

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1510

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Pauline TROYES

le 18 mars 2019

LIEN ENTRE HALLUCINATIONS AUDITIVES ET DEPRESSION
DANS LA SCHIZOPHRENIE : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Directeur de thèse : Dr Axel BOURCIER

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Président

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Assesseur

Monsieur le Professeur Jean Philippe RAYNAUD

Assesseur

Monsieur le Docteur Etienne VERY

Assesseur

Madame le Docteur Marie SPORER

Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier Toulouse III
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PAGES B.
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. TRACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
 Professeur ALBAREDE Jean-Louis
 Professeur ARBUS Louis
 Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
 Professeur BOCCALON Henri
 Professeur BONEU Bernard
 Professeur CARATERO Claude
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur CONTE Jean
 Professeur COSTAGLIOLA Michel
 Professeur DABERNAT Henri
 Professeur FRAYSSE Bernard
 Professeur DELISLE Marie-Bernadette
 Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
 Professeur JOFFRE Francis

Professeur LARENG Louis
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LARENG Louis
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MANELFE Claude
 Professeur MASSIP Patrice
 Professeur MAZIERES Bernard
 Professeur MOSCOVICI Jacques
 Professeur MURAT
 Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
 Professeur SALVAYRE Robert
 Professeur SARRAMON Jean-Pierre
 Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1 ^{ère} classe		P.U. - P.H. 2 ^{ème} classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BÉYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	P.U. Médecine générale	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. GAME Xavier	Urologie	M. OUSTRIC Stéphane	
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Professeur Associé Médecine générale	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. ABITTEBOUL Yves	
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	Professeur Associé en Neurologie	
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	Mme PAVY-LE TRAON Anne	
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Develop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOÛX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-BIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GÜIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Etie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H. 2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GOMEZ-BROUCHET Annie-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. MARGHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre
M. STILLMUNKES André

Professeur Associé en Pédiatrie

Mme CLAUDET Isabelle

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Mynam	Ophthalmologie
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Veronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMD Salouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme GAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSANG Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWÄLM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr CHICOULAA Bruno

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr LATROUS Laïla

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Monsieur notre président du jury, le Professeur Christophe ARBUS,

Pour nous faire l'honneur d'accepter d'être président de ce jury de thèse, en espérant que ce travail soit à la hauteur de votre confiance. Nous vous sommes également très reconnaissants pour votre implication et votre disponibilité auprès des internes et dans vos services.

A Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT,

Pour votre participation à ce jury de thèse. C'est un honneur de pouvoir vous compter parmi ce jury de thèse. Merci pour le partage de votre expérience et de votre regard durant les stages et sur ce travail, en espérant qu'il soit digne de vos attentes.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD,

Pour votre participation à ce jury de thèse. Merci d'avoir pris le temps pour ce sujet qui n'est pas si proche de votre spécialité. Ce fut un plaisir de bénéficier de votre enseignement ainsi que de l'apport des médecins dont vous avez su vous entourer dans vos services.

A Monsieur le Docteur Etienne VERY,

Pour nous faire le plaisir d'avoir accepté de juger notre travail et d'y apporter un regard dont on ne peut douter de la justesse et de la pertinence. Merci aussi pour l'apport clinique d'un semestre partagé à l'hôpital Marchant, j'ai beaucoup appris et apprécié.

A Madame le Docteur Marie SPORER,

Pour la sympathie que tu aies accepté d'être membre de ce jury. Merci pour ton retour honnête. Merci aussi pour ce dernier semestre à tes côtés, un réel plaisir et une formation douce aux abords psychothérapeutiques.

A Monsieur notre directeur de thèse, le Docteur Axel BOURCIER,

Pour m'avoir fait l'honneur de pouvoir participer à ce travail, travail qui reflète ton attention pour l'encadrement des futurs professionnels et ton attachement à la prise en charge des patients. Merci de la confiance que tu m'as accordée en me confiant ce sujet. Merci pour ta disponibilité, tes conseils, sans lesquels ce travail n'aurait jamais vu le jour.

A mes maîtres de stage et d'enseignement,

A mes collègues,

A tous les professionnels avec qui j'ai pu apprendre au cours de mes stages :

Au Docteur Anjali Mathur,

Pour la richesse clinique de ce semestre passé au Centre de Thérapie Brève,

Pour ta bienveillance et ton humanité.

Au Docteurs, Emmanuelle BOUGON, Christine SARRAMON, Marie SPORER et à toute l'équipe du CTB.

Pour ce dernier semestre si riche de clinique, discussions et plaisirs.

Au Docteur Anne Pasquier, et à toute l'équipe de la MDA

Pour l'accompagnement pendant cette période si particulière qu'est la grossesse.

Pour ces bons moments, ces échanges.

Pour votre sympathie et votre ténacité malgré les difficultés.

Au Docteur Christophe DELMAS,
Pour le savoir théorique et clinique dont tu fais preuve et ta volonté de le transmettre.
Aux Docteurs Audrey NEUPORT, Manon MISRAHI, Pierre Antoine BEYNEY,
Pour vos gentilles, humanités, simplicités et bien-sûr compétences.
Et à l'ensemble du personnel du secteur 2 de Marchant.

Au Docteur Pierre HECQUET,
Pour l'accompagnement pendant mon semestre dans votre service.
Pour la chance que vous m'offrez par ce premier poste.
Et à l'ensemble de l'équipe du secteur 5 de Marchant,
Pour l'accueil, la découverte de la psychiatrie de secteur toulousaine.

Au Docteur Geneviève MARCHAND,
Pour ta douceur et ta sympathie.

Au Docteur Emmanuelle TEISSIER,
Pour ton dynamisme et ta bonne humeur.

A vos équipes,
Pour le plaisir de ces quelques mois passés à travailler à vos côtés.
Pour m'avoir fait découvrir le monde de la maternité et monter sur un cheval !

Au Docteur Stéphanie LAFFONT,
Pour ton expérience et le savoir que tu as su me transmettre mais surtout pour la confiance en moi que tu as su m'apporter.
Aux Docteurs Emmanuelle BOUGON, Catherine BRET SPINOZA, Christophe PERRAULT, Carlos OCHOA TORRES, et à toute l'équipe des urgences,
Pour toutes ces expériences et pour tout le bonheur que cela a été de travailler avec vous.

Au Docteur Clara LETAMENDIA,
Pour le cadre très rassurant que tu as pu amener et qui permet une formation rigoureuse.

Au Docteur François GRANIER,
Pour l'opportunité d'avoir pu observer votre méthode de travail.
Pour l'accès à l'art thérapie et pour ce voyage avec vos patients.

Et à l'équipe de l'UF2.

Au Docteur BOYER et à toute l'équipe du secteur Saint Gaudens/lannemezan du CH de Lannemezan,
Pour ce premier contact avec la psychiatrie qui a su me convaincre d'avoir fait le bon choix.

A Marine,
Pour ce semestre si intense à tes côtés, le dernier, celui de nos thèses, celui en tant que mère et bien-sûr pour le plaisir de commencer à tes côtés ce nouveau parcours.

A tous les internes avec qui j'ai partagé un semestre ou de bons moments : Nathalie, Laure, Adeline, Carole, Jeanne, Alice, Yolaine, Laurine, Lucie, Aurélie, Adrien, Edouard, Alexis, Cécile, Sarah, Anne Charlotte, Lucia...

A Thomas LANGLOIS,
Pour avoir imaginé Accept Voices et pour m'avoir permis de m'appuyer dessus pour ma thèse. Pour ton accompagnement et ton soutien dans mon travail mais aussi pour ta gentillesse et ton intérêt pour les patients.

A mes proches

A mes parents, pour votre soutien sans faille, votre amour, il va sans dire que sans vous je ne serais pas moi, je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir permis d'être qui je suis.

A mes frères, Matthieu et Baptiste, je vous aime fort, continuer à être heureux il n'y a que ça qui compte à mes yeux.

A ma Bonne Maman et mon Pépé. Il n'est plus là, toi si. Merci de continuer à te battre. Ta présence en ce jour me remplit de joie, je te suis fière de moi, je le suis tout autant de toi.

A ma famille MERIC/BALZER, à Papi le chauve, Tonton, ma regrettée Manou/Tita, mes cousins et oncles... Quel plaisir de faire partie de cette grande famille. A la poursuite de nos cousinades.

Aux BLANCHER, pour les bons moments partagés passés et à venir.

A ma belle-famille, pour votre acceptation même un peu verdasse, pastèque et psychiatre. A Florence tout particulièrement. Merci aussi pour toutes les petites attentions et petits plats depuis le début de ce parcours.

A Marielle et Aziliz, pour toutes ces années à vos côtés plus ou moins séparées par des kilomètres mais toujours aussi proche dans mon cœur. Je vous aime.

A Lucie, une de mes plus vieilles amies, son adorable amoureux et leur petit garçon, merci de votre présence à nos côtés.

A tous mes autres amis du lycée Grégoire et bien sûr Elodie, Olivier, Marina pour la joie de vous avoir toujours dans ma vie.

A Pauline et Maéva pour m'avoir accompagné depuis le début de ces longues études qui n'auraient jamais été les mêmes sans vous. Merci d'être toujours là, You are the best. Et encore merci Pô pour la relecture !

A toute la team TDC Béatrice, Camille, Lucile, Gwen et Max, Seb et Antoine, Johan. Vous êtes un groupe extraordinaire. Pour ces weekends annuels et pour leur poursuite avec les années qui avancent.

A tous mes autres amis d'externat, même si les liens se sont distendus, je vous remercie pour tous ces bons moments. Au plaisir que d'autres reviennent.

Aux « dentaires » et « pièces rapportées ». Pour l'accueil dans ce groupe où je me sens si bien. Pour toutes ces occasions partagées et aux prochaines.

A Cédric, pour ta présence ces 12 années, ton amour, ton soutien et tes prises de décision qui nous ont permis d'en être où nous en sommes aujourd'hui et qui font que je suis si heureuse.

Et à ma fille Clémence, pour être ce bébé d'amour que j'aime plus que tout. Pour le bonheur que tu surajoutes en étant une petite fille adorable et douce.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ANNEXES	1
ABREVIATIONS	2
ILLUSTRATIONS.....	3
I. INTRODUCTION.....	4
II. METHODE	6
1. RECHERCHE SYSTEMATIQUE	6
2. CRITERES D'ELIGIBILITE	6
3. COLLECTION DES DONNEES	6
III. RESULTATS	8
1. VUE D'ENSEMBLE DES ETUDES EXAMINEES.....	8
2. DEFINITIONS.....	8
2.1- <i>Hallucinations auditives</i>	8
2.2- <i>Dépression dans la schizophrénie</i>	9
2.3- <i>Prévalences</i>	11
3. LIEN ENTRE HALLUCINATIONS AUDITIVES ET DEPRESSION	12
3.1- <i>Aux origines</i>	12
3.2- <i>Les croyances</i>	14
3.2-a. <i>Définition des croyances</i>	14
3.2-b. <i>Réponses comportementales aux croyances</i>	15
3.2-c. <i>Réponses émotionnelles aux croyances</i>	17
3.3- <i>Le contenu vocal</i>	20
3.4- <i>L'impact de l'estime de soi</i>	22
3.5- <i>Le rôle des schémas sociaux</i>	24
3.6- <i>La place des métacognitions</i>	26
3.7- <i>L'influence des psycho-traumatismes</i>	29
3.8- <i>L'apport de la théorie de l'attachement</i>	30
4. EXEMPLES DE PRISES EN CHARGE PSYCHOTHERAPEUTIQUES ET IMPACT SUR LA DEPRESSION	33
4.1- <i>La psychoéducation</i>	33
4.2- <i>Les recommandations internationales des TCC</i>	35
4.3- <i>Les TCC « classiques »</i>	37
4.4- <i>Les TCC 3^{ème} vague</i>	38
4.4-a. <i>ACT</i>	38
4.4-b. <i>Mindfulness Based Interventions (MBI)</i>	40

IV. DISCUSSION	43
1. CHOIX DU SUJET.....	43
2. DEDUCTIONS	44
2.1- <i>La dépression dans la schizophrénie.....</i>	<i>44</i>
2.2- <i>L'importance des croyances</i>	<i>44</i>
2.3- <i>L'apport des protocoles expérimentaux</i>	<i>45</i>
3. RESULTATS INTERMEDIAIRES DE L'ETUDE ACCEPT VOICES[®] DE T. LANGLOIS	47
3.1- <i>Caractéristiques de l'échantillon.....</i>	<i>47</i>
3.2- <i>Résultats de l'échelle de dépression de Calgary (CDSS)</i>	<i>47</i>
3.2-a. <i>Nombre de patients déprimés</i>	<i>48</i>
3.2-b. <i>Evolution de la moyenne des scores CDSS.....</i>	<i>48</i>
3.3- <i>Discussion au regard de notre revue</i>	<i>49</i>
4. LIMITES	50
V. CONCLUSION	51
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
ANNEXES	63

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Echelle de Dépression de Calgary (CDSS)

Annexe 2 : Détails des études sur le lien entre hallucinations auditives et dépression

Annexe 3 : Détails des études sur les prises en charge psychothérapeutiques

ABREVIATIONS

HAV : Hallucination acoustico-verbale

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

ACT : Acceptance and Commitment Therapy // Thérapie d'acceptation et d'engagement

MBI : Mindfulness Based Interventions MBI

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

DSM IV et V : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 4 et 5

CIM 10 : 10^{ème} édition de la Classification Internationale des Maladies

SEM : Structural Equation Modeling

PSYRATS : Psychotic Symptom Rating Scale

CDSS : Calgary Depression Scale for Schizophrenics

BDI II : Beck Depression Inventory 2

VAAS : Voices Acceptance and Action Scale

CORE : Clinical Outcomes in Routine Evaluation

SMQ : Southampton Mindfulness Questionnaire

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

APA : American Psychological Association

ILLUSTRATIONS

Figures :

Figure 1 : Organigramme du processus utilisé pour la recherche et la sélection des études.

Figure 2 : Modélisation de la médiation par les croyances du lien entre hallucinations auditives et dépression.

Figure 3 : Schéma de médiation de la relation comportement - détresse selon Hackers, 2008.

Figure 4 : Croyances impactant la symptomatologie dépressive.

Figure 5 : Place des croyances dans la relation hallucinations auditives – dépression.

Figure 6 : Conclusions schématiques de l'étude de Close et Garety 1998.

Figure 7 : Modèles d'association entre croyances, estime de soi et dépression, Fannon et al, 2009.

Figure 8 : Modèles de relation de causalité entre schémas interpersonnels, dépression et croyances.

Figure 9 : Modèle de vulnérabilité aux HAV du CAV.

Figure 10 : Modèle de maintien de la détresse liée aux HAV du CAV.

Figure 11 : Facteurs influençant la triade hallucinations - croyances - dépression.

Figure 12 : Médiateurs de la relation hallucinations auditives - dépression.

Figure 13 : Evolution du score CDSS entre T0 T6 T12 et T18.

Figure 14 : Représentation graphique de l'évolution du score CDSS chez les 11 patients les plus déprimés.

Tableaux :

Tableau 1 : Critères diagnostic d'un épisode dépressif dans la schizophrénie.

Tableau 2 : Relation croyances et réponses comportementales, selon Birchwood et Chadwick, 1997.

Tableau 3 : Résultats de la relation contenu – croyances dans l'étude, Birchwood et Chadwick, 1997.

Tableau 4 : Corrélations entre score de dépression et croyances/contenu, selon Van der Gaag et al, 2003.

Tableau 5 : Nombre et pourcentage de patients déprimés à la CDSS.

Tableau 6 : Moyennes et écarts types de la CDSS aux différents moments d'évaluation.

Tableau 7 : Différence des moyennes CDSS et significativité.

Tableau 8 : Comparaison des évolutions de moyenne en écartant les patients non déprimés.

Tableau 9 : Comparaison des évolutions de moyenne chez les patients les plus déprimés.

I. INTRODUCTION

En 2017, le projet Accept Voices[®] de T. LANGLOIS se met en place. Cette étude propose une prise en charge groupale courte à des adultes souffrant de schizophrénie et d'hallucinations acoustico-verbales (HAV) persistantes.

Cette étude a été proposée comme point de départ pour des travaux de thèse et c'est dans ce cadre que cette recherche a été axée sur la question du lien entre hallucinations auditives et dépression.

L'étude Accept Voices[®] de T. LANGLOIS est un essai clinique multicentrique (6 centres hospitaliers et cliniques de la région Occitanie), dont le promoteur est le CHU de Toulouse. Il compare une phase interventionnelle à une phase contrôle, basée sur le principe de la liste d'attente (appelés patients témoins). Le protocole expérimental est une intervention en groupe sur 6 séances, basée sur les principes thérapeutiques issus de protocoles psycho-éducatifs et de TCC de type 3^{ème} vague appliqués aux HAV.

Son objectif principal est l'évaluation de l'efficacité de l'intervention sur la sévérité de la symptomatologie hallucinatoire acoustico-verbale chez des patients avec un diagnostic de trouble schizophrénique.

Le critère de jugement principal est la diminution de la symptomatologie hallucinatoire mesurée par l'échelle PSYRATS après la prise en charge (T12) ainsi qu'un maintien dans le temps avec une réévaluation des mesures à 6 semaines (T18) et 12 mois après la dernière séance de groupe.

Les objectifs secondaires sont l'évaluation de l'effet de l'intervention en fonction de l'intensité de la symptomatologie schizophrénique, l'évaluation de l'effet de l'intervention sur : les croyances des patients à propos de leurs hallucinations, la flexibilité psychologique concernant les voix, la symptomatologie dépressive, la symptomatologie anxieuse, les connaissances pour faire face aux hallucinations, les représentations et les connaissances des patients concernant leurs hallucinations.

A la fin des années 1990, sont publiées les premières études sur les liens entre symptomatologies hallucinatoire et thymique (1,2) conjointement au développement des modèles cognitifs des hallucinations. Les modèles cognitifs des hallucinations auditives se sont élaborés en parallèle du développement du modèle neurobiologique. Le modèle neurobiologique explique les hallucinations acoustico-verbales comme des erreurs d'interprétation de *l'inner speech* (verbalisation de ses idées intérieures) (3,4).

Dans la plupart des modèles cognitifs, les hallucinations sont conceptualisées comme les propres pensées intrusives, répétitives, involontaires, inacceptables ou non désirées du sujet, erronément attribuées à une source extérieure. Les modèles cognitifs se sont intéressés à deux types de conceptualisations des HAV : *les modèles de vulnérabilité* qui visent à identifier les facteurs responsables de la formation des expériences hallucinatoires et *les modèles du maintien de la détresse* qui visent à expliquer pourquoi les voix sont associées à de la détresse chez certaines personnes et pas chez d'autres (5,6). C'est par cette question d'un cercle vicieux entre détresse et hallucinations que débutera l'étude de la relation entre hallucinations et dépression.

La dépression est un symptôme fréquent dans la schizophrénie. Les études effectuant une analyse factorielle des symptômes dans de grands échantillons de patients remettent en cause le modèle à 3 dimensions de la schizophrénie (symptômes positifs, dissociatifs et négatifs). Quel que soit le modèle présenté, aujourd'hui la symptomatologie dépressive est décrite comme une des sphères des symptômes de la schizophrénie (7–9). De plus, dans une étude de suivi de 10 ans de patients schizophrènes, les auteurs retrouvaient la symptomatologie dépressive comme une dimension indépendante et stable de la schizophrénie avec son évolution propre (10).

Aujourd'hui, les études sur les prises en charge psychothérapeutiques sur les symptômes résiduels sont en plein essor, comme en témoignent les nombreuses revues de la littérature et méta analyses (11–14). Cependant l'impact sur la dimension thymique n'est que rarement l'objectif principal des protocoles expérimentaux.

Dans le cadre de cette thèse, nous présentons une revue de la littérature sur le lien entre hallucinations auditives et dépression ainsi que sur l'impact de prises en charge psychothérapeutiques sur la symptomatologie dépressive.

L'objectif principal de cette revue est la confirmation du lien entre hallucinations auditives et dépression et la mise en évidence des médiateurs potentiels de cette relation. L'objectif secondaire est l'interprétation en regard de résultats intermédiaires de l'étude *Accept Voices*[®] de T. LANGLOIS.

II. METHODE

1. Recherche systématique

Les études potentiellement éligibles ont été identifiées dans les bases de données *PubMed*, *Google Scholar*, *Cairn* et *Cochrane* et ce, à partir de la première année de leur disponibilité en ligne jusqu'en novembre 2018.

2. Critères d'éligibilité

Les articles pouvant faire l'objet de notre travail étaient des articles théoriques, des protocoles expérimentaux ou des revues de la littérature et méta-analyses sur le lien entre hallucinations auditives et dépression ainsi que sur l'impact de thérapies TCC ou de psychoéducation. Aucun schéma d'étude particulier n'était requis.

Toutes les publications ayant un résumé rédigé en anglais étaient éligibles pour notre recherche.

3. Collection des données

Dans la base de données *PubMed*, les mots-clés suivants ont été utilisés : «auditory hallucination» [Mesh Terms] AND «depression» [Mesh Terms] AND «schizophrenia».

Au total, 322 articles ont été trouvés suite à cette opération.

Sur la lecture des titres, 46 articles ont été retenus. L'étape suivante était la lecture de leur résumé.

Sur la lecture de ces 46 résumés, 24 ont été sélectionnés pour la lecture de l'article intégral.

Les références bibliographiques de chaque article ont également été analysées et ainsi de nombreux autres articles ont été étudiés.

Selon la même procédure, 88 articles ont été trouvés suite à une recherche *PubMed* avec les mots clés suivants : «behavior therapies, cognitive» [Mesh Terms] AND «depression» [Mesh Terms] AND «schizophrenia». 11 articles ont été finalement retenus selon la même méthode.

Parallèlement, la recherche des recommandations internationales (NICE, APA) a été réalisée de manière directe.

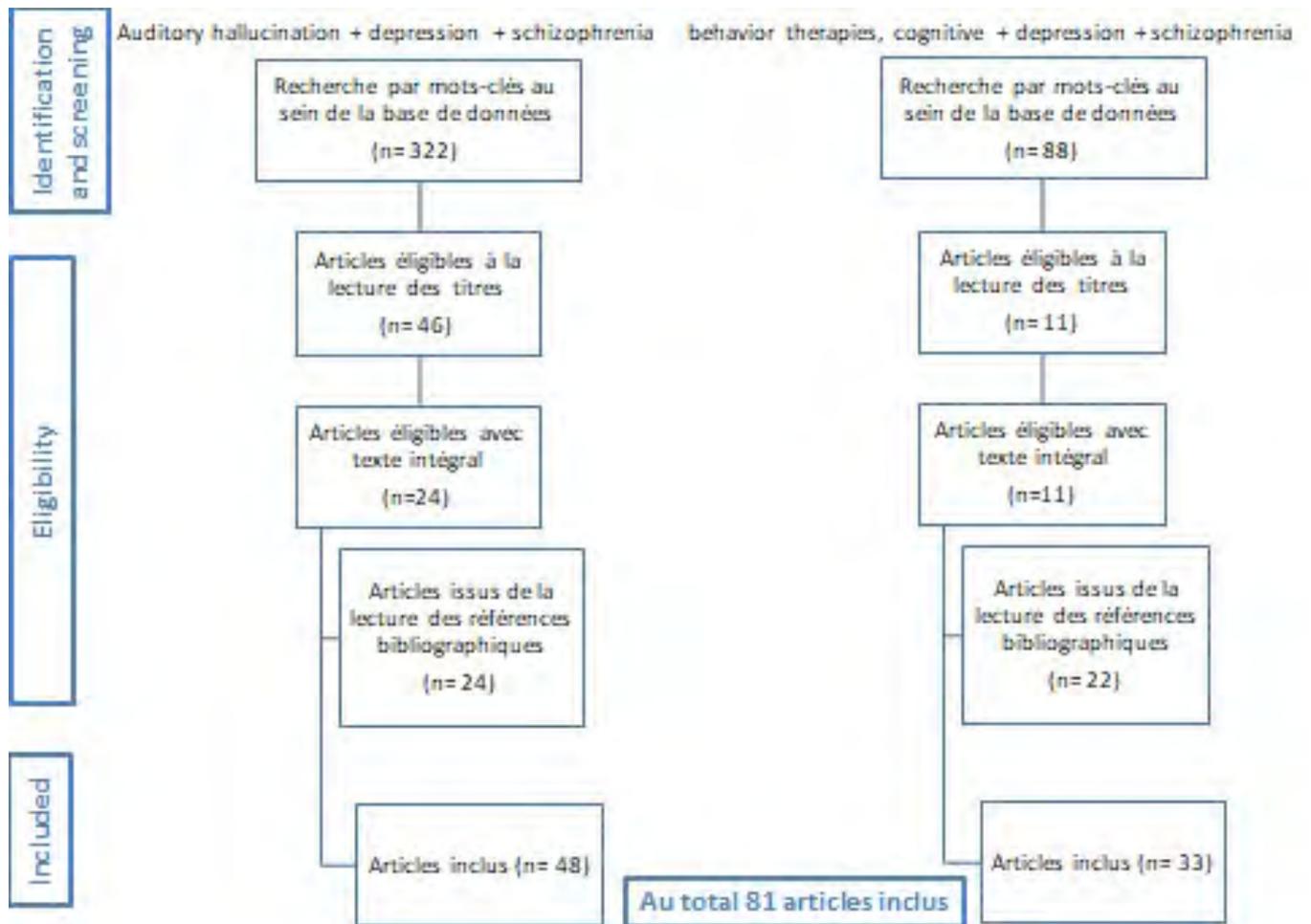


Figure 1 : Organigramme du processus utilisé pour la recherche et la sélection des études.

III. RESULTATS

1. VUE D'ENSEMBLE DES ETUDES EXAMINEES

85 documents ont été retenus après lecture approfondie pour rédiger cette revue de la littérature, dont 81 articles et 4 recommandations internationales.

48 articles concernent la question du lien entre hallucinations auditives et dépression (annexe 2).

La majorité des articles sur les croyances sont des études de corrélation qui comportent pour la plupart des échantillons d'une trentaine de participants. On retrouve cependant 3 études sur de grands échantillons de plus de 100 patients : *Birchwood et al, 2004* (15); *Smith et al, 2006* (16); *Sellers et al, 2016* (17).

6 articles sont des articles théoriques.

37 écrits concernent les prises en charge psychothérapeutiques (annexe 3).

La majorité de ces derniers sont des essais contrôlés, 9 sont des revues de la littérature ou des méta-analyses et 4 des recommandations internationales.

2. DEFINITIONS

2.1- Hallucinations auditives

Les hallucinations sont définies cliniquement dans le *DSM-V* (18) comme étant des expériences de type perception qui se produisent sans stimulus externe. Elles sont vives et claires avec toute la force et l'impact de la perception normale et ne sont pas sous contrôle de la volonté. Les hallucinations auditives sont généralement perçues comme des voix, familières ou non. Elles sont perçues comme distinctes des propres pensées de l'individu.

Les hallucinations auditives sont clairement reconnues aujourd'hui comme n'étant plus l'apanage de la psychose. De nombreuses études ont prouvé leur existence dans la population ne présentant pas de trouble psychiatrique, illustrant bien l'existence d'un continuum dans l'entente de voix du normal au pathologique (19–21). Cependant, bien qu'elles ne soient pas pathognomoniques de la schizophrénie et que de plus en plus d'études s'intéressent au phénomène hallucinatoire dans la population non psychiatrique, les hallucinations auditives restent majoritairement étudiées dans la population schizophrénique.

Nous faisons le choix ici de présenter uniquement les études sur le lien hallucinations auditives - dépression dans cette population schizophrénique (ou dont au moins un des échantillons étudiés présente une pathologie psychotique). Ce parti pris s'appuie sur le fait que ce soit aussi la population cible de l'étude Accept Voices[®] de T. LANGLOIS.

La symptomatologie hallucinatoire acoustico-verbale résistante se définit par la présence d'HAV tous les jours sans rémission malgré un traitement antipsychotique bien conduit, à dose adaptée, pendant au moins 3 mois (22).

2.2- Dépression dans la schizophrénie

Les symptômes dépressifs peuvent être retrouvés à tous les stades de l'évolution d'un trouble schizophrénique : phase prodromale, phase aiguë et phase de rémission. Durant la phase d'apparition des premiers signes de la maladie et lors de la décompensation aiguë, la présence de symptômes dépressifs complique la démarche diagnostique entre un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques et un trouble schizophrénique avec des éléments thymiques. En post-épisode, la difficulté principale est la distinction entre les symptômes dépressifs et les symptômes négatifs de la maladie schizophrénique.

Selon la *CIM 10* (23), la dépression post-schizophrénique concerne un tableau clinique complet d'épisode dépressif qui succède, dans un délai de 12 mois, à un épisode psychotique en phase de rémission ou à une schizophrénie en phase résiduelle.

Concernant la représentation dans les *DSM*, le diagnostic de dépression post-psychotique dans la schizophrénie a une visibilité restreinte au sein du *DSM-IV* (24) où il figure dans les catégories à l'étude et il a finalement été éliminé dans le *DSM-V*. Dans la partie « *caractéristiques du diagnostic* » du *DSM-V*, il est écrit que les symptômes thymiques et les épisodes thymiques caractérisés sont fréquents dans la schizophrénie et peuvent être co-occurents avec la symptomatologie des phases actives. Cependant les épisodes thymiques ne doivent être présents que « seulement une minorité de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie ». Dans la partie « *caractéristiques associées supportant le diagnostic* », il est cité la « possible humeur dysphorique qui peut prendre la forme d'une dépression ». La dépression n'est pas citée dans la partie « *comorbidité* ». Il n'apparaît plus de critères de dépression post-psychotique dans la schizophrénie dans cette dernière version du *DSM*.

DSM IV—Criteria sets and axes provided for further study

Research criteria for Postpsychotic Depressive Disorder of Schizophrenia (PDDS)

Criteria are met for Major Depressive Episode (MDE):

must include Criterion A1: depressed mood;

do not include symptoms that are better accounted for as medication side effects or negative symptoms of Schizophrenia;

The MDE is superimposed on and occurs only during the residual phase of Schizophrenia;

The MDE is not due to the direct physiological effects of a substance or general medication condition.

ICD 10

F20.4—Post-schizophrenic depression (PSD)

The patient has had a schizophrenic illness meeting the general criteria for schizophrenia (ICD 10 – F20) within the past 12 months;

Some schizophrenic symptoms are still present;

The depressive symptoms are prominent and distressing, fulfilling at least criteria for depressive episode (F32.-), and have been present for at least 2 weeks.

If the patient no longer has any schizophrenic symptoms, as depressive episode should be diagnosed (F32.-).

Tableau 1 : Critères diagnostic d'un épisode dépressif dans la schizophrénie.

Bien que le tableau clinique de la dépression chez les patients schizophrènes soit similaire à celui d'un épisode dépressif majeur, il existe un certain nombre de facteurs confondants, notamment la symptomatologie négative et la symptomatologie extrapyramidale liée aux neuroleptiques. Pour permettre d'évaluer l'humeur avec davantage de précision, deux échelles ont été spécifiquement conçues pour la dépression dans la schizophrénie : l'échelle de dépression de Calgary (CDSS) et l'échelle de dépression psychotique (PDS). Elles limitent les diagnostics « faux positifs » des échelles non spécifiques.

L'échelle de dépression de Calgary (annexe 1) est une hétéro-évaluation de la symptomatologie dépressive chez les patients atteints de schizophrénie. Elle comprend 9 items : Dépression, Désespoir, Auto-dépréciation, Idées de références associées à la culpabilité, Culpabilité pathologique, Dépression matinale, Éveil précoce, Suicide, Dépression observée. La cotation de chaque item va de 0 (absent) à 3 (sévère) soit un score global rapporté sur 27. Le seuil diagnostique classiquement retenu est celui de 6, score au-dessus duquel on considère que le patient présente une dépression.

2.3- Prévalences

Les prévalences des symptomatologies hallucinatoires et affectives sont importantes dans la population schizophrénique et souffrant de troubles apparentés.

Les études de prévalence sur vie entière retrouvent une symptomatologie hallucinoïde chez 50 à 80% des patients (25), 60% (26), 70% (27,28).

La symptomatologie résistante est particulièrement problématique. 25 à 30% des patients auraient des hallucinations persistantes qui interfèrent dans leur vie quotidienne, malgré un traitement antipsychotique adéquat (29,30). 25 à 50 % des patients schizophrènes, bien qu'ils prennent régulièrement leurs traitements, conserveraient des symptômes résiduels, notamment des hallucinations (31).

Pour autant, les symptômes psychotiques ne sont pas les seuls symptômes invalidants dont souffrent ces malades puisque selon les études, le taux moyen de dépression dans la schizophrénie est de 25% à 75% : 30% (32), 50% (33), 56% (34), 61% (35).

Selon l'étude de *Bressan* en 2003 (36), la dépression post-schizophrénique concernerait 16,3 % des patients schizophrènes, valeur qu'ils décrivent similaire aux résultats antérieurs (37).

En France, sur les données analysées de plus de 600 patients suivis sur le réseau de centres experts de la schizophrénie, un patient sur cinq a été identifié comme présentant une dépression caractérisée (38).

3. LIEN ENTRE HALLUCINATIONS AUDITIVES ET DEPRESSION

3.1- Aux origines

L'un des premiers articles à s'intéresser à la symptomatologie hallucinatoire sous un nouveau regard est celui de *Romme et Escher* à la fin des années 80 (20). Cette étude est basée sur un protocole de recrutement original, où les participants ont été sélectionnés à la suite de leur réponse à un appel à témoins formulé lors du passage à la télévision d'un patient schizophrène témoignant sur ses hallucinations. *Romme et Escher* étudient pour la première fois à grande échelle la symptomatologie hallucinatoire chez des personnes sans prise en charge psychiatrique. Ils constatent que la relation entretenue avec les voix dépend des croyances à leur propos. Ils en tirent la conclusion de la nécessité d'explorer avec plus de détails les références et les stratégies d'adaptation associées aux hallucinations, et ce dans le but d'aider les patients à faire face à leurs hallucinations.

En 1994, *P. Chadwick et M. Birchwood* publient **The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations** (39). Dans leur étude, ils évaluent les croyances en rapport avec les hallucinations chez 26 patients diagnostiqués schizophrènes ou atteints d'un trouble schizo-affectif. Ils mettent en évidence que toutes les voix sont perçues par ces patients comme étant extraordinairement puissantes. Presque la moitié des personnes interrogées jugent ces voix comme malveillantes, environ ¼ comme bienveillantes et ¼ comme mixte (ces derniers étant incertains de l'intentionnalité des voix du fait de l'inconsistance ou de l'incongruité de leurs propos). Dans 31% des cas, la croyance d'intentionnalité est en désaccord avec ce qui est dit (exemple : une voix avec un contenu positif peut être jugée malveillante). La totalité des voix malveillantes provoque des émotions négatives (peur, colère, dépression, anxiété) et entraînent des attitudes de résistance (éviter) vis-à-vis des voix. La quasi-totalité des voix bienveillantes provoque des émotions positives (amusement, réassurance, tranquillité, bonheur) et sont courtisées, c'est-à-dire se traduisent par des comportements d'engagement (écoute avec attention, suivi des demandes des voix). Les auteurs en concluent que **la détresse et les comportements dictés par la ou les voix sont façonnés par les croyances sur le pouvoir, l'identité et le but des voix, qui tentent de donner un sens à l'expérience hallucinatoire.**

Cette étude met en avant le lien entre les réactions émotionnelles et comportementales et les croyances. Ce lien serait susceptible d'être bidirectionnel, les réponses émotionnelles et comportementales pouvant à leur tour servir à renforcer ou à affaiblir les évaluations cognitives au sujet des voix. Ce constat de l'impact des croyances sur le lien entre hallucinations auditives et réactions émotionnelles est le point de départ des études sur la relation entre hallucinations auditives et dépression et bien sûr, de celles sur les croyances.

Devant la démonstration de l'importance des croyances sur la symptomatologie hallucinatoire, l'année suivante ces mêmes auteurs publient **The omnipotence of voices II : The Beliefs About Voices Questionnaire** (40). A partir de données de 60 participants, ils créent la BAVQ, un questionnaire fiable et validé qui offre un support important pour évaluer ces croyances.

En 1997, ils publient le **troisième volet de The omnipotence of voices : testing the validity of a cognitive model** (2). Cette étude vise à confirmer leur modèle cognitif des hallucinations, à savoir que le sens attribué aux hallucinations gouverne les réponses affectives et comportementales plus que l'activité hallucinatoire elle-même. Leur modèle s'intéresse à la question du maintien de la détresse et des comportements associés aux voix plus qu'à la genèse des voix en elle-même. Dans cette étude, ils démontrent que les croyances au sujet du pouvoir et de l'intentionnalité des voix sont en relation étroite avec les affects et les comportements des patients : les voix malveillantes sont associées à la peur et à la colère et sont combattues, les voix bienveillantes sont associées à un effet positif et sont engagées. Ils élargissent la question du lien entre réaction émotionnelle (détresse, anxiété) et croyance en s'intéressant à la relation dépression-croyance. C'est ainsi qu'ils trouvent des scores de dépression plus élevés en présence des croyances de malveillance et de pouvoir.



Figure 2 : Modélisation de la médiation par les croyances du lien entre hallucinations auditives et dépression.

Nous faisons donc le choix aujourd'hui de présenter les éléments bibliographiques sur la question du lien entre hallucinations auditives et dépression, médié par les croyances à propos des voix.

A noter que depuis, l'impact des symptômes psychotiques sur la symptomatologie dépressive des patients a été largement confirmé. Par exemple dans l'étude longitudinale de *Onwuameze et al en 2016* (41) ayant suivi l'évolution de 71 patients pendant en moyenne plus de 8 ans, où les hallucinations auditives étaient retrouvées comme une des variables cliniques prédictives de la dépression.

3.2- Les croyances

3.2-a. Définition des croyances

Dans ce travail, nous faisons le choix d'utiliser le terme de *croyances à propos des voix* en traduction notamment de « cognitive appraisals » ou « beliefs about voices » pour évoquer le jugement ou l'opinion développé par l'individu, afin de donner une signification subjective de l'expérience de l'audition vocale.

Aujourd'hui c'est l'échelle BAVQ-R, la version révisée en 2000 de la BAVQ qui est l'échelle principalement utilisée pour évaluer ces croyances. Cette révision a visé notamment à mieux évaluer les dimensions de pouvoir (42).

En 2004, *Morisson et al* (43) comparent les caractéristiques des hallucinations dans la population normale et schizophrénique. Ils retrouvent que les patients ont un niveau plus élevé de croyances négatives concernant leurs voix par rapport aux « non patients ». Les croyances sur les voix sont associées à la dimension émotionnelle des voix (c'est-à-dire à la détresse provoquée par ces voix), ce qui corrobore les modèles qui suggèrent que la détresse et le handicap secondaires aux voix sont médiés cognitivement.

Classiquement, on définit que les auditeurs de voix développent **des croyances sur** :

- **L'intentionnalité de la voix : bienveillance, malveillance ou mixte.**

Des exemples de réponses caractéristiques de l'évaluation bienveillante d'une intentionnalité sont : « Ma voix veut m'aider », « Ma voix veut me protéger », « Ma voix m'aide à atteindre mes buts dans la vie ». Une voix malveillante va être caractérisée par des pensées du type « Ma voix me fera du mal si je lui désobéis ou lui résiste », « Ma voix essaie de me corrompre ou de me détruire », « Ma voix veut me faire du mal ».

- **Le pouvoir /la puissance / l'omnipotence de la voix.**

Les pensées sont de type « Je ne peux pas contrôler ma voix », « Ma voix dirige ma vie », « Ma voix est très puissante ». Dans la première étude de *Chadwick*, cette omnipotence est évaluée comme systématique, donnée qui ne sera pas confirmée par les études qui suivirent.

En 1997, *Birchwood et Chadwick* émettent l'hypothèse que l'omniscience « Ma voix semble tout connaître à mon sujet » pourrait être un facteur dans la genèse de la croyance de pouvoir mais que des facteurs extérieurs pourraient conduire à un changement ultérieur de cette croyance, par exemple la capacité acquise d'arrêter les voix.

Les principales caractéristiques retrouvées chez la majorité des sujets schizophrènes sont **l'interprétation des hallucinations comme malveillantes, omnipotentes et puissantes, difficiles à supprimer et incontrôlables.**

Le caractère fluctuant des croyances a peu été étudiée. En 2000, *Sayer et al* (44), retrouvent que les styles d'adaptation et d'attribution ne sont pas nécessairement stables dans le temps. Les croyances sur les voix peuvent changer avec le temps, dans le contexte de la relation qui se déroule avec la voix. Au contraire, en 2006, *Csipke et Kinderman* (45) sur un suivi de 6 mois retrouvent une variation dans la fréquence des hallucinations mais pas dans les croyances associées. La différence retrouvée entre ces deux résultats peut s'expliquer par la faible puissance statistique des deux études (sur respectivement 26 et 46 patients) et par leur temporalité différente. L'étude de *Sayer* a mesuré les croyances à deux reprises à 4 semaines d'intervalle et celle de *Csipke* à plusieurs reprises mais qui se base sur des résultats globaux à 6 mois. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse d'une fluctuation rapide chez certains patients ayant probablement une attribution mixte, mais une certaine stabilité dans le temps pour ceux ayant des croyances plus tranchées.

3.2-b. Réponses comportementales aux croyances

Les nombreuses études qui se sont intéressées à ces croyances ont fait le constat que celles-ci ont un impact sur les réponses comportementales.

Les réponses comportementales, aussi retrouvées sous le terme de « coping strategies », sont classiquement définies en 2 types : les réponses à type de résistance (voix combattues, refus de s'y conformer et tentative d'évitement) et les réponses à type d'engagement (voix courtisées, écoute attentive et volonté de s'y conformer). Comme nous l'avons précédemment mentionné, dès 1994, *Chadwick et Birchwood* (39) retrouvent que les patients avec des voix malveillantes ont des comportements de résistance à leur égard, alors que ceux qui les considèrent comme bienveillantes les courtisent. On retrouve ce constat dans les études qui suivirent par exemple dans celle de *Birchwood et Chadwick* de 1997 (2) synthétisé dans le tableau ci-dessous.

Table 1. *Relationship between beliefs and coping strategy*

Beliefs BAVQ)	Coping Strategy (BAVQ)			
	Resistance N (%)	Engagement N (%)	Resistance and engagement N (%)	Disengaged N (%)
Malevolent (N = 28)	19 (68)	2 (7.1)	3 (10.7)	4 (14.3)
Benevolent (N = 17)	0 (0)	13 (76.5)	3 (17.6)	1 (5.9)
Benign (N = 17)	3 (17.6)	4 (23.5)	8 (47.5)	2 (11.8)

Overall $\chi^2 = 39.9$, $df = 6$, $P < 0.0001$.

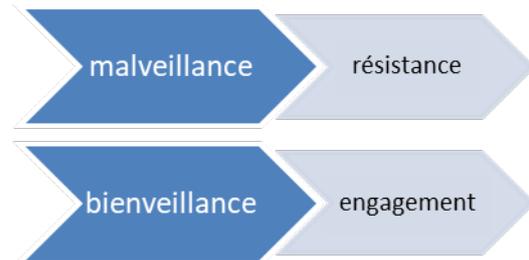


Tableau 2 : Relation croyances et réponses comportementales, selon *Birchwood et Chadwick, 1997*.

L'étude de *Hackers* en 2008 (46) retrouve que la croyance d'omnipotence a elle aussi un impact sur les comportements vis-à-vis des voix. Il explique que les « comportements de sécurité » sont mis en place pour diminuer la peur engendrée mais qu'ils sont en réalité corrélés avec une augmentation de la détresse. L'analyse de médiation retrouve l'omnipotence comme médiateur de la relation comportements - détresse.

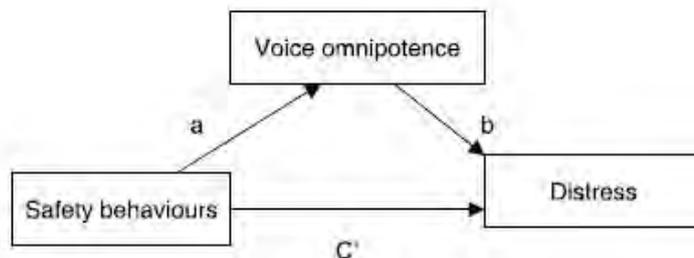


Figure 1 . Mediation model.

Figure 3 : Schéma de médiation de la relation comportement - détresse selon *Hackers, 2008*.

Monestès et al, en 2015 (47) vont plus loin dans le concept de réponse comportementale. En plus de retrouver les corrélations entre dépression et malveillance / résistance, ils mettent en avant que la résistance émotionnelle (et non comportementale) est la seule dimension qui influence les scores de dépression. Autrement dit, plus les sujets schizophrènes ont l'impression de résister à leurs voix, plus les symptômes dépressifs sont importants. Seule la résistance émotionnelle a un effet sur les scores de dépression, à la différence de la résistance comportementale.

Ils émettent l'hypothèse suivante : la dépression reflète le désarroi des patients face à l'inefficacité de la résistance comportementale. Cette dernière pourrait leur apparaître comme la seule relation possible aux voix qu'ils jugent insupportables. Ce ne serait donc pas la résistance aux hallucinations en elle-même qui augmenterait la symptomatologie dépressive mais l'impossibilité de mettre en place une résistance efficace.

Les réponses comportementales aux croyances pourraient donc médier une partie de la relation croyances - dépression.

3.2-c. Réponses émotionnelles aux croyances

Le constat de corrélation entre croyances et réponses émotionnelles (anxiété, détresse et dépression) est lui aussi largement retrouvé.

Birchwood et Chadwick en 1997 (2) retrouvent davantage de patients au moins modérément déprimés quand les voix étaient jugées très puissantes (60% versus 25% si les voix n'étaient pas jugées comme très puissantes) ou malveillantes (68% versus 35% si voix bienveillantes et 47% si voix mixtes). De la même façon, Lucas et Wade en 2001 (48) constatent que les niveaux plus élevés de dépression sont associés à une plus grande puissance perçue de la voix et à la croyance de malveillance. En 2010, Sorrel (49) corrobore les recherches précédentes en retrouvant la corrélation entre entente de voix et détresse. Cette corrélation dépendant des croyances sur la malveillance ou l'omnipotence des voix suggère que les croyances sur les voix pourraient modérer (les croyances sur les voix influencent la force de l'association) ou médiatiser (les croyances font le lien de l'association) le lien relation à la voix-détresse.

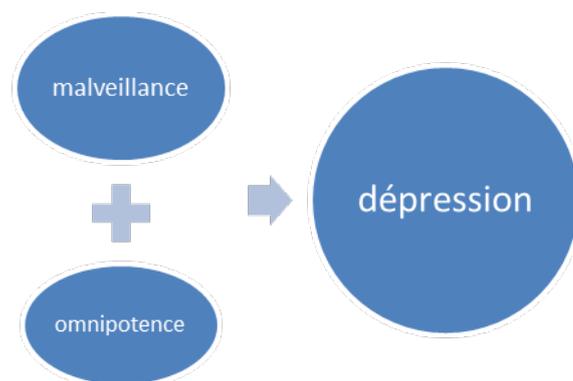


Figure 4 : Croyances impactant la symptomatologie dépressive.

Des résultats se montrent parfois plus précis. Par exemple, *Van der Gaag* (50) avance que la dépression est prédite uniquement par les croyances de malveillance, bien que le pouvoir perçu des voix soit aussi associé à la dépression, sous-entendant une primauté de l'intentionnalité sur la notion de pouvoir. De manière contradictoire, *Peters et al* (51) retrouvent que l'omnipotence est la seule variable (en opposition à la malveillance) significativement associée à la dépression, l'anxiété, l'estime de soi, la détresse associée aux voix et aux idées suicidaires.

Dans leur étude, *Close et Garety* (52) se questionnent sur l'importance de l'absence de contrôle perçu. Ils démontrent que l'expérience de la voix en soi est suffisante pour provoquer un effet négatif chez les participants, même lorsque le contenu est bienveillant. Dans leur échantillon de 30 patients, tous les participants, sauf un, jugent qu'ils n'ont pas la capacité de contrôler le début ou la fin des épisodes d'hallucinations. C'est pourquoi ils émettent l'hypothèse que vivre une voix perçue comme incontrôlable peut expliquer l'effet négatif élevé, quel que soit l'intentionnalité attribuée.

L'une des rares études, avec celle de *Van Oosterhout* en 2013 (53), qui contredit le constat de l'impact des croyances sur le lien voix-détresse, est celle de *Vaughan et Fowler* en 2004 (54). Pour eux, c'est le rapport de domination à la voix, plutôt que les croyances de malveillance ou d'omnipotence, qui est le plus étroitement lié au niveau de détresse et à la dépression. Ce ne serait pas la simple perception de puissance de la voix qui est problématique, mais peut-être davantage la manière dont la voix est perçue comme utilisant son pouvoir sur le patient.

Aujourd'hui la littérature montre que les croyances gouvernent les réponses affectives et comportementales aux hallucinations auditives et ainsi qu'elles sont donc un lien majeur entre dépression et hallucinations.

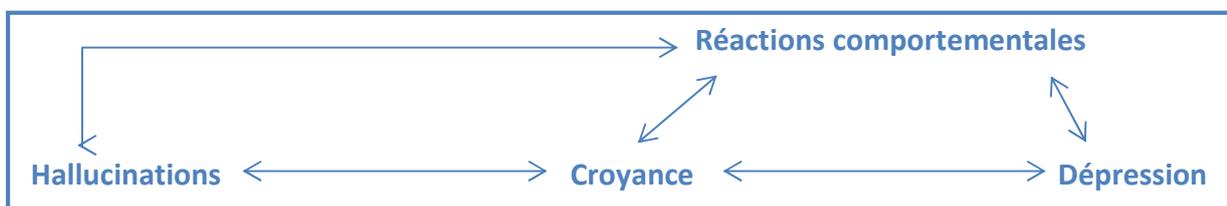


Figure 5 : Place des croyances dans la relation hallucinations auditives – dépression.

Ce n'est pas le fait d'entendre des voix en soi qui cause la détresse, mais ce sont les interprétations qui en sont faites. Le taux élevé de dépression semble directement attribuable à la croyance en la puissance des voix et en leur intentionnalité malveillante, et non à leur fréquence ou à leur intensité. Ce constat amène à réfléchir sur les éléments qui induisent ou influencent ces croyances des patients concernant leur(s) voix.

Le premier facteur d'influence des croyances évalué est le contenu vocal. Viendront ensuite, en fonction des orientations théoriques des équipes de recherche, la question du rôle de l'estime de soi, des schémas sociaux, des métacognitions, des psycho-traumatismes et même du type d'attachement.

3.3- Le contenu vocal

Le contenu vocal est la retranscription des propos de l'hallucination auditive. Il est classiquement défini en termes de positif (propos valorisants par exemple) ou de négatif (propos dénigrants).

En 1997, *Soppitt et Birchwood* (1), retrouvent que les scores de dépression (scores BDI) sont plus élevés chez les patients ayant des hallucinations à contenu vocal négatif, dénigrant. Cela étaye leur hypothèse selon laquelle un contenu vocal péjoratif est pourvoyeur de dépression. A noter que c'est la seule étude où cette corrélation est retrouvée de manière indépendante de la question des croyances.

La même année, *Birchwood et Chadwick* (2) retrouvent que les croyances sur les voix sont en partie comprises par référence à leur contenu. Pour arriver à cette affirmation, ils demandent à deux évaluateurs de juger à l'aveugle de la relation entre les informations détaillées données sur le contenu vocal et les informations sur les croyances des patients concernant l'identité, la signification et la compliance aux voix. Les observateurs devaient attribuer à chaque croyance l'une de ces catégories : « dépend directement du contenu de la voix » (par exemple, si la voix est identifiée en elle-même) ; « est en lien » (par exemple, le patient affirme que la voix « ça sonne comme X » ou « c'est le genre de chose que X dirait ») ; ou « ne porte pas de relation avec le contenu de la voix ». Ils obtiennent les résultats suivant : les croyances dépendent du contenu vocal dans 24% des cas, n'ont pas de relation avec dans $27 \pm 5\%$ des cas et « sont en lien par le biais d'une inférence » dans 45% des cas.

Table 3. *Relationship between voice content and beliefs*

Relationship with voice content	Voice beliefs			
	Identity %	Meaning %	Compliance %	All beliefs %
Follows directly	15.8	30.8	35.5	24.0
Requires an inference	68.4	28.2	38.7	45.1
No relationship	15.8	41.0	25.8	27.5

Tableau 3 : Résultats de la relation contenu – croyances, *Birchwood et Chadwick, 1997*.

Autrement dit, dans seulement un quart des cas, les observateurs évaluent les croyances vocales comme conséquences directes du contenu de la voix, écartant un lien direct contenu-croyance mais confirmant une relation étroite entre ces deux paramètres.

Un an plus tard, *Close et Garety* (52) confirment les résultats de leurs prédécesseurs sur un lien croyances-contenu. Dans leur échantillon de patients, ils ne retrouvent aucun patient avec des croyances allant à l'encontre du au contenu. Ils comparent leurs résultats à

ceux de l'étude de *Chadwick* de 1994 (39). Dans l'étude de 1994, certains participants qui avaient relaté un contenu négatif à leur voix les considéraient tout de même comme bienveillantes, alors que d'autres, au contenu positif, les considéraient comme malveillantes. Ce constat n'est pas retrouvé dans leur échantillon. Dans leur étude, les patients avec des voix au contenu positif les considèrent comme bienveillantes, et ceux avec des voix avec contenu négatif les considèrent comme malveillantes, ce qui reste en faveur pour une relation étroite contenu-croyance.

En 2003, *Van der Gaag et al* (50) retrouvent une corrélation entre scores de dépression (BDI) et croyances de bienveillance/malveillance mais pas de corrélation significative entre scores de dépression et contenu positif ou négatif des voix.

TABLE 1. Scores on the Anxiety and Depression Measures as a Function of Different Conditions in Voice Content and Belief about Voices and Their Confidence Intervals

Condition	Measure	Low Condition	High Condition	95% Conf. Int.		Significance
Malevolent belief	Anxiety	36.1 (4.5)	49.6 (2.4)	-23.71	-3.24	$p < .05$
	Depression	12.2 (3.1)	19.5 (1.7)	-14.40	-0.15	$p < .05$
Negative voice content	Anxiety	43.1 (2.3)	42.6 (4.5)	-9.80	11.67	n.s.
	Depression	12.8 (1.6)	18.9 (3.1)	-0.99	13.26	n.s.
Benevolent belief	Anxiety	51.0 (2.4)	37.2 (4.5)	3.59	24.12	$p < 0.005$
	Depression	19.9 (1.9)	10.0 (3.5)	1.78	17.98	$p < 0.05$
Positive voice content	Anxiety	45.2 (1.9)	35.0 (8.4)	-7.31	27.72	n.s.
	Depression	16.4 (1.5)	7.1 (6.7)	-4.37	23.35	n.s.

Tableau 4 : Corrélations entre score de dépression et croyances/contenu, selon *Van der Gaag et al*, 2003.

Dans leur échantillon, toutes les voix positives sont considérées comme bienveillantes et sur les 16 voix négatives, 14 sont jugées malveillantes. Ils concluent qu'un antagonisme entre le contenu de la voix et la croyance est rare et que le contenu des voix prédisposerait la croyance qui, elle, impacterait la détresse et la dépression.

Il semble donc se dessiner de manière assez nette une corrélation entre croyances et contenu. Il n'existe à ce jour aucun argument pour avancer que le contenu médie la relation croyance-dépression. Néanmoins, le contenu a un impact sur la croyance et indirectement sur la dépression.

Les implications cliniques majeures de ce constat sont l'intérêt à rechercher les symptômes dépressifs chez les patients schizophrènes avec des HAV dénigrantes. En outre, y compris face à un contenu vocal négatif, la détresse et la dépression pourraient être diminuées en changeant les croyances des patients au sujet des voix.

3.4- L'impact de l'estime de soi

Dans plusieurs modèles cognitifs, on retrouve que l'estime de soi a été impliquée à la fois dans la formation de symptômes positifs (55) et dans leur maintien (56).

Barrowclough en 2003 (57) retrouve une association de l'auto-évaluation négative à la sous-échelle de symptômes positifs de la PANSS, même lorsque les niveaux de dépression ont été contrôlés. Autrement dit, une faible estime de soi est associée avec les symptômes positifs indépendamment de l'humeur. Ils mettent en avant, comme facteur influant sur l'auto-évaluation négative, l'attitude critique des membres de la famille. En 2002, l'étude de *Krabbendam et al* (58) met en avant que le névrotisme et la faible estime de soi chez des personnes ne présentant aucun trouble psychiatrique, semblent prédire la survenue de symptômes psychotiques, y compris des hallucinations auditives, à trois ans de suivi. Il se dessine donc une hypothèse concernant l'impact de l'estime de soi sur les hallucinations.

En 1998, *Close et Garety* (52) émettent l'hypothèse d'un rôle de l'estime de soi sur l'impact émotionnel des voix. Dans leur étude, ils retrouvent que 76% de ceux qui avaient une réponse affective négative à la voix avaient une faible estime de soi et que 82% de ceux avec des réponses affectives négatives ont eu des auto-évaluations négatives par rapport à la voix. Leur hypothèse est qu'il existe une relation réciproque par laquelle la voix active les croyances de base sur le soi qui donnent lieu aux réponses affectives et comportementales. Ces réponses conditionnées à leur tour viennent renforcer les croyances fondamentales sur le soi. Autrement dit, la voix peut ainsi être interprétée comme un événement qui active les croyances sur le soi et qui peut influencer les réponses affectives et comportementales, qui à leur tour peuvent renforcer les croyances sur soi.

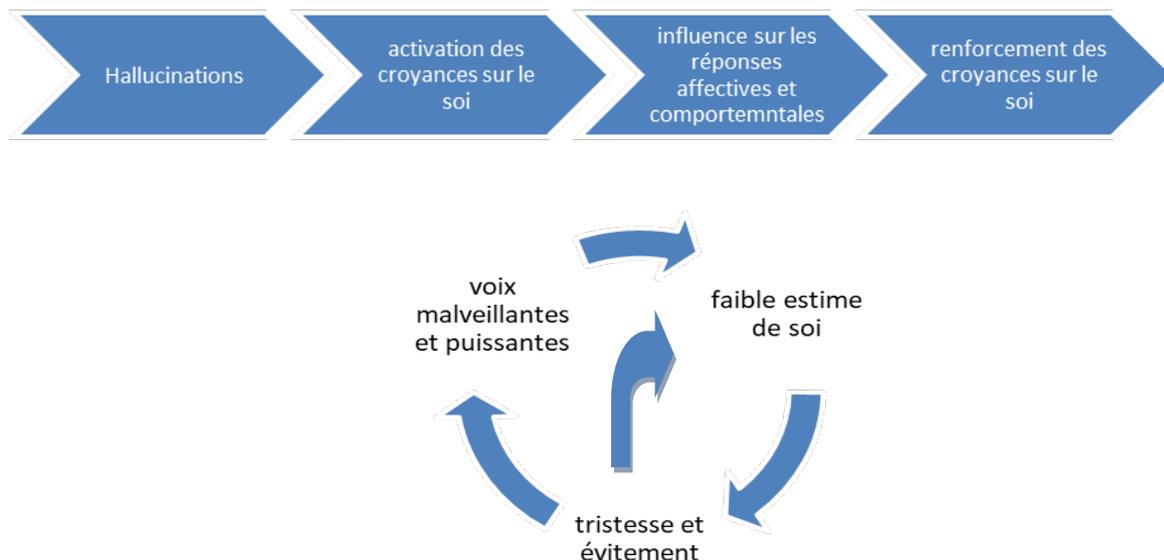


Figure 6 : Conclusions schématisées de l'étude de *Close et Garety 1998*.

Smith et al (16) retrouvent une association entre haut niveau de dépression, faible estime de soi et gravité des HAV (HAV à contenu négatif, HAV plus sévères, moins contrôlables, plus perturbantes). Par contre, la dépression est la seule variable à être indépendamment associée aux hallucinations auditives. Ils ne retrouvent donc pas le lien entre estime de soi et hallucinations. En revanche, une association forte entre l'estime de soi et la dépression est mise en évidence.

Fannon et al (59) évaluent les différents modèles d'association entre croyances sur les voix, estime de soi et dépression représentés par la figure ci-dessous. Ils mettent en évidence que la faible estime de soi n'est pas le pivot de la relation entre croyances sur les hallucinations auditives et dépression, mais agit de manière indépendante en contribuant à la dépression. Les croyances sur les voix et la faible estime de soi contribuent de façon indépendante à la dépression des patients ayant des HAV (modèle (c)).

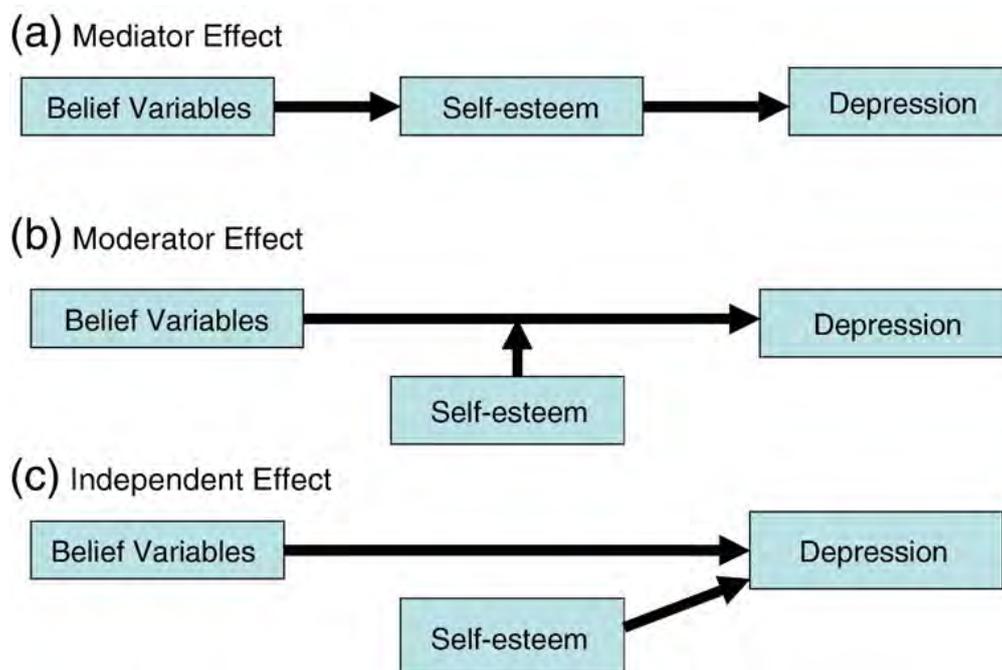


Figure 7 : Modèles d'association entre croyances, estime de soi et dépression, *Fannon et al, 2009*.

L'estime de soi a donc un impact sur la symptomatologie dépressive et sur les hallucinations. Cependant, cet impact ne semble pas être en lien avec une influence sur les croyances.

3.5- Le rôle des schémas sociaux

C'est *Birchwood et ses collaborateurs* qui développèrent la théorie d'un impact majeur des schémas sociaux ou interpersonnels sur les croyances vis-à-vis des voix.

En 1997 avec *Chadwick* (2), ils discutent la possibilité que les croyances vocales se développent dans le cadre d'un processus adaptatif à l'expérience des voix et sont sous-tendues par des croyances fondamentales des individus sur leur propre valeur et par leurs schémas interpersonnels. Ils émettent l'hypothèse que les croyances de malveillance ou bienveillance sont influencées par des schémas cognitifs autobiographiques représentant l'expérience passée de l'individu dans ses relations interpersonnelles en faisant référence à l'importance de l'impact des relations précoces avec les figures d'attachement.

Dans son étude de 2000 (60), il étudie si la relation avec la voix est un paradigme des relations sociales en général, utilisant le cadre de la théorie du rang social. Il vérifie si la relation que les patients entretiennent avec leurs voix est un reflet de leurs relations sociales. Il confirme cette idée en mettant en avant **un parallélisme entre subordination aux voix et subordination/ tendance à la marginalisation dans les autres relations sociales. La détresse provoquée par les voix serait alors liée, non pas aux caractéristiques vocales, mais aux cognitions sociales et interpersonnelles.** Même s'il retrouve des scores de dépression plus élevés dans le groupe de patient hautement subordonné, l'humeur n'explique pas ce résultat. De plus, il trouve également que **les patients se percevant comme d'un rang inférieur à la voix, se perçoivent également d'un rang et d'un pouvoir social inférieurs dans leur environnement.**

Il réplique ses résultats en 2004 (15) dans une étude qui met à nouveau en avant que les patients évaluant la voix comme plus puissante et d'un rang social plus élevé que le leur sont aussi plus déprimés. D'autre part, il démontre et que les attitudes de subordination envers les autres (faible auto-classement) sont associées à la dépression et à la soumission aux voix. L'évaluation du rang et du pouvoir social est à l'origine de schémas qui prédisent l'évaluation du pouvoir de la voix et la détresse qui en résulte. Le sentiment de se sentir inférieur aux autres (comparaison sociale négative) est lié à des sentiments généraux d'impuissance. Grâce à la méthode SEM (modélisation par les équations structurelles) il écarte les hypothèses que la dépression ou la psychose soient à l'origine des croyances sur les voix. **C'est l'impuissance et le sentiment d'infériorité que les auditeurs ressentent dans leurs relations avec les autres en général qui sont liés fortement au pouvoir des voix.** Ceci suggère que la façon dont les patients entretiennent leurs relations avec autrui se reflète dans l'expérience hallucinatoire et que la relation aux voix peut être perçue comme une relation sociale externe. Le contenu et l'expérience de la voix peuvent refléter le sentiment d'impuissance et d'absence de contrôle face aux autres.

Dans son étude de 2005 (61), il reprend les éléments de l'étude précédente qui dépassent les constats de corrélation entre schémas de subordination aux voix et dépression et teste des modèles de relation de causalité. Il démontre alors **que les schémas interpersonnels (de subordination aux autres) sont à la source de la dépression, de la détresse liée aux voix et de la subordination à ces mêmes voix.**

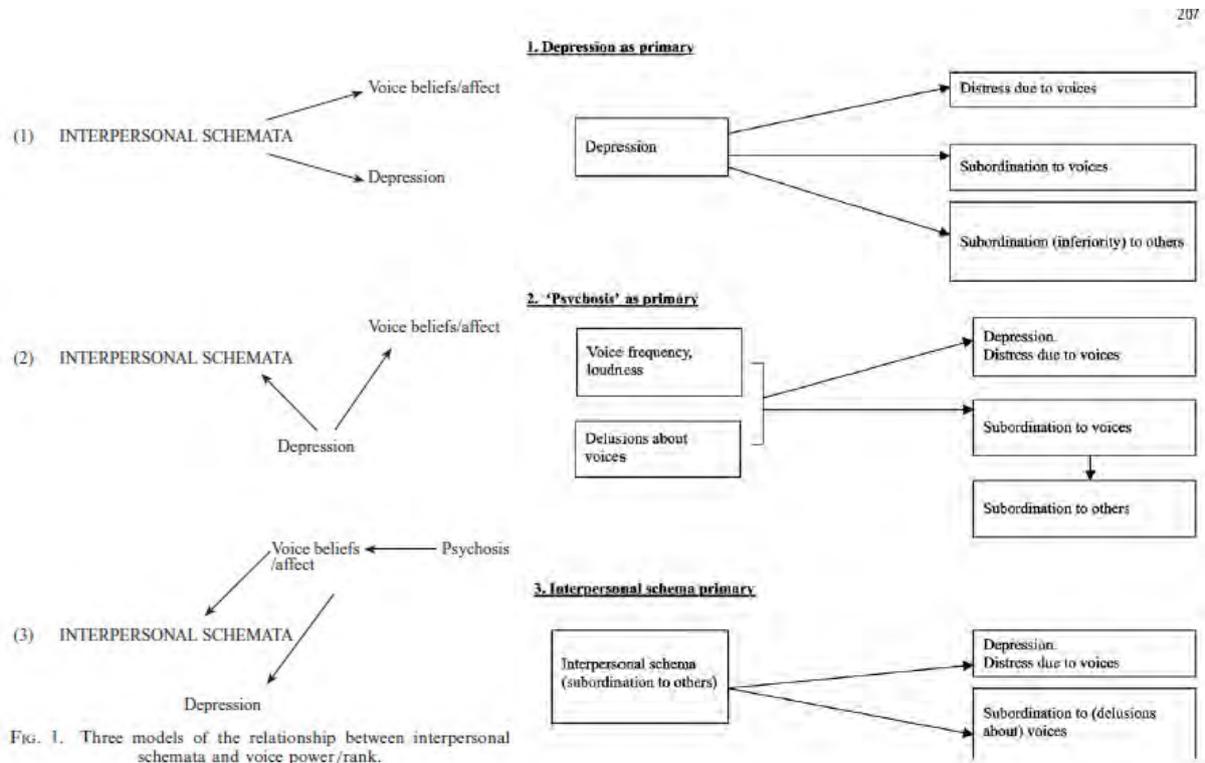


Figure 8 : modèles de relation de causalité entre schémas interpersonnels, dépression et croyances.

Hayward et al (62) retrouvent que la façon dont un individu se positionne face à ses voix peut être influencée par son modèle de relations sociales, et non pas uniquement par sa façon de gérer une nouvelle expérience interpersonnelle. Il émet l'hypothèse que si la voix est identifiable, comme appartenant à une personne dans le monde réel ou une entité surnaturelle, il est possible que les schémas interpersonnels soient activés et influencent la relation à la voix. Pour les voix non identifiées, il émet l'hypothèse que l'analyse de l'intention de la voix en fonction du contenu puisse être un des facteurs influençant le positionnement de l'auditeur dans sa relation aux voix.

En 2011, Hayward, Berry et Ashton (63) publient une revue de la littérature de 18 articles. Elle suggère que les voix peuvent être comprises dans le cadre interpersonnel et que les relations que les auditeurs développent avec leurs voix partagent de nombreuses propriétés communes avec les relations interpersonnelles qu'ils entretiennent.

Les schémas sociaux semblent donc avoir un impact sur les croyances (puissance de la voix), sur les réponses comportementales (subordination) et sur la dépression. Les patients se sentant inférieurs dans leurs relations sociales jugent leurs voix comme puissantes, se positionnent dans des attitudes de subordination et souffrent de manière plus intense.

3.6- La place des métacognitions

Le terme métacognition apparaît dès les années 70. *Flavel* en fait la définition suivante : « La métacognition fait référence à la connaissance qu'on a de ses propres processus cognitifs et de leurs produits ou de ce qui leur est relié. La métacognition se rapporte, entre autres choses, au contrôle actif, à la régulation et à l'orchestration de ces processus en fonction des objets cognitifs et des données sur lesquels ils portent, habituellement pour servir un objectif ou un but concret ». De manière plus synthétique la métacognition peut se définir par la capacité de « penser les pensées » « thinking about thinking » (64) ou « tout savoir ou processus cognitif impliqué dans l'évaluation, la surveillance ou le contrôle de la cognition » (65).

Dès les premières descriptions de modèle cognitif, les métacognitions sont imaginées comme impactant la genèse des hallucinations. En 1995, *Morrison* (5) théorise que l'incompatibilité entre certaines croyances métacognitives et les pensées intrusives conduit à l'attribution externe de pensées en tant qu'hallucinations auditives. La dissonance cognitive est la tension interne d'une personne ressent lorsque plusieurs cognitions (pensées, croyances, émotions et attitudes) entrent en contradiction les unes avec les autres. Par exemple : « je sais le faire » versus « tu n'es bon à rien ». Les HAV seraient un moyen de lutter contre la dissonance cognitive, l'attribution externe de pensées contradictoires réduirait la tension induite par la dissonance.

A la même période, *Wells et Matthews* développent le modèle théorique Self-Regulatory Executive Function (S-REF) (66). Dans ce modèle, le maintien de la détresse est favorisé par les connaissances et les stratégies métacognitives. Cette approche se base sur le postulat selon lequel les croyances métacognitives et les stratégies d'autorégulation émotionnelle inefficaces conduisent à un traitement biaisé de l'information comme un stimulus menaçant, à des processus ruminatifs et à une attention accrue centrée sur soi-même. Les troubles psychologiques résultent d'un maintien anormalement élevé de la réponse émotionnelle.

Pour l'évaluation des métacognitions, les différentes études chez les patients schizophrènes utilisent notamment le Metacognitions Questionnaire (MCQ-30) validé par *Wells et Cartwright-Hatton* en 2004 (67). Il permet de mesurer cinq dimensions de la métacognition impliquées dans le développement et la persistance de troubles psychiques.

1. *Cognitive confidence* : le manque de confiance cognitive, lié au degré de confiance du sujet en ses propres capacités mnésiques.

2. *Positive beliefs about worry* : les croyances positives à propos de l'inquiétude, qui traduisent la propension du sujet à croire que l'inquiétude peut l'aider à mobiliser ses ressources cognitives.

3. *Cognitive self consciousness* : la conscience de ses propres pensées, qui décrit la capacité du sujet à se focaliser sur ses processus de pensée et à les contrôler.

4. *Worries are uncontrollable or dangerous* : les croyances négatives sur l'incontrôlabilité de ses pensées et leur danger, qui amènent le sujet à percevoir l'inquiétude comme incontrôlable et dangereuse.

5. *Need to control thoughts* : les croyances concernant le besoin de contrôler ses propres pensées, qui font craindre au sujet les conséquences d'une perte de contrôle de ses facultés cognitives.

Baker et Morrisson (68) avancent que les patients qui ont des hallucinations ont une tendance à l'attribution externe majorée par le contenu émotionnel. Les patients qui ont des hallucinations ressentent moins le contrôle de leurs pensées (MCQ-4) et sont plus enclins à croire que les pensées devraient être contrôlées et que les intrusions sont dangereuses (MCQ-5) (ce qui entraînerait une dissonance cognitive). Pour eux, les croyances négatives sur l'incontrôlabilité et le danger jouent un rôle crucial dans le développement et la maintenance des hallucinations auditives.

Dans leur étude publiée en 2002, *Lobban et al (69)* ne retrouvent pas ce constat une fois les scores analysés après contrôle des scores de dépression et d'anxiété. Selon leur hypothèse, c'est la combinaison de l'anxiété liée à des pensées intrusives, d'une faible confiance cognitive (MCQ-1) et de croyances en l'importance de la cohérence des pensées qui contribueraient à la survenue des hallucinations.

La méta-analyse de *Varese et Bentall (70)* va plus loin dans le constat de limitation d'impact des métacognitions sur la symptomatologie hallucinatoire. Ils ne retrouvent qu'un faible soutien à l'existence d'associations spécifiques entre les hallucinations et des croyances métacognitives dysfonctionnelles notamment chez les patients avec hallucinations (par rapport aux entendeurs de voix non cliniques) notamment après contrôle de l'effet des symptômes comorbides (dépression et anxiété).

Hill et al (71) retrouvent que les croyances négatives concernant le besoin de contrôle (MCQ-5) est le seul facteur prédictif significatif de détresse liée à la voix, bien que l'effet ne soit plus significatif après contrôle de l'effet du groupe. Ils concluent que les croyances métacognitives ne sont pas directement impliquées dans l'étiologie des HAV, mais peuvent être associées à la détresse psychologique.

En 2013, *Gaweda et al* (72) retrouvent une corrélation entre les croyances négatives générales et la sévérité totale des HAV ainsi que leurs dimensions cognitives et émotionnelles à la PSYRATS. Ils écartent leur hypothèse d'un rôle de médiation de l'anxiété et la dépression dans la relation entre les croyances métacognitives et les dimensions des HAV. Ils retiennent que certaines dimensions des symptômes psychotiques sont influencées par des facteurs plus généraux que les seules croyances métacognitives dysfonctionnelles, comme par exemple la dépression.

La même année *Van Oosterhout* (53) ne relève aucune association entre croyances sur les voix (malveillance et omnipotence) et dépression, mais une association entre dépression et la métacognition MCQ4 «incontrôlabilité des pensées et danger». Ils concluent que les croyances métacognitives sont une caractéristique fondamentale dans le développement et le maintien de la dépression et de l'anxiété chez les patients souffrant d'hallucinations verbales auditives sévères. Ils émettent l'hypothèse que les corrélations croyances - dépression le sont par le biais des métacognitions. Pour eux, la dépression est liée aux croyances métacognitives mais pas aux croyances à propos des voix.

Le constat du lien fort et direct entre métacognitions et dépression est renouvelé par l'étude de *Sellers et al* (17). Ils mettent en évidence que les croyances métacognitives ont des relations positives modérées à grandes avec les scores de dépression. Les sous-échelles métacognitives qui prédisaient un effet négatif sur l'humeur sont la croyance négative sur l'incontrôlabilité et le danger des pensées (MCQ-4) et la nécessité de contrôler les pensées (MCQ-5). Ils concluent que les croyances métacognitives sont ainsi des prédicteurs uniques et indépendants de la dépression chez les personnes atteintes de psychose et que la métacognition peut être un déterminant plus important sur la dépression que les caractéristiques des symptômes positifs.

En 2017, la méta analyse de *Sellers et al* (73) affirme que, par rapport aux témoins non psychiatriques, les personnes atteintes de psychose avaient des scores significativement plus élevés sur les cinq sous-échelle du MCQ mais que par rapport aux personnes souffrant d'un trouble émotionnel, seul le score sur les croyances positives à propos de l'inquiétude (MCQ-2) était significativement plus élevé. Pour eux cela confirme le modèle S-REF qui suggère qu'un ensemble commun de croyances métacognitives pourrait être associé à une vulnérabilité au désordre psychologique, à la régulation émotionnelle et à la détresse plutôt qu'à des diagnostics spécifiques.

Les croyances métacognitives représentent un facteur de risque de détresse psychologique et émotionnelle en général (comme le prédit le modèle S-REF) plutôt que pour des symptômes psychotiques spécifiques comme le sont les HAV. Les croyances métacognitives pourraient être spécifiquement liées à la détresse associée aux expériences psychotiques, plutôt que de jouer un rôle dans l'étiologie de ces phénomènes.

3.7- L'influence des psycho-traumatismes

Aujourd'hui, le lien traumatisme - hallucination ne fait plus aucun doute. Dans de nombreuses études, le constat est fait que, bien que la grande majorité des enfants ayant subi de la maltraitance ne développent pas d'expériences psychotiques, les enfants qui ont subi de la maltraitance et qui ont été victime d'abus émotionnels et de négligence étaient plus susceptibles de déclarer des hallucinations (74). A l'âge adulte, de nombreuses études retrouvent la corrélation HAV- événements de vie stressants et notamment HAV- événements traumatiques type abus sexuel ou maltraitance infantile (75,76). En regard, on retrouve une surreprésentation des antécédents de maltraitements infantiles et d'abus sexuels chez les patients atteints de schizophrénie (77-79).

En 2013 *Mueser* (80) publie un éditorial dans lequel il explique que le diagnostic de stress post traumatique dans une population schizophrène est corrélé à des scores de dépression plus sévère. Cette constatation s'appuie notamment sur la revue de la littérature de *Grubaugh et al* (81) et l'essai contrôlé de *Peleikis et al* (82). En outre, la forte association entre stress post traumatique et dépression concorde avec les résultats de la population générale (83).

Du fait du lien entre diagnostic de stress post traumatique et dépression notamment chez les schizophrènes, l'extrapolation d'un lien entre psycho-traumatismes et dépression au sein de cette population se pose, cependant il n'est pas confirmé. L'étude de *Peleikis et al* (82) retrouve une différence significative dans les score de dépression (CDSS) entre les patients sans traumatisme et ceux avec un syndrome de stress post traumatique. Cependant, il n'y a pas de différence mise en évidence entre ceux avec un traumatisme sans syndrome de stress post traumatique et ceux avec un syndrome de stress post traumatique : Scores CDSS moyen de 4,0 sans traumatisme, 4,1 avec traumatisme et 7,4 avec ESPT, $p = 0,012$.

Il a été montré dans plusieurs études que le contenu et les croyances à propos des voix sont associés à l'histoire de vie d'un individu (3,20). Ceci laisse supposer que les événements de vie, en particulier les événements traumatisants, pourraient représenter un facteur contributif dans le développement de croyances sur les voix.

Les résultats de l'étude de *Andrew et de ses collaborateurs* (84) suggèrent que les croyances sur les voix peuvent être au moins partiellement comprises dans le contexte des événements traumatiques. Ils réalisent une étude comparative d'entendeurs de voix psychiatriques (avec des croyances majoritairement négatives) et non psychiatriques (avec des croyances majoritairement positives). Dans leurs deux échantillons, ils retrouvent une prévalence élevée d'événements de vie traumatique, cependant, les patients ayant des croyances négatives ont plus de symptômes de la lignée diagnostique du PTSD et ont plus

été victimes d'abus sexuels durant leur enfance. Ils montrent que les symptômes actuels du traumatisme (reviviscence, évitement et hyperactivité) sont prédicteurs des croyances au sujet des voix (bien/malveillance ; omnipotence) et proposent que les croyances sur les voix puissent être au moins partiellement comprises dans le contexte des événements traumatiques et que, via les croyances, les traumatismes influent sur les niveaux de dépression.

Les psycho-traumatismes favorisent la genèse des hallucinations et semblent aussi pouvoir impacter sur les croyances en lien avec les hallucinations. Cependant, ils ne semblent pas être en lien avec la symptomatologie dépressive quand ils ne sont pas responsables de stress post traumatique.

3.8- L'apport de la théorie de l'attachement

En 2016 puis en 2017, sont publiés deux articles de *Berry et al.* proposant un modèle théorique des hallucinations, le modèle CAV : Cognitive Attachment model of Voices (85,86). Ils viennent tenter de répondre à la question de l'influence des expériences de vie, et en particulier des événements potentiellement traumatisants, sur les processus de formation et de détresse résultant des hallucinations. Ce modèle théorique vise à comprendre la relation entre un traumatisme interpersonnel antérieur et l'entente d'HAV désagréables via l'impact du style d'attachement. Pour mémoire, le style d'attachement est influencé par les premiers rapports avec les figures d'attachement est peut être de 4 types : sécuritaire, insécuritaire anxieux, insécuritaire évitant, désorganisé.

Le modèle est construit sur la théorie de l'attachement et les modèles cognitifs des voix. Il soutient que le processus d'attachement et la dissociation sont des mécanismes psychologiques clés qui expliquent comment le traumatisme influence l'audition de la voix.

Le CAV propose un modèle de vulnérabilité aux HAV visant à expliquer le lien entre traumatisme et audition de voix. Selon le modèle, un attachement désorganisé favorise les états dissociatifs chez un enfant subissant un traumatisme. La dissociation et les autocritiques liées au traumatisme, couplées à des processus cognitifs (« source monitoring difficulties »), conduisent à l'entente de voix. Les HAV sont le résultat de stratégies interpersonnelles contradictoires et concurrentielles, d'un modèle d'attachement désorganisé.

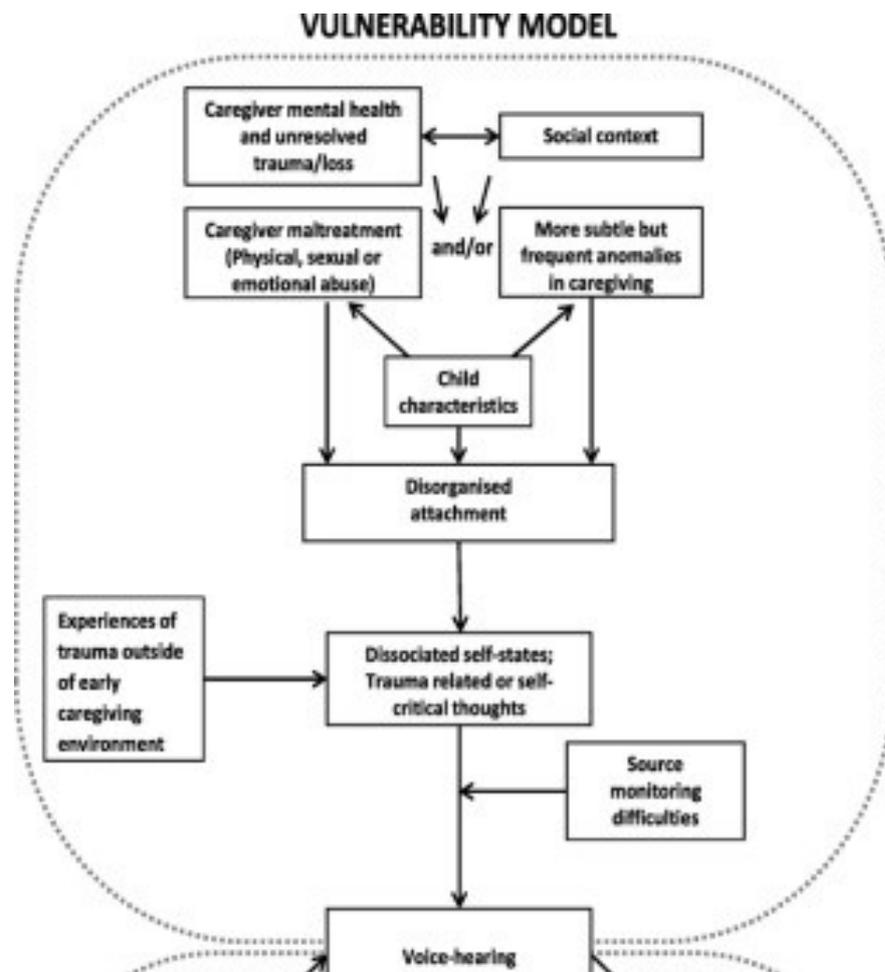


Figure 9 : modèle de vulnérabilité aux HAV du CAV

Le modèle CAV propose aussi un cycle de maintenance de la détresse, dans lequel l'attachement insécurité influence les croyances et les réponses comportementales aux voix, ce qui pourrait exacerber la détresse liée aux voix et contribuer au maintien des hallucinations auditives pénibles. Il suggère donc que, une fois les voix développées, le style d'attachement, cette fois-ci insécurité, pourrait également influencer la manière dont les voix se font entendre (croyances), la relation de la personne à ses voix et par conséquent les stratégies comportementales que mettent en place les auditeurs pour contrôler ces expériences. Ces hypothèses sont basées notamment sur les études de *Robson et Mason* (2015) et *Pilton et al.* (2016).

Un style d'attachement insécurité anxieux se traduit par des croyances selon lesquelles les voix sont puissantes, mais aussi des croyances fluctuantes sur l'intentionnalité des voix (bienveillance et malveillance). La relation voix-auditeur est fortement susceptible d'être caractérisée par une subordination de l'auditeur et une dominance de la voix. L'auditeur a une tendance à l'hypervigilance vis-à-vis des voix et est influencé par les propos des voix. De plus, un style d'attachement anxieux est associé à des croyances négatives quant à la capacité de l'individu à faire face aux voix.

Les personnes présentant un style d'attachement évitant se caractérisent davantage par la croyance d'une intentionnalité malveillante et des réponses comportementales à type de tentative de suppression/ résistance aux voix, favorisant le maintien des croyances négatives et des voix au fil du temps. Un attachement évitant peut aussi conduire à maintenir la détresse liée aux voix en réduisant la probabilité que l'individu développe de nouveaux attachements ou utilise des soutiens sociaux pour aider à faire face à cette détresse.

Ces résultats suggèrent que l'attachement peut avoir une incidence directe sur la détresse liée à la voix, mais qu'il influence également celle-ci par le biais des croyances et des stratégies comportementales pour répondre aux voix.



Figure 10 : modèle de maintien de la détresse liée aux HAV du CAV

Le CAV propose que le style d'attachement insécuré ou désorganisé, couplé avec des processus cognitifs et dissociatifs, puisse aider à expliquer le lien entre traumatisme et entente de voix. Le style d'attachement peut aussi impacter les croyances et les comportements liées aux HAV et donc la détresse qu'elles engendrent.

4. EXEMPLES DE PRISES EN CHARGE PSYCHOTHERAPEUTIQUES ET IMPACT SUR LA DEPRESSION

Ce constat d'un lien fort entre hallucinations auditives et dépression soulève la question de savoir si une intervention psychothérapeutique ayant pour but la diminution de la symptomatologie hallucinatoire, comme l'est le protocole Accept Voices© de T. LANGLOIS, peut avoir un impact positif sur la symptomatologie dépressive.

Des prises en charge utilisant des images visant à améliorer les connaissances sur le phénomène hallucinatoire, le coping et l'acceptation des voix peuvent-elles changer l'intensité de la dépression chez les patients schizophrènes avec des hallucinations verbales auditives persistantes ?

Une autre question est de savoir si, comme le laisserait penser les éléments présentés antérieurement, la modification des croyances médie ou médiatise les changements dans la symptomatologie dépressive des patients.

Aujourd'hui, les thérapies comportementales et cognitives sont un des axes psychothérapeutiques majeurs. Le protocole expérimental Accept Voices© de T. LANGLOIS est un protocole basé sur une approche type ACT associée à des éléments de psychoéducation et des stratégies de coping.

Nous allons donc exposer la place actuelle des thérapies s'apparentant au protocole Accept Voices© de T. LANGLOIS dans la prise en charge des patients schizophrènes et leur impact sur la symptomatologie dépressive.

4.1- La psychoéducation

La psycho éducation est une approché thérapeutique qui vise à informer les patients, et/ou leurs proches, sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face. « Ce n'est pas seulement une transmission d'information, mais aussi une méthode pédagogique adaptée aux troubles ayant pour but une clarification de l'identité, une appropriation du pouvoir et une modification des attitudes et des comportements. » (87).

Par définition, la psycho éducation va impacter ce que nous définissons par insight : la conscience du trouble.

Les résultats de la méta-analyse sur l'insight de *Mintz et al* en 2003 (88) mettent en avant une corrélation positive entre le niveau d'insight et le niveau de dépression. Autrement dit, les patients schizophrènes avec un bon insight sont plus déprimés que ceux avec un faible insight. De même, dans une cohorte de patients inclus à l'occasion d'un premier épisode psychotique et suivis durant quatre ans, l'insight est un facteur prédictif de survenue d'un état dépressif et de tentative de suicide (89).

Des études écossaises sur des protocoles de psychoéducation confirment l'effet protecteur du mauvais insight sur la symptomatologie thymique. *Carroll et al* (90) retrouvent, dans leur étude de 1999, que lors de leur évaluation initiale les patients schizophrènes avec un meilleur insight ont significativement une humeur plus basse. Le protocole à visée psychoéducative randomisé dans l'étude confirme ce lien, les patients bénéficiant de la psychoéducation ayant, en parallèle de l'amélioration de leur insight, une dégradation de l'humeur. Ils suggèrent alors qu'un faible insight pourrait protéger contre la dépression dans les premiers stades du rétablissement de la schizophrénie. 2 ans après, un article basé sur le même protocole de psychoéducation retrouve que le risque de développer des pensées suicidaires est associé à un meilleur insight et est plus important dans le groupe ayant reçu le protocole de psychoéducation (91).

En 2002, une étude polonaise remet en cause ces premiers résultats sur un effet délétère sur l'humeur de la psychoéducation (92). Dans cette étude sur 36 patients, il n'est pas retrouvé de dégradation des scores de dépression dans le groupe bénéficiant d'un accompagnement de type psychoéducatif, bien au contraire, une diminution de la fréquence des symptômes dépressifs est constatée. Le même constat est fait dans une étude chinoise en 2004, cette étude randomisée sur 146 patients diagnostiqués schizophrènes retrouvant même une amélioration significative des scores de dépression après une prise en charge d'un mois en psychoéducation.

L'étude de *Staring* (93) peut nous permettre de mieux appréhender ces résultats contradictoires. Elle ne remet pas en cause la corrélation entre bon insight et symptomatologie dépressive, mais met en lumière l'importance de la stigmatisation. Elle met en avant que les patients avec un bon insight et peu de ressenti de stigmatisation ont des scores de dépression équivalents à ceux avec un mauvais insight. Leurs scores de dépression sont aussi statistiquement moins importants que ceux des patients avec bon insight et un fort vécu de stigmatisation. Il est conclu que cette corrélation entre insight et humeur est médiée par la stigmatisation ressentie par les patients. Les programmes de psychoéducation visant à améliorer l'insight, s'ils s'attaquent aussi à la problématique de stigmatisation perçue, limitent les effets négatifs de la psychoéducation sur l'humeur. De la même façon, les interventions dont l'objectif est de modifier les croyances négatives à propos des troubles psychotiques pourraient avoir un effet positif sur la réduction du risque suicidaire (94).

En 2014, l'étude du Japonais *Shiraishi* (95), dont l'approche psychoéducative est centrée sur les cognitions au sujet des hallucinations acoustico-verbales, confirme l'effet potentiellement bénéfique sur l'humeur d'éléments de psychoéducation. Il propose un protocole de psychoéducation sur 5 séances visant à changer les cognitions à propos des hallucinations. Il retrouve une diminution du score d'idée délirante (*Peters et al. Delusions Inventory (21-Item PDI)*), une diminution significative des scores de malveillance,

d'omnipotence et de résistance à la BAVQ-R ainsi qu'une amélioration significative des scores de dépression à la BDI II. Il en conclut notamment que la modification des croyances à propos de la malveillance des voix peut atténuer l'impact des hallucinations et atténuer la sévérité de la dépression.

Si des études remettent en question l'intérêt des prises en charge psychoéducatives chez les patients schizophrènes, du fait d'un risque d'aggravation de l'auto-stigmatisation et de l'état dépressif des patients, il semble se dessiner dans d'autres, notamment dans le cadre de prises en charge psychoéducatives ciblées sur les hallucinations, un intérêt à des éléments de psychoéducation pour diminuer la symptomatologie dépressive des patients.

4.2- Les recommandations internationales des TCC

Actuellement, les recommandations officielles dans la prise en charge de la schizophrénie ouvrent la place aux psychothérapies.

En 2010, l'**AHRQ : Agency for Health Research and Quality** émet des recommandations via le groupe de travail The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) (96). Pour eux, une psychothérapie cognitivo-comportementale visant à réduire la sévérité des symptômes doit être proposée aux personnes atteintes de schizophrénie qui présentent des symptômes psychotiques résistants à un traitement pharmaceutique adapté. La thérapie peut être proposée en groupe ou en individuel sur environ 4 à 9 mois. Les éléments clés de cette intervention doivent comprendre l'identification collaborative des problèmes ou des symptômes cibles et le développement des stratégies cognitives et comportementales spécifiques pour faire face aux problèmes ou symptômes identifiés.

Le Consortium International pour la recherche sur les Hallucinations (ICHR : International Consortium for Hallucinations Research) a été créée pour promouvoir les collaborations internationales sur les principaux domaines de recherche liés aux hallucinations auditives. En 2014, il publie un article (97) qui décrit les résultats d'un groupe de travail sur les thérapies psychologiques pour les hallucinations. Ils concluent que les thérapies psychologiques sont généralement efficaces pour les personnes présentant des symptômes positifs, mais que d'autres recherches sont nécessaires pour comprendre les applications spécifiques de thérapies sur les voix.

En septembre 2009, l'**APA (American Psychiatric Association)** (13) publie une synthèse de ses recommandations sur la schizophrénie de 2004 (98). Concernant les TCC, elle retient que les études récentes retrouvent une réduction des symptômes positifs et négatifs et une amélioration du fonctionnement social. Cependant, il n'y a pas de preuves cohérentes que la TCC améliore les résultats chez les personnes qui présentent des symptômes psychotiques aigus. Elle évoque une méta-analyse qui suggère que la TCC peut être livrée à la fois individuellement et en groupe offrant des avantages similaires, en améliorant de manière globale les patients atteints de schizophrénie qui présentent des

symptômes résiduels. A noter, une nouvelle guideline de l'APA pour la schizophrénie est attendue très prochainement.

En 2014, la **NICE (National Institute for Health and Care Excellence)** actualise ses recommandations sur la schizophrénie chez l'adulte (99).

Leur ligne directrice depuis 2003, mise à jour en mars 2009, stipulait que la TCC devrait être offerte à tout le monde avec un diagnostic du spectre de la schizophrénie; en particulier ceux qui présentent des symptômes persistants et pénibles et des antécédents de rechute.

Dans leur recommandation *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*, la NICE reprend la recommandation d'offrir la TCC à toutes les personnes atteintes de psychose ou de schizophrénie, la psychothérapie pouvant être démarrée pendant la phase aiguë ou plus tard, y compris en milieu hospitalier.

La recommandation décrit les conditions suivantes : La TCC devrait être dispensée individuellement sur au moins 16 séances planifiées et :

- suivre un manuel de traitement pour que : les patients établissent les liens entre leurs pensées, émotions ou actions et leurs symptômes actuels ou passés et / ou leur fonctionnement ; les patients réévaluent leurs perceptions, leurs croyances et leurs raisonnements se rapportant à leurs symptômes ciblés ;

- inclure également au moins un des composants suivants: la surveillance des pensées, émotions ou comportements en lien avec leurs symptômes ou la récurrence des symptômes ; la promotion de solutions alternatives pour faire face aux symptômes cibles ; la réduction de la détresse ; l'amélioration du fonctionnement.

Alors que les recommandations internationales mettent en avant les prises en charges TCC, elles restent évasives ou contradictoires sur leurs applications : individuel/groupe ; aigu/post épisode.

Il existe des incohérences dans la littérature publiée, notamment en ce qui concerne la spécificité et la persistance des effets des protocoles de TCC. Nous prenons aujourd'hui le parti de ne présenter que la littérature concernant l'impact de ces prises en charge sur la dépression des patients schizophrènes.

4.3- Les TCC « classiques »

Les TCC dans la psychose ont pour objectif une meilleure adaptation à l'expérience psychotique, au point de vue cognitif, comportemental et affectif (13).

En 1996, *Chadwick, Birchwood et Trower* rédigent un ouvrage sur l'application des thérapies cognitives dans les troubles psychotiques (100). Ils soutiennent que la thérapie cognitive de la psychose ne devrait pas viser à contrôler les symptômes psychotiques tels que les voix, les images et les intrusions paranoïaques, mais à soulager la détresse qui leur est associée (le C dans leur modèle ABC). En 2005, la conclusion de l'étude *Wykes et al* vient confirmer cette philosophie (101). Pour eux, bien que des réductions de la fréquence ou la gravité des hallucinations auditives ne puissent pas être universelles ou durables, les auditeurs de voix montrent des améliorations dans le niveau de détresse, de fonctionnement social et d'estime de soi.

Une méta-analyse récente, regroupant 48 études portant sur les interventions psychologiques dans la psychose, souligne que les TCC ciblant un symptôme en particulier donnent de meilleurs résultats que les TCC généralistes (102). Dans une revue de littérature traitant spécifiquement des conséquences des thérapies cognitives et comportementales sur les hallucinations chez les patients schizophrènes, il n'est pas développé la question de leur impact sur la symptomatologie thymique (103).

Les protocoles de TCC centrés sur les voix ne retrouvent généralement pas d'effet sur la dépression. Après *Trower* en 2004 (104), *Birchwood et al.* en 2014 (105) ne retrouvent pas d'impact de leur protocole sur les scores de dépression à la Calgary.

Cependant, une étude sur une prise en charge en TCC généraliste retrouve une amélioration significative des scores BDI à long terme (106). La méta-analyse de *Wykes et al.* (11) a retrouvé 15 études (dont 12 protocoles de TCC individuel) pour lesquelles l'humeur était un des symptômes étudiés mais aucune n'avait la dépression comme critère principal de jugement. Ils ont constaté une taille d'effet modérément forte des TCC sur l'humeur mais lorsque les études avec une qualité méthodologique «médiocre» ont été contrôlées, la taille d'effet pondérée sur l'humeur n'était pas significative.

A ce jour, la littérature ne laisse pas à penser que les stratégies TCC cognitives centrées sur les hallucinations puissent avoir un impact positif majeur sur la symptomatologie thymique. L'impact sur l'humeur des TCC non centrées sur les hallucinations reste lui à étayer.

4.4- Les TCC 3^{ème} vague

Les TCC dites de 3^{ème} vague sont un des domaines de recherche en psychothérapie qui connaît actuellement un grand développement. Elles comprennent les thérapies d'acceptation et d'engagement (ACT) de *Hayes, Strosahl et Wilson*, les thérapies MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) de *Jon Kabat-Zinn* et les thérapies MBCT de *Segal, Williams, Teasdale* ainsi que la thérapie comportementale dialectique de *Linehan*. Ces thérapies partagent comme base théorique que pour parvenir à un état de bien être psychique, les individus doivent changer la manière dont ils se rapportent à leurs symptômes au lieu de viser à les éliminer. Autrement dit, lorsque des symptômes persistent, les gens peuvent apprendre à y répondre différemment dans le but de moins en souffrir.

Kabat-Zinn définit la pleine conscience comme un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment. C'est une pratique de méditation qui consiste à apprendre à observer nos sensations et nos réactions qui en découlent, de manière claire, consciente et non critique, et, ce faisant, de laisser éliminer les réactions habituelles autodestructrices à une expérience difficile. La pleine conscience est un état de non-jugement et d'acceptation de la prise de conscience des expériences du moment présent (comme les pensées, les voix et les sensations corporelles).

Des méta-analyses récentes suggèrent que la pleine conscience est une intervention efficace pour le traitement de plusieurs troubles mentaux, notamment les troubles anxieux et la dépression (107,108).

Les thérapies dites de 3^{ème} vague semblent d'autant plus pertinentes qu'il semblerait que les patients atteints de psychose soient plus disposés à s'engager dans un traitement qui vise à modifier leur relation à leur façon de penser et à la culture de la pleine conscience et de l'acceptation, plutôt que dans un traitement qui se concentre sur la modification directe du contenu de la pensée par délibération rationnelle, telle que c'est le cas de la TCC traditionnelle de 2^{ème} vague, du moins au début du traitement.

4.4-a. ACT

La plus développée de ces nouvelles approches dans la psychose est la thérapie d'acceptation et d'engagement : ACT (109). Comme son nom l'indique, ACT a deux grandes composantes. L'acceptation : les stratégies ne visent pas à contrôler les symptômes mais des méthodes de défusion cognitive aident l'individu à reconnaître, à partager et observer les symptômes comme des événements mentaux, plutôt que de juger de leur véracité et de réagir à eux. L'engagement : qui promeut que le comportement soit lié à la formulation des valeurs et objectifs personnels plutôt qu'aux symptômes.

En 2002, *Bach et Hayes* (110) publient une des premières études randomisées sur une thérapie ACT chez des patients avec hallucinations ou délire. Ils mettent en avant une diminution de 50% des réhospitalisations à 4 mois de suivi chez les patients bénéficiant de la prise en charge par rapport au groupe contrôle, mais il n'y avait pas d'impact significatif de la prise en charge sur la détresse liée aux symptômes.

En 2006, *Gaudio et Herbert* (111) publient un travail dans la lignée de leur prédécesseur mais retrouvent cette fois-ci une diminution significative des symptômes affectifs (dépression, anxiété, hostilité) à la BPRS et une diminution significative du sentiment de détresse associé aux hallucinations. La diminution de la détresse associée aux hallucinations était corrélée à la diminution de la crédibilité des croyances.

Quelques années plus tard, *Gaudio, Herbert et Hayes* (112) publient un nouvel article confirmant que le médiateur statistique de l'impact de la prise en charge ACT sur la détresse liée aux HAV est la diminution de la crédibilité des hallucinations et que la fréquence des hallucinations n'a pas influencé le résultat. C'est la position «d'effacement» envers ces expériences, qui semble expliquer l'effet de l'ACT sur la détresse liée aux hallucinations.

Laithwaite réalise une étude visant à promouvoir le rétablissement de patients psychotiques dans un service de haute sécurité en Ecosse (113). Elle se base sur le principe des TCC de 3ème vague avec un programme centré sur la compassion. Cette étude ne s'intéresse pas spécifiquement aux symptômes hallucinatoires, mais a l'intérêt d'étudier l'impact d'un programme de 3ème vague sur l'humeur évaluée par la BDI II chez des patients psychotiques. Elle retrouve une amélioration significative de l'humeur grâce au programme.

White lui aussi évalue l'impact d'une prise en charge 3ème vague sur l'humeur (114). Comme la précédente étude, la population randomisée (ayant un diagnostic de trouble psychotique selon la CIM 10) et la prise en charge n'étaient pas centrées sur les hallucinations. Le protocole ACT a aussi mis en évidence une amélioration de l'humeur dans le groupe bénéficiant de l'intervention. La proportion de patients déprimés avant la prise en charge et ne l'étant plus à 3 mois de suivi est significativement plus importante que dans le groupe témoin. Il retrouve une tendance nette (à la limite de la significativité) suggérant que les changements dans le score de dépression dans le groupe ACT de l'étude sont supérieurs à ceux du groupe témoin. Dans le bras ACT de la présente étude, une association significative est trouvée entre les changements dans le score de dépression et les changements dans le score de compétences de pleine conscience (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)). Il conclut que les thérapies ACT pourraient être un traitement potentiel de la dépression chez les personnes atteintes de psychose.

En 2017, *Gumley* (115) publie le premier essai contrôlé randomisé de psychothérapie dans la psychose ayant pour critère principal la dépression. Il évalue l'efficacité d'une prise en charge ACT en individuel sur 5 mois chez des patients ayant un diagnostic de schizophrénie et un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé. Il retrouve des modifications significatives de la BDI mais pas de la CDSS. Cependant, il évoque un manque de puissance à leur étude pour permettre une interprétation fiable des résultats.

Les thérapies ACT présentées ne sont pas centrées sur les symptômes hallucinatoires, mais semblent montrer une efficacité sur la dépression des patients atteints de schizophrénie.

4.4-b. Mindfulness Based Interventions (MBI)

Les thérapies basées sur le mindfulness, ou pleine conscience, chez les patients psychotiques se sont aussi largement développées sur les dernières années. Avec la prise d'ampleur des pratiques méditatives sont apparues des mises en garde sur leur utilisation avec des personnes psychotiques en référence notamment avec des cas dans la littérature rapportant des conséquences négatives à la pratique de la méditation chez les personnes vulnérables ou présentant des symptômes actifs de psychose. Aujourd'hui, les pratiques se sont adaptées pour leur devenir accessible sans risque. Les principales adaptations sont : une pratique limitée à 10 minutes et non les traditionnelles 40 minutes, pas de long silence et des conseils pendant la méditation toutes les 30–60 secondes, ces conseils devant faire référence explicitement aux sensations psychotiques, et le faire dans un axe de normalisation, ne leur donnant aucun statut particulier par rapport aux autres sensations qui apparaissent et passent (116). Les études publiées indiquent que, sous cette forme adaptée, la pleine conscience est sûre et bénéfique pour les personnes atteintes de schizophrénie.

En 2005, au Royaume-Uni, *Chadwick* réalise la première étude sur la pleine conscience dans la psychose (117). Il expose les résultats de 10 patients ayant assisté à un protocole de six sessions de pleine conscience. Cette étude non contrôlée montre que la perception concernant le bien-être psychologique des patients est améliorée sur l'échelle CORE. Les résultats secondaires mettent en avant une amélioration de la capacité à vivre les pensées, images et voix pénibles avec pleine conscience et que les patients jugent comme facteur d'amélioration de leur bien être la pratique du mindfulness plus que la meilleure connaissance de soi, la cohésion du groupe, l'espoir...

En 2009 il réalise le premier essai contrôlé où il évalue les compétences de pleine conscience (SMQ) et le fonctionnement global du patient toujours avec l'échelle CORE (118). Les deux mesures se sont améliorées dans le groupe avec le protocole de mindfulness mais il n'y a pas de différence significative avec le groupe contrôle. Il ne retrouve pas non plus de modification significative des scores à la sous échelle hallucination de la PSYRATS ni à la BAVQ-R.

Une autre étude plus solide en termes de nombre de participants (98) et l'introduction de mesures de suivi (18 mois) est réalisée par *Chien et Lee* en 2013 (119). Les résultats de leur étude révèlent une amélioration du niveau de connaissance de la maladie et de son fonctionnement général, et une réduction de la sévérité des symptômes et du nombre et de la durée des hospitalisations. Tous ces indicateurs sont statistiquement significatifs par rapport au groupe témoin.

En 2016, *Chadwick et al* réalisent un essai contrôlé randomisé sur 108 patients dont le programme est accès sur une prise en charge en mindfulness comprend 12 sessions de 1h30 (120). Toutes les sessions comprennent une pratique de la pleine conscience et une discussion. Les séances 1 à 3 ont pour objectif que les participants évoquent leurs

expériences hallucinatoires (apparition, impact, signification, détresse et adaptation) et de les aider à les encadrer en utilisant le modèle cognitif ABC. Les sessions 4–6 explorent l’auto contrôle des patients et visent à affaiblir par le raisonnement socratique la toute-puissance et renforcer l'autonomie. Les sessions 7 à 12 mettent davantage l'accent sur l'identification et le décentrage des schémas négatifs, et la construction de croyances positives tout en reconnaissant la complexité du changement. Les participants sont encouragés à pratiquer la pleine conscience à la maison, en utilisant un enregistrement de 10 minutes et chaque semaine un devoir supplémentaire est défini pour travailler sur les voix ou sur soi-même. L’étude n’a pas retrouvé de résultat significatif sur leur critère de jugement principal : la détresse psychologique générale évaluée par l’échelle CORE OM. Par contre elle a retrouvé un effet significatif du protocole sur le sentiment d’être contrôlé par les voix et sur les mesures de détresse : dépression à l’HADS et intensité de la détresse à la PSYRATS. A 6 mois de suivi les effets significatifs sont maintenus (seulement) pour la dépression.

La méta analyse de *Yan Lam et Chien* (121) reprend notamment les résultats de l’étude précédente et retrouve une taille d’effet faible à modérée pour la modification de la dépression à l’HADS et l’intensité de la détresse à la PSYRATS ainsi que une taille d’effet faible pour le maintien à 6 mois de la significativité de la diminution du score de dépression.

En 2015, *Strauss et al* publient une revue systématique de la littérature à partir de 15articles (122). Elle met en avant une association entre mindfulness et détresse et perturbation liées aux voix. Les études qualitatives retrouvent que les personnes souffrant de détresse liée aux voix peuvent améliorer leur capacité à répondre avec pleine conscience même en dehors des séances. Les interventions basées sur le mindfluness sont bien acceptées et sûres. Néanmoins, il n’y a pas d’essai randomisé contrôlé puissant permettant de conclure à une efficacité des prises en charge sur la réduction de la détresse et des perturbations liées aux voix, ni aux mécanismes par lesquels elles pourraient être efficaces. Les études qualitatives élaborent comme hypothèses : un changement dans le processus de réorientation de l’attention ou de décentrage ou d’acceptation.

La méta-analyse de *Khoury et al* (12) conclut que les thérapies type ACT et les interventions basées sur le mindfulness montrent des résultats prometteurs dans la gestion des symptômes négatifs, affectifs, le fonctionnement et la qualité de vie chez les patients psychotiques.

En 2017, *Opoka et Lincoln* (123) publient une revue de la littérature reprenant 6 études s'intéressant à l'efficacité de prises en charge psychothérapeutiques sur la dépression chez les patients schizophrènes. Sur ces 6 études, une était basée sur un protocole TCC centré sur l'estime de soi, une sur un protocole informatisé de mindfulness deux sur des « memory trainings » et les 2 dernières sur des protocoles 3^{ème} vague. Toutes les études, sauf l'intervention mindfulness sur internet, ont révélé un effet positif sur la dépression avec des tailles d'effet contrôlées moyennes à grandes. Cinq des six études sur la dépression rapportaient des résultats pour les symptômes psychotiques, le protocole ACT ayant un effet significatif sur les symptômes psychotiques généraux.

Les pratiques type 3ème vague ont déjà largement pu prouver leur efficacité chez les patients souffrant de dépression. Aujourd'hui les données chez les patients schizophrènes sont encourageantes même si pour le moment l'impact sur la symptomatologie dépressive reste encore à consolider.

IV. DISCUSSION

1. CHOIX DU SUJET

Aujourd'hui, les traitements médicamenteux permettent de juguler les symptômes aigus, mais de nombreux patients présentent des symptômes résiduels. Le nouveau concept de rétablissement pousse à ce que les évaluations se concentrent davantage sur des mesures de bien-être psychologique général que sur les symptômes. Cependant nous avons fait le choix de travailler sur la symptomatologie dépressive car il ne peut être négligé son impact majeur sur le bien-être psychique et sur les conséquences psychosociales de la maladie.

La dépression contribue à la dégradation de la qualité de vie des individus souffrant de psychose et de schizophrénie (124–126). L'étude de la dépression est particulièrement importante vu son impact sur la capacité à travailler, la limitation des activités, l'insatisfaction des patients (127), ainsi que ses effets indésirables graves tels que la mort par suicide (128,129). *Conley et al* (130) dans leur étude de cohorte observent que les personnes atteintes de schizophrénie ayant des symptômes dépressifs ont un moins bon fonctionnement que les patients sans symptôme dépressif (entre autres : plus de rechutes, plus de problème de sécurité et de comorbidité addictive, une moins bonne satisfaction et qualité de vie...). Ils en concluent que le traitement des dimensions non psychotiques de la schizophrénie est un élément essentiel du rétablissement.

L'étude *Accept Voices*[®] de T. LANGLOIS est un protocole créé dans le but d'améliorer la bien-être global des patients et de favoriser le rétablissement. Il s'appuie sur la symptomatologie hallucinatoire et le modèle des TCC 3^{ème} vague. L'efficacité des thérapies 3^{ème} vague sur la symptomatologie dépressive n'est plus à démontrer dans la population générale. Aujourd'hui, l'approche est déclinée sur différentes populations et sur différentes cibles. Bien que la cible puisse être différente (ici les hallucinations auditives), on peut imaginer que cette stratégie thérapeutique puisse avoir un impact sur l'humeur des participants. La littérature faisant le lien entre hallucinations auditives et dépression, il semble d'autant plus pertinent d'étudier la possibilité d'une amélioration de l'humeur concomitante à la réduction de la symptomatologie hallucinatoire.

2. DEDUCTIONS

La littérature internationale confirme un lien entre symptomatologie thymique et symptomatologie hallucinatoire résiduelle.

2.1- La dépression dans la schizophrénie

Les estimations de la prévalence de la dépression au cours de la vie dans la schizophrénie varient considérablement. Une des explications de l'écart entre ces chiffres est l'absence de consensus sur le choix de la définition de la dépression dans la schizophrénie utilisée et le choix de l'échelle d'évaluation. Le critère de un an post-épisode de la CIM 10 n'est par exemple pas toujours pris en compte et est même parfois remis en question (36).

Nous retiendrons que la plupart des études sur les croyances ont utilisés la Beck Depression Inventory (BDI) I ou II et ont des scores de dépression aux alentours de 50% (2,50) alors que les dernières études de prévalence, elles, ont été faites en utilisant la Calgary Depression Scale for Schizophrenics (CDSS) et retrouvent des prévalences bien inférieures plutôt aux alentours de 20%.

Le premier constat de cette revue concernant la dépression dans la schizophrénie est la nécessité d'uniformiser le diagnostic et les outils de mesure. Il semble d'autant plus pertinent d'utiliser les échelles de dépression spécialisées, notamment la CDSS, du fait des effets indésirables des traitements et de la symptomatologie négative de la maladie qui sont moins discriminés par les échelles généralistes (131,132).

2.2- L'importance des croyances

La littérature est riche sur la place des croyances dans l'impact émotionnel des hallucinations auditives. Très rapidement la confusion entre impact émotionnel et symptomatologie dépressive a conduit à l'utilisation d'échelles de dépression pour évaluer l'impact de ces croyances.

Le constat des études de corrélation est clair : les croyances sont un des facteurs de la symptomatologie dépressive. Ces résultats sont confirmés par 2 méta-analyses. La méta-analyse de *Mawson, Cohen et Berry* (133) confirme la présence d'un plus haut niveau de détresse si les HAV sont perçues comme malveillantes, puissantes, ayant des connaissances personnelles sur l'individu et ayant des attitudes de désapprobation et de rejet. Celle de *Hartley, Barrowclough et Haddock* (134) confirme l'association significative entre dépression et sévérité, détresse et contenu des hallucinations.

Les études se sont alors intéressées aux facteurs d'influence possibles des croyances et un certain nombre ont été étudiés : contenu vocal, estime de soi, schémas sociaux, métacognitions, psycho-traumatismes, style d'attachement. Nous pouvons résumer les liens retrouvés sous la forme suivante.

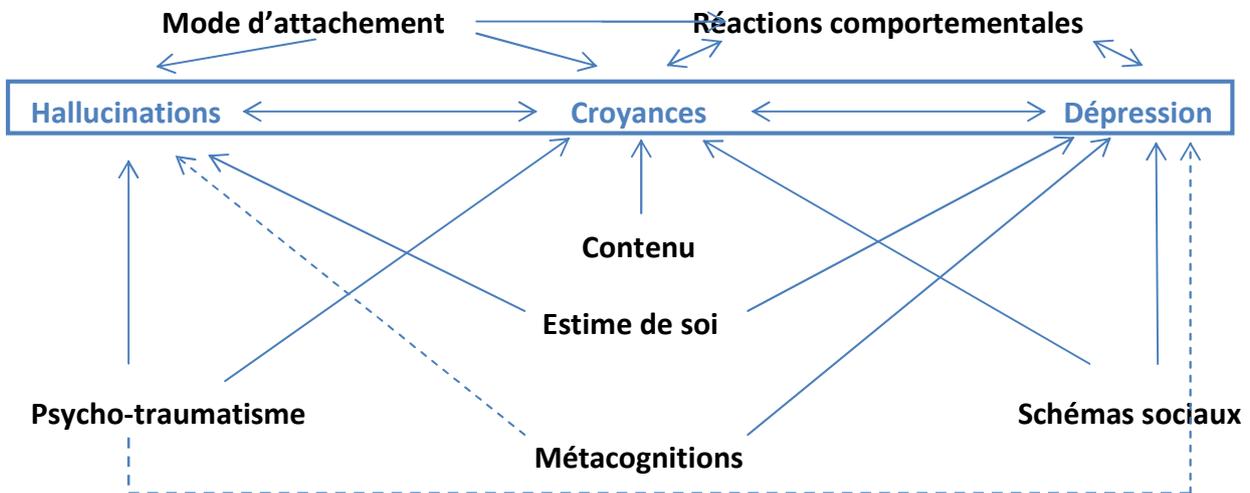


Figure 11 : facteurs influençant la triade hallucinations - croyances - dépression

Nous retenons que la littérature fournit des arguments en faveur de l'influence du contenu, des schémas sociaux, des psychotraumatismes et du mode d'attachement sur les croyances. Par contre, elle n'a pas, à ce jour, démontré d'impact de l'estime de soi et des métacognitions sur les croyances. Ces deux facteurs restent des éléments qui ont un impact sur la symptomatologie dépressive et/ou hallucinatoire.

Les croyances ont un rôle direct sur la dépression mais aussi sur les réactions comportementales vis-à-vis des voix. Ce constat est particulièrement intéressant du fait de l'impact de ces mêmes réactions comportementales sur la symptomatologie dépressive. Les croyances auraient donc en plus de leur impact direct sur la dépression un impact indirect via les réactions comportementales.

2.3- L'apport des protocoles expérimentaux

Close et Garety (52) se sont écartés de la question des croyances et ont conclu sur la problématique d'absence de contrôle perçu. Ils amènent donc avant le début des années 2000 la question du rapport à la voix. Ce constat est repris par *Vaughan et Fowler* (54) qui mettent en avant la problématique du rapport de domination à la voix. Il semblerait donc se dessiner à côté du rôle des croyances au sujet des voix, l'influence du lien qu'entretient le patient avec ses hallucinations sur la symptomatologie dépressive.

L'approche 3^{ème} vague vient naturellement conforter cette idée. Elle est sous-tendue par le postulat que c'est le rapport au symptôme qui engendre la souffrance et non le symptôme lui-même. Il est donc facile d'en calquer le modèle avec le rapport à la voix et la symptomatologie dépressive.

Les protocoles expérimentaux basés sur les stratégies thérapeutiques d'inspiration 3^{ème} vague viennent renforcer cette hypothèse. **Bien que la majorité des protocoles expérimentaux visant à atténuer la symptomatologie résiduelle ne s'intéressent pas en première ligne à leur impact sur la symptomatologie thymique, plusieurs études montrent une efficacité sur l'humeur. Cependant, la question du mécanisme par le rôle du positionnement de distanciation n'est quant à lui quasiment pas étudié.**

Shawyer et al (135), publient un article qui décrit l'évaluation préliminaire d'un auto-questionnaire conçu pour évaluer les attitudes et les actions relatives aux hallucinations auditives fondées sur l'acceptation. Ils présentent ainsi un questionnaire à 31 items appelé la VAAS (Voices Acceptance and Action Scale). Ils retrouvent que une meilleure acceptation des voix est associée avec une moindre dépression ainsi qu'une meilleure qualité de vie subjective. *Brockman et al* (136) évaluent les propriétés psychométriques de deux versions simplifiées de la VAAS, la VAAS-9 et la VAAS 12. Ils mettent en évidence des corrélations entre l'acceptation des voix et la dépression, l'anxiété, le stress et les symptômes négatifs, et notamment que l'acceptation des voix est négativement corrélée à la dépression. Autrement dit, ils confirment les résultats de *Shawyer*, plus les patients ont une bonne acceptation des voix moins ils sont déprimés. *Morris et al* (137) confirment que la flexibilité psychologique explique en grande partie la dépression et que l'acceptation contribue à la résistance émotionnelle et comportementale aux voix en plus des croyances à propos des voix.

La littérature semble être en faveur du rapport aux voix, notamment de l'acceptation des voix, comme un second médiateur dans le lien entre hallucinations auditives et dépression. Nous pouvons donc schématiser le lien entre hallucinations auditives et dépression comme ci-dessous :

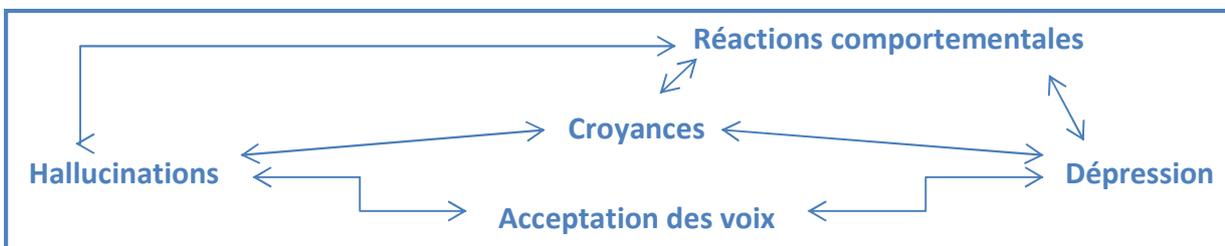


Figure 12 : médiateurs de la relation hallucinations auditives - dépression

La littérature expérimentale va dans le sens d'une efficacité des TCC 3^{ème} vague sur la symptomatologie dépressive chez les patients atteints de schizophrénie mais manque encore d'arguments pour expliquer ses mécanismes de fonctionnement. Le rôle des croyances à propos des voix sur la symptomatologie dépressive semble lui être acquis, pour autant, aucun protocole de prise en charge efficace sur la dépression n'a mis en avant une modification des croyances sur les voix comme mécanisme d'action.

3. RESULTATS INTERMEDIAIRES DE L'ETUDE ACCEPT VOICES[®] DE T. LANGLOIS

L'étude Accept Voices[®] de T. LANGLOIS propose une prise en charge groupale à des adultes avec un diagnostic de trouble schizophrénique, souffrant d'HAV persistantes. Le protocole comprend 6 séances élaborées à partir de principes thérapeutiques issus de protocoles psychoéducatifs et de TCC de type 3ème vague appliqués aux hallucinations acoustico-verbales. C'est un essai clinique multicentrique sur 6 Centres Hospitaliers et Cliniques de la région Occitanie. L'objectif principal est la réduction de la symptomatologie hallucinatoire avec comme critère de jugement principal la modification du score de la PSYRATS. C'est une étude randomisée avec liste d'attente. Des mesures ont été effectuées en fin de prise en charge et à 6 semaines après la fin du protocole. Les mesures à 12 mois n'ont pas encore été effectuées.

3.1- Caractéristiques de l'échantillon

38 patients ont été recrutés sur les 6 centres et 9 groupes ont été menés. Le nombre maximal de patients par groupe était limité à 6.

Sur ces 38 patients, 15 sont des femmes (39,5%) et 23 des hommes (60,5%).

Le patient le plus jeune est âgé de 24ans et le plus vieux de 60ans, la moyenne d'âge est de 40,37ans.

La totalité des patients à l'exception d'un seul (97,4%) n'ont pas bénéficié de modification de leur traitement dans les 3mois précédents le protocole.

17 patients, soit 44,7%, sont présentés par le psychiatre traitant comme ayant un antécédent actuel ou passé d'épisode dépressif caractérisé.

76,3% des patients ont réalisés les 6 séances du protocole et environ 95% au moins 5 des 6 séances.

3.2- Résultats de l'échelle de dépression de Calgary (CDSS)

Les mesures ont été effectuées à :

- TO : avant la phase contrôle ;
- T6 : après la phase contrôle, 1 semaine avant la première séance de la phase expérimentale ;
- T12 : 1 semaine après la dernière séance de la phase expérimentale ;
- T18 : 6semaines après la fin de la phase expérimentale.

3.2-a. Nombre de patients déprimés

Les patients avec un score supérieur à 6 à l'échelle de dépression Calgary sont considérés comme déprimés. Avant la prise en charge, 76,3% des patients sont déprimés selon cette définition. Ce nombre diminue à 39,4% à 6 semaines après le protocole.

	T0	T6	T12	T18
Nombre de patients déprimés	31	29	18	15
Pourcentage de patients déprimés	81,5%	76,3%	47,3%	39,4%

Tableau 5 : nombre et pourcentage de patients déprimés à la CDSS

3.2-b. Evolution de la moyenne des scores CDSS

L'un des critères secondaires de l'étude Accept Voices[®] de T. LANGLOIS est l'évaluation de l'effet de l'intervention sur le score de dépression CDSS. Il existe une diminution de la moyenne des scores à la CDSS au fil du temps. L'écart type reste quant à lui globalement stable.

	T0	T6	T12	T18
Moyenne	10,34	9,63	6,55	5,57
Ecart Type	4,52	4,25	4,65	4,29

Tableau 6 : moyennes et écarts types de la CDSS aux différents moments d'évaluation

On retrouve que la diminution du score CDSS retrouvée après l'intervention est statistiquement significative et que cette amélioration se maintient voire se poursuit à 6 semaines après la fin du protocole.

Mesure		Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Sig. ^b	Intervalle de confiance de la différence à 95% ^b		
					Borne inférieure	Limite supérieure	
CDSS	T0	T6	,711	,550	1,000	-,824	2,245
		T12	3,789*	,545	,000	2,269	5,310
		T18	4,763*	,596	,000	3,103	6,424
	T6	T0	-,711	,550	1,000	-2,245	,824
		T12	3,079*	,624	,000	1,341	4,817
		T18	4,053*	,641	,000	2,265	5,840
	T12	T0	-3,789*	,545	,000	-5,310	-2,269
		T6	-3,079*	,624	,000	-4,817	-1,341
		T18	,974	,603	,689	-,707	2,654
	T18	T0	-4,763*	,596	,000	-6,424	-3,103
		T6	-4,053*	,641	,000	-5,840	-2,265
		T12	-,974	,603	,689	-2,654	,707

Tableau 7 : différence des moyennes CDSS et significativité

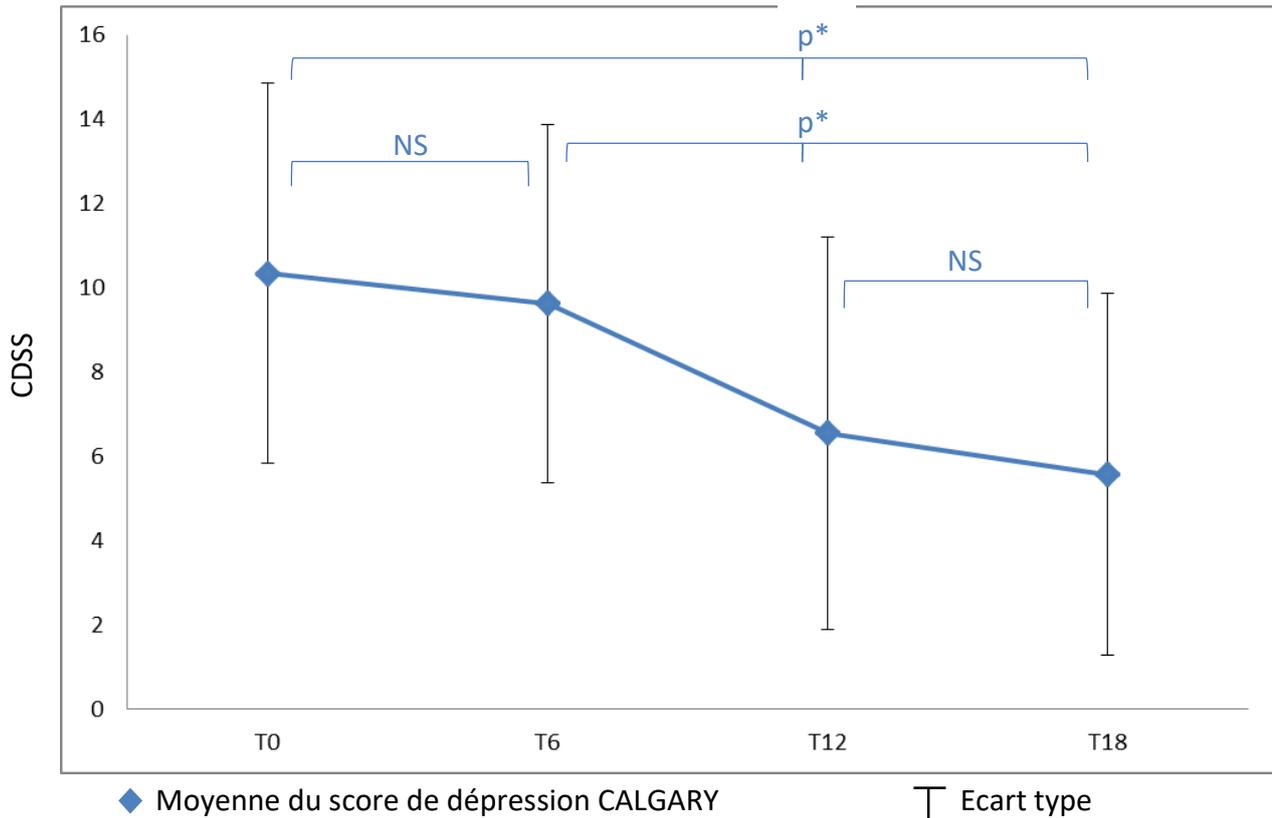


Figure 13 : évolution du score CDSS entre T0 T6 T12 et T18

73,7% des patients ont une diminution de la CDSS à T12 et 84,2% à T18.
 23% des patients ont une diminution d'au moins 5 points à T12 et à T18.

3.3- Discussion au regard de notre revue

Le responsable de recherche nous a transmis l'information que les résultats sur le critère de jugement principal valident l'efficacité de la méthode en termes de faisabilité et d'efficacité sur les voix, à savoir que, le protocole Accept Voices[®] de T. LANGLOIS permet une réduction significative de la symptomatologie hallucinatoire.

On constate une diminution significative du score de dépression suite à la prise en charge. Cette diminution perdure et a même tendance à augmenter avec le temps. Il semblerait donc qu'une intervention courte, centrée sur les HAV, basée sur la psychoéducation et des techniques d'acceptation est suffisante pour engendrer un effet positif sur la dépression.

De par la constatation d'un impact sur les symptômes dépressifs, d'un protocole centré sur les hallucinations, cette étude va dans le sens actuel des données de la littérature à savoir qu'un lien existe entre hallucinations et dépression.

Les résultats complets de l'étude permettront d'évaluer les corrélations à cette diminution. Ils pourraient permettre de discuter les mécanismes d'action potentiels responsables de l'amélioration constatée, notamment la modification des croyances sur les voix mesurée à la BAVQ-R et le rapport aux hallucinations notamment l'acceptation / la flexibilité psychologique concernant les voix mesurée à la VAAS.

A noter, qu'avec 76,3% des patients déprimés avant l'intervention, on retrouve une sur représentation de la symptomatologie dépressive dans la population de départ par rapport aux données de prévalence retrouvées dans la littérature. Cette évaluation est concordante avec l'impression clinique de l'évaluateur qui exprime avoir rencontré une population particulièrement déprimée.

4. LIMITES

La première partie de cette revue de la littérature repose sur de nombreuses études de corrélation. Une approche corrélationnelle précise l'existence d'un lien entre des variables, mais ce lien n'a aucune valeur de cause à effet et d'autres variables modératrices ou médiatrices peuvent expliquer le lien. De la même façon, la direction de la relation pourrait être inversée : la symptomatologie dépressive serait elle-même responsable des croyances ou de la relation que la personne entretient avec ses voix, plus qu'elle n'en découlerait. Cependant les quelques études de modélisation ou de médiation vont dans le sens des résultats présentés.

Dans la deuxième partie, les protocoles sont très variés et la question de la généralisation de leurs résultats à un modèle psychothérapeutique large pose des difficultés. De plus, la plupart des essais visant à tester un protocole psychothérapeutique ont un manque de puissance statistique qui rend difficile la mise en avant d'une efficacité significative. L'absence de recherche en parallèle des mécanismes d'action potentiels est aussi problématique. Il est donc nécessaire de mettre en place des protocoles à plus grande échelle avec évaluation de leur cible d'action avant de conclure sur l'efficacité et le mécanisme.

Pour finir, la dépression ne peut être réduite à la réaction émotionnelle négative à une expérience pénible comme les hallucinations auditives. Elle a bien sûr de nombreux autres facteurs et cet angle de vue permet d'accéder uniquement à un des aspects de la dépression chez les patients schizophrènes avec des hallucinations auditives résiduelles.

V. CONCLUSION

Selon le résultat d'une étude publiée en 2018 et menée par les 10 Centres Experts Schizophrénie français (38), la dépression reste sous-diagnostiquée chez les patients souffrant de schizophrénie et doit faire l'objet d'une évaluation systématique et d'un traitement spécifique. Ce constat nous invite à nous intéresser tout particulièrement et davantage à cette problématique et notamment en recherchant les facteurs qui peuvent impacter cette symptomatologie.

La littérature internationale met en avant l'influence des hallucinations auditives résiduelles sur la symptomatologie dépressive et nous permet d'imaginer un modèle descriptif du lien entre les symptomatologies hallucinatoires et dépressive. La place des croyances semble centrale, ainsi que celle du rapport aux voix et notamment de leur acceptation. Si la dépression est encore insuffisamment évaluée en pratique, l'évaluation de caractéristiques propres aux hallucinations l'est sans nul doute tout autant. Elle permettrait pourtant d'aiguiller le clinicien vers la recherche d'une symptomatologie dépressive et pourrait être la cible de prises en charges psychothérapeutiques ayant pour but final une amélioration de la symptomatologie dépressive et donc de la qualité de vie.

Aujourd'hui, l'étude Accept Voices[®] de T. LANGLOIS nous permet de confirmer une prévalence élevée de la dépression chez les patients atteints de schizophrénie. Elle apporte aussi un protocole thérapeutique qui pourrait permettre de réduire la symptomatologie dépressive bien qu'elle ne fût pas la cible première du protocole.

Les recherches futures devront venir conforter ces résultats et hypothèses sur de plus grands échantillons de population pour permettre une généralisation de ce constat et son applicabilité en population réelle.

Il semble aujourd'hui nécessaire de confirmer, dans les essais cliniques, les mécanismes d'action sous-jacents aux améliorations cliniquement constatées pour permettre de mieux cibler les protocoles psychothérapeutiques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. W. Soppitt & Max Birchwood R. Depression, beliefs, voice content and topography: A cross-sectional study of schizophrenic patients with auditory verbal hallucinations. *Journal of Mental Health*. janv 1997;6(5):525-32.
2. Birchwood M, Chadwick P. The omnipotence of voices: testing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine*. nov 1997;27(6):1345-53.
3. Bentall RP. The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychol Bull*. janv 1990;107(1):82-95.
4. David AS. Dysmodularity: a neurocognitive model for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1994;20(2):249-55.
5. Morrison AP, Haddock G, Tarrier N. Intrusive Thoughts and Auditory Hallucinations: A Cognitive Approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. juill 1995;23(03):265.
6. Freeman D, Garety PA. Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*. août 2003;41(8):923-47.
7. Lindenmayer J-P, Bernstein-Hyman R, Grochowski S. A new five factor model of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*. déc 1994;65(4):299-322.
8. White L, Harvey PD, Opler L, Lindenmayer JP. Empirical Assessment of the Factorial Structure of Clinical Symptoms in Schizophrenia. *Psychopathology*. 1997;30(5):263-74.
9. Peralta V, Cuesta MJ. How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophr Res*. 30 avr 2001;49(3):269-85.
10. Marengo J, Harrow M, Herbener ES, Sands J. A prospective longitudinal 10-year study of schizophrenia's three major factors and depression. *Psychiatry Res*. 4 déc 2000;97(1):61-77.
11. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin*. 4 mai 2007;34(3):523-37.
12. Khoury B, Lecomte T, Gaudio BA, Paquin K. Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. oct 2013;150(1):176-84.
13. Mazmanian S, Mirabel-Sarron C, Dardennes R. Les thérapies cognitivo-comportementales face aux hallucinations auditives dans la schizophrénie : une revue de la littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. nov 2015;25(4):177-88.
14. Laws KR, Darlington N, Kondel TK, McKenna PJ, Jauhar S. Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC Psychology* [Internet]. déc 2018 [cité 27 janv 2019];6(1). Disponible sur: <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-018-0243-2>

15. Birchwood M, Gilbert P, Gilbert J, Trower P, Meaden A, Hay J, et al. Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant 'voice' in schizophrenia: a comparison of three models. *Psychological Medicine*. nov 2004;34(08):1571.
16. Smith B, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Bashforth H, Garety P, et al. Emotion and psychosis: Links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*. sept 2006;86(1-3):181-8.
17. Sellers R, Gawęda Ł, Wells A, Morrison AP. The role of unhelpful metacognitive beliefs in psychosis: Relationships with positive symptoms and negative affect. *Psychiatry Research*. déc 2016;246:401-6.
18. American psychiatric association, Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
19. Posey TB, Losch ME. Auditory Hallucinations of Hearing Voices in 375 Normal Subjects. *Imagination, Cognition and Personality*. oct 1983;3(2):99-113.
20. Romme MAJ, Escher ADMAC. Hearing Voices. *Schizophrenia Bulletin*. 1 jan 1989;15(2):209-16.
21. Barrett TR, Etheridge JB. Verbal hallucinations in normals, I: People who hear 'voices'. *Applied Cognitive Psychology*. sept 1992;6(5):379-87.
22. Brunelin J, Mondino M, Gassab L, Haesebaert F, Gaha L, Suaud-Chagny M-F, et al. Examining Transcranial Direct-Current Stimulation (tDCS) as a Treatment for Hallucinations in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. juill 2012;169(7):719-24.
23. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Classification internationale des maladies, dixième révision, chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement. ... Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris: Masson; 1993. 305 p.
24. American Psychiatric Association, éditeur. Diagnostic criteria from DSM-IV. Washington, D.C: The Association; 1994. 358 p.
25. Jablensky A. The 100-year epidemiology of schizophrenia. *Schizophrenia Research*. déc 1997;28(2-3):111-25.
26. Slade P. D., Bentall R. P. *Sensory Deception: a Scientific Analysis of Hallucination*. London: Johns Hopkins University Press.; 1988.
27. Sartorius N, Shapiro R, Jablensky A. The International Pilot Study of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1 déc 1974;1(11):21-34.
28. McCarthy-Jones S. *Hearing voices: the histories, causes, and meanings of auditory verbal hallucinations*. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2012. 457 p.
29. Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry*. sept 1988;45(9):789-96.

30. Meltzer HY. Treatment of the Neuroleptic-Nonresponsive Schizophrenic Patient. *Schizophrenia Bulletin*. 1 janv 1992;18(3):515-42.
31. Kane JM. Treatment-resistant schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry*. 1996;57 Suppl 9:35-40.
32. El-Bahy M, Mohamed WMY. Prevalence of depression in schizophrenic patients evaluated by the Calgary Depression Scale in Shebin El-Kom, Menoufiya: Middle East Current Psychiatry. oct 2013;20(4):191-6.
33. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1 mars 2009;35(2):383-402.
34. Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Silva JT da, Fonseca JOP. [Depression in schizophrenia: prevalence and relationship to quality of life]. *Cad Saude Publica*. sept 2007;23(9):2035-48.
35. Gozdzik-Zelazny A, Borecki L, Pokorski M. Depressive symptoms in schizophrenic patients. *European Journal of Medical Research*. 2011;16(12):549.
36. Bressan RA, Chaves AC, Pilowsky LS, Shirakawa I, Mari JJ. Depressive episodes in stable schizophrenia: critical evaluation of the DSM-IV and ICD-10 diagnostic criteria. *Psychiatry Res*. 25 janv 2003;117(1):47-56.
37. Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgomery RC, MacFlynn G, Lynch G, et al. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. *Schizophr Res*. 29 sept 2000;45(1-2):47-56.
38. Schürhoff F, Fond G, Berna F, Bulzacka E, Godin O, Boyer L, et al. Centres Experts Schizophrénie, un outil pour le soin et la recherche : retour sur 10 ans d'expérience. *L'Encéphale*. févr 2019;45(1):9-14.
39. Chadwick P, Birchwood M. The Omnipotence of Voices. *British Journal of Psychiatry*. févr 1994;164(02):190-201.
40. Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. II: The Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ). *Br J Psychiatry*. juin 1995;166(6):773-6.
41. Onwuameze OE, Uga A, Paradiso S. Longitudinal assessment of clinical risk factors for depression in schizophrenia spectrum disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2016;28(3):167-74.
42. Chadwick P, Lees S, Birchwood M. The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R). *British Journal of Psychiatry*. sept 2000;177(03):229-32.
43. Morrison AP, Nothard S, Bowe SE, Wells A. Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behaviour Research and Therapy*. nov 2004;42(11):1315-23.
44. Sayer J, Ritter S, Gournay K. Beliefs about voices and their effects on coping strategies. *Journal of Advanced Nursing*. mai 2000;31(5):1199-205.

45. Csipke E, Kinderman P. A Longitudinal Investigation of Beliefs about Voices. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. juill 2006;34(03):365.
46. Hacker D, Birchwood M, Tudway J, Meaden A, Amphlett C. Acting on voices: Omnipotence, sources of threat, and safety-seeking behaviours. *British Journal of Clinical Psychology*. juin 2008;47(2):201-13.
47. Monestès JL, Vavasseur-Desperriers J, Villatte M, Denizot L, Loas G, Rusinek S. Influence de la résistance aux hallucinations auditives sur la dépression : étude au moyen du questionnaire révisé des croyances à propos des voix. *L'Encéphale*. févr 2015;41(1):25-31.
48. Lucas S, Wade T. An Examination of the Power of the Voices in Predicting the Mental State of People Experiencing Psychosis. *Behaviour Change*. avr 2001;18(01):51-7.
49. Sorrell E, Hayward M, Meddings S. Interpersonal Processes and Hearing Voices: A Study of the Association Between Relating to Voices and Distress in Clinical and Non-Clinical Hearers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. mars 2010;38(02):127.
50. van der Gaag M, Hageman MC, Birchwood M. Evidence for a Cognitive Model of Auditory Hallucinations: *The Journal of Nervous and Mental Disease*. août 2003;191(8):542-5.
51. Peters ER, Williams SL, Cooke MA, Kuipers E. It's not what you hear, it's the way you think about it: appraisals as determinants of affect and behaviour in voice hearers. *Psychological Medicine*. juill 2012;42(07):1507-14.
52. Close H, Garety P. Cognitive assessment of voices: Further developments in understanding the emotional impact of voices. *British Journal of Clinical Psychology*. mai 1998;37(2):173-88.
53. van Oosterhout B, Krabbendam L, Smeets G, van der Gaag M. Metacognitive beliefs, beliefs about voices and affective symptoms in patients with severe auditory verbal hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*. sept 2013;52(3):235-48.
54. Vaughan S, Fowler D. The distress experienced by voice hearers is associated with the perceived relationship between the voice hearer and the voice. *British Journal of Clinical Psychology*. juin 2004;43(2):143-53.
55. Bentall RP, Kaney S. Abnormalities of self-representation and persecutory delusions: a test of a cognitive model of paranoia. *Psychol Med*. nov 1996;26(6):1231-7.
56. Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine* [Internet]. févr 2001 [cité 10 sept 2018];31(02). Disponible sur: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291701003312
57. Barrowclough C, Tarrier N, Humphreys L, Ward J, Gregg L, Andrews B. Self-esteem in schizophrenia: Relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*. 2003;112(1):92-9.

58. Krabbendam L, Janssen I, Bak M, Bijl RV, de Graaf R, van Os J. Neuroticism and low self-esteem as risk factors for psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* janv 2002;37(1):1-6.
59. Fannon D, Hayward P, Thompson N, Green N, Surguladze S, Wykes T. The self or the voice? Relative contributions of self-esteem and voice appraisal in persistent auditory hallucinations. *Schizophrenia Research.* juill 2009;112(1-3):174-80.
60. Birchwood M, Meaden A, Trower P, Gilbert P, Plaistow J. The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine.* mars 2000;30(2):337-44.
61. Birchwood M, Iqbal Z, Upthegrove R. Psychological pathways to depression in schizophrenia: Studies in acute psychosis, post psychotic depression and auditory hallucinations. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* juin 2005;255(3):202-12.
62. Hayward M. Interpersonal relating and voice hearing: To what extent does relating to the voice reflect social relating? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* déc 2003;76(4):369-83.
63. Hayward M, Berry K, Ashton A. Applying interpersonal theories to the understanding of and therapy for auditory hallucinations: A review of the literature and directions for further research. *Clinical Psychology Review.* déc 2011;31(8):1313-23.
64. Papleontiou-louca E. The concept and instruction of metacognition. *Teacher Development.* mars 2003;7(1):9-30.
65. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy.* Chichester ; New York: John Wiley & Sons; 2000. 236 p.
66. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy.* nov 1996;34(11-12):881-8.
67. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy.* avr 2004;42(4):385-96.
68. Baker CA, Morrison AP. Cognitive processes in auditory hallucinations: attributional biases and metacognition. *Psychological Medicine.* sept 1998;28(5):1199-208.
69. Lobban F, Haddock G, Kinderman P, Wells A. The role of metacognitive beliefs in auditory hallucinations. *Personality and Individual Differences.* juin 2002;32(8):1351-63.
70. Varese F, Bentall RP. The metacognitive beliefs account of hallucinatory experiences: A literature review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review.* juill 2011;31(5):850-64.
71. Hill K, Varese F, Jackson M, Linden DEJ. The relationship between metacognitive beliefs, auditory hallucinations, and hallucination-related distress in clinical and non-clinical voice-hearers: *Metacognitive beliefs, voices, and distress.* *British Journal of Clinical Psychology.* nov 2012;51(4):434-47.

72. Gawęda Ł, Holas P, Kokoszka A. Do depression and anxiety mediate the relationship between meta-cognitive beliefs and psychological dimensions of auditory hallucinations and delusions in schizophrenia? *Psychiatry Research*. déc 2013;210(3):1316-9.
73. Sellers R, Varese F, Wells A, Morrison AP. A meta-analysis of metacognitive beliefs as implicated in the self-regulatory executive function model in clinical psychosis. *Schizophrenia Research*. janv 2017;179:75-84.
74. Abajobir AA, Kisely S, Scott JG, Williams G, Clavarino A, Strathearn L, et al. Childhood Maltreatment and Young Adulthood Hallucinations, Delusional Experiences, and Psychosis: A Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*. sept 2017;43(5):1045-55.
75. Offen L, Thomas G, Waller G. Dissociation as a mediator of the relationship between recalled parenting and the clinical correlates of auditory hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*. sept 2003;42(3):231-41.
76. McCarthy-Jones S. Voices from the storm: A critical review of quantitative studies of auditory verbal hallucinations and childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*. août 2011;31(6):983-92.
77. Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*. 2001;64(4):319-45.
78. Read J, Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. nov 2005;112(5):330-50.
79. Schenkel LS, Spaulding WD, DiLillo D, Silverstein SM. Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: Relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophrenia Research*. juill 2005;76(2-3):273-86.
80. Mueser KT. Trauma, post-traumatic stress disorder, and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. juin 2013;127(6):440-1.
81. Grubaugh AL, Zinzow HM, Paul L, Egede LE, Frueh BC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. *Clinical Psychology Review*. août 2011;31(6):883-99.
82. Peleikis DE, Varga M, Sundet K, Lorentzen S, Agartz I, Andreassen OA. Schizophrenia patients with and without Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) have different mood symptom levels but same cognitive functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. juin 2013;127(6):455-63.
83. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. déc 1995;52(12):1048-60.
84. Andrew EM, Gray NS, Snowden RJ. The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: a study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers. *Psychological Medicine* [Internet]. oct 2008 [cité 11 sept 2018];38(10). Disponible sur: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S003329170700253X

85. Berry K, Varese F, Bucci S. Cognitive Attachment Model of Voices: Evidence Base and Future Implications. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 30 juin 2017 [cité 11 sept 2018];8. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2017.00111/full>
86. Berry K, Bucci S. What does attachment theory tell us about working with distressing voices? *Psychosis*. 2 janv 2016;8(1):60-71.
87. Bonsack C, Rexhaj S, Favrod J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. févr 2015;173(1):79-84.
88. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 1 mai 2003;61(1):75-88.
89. Crumlish N, Whitty P, Kamali M, Clarke M, Browne S, McTigue O, et al. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. déc 2005;112(6):449-55.
90. Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Owens DG, Johnstone EC. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res*. 15 févr 1999;35(3):247-53.
91. Cunningham Owens DG, Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Johnstone EC. A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic outpatients. *Acta Psychiatr Scand*. mai 2001;103(5):362-9.
92. Gizińska D, Trzebiatowska IA, Majkiewicz M. [Evaluation of depressive symptoms among schizophrenic patients during psychoeducation program]. *Psychiatr Pol*. déc 2002;36(6 Suppl):257-64.
93. Staring ABP, Van der Gaag M, Van den Berge M, Duivendoorn HJ, Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*. déc 2009;115(2-3):363-9.
94. Barrett EA, Sundet K, Faerden A, Agartz I, Bratlien U, Romm KL, et al. Suicidality in first episode psychosis is associated with insight and negative beliefs about psychosis. *Schizophrenia Research*. nov 2010;123(2-3):257-62.
95. Shiraishi N, Watanabe N, Kinoshita Y, Kaneko A, Yoshida S, Furukawa TA, et al. Brief Psychoeducation for Schizophrenia Primarily Intended to Change the Cognition of Auditory Hallucinations: An Exploratory Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. janv 2014;202(1):35-9.
96. Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009. *Schizophrenia Bulletin*. janv 2010;36(1):94-103.
97. Thomas N, Hayward M, Peters E, van der Gaag M, Bentall RP, Jenner J, et al. Psychological Therapies for Auditory Hallucinations (Voices): Current Status and Key Directions for Future Research. *Schizophrenia Bulletin*. 1 juill 2014;40(Suppl 4):S202-12.

98. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry*. févr 2004;161(2 Suppl):1-56.
99. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014* [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 [cité 29 janv 2019]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/>
100. Chadwick P, Birchwood MJ, Trower P. *Cognitive therapy for delusions, voices, and paranoia*. Chichester ; New York: Wiley; 1996. 210 p. (The Wiley series in clinical psychology).
101. Wykes T, Hayward P, Thomas N, Green N, Surguladze S, Fannon D, et al. What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophrenia Research*. sept 2005;77(2-3):201-10.
102. Turner DT, van der Gaag M, Karyotaki E, Cuijpers P. Psychological Interventions for Psychosis: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *American Journal of Psychiatry*. mai 2014;171(5):523-38.
103. Propst A. The effects of cognitive therapy on hallucinations in patients with schizophrenia. *Mcgill J Med*. juin 2011;13(1):55.
104. Trower P, Birchwood M, Meaden A, Byrne S, Nelson A, Ross K. Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. avr 2004;184(04):312-20.
105. Birchwood M, Michail M, Meaden A, TARRIER N, Lewis S, Wykes T, et al. Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. juin 2014;1(1):23-33.
106. Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irving CB. Cognitive behavioural therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Schizophrenia Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 18 avr 2012 [cité 29 janv 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008712.pub2>
107. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010;78(2):169-83.
108. Fjorback LO, Arendt M, Ørnbøl E, Fink P, Walach H. Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy - a systematic review of randomized controlled trials: Systematic review of mindfulness RCTs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. août 2011;124(2):102-19.
109. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 1999. 304 p.

110. Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70(5):1129-39.
111. Gaudio BA. Is symptomatic improvement in clinical trials of cognitive-behavioral therapy for psychosis clinically significant? *J Psychiatr Pract*. janv 2006;12(1):11-23.
112. Gaudio BA, Herbert JD, Hayes SC. Is It the Symptom or the Relation to It? Investigating Potential Mediators of Change in Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *Behavior Therapy*. déc 2010;41(4):543-54.
113. Laithwaite H, O'Hanlon M, Collins P, Doyle P, Abraham L, Porter S, et al. Recovery After Psychosis (RAP): A Compassion Focused Programme for Individuals Residing in High Security Settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. oct 2009;37(05):511.
114. White R, Gumley A, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, et al. A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy*. déc 2011;49(12):901-7.
115. Gumley A, White R, Briggs A, Ford I, Barry S, Stewart C, et al. A parallel group randomised open blinded evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for depression after psychosis: Pilot trial outcomes (ADAPT). *Schizophrenia Research*. mai 2017;183:143-50.
116. Chadwick P. Mindfulness for psychosis. *British Journal of Psychiatry*. mai 2014;204(05):333-4.
117. Chadwick P, Taylor KN, Abba N. Mindfulness Groups for People with Psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 28 avr 2005;33(3):351-9.
118. Chadwick P, Hughes S, Russell D, Russell I, Dagnan D. Mindfulness Groups for Distressing Voices and Paranoia: A Replication and Randomized Feasibility Trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. juill 2009;37(04):403.
119. Chien WT, Lee IYM. The Mindfulness-Based Psychoeducation Program for Chinese Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services*. avr 2013;64(4):376-9.
120. Chadwick P, Strauss C, Jones A-M, Kingdon D, Ellett L, Dannahy L, et al. Group mindfulness-based intervention for distressing voices: A pragmatic randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*. août 2016;175(1-3):168-73.
121. Yan Lam AH, Chien WT. The effectiveness of mindfulness-based intervention for people with schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatry* [Internet]. 2016 [cité 29 janv 2019];6(5). Disponible sur: <http://www.openaccessjournals.com/peer-review/the-effectiveness-of-mindfulnessbased-intervention-for-people-with-schizophrenia-a-systematic-review.html>
122. Strauss C, Thomas N, Hayward M. Can we respond mindfully to distressing voices? A systematic review of evidence for engagement, acceptability, effectiveness and mechanisms of change for mindfulness-based interventions for people distressed by hearing voices. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 14 août 2015 [cité 20 févr 2019];6. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fpsyg.2015.01154/abstract>

123. Opoka SM, Lincoln TM. The Effect of Cognitive Behavioral Interventions on Depression and Anxiety Symptoms in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. déc 2017;40(4):641-59.
124. Saarni SI, Viertiö S, Perälä J, Koskinen S, Lönnqvist J, Suvisaari J. Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*. nov 2010;197(05):386-94.
125. Takahashi T, Higuchi Y, Komori Y, Nishiyama S, Nakamura M, Sasabayashi D, et al. Quality of life in individuals with attenuated psychotic symptoms: Possible role of anxiety, depressive symptoms, and socio-cognitive impairments. *Psychiatry Research*. nov 2017;257:431-7.
126. DeRosse P, Nitzburg GC, Blair M, Malhotra AK. Dimensional symptom severity and global cognitive function predict subjective quality of life in patients with schizophrenia and healthy adults. *Schizophrenia Research*. mai 2018;195:385-90.
127. Sands JR, Harrow M. Depression During the Longitudinal Course of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1 janv 1999;25(1):157-72.
128. Foster T. Schizophrenia and bipolar disorder: No recovery without suicide prevention. *British Journal of Psychiatry*. nov 2015;207(05):371-2.
129. Pompili M, Lester D, Innamorati M, Tatarelli R, Girardi P. Assessment and treatment of suicide risk in schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*. janv 2008;8(1):51-74.
130. Conley R, Aschersvanum H, Zhu B, Faries D, Kinon B. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. févr 2007;90(1-3):186-97.
131. Schennach R, Obermeier M, Seemüller F, Jäger M, Schmauss M, Laux G, et al. Evaluating Depressive Symptoms in Schizophrenia: A Psychometric Comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale. *Psychopathology*. 2012;45(5):276-85.
132. Lako IM, Bruggeman R, Knegtering H, Wiersma D, Schoevers RA, Slooff CJ, et al. A systematic review of instruments to measure depressive symptoms in patients with schizophrenia. *Journal of Affective Disorders*. sept 2012;140(1):38-47.
133. Mawson A, Cohen K, Berry K. Reviewing evidence for the cognitive model of auditory hallucinations: The relationship between cognitive voice appraisals and distress during psychosis. *Clinical Psychology Review*. mars 2010;30(2):248-58.
134. Hartley S, Barrowclough C, Haddock G. Anxiety and depression in psychosis: a systematic review of associations with positive psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. nov 2013;128(5):327-46.
135. Shawyer F, Ratcliff K, Mackinnon A, Farhall J, Hayes SC, Copolov D. The voices acceptance and action scale (VAAS): Pilot data. *Journal of Clinical Psychology*. juin 2007;63(6):593-606.

136. Brockman R, Kiernan M, Murrell E. Psychometric Properties of Two Brief Versions of the Voices Acceptance and Action Scale (VAAS): Implications for the Second-wave and Third-wave Behavioural and Cognitive Approaches to Auditory Hallucinations: VAAS Psychometric Properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. sept 2015;22(5):450-9.
137. Morris EM, Garety P, Peters E. Psychological flexibility and nonjudgemental acceptance in voice hearers: relationships with omnipotence and distress. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. déc 2014;48(12):1150-62.

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle de Dépression de Calgary (CDSS)

Échelle de Dépression de Calgary pour les Schizophrènes

Guide de l'entretien pour l'Échelle de Dépression de Calgary pour les Schizophrènes. A l'intention de l'interviewer: Poser la première question telle qu'écrite. Par la suite, vous pouvez utiliser d'autres questions d'exploration ou d'autres questions pertinentes à votre discrétion. Le cadre temporel concerne les deux dernières semaines à moins qu'il ne soit stipulé autrement. **NB.** Le dernier item, #9, se base sur des observations fondées sur l'ensemble de l'entretien.

1. DÉPRESSION : Comment pourriez-vous décrire votre humeur lors des 2 dernières semaines? Avez-vous pu demeurer raisonnablement joyeux ou est ce que vous avez été très déprimé ou plutôt triste ces derniers temps? Durant les deux dernières semaines, combien de fois vous êtes-vous senti ainsi, tous les jours? Toute la journée?

0. Absent

1. Léger : exprime une certaine tristesse ou un certain découragement lorsque questionné.
2. Modéré : une humeur dépressive distincte est présente, se présente tous les jours et persiste pendant au moins 50% du temps au cours des 2 dernières semaines.
3. Sévère : une humeur dépressive marquée persistant tous les jours, plus de la moitié du temps affectant le fonctionnement normal, psychomoteur et social.

2. DÉSÉPOIR: Comment entrevoyez-vous votre futur? Est-ce que vous pouvez envisager un avenir pour vous ? Ou est-ce que la vie vous paraît plutôt sans espoir ? Est-ce que vous avez tout laissé tomber ou est-ce qu'il vous paraît y avoir encore des raisons d'essayer ?

0. Absent

1. Léger : à certains moments, il s'est senti sans espoir au cours des 2 dernières semaines mais il maintient toujours un certain un certain degré d'espoir pour l'avenir.
2. Modéré : une perception constante mais modérée de désespoir continue au cours de la dernière semaine. On peut cependant le persuader d'accepter la possibilité que les choses peuvent s'améliorer.
3. Sévère : un sentiment persistant et éprouvant de désespoir.

3. AUTO-DÉPRECIATION: Quelle est votre opinion de vous-même en comparaison avec d'autres personnes ? Est-ce que vous vous sentez meilleur ou moins bon, ou à peu près comparable aux autres personnes en général ?

Vous sentes-vous inférieur ou même sans aucune valeur ?

0. Absent

1. Léger : une légère infériorité ; n'atteint pas le degré de se sentir sans valeur.
2. Modéré : le sujet se sent sans valeur, mais moins de 50% du temps.
3. Sévère : le sujet se sent sans valeur plus de 50% du temps. Il peut être mis au défi de reconnaître un autre point de vue.

4. IDEES DE REFERENCE ASSOCIEE A LA CULPABILITE: Avez-vous l'impression que l'on vous blâme pour certaines choses ou même qu'on vous accuse sans raison ? A propos de quoi ? (Ne pas inclure ici des blâmes ou des accusations justifiés. Exclure les délires de culpabilité.)

0. Absent

1. Léger : le sujet se sent blâmé mais non accusé moins de 50% du temps.
2. Modéré : un sentiment persistant d'être blâmé, et/ou un sentiment occasionnel d'être accusé.
3. Sévère : un sentiment persistant d'être accusé. Lorsqu'on le contredit, il reconnaît que cela n'est pas vrai.

5. CULPABILITE PATHOLOGIQUE: Avez-vous tendance à vous blâmer pour des petites choses que vous pourriez avoir faites dans le passé ? Pensez-vous que vous méritez d'être aussi préoccupé à propos de cela ? Pourquoi ?

0. Absent

1. Léger : le sujet se sent coupable de certaines pécadilles, mais moins de 50% du temps.
2. Modéré : le sujet se sent coupable habituellement (plus de 50% du temps) à propos d'actes dont il exagère la signification.
3. Sévère : le sujet sent habituellement qu'il est à blâmer pour tout ce qui va mal, même lorsque ce n'est pas de sa faute.

6. DEPRESSION MATINALE: Lorsque vous vous êtes senti déprimé aux cours des 2 dernières semaines, avez-vous remarqué que la dépression était pire à certains moments de la journée ?

0. Absent : pas de dépression.

1. Léger : dépression présente mais sans variation diurne.
2. Modéré : le sujet mentionne spontanément que la dépression est pire le matin.
3. Sévère : la dépression est de façon marquée pire le matin, avec un fonctionnement perturbé qui s'améliore en après-midi.

7. EVEIL HATIF: Vous réveillez-vous plus tôt le matin que vous le faites d'habitude ? Combien de fois par semaine cela vous arrive-t-il ?

0. Absent : pas de réveil précoce.
1. Léger : à l'occasion s'éveille (jusqu'à 2 fois par semaine) une heure ou plus avant le moment normal de s'éveiller ou l'heure fixée à son réveil-matin.
2. Modéré : s'éveille fréquemment de façon hâtive (jusqu'à 5 fois par semaine) une heure ou plus avant son heure habituelle d'éveil ou l'heure par son réveil-matin.
3. Sévère : s'éveille tous les jours une heure ou plus avant l'heure normale d'éveil.

8. SUICIDE: Avez-vous déjà eu l'impression que la vie ne valait pas la peine d'être vécue ? Avez-vous déjà pensé mettre fin à tout cela ? Qu'est-ce que vous pensez que vous auriez pu faire ? Avez-vous, effectivement, essayé ?

0. Absent
1. Léger : des idées qu'il serait mieux mort ou des idées occasionnelles de suicide.
2. Modéré : il a envisagé délibérément le suicide avec un plan, mais sans faire de tentative.
3. Sévère : une tentative de suicide apparemment conçue pour se terminer par la mort (c'est-à-dire une découverte accidentelle ou un moyen qui s'est avéré inefficace).

9. DEPRESSION OBSERVEE: Basée sur les observations de l'interviewer durant l'entretien complet.

La question 'est-ce que vous ressentez une envie de pleurer ?' utilisée à des moments appropriés durant l'entretien peut stimuler la production d'informations utiles à cette observation.

0. Absent
 1. Léger : le sujet apparaît triste et sur le point de pleurer même durant des portions de l'entretien touchant des sujets affectivement neutres.
 2. Modéré : le sujet apparaît triste, prêt des larmes durant tout l'entretien avec une voix monotone et mélancolique, extériorise des larmes ou est près des larmes à certains moments.
 3. Sévère : le patient s'étouffe lorsqu'il parle à des sujets amenant de la détresse, soupire profondément fréquemment et pleure ouvertement, ou est de façon persistante dans un état de souffrance figée.
-

Annexe 2 : Détails des études sur le lien entre hallucinations auditives et dépression

Année de publication	Auteur(s)	Echantillon	Méthodologie	Echelles
1994	P. Chadwick and M. Birchwood	1ère partie : 26 patients avec des HAV chroniques (≥ 2ans) et un diagnostic de schizophrénie ou trouble schizoaffectif. 2ème partie : 4 cas issus de l'échantillon	1. Entrevue semi-structurée, à la manière dont Hibbert (1984) a approché le trouble panique. 2. Etude de cas. Protocole de thérapie cognitive	1. évaluation de : a) l'existence de croyances à propos de voix; si oui, b) les raisons (preuves) pour ces croyances, y compris le contenu de la voix; et (c) à quel degré ces croyances sont liées au comportement des individus et aux réponses affectives. 2. durée moyenne de l'hallucination en min/jour
1994	Bentall RP, Haddock G, Slade PD.	1ère partie : bibliographie sur les HAV. 2ème partie : étude sur 6 patients ayant un diagnostic de schizophrénie selon le DSM III-R avec des HAV chroniques résistantes aux traitements neuroleptiques et survenant >3x/semaine	1. Bibliographie 2. Protocole expérimental de 18 à 20 séances basé sur des techniques de focalisation pour aider les patients à se réattribuer leur voix	Present State Examination, interview structurée pour obtenir des informations sur la phénoménologie et le contenu des voix, les réactions émotionnelles des patients à leurs voix, leurs attributions et leurs stratégies d'adaptation. HAD, PQRST, Journal quotidien d'hallucinations
1995	Morrison et al		Article théorique	
1997	Soppitt and Birchwood	21 participants avec une schizophrénie et des HAV > 6mois, pas d'hospitalisation ni de modification de traitement dans les 3 derniers mois	Évaluations transversales du contenu et des croyances à propos des voix avec la dépression	semi structured SCAN interviews, CAS, BAVQ, Voice Topography Scale, BDI, Classification of Derogatory and Non derogatory Content
1997	Birchwood and Chadwick	62 patients ayant un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizoaffectif ayant des hallucinations depuis au moins 2ans.	Évaluations transversales du contenu et des croyances à propos des voix avec la dépression	CAS, BAVQ, Voice Topography Scale, PAS, BDI
1998	Baker and Morrison	15 participants ayant un diagnostic de schizophrénie selon le DSMIV souffrant d'hallucinations auditives, traités par antipsychotiques, comparés à 15 schizophrènes non hallucinants depuis au moins 3ans, traités par antipsychotiques et 15 sujets témoins non patients.	Évaluations transversales	NART, HAD, MCQ 65 ; Word association task, après chaque réponse interrogation niveaux perçus : de contrôle, d'intériorité, et de «désir» auto évalué entre 0 et 100, KGV-R

1998	Morrison		Article théorique	
1998	Close and Garety	30 patients avec un diagnostic de schizophrénie, sous traitement neuroleptique et qui ont rapporté d'entendre des voix dans les 6 derniers mois	Etude comparative. Comparaison avec les données de l'étude de Chadwick 1994	CAS, thought-chaining, BDI, BAI, self concept questionnaire (Robson, 1989), self report Insight Scale.
2000	Birchwood, Meaden, Trower, Gilbert and Plaistow	59 patients avec diagnostic de schizophrénie ou trouble schizoaffectif selon la CIM 10, ayant des HAV depuis au moins 2ans	Évaluations transversales.	Voice Topography Scale, BDI, BAVQ, VPD, VRS, SCS
2000	Morrison and Baker	15 schizophrènes selon DSMIV avec HAV, 15 sans HAV depuis 3ans et de 15 témoins sans pathologie psychiatrique depuis au moins 3ans et n'ayant jamais eu d'HAV	Etude comparative, analyses de covariance et corrélationnelles	DTQ, DVQ, HAD, MCQ
2000	Sayer et al	26 patients avec un diagnostic de schizophrénie ayant des HAV résistantes depuis au moins 6mois	Évaluations transversales, corrélations croisées,	BAVQ, passation à deux reprises à 4 semaines d'intervalle
2001	Gilbert P, Birchwood M, Gilbert J, et al	Comparaison d'un groupe de 66 schizophrènes avec des HAV et d'un groupe de 50 patients déprimés	Etude comparative, analyses de covariance et corrélationnelles	BDI, VPD, questionnaires d'auto-évaluation mesurant le pouvoir de pensées / voix auto-dirigées hostiles et l'activation de réponses défensives, en particulier combat / vol
2001	Morrison		Papier théorique	
2001	Garety, Kuipers, Fowler, Freeman and Bebbington		Papier théorique	
2001	Lucas & Wade	30 participants schizophrénie ou trouble schizoaffectif	Évaluations transversales	
2002	Lobban et al	32 patients schizophrènes selon le DSM IV avec des HAV, 23 patients schizophrènes n'ayant jamais expérimentés des HAV, groupes témoins : 24 patients avec un trouble anxieux type TAG, TOC, PTSD selon DSM IIIR et 28 non patients	Etude comparative, analyse de variance multivariée	KGV, STAI, BDI, MCQ-SAM
2003	Freeman and Garety		Papier théorique	
2003	Birchwood		Papier théorique	
2003	Barrowclough, Tarrier, Humphreys et al	59 patients avec diagnostic de schizophrénie	Évaluations transversales	

2003	Van der Gaag, Hageman and Birchwood	54 patients (hospitalisés ou en ambulatoire) avec un diagnostic selon le DSM IV de schizophrénie (78%), ou de trouble schizoaffectif (13%) ou de trouble de personnalité (9%) et ayant eu des hallucinations auditives la semaine précédant l'étude	Evaluations transversales par analyse multivariée	BAVQ, BDI, SSTAS, Insight Scale, interview sur les voix et évaluation du contenu vocal en positif, négatif ou neutre
2003	Hayward	27 patients avec des HAV depuis au moins 6mois (26 avec un diagnostic de schizophrénie et un trouble bipolaire)	Evaluations transversales	entretien semi structuré basé sur la CAS, YTV, PROQ2, PSYRATS AHRS, BDI II, BAVQ-R
2004	Vaughan and Fowler	30 patients entendant des hallucinations sur les 6 derniers mois quelque soit le diagnostic.	Evaluations transversales	Voice Topography Scale, questionnaire adapté de the Couples Relating to Each Other Questionnaire de Birtchnell 1994, BAVQ, BDI-II
2004	Morrison, Nothard, Bowe, Wells	41 patients avec critères du DSM-IV pour les troubles du spectre de la schizophrénie avec des HAV et 39 non-patients recrutés parmi le personnel des services de santé et les étudiants de premier cycle sur la base de leurs résultats à l'échelle révisée des hallucinations Launay – Slade	Etude comparative. Analyse de corrélation et de régression	IVI, PSYRATS, entretien semi-structuré pour évaluer les dimensions cliniques des voix
2004	Birchwood, M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J.,	125 participants répondant aux critères de la CIM-10 pour la schizophrénie (n = 81), trouble schizoéphréniforme (n = 15) ou psychose paranoïaque (n = 29) et expérimentant des hallucinations depuis au moins 2ans	Utilisation de la modélisation de l'équation structurelle covariance (SEM) pour tester 3 modèles.	Voice Topography Scale, BAVQ, VPD, SPD, SCS, BDI
2005	Birchwood, Iqbal, Upthegrove		Reprise des résultats de plusieurs études : Birchwood et al. 2000 ; Iqbal et al. 2000 ; Birchwood et al. 2004 ;	
2006	Smith, Fowler, Freeman, Bebbington, Bashforth, Garety, Dunn & Kuipers	100 participants à l'étude PRP (étude comparant CBT et intervention familiale). Diagnostic de schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble délirant. recrutés dans les 3 mois suivant une rechute avec PANSS \geq 4 (modérément sévère)	Evaluations transversales	SAPS, PANSS, PSYRATS, BDI II, RSES, BCSS

2006	Csipke & Kinderman	46 patients avec un trouble du spectre de la schizophrénie et ayant eu des HAV au cours de la semaine précédant la première évaluation.	Evaluation longitudinale	PANSS, LAHAS, HAD, échelle numérique de 0 à 10 : malveillance/bienveillance
2008	Andrew, Gray, Snowden	Etude 22 patients avec HAV versus 21 non patients avec HAV	Etude comparative	PSYRATS-AH, BAVQ-R, PDS, IES, BAI, BDI-II
2008	Hacker et al	30 patients ayant un diagnostic de schizophrénie selon la cim 10 et ayant des hallucinations sur les 6 derniers mois	Evaluations transversales	CAS, BAVQ-R, HADSs SBQ, PSYRATS-AHRS
2009	Sorrel	32 patients avec HAV sur les derniers 6mois quel que soit le diagnostic et 18 personnes ayant eu des hallucinations sur les derniers 6mois mais n'ayant pas de contact avec les services de santé mentale du fait de cette entente de voix	Etude comparative, analyse de corrélation	PSYRATS, VAY, BAVQ-R, BDI-II
2009	Fannon et al	82 participants d'une étude randomisée contrôlée sur un traitement TCC pour les hallucinations auditives persistantes (score PANSS>3 aux items hallucinations) chez les patients atteints de schizophrénie ou trouble schizo affectif selon le DSM IV	Evaluations transversales	PANSS, BAVQ-R, RSES
2010	Mawson, Cohen and Berry	26 articles publiés entre 1990 et 2008.	Revue de la littérature	
2011	Hayward, Berry, Ashton	revue de la littérature de 18articles publiés entre 1989 et 2010	3 perspectives théoriques différentes: l'analyse structurelle du comportement social de Benjamin; la théorie du rang social de Gilbert et la théorie des relations de Birtchnell	
2011	Peters et al	20 patients psychotiques suivis en ambulatoire, 9 avec des HAV	Etude transversale	ESM : Experience Sampling Methods booklets (10/jour), PSYRATS, BDI II, BAI, MANSA, SENS
2011	Badcock, Paulik, Maybery	34 schizophrènes ou trouble schizo affectif selon le DSM IV et le DIP avec des HAV comparés à 34 personnes non cliniques	Etude comparative	PSYRATS, HAD, PSWQ, ERQ

2011	Varese and Bentall	25 études	Revue de la littérature et méta analyses	
2012	Hill, Varese, Jackson, Linden	20 patients avec des HAV (dont 14 diagnostiqués schizophrènes) ; 20 contrôles non patients avec des HAV ; 20 contrôles non patients sans HAV	Etude comparative	PANSS, PSYRATS- AH, MCQ 30
2012	Peters et al	46 participants stables, ambulatoires, avec des symptômes psychotiques résiduels (PANSS P3 \geq 3) sans diagnostic principal d'addiction ou de maladie somatique. Dernières HAV dans les 6 semaines avant l'étude. Même traitement et même dose depuis 3 mois avant l'étude.	Etude transversale	PANSS, BAVQ-R, BDI II, BAI, BSS, RSE
2012	Peleikis, Varga, Sundet, Lorentzen, Agartz, Andreassen	75 patients schizophrènes avec antécédent de traumatisme et 217 schizophrènes sans antécédent de traumatisme	Etude comparative	PANSS, GAF-F, CDSS
2013	Hartley, Barrowclough, Haddock	plus de 100 articles inclus, 33 étudiés	revue de la littérature faite entre mars et avril 2011	
2013	Gawęda, Holas, Kokoszka	74 participants, diagnostic de schizophrénie, dose stable d'antipsychotique, pas d'atcdt de maladie neurologique, durée moyenne de la maladie 12,5ans.	Etude transversale. Analyse de médiation selon les recommandations de Baron et Kenny, test de Sobel pour tester l'importance de la médiation	PSYRATS, MCQ, BDI, STAI
2013	Van Oosterhout, Krabbendam, Smeets and Van der Gaag	77 patients avec diagnostic du spectre des schizophrénies selon DSM IV, sous traitement antipsychotique, ayant une longue histoire d'HAV (moyenne : 13.5ans) et des scores modérés à élevés sur la fréquence, la détresse causée par et l'intensité de leurs HAV mesurés par le PSYRATS-AHRS. Exclusion si diagnostic principal d'addiction.	Données transversales à partir d'une étude d'efficacité (essai contrôlé randomisé) du traitement des patients avec des AVH persistantes par une nouvelle technique de TCC. Analyse de corrélation	MCQ-30, BAVQ-R, BDI II, BAI
2013	K. T. Mueser		editorial comment	

2015	J.L. Monestes et al	38 patients avec diagnostic de schizophrénie (paranoïde, indifférenciée, schizoaffectif) sous traitement NRLP ou AP ; HAV la semaine précédent l'évaluation PANSS P3≥3 ; 33 patients hospitalisés, 5 ambulatoires ; durée moyenne des troubles depuis le début de la maladie : 13,92ans	évaluation des propriétés psychométriques de la VF de la BAVQ-R (consistance interne, validité de construit, validité concurrente). Evaluation transversale de l'influence BAVQ-R PANSS sur CDSS au moyen d'analyses de régressions linéaires multiples avec entrées forcées.	entretien semi structuré PANSS, CDSS, BAVQ-R
2016	Sellers, Gaweda, Wells, Morrison	159 participants, diagnostic de trouble psychotique selon le DSM4 ou seuil d'intervention précoce en psychose= score de quatre sur les hallucinations ou les croyances délirantes ou un score de cinq sur l'idéation paranoïaque au PANSS. 84 participants à des protocoles de thérapie dont 74 ne prenant pas de traitement antipsychotique.	Etude transversale. Analyse de corrélation.	PSRSS, PSYRATS, MCQ-30, SIAS, BDI, STAI
2017	Berry, Varese, Bucci	description du CAV : Cognitive Attachment Model	Papier théorique	
2017	Sellers, Varese, Wells, Morrison	11 études, 568 participants psychotiques, 212 pathologies thymiques, 776 témoins non psychiatriques	Méta analyse	

HAD :Hospital Anxiety and Depression Scale, PQRST :Personal Questionnaire Rapid Scaling Technique, CAS : Cognitive Assessment Schedule, BAVQ : Belief About Voices Questionnaire, BDI : Beck Depression Inventory, PAS : Psychiatric Assessment Scale, NART : National Adult Reading Test, MCQ 65 : Metacognitions questionnaire, BAI : Beck Anxiety Inventory, VPD : Voice Power Differential scale, VRS : Voice Rank Scale, SCS : Social Comparison Scale, DTQ : Distressing thoughts questionnaire, DVQ : Distressing voices questionnaire, STAI : State-Trait Anxiety Inventory, MCQ-SAM : Metacognitions Questionnaire—Shortened And Modified, , SSTAS : Spielberger State Trait Anxiety Scale, YTV : You To Voice, PROQ2 : Person's Relating to Others Questionnaire—Revised Version, PSYRATS-HARS : Psychotic Symptom. Rating Scales - Auditory Hallucinations Rating Scale, IVI : Interpretation of Voices Inventory, SAPS : Scale for the Assessment of Positive Symptoms, PANSS : Positive And Negative Syndrome Scale , RSES : Rosenberg Self-esteem Scale, BCSS : Brief Core Schema Scale, LAHAS : Longitudinal Auditory Hallucinations Assessment Schedule, PDS Post-traumatic Diagnostic Scale, IES Impact of Events Scale, , SBQ : Safety Behaviour Questionnaire, VAY : Voice and You, MANSA : Manchester Short Assessment of Quality of Life, SENS : Scale for the Assessment of Negative Symptoms, PSWQ : Penn State Worry Questionnaire, ERQ : Emotion Regulation Questionnaire, , BSS : Beck Scale for Suicide Ideation, GAF-F : Global Assessment of Functioning Scale, split version function score, CDSS : Calgary Depression Scale for Schizophrenia

Annexe 3 : détails des études sur les prises en charge psychothérapeutiques

Année de publication	Auteur(s)	Echantillon	Méthodologie	Echelles
1999	Carroll, Fattah, Clyde, Coffey, Owens, Johnstone	100 patients avec un diagnostic de schizophrénie selon le DSM III	Etude écossaise randomisée 53 patients avec un programme visant à améliorer l'insight : visionnage d'une vidéo de 15minutes + don de 3 livres	ITAQ, PANSS, MADRS, the Rivermead Behavioural Memory Test et des tests d'évaluation de QI actuel et prémorbide.
2001	Cunningham, Carroll, Fattah, Clyde, Coffey, Johnstone	114 patients avec un diagnostic de schizophrénie selon le DSM III, MADRS dnt item IDS évaluée chez 82 patients	Même protocole que l'étude de Caroll	PANSS, MADRS, ITAQ, TAKE, AIMS, Barnes Akathisia Scale, UKU Side-Effects Rating Scale
2002	Gizińska, Trzebiatowska, Majkowicz	36 patients	Article en polonais	BDI, CDS et PANSS-G6.
2004	ZHANG Li, REN Qiaoling, LI Chuangping, et al	146 patients ayant un diagnostic de schizophrénie (Chinese classification of mental disorders (CCMD-3)) stabilisés après un traitement antipsychotique systématique et ayant la plupart de leurs fonctions cognitives rétablies, sans effets secondaires des médicaments	Etude chinoise randomisée : 74 avec protocole de "education of health conviction mode", 72 groupe témoin. Protocole sous forme de thérapie de groupe et individuelle. 30 minutes/séance, 2 fois/semaine pendant 4 semaines.	SDS, SAS
2009	Staring, Van der Gaag, Van den Berge, Duivenvoorden, Mulder	114 patients avec un diagnostic de schizophrénie selon le DSMIV	Etude transversale analyse corrélationnelle et Structural Equation Modeling (SEM) pour tester l'effet de moderation	IS, 12-item "perceived devaluation and discrimination" part of the self-report Stigma Scale, SES, self-report Euro-QOL, SERS-SF, PANSS
2014	Shiraishi et al	22 patients schizophrènes selon le DSM IV avec des HAV	5 séances (1/semaine) de 1h en groupe de 2 ou 3 patients, deux thérapeutes (un psychiatre et un autre thérapeute). Sessions structurées basées sur deux livres (Harada, 2002; Wright et coll., 2008).	21-Item PDI, BAVQ-R, BDI II, équivalent chlorpromazine

2015	Mazmanian, Mirabel-Sarron, Dardennes		Revue de la littérature, 10 études présentées	recherche au moyen de la base de données de l'US National Library of Medicine
2005	Wykes, Hayward, Thomas, Green, Surguladze, Fannon, Landau	45 patients avec un diagnostic de schizophrénie selon le DSM IV, dans le groupe CBT, 40 dans le groupe contrôle	Etude randomisée, contrôlée avec évaluation après la prise en charge et à 6 mois	PANSS, SBS, PSYRATS-AH, Rosenberg Self Esteem, MUPS
2014	Turner, van der Gaag, Karyotaki, Cuijpers		Méta analyse de 48 essais, comparant 3295 participants	6 types d'intervention comparés : TCC, « Befriending », psychoéducation, remédiation cognitive, habiletés sociales, thérapie de soutien
2011	Propst		Revue de la littérature, 10 articles	Etudes contrôlées, randomisées : TCC individuelle ou de groupe et thérapies intégrées sur les hallucinations
2004	Trower, Birchwood, Meaden, Byrne, Nelson et Ross	38 participants avec un diagnostic CIM 10 de schizophrénie ou pathologie associée avec des hallucinations de commandement dans les 6 derniers mois	Essai randomisé contrôlé en simple aveugle, TCC pour la prise en charge des hallucinations injonctives avec suivi à 6 mois et 12 mois	CAS, BAVQ, VCS, VPD, Omniscience Scale, CDSS, PANSS, PSYRATS AH
2014	Birchwood, Michail, Meaden, Tarrier, Lewis, Wykes, Davies, Dunn, Peters	patients avec un diagnostic CIM-10 de schizophrénie, trouble schizoaffectif (F20, 22, 23,25, 28, 29) ou de trouble de l'humeur (F32) avec une histoire d'hallucinations injonctives nuisibles dans les 6 derniers mois	Etude prospective, contrôlée, randomisée, simple aveugle. Traitement de 9 mois et suivi à 9 et 18 mois après la randomisation	VCS, VPD, Personal Knowledge Questionnaire and Omniscience Scale, BAVQ-R, PSYRATS AH, CDSS, Beck Hopelessness Scale, Beck Scale for Suicidal Ideation, PANSS
2012	Jones Hacker, Cormac, Meaden, Irving		Revue de la littérature sur 31 papiers décrivant 20 essais	, basé sur le Cochrane Schizophrenia Group Trials Register
2007	Wykes, Steel, Everitt et Tarrier		Méta analyse de 34 protocoles TCC	
2002	Bach et Hayes	80 patients inclus de par leurs symptômes plus que du fait de leur diagnostic	Version brève d'un traitement basé sur l'ACT (4 sessions) et suivi à 4 mois	Nombre de jours d'hospitalisation, évaluation fréquence de 1 à 7, détresse et croyances à propos des symptômes de 0 à 100, compliance aux traitements

2006	Gaudio, Herbert	40 patients avec un trouble psychotique ou trouble affectif avec symptômes psychotiques nécessitant une hospitalisation	Etude randomisée, 4 sessions de ACT, séances de 1h indépendantes les unes des autres, versus groupe témoin	BPRS, CGI, auto-évaluations des symptômes psychotiques de 0 à 10, SDS, données de ré-hospitalisation
2010	Gaudio, Herbert, and Steven C. Hayes	29 participants de l'étude de Gaudio & Herbert de 2006	Etude versus groupe contrôle randomisation simple aléatoire, pas d'aveugle, ACT individuel. Analyse de médiation	BPRS, SDS
2009	Laithwaite, O'Hanlon, Collins, Doyle, Abraham, Porter and Gumley	19 patients hospitalisés dans un hôpital de haute sécurité en Ecosse avec un diagnostic de schizophrénie, trouble schizo affectif ou trouble bipolaire	Programme basé sur la compassion, de 5 semaines avec suivi à 6 semaines	SCS, OAS, SeCS, BDI II, RSE, SIP-AD, PANSS
2011	White, Gumley, McTaggart, Rattrie, McConville, Cleare, Mitchell	27 patients avec un diagnostic CIM 10 de trouble psychotique ou trouble dépressif avec symptômes psychotiques	Etude prospective, randomisée, sans aveugle sur 1an. 10 séances indépendantes développées spécifiquement pour l'étude basées sur le travail de Polk, Hambricht et Webster (2009).	HADS, PANSS, AAQ II, KIMS, WAI-SR
2011	Dannahy, Hayward, Strauss, Turton, Harding, Chadwick	62 participants avec une résistance au traitement, une détresse subjective liée aux voix sur les deux dernières années	Protocole en groupe de 8 à 12 sessions visant à promouvoir l'acceptation des voix et de soi pour améliorer le bien-être et réduire la détresse et le contrôle perçu de la voix.	CORE-OM, VAY, échelles visuelles analogiques : du contrôle des voix de 0 à 100, de la détresse liée aux voix de 1 à 5
2016	Gumley, White, Briggs, Ford, Barry, Stewart, Beedie, McTaggart, Clarke, R. MacLeod, Lidstone, Salgado Riveros, Young, H. McLeod	29 participants avec un diagnostic de schizophrénie et d'épisode dépressif majeur selon le DSM IV (dont CDSS >7) 15 avec les soins standards + protocole ACT de 15 sessions individuelles, 14 témoins	Etude randomisée en groupe parallèle en simple aveugle	CDSS, BDI II, KIMS, AAQ II, PANSS, QPR, mesures à 5mois (fin du traitement) et à 5mois post fin du traitement

2014	Chadwick		Editorial sur le mindfulness dans la psychose	
2005	Chadwick P, Taylor KN, Abba N.	11 patients, 9 avec un diagnostic de schizophrénie paranoïde et 2 de trouble schizo affectif selon le DSM IV. 6 avaient des HAV les 5 autres des hallucinations autres (4 visuelles, 1 cinestésique)	Etude prospective non randomisée. Protocole sur 6 semaines, 6 sessions de 90minutes avec 15 minutes de pause. 2 pratiques de 10minutes de mindfulness/séance.	CORE, SMQ, Therapeutic factors
2009	Chadwick P, Hughes S, Russell D, Russell I, Dagnan D	22 participants avec diagnostic de schizophrénie selon le DSM IV ayant des HAV entraînant de la détresse depuis 2ans sous traitement antipsychotique	Essai randomisé, protocole de pleine conscience en groupe versus liste d'attente. 2 séances hebdomadaires pendant cinq semaines, plus des exercices à domicile avec CD de méditation fournis, suivis de 5 semaines de pratique à domicile	CORE, SMQ, SMVQ, PSYRATS, BAVQ-R
2013	Chien et Lee	Diagnostic de schizophrénie selon le DSM IV	MBPP : 12 séances en groupe à raison de 2 séances par semaine, basée sur des programmes de psychoéducation et sur le programme MBSR de Kabat-Zinn	BPRS, SLFS, SSQ, ITAQ
2016	Chadwick, Strauss, Jones, Kingdon, Ellett, Dannahy, Hayward	108 participants avec un diagnostic de schizophrénie ou trouble schizo affectif selon la CIM 10	Essai contrôlé randomisé pragmatique à simple aveugle. 12 sessions de 1h30. Analyse après le traitement (4 mois) et au suivi (10 mois)	CORE-OM, PSYRATS, HADS, CHOICE
2016	Yan Lam et Chien		Revue de la littérature retrouvant 6 études expérimentales avec un protocole basé sur le mindfulness	selon les Preferred Reporting Items for Systematic reviews and meta-Analyses (PRISMA)
2015	Strauss, Thomas et Hayward		Revue de la littérature sur 15 études sur des interventions basées sur le mindfulness	Recherche sur PsycInfo, Medline, Scopus et WebofScience avant février 2015
2013	Khoury, Lecomte, Gaudiano, Paquina	13 études, représentant 468 participants du spectre psychotique	méta analyse de taille d'effet des études sur des interventions basées sur ACT ou la pleine conscience dans la SCZ et la psychose	

2017	Opoka		Revue de la littérature de 14 études avec des protocoles d'intervention variés, centrées sur l'anxiété ou la dépression	6 études sur la dépression
2007	Shawyer, Ratcliff, Mackinnon, Farhall, Hayes et Copolov		Etude d'évaluation de l'échelle VAAS : Voices Acceptance and Action Scale	PSYRATS, BAVQ-R, CDSS, Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Confiance dans la gestion des hallucinations de commandement et dans la résistance aux commandements néfastes entre 0 et 100
2014	Brockman, Kiernan et Murrell		Etude d'évaluation des propriétés psychométriques de deux versions courtes de l'échelle d'acceptation et d'action des voix (VAAS).	BAVQ-R, DASS 21, PANSS, WBSI
2014	Morris, Garety et Peters	50 patients avec un diagnostic d'une maladie psychotique selon la CIM-10 (F20-29 ou F32.3), des HAV > à 3 mois et avec un traitement médicamenteux stable.	Etude transversale	AAQ-II BAVQ-R, KIMS, BDI II, BAI, TCQ, PSYRATS

ITAQ :Insight and Treatment Attitudes Questionnaire, MADRS : Montgomery Asberg Depression Rating Scale, TAKE : Scale for Targeting Abnormal Kinetic Effects (TAKE), AIMS : Abnormal Involuntary Movement Scale, SDS : Self-Rating Depression Scale, SAS : self rating anxiety scale, SES : Service Engagement Scale, SERS-SF Self-Esteem Rating Scale-Short Form, PDI : Peters et al. Delusions Inventory, VCS : Voice Compliance Scale, CGI : Clinical Global Impression, SDS : Sheehan Disability Scale , IS : Insight Scale, VAY : Voice and You, QPR : Process of Recovery Questionnaire, BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale, SCS : Social Comparison Scale, OAS : Other as Shamer Scale, SeCS : Self Compassion Scale, SBS : Social Behaviour Schedule, MUPS : Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule, SIP-AD : Self-Image Profile for Adults, SLFS : Specific Level of Functioning Scale, SSQ : six-item Social Support Questionnaire, SMQ : Southampton Mindfulness Questionnaire , SMQV : Southampton Mindfulness Voices Questionnaire, CORE OM : Clinical outcomes in routine evaluation-outcome measure, CHOICE : Choice of outcome in CBT for psychoses, WBSI : White Bear Suppression Inventory, KIMS : Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, AAQ : Acceptance and Action Questionnaire, WAI SR : Working Alliance Inventory Short Form Revised, TCQ : Thought Control Questionnaire

LIEN ENTRE HALLUCINATIONS AUDITIVES ET DEPRESSION DANS LA SCHIZOPHRENIE : REVUE DE LA LITTERATURE

RESUME EN FRANÇAIS :

Le projet Accept Voices© de T. LANGLOIS nous a amené à réaliser une revue de la littérature sur la relation entre hallucinations auditives et dépression dans la schizophrénie. L'objectif principal est la confirmation du lien entre hallucinations auditives et dépression et la mise en évidence des médiateurs potentiels. La littérature internationale met en avant l'impact des hallucinations résiduelles sur la symptomatologie dépressive via les croyances à propos des voix. Les protocoles de TCC 3^{ème} vague laissent présager un rôle de l'acceptation des voix sur la dépression. Nous présentons un des premiers résultats de l'étude Accept Voices©. Les prises en charge centrées sur les hallucinations pourraient être un axe de prise en charge de la symptomatologie dépressive.

TITRE EN ANGLAIS : **Relationship between auditory hallucinations and depression in schizophrenia: a literature review**

RESUME EN ANGLAIS :

The project Accept Voices © by T. LANGLOIS led us to carry out a literature review of the relationship between auditory hallucinations and depression in schizophrenia. The main objective is the confirmation of the link between auditory hallucinations and depression and the identification of potential mediators. The international literature highlights the impact of residual hallucinations on depressive symptomatology via beliefs about voices. 3rd wave CBT protocols suggest a role of voice acceptance on depression. We present one of the first results of the Accept Voices © study. Management focused on hallucinations could be a management of depressive symptomatology.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : schizophrénie, dépression, hallucination auditive, thérapie cognitive et comportementale, ACT

KEY WORDS : Schizophrenia, depression, auditory hallucination, cognitive and behavioral therapy, ACT

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Axel BOURCIER

Lieu et date de la soutenance : Faculté de Médecine de Jules Guesde, le 18 mars 2019