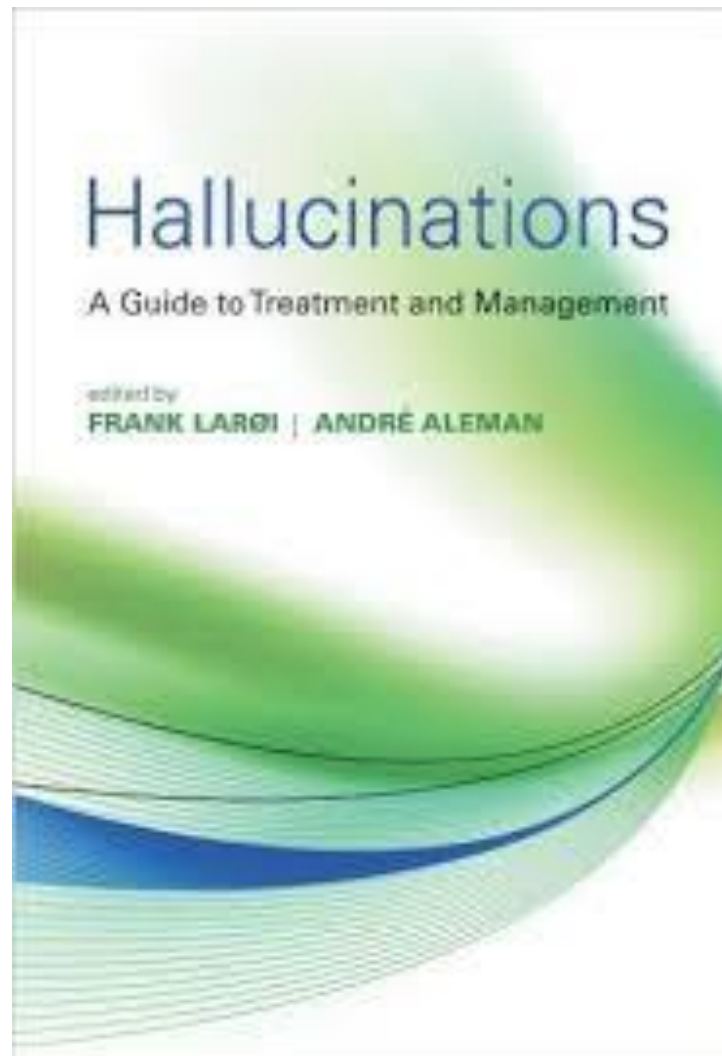


Fig. 7.2 CTCH formulation template for Kevin.

- Aussi travailler plus généralement sur autres choses mais qui peuvent influencer les voix
 - Schémas interpersonnels
 - Relations avec les autres
 - Estime de soi
 - Deuil (grand-mère)
 - Relation avec son père
 - TOC (laver les mains)

Chapitre 7



- Comportementale
 - Stratégies de coping
- Cognitive, « appraisals »
 - croyances concernant ses voix
- Relation avec les voix
 - rang social
- Cognitive, processus attentionnels
 - Attention Training Technique (ATT)

Attention Training Technique

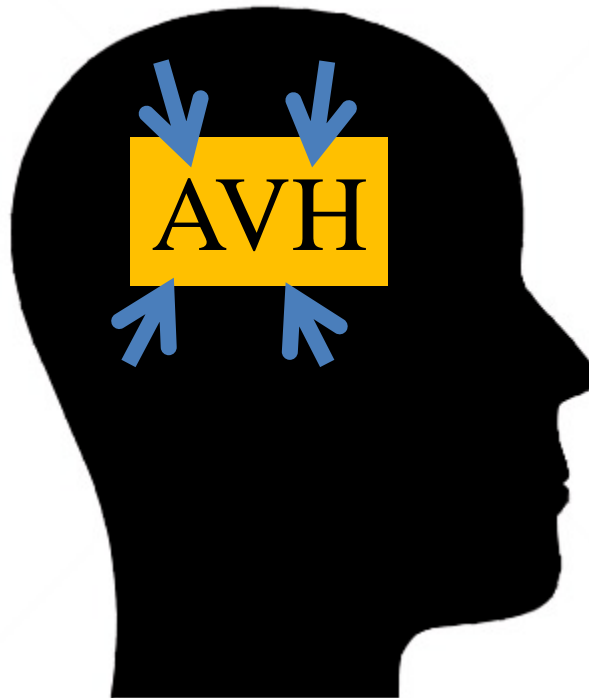
(ATT; Wells & Matthews, 1994)

- Vise à ↑ capacités de contrôle et de flexibilité attentionnels
 - Désengager l'attention excessive dirigée vers soi (auto-focalisation)
 - Déplacer l'attention vers l'extérieur





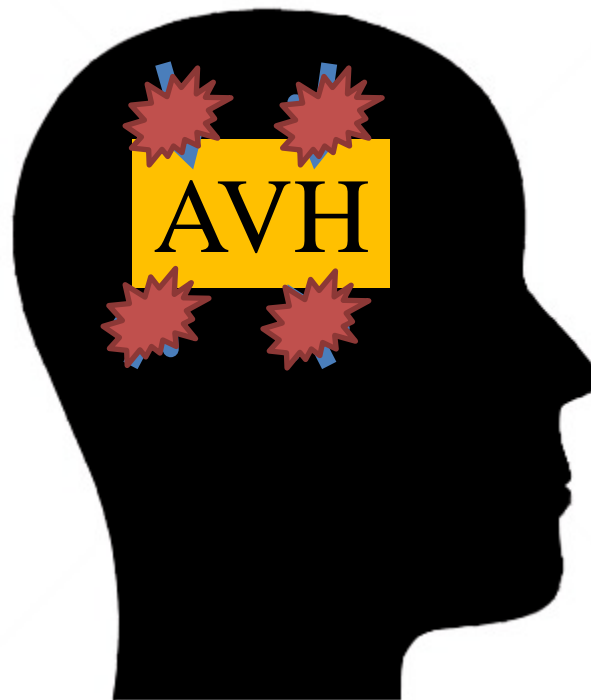
attention excessive dirigée vers soi / « auto-focalisation »



Attention Training Technique

(ATT; Wells & Matthews, 1994)

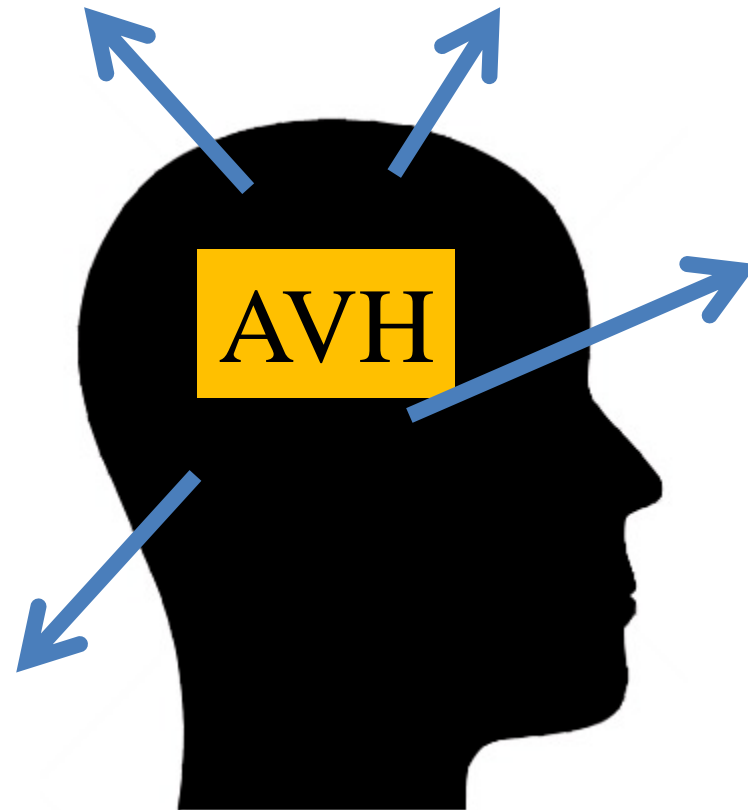
- Vise à ↑ capacités de contrôle et de flexibilité attentionnels
 - Désengager l'attention excessive dirigée vers soi (auto-focalisation)
 - Déplacer l'attention vers l'extérieur

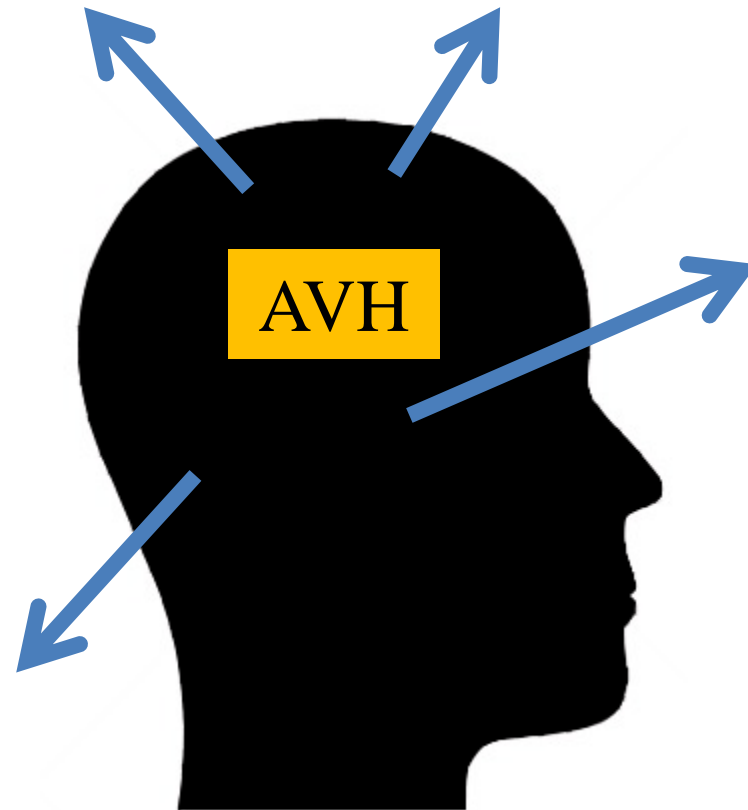


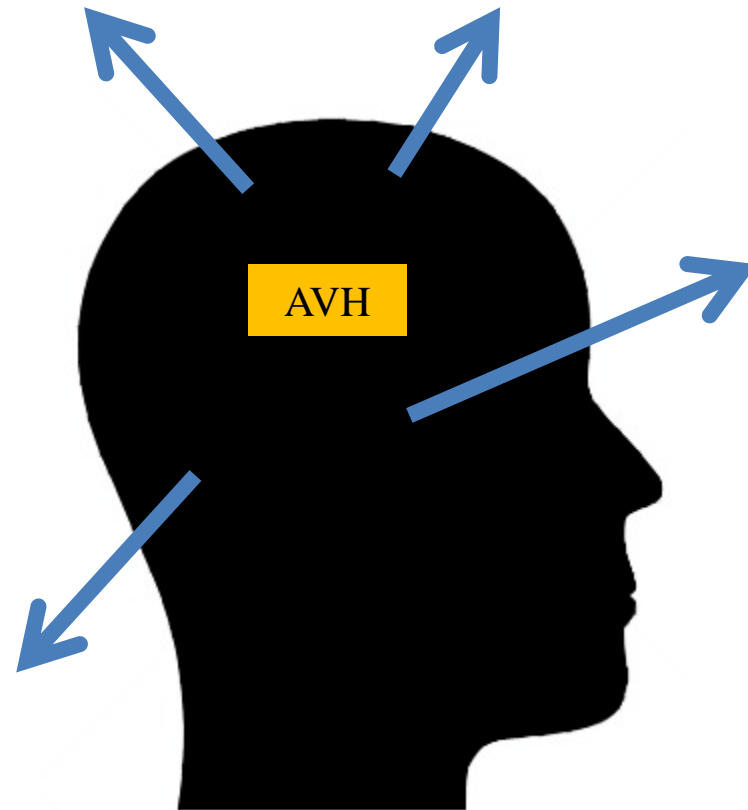
Attention Training Technique

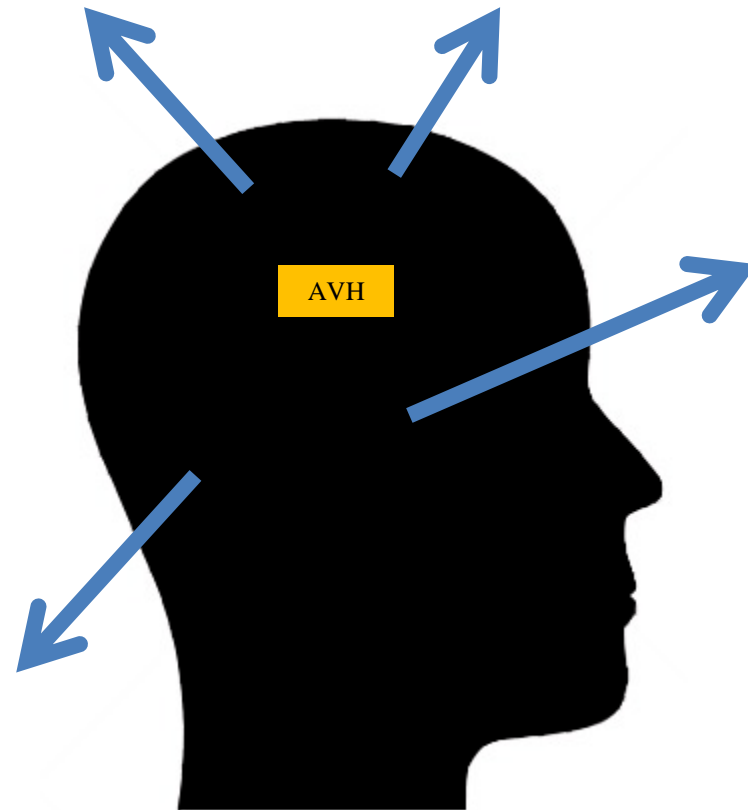
(ATT; Wells & Matthews, 1994)

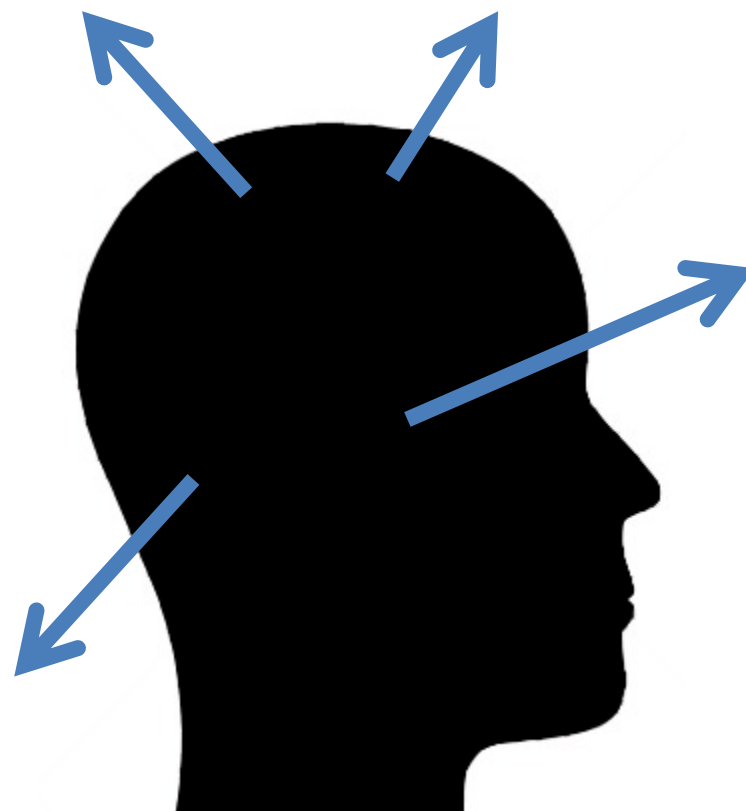
- Vise à ↑ capacités de contrôle et de flexibilité attentionnels
 - Désengager l'attention excessive dirigée vers soi (auto-focalisation)
 - Déplacer l'attention vers l'extérieur











- Technique intéressante :
- Cible les **processus attentionnels** sous-tendant la focalisation attentionnelle sur soi

- Technique intéressante :
 - Cible les **processus attentionnels** sous-tendant la focalisation attentionnelle sur soi
 - Exercices avec stimuli **écologiques** proches de l'environnement externe réel

- Technique intéressante :
 - Cible les **processus attentionnels** sous-tendant la focalisation attentionnelle sur soi
 - Exercices avec stimuli **écologiques** proches de l'environnement externe réel
 - Relativement **facile** d'application

- Technique intéressante :
 - Cible les **processus attentionnels** sous-tendant la focalisation attentionnelle sur soi
 - Exercices avec stimuli **écologiques** proches de l'environnement externe réel
 - Relativement **facile** d'application
 - **Transfert** de l'apprentissage à des situations de vie quotidienne (exercices à domicile)

ATT : procédure

- Exercices d'attention auditive externe :
Introduction de sons dans et en dehors de la pièce, étapes progressives
 - *Attention sélective* : focaliser son attention sur un son pendant 15 secondes. Repos 5 secondes.
 - *Flexibilité attentionnelle* : déplacer rapidement son attention entre les différents sons
 - *Attention divisée* : assimiler tous les sons simultanément

ATT : évaluation progressive

- Estimation la facilité avec laquelle la personne réalise chaque exercice (seuil pour passer à l'exercice suivant: 80%):

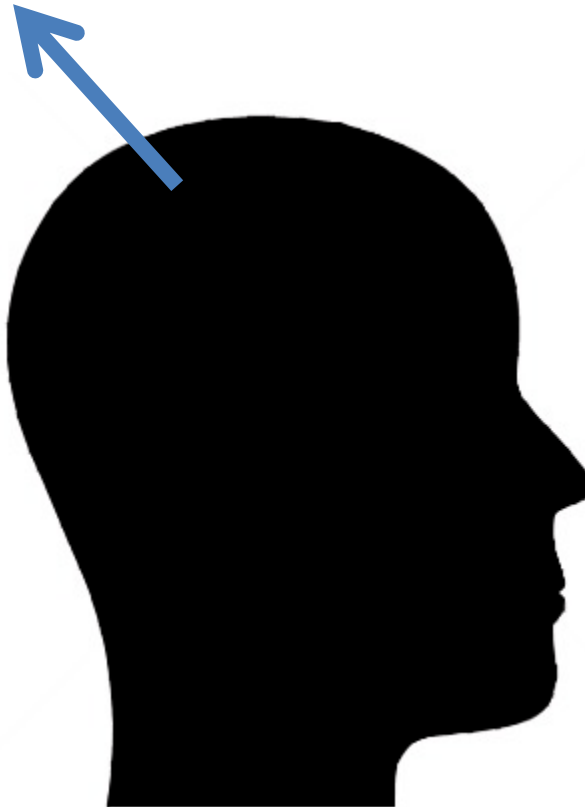


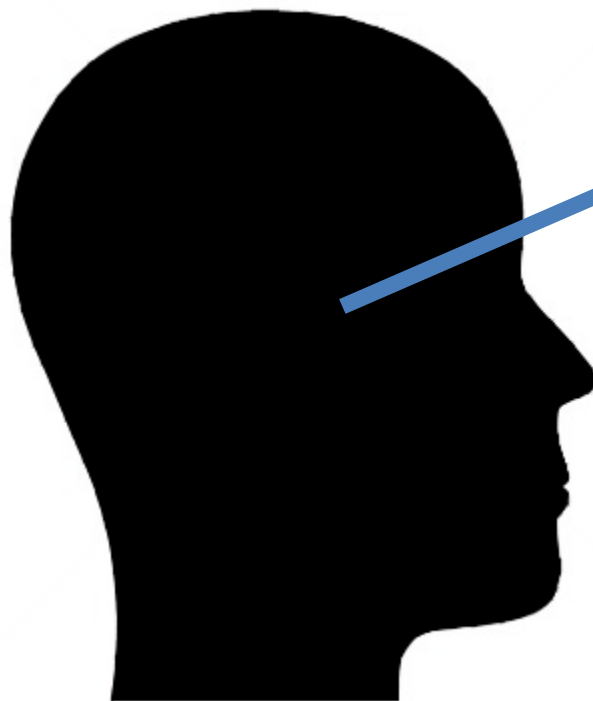
Échec pour utiliser la procédure → exploration des difficultés et session révisée

ATT : procédure

- Exercices d'attention auditive externe :
Introduction de sons dans et en dehors de la pièce, étapes progressives
 - *Attention sélective* : focaliser son attention sur un son pendant 15 secondes. Repos 5 secondes.
 - *Flexibilité attentionnelle* : déplacer rapidement son attention entre les différents sons
 - *Attention divisée* : assimiler tous les sons simultanément

Le bruit de fond d'un
ordinateur



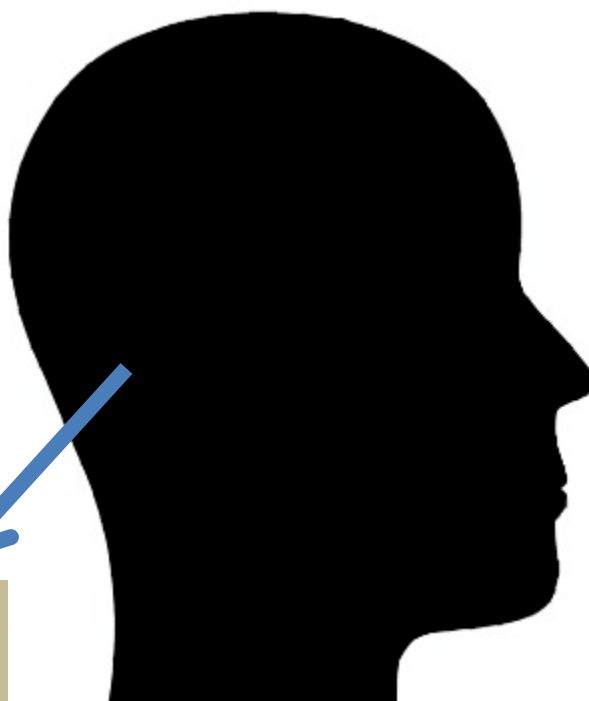


Le tic-tac d'une
horloge

Le bruit de fond d'un
ventilateur

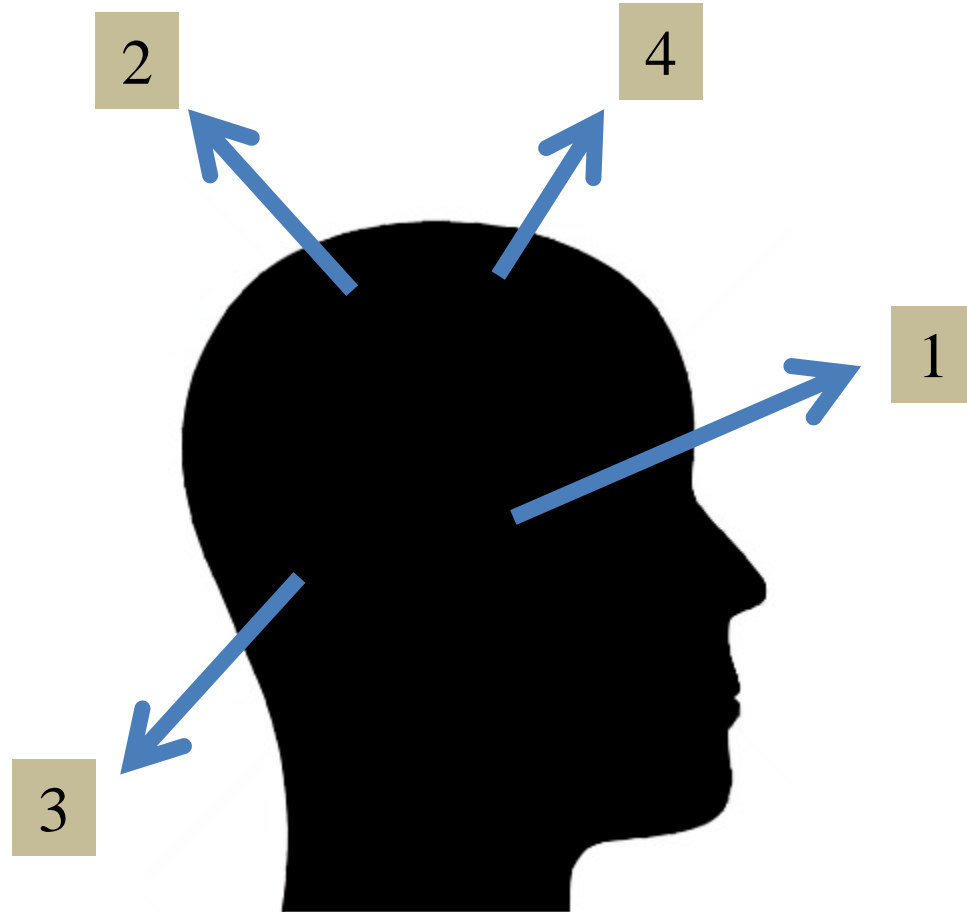


Le bruit de la
circulation automobile



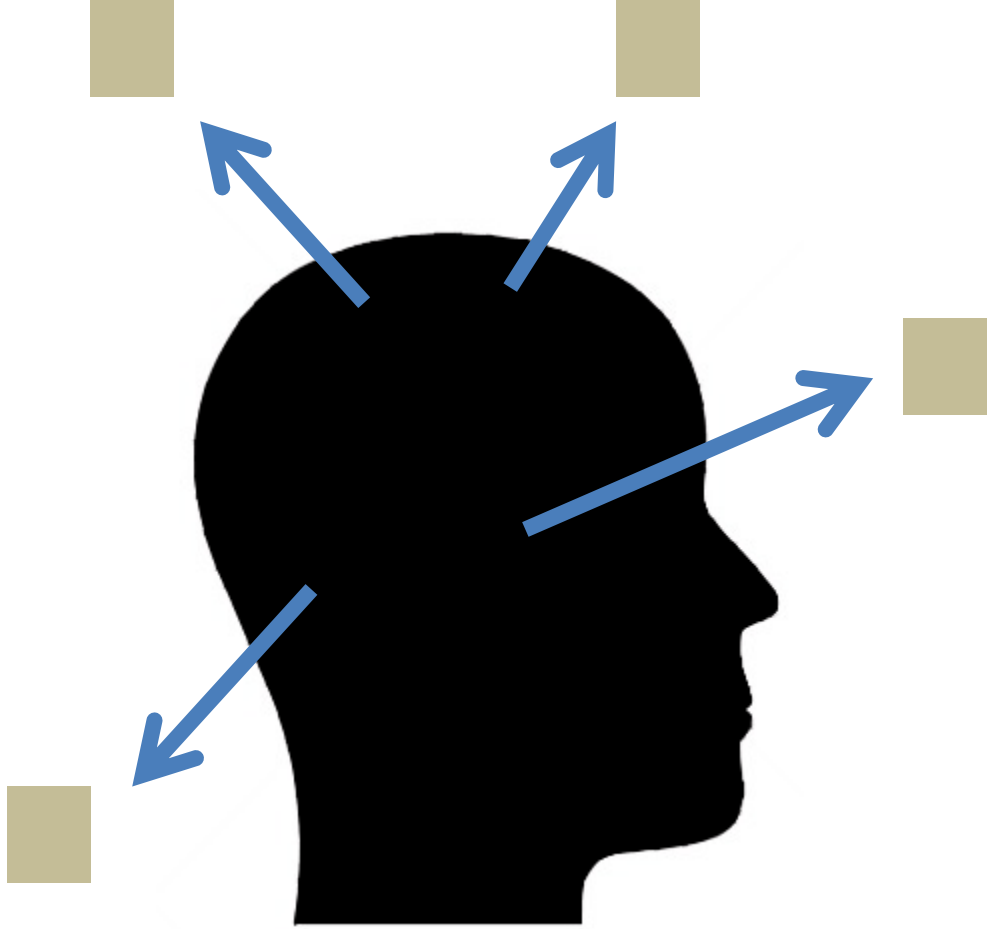
ATT : procédure

- Exercices d'attention auditive externe :
Introduction de sons dans et en dehors de la pièce, étapes progressives
 - *Attention sélective* : focaliser son attention sur un son pendant 15 secondes. Repos 5 secondes.
 - *Flexibilité attentionnelle* : déplacer rapidement son attention entre les différents sons
 - *Attention divisée* : assimiler tous les sons simultanément



ATT : procédure

- Exercices d'attention auditive externe :
Introduction de sons dans et en dehors de la pièce, étapes progressives
 - *Attention sélective* : focaliser son attention sur un son pendant 15 secondes. Repos 5 secondes.
 - *Flexibilité attentionnelle* : déplacer rapidement son attention entre les différents sons
 - *Attention divisée* : assimiler tous les sons simultanément



ATT : transfert à la vie quotidienne

- Exercices à domicile = composante centrale
 - Pratiquer la technique 2x/jour sur une période de 10-15 minutes
 - Même séquence de base d'instructions que la session thérapeutique
 - Sons à domicile (déjà identifiés)



Permettre une **généralisation** de l'apprentissage attentionnel aux **situations de vie** que rencontrera le patient

- Peter (Valmaggia, 2010)
- 28 ans, psychose à l'âge de 22 ans, voix derniers 6 ans
- Etat clinique : stable mais toujours voix
- Conscient que des les voix soient un symptôme de sa maladie mais n'arrive pas à les ignorer, rumine sur ce que les voix disent, se dispute avec. Ne croie pas aux voix (conscient qu'il s'agit des inquiétudes personnelles par rapport au futur etc)
 - « Tu va jamais trouver un boulot », « Ta copine aura un accident de voiture », « Ta maman mourra bientôt »

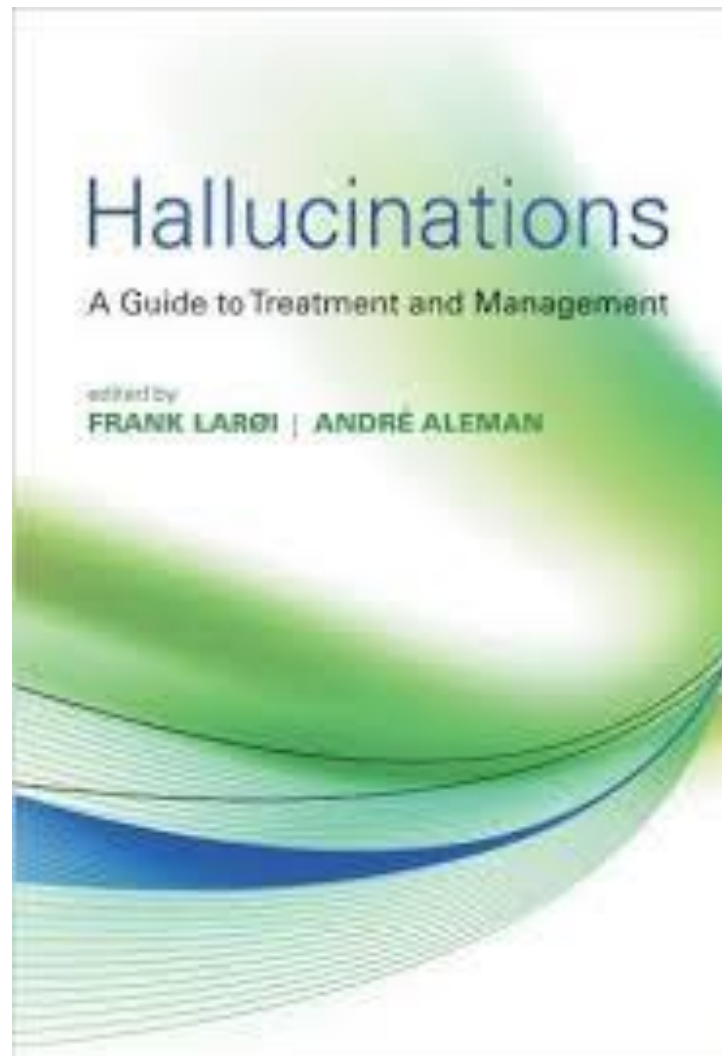
- Justifications pour l'intervention :
 - il consacre bcp de ressources attentionnelles sur les voix (évaluations du contenu, monitoring)
 - conséquence : peu de ressources pour autres activités
 - il maintient les symptômes en se disputant avec etc.
 - conséquence : pas possible de les réguler autrement
 - plus de focus sur les voix
 - conséquence : ↑ anxiété
- ATT proposé comme manière alternative de répondre aux voix/gérer les voix

- D'accord d'essayer ATT
- Explications brèves de la technique
- Pour la prochaine séance : identifier des sons à son domicile (horloge, bruit lave-vaisselle, bruit de fond de la radio, trafic à l'extérieur)

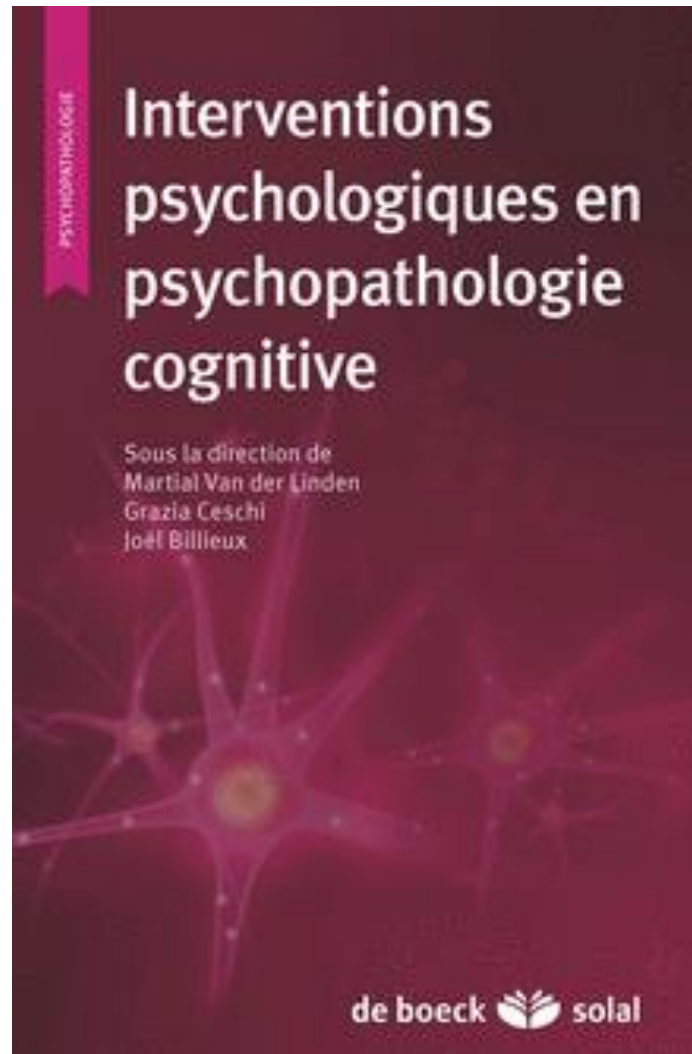
Table 8.1 PSYRATS-AH scores at baseline and after therapy for Peter

	Baseline	End of Treatment
Frequency	3	2
Duration	3	1
Location	1	1
Loudness	2	1
Beliefs regarding origin of voices	1	1
Amount of negative content	4	2
Degree of negative content	4	2
Amount of distress	4	1
Intensity of distress	3	0
Disruption of life	2	0
Controllability	4	1

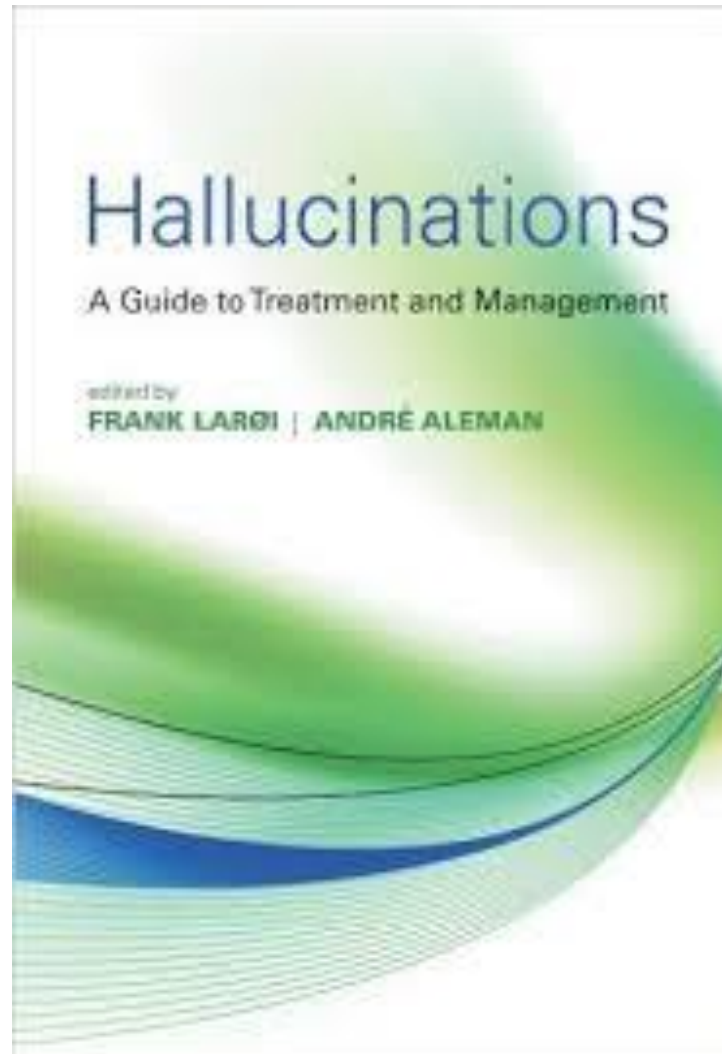
Chapitre 8



Chapitre 2 + Annexe



Plusieurs interventions ici



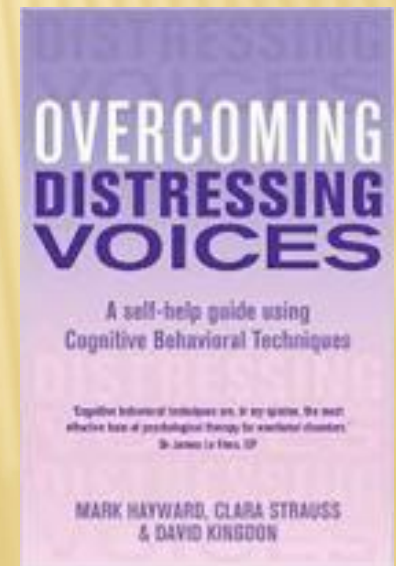
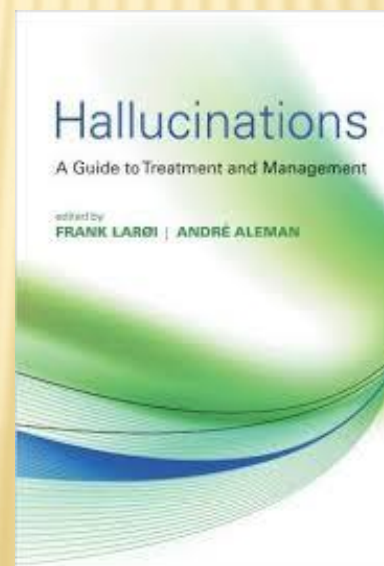
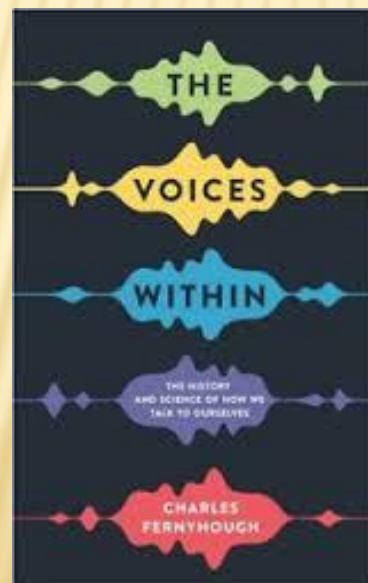
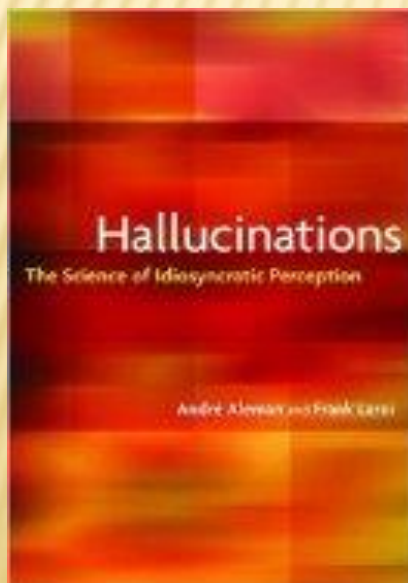
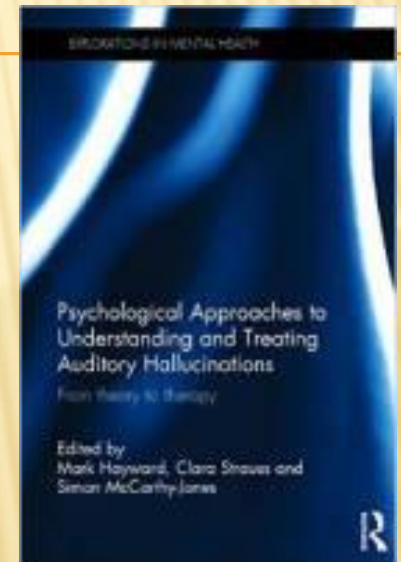
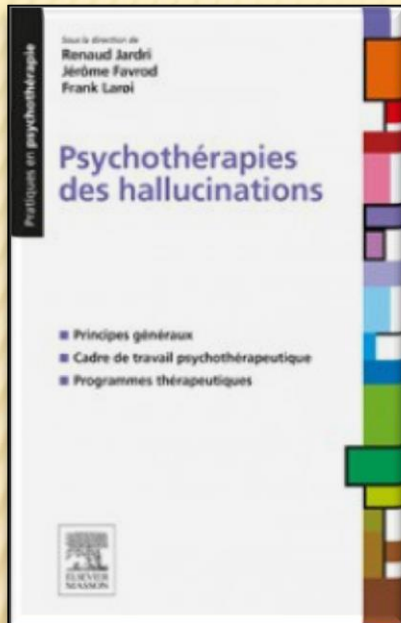
Mais également ici, en français



- I. **Principes généraux et cadre de travail psychothérapeutique.** 1. Mécanismes cognitifs et cérébraux impliqués. 2. Évaluer l'hallucination pour mieux la traiter. 3. Spécificités cliniques des hallucinations de l'enfant. 4. Spécificités cliniques des hallucinations du sujet âgé. 5. Hallucinations et culture. 6. Des groupes d'entendeurs de voix : pour qui ? pourquoi ? pour quoi faire?
- II. **Programmes thérapeutiques.** 7. Thérapie cognitive et comportementale des hallucinations acoustico-verbales. 8. Thérapie par entraînement attentionnel. 9. Remédiation cognitive. 10. Thérapies d'acceptation et d'engagement et thérapies cognitives basées sur la pleine conscience pour faire face aux hallucinations persistantes. 11. Thérapie intégrative centrée sur les hallucinations : le HIT ou l'art de l'intégration. 12. Thérapies d'inspiration psychodynamique. 13. Principes de thérapie systémique brève et applications pratiques chez les personnes hallucinées. 14. Thérapie du sommeil.

POUR PLUS D'INFORMATIONS...

<https://hallucinationconsortium.org/>



Merci pour votre attention !