



HAL
open science

Impact pronostique de la prise en charge psychothérapeutique du trauma chez les personnes atteintes de schizophrénie : une revue de la littérature

Marly Paredes Ferreira

► **To cite this version:**

Marly Paredes Ferreira. Impact pronostique de la prise en charge psychothérapeutique du trauma chez les personnes atteintes de schizophrénie : une revue de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04680059

HAL Id: dumas-04680059

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04680059v1>

Submitted on 28 Aug 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2024

Thèse n° 3046

THÈSE POUR L'OBTENTION DU

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement à Bordeaux le 5 juillet 2024 par

Marly PAREDES FERREIRA

Née le 23 juin 1996 à Bayonne (64)

**Impact pronostique de la prise en charge psychothérapeutique du
trauma chez les personnes atteintes de schizophrénie : une revue
de la littérature**

Directeur de thèse

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Membres du jury

Monsieur le Professeur Bruno AOUZERATE, Président

Madame le Docteur Chantal BERGEY, Juge

Madame le Docteur Clélia QUILES, Juge

Monsieur le Docteur Alain DESAGE, Rapporteur

REMERCIEMENTS

À MA FAMILLE

À ma petite sœur Carolina

Merci d'être tout simplement la meilleure petite sœur au monde ! Merci pour tout ce que nous avons partagé depuis notre enfance, pour ton soutien inconditionnel pendant toutes ces années, pour tous ces moments que nous avons traversés ensemble (même les plus difficiles), pour tous les fous rires et notre capacité à nous comprendre en quelques regards. Les mots ne sont pas assez forts pour te dire à quel point je suis fière de toi et à quel point je t'aime de tout mon cœur !

À mes parents

Ces quelques mots ne peuvent exprimer l'ampleur de ma reconnaissance et de tout l'amour que je vous porte. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, merci d'avoir toujours cru en moi depuis le début et de m'avoir soutenue et encouragée pendant ces études très difficiles, même à distance. Merci pour votre amour, votre soutien à chaque instant et vos conseils avisés qui ont fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. *Mãe e Pai, amo-vos tanto !*

À mon chat Cookie

À mon bébé chaton qui illumine nos vies tous les jours ! Merci de confirmer l'efficacité de la « chat-thérapie » par ta douce présence, les câlins que tu ne veux pas forcément et ton ronronnement anxiolytique.

A minha familia

Quero agradecer os meus avos, tias e tios, primas e primos, por todo o carinho e o apoio que me deram durante estes anos todos. Embora estejamos distantes, vocês ficam sempre presentes no meu coração.

À MES AMIS

À mes amies d'enfance, Sarah et Céline

À Sarah, ma sœur de cœur, un immense merci pour ces 20 ans d'amitié qui durera encore longtemps, pour tous ces moments partagés malgré la distance. Merci pour toutes ces longues conversations qui font comme si nos chemins ne s'étaient jamais séparés. Merci pour ta capacité à me faire rire, à me comprendre, à me soutenir quoi qu'il arrive !

À Céline, merci pour tout ce qu'on a partagé ensemble depuis des années, pour tous ces après-midi à parler et à rire sans se prendre la tête, souvent autour d'un bon café. Merci infiniment pour ton soutien et ta bienveillance, surtout quand je râle !

À ma meilleure amie Aude

Merci pour tout ce que nous avons partagé ensemble depuis notre rencontre au tutorat !
Merci pour ta force et ton soutien inébranlable pendant ces longues années de médecine.
Merci infiniment d'être une amie en or sur qui je peux toujours compter, pour ta capacité à me comprendre et me rassurer sans jamais me juger. Je suis si fière de toi et de tout le chemin que tu as parcouru. A tout ce que la vie nous réserve, *We'll carry on !*

À Marie

Merci infiniment pour tous les moments partagés depuis ces fameuses soirées LCA où nous avons cette impression de déjà nous connaître depuis toujours. Merci pour ta capacité à me comprendre, pour ton écoute attentive dans les moments difficiles, et pour ton soutien sans faille (surtout pendant la rédaction de la thèse). À tous ces moments que la vie réserve à Tic & Tac, agrémentés de sushis et de voyages bien sûr !

À Mélissa

Un grand merci à toi, de m'avoir tant appris depuis le début de mes années de médecine (meilleure tutrice UE4). Merci d'avoir été présente depuis le début de l'internat, de m'avoir

beaucoup soutenue et encouragée pendant ce travail de thèse, de me faire rire (et rêver) avec tes aventures. Merci d'être une amie inestimable, ma meilleure binôme au Dynamo et même au ski !

À mes amis bordelais et du bassin

À Camille, merci d'être une co-externe au top mais surtout une amie en or, au grand cœur et qui voit toujours le côté positif dans la vie. Merci pour ton précieux soutien et tes encouragements, pour tous les bons moments passés ensemble.

À Chloé et Nicolas, je suis ravie de vous connaître et de partager tant de points communs avec vous. Merci pour tous les bons moments passés en votre compagnie.

À Louis, merci pour ta gentillesse et pour ton accueil de qualité à chacune de mes visites au bassin.

À Pierre Edouard, merci pour tous ces bons moments passés ensemble à l'internat et aussi en dehors, pour ton soutien sans faille pendant ma période de rédaction et pour ta patience légendaire au ski ! À Grégoire, pour ton grand cœur et ta bonne humeur, merci !

À Laura, merci pour tes précieux conseils pendant l'internat, pour ta gentillesse, ta bienveillance et ton honnêteté !

À Simon, merci d'avoir été un collègue de qualité pendant mes premiers pas au SECOP et pour être un ami gentil et soutenant, en dehors de l'hôpital.

À Alexandre, merci pour ta gentillesse et pour tous ces bons moments partagés ensemble.

À mes amies de l'externat

À Graziella, merci pour tous les moments partagés avec toi, en stage de psychiatrie ou en dehors. Merci beaucoup pour ta gentillesse et pour ton soutien depuis la Martinique.

À Vidushi, merci d'avoir été mon meilleur binôme en stage d'orthopédie. Merci pour ta bonne humeur contagieuse tout au long de l'externat !

À Manuela, merci pour ta gentillesse, ta rigueur, pour tout ce que nous avons partagé, surtout pendant nos nombreux stages en pédiatrie. J'ai été ravie de travailler avec toi !

À mes amis de la promotion 2021 (la meilleure promo !)

À Marion, merci d'être une amie indispensable et de qualité. Merci pour tous ces moments partagés avec toi, toujours avec le sourire, que ce soit le midi à l'internat ou au badminton !
Merci pour ton soutien infailible pendant ces dernières semaines.

À Alice, merci d'être une amie formidable et une binôme de qualité au Dynamo. Merci pour ta gentillesse et pour notre capacité à souvent penser la même chose !

À Toto, merci pour ta gentillesse, pour ton énergie débordante mais aussi ton écoute attentive. Merci d'être un élément primordial dans notre trio de choc, Tic, Tac et le Gland !

À Candice, merci pour ton grand cœur, ta gentillesse et ta capacité à toujours me faire rire. J'ai beaucoup de chance de te connaître !

À Juliette, merci pour toutes les fleurs et les paillettes que tu mets dans nos vies, pour tous les moments magiques passés ensemble à Disney !

À Amélie, merci pour ta gentillesse et ta bonne humeur, c'est toujours un plaisir de te retrouver.

À Aliénor, Flo, Thomas, Céleste, Martin, Eva, Hélène et toute notre promotion, pour tous les bons moments passés ensemble et pour ceux à venir.

À mes co-internes

À Nathan, merci pour ta bonne humeur et pour tout ce que tu m'as appris pendant mon premier semestre !

À Anaëlle, ma meilleure co-interne ! J'ai été ravie de travailler avec toi pendant ce cinquième semestre. Merci pour ta gentillesse, ton efficacité et ton soutien pendant ces dernières semaines de rédaction.

À tous mes amis et co-internes avec qui j'ai travaillé ou partagé de bons moments le midi à l'internat ou décompressé lors des nombreuses soirées, merci ! À toutes ces rencontres de l'internat que je n'oublierai jamais et toutes celles à venir.

Aux membres de l'APIP

Un immense merci à vous tous pour cette belle aventure à vos côtés en tant que secrétaire de l'association pendant la période 2022-2023. Merci pour tous les moments partagés avec vous, pour tout ce que nous avons construit ensemble et pour toutes les merveilleuses rencontres pendant ces 2 ans. Vive l'APIP !

À CEUX QUI ONT CONTRIBUÉ À MA FORMATION

À l'équipe du SECOP

Aux « Secopiens » qui ont été témoins de mes premiers pas en psychiatrie. Vous m'avez accueillie avec tant de bienveillance et m'avez tant appris sur ce premier semestre d'internat. Merci pour votre accompagnement sans faille lors des journées bien chargées au SECOP et lors des nombreuses gardes qui ont suivi. Merci à toute l'équipe, en particulier ceux qui étaient présents pendant mon semestre : Adrien, Mathieu O., Valentin, Harmonie, pour avoir toujours cru en moi ; FX, Sophie, Thomas L., Vincent B., bien que vous n'y soyez plus, j'ai été ravie de travailler avec vous !

Aux Docteurs Jonathan Coularis, Odile Gardère, Antoine Arrivé, Yanis Lahdab, Louise Jakubiec, Séverine Beauvais, Jean Manuel Burtin et Emilie Terro, merci beaucoup pour votre encadrement, pour votre bienveillance et vos enseignements de grande qualité qui me seront indispensables tout au long de ma carrière.

À l'équipe de Carreire 6

Merci beaucoup à toute l'équipe paramédicale pour tout ce que vous m'avez apporté lors de ce semestre en unité fermée qui fut particulièrement enrichissant et qui m'a permis de progresser rapidement et de gagner en autonomie. Merci pour votre bonne humeur et votre disponibilité sans faille.

Au Docteur Sophie Lafon, je te remercie infiniment pour toutes les connaissances que tu m'as apportées, pour ta disponibilité, ta gentillesse et pour avoir confirmé mon intérêt pour les unités fermées. Aux Docteurs Oriane Pinsolle et Manon Ferrière, merci pour votre accompagnement, votre bienveillance et votre bonne humeur pendant les quelques semaines où nous avons travaillé ensemble.

À l'équipe de BSM 3

Merci à tous pour ce semestre très agréable et enrichissant, où j'ai pu découvrir les prises en charge en milieu ouvert tout en gardant un pied dans le secteur fermé. Merci à toute l'équipe pour votre accueil et votre bienveillance et pour m'avoir permis de m'améliorer chaque jour.

Au Docteur Mélanie Dodre, merci infiniment pour ta bienveillance, ton encadrement de qualité et pour tout ce que tu m'as appris lors de ce troisième semestre. Au Docteur Anne Latrille, merci beaucoup pour toutes les connaissances que tu m'as apportées, ta gentillesse et ta rigueur surtout pendant les périodes bien chargées où nous étions seules ! Au Docteur Damien Toral, merci beaucoup pour la richesse de ton enseignement et pour ton énergie débordante pendant ce semestre.

À l'équipe du CSMI au CMPEA de Bordeaux Nord

Un immense merci à l'ensemble de l'équipe du CSMI pour m'avoir si bien accueillie et pour m'avoir fait découvrir la pédopsychiatrie. Merci beaucoup pour votre disponibilité, votre gentillesse et votre bonne humeur tout au long de ce semestre où j'ai beaucoup appris à vos côtés.

Aux Docteurs Sandie Rousselin et François Deschamps, merci pour votre bienveillance, votre disponibilité et la qualité de votre enseignement au cours de ce quatrième semestre.

À l'équipe de U2

Merci infiniment pour ce semestre enrichissant qui m'a permis d'affiner mes connaissances en secteur ouvert. Merci à toute l'équipe, en particulier à Guilhem, Anaïs, Alexandre, Sébastien, Louison, Romy, Emma, Mimi, Alexandra Grégoire, Lucie Mouhica, Eric Glacet pour votre accueil chaleureux, votre gentillesse et votre accompagnement tout au long de ce semestre. Merci beaucoup pour vos mots d'encouragement pendant ma période de rédaction de thèse.

Au Docteur Alain Desage, qui me fait l'honneur d'être le rapporteur de cette thèse. Encore merci pour ta bienveillance, ta bonne humeur et la qualité de ton enseignement et de ton

encadrement. Au Docteur Amélie Jutant, merci beaucoup pour ta bienveillance, ta disponibilité et ta rigueur pendant ce semestre. Au Docteur Pierre Henri Chaillou Cheisson, merci beaucoup pour tout ce que tu m'as appris, pour ta disponibilité, ta gentillesse et pour toutes tes réponses à mes questions sur la thèse, l'année de DJ et le post internat !

À l'équipe du Centre Expert Bipolaire

Merci beaucoup pour votre accueil très chaleureux, pour m'avoir fait découvrir l'histoire et la fonction du centre expert, pour l'enrichissement que cela apporte à mon expérience professionnelle. Un grand merci à l'ensemble de l'équipe pour la qualité de votre encadrement avec beaucoup de gentillesse et de bienveillance.

Aux Docteurs Sébastien Gard, Clélia Sainléger et Claire Elkael pour la qualité de votre encadrement, la richesse de votre enseignement, avec autant de gentillesse et de bienveillance.

À l'équipe de la médecine somatique

Un grand merci aux Docteurs Cécile Faverolle, Justine Ramet, Ludivine Magnat, Blandine Aupetit et Fanny Papin pour votre gentillesse et votre grande disponibilité lors de mes nombreux appels somatiques en intra hospitalier.

AU RAPPORTEUR

Monsieur le Docteur Alain DESAGE

Praticien Hospitalier

Docteur en Médecine, Psychiatrie

Responsable de la filière Hospitalisation du Pôle de Psychiatrie Générale et Universitaire (PGU)

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je te suis très reconnaissante d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse. J'ai eu la chance de travailler à tes côtés à U2 pendant mon cinquième semestre où j'ai beaucoup appris. J'ai pu apprécier tes qualités humaines et professionnelles lors de mon stage, surtout pendant les staffs où ta bienveillance et ta bonne humeur étaient toujours au rendez-vous. Sois assuré de ma sincère reconnaissance et de tout mon respect.

AUX MEMBRES DU JURY

Madame le Docteur Clélia QUILES

Praticien Hospitalier

Docteur en Médecine, Psychiatrie

Responsable de l'Unité de Soins Électroconvulsothérapie (ECT)

Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte (UNIVA)

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je te remercie de me faire l'honneur de faire partie de ce jury de thèse. Je n'ai pas eu l'occasion de travailler directement avec toi mais nous avons pu échanger au travers de demandes de prise en charge ECT où j'ai pu apprécier ta gentillesse, ta disponibilité et ton sens clinique. J'ai également eu la chance de bénéficier de l'étendue de tes connaissances lors des cours de D.E.S. Sois assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame le Docteur Chantal BERGEY

Praticien Hospitalier

Docteur en Médecine, Psychiatrie

Responsable du Centre Régional du Psychotrauma Sud Nouvelle Aquitaine

Cheffe du Pôle Psychiatrie d'Urgence et des secteurs du Médoc et d'Arcachon (PUMA)

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. J'ai eu la chance d'initier mon internat au sein du pôle et d'apprécier la qualité de votre enseignement lors des bibliographies organisées lors de mon premier semestre et des congrès auxquels j'ai pu assister. Je tenais également à vous remercier de votre confiance et de votre bienveillance lors de la présentation de mon travail bibliographique à votre DU. Soyez assurée de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

À LA DIRECTRICE DE THESE

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur en Médecine, Psychiatrie

Docteur en Epidémiologie

Bordeaux Population Health Research Center U1219, Université de Bordeaux

Pôle de Psychiatrie d'Urgence et des secteurs du Médoc et d'Arcachon (PUMA)

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je suis très honorée que vous ayez accepté de diriger cette thèse, ainsi que de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet. Je tenais à vous remercier pour votre bienveillance, votre disponibilité, votre rigueur et vos précieux conseils qui ont été indispensables tout au long de ce travail de thèse. J'ai eu la chance de bénéficier de la richesse de votre enseignement lors des cours de D.E.S et lors des bibliographies organisées au cours de mon second semestre. Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma gratitude et de mon profond respect.

AU PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur en Neurosciences

Responsable de la filière Pathologies complexes et résistantes

Pôle de Psychiatrie Générale et Universitaire (PGU)

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. J'ai pu apprécier la richesse de votre enseignement et vos qualités pédagogiques lors des cours de D.E.S. J'ai également pu constater vos qualités humaines lors de mes semestres au sein du pôle PGU. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	15
2. Définitions.....	16
2.1 Trouble du Stress Post Traumatique.....	16
2.2 Schizophrénie.....	17
3. Trouble du Stress Post Traumatique chez les personnes atteintes de schizophrénie ...	18
3.1 Données épidémiologiques.....	18
3.2 Expression clinique du psychotrauma chez les personnes atteintes de schizophrénie ...	19
3.2.1 Données épidémiologiques	19
3.2.2 Hypothèses physiopathologiques	20
4. Les traitements psychothérapeutiques dans le psychotrauma	23
4.1 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).....	24
4.2 Exposition Prolongée (PE).....	30
4.3 Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) et Restructuration Cognitive (CR).....	34
4.4 Autres psychothérapies	38
4.4.1 Cognitive Recovery Intervention (CRI)	38
4.4.2 Communication écrite des émotions	40
4.4.3 Imagery Rescripting (ImRs)	41
5. Méthode de la recherche bibliographique	43
6. Revue de la littérature	44
6.1 Données issues des revues de la littérature et méta-analyses	44
6.2 Données issues des études cliniques	61
7. Discussion	76
8. Conclusion.....	81
9. Bibliographie.....	82

1. Introduction

Le trouble du stress post traumatique (TSPT) et la schizophrénie sont deux troubles psychiatriques qui peuvent avoir un impact significatif sur la vie des individus qui en sont atteints. Ces troubles sont souvent étudiés et traités de manière distincte, mais il est de plus en plus reconnu que les personnes atteintes de schizophrénie ont un risque accru d'exposition à des événements traumatisants, survenus pendant l'enfance et/ou à l'âge adulte [1,2]. De nombreuses études ont cherché à élucider comment la présence concomitante d'un TSPT pouvait influencer de manière significative le cours de la maladie et le pronostic global des personnes présentant une schizophrénie [3,4]. Cette relation complexe entre la schizophrénie et le TSPT soulève des questions cliniques importantes sur la prise en charge et le traitement du TSPT dans cette population.

L'efficacité des psychothérapies pour le TSPT dans la population générale est bien établie dans la littérature existante. On compte à ce jour parmi les interventions les plus robustes l'EMDR (« Eye Movement Desensitization and Reprocessing »), la PE (« Prolonged Exposure », Exposition Prolongée) et la TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale). L'efficacité de ces traitements est moins bien documentée, dans des situations plus complexes, comme en cas de comorbidité avec une schizophrénie, de même que l'impact de ces traitements sur la symptomatologie psychotique [5–7].

L'objectif de cette thèse est de synthétiser les données de la littérature portant sur l'impact pronostique des interventions psychothérapeutiques du psychotrauma chez les personnes atteintes de schizophrénie, afin de déterminer si ce traitement, en plus de traiter les traumatismes, permet d'améliorer les symptômes psychotiques, le fonctionnement général du patient et sa qualité de vie.

Dans une première partie, nous définirons les deux troubles psychiatriques et nous évoquerons leur prévalence dans la population générale. Dans une seconde partie, nous synthétiserons les études portant sur la prévalence du TSPT chez les personnes atteintes de schizophrénie ainsi que les modèles physiopathologiques sur les liens entre les symptômes des deux troubles. Dans une troisième partie, nous aborderons les différentes interventions psychothérapeutiques du TSPT et leur application chez les patients ayant une schizophrénie. Enfin dans une quatrième partie, nous présenterons une revue systématique des différentes

revues, méta-analyses et études cliniques qui ont étudié l'impact pronostique de ces interventions chez les personnes avec une schizophrénie.

2. Définitions

2.1 Trouble du Stress Post Traumatique

Le TSPT est un trouble lié au vécu direct d'un événement traumatisant ou en avoir été témoin, en personne ou par procuration (membre de la famille ou ami proche). Dans la cinquième version du Manuel Statistique et Diagnostique (DSM 5), il est décrit quatre groupes distincts de symptômes de TSPT (au lieu de trois groupes décrits dans la version précédente), qui doivent durer plus d'un mois [8] :

- Le syndrome de répétition qui se traduit par des souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'événement traumatique sous forme de cauchemars la nuit ou de flashbacks diurnes. Ces souvenirs déclenchent un sentiment de détresse qui peut être plus marqué lors de l'exposition à des stimuli faisant évoquer un ou des aspects de l'événement traumatique.
- Le syndrome d'évitement qui se manifeste par un évitement persistant des stimuli associés aux événements traumatisants. Les stimuli peuvent prendre la forme d'une personne, d'un endroit, d'une activité, d'un objet, d'une situation, etc.
- L'altération négative des cognitions et de l'humeur regroupe des perturbations mnésiques, des croyances négatives persistantes concernant soi-même, les autres ou le monde, des distorsions cognitives concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique, des affects généralement négatifs (crainte, colère, culpabilité, honte) parfois associés à une incapacité à éprouver des affects positifs, une réduction des activités et de l'intérêt associé et un isolement social.
- Une hyperexcitabilité neurovégétative caractérisée par une altération de l'éveil et de la réactivité, avec hypervigilance, réactions de sursaut exagérées, des difficultés de concentration, des perturbations du sommeil et une irritabilité.

Les symptômes de TSPT peuvent provoquer une détresse intense et altérer de façon significative la qualité de vie et le fonctionnement des individus dans de nombreux domaines, y compris les relations interpersonnelles [8]. Certains patients peuvent également présenter des symptômes dissociatifs. La dépersonnalisation fait référence à l'expérience persistante ou récurrente de se sentir détaché de soi, comme si on était un spectateur. La déréalisation correspond à l'expérience persistante ou récurrente d'un sentiment d'irréalité de l'environnement [8]. Le TSPT est souvent associé à d'autres pathologies comorbides, telles que des troubles liés à l'usage de substances, des troubles de l'humeur, d'autres problèmes de santé physique comme la douleur et l'invalidité résultant de l'événement traumatique [9].

Une enquête nord-américaine réalisée entre février 2001 et avril 2003 auprès de plus de 9000 adultes avait pour objectif d'estimer la prévalence au cours de la vie entière de certains troubles psychiatriques dont le TSPT [10]. Les résultats montraient que le risque sur la vie entière de développer un TSPT était de 8,7% à 75 ans. La prévalence à 12 mois chez les adultes était d'environ 3,5%. Entre janvier 2001 et août 2003, une enquête similaire a été réalisée dans six pays européens auprès de plus de 20000 adultes [11]. La prévalence retrouvée du TSPT à 12 mois était d'environ 1,1%.

2.2 Schizophrénie

La schizophrénie est un trouble psychiatrique qui apparaît généralement à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte, avec un début insidieux. La schizophrénie se caractérise par des symptômes positifs, négatifs et une désorganisation psycho-comportementale. Au moins deux types de symptômes doivent être présents pendant au moins un mois et entraîner des perturbations dans le fonctionnement et les relations sociales, en dépit d'un traitement et de soins continus [8]. Le syndrome positif se manifeste par des idées délirantes associées ou non à des hallucinations. Le syndrome négatif se traduit de façon prédominante par un apragmatisme et un émoussement des affects. La désorganisation peut se manifester au niveau de la pensée (relâchement des associations, incohérence), de l'expression des émotions ou du comportement [8]. Sur le plan cognitif, une personne avec ce diagnostic peut présenter des perturbations de la mémoire (mémoire déclarative, mémoire de travail) et des fonctions exécutives, des déficits attentionnels et un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information [8].

Il existe d'autres troubles psychotiques faisant partie du spectre de la schizophrénie : trouble schizo-affectif (qui requiert la présence de symptômes affectifs associés aux symptômes psychotiques), trouble schizophréniforme (durée des troubles de moins de 6 mois), trouble psychotique bref (durée de moins d'un mois) et trouble délirant persistant (idées délirantes prédominantes pendant au moins un mois, avec une altération moins marquée du fonctionnement) [12]. La fréquence des comorbidités avec des troubles liés aux substances est élevée dans la schizophrénie, suivis par les troubles anxieux [8].

En 2005, une revue systématique de la littérature [13] avait été réalisée dans le but de synthétiser les résultats des études décrivant la prévalence de la schizophrénie. En réunissant 188 études publiées entre 1965 et 2002, menées dans 46 pays différents, la prévalence retrouvée sur la vie entière était de 0,4%. Dans une revue systématique plus récente [14], qui se basait sur 73 études publiées entre 1990 et 2015, la prévalence de la schizophrénie sur la vie entière était de 0,75 %.

3. Trouble du Stress Post Traumatique chez les personnes atteintes de schizophrénie

3.1 Données épidémiologiques

Il existe de plus en plus de preuves suggérant que la prévalence élevée d'événements traumatisants dans l'enfance et l'adversité sociale chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères est impliquée dans la fréquence élevée de TSPT comorbide dans cette population [15]. En 2005, une revue de la littérature néo-zélandaise menée par Read et ses collaborateurs [16] avait pour but d'examiner les études portant sur la relation entre les traumatismes subis pendant l'enfance et la schizophrénie. Ils ont identifié sur la base de recherche PsylInfo une cinquantaine d'articles publiés entre 1987 et 2005. Ils ont ainsi montré que 69% des femmes et 59% des hommes ayant un diagnostic de schizophrénie avaient été victimes de traumatismes subis pendant l'enfance. En 2011, une méta analyse canadienne réalisée par Achim et al [17], visait à rapporter les taux de prévalence des troubles anxieux (dont le TSPT) chez les patients ayant un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif. Sur MedLine et PubMed, ils ont identifié 52 études publiées avant mai 2009. Sur ces 52 études, vingt rapportaient les taux de prévalence du TSPT chez les patients atteints de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif. Les auteurs ont ainsi montré que 12,4 % (IC 95%

4,0 – 20,8) de ces patients répondaient aux critères diagnostiques de TSPT. Une revue de la littérature plus récente (2018) menée par Dallel et al [18] avait aussi pour objectif d'examiner les études rapportant des taux de prévalence du TSPT chez les patients qui ont un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif. Ils ont réuni 38 études trouvées sur PubMed, publiées entre 1995 et 2016. Le taux de prévalence du TSPT chez les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif était d'au moins 10% dans 30 des 38 études examinées.

3.2 Expression clinique du psychotrauma chez les personnes atteintes de schizophrénie

3.2.1 Données épidémiologiques

Un nombre croissant d'études montrent que l'exposition à des expériences traumatisantes, surtout pendant l'enfance, représente un facteur de risque important dans le développement d'un trouble psychotique [19,20]. Au début des années 2000, la relation entre les trauma dans l'enfance et l'augmentation de l'incidence de la schizophrénie était incertaine car les recherches dans ce domaine étaient limitées par leur manque de rigueur méthodologique, notamment lié au fait qu'elles étaient essentiellement basées sur des méthodes rétrospectives [21]. En 2012, une méta analyse [22] qui incluait une quarantaine d'études prospectives, cas témoins et études transversales a montré que les trauma dans l'enfance augmentaient considérablement le risque de développer un trouble psychotique avec un odds ratio égal à 2,8, quelle que soit la nature de l'expérience traumatisante.

Le TSPT, plus que l'événement traumatique lui-même, augmenterait également le risque de développer un trouble psychotique [23]. En 2017, une équipe danoise [24] a montré par le biais d'une étude longitudinale l'effet potentiel du TSPT sur le risque ultérieur de développer un trouble psychotique. En se basant sur les informations des hôpitaux psychiatriques et des structures ambulatoires, ils ont suivi 1 005 021 personnes entre 1985 et 2004. Dans cet échantillon, plus de 4000 personnes avaient reçu un diagnostic de TSPT. Les auteurs ont trouvé que les personnes ayant un TSPT présentaient un risque significativement accru de schizophrénie (RR = 3,80 IC95% 2,33 – 5,80). De plus il existerait des taux élevés de comorbidité entre le TSPT et le trouble psychotique [25].

3.2.2 Hypothèses physiopathologiques

Dans son modèle, Mueser émet l'hypothèse que le TSPT est un trouble comorbide qui médiatise les relations entre le traumatisme, l'augmentation de la sévérité des symptômes et l'utilisation accrue des services de soins aigus chez les personnes avec un trouble psychiatrique sévère comme la schizophrénie [3,7]. Selon cet auteur, les symptômes du TSPT peuvent affecter directement le trouble psychiatrique associé via l'évitement des stimuli liés au traumatisme, la détresse liée à sa réexposition et l'hyperexcitabilité neurovégétative [3]. L'évitement des stimuli peut entraîner un isolement social et majorer la vulnérabilité aux symptômes psychotiques, en raison de l'absence de stimulation provenant, par exemple, du milieu professionnel ou encore d'un réseau de soutien social. La réexposition au traumatisme constituerait un facteur de stress chronique augmentant le risque de rechutes et de réhospitalisation. De nombreuses études ont démontré qu'une hyperexcitabilité du système nerveux autonome, était associée à un mauvais pronostic chez les personnes avec un diagnostic de trouble psychiatrique sévère. Ainsi, l'hyperexcitabilité neurovégétative du TSPT peut aggraver l'évolution d'un trouble psychotique [3].

De manière indirecte, le TSPT peut influencer sur la sévérité du trouble psychotique via la consommation de substances toxiques [3]. Les troubles liés à l'usage d'une substance sont souvent comorbides au TSPT et contribuent à une symptomatologie psychotique plus grave. Le TSPT peut interférer avec l'acquisition de compétences sociales - déjà altérées chez les personnes avec un trouble psychotique - nécessaires pour éviter l'exposition à de nouveaux traumatismes notamment les violences interpersonnelles, et augmenter ainsi le risque de revictimisation. Les problèmes interpersonnels liés au TSPT peuvent interférer avec la capacité des patients avec un trouble psychotique à établir une alliance thérapeutique et ainsi augmenter le risque de rechute et de réhospitalisation [3].

En 2003, Morrison propose que les symptômes psychotiques et le TSPT s'inscrivent dans un continuum de réactions liées au traumatisme et sont causés et entretenus par des mécanismes psychologiques similaires [4,7]. Morrison suggérait que les reviviscences traumatiques et les pensées intrusives présentaient des similitudes avec les hallucinations de type visuelles, auditives, tactiles ou olfactives et pouvaient être accompagnées d'idées délirantes de persécution. Les symptômes psychotiques négatifs tels que l'émoussement des affects, la tendance à l'isolement et à la négligence de soi, les difficultés de concentration

étaient conceptualisées comme une altération négative des cognitions et de l'humeur qu'on retrouve dans le TSPT [4].

Certaines études montrent que les hallucinations pourraient être une forme d'intrusion post traumatique [7]. Les résultats d'une étude rétrospective menée par Gracie concluaient sur le rôle médiateur que jouerait les symptômes de reviviscences et les distorsions négatives sur la survenue des hallucinations chez les patients affectés par un traumatisme [26]. Par ailleurs, certains auteurs suggèrent que le contenu des hallucinations acoustico-verbales serait lié aux expériences traumatiques chez les patients avec un trouble psychotique [27,28]. La perturbation affective causée par le traumatisme pourrait ainsi entraîner des anomalies du traitement des informations et entraîner l'apparition d'hallucinations [27]. La dissociation que l'on retrouve dans le TSPT, jouerait aussi un rôle médiateur entre le traumatisme et la propension aux hallucinations [22,29]. Certains auteurs ont proposé que les hallucinations soient considérées comme des expériences dissociatives, induites par le stress d'un événement traumatique [30] ou résultant de l'incapacité à intégrer les informations des expériences traumatiques notamment en cas de survenue pendant l'enfance [31].

Les hallucinations ne sont pas le seul symptôme psychotique lié aux symptômes du TSPT. Des associations entre les idées délirantes et les symptômes du TSPT ont également été observées à la suite d'événements traumatisants [7]. Des facteurs cognitifs similaires pourraient prédire à la fois le développement et la persistance d'idées délirantes de persécution et d'un TSPT à la suite d'une exposition traumatique. Ces facteurs comprennent la sensibilité aux stimuli sensoriels, un sentiment de dévalorisation et de menace, les ruminations anxieuses et des réponses comportementales en vue de sécuriser son environnement [32].

Le lien entre les symptômes négatifs et les symptômes du TSPT est plus incertain [19,33]. Dans les années 1990, il a été suggéré que les symptômes négatifs pouvaient être des manifestations de l'évitement des souvenirs traumatiques [4,34]. La ressemblance a été soulignée entre les symptômes négatifs tels que l'émoussement affectif, l'isolement social, le manque d'intérêt et les symptômes d'altération négative des cognitions et de l'humeur dans le TSPT [34].

Dans son modèle, Morrison suggère que certains facteurs comme le style d'attribution ou l'interprétation des symptômes peuvent déterminer si les symptômes qui émergent après un traumatisme sont psychotiques ou traumatiques [4,25]. Par exemple, le fait d'avoir subi des abus sexuels ou physiques peut entraîner l'apparition de biais cognitifs amenant la personne à croire qu'elle est vulnérable ou que les autres ne sont pas dignes de confiance. Ces interprétations peuvent prendre une intensité psychotique, d'autant plus si la personne a des croyances fondamentales sur soi et autrui dysfonctionnelles : les interprétations entraînent alors l'apparition d'idées de persécution. Ces idées peuvent être maintenues par des réponses émotionnelles, cognitives et comportementales et se chronicisent sur la forme d'un trouble psychotique [4]. Les processus mnésiques pourraient jouer un rôle important sur la manière dont sont expliqués les phénomènes traumatiques intrusifs. Il était suggéré que la manière dont les informations sont encodées dans la mémoire aurait un impact sur la manière dont elles seraient récupérées ou rappelées par la suite. Selon leur degré de cohérence, ces souvenirs peuvent être identifiés comme des reviviscences issues de son propre psychisme (et donc étiquetés comme des symptômes de TSPT) ou des phénomènes externes intrusifs (et donc étiquetés comme des symptômes psychotiques) [4].

Dans une revue intégrative plus récente, Hardy et son équipe ont repris les données d'études publiées entre le début des années 1990 et 2017 dans le but de comprendre les mécanismes liant le TSPT et le trouble psychotique [35]. La particularité de cette revue est la suggestion de l'existence d'un lien entre un type d'événement traumatique et une réponse symptomatique particulière. Par exemple, les abus sexuels vécus dans l'enfance seraient associés au développement d'hallucinations acoustico-verbales, tandis que les violences morales et la négligence seraient associées au développement d'idées délirantes de persécution [35]. Cette revue reprenait par ailleurs l'hypothèse que les symptômes psychotiques négatifs représentaient une réponse au traumatisme (comme l'évitement, l'émoussement des affects). Les auteurs ont expliqué ces associations par des facteurs dit de « vulnérabilité » : les stratégies de régulation des émotions (activation plus ou moins variable du système sympathique et parasympathique, hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien) ; la mémoire des événements (qui comprend la mémoire épisodique et perceptive) et la mémoire sémantique personnelle (qui reflète les croyances, les

représentations cognitives et affectives de soi et des autres). Ces facteurs façonneraient les interprétations et les réactions d'adaptation face aux événements traumatiques, menant parfois à des expériences psychotiques. Pour citer un exemple de situation, si la personne a reconnu le contenu de la voix comme étant lié à ce que l'agresseur a dit pendant l'agression, l'intrusion pourrait plutôt être comme une reviviscence basée sur la mémoire, caractéristique du TSPT, plutôt que comme une voix attribuée de l'extérieur et reflétant une expérience psychotique [35].

4. Les traitements psychothérapeutiques dans le psychotrauma

Plusieurs traitements psychothérapeutiques se sont avérés efficaces pour le traitement du TSPT dans la population générale. L'efficacité de ces psychothérapies a fait l'objet de plusieurs méta-analyses. En 2005, Bradley et ses collaborateurs [36] ont réalisé une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés publiés entre 1980 et 2003 évaluant l'efficacité des psychothérapies pour le TSPT, toutes modalités confondues. Vingt-six études avec plus de 1500 patients ont été incluses et portaient sur 44 conditions de traitement dont la PE, la TCC et l'EMDR. Ces thérapies étaient majoritairement comparées à une condition témoin : la liste d'attente ou la thérapie de soutien. Dans cette méta-analyse, une amélioration du TSPT était observée : parmi les patients qui terminaient le traitement, 67% ne répondaient plus aux critères du TSPT et parmi ceux qui commençaient le traitement (jusqu'au bout ou non), le taux de rétablissement était de 56%. Une revue de la littérature datant de 2013 [5] a réuni tous les essais contrôlés randomisés pertinents qui évaluaient les effets des thérapies psychologiques pour traiter le TSPT. Après des recherches sur différentes bases de données (MedLine, EMBase, PsylInfo), 70 études impliquant plus de 4700 participants et portant sur des thérapies comme la TCC ou l'EMDR ont été incluses. En ayant comme critère de jugement la réduction de la sévérité des symptômes de TSPT, les auteurs ont trouvé que les psychothérapies étaient plus efficaces que les listes d'attente ou les soins habituels (différence moyenne comprise entre -1,62 et -1,17).

Ces psychothérapies, connues aussi sous le nom de « thérapies psychologiques centrées sur le trauma », diffèrent de diverses façons (durée et nombre de séances, exposition in vivo, récit écrit ou oral de l'événement traumatique entre autres) mais partagent aussi des éléments fondamentaux communs. En 2014, les auteurs Schnyder et

Cloitre [37] ont organisé un panel de thérapeutes pionniers ayant développé des psychothérapies pour le TSPT (empiriquement soutenues) dans le but de discuter des points communs entre les traitements. Les points identifiés par les membres de ce panel de cette étude sont :

- La psychoéducation qui vise à faciliter les interventions psychologiques, à accroître l'implication des patients et à prévenir les rechutes.
- La régulation des émotions et les stratégies d'adaptation, sur lesquelles reposent de nombreuses approches thérapeutiques.
- Une exposition à la mémoire des expériences traumatiques, existant dans pratiquement toutes les psychothérapies pour le TSPT.
- Le traitement cognitif qui est la composante essentielle des approches cognitives mais est aussi présente dans les autres approches.
- Les émotions, qui sont ciblées dans toutes les psychothérapies.
- La réorganisation des connexions qui sont réalisées entre les différents réseaux de mémoire et la création d'un récit cohérent du traumatisme, qui font partie des objectifs centraux de tous les traitements axés sur le traumatisme.

Ces points ciblés par les psychothérapies permettent aux patients de modifier leurs souvenirs traumatiques, les cognitions et émotions associées [15,37]. Ils favorisent également la recherche de sens de l'événement traumatique. Celui-ci implique généralement une réévaluation adaptative des croyances générées par les événements traumatiques à propos de soi et des autres, ce qui permet d'améliorer l'estime de soi. Elle implique aussi la transmission d'informations de base telles que le fait que les traumatismes sont fréquents, que leurs effets sont bien connus et qu'il existe des interventions efficaces [37].

4.1 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

L'EMDR a été découvert par Francine Shapiro, psychologue américaine, à la fin des années 1980 [38] grâce à son expérience clinique des mouvements oculaires rapides sur des volontaires et une étude réalisée sur des victimes d'agression sexuelle et des combattants du Vietnam. Les résultats de cette étude montraient qu'une seule séance de désensibilisation par des mouvements oculaires pouvait être suffisante pour atténuer l'impact des souvenirs

traumatiques et modifier les cognitions des patients. En effet le groupe traitement a connu une baisse marquée de l'anxiété mesurée sur l'échelle « Subjective Units of Disturbance » (SUD), associée à des cognitions plus positives et un changement dans les comportements notamment une atténuation des plaintes. A la suite de cette étude et des observations recueillies au cours de centaines de séances de traitement, l'EMDR a été développée pour devenir une thérapie structurée visant à traiter les souvenirs traumatiques et les symptômes de stress associés. L'EMDR est typiquement administrée de façon individuelle, à la fréquence d'une à deux fois par semaine, pour un total de 6 à 12 sessions. Cette thérapie comprend 8 phases [39] :

- La phase 1 est une phase d'anamnèse où les antécédents sont recueillis et les objectifs du traitement sont établis.
- La phase 2 permet la préparation du patient. Le thérapeute explique le traitement, les procédures, les ressources adéquates pour la gestion des émotions pendant les séances.
- La phase 3 correspond à l'évaluation de la mémoire ciblée dans la session en identifiant les composants suivants : image, cognition, émotion, sensation corporelle. Pour évaluer les changements dans l'émotion et la cognition, deux échelles sont utilisées : la SUD et la VOC (« Validity of Cognition »).
- Les phases 4 à 7 se concentrent sur le retraitement de la mémoire grâce à la stimulation bilatérale. Le patient doit se concentrer et isoler de préférence le point le plus traumatisant de l'événement dans sa tête et l'énoncer (description de l'image traumatique, cognition ou émotion associée). Il/elle doit ensuite attribuer un niveau d'anxiété et observer sa réponse physique tout en pensant à l'incident. Il lui est demandé ensuite de fournir un nouvel énoncé reflétant le sentiment souhaité (cognition positive). Pendant la séance, le patient réalise des mouvements oculaires saccadiques horizontaux en réponse à une stimulation rythmique bilatérale (par exemple : doigt du thérapeute, lumière, tonalités, tapotements), pendant environ 30 secondes. Après la stimulation, le patient doit rapporter tout nouveau changement du souvenir, ainsi que la charge émotionnelle et anxieuse associée, jusqu'à

l'obtention de la cognition souhaitée et l'observation d'une réduction des niveaux d'anxiété.

- La phase 8 se traduit par l'évaluation des résultats du traitement et permet au thérapeute et au patient d'identifier de futurs objectifs pour les autres sessions.

Le protocole EMDR standard est le cœur de la thérapie et commence dès la phase 3 qui est la phase d'évaluation de la cible avec les valeurs initiales des deux échelles. Il comprend ensuite la phase de désensibilisation à l'aide d'une stimulation rythmique bilatérale (phase 4), la phase d'installation avec la poursuite du retraitement des souvenirs jusqu'à l'obtention et le renforcement de la croyance positive souhaitée (phase 5), la phase de « scan corporel » qui propose de retraiter toute perturbation résiduelle en lien avec la cible travaillée manifestée à travers les sensations corporelles (phase 6) et enfin la phase de clôture qui assure l'amélioration et la stabilité du patient à la fin de chaque séance, avec un rappel des techniques d'autorégulation émotionnelle enseignées en deuxième phase (phase 7) [39].

Cette thérapie met l'accent sur les rôles de la mémoire et du système de traitement de l'information [39]. Si l'on se réfère au modèle physiopathologique du TSPT, les souvenirs non traités d'expériences de vie traumatiques (qui comprennent les émotions, les croyances, les sensations physiques vécues au moment de l'événement) sont stockés de manière inappropriée dans la mémoire épisodique, qui rassemble les représentations déclaratives, contextualisées et allocentrées d'événements pouvant être manipulées et récupérées volontairement et involontairement. Ces souvenirs non traités sous-tendent les émotions, cognitions et comportements dysfonctionnels du TSPT [37,39]. Selon Shapiro, le traitement par EMDR faciliterait les connexions aux réseaux de mémoire sémantique qui reflète les croyances, les représentations cognitives et affectives de soi et autrui. Ces connexions fournissent alors des informations correctives, entraînant la génération interne de connaissances, de changements émotionnels appropriés et l'émergence d'un récit plus cohérent du souvenir traumatique [37]. En 2002, Robert Stickgold, faisait l'hypothèse dans une étude que le sommeil paradoxal (appelé aussi « Rapid Eye Movement (REM) Sleep ») fournit un moment privilégié au cours duquel le cerveau entreprend le transfert de mémoire et l'intégration des informations depuis la mémoire épisodique (hippocampe) à la mémoire

sémantique (néo cortex cérébral) [40]. Chez les personnes ayant un TSPT, le sommeil est réduit et plus fragmenté, avec un niveau de vigilance inapproprié. Ceci pourrait expliquer le blocage du flux d'informations de l'hippocampe au cortex. La mémoire épisodique des traumatismes persiste ainsi que les affects négatifs associés. L'EMDR, à travers la stimulation bilatérale par des mouvements oculaires saccadiques horizontaux, permettrait d'induire un état de type REM. La thérapie active ainsi les mécanismes cérébraux nécessaires au traitement de la mémoire similaires à ceux du sommeil paradoxal. Une fois l'intégration des informations faite, la mémoire épisodique traumatique s'amenuiserait ainsi que les émotions et cognitions associées.

Certains auteurs n'utilisent aucune procédure en amont du protocole standard EMDR chez les patients ayant un diagnostic de schizophrénie [41,42]. D'autres soulignent l'intérêt d'ajouter des procédures en amont de la procédure standard d'EMDR. Ces procédures peuvent être considérées comme des extensions des questionnements réalisés lors des premières phases de la thérapie EMDR (phases 1 et 2). Elles présentent l'avantage d'être plus structurées et permettent au thérapeute de formuler des hypothèses concernant la relation entre les événements traumatiques et les symptômes des patients et de ne pas traiter des cibles au hasard [43,44].

La première procédure cible les expériences en lien avec le développement ou l'amplification des symptômes psychotiques [44]. En effet, plusieurs auteurs ont suggéré que l'expérience de la maladie en elle-même pouvait être traumatisante [15,45]. L'inventaire des symptômes psychotiques est fait en premier, les patients doivent alors identifier quel est celui qui cause le plus de préjudice [43]. Les patients doivent par ailleurs décrire les événements stressants qu'ils estiment être en lien avec le contenu des idées délirantes ou leurs hallucinations. Ils/elles peuvent travailler à l'aide d'une frise où ils placent en abscisse l'événement qui a provoqué le début des symptômes positifs ainsi que les événements aggravants sur le plan symptomatique. En ordonnée, l'intensité des symptômes psychotiques est indiquée. Ces souvenirs sont ensuite retraités avec le protocole EMDR standard [44]. En général, les souvenirs choisis en premier sont ceux qui ont provoqué l'apparition des symptômes [43].

Dans certains cas, la première méthode peut sembler trop lourde, c'est-à-dire qu'il y a trop d'événements indiqués sur la frise chronologique. Cela peut être le cas lorsque la

symptomatologie du patient est déterminée par une série de souvenirs d'événements négatifs qui ont contribué au développement de croyances particulières et négatives sur la façon dont le monde fonctionne et sur son identité, l'image qu'il a de lui-même. Ces croyances génèrent des réponses affectives et comportementales qui, à leur tour, entraînent de nouvelles expériences interactionnelles qui semblent confirmer le biais cognitif du patient [43]. Cela peut être le cas chez les personnes ayant un trouble psychotique : certains auteurs suggèrent qu'un vécu traumatique chez ces patients peut créer une vulnérabilité cognitive durable caractérisée par des schémas cognitifs négatifs de soi et du monde (faible estime de soi, méfiance envers autrui) et ainsi favoriser le maintien dans la maladie [46]. De plus, des événements peuvent « activer » davantage ces croyances, qui peuvent alors se manifester par des voix ou des idées délirantes. Par exemple, l'événement « mon patron me fait une remarque sur mon travail » provoque comme croyance erronée « il me déteste et veut se débarrasser de moi » [44].

Dans cette seconde procédure, la croyance sera alors utilisée pour identifier les souvenirs à traiter. Le patient doit en premier lieu choisir la croyance dysfonctionnelle puis identifier les événements qui ont conduit au développement, à la perpétuation de cette croyance (considérés comme « des preuves » de cette croyance). L'EMDR permettra de « discréditer » ces preuves [44]. Il ne s'agit évidemment pas de preuves réelles mais des preuves que le patient perçoit comme valables. La rigidité de ces croyances dysfonctionnelles indique généralement qu'il existe un large éventail d'événements et d'expériences, qui commencent en général de façon précoce dans l'enfance et se poursuivent tout au long de la vie. Il est aussi supposé qu'il n'y ait pas qu'une seule croyance dysfonctionnelle si les expériences préjudiciables ont été de nature extrême et/ou dans l'enfance [43]. La sélection de tous les souvenirs qui contribuent à la crédibilité des croyances dysfonctionnelles est réalisée à l'aide du thérapeute (par exemple : commencer par un choix de trois à cinq expériences pertinentes ou « preuves » de la croyance). Réaliser cette tâche peut être lourde sur le plan émotionnel : le patient peut alors travailler davantage la phase de préparation (phase 2) notamment sur les techniques de régulation des émotions [43]. A la fin, le patient doit garder en tête l'image cible du souvenir qui constitue à ses yeux « la preuve la plus solide » de sa croyance dysfonctionnelle. Un par un, chaque souvenir sera alors retraité jusqu'à l'obtention des cognitions positives souhaitées, qui in fine iront réfuter les croyances

dysfonctionnelles du patient et améliorer ses réponses cognitives, affectives et comportementales [44].

Une étude a examiné la présence d'images, à l'aide d'un entretien semi structuré, chez 35 patients ayant un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif et qui présentaient des hallucinations et/ou des idées délirantes. Les résultats montraient que 74,3% des patients rapportaient des images en lien avec leurs symptômes psychotiques. Les thèmes prédominants étaient des images de catastrophes redoutées associées aux idées délirantes de persécution et des images en lien avec l'origine, l'apparence ou le contenu des voix [47]. La troisième procédure cible ces deux types d'images [44]. Le patient n'identifie pas un souvenir. Il doit décrire le scénario le plus inquiétant et identifier l'image la plus désagréable de son scénario catastrophe ou décrire l'image en lien avec l'apparence ou le contenu des voix perçues (par exemple, le patient peut former une image de l'apparence de ses « assaillants »). Le retraitement de ces types d'images, via le protocole EMDR standard, pourrait aider le patient à réduire la participation affective et/ou anxieuse associée. Dans cette approche, des interventions de TCC peuvent être nécessaires pour aider le patient à réaliser qu'il n'existe pas de menace et qu'il/elle est en sécurité. La TCC peut aussi être combinée à l'EMDR pour corriger les attributions externes dysfonctionnelles des expériences psychotiques, provoquant un obstacle au bon déroulé de la thérapie EMDR [44].

D'autres adaptations de la procédure peuvent être utiles lors des séances d'EMDR avec des patients présentant un trouble psychotique [44]. Les déficits attentionnels et de mémoire de travail souvent présents chez les patients ayant un trouble psychotique, peuvent constituer un obstacle lors d'une séance d'EMDR. Une répétition des instructions ou un raccourcissement des séances peut être alors nécessaire. De plus, varier le stimulus bilatéral peut permettre d'éviter une saturation de la mémoire de travail : le thérapeute peut alors utiliser des tonalités auditives bilatérales, le tapotement, la marche, etc. Certains chercheurs ont conclu que l'EMDR activait le système cholinergique dans le cerveau qui est associé aux apprentissages, à la mémoire et à l'attention [48]. Or, les patients présentant un trouble psychotique prennent souvent des anticholinergiques pour lutter contre les potentiels effets secondaires des neuroleptiques (bouche sèche, constipation, agitation). Les auteurs suggèrent alors la réduction de la charge anticholinergique ou de ne pas prendre les médicaments ayant une forte charge le jour de la séance. L'émoussement des affects

constitue un des symptômes les plus prédominants dans le syndrome négatif de la schizophrénie. De ce fait, les thérapeutes peuvent rencontrer des difficultés à identifier des émotions intenses du fait d'un déficit dans leur expression. Discuter explicitement de la manière dont le patient évaluera sa détresse et son niveau d'anxiété pourrait permettre d'atténuer cet obstacle. En raison de l'augmentation initiale des symptômes psychotiques observée dans quelques études [49], certains auteurs suggèrent que le patient devrait être informé de ce possible effet iatrogène avant le début des séances [44], voire de réaliser les séances dans un cadre hospitalier pour garder une proximité avec une équipe multidisciplinaire [20].

4.2 Exposition Prolongée (PE)

La PE a été développée par Edna Foa, professeur de psychologie, dans les années 1990 [50]. Cette thérapie est une forme particulière de TCC qui, comme son nom l'indique, est basée sur l'exposition. La thérapie d'exposition consiste généralement en un ensemble de techniques qui aident les patients à se confronter aux objets, situations, souvenirs ou images qu'ils redoutent dans des circonstances sûres. L'exposition les aide à reconnaître que leurs craintes ne sont pas réalistes. Cette thérapie possède deux composantes principales. Premièrement, l'exposition imaginaire, qui consiste à revisiter et raconter de manière répétée des souvenirs traumatiques pénibles qui sont évités car ils causent de la douleur et qu'ils sont perçus comme conduisant « à une perte de contrôle ». Deuxièmement, l'exposition in vivo qui est une approche de confrontation progressive et sûre de situations évitées liées à l'événement traumatique [37,50].

La thérapie PE est administrée de façon individuelle sur 10 à 15 séances qui suivent un format structuré. La première séance sert d'introduction au programme des différentes sessions, à la discussion des antécédents traumatiques et leur hiérarchisation et à l'initiation d'exercices de respiration et de relaxation. Lors de la deuxième séance, le thérapeute et le patient discutent des réactions courantes aux traumatismes et dressent la liste des situations évitées par le patient en lien avec le traumatisme [37]. Les séances suivantes guident le patient dans la démarche d'exposition imaginaire : le patient est encouragé à revisiter ses souvenirs du traumatisme et à raconter, au présent, les parties les plus pénibles avec tous les détails sensoriels (60 à 90 minutes) [42]. La construction et la répétition du récit sont ensuite suivies d'une discussion (15 à 20 minutes) sur les émotions et perceptions connexes (peur,

anxiété, honte, culpabilité, colère, etc.) et les changements qui pourraient résulter de l'expérience d'exposition [37,50]. Le récit imaginaire est enregistré pour que le patient puisse l'écouter entre chaque séance [51]. Le patient peut surveiller son niveau de détresse à la maison en utilisant l'échelle SUD avant, pendant et après chaque tâche d'exposition et rapporter tout changement dans les réponses émotionnelles aux stimuli [42]. Le thérapeute présente également le concept d'exposition in vivo et assigne au patient les premiers exercices d'exposition in vivo. Le patient s'engage de manière répétée dans des activités, des situations ou des comportements qu'il évite en raison du traumatisme, sans danger, guidé par le thérapeute dans le cadre de la séance ou donnés en devoirs [51]. La dernière séance est consacrée à la discussion des bénéfices tirés de la thérapie et à l'identification des nouveaux objectifs de traitement des souvenirs. Par la répétition des deux composantes d'exposition, le patient finit par organiser les événements traumatisants de manière cohérente et les émotions associées deviennent moins intenses [51].

La PE se base sur la théorie du traitement émotionnel, développée par Foa et Kozak en 1986 [52]. Selon cette théorie, le traitement émotionnel est un processus par lequel des informations précises sont incorporées dans des « structures de peur » antérieurement apprises et modifient les éléments de ces structures, de sorte qu'il n'y ait plus d'association pathologique entre un stimulus et sa réponse. Dans le cas du TSPT, il est suggéré que les événements traumatiques entraînent l'apparition d'associations inexactes entre les stimuli et les réponses de l'événement. La structure de la mémoire traumatique serait caractérisée par un nombre particulièrement élevé d'éléments de stimuli associés à tort au danger, ce qui rend la peur facilement activée et qui se traduit par une perception erronée que le monde est dangereux. De plus, les représentations du comportement de la personne victime d'un traumatisme ainsi que la présence de symptômes de TSPT génèreraient un sentiment d'incompétence et d'incapacité personnelle à faire face à la situation. Ces biais cognitifs conduisent à l'évitement des stimuli liés au traumatisme, ce qui constitue un obstacle au traitement des émotions [52].

La théorie du traitement émotionnel postule que deux conditions sont nécessaires à la réussite du traitement, toutes deux validées empiriquement [52] : premièrement, l'activation (engagement émotionnel) de la mémoire du traumatisme et deuxièmement, la présence d'informations qui infirment les dommages attendus pendant les expositions (c'est-

à-dire l'infirmité des attentes négatives). La PE permet de remplir ces deux conditions : la confrontation aux stimuli redoutés, mais sans danger, active la mémoire du traumatisme tout en fournissant de nouvelles informations correctives sur les conséquences de la confrontation aux stimuli.

Les symptômes psychotiques actifs pourraient interférer avec le mécanisme de fonctionnement sous-jacent de la PE. En effet, le trouble psychotique peut impacter sur la régulation des émotions (affects inappropriés, humeur dysphorique, colère, hostilité) et peut entraîner une perte du contact avec la réalité, ce qui pourrait entraver le traitement approprié des souvenirs traumatiques [53]. De ce fait, les personnes avec un trouble psychotique peuvent avoir besoin de plus d'aide du thérapeute pour réguler l'engagement émotionnel. Cloitre a émis l'hypothèse que la mise en œuvre d'une formation sur les compétences de régulation des émotions avant l'exposition faciliterait la thérapie et permettrait une meilleure alliance thérapeutique [54]. Elle développe STAIR (« Skills Training In Affect and Interpersonal Regulation »), une intervention dérivée de stratégies cognitives et comportementales qui cible le développement de la gestion des émotions et des compétences interpersonnelles [54]. La première phase de l'intervention comprend les objectifs suivants :

- Aider les patients à identifier leurs craintes, les déclencheurs, leurs pensées, leurs émotions et leurs comportements.
- Examiner les réactions inadaptées habituelles aux éléments déclencheurs.
- Fournir des compétences de régulation émotionnelle telles que des stratégies de respiration, d'auto-évaluation et de « pleine conscience ».
- Identifier les schémas intégrés dans la psyché des patients qui les conduisent à répéter la dynamique du traumatisme dans leurs relations interpersonnelles actuelles.
- Promouvoir de nouveaux comportements pour briser la dynamique du traumatisme.

Comme dans la PE, l'intervention STAIR comprend une phase de récit narratif et une phase d'exposition au cours desquelles les patients peuvent utiliser leurs compétences nouvellement acquises pendant le programme afin de trouver une zone de confort

émotionnelle qui leur permet de se connecter à leur environnement d'une façon non menaçante, tout en facilitant l'acquisition de nouveaux comportements plus adaptés [54,55].

La divulgation des événements traumatiques est bien détaillée dans la PE, ce qui demande beaucoup d'efforts de la part du patient. Le fait d'être confronté à des situations ou à des souvenirs redoutés peut parfois déclencher des envies de fuite ou d'évitement [56]. Frueh et son équipe ont fait l'hypothèse que d'autres composantes seraient nécessaires pour aider ces patients vulnérables à développer la confiance et le rapport avec les thérapeutes, ainsi qu'un sentiment de maîtrise, afin de soutenir leur engagement dans la thérapie d'exposition [57]. Dans un essai ouvert chez 20 patients ayant un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif, le traitement fourni était inspiré d'un modèle de traitement à composantes multiples pour le TSPT chez des anciens combattants [58,59]. Le traitement consistait en une phase de « pré-exposition » (14 séances) comprenant des séances de psychoéducation, des séances de gestion de l'anxiété, une formation aux aptitudes sociales et à la gestion de la colère et des séances de gestion du traumatisme. La PE se faisait ensuite sur 8 séances. Une réduction significative des symptômes de TSPT avait été observée pendant et après la PE, avec un maintien lors du suivi de 3 mois. Cependant, 35% des patients avaient abandonné avant le début du traitement par PE, ce qui laisse ouverte la question de savoir si ces phases de pré-traitement sont nécessaires pour les patients ayant ce diagnostic [53]. Dans un essai contrôlé randomisé, De Bont et ses collaborateurs ont appliqué le protocole standard de PE à des patients atteints de trouble psychotique [42]. Les patients bénéficiaient de 12 séances en 12 semaines sans phase de pré-traitement. Les résultats montraient une réduction significative des symptômes de TSPT, maintenus lors du suivi à 3 mois. Aucun effet indésirable n'a été constaté, aucune augmentation des symptômes psychotiques n'a été observée et le taux d'abandon était relativement faible. Van den Berg a également utilisé dans un essai contrôlé randomisé les protocoles standards de la PE sur un échantillon de patients ayant un trouble psychotique et un TSPT comorbide. Le taux d'abandon était inférieur à celui de l'étude ouverte utilisant des interventions de pré-exposition [59,60]. Il est donc possible d'appliquer le protocole standard de la PE sans ajustement pour les personnes atteintes de trouble psychotique, à la condition d'une surveillance clinique des symptômes tout au long de la thérapie [53].

4.3 Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) et Restructuration Cognitive (CR)

La TCC est une des psychothérapies les plus connues et préconisées dans le traitement de troubles psychologiques variés. Elle aide les individus à identifier, à examiner et à modifier des cognitions dysfonctionnelles concernant les autres, eux-mêmes, le monde et des réponses comportementales qui peuvent perpétuer des symptômes d'un trouble donné et/ou entraver le fonctionnement de l'individu [15]. D'abord comportementale dans les années 1950, la TCC s'est enrichie au fur et à mesure du temps en intégrant des approches cognitives et émotionnelles.

La TCC, ici appelée TCC-TF « trauma focused » (Thérapie Cognitive et Comportementale, centrée sur le trauma) est basée sur le modèle cognitif développé par Ehlers et Clark [61]. Ces auteurs ont suggéré que le TSPT devenait persistant lorsque les personnes traitent le traumatisme d'une manière qui mène à un sentiment de menace grave et actuelle. Ce sentiment résulte d'une évaluation excessivement négative du traumatisme et/ou de ses séquelles et d'une perturbation du souvenir du traumatisme [61]. Les évaluations négatives du traumatisme et la manière dont les personnes réagissent peuvent avoir des effets majeurs sur les croyances et les schémas cognitifs sous-jacents des individus à propos d'eux-mêmes, d'autrui ou du monde en général. Des cognitions négatives peuvent persister chez les personnes concernées longtemps après que leur environnement et leur situation aient changé. D'autres cognitions négatives peuvent également apparaître, notamment des perceptions exagérées des risques inhérents aux activités quotidiennes. Certaines cognitions peuvent émerger lorsque les personnes tentent de trouver un sens à leurs expériences et leurs réactions. Comme ces cognitions sont associées à des émotions négatives (anxiété, culpabilité, colère, tristesse), les personnes tentent alors de les éviter ou de les supprimer, ainsi que tous les stimuli liés au traumatisme qui peuvent les provoquer. Lorsque les efforts pour éviter ces cognitions et ces émotions échouent, les symptômes de TSPT apparaissent ou s'aggravent : reviviscences, comportement d'évitement, hyperexcitation neuro-végétative, etc. [62]. La TCC-TF, tout en s'appuyant sur une exposition répétée et in vivo, intègre aussi activement la CR (« Cognitive Restructuring », Restructuration Cognitive) pour modifier ces cognitions négatives et éliminer les

comportements problématiques [15,61]. La TCC-TF est habituellement administrée sur 12 à 16 séances et doit répondre à plusieurs objectifs [61].

Premièrement, il s'agit de modifier les cognitions négatives du traumatisme et de leurs significations menaçantes associées [37]. Elles sont recueillies par un entretien attentif et minutieux, en insistant sur les moments de plus grande détresse dans le souvenir traumatique. Ces cognitions négatives sont ensuite modifiées en utilisant un questionnement socratique, dans le but d'identifier une nouvelle cognition qui sera intégrée dans la mémoire du traumatisme et qui permettra de modifier les croyances dysfonctionnelles associées [61]. L'intégration de cette nouvelle information peut se faire en l'ajoutant à un récit écrit produit par le patient ou lors d'une exposition imaginaire. D'autres moyens non verbaux peuvent faciliter l'ancrage des nouvelles informations correctives dans la mémoire du traumatisme. Il s'agit ainsi d'effectuer des actions qui fournissent des informations et des indices sensoriels incompatibles avec le sens initial donné aux moments de grande détresse. Par exemple, le thérapeute peut proposer de marcher si les patients pensent de façon irrationnelle qu'ils sont paralysés [61]. Il est aussi possible d'utiliser des images pour aider le patient à assimiler les changements cognitifs et comprendre que ses pensées sont irrationnelles. Par exemple, des photos peuvent permettre à une patiente qui pense « qu'elle sera défigurée pour toujours » de visualiser la guérison progressive de ses blessures au visage [61].

Le deuxième objectif est de former le patient à la discrimination des déclencheurs de ré-expérimentation des aspects du trauma. Cela implique de les repérer et d'apprendre à discriminer les indices dans un contexte sûr et les indices dans la situation traumatique [37]. Le thérapeute aide le patient à développer un récit cohérent, qui commence avant le début du traumatisme et se termine une fois que le patient se sent en sécurité. Celui-ci doit replacer les péripéties survenues pendant le traumatisme dans leur contexte, dans l'ordre et au passé. Cette élaboration est non seulement importante pour identifier et modifier les cognitions négatives mais elle permet aussi d'inhiber le rappel de souvenirs intrusifs. De plus, la rédaction d'un compte rendu détaillé peut être utile lorsque certains aspects de ce qui s'est passé ne sont pas clairs [61]. Il existe deux autres façons d'élaborer le souvenir du traumatisme :

- Revivre la scène sur un mode imaginaire, ce qui permet de faire intervenir tous les aspects de la mémoire (y compris les émotions et les composantes sensorielles).
- Revenir sur les lieux de l'événement, ce qui peut permettre au patient de réaliser que l'événement appartient au passé et que le lieu est actuellement différent du jour du traumatisme.

La détermination des déclencheurs suit une analyse rigoureuse du lieu et du moment où les reviviscences surviennent. Le lien entre les déclencheurs et le souvenir du traumatisme est ensuite volontairement rompu grâce à un travail de distinction avant/maintenant (« Then » / « Now ») et des expériences comportementales réalisées en lieu sûr [61]. Par exemple, un homme qui avait été impliqué dans un accident de la route la nuit présentait de fréquentes reviviscences de l'accident, avec une forte charge émotionnelle. Un des aspects qui lui paraissait important dans le récit de son souvenir était les « phares de la fourgonnette ». Il a rapidement repéré que les reviviscences étaient souvent déclenchées par des « lumières vives ». Une fois que ce lien était clair pour le patient, celui-ci apprenait à faire la distinction entre la signification des « lumières vives » dans le passé (« Then ») et dans le moment présent (« Now »). Ce point a été ensuite renforcé en provoquant intentionnellement la mémoire du patient avec des lumières brillantes, dans le but de mettre en avant de nouvelles réactions face à ces déclencheurs. L'exposition imaginaire est à différencier de celle décrite dans la thérapie PE : elle représente une proportion plus faible des séances de thérapie (comparé à la PE) et permet l'identification des cognitions négatives et l'élaboration du récit du traumatisme [61].

Le troisième objectif consiste en l'abandon des comportements et processus cognitifs dysfonctionnels. Ces processus, qui permettent à court terme de réduire le sentiment de menace actuelle, ont pour effet de maintenir sur le long terme le TSPT. Ils empêchent l'élaboration du souvenir traumatique (le patient évite d'en parler), empêchent sa réévaluation et augmentent par conséquent les symptômes du TSPT (hypervigilance, précautions excessives, ruminations, etc.). Les conséquences de ces stratégies sont discutées avec le patient puis sont inversées dans le cadre d'une expérience comportementale [61]. Enfin, le patient est encouragé à reprendre ou reconstruire des activités et des contacts sociaux dans le but de maintenir ces changements de façon permanente [37].

Les essais cliniques suggèrent que les interventions basées sur l'exposition sont efficaces chez les personnes avec un trouble psychotique [60]. Cependant la sensibilité au stress associée à ce trouble a suscité des questionnements chez les thérapeutes quant à l'utilisation de cette approche [63]. Certains auteurs ont alors supposé que la CR pouvait être moins stressante que la thérapie d'exposition [62]. Le projet a vu le jour d'élaborer un programme cognitivo-comportemental structuré mettant l'accent sur la CR pour traiter le TSPT chez les personnes ayant ce diagnostic [62,64,65]. Ce projet s'appuie sur l'expérience de l'utilisation de la CR pour le trouble psychotique. Ainsi, la faisabilité de l'utilisation de la CR aux patients avec un trouble psychotique est bien établie [66]. Au milieu des années 2000, Mueser et ses collègues ont mis au point la thérapie « Trauma Recovery Group », conçue pour être dispensée au sein d'un groupe pendant 21 semaines, dans un centre communautaire de santé mentale [62]. Le programme est divisé en sept composantes : introduction et orientation, entraînement respiratoire, psychoéducation sur le TSPT, la CR (qui représente la majorité des séances), établissement d'un plan de rétablissement personnel et fin du programme [62]. Quelques années plus tard, le programme a été adapté pour être administré de manière individuelle, en ambulatoire [64,65]. Les 2 premières séances permettent d'informer le patient sur la thérapie et ses objectifs et d'établir avec lui un plan d'action [64]. Les méthodes et le matériel (documents, feuilles de travail) sont spécialement adaptés pour les personnes avec un trouble psychotique [65]. Trois séances sont consacrées à l'entraînement respiratoire et à la psychoéducation du TSPT. L'entraînement respiratoire permet d'améliorer la capacité à gérer la tension et l'anxiété associées au TSPT. La psychoéducation aide le patient à comprendre la nature et les symptômes en lien avec le traumatisme [64]. Ces séances sont ensuite suivies de 9 à 13 séances consacrées à la CR [65]. Les patients commencent par établir un lien entre les cognitions et les émotions et discutent du rôle que peuvent avoir les expériences de vie (y compris traumatiques) dans le façonnement des pensées et des croyances. Ils apprennent à reconnaître les schémas cognitifs dysfonctionnels les plus fréquents face aux moments de détresse [64]. Le cœur du processus de la CR est enseigné aux patients en passant par cinq étapes [64] :

- Décrire la situation.
- Identifier l'émotion la plus forte.

- Identifier la cognition sous-jacente à l'émotion.
- Remettre en question la cognition par le questionnement socratique, qui consiste à poser des questions afin de stimuler la réflexion, favoriser la discussion et approfondir la compréhension d'un sujet donné [67].
- Agir soit en modifiant la cognition qui n'est pas étayée par des preuves soit en élaborant « un plan d'action » pour faire face à la situation dans laquelle les cognitions négatives sont jugées exactes par le patient [65].

Le patient est d'abord invité à utiliser la CR pour faire face aux émotions pénibles dans un premier temps, puis pour faire face aux cognitions et croyances liées au traumatisme [64]. Des exercices à domicile pour pratiquer les exercices de respiration et les compétences acquises de CR sont définis de manière collaborative à chaque session [65]. La dernière séance sert à clôturer le traitement. Le patient peut expliquer ce qu'est la CR au thérapeute pour s'assurer d'une bonne compréhension et d'une bonne utilisation future [64]. Dans un essai contrôlé randomisé, 108 patients avec une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif ont été répartis aléatoirement entre la TCC (axée sur la CR) et le traitement habituel. Les résultats montraient des effets significatifs sur la réduction des symptômes de TSPT et les cognitions négatives liées au traumatisme dans le groupe thérapie. La TCC était également plus efficace que le traitement habituel pour diminuer l'intensité des symptômes psychotiques et anxiodépressifs, et pour améliorer la qualité de vie des patients [64].

4.4 Autres psychothérapies

4.4.1 Cognitive Recovery Intervention (CRI)

L'expérience d'un trouble psychotique et le contact avec le système de santé peuvent être un événement traumatisant pour de nombreuses personnes [41,45]. Jackson et Iqbal, deux professeurs de psychologie, se sont intéressés au vécu traumatique d'un premier épisode psychotique. Ils ont constaté qu'une minorité des individus ayant vécu un premier épisode psychotique pouvait s'adapter naturellement à l'impact psychologique d'un tel événement, ce qui ne sera pas le cas pour d'autres, qui développeront un certain nombre de dysfonctionnements psychologiques dont le développement d'un TSPT [68]. Ils ont ainsi mis au point une thérapie cognitive inspirée de la TCC pour aider ces patients à s'adapter psychologiquement et à se rétablir après un premier épisode psychotique. Il s'agit de la CRI

(« Cognitive Recovery Intervention », Intervention de Rétablissement basée sur la Thérapie Cognitive) [68]. Cette thérapie s'appuie sur des travaux théoriques portant sur les trajectoires de dysfonctionnement émotionnel dans le cadre d'un premier épisode psychotique. Ces trajectoires englobent les réactions psychologiques au vécu de l'épisode psychotique (sentiments de honte, de colère liés à l'expérience des symptômes psychotiques et au statut de patient), l'évaluation de la menace faisant souvent suite à des idées de persécution et entraînant un isolement social, ainsi que les perturbations du développement en lien avec des traumatismes vécus pendant l'enfance (négligence, trouble de l'attachement) [69]. La thérapie est élaborée pour mettre l'accent sur les schémas cognitifs dysfonctionnels sur soi et sur les autres qui découlent de ces trajectoires de dysfonctionnement émotionnel.

Cette thérapie est basée sur un protocole structuré et a été conçue pour être dispensée de façon hebdomadaire avec un maximum de 26 sessions [68]. Un plan de rétablissement individuel est d'abord réalisé à l'aide du thérapeute. La thérapie CRI comporte ensuite trois éléments clés [68] :

- L'engagement et la formulation des objectifs à l'aide du thérapeute.
- Le traitement du traumatisme lié à l'expérience psychotique (vécu des symptômes, des modalités d'hospitalisation, des relations interpersonnelles avec les patients et/ou les soignants) par les techniques de thérapie cognitive (questionnement socratique, identification et ciblage des croyances et des comportements, développement de croyances alternatives et renforcement par le changement de comportement).
- La modification des évaluations du trouble psychotique (cognitions centrées sur la honte, sur le sentiment de menace, le renfermement sur soi) également par des techniques cognitives.

En 2009, un essai contrôlé randomisé a été réalisé chez 66 individus ayant vécu un premier épisode psychotique qui ont bénéficié de séances de CRI. Les résultats montraient que les sujets du groupe CRI présentaient moins de symptômes de TSPT à l'évaluation de fin de traitement que les sujets du groupe témoin (sous traitement habituel) [68].

4.4.2 Communication écrite des émotions

La communication écrite des émotions (« written emotional disclosure »), nommée aussi divulgation émotionnelle écrite, conçue par Pennebaker, est une intervention psychothérapeutique qui encourage l'expression des pensées et des émotions liées au traumatisme et qui intègre des éléments de traitement émotionnel, d'exposition et de restructuration cognitive [70,71]. Cette thérapie s'appuie sur trois théories :

- La théorie de l'inhibition émotionnelle repose sur l'hypothèse que l'inhibition des émotions peut conduire à une détresse psychologique et un stress accru sur le système immunitaire, ce qui entraîne des problèmes de santé [72]. Pennebaker spécule que la divulgation écrite des émotions antérieurement inhibées conduit à la réduction du stress et une amélioration de la santé physique et psychique [70,73].
- La théorie d'adaptation cognitive rejoint la notion que le traitement traumatique nécessite de modifier des schémas existants dysfonctionnels. Pennebaker suggère que le fait d'écrire au sujet de l'événement traumatique peut permettre au patient de fournir une structure, une organisation et une cohésion du souvenir traumatique. De tels changements peuvent, à leur tour, favoriser l'assimilation cognitive des souvenirs traumatiques [73].
- La théorie du traitement émotionnel, par Foa et Kozak [52], traite des changements cognitifs qui influencent la réduction de la peur observée au moment de l'exposition aux stimuli redoutés. La communication écrite permet une exposition répétée à ces stimuli et l'extinction à terme des associations émotionnelles négatives entre les stimuli et les réponses comportementales associées [72].

La communication écrite des émotions est composée de trois séances d'écriture de 20 minutes sur trois jours consécutifs. Il est demandé aux patients d'écrire sur l'expérience la plus traumatisante et bouleversante de leur vie en explorant leurs émotions et leurs pensées les plus profondes. Les patients sont libres d'écrire sur la même expérience traumatique durant les trois jours ou d'écrire sur différentes expériences à chaque session. Pendant ces 20 minutes, le patient doit écrire continuellement sans se soucier de la grammaire, de l'orthographe ou de la structure des phrases [70,72]. Bien qu'il existe des éléments similaires

aux techniques d'exposition prolongée, la communication écrite des émotions permet au patient d'aborder plusieurs événements sur les trois jours de sessions. De plus, l'exposition aux souvenirs dans la communication écrite des émotions est brève (20 minutes) et entièrement contrôlée par le patient [71].

Certains auteurs ont proposé l'application de cette technique psychothérapeutique chez les personnes avec un trouble psychotique pour permettre le traitement émotionnel de leurs souvenirs traumatiques liés au vécu du trouble, étant donné le dysfonctionnement émotionnel fréquent chez ces personnes [69,71]. Plusieurs avantages sont mis en avant concernant la divulgation écrite des émotions pour réduire les symptômes traumatiques liés au vécu du trouble psychotique [71]. Tout d'abord, la divulgation écrite vise à faciliter le traitement des pensées et des émotions qui ont été précédemment inhibées ou évitées [70]. Deuxièmement, la divulgation écrite semble être particulièrement bénéfique pour les événements traumatiques qui sont considérés comme tabous ou stigmatisants, comme le vécu d'une expérience psychotique. Enfin, une divulgation écrite efficace implique l'exposition à des cognitions et émotions négatives liées au traumatisme. Cette divulgation est un élément crucial des interventions établies pour réduire les symptômes traumatiques [52,72] et a montré des effets positifs dans la réduction des symptômes traumatiques liés au vécu d'un épisode psychotique [71]. Dans un essai contrôlé randomisé, 22 patients qui ont vécu un premier épisode psychotique ont été répartis aléatoirement dans le groupe de communication écrite des émotions ou dans le groupe de communication écrite non émotionnelle [71]. Les auteurs avaient demandé aux participants affectés à la condition de divulgation écrite des émotions d'écrire sur les aspects les plus stressants et les plus bouleversants des expériences en lien avec leur trouble et le traitement, selon le protocole de Pennebaker [70]. Les résultats montraient une réduction de la sévérité des symptômes traumatiques liés à l'expérience de l'épisode psychotique par rapport au groupe qui écrivait sur des sujets sans implication émotionnelle (par exemple : les activités de la journée, les projets pour la semaine, etc.) [71].

4.4.3 Imagery Rescripting (ImRs)

L'ImRs (« Imagery Rescripting », Rescénarisation d'images) est une technique visant à réévaluer et modifier les cognitions et les émotions attachées à un souvenir traumatique en amenant la personne à imaginer le début du souvenir puis à réécrire de façon imaginaire une

nouvelle fin plus sûre avec l'aide du thérapeute [74]. Cette technique psychothérapeutique s'appuie sur la théorie de l'apprentissage [75]. Selon cette théorie, le fait d'aborder et de réévaluer la représentation des expériences traumatiques conduit au remodelage des représentations schématiques de soi et des autres. De nouvelles significations sont formées ensuite pour conduire à de nouveaux schémas et à une réduction de l'impact des anciens schémas dysfonctionnels [75].

Il s'agit d'une thérapie administrée de façon individuelle sur une dizaine de séances d'une durée de 90 minutes. Le nombre de séances peut varier selon le nombre d'événements traumatiques et la gravité du TSPT [74]. La première séance est réservée à la psychoéducation et à la préparation du patient. Le patient et le thérapeute déterminent ensemble quels événements traumatiques traiter et dans quel ordre. Les cognitions et les émotions associées aux souvenirs sont également explorées à l'aide du thérapeute [74]. La thérapie active est composée de 8 séances (un rescrit par séance) et se base sur un protocole en trois phases inspiré du protocole de Smucker de 1995 [75].

Dans la première phase, un entretien anamnestique est réalisé pour identifier et préciser un souvenir traumatique à l'origine de schémas dysfonctionnels intégrés chez le patient. Le thérapeute laisse ensuite le patient imaginer son souvenir en fermant les yeux. Il est encouragé à raconter ce qui se passe et ce qu'il vit au présent. Une fois que le souvenir identifié a efficacement activé le patient sur le plan émotionnel, la deuxième phase peut commencer [75].

Dans la deuxième phase, le patient, avec les yeux toujours fermés, est invité à regarder la scène imaginée en tant qu'adulte spectateur. Le thérapeute pose des questions sur ce qu'il voit, ressent, pense et qu'est-ce qu'il est enclin à faire dans le but d'aider le patient à s'ancrer dans le souvenir. En laissant ainsi le patient à se concentrer sur ce qu'il ressent et pense, le thérapeute l'aide aussi à développer de nouvelles cognitions et croyances à propos de l'événement traumatique. Dans la scène imaginée, le patient prend action et peut s'adresser aux personnes présentes dans son souvenir et/ou intervenir. Les actions correctives et les nouveaux points de vue sont discutés. Si le patient n'est pas satisfait de ses actions, il peut en essayer d'autres lors d'une autre séance jusqu'à ce qu'il soit satisfait (par exemple : un patient peut initialement vouloir blesser un proche violent, après réflexion, il préférera le menacer de poursuites judiciaires s'il ne met pas fin à ses abus) [75]. Les

patients peuvent consolider les nouvelles informations et les significations que la personne a données au souvenir traumatique, en écoutant les enregistrements des sessions [76].

Arntz et Weertman rajoutent une troisième phase dans le protocole initial [75]. Dans cette phase, le patient est invité à prendre sa position de victime (par exemple l'enfant victime de maltraitance) et subir ses actions imaginées en phase 2 (l'enfant voit agir « sa version adulte » pendant le souvenir traumatique). A la fin, le thérapeute et le patient débriefent sur les pensées et les émotions ressenties lors de l'intervention. Le patient peut continuer d'explorer ses attentes en tant que victime, jusqu'à ce qu'il soit satisfait du dénouement de la scène imaginée [75]. La dernière séance sert de conclusion et comprend un feedback de la thérapie et une discussion sur la prévention des rechutes et les objectifs futurs [74].

Des variantes du protocole basique existent : le patient peut avoir recours à d'autres personnes et/ou des outils qui peuvent l'aider pendant la « réécriture » de son traumatisme. Le thérapeute peut également l'assister voire intervenir dans son souvenir, avec son consentement [75]. Cet ajustement peut se faire chez les patients avec un trouble psychotique. En effet l'ImRs paraît être une thérapie plus adaptée pour cette population qui peut présenter des difficultés d'engagement dans des procédures d'exposition classiques car éprouvent des niveaux élevés de honte, de colère et de culpabilité en lien avec leur trouble [69,75,76]. De plus, le protocole ImRs nécessite moins de séances pour travailler sur un traumatisme spécifique par rapport à une exposition prolongée [74]. Une autre hypothèse stipule que l'ImRs peut réduire indirectement le niveau de détresse associé aux voix [76]. Ainsi, des liens thématiques et émotionnels entre les voix entendues et les souvenirs traumatiques sont identifiés et explorés à l'aide du thérapeute. Dès que la clarté du lien est établie, ce sont ces souvenirs qui sont réécrits selon le protocole décrit ci-dessus, avec intervention du thérapeute [74].

5. Méthode de la recherche bibliographique

Pour la rédaction de cette revue de la littérature, une recherche a été réalisée sur la base de données PubMed dans le but de regrouper toutes les études parues jusqu'en mars 2023 portant sur l'impact pronostique des psychothérapies centrées sur le trauma chez les personnes atteintes de schizophrénie. Les mots clés suivants ont été utilisés : « post

traumatic stress disorder » ; « PTSD » ; « psychotrauma* » ; « trauma* » ; « psychological treatment » ; « psychotherap* » ; « trauma focused treatment » ; « psychological therapy » ; « EMDR » ; « acceptance and commitment therapy » ; « cognitive behavioural therapy » ; « prolonged exposure therapy » ; « schizophr » ; « psychotic disorder » ; « psychosis » ; « prognosis » ; « outcome » ; « remission » ; « symptom severity ». Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Les troubles psychiatriques inclus sont la schizophrénie et le trouble schizo-affectif.
- La population cible est adulte.
- Les interventions sont exclusivement des traitements psychothérapeutiques.
- Les études doivent traiter explicitement du trauma ou psychotrauma ou du TSPT.
- Les articles doivent comporter une évaluation quantitative du pronostic.

Tout type d'étude était accepté : étude ouverte, étude rétrospective, essai contrôlé randomisé, etc. Les résultats de l'équation de recherche ont permis d'identifier 140 articles. Vingt-neuf articles ont été sélectionnés après lecture des titres et des abstracts. Après lecture intégrale du texte des références sélectionnées, 18 publications ont été incluses dans cette revue dont deux revues de la littérature et trois méta-analyses. Cinq des 18 publications étaient incluses dans les revues ou les méta-analyses, elles ont donc été abordées dans ce contexte (cf Tableau 1). Les références pertinentes citées dans les articles sélectionnés ont également été étudiées.

6. Revue de la littérature

6.1 Données issues des revues de la littérature et méta-analyses

Deux revues systématiques de la littérature et trois méta-analyses, publiées entre 2017 et 2021, se sont intéressées à l'impact des psychothérapies centrées sur le trauma chez des personnes ayant un diagnostic de trouble psychotique.

Une revue systématique de la littérature réalisée par Valiente-Gomez et ses collaborateurs [77] avait pour but d'évaluer si l'application de la thérapie de l'EMDR pouvait s'étendre au traitement d'autres troubles comorbides du TSPT. Ainsi ils ont souhaité

synthétiser les résultats issus d'essais contrôlés randomisés traitant de l'effet de l'EMDR sur des personnes atteints de troubles psychiatriques dont le trouble psychotique. Suite à ses recherches sur PubMed, ScienceDirect et Scopus utilisant les mots clés "EMDR," "schizophrenia," "psychotic disorder," "bipolar disorder," "depression," "anxiety disorder," "alcohol dependence," "addiction," et "chronic pain", l'auteure retient 5 études publiées entre 2010 et 2016, avec un total de plus de 300 participants. Il s'agit de deux essais pilotes [42,78] un essai contrôlé randomisé [60] avec deux sous analyses provenant de cet essai et ayant des objectifs différents de celui-ci [79,80]. Ces études sont décrites dans le Tableau 1. L'ensemble des patients avaient un diagnostic de trouble psychotique avec un TSPT comorbide. La majorité des patients étaient pris en charge en ambulatoire. Seule une étude portait sur des patients hospitalisés en phase aiguë [78]. Les patients étaient répartis entre un protocole en 8 phases d'EMDR ou de PE et la liste d'attente. Tous les groupes de patients recevaient leur traitement habituel qui inclut le traitement pharmacologique, de la psychothérapie de soutien individuelle et des activités de groupe. Les critères de jugement étudiés dans les articles retenus étaient la sévérité des symptômes du psychotrauma, évalués par l'échelle CAPS (Clinician Adminstrated PTSD Scale) ou PTCI (Post-Traumatic Cognitions Inventory) ou l'échelle d'auto-évaluation PSS-SR et la sévérité des symptômes psychotiques, évalués par l'échelle PANSS (Positive And Negative Symptom Scale), ou la PSYRATS (Psychotic Symptoms Rating Scale) ou la GPTS (Green Paranoid Thoughts Scale). On pouvait également trouver des données sur les symptômes de dépression ou d'anxiété dans certaines études, évalués par les échelles HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale) et HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale). Les auteurs de cette revue retrouvent une absence de différence significative entre les groupes de psychothérapies sur la sévérité des symptômes psychotiques évalués avec les scores totaux de la PANSS. Cependant, ils retrouvent un avantage de l'EMDR sur les symptômes négatifs (taille de l'effet pour le changement des scores PANSS : EMDR 0,60 ; PR 0,39 ; Traitement habituel 0,21) [78]. Ils constatent aussi un avantage des thérapies EMDR et PE sur les idées de persécution évaluée par la GPTS (PE $t = -2,86$, $p = 0,005$; EMDR $t = -2,68$, $p = 0,008$) [79]. L'effet des psychothérapies EMDR et PE sur les symptômes de psychotrauma chez les personnes ayant un trouble psychotique reste supérieur par rapport à la liste d'attente : ils observent une diminution des symptômes de TSPT pendant le traitement ($r = 0,64$; $p < 0,001$) et en post traitement ($r = 0,73$; $p < 0,001$) [42]. Il existe un maintien de cet effet à 3 mois de la fin du traitement. Il n'y avait pas de

différence significative entre les deux thérapies, toutes les deux permettaient une réduction des symptômes de TPST (PE 0,78, $t = -3,84$, $p = 0,001$ et EMDR 0,65, $t = -3,26$, $p = 0,001$) [60]. La présence de symptômes de dissociation ne modifie pas l'effet des psychothérapies sur les symptômes traumatiques : en effet, les scores CAPS ne diffèrent pas après le traitement ($t = -1,34$, $p = 1,85$), par rapport aux patients ne présentant pas de sous-type dissociatif de TSPT [80]. Enfin, il est noté que les thérapies sont associées de façon significative à moins d'effets indésirables. Les auteurs concluent donc sur des effets prometteurs des psychothérapies par rapport à un traitement habituel pour les personnes ayant un trouble psychotique, contrairement aux représentations de nombreux thérapeutes qui considèrent que le traitement des événements traumatiques pourrait détériorer l'état psychopathologique de ces patients, alors souvent exclus des études.

En 2017, l'équipe australienne de Brand [19] décide de réaliser une méta-analyse dans le but de déterminer si les psychothérapies centrées sur le trauma ont un effet sur les symptômes du trouble psychotique. Ainsi, douze études (comprenant 8 essais contrôlés randomisés et 4 essais ouverts) publiées entre 2006 et 2016, ont été trouvées dans les bases de recherches telles que PubMed, PsylInfo, EMBase, CINAHL, la librairie Cochrane et le registre des essais cliniques de l'OMS et incluses dans la méta-analyse, avec un total de 520 participants. Ces études sont présentées dans le Tableau 1. Les patients avaient un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif, avec un TSPT comorbide. Deux études portaient sur des patients qui ont vécu un premier épisode psychotique [68,71]. Une étude portait sur des patients hospitalisés [78]. Les interventions psychothérapeutiques étaient l'EMDR, la PE, la TCC, la CRI, la CR ou la communication écrite des émotions. Le comparateur principal était le traitement habituel. Certaines études de cette revue mentionnaient d'autres comparateurs : la PR (Relaxation Progressive) ou la communication écrite sur des sujets « non émotionnels ». Les échelles PANSS et BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) étaient utilisées pour évaluer la sévérité des symptômes psychotiques qui était un des critères de jugement de cette revue. Les autres critères de jugement étaient la sévérité des symptômes du psychotrauma, évaluée par les échelles CAPS ou PTCI ou des échelles d'auto-évaluation telles que la PSS-SR ou la PCL (PTSD CheckList). Certaines études comptaient la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux parmi leurs critères de jugement. Les échelles utilisées pour l'évaluer étaient la HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), la BDI (Beck

Depression Inventory), la CDS (Calgary Depression Scale), la HAM-D et la HAM-A. Dans cette méta-analyse, il est montré des effets significatifs sur la sévérité des symptômes psychotiques positifs ($g = 0,44$; $p < 0,000$) [41,42,60,64,65,78,81] et les idées délirantes ($g = 0,36$; $p < 0,001$) [41,42,60,81] après traitement par psychothérapie mais l'effet est qualifié de faible. Il n'y a cependant pas d'effet sur les hallucinations seules ($g = 0,23$; $p < 0,059$) [41,42,60,81] et les symptômes psychotiques négatifs ($g = 0,28$; $p < 0,283$) [64,65,78,81]. Seuls les effets sur les symptômes positifs ($g = 0,53$; $p < 0,001$) [42,60,64,65,78,81], les idées délirantes ($g = 0,53$; $p < 0,000$) [42,60,81] et les hallucinations ($g = 0,24$; $p < 0,003$) [42,60,81] se maintenaient dans le temps et restaient significatifs. Dans les analyses comparant les groupes de traitement entre eux, réalisées seulement sur les 8 essais contrôlés randomisés, il est observé des effets significatifs sur les symptômes psychotiques positifs ($g = 0,31$; $p < 0,014$) mais non maintenus avec le temps ($g = 0,18$; $p < 0,148$) [60,64,65,78,81]. En considérant les idées délirantes et les hallucinations séparément, les résultats ne sont significatifs que pour les idées délirantes au moment du suivi ($g = 0,38$; $p < 0,008$) [60,81]. Des effets significatifs ont été retrouvés après traitement psychothérapeutique sur les symptômes de psychotrauma ($g = 0,62$; $p < 0,000$) [41,42,59,60,62,64,68,81,82], qui se maintenaient dans le temps ($g = 0,68$; $p < 0,002$) [42,59,60,62,64,68,71,81,82]. Cependant, dans les analyses comparant les groupes de traitement entre eux, les effets ne sont significatifs que lors du suivi ($g = 0,31$; $p < 0,049$) [60,64,68,71,81]. Cette méta-analyse retrouvait également des effets significatifs mais modérés sur les symptômes de dépression ($g = 0,46$; $p < 0,000$) [41,59,60,62,64,65,68,78,81] et d'anxiété ($g = 0,36$; $p < 0,000$) [41,59,64,65,78,81] après un traitement psychothérapeutique. Des analyses ont été réalisées dans le but de cerner des modérateurs potentiels : Brand et son équipe expliquent que les thérapies basées sur l'exposition (comme l'EMDR, PE ou la communication écrite des émotions) montraient des effets plus larges et significatifs sur les symptômes de TSPT quand les thérapies sont comparées à celles ne faisant pas intervenir une exposition (effet post traitement $Q1 = 7,639$, $p = 0,006$, effet lors du suivi $Q1 = 5,619$, $p = 0,018$). Les effets étaient aussi importants et significatifs sur les hallucinations après un traitement psychothérapeutique basé sur l'exposition (effet post traitement $Q1 = 4,262$, $p = 0,039$) et les symptômes négatifs au moment du suivi (effet lors du suivi $Q1 = 11,036$, $p = 0,001$). La durée du traitement est aussi un modérateur potentiel, notamment sur les symptômes du psychotrauma (effet post traitement $Q2 = -0,146$, $p =$

0,002) et les symptômes psychotiques positifs et négatifs au moment du suivi (respectivement $Q2 = -0,088$, $p = 0,02$, $Q2 = -0,101$, $p = 0,02$). Il en est de même avec le risque de biais, qui fait partie des limites de cette méta-analyse, et qui joue sur les résultats concernant les symptômes négatifs au moment du suivi ($Q3 = 11,036$, $p = 0,001$). Les auteurs concluent sur les effets positifs des psychothérapies centrées sur le trauma sur les symptômes psychotiques productifs.

En 2017, Sin et al. [15], une équipe anglaise, mène une méta-analyse dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité des interventions psychothérapeutiques pour les symptômes de TSPT résultant d'un traumatisme vécu chez les personnes ayant un trouble psychique sévère. Les recherches se sont effectuées sur le registre des essais du « Cochrane Schizophrenia Group » et ont mené à l'inclusion de 4 essais contrôlés randomisés [60,64,65,83], publiés entre 2008 et 2015, qui ont étudié les interventions psychothérapeutiques centrées sur le trauma chez les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique grave et de TSPT associé. Le détail des études incluses est indiqué dans le Tableau 1. Ils définissent un trouble psychiatrique grave comme un trouble psychotique non organique, sous un traitement dont la durée est de deux ans ou plus et une certaine incapacité entraînant des déficiences dans le fonctionnement social et professionnel. La méta-analyse a porté sur un total de 300 patients, pris en charge en ambulatoire. Les interventions psychothérapeutiques étudiées sont la TCC-TF et l'EMDR. Ici, la thérapie d'exposition était incluse dans la TCC-TF. Elles étaient comparées au traitement habituel ou à la liste d'attente comprenant une coordination des soins, un suivi et la gestion médicamenteuse. On peut également retrouver comme comparateur un court programme de psychoéducation sur le TSPT [65]. Les critères de jugement primaire sont la sévérité du TSPT évaluée par la CAPS ou la PTCL ou l'échelle d'auto-évaluation IES (Impact of Events Scale). La qualité de vie fait également partie des critères de jugement principaux, étudiée grâce à des scores tels que le QLS (Quality of Life Scale) ou le GAF (Global Assessment of Function Scale). Les critères de jugement secondaire étaient la sévérité des symptômes psychotiques évaluée par le PANSS, le PSYRATS ou encore la BPRS, les symptômes de dépression (BDI) et d'anxiété (BAI ou Beck Anxiety Inventory). Ont aussi été collectées des données concernant les effets indésirables, les perdus de vue et l'acceptabilité des traitements. Les résultats de cette méta-analyse se présentent en quatre parties correspondant à quatre comparaisons. La première comparaison est réalisée entre la TCC-TF

et le traitement habituel/liste d'attente. Celle-ci apparaît dans trois des quatre études incluses [60,64,83]. Les auteurs constatent qu'il n'y a pas de différence significative entre la TCC-TF et les soins habituels dans la réduction des symptômes du TSPT (différence de moyenne MD (score CAPS) = 13,15 IC95% [- 4,09 ; 30,39]) [64]. En termes de qualité de vie, le score moyen du QLS à moyen terme était inférieur de 0,60 dans les groupes d'intervention (MD = - 0,60 IC95% [-4,47 ; 3,27]) [83]. Concernant les symptômes psychotiques, les auteurs observaient une diminution non significative du score BPRS chez les personnes qui suivaient la psychothérapie (MD (score BPRS) = - 6,93 IC95% [- 34,17 ; 20,31]) [64]. Il est également constaté que les patients étaient plus anxieux et présentaient plus de symptômes dépressifs à moyen terme dans les groupes de psychothérapie par TCC-TF (MD (BAI) = 12,57 IC95% [- 5,54 ; 30,68] et MD (BDI II) = 3,26 IC95% [- 3,66 ; 10,18]) [64,83]. Enfin dans cette comparaison, la TCC-TF était associée de façon non significative à moins d'effets indésirables (RR = 0,44 [0,09 ; 2,31]) [60]. Une seconde comparaison était étudiée entre l'EMDR et la liste d'attente évoquée dans une seule étude sur les quatre [60]. Les auteurs retrouvaient que la sévérité des symptômes de TSPT à moyen terme, évaluée par la CAPS, était inférieure dans le groupe EMDR (MD (score CAPS) = - 12,31 IC95% [- 22,72 ; - 1,9]) et que l'EMDR n'était pas associée de façon significative à plus d'effet indésirable (RR = 0,21 IC95% [0,02 ; 1,85]). Dans la troisième partie des résultats, les auteurs ont comparé l'effet de la TCC-TF à l'EMDR [60]. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les effets de TCC-TF et l'EMDR à moyen terme sur les symptômes de TSPT (MD (score CAPS) = - 1,69 IC95% [- 12,61 ; 9,23]). Aucune autre donnée n'était disponible pour les autres critères de jugement. Une quatrième et dernière comparaison a été étudiée entre la TCC-TF et la psychoéducation du TSPT, évoquée par une seule des études incluses dans cette méta-analyse [65]. Aucune preuve n'a été apportée quant à la supériorité de l'une ou l'autre des thérapies dans le traitement des symptômes de psychotrauma à moyen terme (MD (score CAPS) = 0,23 IC95% [- 14,66 ; 15,12]) ni en termes de qualité de vie (MD = 0,11 IC95% [- 0,74 ; 0,96]). Il n'y avait pas de donnée disponible pour les autres critères de jugement. En conclusion de cette méta-analyse, les auteurs rapportent un faible nombre de résultats significatifs et peu concluants concernant l'efficacité de la TCC-TF sur les symptômes de TSPT, la qualité de vie, les symptômes psychotiques et anxio-dépressifs. Ils retrouvent des résultats significatifs, limités, d'une efficacité de l'EMDR sur les symptômes de psychotrauma par rapport à un traitement habituel ou une liste d'attente. Ils ne trouvent pas de supériorité d'une des thérapies

étudiées par rapport à une autre, principalement sur les symptômes de TSPT. Toutefois, les groupes de psychothérapies seraient associées à moins d'effets indésirables par rapport aux soins habituels.

En 2020, un groupe britannique, Adams et al. [20], rédige une revue de la littérature dont le but était d'évaluer la sécurité, l'efficacité et l'acceptabilité de l'EMDR en tant que traitement chez les personnes ayant un trouble psychotique. Les auteurs ont effectué leurs recherches sur Cochrane, EMBase, MedLine et PsylInfo en utilisant les mots "EMDR," "psychosis," "trauma," "systematic review," "psychological intervention". Ils procèdent ainsi à l'inclusion de 6 études publiées entre 2008 et 2017 : il s'agit d'un essai contrôlé randomisé [79], de deux séries de cas [84,85], un rapport de cas [49] et deux études pilotes [41,78]. On comptait un total de 236 patients inclus dans cette revue avec comme diagnostic principal une schizophrénie associée à un TSPT comorbide. Dans le rapport de cas [49], le patient avait un diagnostic de trouble de la personnalité schizotypique et un diagnostic de TSPT associé. Dans une des séries de cas [84], les patients présentaient un trouble délirant de type somatique selon les critères du DSM-IV. Une seule étude portait sur des patients hospitalisés en phase aiguë de leur trouble [78]. L'ensemble de ces études incluses sont détaillées dans le Tableau 1. L'intervention psychothérapeutique étudiée était un protocole EMDR en 8 phases. Dans le rapport de cas, des séances de TCC étaient rajoutées au protocole EMDR [49]. Dans les essais contrôlés randomisés, les comparateurs étaient le traitement habituel ou la liste d'attente ou la PE ou la Relaxation Progressive. Le critère de jugement principal était la sévérité des symptômes psychotiques évaluée par des échelles telles que la PANSS ou la PSYRATS ou des échelles plus spécifiques à certains types de symptômes psychotiques comme la GPTS pour les idées de persécution, l'AHRS (Auditory Hallucination Rating Scale) pour les hallucinations auditives et la DRS (Delusional Rating Scale) pour les idées délirantes. Dans les séries de cas, ce critère de jugement reposait sur l'évaluation clinique [84,85]. Les auteurs de cette revue ont présenté les résultats en deux parties : une provenant des essais cliniques (essai contrôlé randomisé et essais pilotes) et la deuxième provenant des séries et rapport de cas. Les trois essais cliniques ont trouvé une association entre l'EMDR et une diminution des symptômes psychotiques [41,78,79]. En revanche, l'EMDR ne s'est pas avérée supérieure par rapport à la PE ou aux soins habituels, notamment lors du suivi à 3 mois (taille de l'effet pour le changement des scores PANSS : EMDR 0,82 ; PR 0,66 ; Traitement habituel

0,63) [78]. Concernant les idées de persécution et les hallucinations auditives, les résultats étaient contradictoires dans deux études. L'une d'entre elles décrivait une réduction significative des idées délirantes de persécution dans le groupe de psychothérapie (score moyen GPTS post traitement : EMDR 68 [60,6 – 75,5] PE 67,3 [60,1 – 74,5] Liste d'attente 82,7 [74,9 – 90,6]) et une réduction moindre et non significative des hallucinations après traitement psychothérapeutique (score moyen AHRS post traitement : EMDR 16,8 [11,2 – 22,3] PR 18,8 [13,2 – 24,4] Liste d'attente 24,2 [17,8 – 30,6]) [79]. L'autre étude montrait au contraire l'absence d'effet significatif de l'intervention psychologique sur les idées de persécution avec une moyenne du score GPTS de 73,04 versus 67,92 à la fin du traitement et une amélioration statistiquement significative sur les hallucinations auditives avec le traitement (score AHRS qui diminue de 2,17 points, $p < 0,05$) [41]. Dans les résultats des séries et rapport de cas, les auteurs ont constaté que les patients présentaient majoritairement une résolution complète de leurs symptômes psychotiques après traitement EMDR [84], avec une diminution significative du score PANSS (de 64 à 46) [49]. Cependant, deux rechutes du trouble psychotique ont été comptabilisées : une après 5 ans et une autre après 3 ans dans un contexte de rupture thérapeutique [85]. L'ensemble des séries et rapport de cas montraient une amélioration des symptômes de TSPT, se maintenant avec le temps. Enfin, l'EMDR a été associée à d'autres avantages telle que la réduction des psychotropes, une amélioration sur le plan du fonctionnement général et social et une réduction de l'utilisation des services psychiatriques. Les auteurs concluent sur la sûreté et les bénéfices de l'EMDR chez les personnes atteintes de trouble psychotique et qui ont été exposées à un traumatisme. Les séries et rapport de cas ont permis d'avoir un aperçu intéressant des impacts plus larges de l'EMDR sur la vie d'un patient, notamment sur le fonctionnement général et social.

En 2021, une méta-analyse est réalisée par Grubaugh et al. [6], une équipe nord-américaine, dont l'objectif est d'évaluer l'efficacité des traitements psychothérapeutiques du TSPT chez les personnes ayant un trouble psychiatrique grave comorbide. Les auteurs ont cherché sur les bases de recherche PubMed, MedLine, PsycInfo, CINAHL et la librairie Cochrane et ont pu inclure 14 études publiées entre 1998 et 2020 dont 10 études publiées entre 2007 et 2017 qui impliquaient de façon plus précise plus de 600 patients ayant un diagnostic de TSPT et un trouble psychotique associé, pris en charge en ambulatoire.

Concernant le design des études, les auteurs ont retenu 6 essais contrôlés randomisés [42,60,64,65,79,81] et 4 essais ouverts [41,59,62,82]. Le détail de ces études est disponible dans le Tableau 1. Les interventions psychothérapeutiques évoquées étaient la TCC, l'EMDR et la PE. Dans les essais contrôlés randomisés, les comparateurs consistaient en des soins habituels ou à la liste d'attente. On pouvait aussi retrouver un court programme de psychoéducation du TSPT comme comparateur dans un des essais contrôlés randomisés [65]. Les auteurs ont considéré la psychoéducation comme une condition de traitement et non comme une condition témoin, d'autant plus qu'il s'agit d'une intervention active ciblant les symptômes de TSPT. Les critères de jugement étaient constitués de la symptomatologie du TSPT évaluée par les échelles CAPS, PTCI, PSS-SR ou PCL, et la symptomatologie psychotique étudiée grâce aux échelles PANSS, PSYRATS, BPRS ou encore des échelles plus spécifiques telles que la GPTS, AHRS ou DRS. Un des essais randomisés était une sous analyse d'une autre étude incluse : l'une a présenté des résultats concernant les symptômes de TSPT [60] et l'autre les symptômes psychotiques [79]. Trois autres études n'ont pas rapporté de données quantitatives concernant les symptômes psychotiques [59,62,82]. Les auteurs ont trouvé que les traitements psychothérapeutiques avaient un effet bénéfique sur les symptômes de TSPT chez les personnes ayant un trouble psychotique (réduction moyenne des symptômes $g = -1,009$ [- 1,269 ; - 0,750], $p < 0,001$), avec des résultats comparables entre les différentes échelles. En comparant les interventions entre elles, les auteurs ont montré que l'effet de la PE sur la réduction des symptômes de psychotrauma était significativement plus important que celui de la TCC (g (PE) = - 1,464 $p < 0,001$ versus g (TCC) = - 0,807 $p < 0,001$; test de comparaison $P = 0,036$ $p < 0,05$). L'EMDR montrait également un effet plus important par rapport à la TCC mais de manière non significative (g (EMDR) = - 1,351 $p < 0,001$ versus g (TCC) = - 0,807 $p < 0,001$; $P = 0,082$ $p > 0,05$). Il était aussi constaté que les traitements faisant intervenir une exposition étaient associés à des réductions plus importantes des symptômes de TSPT (g (PE, EMDR) = - 1,318 ; g (TCC, psychoéducation) = - 0,842 ; $p < 0,038$). Concernant les symptômes psychotiques, les traitements ont montré un effet faible mais significatif sur la symptomatologie psychotique ($g = - 0,290$, $p < 0,006$). Il n'y a pas eu de comparaison des traitements entre eux du fait d'un petit nombre de résultats. De plus il existait une hétérogénéité significative des résultats. Les recherches de modérateurs n'étaient pas productives ni significatives. Les auteurs concluent à un bénéfice des interventions psychothérapeutiques, surtout celles faisant intervenir une exposition, sur les

symptômes de TSPT chez les patients atteints de trouble psychotique. Ces mêmes traitements ont aussi un impact positif sur les symptômes psychotiques. Ils permettent ainsi de réduire la charge de la maladie et le recours aux traitements pharmacologiques.

Tableau 1 : Etudes incluses dans les revues systématiques et méta analyses présentées

Référence	Revue ou méta-analyse	Type d'étude et Lieu d'étude	Population incluse	Critères d'évaluation du TSPT	Intervention et comparateur	Méthode d'évaluation impact intervention	Résultats
Bernard et al, 2006 [71]	Brand et al, 2017 [19]	Essai contrôlé randomisé Royaume-Uni Service communautaire d'intervention précoce en matière de psychose	Patients ambulatoires Premier épisode psychotique selon ICD-10 N = 23	Non mentionné	Communication écrite des émotions Comparé à un écrit ne faisant pas intervenir les émotions	Impact des événements : IES Symptômes dépressifs et anxieux : HADS + conscience du trouble	Réduction de la sévérité des symptômes de TSPT plus importante chez les personnes du groupe « communication par écrit des émotions » Effets bénéfiques sur les symptômes anxieux et dépressifs, surtout au moment du suivi
Mueser et al, 2007 [62]	Brand et al, 2017 [19] Grubaugh et al, 2021 [6]	Essai ouvert Manchester (USA) Centre Santé Mental	Patients ambulatoires Diagnostic de schizophrénie ou trouble schizo-affectif + TSPT comorbide selon DSM-IV N = 80	PCL THQ PTCI KPTSD	CBT (21 sessions de groupe), pas de comparateur	Symptômes TSPT : PCL, PTCI, KPTSD Symptômes dépressifs : BDI II	Réduction des symptômes de TSPT au cours du traitement : -1,388 IC95% [-1,662 ; -1,114] sur la PCL ; -1,106 IC95% [-1,347 ; -0,865] sur l'échelle PTCI et -0,329 IC95% [-0,506 ; -0,151] sur le KPTSD Test Diminution significative des scores de BDI II
McGoldrick et al, 2008 [84]	Adams et al, 2020 [20]	Série de cas Royaume-Uni	Diagnostic de trouble délirant de type somatique* selon le DSM-IV N = 4	Non mentionné	Protocole EMDR en 8 phases, pas de comparateur	Non mentionné	➤ Post traitement Cas 1 : résolution complète Cas 2 : résolution partielle Cas 3 : résolution complète Cas 4 : résolution complète et amélioration fonctionnement social ➤ Follow up (6 mois, 5 ou 10 ans) Cas 1 : ∅ symptôme, arrêt psychotrope, retour travail Cas 2 : ∅ symptôme Cas 3 : ∅ symptôme, arrêt psychotrope Cas 4 : ∅ symptôme

Référence	Revue ou méta-analyse	Type d'étude et Lieu d'étude	Population incluse	Critères d'évaluation du TSPT	Intervention et comparateur	Méthode d'évaluation impact intervention	Résultats
Mueser et al, 2008 [64]	Sin et al, 2017 [15] Brand et al, 2017 [19] Grubaugh et al, 2021 [6]	Essai contrôlé randomisé, simple aveugle New Hampshire and Vermont (USA) CMHC	Patients ambulatoires Diagnostic de schizophrénie ou trouble schizo-affectif selon les critères du DSM-IV + TSPT comorbide N = 108	CAPS PTCI	CBT (12-16 séances) + TAU Comparé au TAU seul	Symptômes TSPT : CAPS, PTCI Qualité de vie : SF12 Symptômes psychotiques : BPRS Symptômes dépressifs : BDI Symptômes anxieux : BAI + perdus de vue, conscience des troubles et alliance thérapeutique	Réduction des symptômes de TSPT au cours du traitement : -1,063 IC95% [-1,351 ; -0,775] sur l'échelle CAPS et de -0,617 IC95% [-0,854 ; -0,380] sur la PTCI Effets du traitement significatifs sur la qualité de vie (SF12 = 4,83 vs. 5,24 post traitement) CBT > TAU dans les symptômes psychotiques, anxiodépressifs et dans l'alliance thérapeutique
Frueh et al, 2009 [59]	Brand et al, 2017 [19] Grubaugh et al, 2021 [6]	Essai ouvert pilote USA CMHC d'une ville de taille moyenne	Patients ambulatoires Diagnostic de TSPT et de schizophrénie ou trouble schizo-affectif selon le DSM-IV N = 20	CAPS PCL	TMT en groupe + 8 séances de PE individuelles, de 60-90 min, pas de comparateur	Symptômes TSPT : CAPS, PCL Symptômes dépressifs et anxieux : HAM-D, HAM-A	Réduction des symptômes de TSPT au cours du traitement : -1,127 IC95% [-1,614 ; -0,640] sur la CAPS et -1,149 IC95% [-1,641 ; -0,657] sur la PCL Réduction des symptômes dépressifs et anxieux non démontrée
Jackson et al, 2009 [68]	Brand et al, 2017 [19]	Essai contrôlé randomisé Région West Midlands (Royaume-Uni)	Premier épisode psychotique selon ICD-10 N = 66	Non mentionné	CRI Comparé au TAU	Impact des événements : IES Symptômes de dépression : CDS	Réduction significative des symptômes de TSPT (diminution de 14 points du score IES dans le groupe CRI), maintien au suivi Pas de différence significative entre les deux groupes pour les symptômes dépressifs

Référence	Revue ou méta-analyse	Type d'étude et Lieu d'étude	Population incluse	Critères d'évaluation du TSPT	Intervention et comparateur	Méthode d'évaluation impact intervention	Résultats
Kim et al, 2010 [78]	Valiente-Gomez et al, 2017 [77] Brand et al, 2017 [19] Adams et al, 2020 [20]	Essai contrôlé randomisé Corée du Sud	Patients hospitalisés Diagnostic de schizophrénie, en phase aiguë N = 45	Non mentionné	Protocole EMDR en 8 phases Comparé à PR ou TAU	Symptômes psychotiques : PANSS Symptômes dépressifs et anxieux : HAM-D, HAM-A + événements indésirables, réadmission hôpital	EMDR = PR = TAU mais EMDR > PR > TAU sur les symptômes négatifs sans différence significative (taille effet sur score PANSS : EMDR 0,60, PR 0,39, TAU 0,21). Résultats se maintenant lors du follow up. Taille effet sur scores PANSS à 3 mois : EMDR 0,82 ; PR 0,66 ; TAU 0,63. Pas d'événement indésirable. % de personnes réadmisés à l'hôpital après 2 ans de suivi : EMDR 18% ; PMR 42% ; TAU 33% Amélioration des symptômes anxio dépressifs
Steel et al, 2010 [83]	Sin et al, 2017 [15]	Essai contrôlé randomisé, simple aveugle Sud Est du Royaume-Uni	Patients ambulatoires Diagnostic de schizophrénie ou trouble schizo-affectif selon le DSM-IV + diagnostic de TSPT N = 61	CAPS PTCI	Protocole CBT de 16 sessions (inspiré de Mueser et al, 2008 [64]) + TAU Comparé au TAU seul	Symptômes TSPT : CAPS, PTCI Symptômes psychotiques : PANSS Symptômes anxieux & dépressifs : BAI, BDI II Qualité de vie : QLS + Utilisation des services psy, acceptabilité	Pas de différence significative entre les deux groupes sur les symptômes de TSPT et psychotiques (peu ou pas de modification des scores CAPS et de la PANSS) Score QLS à moyen terme = - 0,60 dans le groupe traitement, IC95% [-4,47 ; 3,27] Pas de différence significative entre les deux groupes pour les symptômes anxiodépressifs
Van den Berg et al, 2012 [41]	Brand et al, 2017 [19] Adams et al, 2020 [20] Grubaugh et al, 2021 [6]	Essai ouvert pilote Pays Bas	Patients ambulatoires Diagnostic de trouble psychotique et TSPT comorbide N = 27	CAPS PSS SR	Protocole EMDR en 8 phases Pas de comparateur	Symptômes TSPT : CAPS, PSS SR Symptômes psychotiques : DRS, AHRS, PSYRATS, GPTS Admission hôpital	Réduction symptômes TSPT au cours du traitement : -1,547 IC95% [-2,053 ; -1,041] sur la CAPS et -0,958 IC95% [-1,346 ; -0,570] sur la PSS SR Scores DRS (z = 2,02*) Scores AHRS (z = 2,17*) Scores PSYRATS (z = 2,67*) *différence significative, p < 0,05

Référence	Revue ou méta-analyse	Type d'étude et Lieu d'étude	Population incluse	Critères d'évaluation du TSPT	Intervention et comparateur	Méthode d'évaluation impact intervention	Résultats
							GPTS : Moyenne de base 73,04 Moyenne fin du traitement 67,92 Pas d'admission en hôpital général ou psychiatrique
De Bont et al, 2013 [42]	Valiente-Gomez et al, 2017 [77] Brand et al, 2017 [19] Grubaugh et al, 2021 [6]	Essai contrôlé randomisé Pays Bas	Patients ambulatoires Diagnostic de trouble psychotique et TSPT selon la SCID-I N = 10	CAPS PSS SR	EMDR Comparé à PE ou LA (> ou = 12 sessions individuelles)	Symptômes TSPT : CAPS, PSS SR Symptômes psychotiques : PSYRATS, GPTS, AHRs, DRS	Diminution des symptômes de TSPT pendant le traitement ($p < 0,001$, $r = 0,64$) maintenu en post traitement ($p < 0,001$ $r = 0,73$) et à 3 mois PE = EMDR > LA Peu ou pas d'effet retrouvé sur les symptômes psychotiques positifs (peu ou pas de modification des scores AHRs, DRS)
Laugharne et al, 2014 [85]	Adams et al, 2020 [20]	Série de cas Royaume-Uni	Diagnostic de trouble psychotique, traitement par EMDR pour des symptômes de TSPT N = 4	Non mentionné	Protocole EMDR en 8 phases, pas de comparateur	Non mentionné	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Post traitement Cas 1 : amélioration symptômes TSPT, thymiques et anxieux, meilleur fonctionnement général Cas 2 : amélioration symptômes TSPT Cas 3 : amélioration symptômes TSPT Cas 4 : amélioration sur le plan de l'anxiété et des idées de persécution <ul style="list-style-type: none"> ➤ Follow up (2 à 6 ans après) Cas 1 : poursuite de l'amélioration Cas 2 : rechute 5 ans après Cas 3 : poursuite amélioration symptômes TSPT et idées de persécution diminuées. 3 ans après : rechute dans un contexte de rupture des traitements Cas 4 : quelques symptômes psychotiques subsistent. Sortie des unités psy.

Référence	Revue ou méta-analyse	Type d'étude et Lieu d'étude	Population incluse	Critères d'évaluation du TSPT	Intervention et comparateur	Méthode d'évaluation impact intervention	Résultats
Mueser et al, 2015 [65]	Sin et al, 2017 [15] Brand et al, 2017 [19] Grubaugh et al, 2021 [6]	Essai contrôlé randomisé New Jersey (USA) Rutgers University Healthcare System partial	Patients ambulatoires Diagnostic de schizophrénie ou trouble schizo-affectif selon SCID-I et DSM-IV+ TSPT sévère N = 201	CAPS PTCI	CBT (12 à 16 sessions) + TAU Comparé à TAU + psychoéducation sur le TSPT	Symptômes TSPT : CAPS, PTCI Qualité de vie : QOLI, GAF, CAPS SF Symptômes psychotiques : PANSS total score + conscience du trouble	CBT > Psychoéducation pour les symptômes de TSPT : Réduction des symptômes de TSPT au cours du traitement par CBT : -1,660 IC95% [-1,930 ; -1,390] à la CAPS et -0,174 IC95% [-0,325 ; -0,024] sur la PTCI Réduction des symptômes de TSPT au cours du traitement par psychoéducation : -1,164 IC95% [-1,389 ; -0,939] à la CAPS et -0,062 IC95% [-0,216 ; 0,092] à la PTCI CBT > psychoéducation sur qualité vie CBT = psychoéducation pour les symptômes dépressifs Pas d'effet retrouvé pour les symptômes psychotiques
Van den Berg et al, 2015 [60]	Valiente-Gomez et al, 2017 [77] Brand et al, 2017 [19] Sin et al, 2017 [15] Grubaugh et al, 2021 [6]	Essai contrôlé randomisé, simple aveugle Pays Bas	Patients ambulatoires, Diagnostic de trouble psychotique (schizophrénie ou trouble schizo-affectif) selon la MINI+ et TSPT comorbide (DSM-IV) N = 155	CAPS PSS SR PTCI	Protocole EMDR en 8 phases + TAU Ou PE (8 sessions) + TAU Comparé à LA + TAU	Sévérité du TSPT : CAPS, PSS SR, PTCI Événements indésirables Perdus de vue	EMDR = PE > LA sur symptômes de TSPT. Pas de différence entre les thérapies PE et EMDR (PE 0,78, t = -3,84, p = 0,001 et EMDR 0,65, t = -3,26, p = 0,001). Réduction des symptômes de TSPT sous PE observée sur les échelles : CAPS : -2,103 IC95% [-2,555 ; -1,652] PSS SR : -1,528 IC95% [-1,885 ; -1,170] PTCI : -1,079 IC95% [-1,372 ; -0,786] Réduction des symptômes de TSPT sous EMDR observée sur les échelles : CAPS : -1,782 IC95% [-2,172 ; -1,391] PSS SR : -1,795 IC95% [-2,188 ; -1,402] PTCI : -0,823 IC95% [-1,079 ; -0,567]

Référence	Revue ou méta-analyse	Type d'étude et Lieu d'étude	Population incluse	Critères d'évaluation du TSPT	Intervention et comparateur	Méthode d'évaluation impact intervention	Résultats
De Bont, Van den Berg et al, 2016 [79]	Valiente-Gomez et al, 2017 [77] Brand et al, 2017 [19] Adams et al, 2020 [20] Grubaugh et al, 2021 [6]	Sous analyse sous forme d'essai contrôlé randomisé de l'essai précédent (Van den Berg et al, 2015 [60]) Pays Bas	Patients ambulatoires Diagnostic de trouble psychotique avec MINI et TSPT comorbide N = 155	Non mentionné	Protocole EMDR en 8 phases ou PE ou LA	Symptômes psychotiques : GPTS, AHRS % de rémission Evénements indésirables	Diminution significative de la GPTS : PE t = -2,86, p = 0,005; EMDR t = -2,68, p = 0,008 Maintien diminution GPTS à 6 mois pour EMDR Diminution scores AHRS pour EMDR et PE, pas pour la LA Maintien diminution AHRS à 6 mois pour PE % de rémission sous les deux thérapies > % de rémission en LA Maintien à 6 mois Thérapies associées significativement à moins d'effets indésirables
Van Minnen et al, 2016 [80]	Valiente-Gomez et al, 2017 [77]	Sous analyse de l'essai précédent (Van der Berg et al, 2015 [60]) Pays Bas	Diagnostic de trouble psychotique avec ou sans sous type dissociatif du TSPT N = 108	CAPS (item 29 et 30)	EMDR PE LA	Sévérité des symptômes dissociatifs du TSPT (= DS) et symptômes non dissociatifs (= NDS) via la CAPS	Pas de différence entre la sévérité DS et NDS après le traitement psychothérapeutique (les scores CAPS ne diffèrent pas après le traitement (t = -1,34, p = 1,85))
Grubaugh et al, 2016 [82]	Brand et al, 2017 [19] Grubaugh et al, 2021 [6]	Essai ouvert USA VAMC	Diagnostic de trouble psychotique ou de trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques + TSPT comorbide avec MINI N = 34	CAPS PCL	PE (10 à 15 séances), pas de comparateur	Symptômes TSPT : CAPS, PCL	Réduction des symptômes de TSPT au cours du traitement : -1,525 IC95% [-1,971 ; -1,079] sur l'échelle CAPS et -1,236 IC95% [-1,628 ; -0,843] sur l'échelle PCL

Référence	Revue ou méta-analyse	Type d'étude et Lieu d'étude	Population incluse	Critères d'évaluation du TSPT	Intervention et comparateur	Méthode d'évaluation impact intervention	Résultats
Steel et al, 2017 [81]	Brand et al, 2017 [19] Grubaugh et al, 2021 [6]	Essai contrôlé randomisé Royaume-Uni National Health Service Trusts	Patients ambulatoires Diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizophréniforme selon le DSM-IV + diagnostic de TSPT N = 61	CAPS PTCI	TCC (12 à 16 sessions) comparé au TAU	Symptômes TSPT : CAPS, PTCI Symptômes psychotiques : PANSS, AHRS, DRS	Réduction des symptômes de TSPT au cours du traitement : -0,358 IC95% [-0,650 ; -0,066] sur la CAPS et -0,425 IC95% [-0,722 ; -0,127] sur la PTCI Mais pas de différence significative entre groupe traitement et groupe contrôle (idem avec les symptômes psychotiques)
Kratzer et al, 2017 [49]	Adams et al, 2020 [20]	Rapport de cas Allemagne	Diagnostic de trouble de la personnalité schizotypique et TSPT N = 1	Non mentionné	16 sessions x 50 min de TCC + 10 sessions x 100 min d'EMDR Pas de comparateur	Symptômes psychotiques : PANSS	En post traitement : PANSS : 64 → 46, significatif, TSPT et symptômes psychotiques positifs résolus 6 mois après : poursuite de la diminution des symptômes, fonctionnement amélioré, réduction d'utilisation des services psy

*Delusional Disorder-Somatic Subtype ou DDSS, selon le DSM-IV

AHRS : Auditory Hallucination Rating Scale ; BAI : Beck Anxiety Inventory ; BDI-II : Beck Depression Inventory second edition ; BPRS : Brief Psychiatric Rating Scales ; CAPS : Clinician Adminstrated PTSD Scale (+/- SF : social functioning) ; CBT : Cognitive Behavioural Therapy ; CDS : Calgary Depression Scale ; CMHC : Community Mental Health Center ; CRI : Cognitive Recovery Intervention ; DRS : Delusional Rating Scale ; DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders ; EMDR : eye movement and desensitization reprocessing ; GAF : Global Assessment of Functioning ; GPTS : The Green Paranoid Thought Scales ; HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale ; HAM-A : Hamilton Anxiety Rating Scale ; HAM-D : Hamilton Depression Rating Scale ; ICD-10 : International Classification of Diseases 10th revision ; IES : Impact of Events Scale ; KPTSD : Knowledge of PTSD Test ; LA : Liste d'attente ; MINI+ : Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus ; PANSS : Positive and Negative Symptom Scale ; PCL : PTSD Checklist ; PE : Prolonged Exposure ; PR : Progressive Relaxation ; PSS-SR : Posttraumatic Symptom Scale, Self-Report ; PSYRATS : Psychotic Symptom Rating Scale ; PTCI : Posttraumatic Cognitions Inventory ; PTSD : Post Traumatic Stress Disorder ; QLS : Quality of Life Scale ; QOLI : Brief Quality of Life Interview ; SCID-I : Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders ; SF 12 : self-reported health functioning / short form 12 ; TAU : Treatment As Usual ; TCC : Thérapie cognitivo-comportementale ; THQ : Trauma History Questionnaire ; TMT : Trauma Management Therapy ; TSPT : Trouble du Stress Post Traumatique ; VAMC : Veterans Administration Medical Center

6.2 Données issues des études cliniques

Deux essais contrôlés randomisés ont étudié l'impact de la prise en charge psychothérapeutique du trauma chez les personnes ayant un trouble psychotique. Les détails de ces études sont présentés dans le Tableau 2.

En 2007, Trappler et al [55] avaient pour objectif d'évaluer si l'intervention dérivée de la TCC, appelée STAIR, peut être efficace dans une population de patients hospitalisés atteints de maladies psychiatriques chroniques, en améliorant leurs stratégies d'adaptation au quotidien. Cette étude a été conduite chez des patients au sein du Kingsboro Psychiatric Center à New York, Etats Unis. Quarante-huit patients hospitalisés et ayant un diagnostic de schizophrénie et de TSPT complexe, sont inclus. Le recrutement des patients se faisait suite à un formulaire de dépistage des traumatismes ou tout simplement par recommandation de la part du personnel travaillant dans les unités psychiatriques. Ainsi 24 patients, volontaires, ont reçu l'intervention STAIR sur une période de 12 semaines, à un rythme hebdomadaire, par des thérapeutes formés dans la gestion des traumatismes. Seule la première phase du programme STAIR a été réalisée, à savoir la phase de déconstruction des cognitions négatives, des comportements qui découlent du trauma et la reconstruction de nouveaux comportements plus adaptés. La seconde phase ou « phase narrative » n'a pas eu lieu. Dans le deuxième groupe, 24 patients appariés en termes d'âge et de diagnostic, ont reçu 12 semaines de psychothérapie de soutien, sans gestion des traumatismes. Les critères de jugement principaux étaient la sévérité des symptômes de TSPT évaluée par l'échelle IES et la sévérité des symptômes psychotiques grâce à l'échelle BPRS. Les résultats de l'étude montrent une diminution significative des scores IES dans le groupe STAIR ($z = - 3,47$; $p = 0,001$) au bout des 12 semaines de traitement, surtout sur les items de reviviscences traumatiques et les comportements d'évitement. Les auteurs ont aussi constaté une diminution significative des scores totaux BPRS dans le groupe STAIR par rapport au groupe témoin, après 12 semaines de traitement ($z = - 4,20$; $p = 0,001$), surtout sur l'émoussement des affects, les idées délirantes, la tension interne et l'humeur dépressive associée. Il n'y a pas eu d'effet significatif sur les hallucinations ou la désorganisation psycho-comportementale. Bien que les résultats soient encourageants sur l'efficacité de cette intervention dérivée de la TCC sur les patients ayant un trouble psychotique et victimes de trauma, leur conclusion reflète un principe de précaution appliqué par la plupart des

thérapeutes : pas de phase narrative par peur de graves exacerbations du trouble psychotique.

En 2015, Van den Berg et al [60] mènent un essai contrôlé randomisé en simple aveugle aux Pays Bas avec 155 patients ambulatoires ayant un trouble psychotique et un TSPT comorbide, répartis dans 3 groupes dont 2 de psychothérapie centrée sur le trauma : EMDR ou PE associés au traitement habituel. Le troisième groupe représentait la liste d'attente associé au traitement habituel seul. Cette étude nationale concluait sur un effet supérieur significatif des deux groupes de traitement par rapport à la liste d'attente sur les symptômes de TSPT, sans différence significative retrouvée entre l'EMDR et la PE (cf Tableau 1). Plusieurs analyses secondaires ont été effectuées à partir des données recueillies dans cette étude, dont une réalisée en 2016 sous forme d'essai contrôlé randomisé [86]. L'objectif était d'étudier si les psychothérapies pouvaient exacerber les symptômes des troubles sous-jacents, provoquer de nouveaux événements indésirables ou de la revictimisation. Dans cette analyse, les deux groupes de psychothérapie ont été combinés, constituant ainsi un premier bras composé de 108 patients, le second bras se constituant des 47 patients restants, en liste d'attente. Dans le groupe traitement, les patients participaient à 8 séances hebdomadaires de PE ou EMDR pendant 10 semaines. Les personnes en liste d'attente ne bénéficiaient d'aucune psychothérapie centrée sur le trauma. Tous les patients recevaient leur traitement habituel. L'exacerbation de plusieurs symptômes était le critère de jugement principal et était représenté par des scores de plusieurs échelles selon les symptômes, en post traitement et à 6 mois de la fin du traitement : la CAPS et PSS-SR pour les symptômes de TSPT, l'échelle GPTS pour les idées délirantes, la BDI II pour les symptômes dépressifs. Les hallucinations étaient identifiées à l'interrogatoire. La présence d'événements indésirables était auto-évaluée (automutilation, tentative de suicide, agressivité comportementale, abus d'alcool, abus de substances, contact avec les unités psychiatriques pour traitement de crise, hospitalisation). La revictimisation était définie par l'expérience d'abus sexuels, physiques ou émotionnels au cours de la période de traitement et jusqu'à 6 mois après la fin du traitement. Les résultats de cette étude montrent qu'après traitement, le groupe psychothérapie montrait moitié moins d'exacerbation symptomatique, tout symptôme confondu, par rapport au groupe en liste d'attente (respectivement 14,3% et 30,8%, $p = 0,05$). Les participants du groupe psychothérapie étaient moins susceptibles de présenter une exacerbation des symptômes de

TSPT auto-déclarés sur la PSS-SR (0% dans le groupe thérapie, 7,7% dans le groupe liste d'attente, $p = 0,026$). La même tendance était observée pour les idées délirantes évaluées par la GPTS (3,3% dans le groupe thérapie, 12,8% en liste d'attente, $p = 0,052$). Aucune différence n'était constatée en post traitement sur les échelles CAPS ou BDI II. Ces résultats ne se maintenaient pas à 6 mois de la fin du traitement. En post traitement, le groupe liste d'attente déclarait plus d'hallucinations (11,5%) que le groupe suivant la psychothérapie (7,8%). A 6 mois, 11,1% des personnes dans le groupe thérapie et 12% dans le groupe liste d'attente entendaient encore des voix. Concernant les événements indésirables, les patients du groupe thérapie étaient significativement moins susceptibles de rapporter des événements indésirables par rapport au groupe liste d'attente (OR = 0,48 IC95% [0,25 ; 0,94], $p = 0,032$), résultat qui ne s'est pas maintenu au cours du suivi. Les participants ayant bénéficié d'un traitement centré sur le trauma rapportaient significativement moins de revictimisation par rapport au groupe liste d'attente (OR = 0,40 IC95% [0,17 ; 0,94], $p = 0,035$), résultat qui s'est maintenu lors du suivi. Ainsi les résultats montrent que les symptômes du TSPT ou psychotiques peuvent être améliorés par les psychothérapies centrées sur le trauma, et que cette prise en charge réduit aussi la fréquence des événements indésirables et de la revictimisation.

Tableau 2 : Détails des essais contrôlés randomisés évaluant l'impact de la prise en charge du TSPT

Référence	Type d'étude et Lieu d'étude	Population incluse	Critères d'évaluation du TSPT	Intervention et comparateur	Méthode d'évaluation impact intervention	Résultats
Trappler et al, 2007 [55]	Etude cohorte New York (USA) Kingsboro Psychiatric Center	Patients hospitalisés Diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif selon DSM-IV et de TSPT comorbide selon DSM-IV N = 48	Formulaire de dépistage des traumatismes ou recommandations du personnel des unités psychiatriques	TCC en groupe (programme STAIR) sur 12 semaines Comparé à la psychothérapie de soutien	Symptômes TSPT : IES Symptômes psychotiques entre autres : BPRS	Diminution significative des scores IES dans le groupe TCC (z = - 3,47 p = 0,001) au bout de 12 semaines de traitement, surtout sur les reviviscences et le comportement d'évitement Diminution significative des scores totaux BPRS dans le groupe TCC (z = - 4,20 p = 0,001) au bout de 12 semaines de traitement, surtout sur l'émoussement des affects, les idées délirantes, la tension interne et l'humeur dépressive associée Pas d'effet significatif sur les autres symptômes psychotiques (désorganisation, hallucinations)
Van den Berg et al, 2016 [86]	Analyse secondaire, sous forme d'essai contrôlé randomisé, de l'étude de Van den Berg et al, 2015 [60] (cf Tableau 1) Pays Bas	Patients ambulatoires, Diagnostic de trouble psychotique (schizophrénie ou trouble schizo-affectif) + et TSPT comorbide Selon MINI et DSM-IV N = 155	CAPS PSS SR	EMDR et PE (8 séances hebdomadaires sur 10 semaines) Comparé à la LA	Exacerbation des symptômes : TSPT : CAPS, PSS-SR Psychotique : GPTS, déclaration orale des hallucinations Dépression : BDI-II + effets indésirables, revictimisation	Moins d'exacerbation (tout confondu) dans le groupe thérapie versus LA, après le traitement : 14,3 % vs. 30,8 %, p = 0,05. Non significatif à 6 mois. PSS-SR après le traitement : 0% (Thérapie) vs. 7,7% (LA), p = 0,026. Non significatif à 6 mois. GPTS après le traitement : 3,3% (Thérapie) vs. 12,8% (LA), p = 0,052. Non significatif à 6 mois. Hallucinations après le traitement : 7,8% (Thérapie) vs. 11,5% (LA). 11,1% (Thérapie) vs. 12% (LA) à 6 mois de la fin du traitement. CAPS et BDI-II : aucune différence constatée Moins d'événement indésirable dans le groupe traitement (OR = 0,48 p = 0,032) et moins de revictimisation (OR = 0,4 p = 0,035)

BDI-II : Beck Depression Inventory second edition ; BPRS : Brief Psychiatric Rating Scales ; CAPS : Clinician Administred PTSD Scale (+/- SF : social functioning) ; DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders ; EMDR : eye movement and desensitization reprocessing ; GPTS : The Green Paranoid Thought Scales ; IES : Impact of Events Scale ; LA : Liste d'attente ; MINI : Mini-International Neuropsychiatric Interview ; OR : Odd Ratio ; PE : Prolonged Exposure ; PSS (-SR) : Posttraumatic Symptom Scale, (Self Report) ; STAIR : Skill Training In Affect Regulation ; TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale ; TSPT : Trouble du Stress Post Traumatique

Entre 2015 et 2021, quelques études ouvertes sous forme de rapport, de série de cas ou d'analyse secondaire, se sont intéressées à l'impact pronostique des psychothérapies centrées sur le trauma chez les personnes atteintes de trouble psychotique. Les détails de ces études sont indiqués dans le Tableau 3.

Koopmans et al [87] ont réalisé une étude de cas, en 2015 aux Pays Bas, dans le but de montrer que le traitement psychothérapeutique du TSPT chez des patients atteints de trouble psychotique peut être sûr et efficace. Dans cette étude, ils suivent une patiente âgée de 43 ans avec un diagnostic de trouble schizo-affectif depuis une dizaine d'années. Quand elle a eu 40 ans, la patiente a reçu le diagnostic de TSPT en plus de son trouble schizo-affectif. Cette patiente a été hospitalisée à de multiples reprises pour des décompensations de son trouble schizo-affectif. Son traitement habituel comprend de la venlafaxine (150 mg), du lithium (1000 mg), de la rispéridone (1 mg) et du zolpidem (10 mg). Dans l'étude, elle a bénéficié de 5 séances d'une heure de TCC, sur 5 semaines. Sous la direction d'un thérapeute elle s'est exposée à ses anciens trauma et les a relatés à plusieurs reprises dans l'objectif de réduire l'anxiété associée à ses souvenirs. Les séances ont été enregistrées pour que la patiente puisse les écouter. La sévérité des symptômes de TSPT a été évaluée grâce à l'échelle d'auto-évaluation PSS-SR. Les auteurs ont également évalué le fonctionnement social, la qualité de vie de la patiente ainsi que l'utilisation des psychotropes. Avant le début du traitement, la patiente a obtenu 24 points sur la PSS-SR ; au bout de ses 5 séances, son score a diminué à 7 points. Le fonctionnement social était considéré comme plus stable et la qualité de vie était meilleure. A 6 mois de la fin du traitement, la patiente a pu arrêter ses anxiolytiques et antipsychotiques, et réduire la dose d'hypnotiques. A trois ans de la fin du traitement, la patiente n'a pas présenté de nouvelle décompensation du trouble schizo-affectif et a vu disparaître les symptômes de TSPT. Aucun effet indésirable du traitement n'a été signalé. Cette patiente fera partie des participants de l'étude nationale de Van den Berg et al, en 2015 [60].

Une analyse secondaire est réalisée en 2016 par Van den Berg et ses collaborateurs [88], faisant suite à leur étude clinique de 2015 [60] (cf Tableau 1). Ici, l'objectif était de tester l'hypothèse selon laquelle la gravité du TSPT était un facteur prédictif du résultat du traitement psychothérapeutique. Ils voulaient également démontrer que les caractéristiques spécifiques au trouble psychotique (idées de persécution, hallucinations acoustico-verbales,

syndrome négatif, risque suicidaire, adversités, mémoire de travail et médicaments psychotropes) pouvaient être des facteurs prédictifs de la poursuite du traitement psychothérapeutique. A la différence de l'analyse primaire, les auteurs n'ont pris en compte que les patients ayant un trouble psychotique et TSPT appartenant au groupe thérapies EMDR/PE, soit un total de 108 patients. Ces patients ont bénéficié de 8 séances hebdomadaires de PE ou d'EMDR sur 10 semaines, associées à leur traitement habituel. Pour répondre à leur premier objectif, l'échelle CAPS a été utilisée pour évaluer la sévérité de la symptomatologie du TSPT. Concernant les variables prédictives, les auteurs ont choisi d'évaluer la sévérité des symptômes psychotiques via les échelles GPTS (idées délirantes), AHRS (hallucinations acoustico-verbales) et la PANSS (items spécifiques au syndrome négatif). Une réponse dichotomisée était donnée pour les deux dernières échelles (présence ou absence). Les items spécifiques du questionnaire MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) étaient utilisés pour évaluer la présence d'idées suicidaires. Les adversités étaient auto-évaluées par les participants. Les auteurs ont utilisé un indice de capacité pour évaluer la mémoire de travail, mesurée par le temps de réaction dans une tâche auditive informatisée avec ou sans distraction. Enfin, les doses de médicaments antipsychotiques ont été calculées en équivalents de chlorpromazine. Les résultats de cette étude rapportent qu'une sévérité élevée des symptômes de TSPT au départ est associée significativement ($p = 0,001$) à une sévérité plus élevée après le traitement, expliquant 11,4% de la variance. De plus, une plus grande sévérité du TSPT au départ est liée à une plus grande réduction des symptômes de TSPT ($p = 0,015$) après le traitement, expliquant 6,5% de la variance. Parmi les variables prédictives, les auteurs trouvent que seule la présence d'hallucinations a contribué de façon significative ($p = 0,025$) aux résultats post traitement, expliquant ainsi 5,4% de la variance. Ils ont aussi montré que les personnes ayant fini le traitement ($n = 84$) et celles qui ont abandonné ($n = 24$) ne présentaient aucune différence significative en ce qui concerne les variables de base. Les auteurs concluent que la façon la plus robuste de prédire le résultat post traitement psychothérapeutique du trauma reste principalement la sévérité des symptômes de TSPT.

Keen et al [89] ont réalisé une série de cas en 2017 au Royaume-Uni pour évaluer l'acceptabilité, la faisabilité et l'efficacité de la TCC-TF chez les patients ayant un TSPT et un trouble psychotique, à l'aide d'un protocole unique. Neuf participants ont été recrutés au

sein de la Clinique d'Interventions Psychologiques pour les patients ambulatoires atteints de trouble psychotique (PICuP). L'échantillon était composé de cinq hommes et quatre femmes (âge moyen = 37 ans) à qui on a diagnostiqué une schizophrénie (n = 5), un épisode dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques (n = 2) et un diagnostic de TSPT primaire ou secondaire (n = 4). Tous les patients présentaient des idées délirantes de persécution et des hallucinations. Ils ont bénéficié de 9 mois de TCC-TF et continuaient à recevoir en parallèle leurs soins de routine (médicaments, consultations de suivi). La thérapie était dispensée à une fréquence hebdomadaire ou bimensuelle et durait entre une heure et une heure et demie. Le protocole psychothérapeutique était constitué de cinq phases : une phase d'évaluation et de définition des objectifs, une phase de stabilisation et de renforcement des stratégies d'adaptation, une phase de formulation partagée de la thérapie, une phase d'intervention axée sur les symptômes psychotiques et traumatiques et une phase de prévention des rechutes. En plus de la TCC-TF, huit patients ont bénéficié de séances de CR et une patiente a eu des séances de thérapie des schémas. Les auteurs utilisaient la PDS (Post Traumatic Diagnostic Scale) pour étudier la sévérité des symptômes de TSPT, la PSYRATS pour les symptômes psychotiques positifs. Ils utilisaient les échelles BAI, BDI II ou bien la DASS (Depression Anxiety Stress Scale) pour évaluer les symptômes anxio-dépressifs. Le bien être affectif était étudié par le questionnaire CORE 10 (Clinical Outcomes in Routine Evaluation 10). La satisfaction des séances de thérapie était mesurée grâce à la STQ (Satisfaction Therapy Questionnaire). Les mesures des échelles PDS, BAI, BDI II, DASS et CORE 10 étaient auto-évaluées par les patients. Les résultats de cette étude montraient une diminution des scores moyens des différentes échelles en post thérapie : le score moyen de la PDS passait de 37,22 à 23,38 ; le score moyen PSYRATS spécifique des hallucinations de 29,56 à 20,5 ; le score moyen PSYRATS spécifique des idées délirantes de 13,57 à 8,33. On observait également une diminution de la symptomatologie anxio-dépressive comme le montre l'évolution des scores moyens de la BDI II (34,5 à 24,8), de la BAI (32,33 à 21,4) et de la DASS (28 à 18). Les scores moyens du CORE 10 passaient de 20,33 à 14,6 traduisant un bien être affectif amélioré en post thérapie. Concernant la satisfaction de la thérapie, 78% des participants étaient très satisfaits et 22% étaient satisfaits. Lors du suivi (médiane de 9 mois après la fin de la thérapie), les scores moyens de toutes les variables étudiées continuaient de diminuer par rapport aux scores moyens post thérapie. Tous les participants ont suivi la psychothérapie jusqu'au bout et aucun événement indésirable (aggravation des symptômes,

rechute, hospitalisation) n'a été rapporté, confirmant ainsi les bénéfices de l'intégration des psychothérapies centrées sur le trauma chez les personnes ayant un diagnostic de trouble psychotique et TSPT.

En 2018, une des sous analyses de l'essai contrôlé randomisé de Van den Berg de 2015 [60] (cf Tableau 1), avait pour objectif de présenter les résultats du suivi à 12 mois des psychothérapies PE et EMDR sur le TSPT, le trouble psychotique, la dépression et le fonctionnement social [90]. Les participants atteints de trouble psychotique et de TPST comorbide, ayant effectué leurs 8 séances de psychothérapie hebdomadaires sur 10 semaines et complété toutes les évaluations lors du suivi à 12 mois, ont été inclus, soit 43 participants du bras PE et 42 participants du bras EMDR soit 85 patients au total. Le premier critère de jugement était la sévérité des symptômes du psychotrauma évaluée par le clinicien via la CAPS ou auto-évaluée grâce à l'échelle PSS-SR. Les cognitions négatives en lien avec le psychotrauma étaient mesurées grâce à la PTCI. Le critère de sévérité des symptômes psychotiques était mesuré par : la GPTS (idées délirantes de persécution), AHRS (hallucinations acoustico-verbales), la DRS (idées délirantes) et PSYRATS. Le statut de rémission du trouble psychotique était dichotomisé (oui ou non). Les symptômes dépressifs étaient évalués par la BDI II et le questionnaire SOFAS évaluait le fonctionnement social du patient. Ces mesures étaient comparées aux résultats obtenus à 6 mois. Cette étude ne montrait aucun changement significatif dans la sévérité des symptômes de TSPT évaluée par le clinicien (CAPS) dans les deux groupes de traitement, entre le suivi à 6 mois et celui à 12 mois ($t(PE) = 0,59$ $p = 0,559$, $t(EMDR) = 0,38$ $p = 0,707$). La même tendance était observée pour les symptômes de TSPT auto-évalués à l'aide de la PSS-SR ($t(PE) = -0,66$ $p = 0,514$, $t(EMDR) = -0,15$ $p = 0,879$) et pour les symptômes dépressifs ($t(PE) = 0,40$ $p = 0,689$, $t(EMDR) = 1,26$ $p = 0,217$). Les auteurs retrouvaient une réduction significative de la sévérité des cognitions négatives post traumatiques (PTCI) dans le groupe PE seulement, entre le suivi à 6 et celui à 12 mois ($t(PE) = 2,14$ $p = 0,038$) et une diminution significative du niveau de fonctionnement social dans les deux groupes de traitement ($t(PE) = 4,31$ $p < 0,001$, $t(EMDR) = 2,08$ $p = 0,044$). Concernant les symptômes psychotiques, il n'y a pas eu de changement significatif dans la sévérité des idées de persécution ($t(PE) = -1,22$ $p = 0,231$, $t(EMDR) = 1,35$ $p = 0,184$), ni dans la sévérité des hallucinations acoustico-verbales ($t(PE) = -1,81$ $p = 0,071$, $t(EMDR) = -0,54$ $p = 0,586$), ni dans la sévérité du score total des idées délirantes ($t(PE) = -$

1,06 $p = 0,287$, $t(\text{EMDR}) = -0,26$ $p = 0,794$) dans les deux groupes de traitement, entre le suivi à 6 mois et le suivi à 12 mois. Le nombre de patients en rémission du trouble psychotique ne changeait pas de manière significative dans les groupes PE et EMDR. Les auteurs concluent sur un maintien des bénéfices des psychothérapies centrées sur le trauma chez les patients qui ont un trouble psychotique et un TSPT comorbide, avec davantage de diminution observée sur les cognitions négatives en lien avec le trauma dans le groupe recevant la PE. Après les 12 mois de suivi, il n'y avait aucune différence entre l'EMDR et la PE sur aucune des variables évaluées.

En 2019, l'équipe australienne de Paulik et al [74] ont mené une série de cas dont l'objectif principal était d'étudier si l'ImRs réduisait les symptômes du TSPT, la présence d'hallucinations acoustico-verbales et leur fréquence ainsi que la détresse associée. Leur second objectif était d'explorer les effets de ce traitement sur d'autres variables comme la dépression, l'anxiété, l'estime de soi, l'adhésion aux hallucinations et le fonctionnement social. Pour cela, un échantillon de neuf femmes et trois hommes (âge moyen = 41 ans) avec un diagnostic primaire de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif a été recruté à la Perth Voice Clinique en Australie. Le diagnostic de TSPT n'était pas obligatoire. En effet, le vécu d'un traumatisme relaté oralement par certains patients et la description de symptômes de TSPT et de détresse associée suffisaient pour être inclus. Les participants se rendaient à la clinique pour initier la thérapie ImRs sur une dizaine de sessions pendant une durée de 11 à 12 semaines. La première séance était axée sur la psychoéducation et la préparation des séances suivantes. Le patient choisissait ensuite un événement traumatique et le « retranscrivait » à l'aide du thérapeute : le patient ferme ses yeux pendant son récit et le thérapeute pose des questions pour aider le patient à s'ancrer dans le souvenir. Avant la survenue de l'événement traumatique, le thérapeute intervient dans le souvenir et prend en charge la situation, guidant le patient dans un processus de retranscription jusqu'à atteindre un objectif défini et un sentiment de sécurité. Le « retranscrit » sera ensuite répété lors des séances suivantes. Enfin la dernière séance servait de synthèse, de prévention de rechute et d'ouverture pour de futurs objectifs. Pour répondre au premier objectif de cette étude, les patients devaient déclarer de façon rétrospective le nombre de pensées intrusives en lien avec le trauma et auto-évaluaient les symptômes de TSPT à l'aide de l'échelle PSS-SR. Il leur était demandé de noter la fréquence de hallucinations acoustico-verbales entre 0 et 6, la

détresse associée entre 0 et 10. L'échelle PSYRATS permettait d'évaluer de façon plus globale les symptômes psychotiques. Pour répondre au second objectif, les symptômes anxio-dépressifs étaient auto-évalués à l'aide de la DASS, l'estime de soi était auto-évaluée à l'aide du RSES (Rosenberg Self-Esteem Scale) et l'adhésion aux hallucinations était auto-mesurée à l'aide de la BAVQ (Beliefs About Voices Questionnaire – items Omnipotence et Malveillance). Le questionnaire SOFAS estimait le niveau du fonctionnement social. Les résultats de cette étude montraient une réduction des pensées intrusives traumatiques, de la fréquence des voix et la détresse associée. Les auteurs observaient une amélioration significative du score moyen des échelles PSS-SR (29 en pré-thérapie, 18 en post-thérapie) et PSYRATS (9 en pré-thérapie, 6 en post-thérapie). Concernant les variables secondaires, une réduction significative mais faible n'a été observée que dans la sous échelle Stress de la DASS (22 en pré-thérapie, 17 en post-thérapie), de même pour l'item Malveillance de la BAVQ (9 en pré-thérapie, 8 après le traitement). Il n'y avait aucune amélioration significative sur l'estime de soi ou sur le fonctionnement social. A 3 mois post-thérapie, les auteurs ont observé une réduction supplémentaire du nombre de pensées intrusives ($t = -2,095$ $p = 0,039$), une réduction non significative de la fréquence des voix ($t = -0,562$ $p = 0,58$) et une augmentation non significative de la détresse associée ($t = 1,527$ $p = 0,131$). Enfin, onze des douze patients ont établi un retour positif concernant cette thérapie, notamment sur la bonne tolérance générale des séances et les bénéfices perçus.

En 2021, Penninx Quevedo et al [91] ont rapporté une série de cas aux Pays Bas. Leur objectif était d'évaluer la faisabilité, la sécurité et l'efficacité de l'EMDR chez les patients avec une déficience intellectuelle légère et un diagnostic de trouble psychotique et de TSPT. Le recrutement s'est fait au sein d'un centre de traitement spécialisé pour les personnes ayant une légère déficience intellectuelle (« Mild Intellectual Disability ou Borderline Intellectual Functioning ; MID-BIF »). Les auteurs ont ainsi recruté quatre femmes et deux hommes âgés de 31 à 65 ans, qui présentaient une légère déficience intellectuelle et un diagnostic de trouble psychotique et de TSPT. Les six participants ont bénéficié de 12 séances hebdomadaires d'EMDR d'une heure et demie. En parallèle, ils continuaient de recevoir leur traitement habituel (psychotropes et thérapie de soutien par les psychiatres et les psychologues). L'ADIS-C PTSD-ID-Adults adaptée (Adapted Anxiety Disorder Interview Schedule-Child PTSD-ID-Adults) est un questionnaire utilisé pour mesurer le critère de

jugement principal, à savoir le type et la sévérité des symptômes de TSPT, adapté pour les adultes MID-BIF. Le critère de jugement secondaire portait sur la sévérité des symptômes psychotiques mesurée par l'échelle PSYRATS et plus particulièrement l'AHRS pour les hallucinations et la DRS pour les idées délirantes. Le BSI (Brief Symptom Inventory) permettait d'évaluer la sévérité de la psychopathologie générale. Le fonctionnement général était mesuré par l'échelle HoNOS (Health of the Nation Outcomes Scales). Enfin, une évaluation de la présence d'effets indésirables graves a été réalisée : les thérapeutes évaluaient la survenue d'événements tels que des événements majeurs, des comportements suicidaires ou d'automutilation, des admissions à l'hôpital, la prescription de médicaments supplémentaires ou des interventions de crise fournies par les soignants. Les auteurs de cette étude ont constaté une diminution des symptômes de TSPT chez tous les patients sauf un (qui a connu une amélioration initiale seulement). Ils ont aussi observé une diminution des scores AHRS chez quatre des six patients, avec un maintien lors de l'évaluation à 3 mois post traitement. Les scores DRS de tous les patients se traduisaient par une absence d'élément délirant enregistré après le traitement et à 3 mois de la fin de la thérapie. Une diminution significative des scores BSI a été constatée chez quatre des six patients entre le début et la fin de la thérapie. Cette diminution était qualifiée d'importante chez cinq patients, contrairement au sixième qui a montré une augmentation de son score BSI. Tous les patients ont vu leurs scores HoNOS augmenter au moment du suivi à 3 mois. Un patient sur six a nécessité une intervention de crise et des réajustements thérapeutiques. Les auteurs soutiennent que les psychothérapies centrées sur le trauma permettent de traiter les symptômes de TSPT et d'améliorer leur bien-être général malgré un fonctionnement intellectuel diminué et des comorbidités associées.

Tableau 3 : Détails des rapport de cas et essais cliniques ouverts évaluant l'impact de la prise en charge du TSPT

Référence	Type d'étude et Lieu d'étude	Population incluse	Critères d'évaluation du TSPT	Intervention et comparateur	Méthode d'évaluation impact intervention	Résultats
Koopmans et al, 2015 [87]	Etude de cas Pays Bas	Patiente ambulatoire Diagnostic de trouble schizo-affectif et de TSPT comorbide N = 1	PSS	TCC (5 séances x 60 min sur 5 semaines) Pas de comparateur	Symptômes TSPT : PSS + fonctionnement social et qualité de vie + clinique et utilisation des psychotropes	Diminution du Score PSS : 24 points avant le traitement → 7 à la fin du traitement, pas d'effet indésirable Fonctionnement social plus stable et meilleure qualité de vie rapportée par la patiente 6 mois après la fin du traitement : arrêt des anxiolytiques et antipsychotiques, réduction des somnifères 3 ans après la fin du traitement : pas de nouvelle décompensation du trouble psychotique, disparition des symptômes de TPST
Van den Berg et al, 2016 [88]	Analyse secondaire des données de l'étude de Van den Berg et al, 2015 [60] (cf Tableau 1) Pays Bas	Patients ambulatoires Diagnostic de trouble psychotique (schizophrénie ou trouble schizo-affectif) + TSPT comorbide Selon MINI et DSM-IV N = 108 (patients du groupe Traitement)	CAPS	EMDR PE (8 séances hebdomadaires sur 10 semaines)	Sévérité TSPT : CAPS Variables prédictives du résultat post traitement : Symptômes psychotiques : GPTS, AHRS (dichotomisée), PANSS (dichotomisée) Idée suicidaire : MINI Adversités : auto-évalué Indice de capacité de la mémoire de travail Psychotropes : dose équivalente de Chlorpromazine	Score de sévérité TSPT élevé à l'inclusion associé significativement à score de sévérité TSPT plus élevé après le traitement (p = 0,001), explique 11,4% de la variance Plus la sévérité TSPT est élevée, plus grande est la réduction des symptômes TSPT après le traitement (p = 0,015), explique 6,5% de la variance → prédicteur le plus robuste de la gravité du TSPT après le traitement Seule la présence d'hallucinations a contribué de façon significative aux résultats post traitement (p = 0,025), explique 5,4% de la variance Pas de différence significative dans ces variables, entre les personnes qui ont complété le traitement et celles qui ont abandonné

Référence	Type d'étude et Lieu d'étude	Population incluse	Critères d'évaluation du TSPT	Intervention et comparateur	Méthode d'évaluation impact intervention	Résultats
Keen et al, 2017 [89]	Série de cas Sud de Londres (Royaume-Uni)	Patients ambulatoires Diagnostic de schizophrénie ou d'EDC avec caractéristiques psychotiques selon ICD-10 + diagnostic primaire ou secondaire de TSPT N = 9	PDS	TCC séances hebdomadaires ou bimensuelles pendant environ 9 mois (+ CR pour 8 patients et Thérapie des schémas pour 1 patient) Pas de comparateur	Symptômes TSPT : PDS Symptômes psychotiques : PSYRATS Symptômes anxio dépressifs : BAI, BDI II, DASS Bien être affectif : CORE10 Satisfaction du traitement	Diminution des scores moyens entre pré-thérapie et post-thérapie : PDS : 37,22 → 23,38 PSYRATS (voix) : 29,56 → 20,5 PSYRATS (idées délirantes) : 13,57 → 8,33 BDI II : 34,5 → 24,8 DASS : 28 → 18 BAI : 32,33 → 21,4 CORE10 : 20,33 → 14,6 Satisfaction : 78% très satisfaits, 22% satisfaits Au suivi, soit 9 mois (médiane) après la fin de la thérapie, scores moyens (suivi) < scores moyens (pré-thérapie) pour toutes les variables
Van den Berg et al, 2018 [90]	Sous analyse de l'étude de Van den Berg et al, 2015 [60] (cf Tableau 1) Pays Bas	Patients ambulatoires Diagnostic de trouble psychotique (schizophrénie ou trouble schizo-affectif) + et TSPT comorbide Selon MINI et DSM-IV N = 85 (ceux qui ont complété l'évaluation)	CAPS PSS-SR	EMDR PE (8 séances hebdomadaires sur 10 semaines)	Suivi à 12 mois : TSPT : CAPS, PSS-SR, PTCI Dépression : BDI-II Fonctionnement social : SOFAS Symptômes psychotiques : GPTS, AHRS, DRS, PSYRATS, rémission (dichotomisée)	Pas de changement significatif des scores CAPS : t(PE) = 0,59 p = 0,559, t(EMDR) = 0,38 p = 0,707 Pas de changement significatif des scores PSS-SR : t(PE) = - 0,66 p = 0,514, t(EMDR) = - 0,15 p = 0,879 Réduction significative du score PTCI dans le groupe PE seulement : t(PE) = 2,14 p = 0,038 Pas de changement significatif du score BDI II : t(PE) = 0,40 p = 0,689, t(EMDR) = 1,26 p = 0,217 Réduction significative du score SOFAS : t(PE) = 4,31 p < 0,001, t(EMDR) = 2,08 p = 0,044 Pas de changement significatif des scores GPTS : t(PE) = -1,22 p = 0,231, t(EMDR) = 1,35 p = 0,184 Pas de changement significatif des scores AHRS : t(PE) = - 1,81 p = 0,071, t(EMDR) = - 0,54 p = 0,586 Pas de changement significatif des scores DRS : t(PE) = -1,06 p = 0,287, t(EMDR) = -0,26 p = 0,794 Pas de changement dans le nombre de participants en rémission dans les deux groupes

Référence	Type d'étude et Lieu d'étude	Population incluse	Critères d'évaluation du TSPT	Intervention et comparateur	Méthode d'évaluation impact intervention	Résultats
						Analyse des différences entre EMDR et PE après 12 mois : aucun résultat significatif pour aucune des variables
Paulik et al, 2019 [74]	Série de cas Australie Perth Voices Clinic	Patients ambulatoires Diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif, présentation d'HAV + symptômes de TSPT associé N = 12	Récit oral des traumas	ImRs (une dizaine de sessions, sur 11 à 12 semaines) Pas de comparateur	TSPT : déclaration rétrospective du nombre pensées intrusives traumatiques + sévérité du TSPT par PSS-SR Symptômes psychotiques (HAV) : fréquence notée de 0 à 6, détresse notée entre 0 et 10 + PSYRATS Symptômes anxio-dépressifs et stress : DASS Estime de soi : RSES Croyance des voix : BAVQ (items Omnipotence et Malveillance) Fonctionnement social : SOFAS Feedback qualitatif	Réductions des pensées intrusives traumatiques, de la fréquence des voix et la détresse associée Amélioration significative du score moyen PSS-SR (29 en pré-thérapie → 18 en post-thérapie) et du score moyen PSYRATS (9 en pré-thérapie → 6 en post-thérapie) Pas d'amélioration significative de la sous échelle anxiodépressive de la DASS : 17,75 → 15 pour la dépression et 17 → 16 pour l'anxiété Réduction significative mais faible de la sous échelle stress de la DASS : 22 → 17 Pas d'amélioration significative du RSES : 15 → 17 Seul l'item Malveillance de la BAVQ connaît une amélioration significative mais faible : 9 → 8 Pas d'amélioration significative du SOFAS : 54 → 65 A 3 mois : Réduction supplémentaire significative pensées intrusives (t = -2,095 p = 0,039) Réduction non significative de la fréquence des voix (t = -0,562 p = 0,58) et augmentation non significative de la détresse associée (t = 1, 527 p = 0,131)

Référence	Type d'étude et Lieu d'étude	Population incluse	Critères d'évaluation du TSPT	Intervention et comparateur	Méthode d'évaluation impact intervention	Résultats
Penninx Quevedo et al, 2021 [91]	Série de cas Pays Bas Service de santé mentale GGZ Oost Brabant	Patients ambulatoires Diagnostic de trouble psychotique et TSPT (selon DSM-V) + MID- BIF N = 6	ADIS-C PTSD-ID- Adults adaptée	EMDR (jusqu'à 12 séances hebdomadaires) Pas de comparateur	Sévérité des symptômes TSPT : ADIS-C PTSD-ID- Adults adaptée Sévérité des symptômes psychotiques : PSYRATS, AHRS, DRS Psychopathologie générale : BSI Fonctionnement général : HoNOS + effets indésirables graves	Diminution des symptômes de TSPT chez tous les patients sauf 1 (amélioration initiale seulement) Diminution des scores AHRS chez 4/6 patients, maintien à 3 mois post traitement Pas d'élément délirant (DRS) enregistré en post traitement et à 3 mois post traitement chez aucun des patients Diminution significative des scores BSI chez 4/6 patients entre le début et le post traitement. Diminution des scores BSI qualifiée d'importante chez 5 patients. 1/6 a montré une augmentation significative de son score BSI. Augmentation observée du score HoNOS au moment du suivi chez tous les patients. Pas d'effet indésirable grave chez 5/6 patients. 1 patient a nécessité une intervention de crise et des changements médicamenteux.

ADIS-C PTSD-ID-Adults : Anxiety Disorder Interview Schedule-Child PTSD-ID-Adults ; AHRS : Auditory Hallucination Rating Scale ; BAI : Beck Anxiety Inventory ; BAVQ : Beliefs About Voices Questionnaire ; BDI-II : Beck Depression Inventory second edition ; BSI : Brief Symptom Inventory ; CAPS : Clinician Adminstrated PTSD Scale (+/- SF : social functioning) ; CORE10 : Clinical Outcomes in Routine Evaluation – 10 ; CR : Cognitive Restructuring ; DASS : Depression Anxiety Stress Scales ; DRS : Delusional Rating Scale ; DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders ; EDC : Episode dépressif caractérisé ; EMDR : eye movement and desensitization reprocessing ; GPTS : The Green Paranoid Thought Scales ; HAV : Hallucinations Acoustico Verbales ; HoNOS : Health of the Nation Outcome Scales ; ICD-10 : International Classification of Diseases 10th revision ; ImRs : Imagery Rescripting ; LA : Liste d'attente ; MID-BIF : Mild Intellectual Disability – Borderline Intellectual Functioning ; MINI : Mini-International Neuropsychiatric Interview ; PANSS : Positive and Negative Symptom Scale ; PDS : Post Traumatic Diagnostic Scale ; PE : Prolonged Exposure ; PSS (-SR) : Posttraumatic Symptom Scale, (Self Report) ; PSYRATS : Psychotic Symptom Rating Scale ; PTCL : Posttraumatic Cognitions Inventory ; PTSD : Post Traumatic Stress Disorder ; RSES : Rosenberg Self-Esteem Scale ; SOFAS : Social and Occupational Functioning Assessment Scale ; TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale ; TSPT : Trouble du Stress Post Traumatique

7. Discussion

Cette revue de la littérature a pu mettre en évidence des bénéfices des interventions psychothérapeutiques sur les symptômes de TSPT chez les personnes avec un diagnostic de schizophrénie [6,19,20,55,74,77,86,87,89,91]. Un maintien de ces bénéfices sur les symptômes de TSPT était observé dans le temps [19,90]. Selon deux méta-analyses, les thérapies basées sur l'exposition montraient des effets plus larges et significatifs par rapport aux thérapies ne faisant pas intervenir une exposition [6,19].

Ces mêmes interventions ont aussi montré un impact positif sur les symptômes psychotiques [6,19,55,74,86,89,91] mais les résultats étaient hétérogènes. Les revues de la littérature concluaient à une diminution des symptômes psychotiques mais sans différence significative entre les interventions psychothérapeutiques et les soins habituels [20,77]. Les résultats des méta-analyses montraient un effet faible mais significatif sur la symptomatologie psychotique [6], prédominant sur les symptômes psychotiques positifs [19] avec un maintien dans le temps [19]. Les auteurs des études cliniques rapportaient globalement une réduction des symptômes psychotiques, traduite par une diminution des scores des échelles PANSS ou PSYRATS mais aussi des échelles plus spécifiques comme l'AHRS ou la DRS [55,74,86,89,91].

Cette revue de la littérature a également permis de montrer des impacts plus larges des interventions psychothérapeutiques centrées sur le trauma chez les personnes avec un diagnostic de schizophrénie. Les thérapies étaient associées à une réduction des psychotropes, une amélioration du fonctionnement général et social et une réduction de l'utilisation des services psychiatriques [6,20,87]. Enfin, les psychothérapies seraient associées à moins d'effets indésirables [15,77,86,87,89] et moins de revictimisation [86] par rapport à une condition de liste d'attente où les soins psychiatriques habituels sont prodigués.

Les résultats de cette revue de la littérature doivent être interprétés en tenant compte de certaines limites. Les auteurs des revues et méta-analyses incluses soulignaient tous le faible nombre d'études sur le sujet, comportant souvent des échantillons de petite taille et donc des analyses de faible puissance et de faible qualité. Il existait également un

risque de biais de mesure pouvant impacter sur la qualité des résultats obtenus [19,20]. Un biais de mesure arrive quand un paramètre est imparfaitement mesuré, dû à l'outil qui la mesure ou à l'enquêteur. Selon les auteurs l'utilisation d'échelles d'auto-évaluation peut générer de tels biais. Dans une des méta-analyses [15], les critères d'inclusion des études impliquaient que les participants remplissent les critères diagnostiques à la fois pour le trouble psychiatrique sévère et pour le TSPT ; dans le cas contraire, les études étaient exclues automatiquement même si les symptômes cliniques étaient compatibles avec ces diagnostics. Dans cette même méta-analyse, l'un des auteurs était thérapeute dans une des études incluses [83]. Une des revues systématiques [77] estimait que le nombre de séances psychothérapeutiques pourrait être trop faible chez des patients qui ont à la fois un diagnostic de schizophrénie et de TSPT. Les auteurs notaient que certaines études incluses étaient basées sur maximum 3 séances d'EMDR par semaine [78], contre 8 à 12 séances hebdomadaires dans d'autres [42,60]. Enfin, les auteurs soulignaient la disponibilité limitée des données [15] et des caractéristiques de traitement psychothérapeutique variables selon les études incluses (type, modalité, durée, expertise du clinicien et composition de l'échantillon) [6].

Les auteurs des essais contrôlés randomisés et des essais ouverts mettaient en avant des limites communes avec celles des revues et des méta-analyses : la petite taille des échantillons [55,74,86,88,89] ; des biais de mesure générés par l'utilisation d'échelles d'auto-évaluation [86] ou l'utilisation de réponses dichotomisées pour certaines variables [90] et un nombre de séances de thérapies jugé insuffisant [90]. Une des études ouvertes présentait une limite concernant les échelles utilisées pour mesurer les variables : l'auteur rapportait que la PDS avait tendance à surdiagnostiquer le TSPT par rapport à la CAPS qui serait plus robuste [89]. Il rajoutait que les thérapeutes disposaient d'un temps sanctuarisé pour dispenser la psychothérapie sans interférence avec les autres demandes provenant du reste de l'équipe pluridisciplinaire, ce qui ne reflète pas forcément la réalité de la pratique psychothérapeutique dans une institution [89]. Certains thérapeutes bénéficiaient même d'une supervision par des experts, ce qui n'est pas toujours réalisable en pratique clinique [60]. Dans une autre étude, les auteurs relevaient que les périodes de suivi n'étaient pas assez longues [90]. Certains auteurs considéraient que la durée idéale d'une séance de psychothérapie aurait été de 90 minutes. Cependant, l'allongement des séances pourrait

poser des difficultés dans la pratique clinique quotidienne dans certains pays, où les programmes de financement sont établis pour 60 minutes par séance [74].

Les psychothérapies centrées sur le trauma comprennent habituellement une phase d'exposition à la mémoire des traumatismes [37]. Depuis des années, on assiste au développement d'interventions adaptées à des personnes ayant un trouble psychiatrique comorbide dont le trouble psychotique. Ces interventions sont adaptées aux difficultés spécifiques que rencontrerait cette population (dysrégulation émotionnelle, anxiété accrue, fuite ou évitement) et sur les questionnements des thérapeutes. Elles diffèrent des interventions usuelles par des phases supplémentaires en amont du protocole classique dans le but de réguler ses émotions [43,54] ou par un protocole plus centré sur des approches cognitives [62,64,65]. Ces interventions reposent donc sur la suppression de l'exposition. Selon certains auteurs, ces réajustements permettent de développer des stratégies d'adaptation, la confiance et le rapport avec le thérapeute [59,64]. D'autres ont estimé que ces adaptations étaient inutiles. Ils ont rapporté des résultats positifs sur les symptômes de TSPT avec des thérapies impliquant une exposition, avec des taux d'abandon inférieurs à ceux calculés dans les études utilisant des phases préparatoires préalables [42,60]. Selon les partisans de la non-adaptation, ne pas ajuster le protocole en ajoutant des techniques préalables de stabilisation facilite l'engagement des patients en évitant de retarder la phase de traitement des symptômes cibles [41]. Les effets plus larges démontrés par les thérapies impliquant une exposition pourraient être expliqués par le fait que l'exposition autorise un accès direct aux souvenirs du traumatisme, permettant ainsi aux patients d'apprendre par l'expérience que ces souvenirs sont tolérables [92]. Il se peut que les processus mémoriels affectés ne soient pas suffisamment activés ou retraités via des approches cognitives [92]. Certains auteurs pensent que l'adaptation des interventions psychothérapeutiques pourrait, par inadvertance, rendre les thérapeutes trop prudents. Cette prudence accrue pourrait alors réduire les chances pour les patients de recevoir des traitements psychothérapeutiques vraiment efficaces [92]. Des études supplémentaires pourraient être nécessaires pour comparer l'efficacité et l'acceptabilité des interventions psychothérapeutiques basées sur l'exposition ou non sur les patients avec un diagnostic de trouble psychotique.

Les améliorations des symptômes psychotiques observées après le traitement psychothérapeutique centré sur le trauma sont intéressantes : elles indiquent que ces

symptômes comorbides ont eu tendance à diminuer en même temps que les symptômes de TSPT [42]. Cette diminution était attendue est compatible avec l'hypothèse stipulant que le TSPT aggrave l'évolution et la sévérité du trouble psychotique [33,79]. Les résultats sont aussi en accord avec un modèle socio-développemental-cognitif intégré de la schizophrénie proposé par les auteurs Howes et Murray en 2014. Ce modèle prédit que la réduction de l'anxiété et des cognitions dysfonctionnelles résultant du traitement de TSPT atténue les interprétations délirantes du traitement aberrant de l'information [79,93]. Les effets significatifs des psychothérapies prédominant sur les symptômes positifs coexistent avec des effets faibles voire inexistantes sur les symptômes négatifs [19,77]. Ceci est cohérent avec la littérature dans ce domaine, qui s'est davantage concentrée sur la relation entre les symptômes psychotiques positifs et de TSPT, plutôt que sur les symptômes négatifs [19]. Cependant, les effets limités retrouvés sur les hallucinations sont en contradiction avec une grande partie de la littérature qui a suggéré des liens particuliers entre les hallucinations et le TSPT [94]. Par ailleurs, dans la revue systématique d'Adams, des résultats contrastés ont été observés pour les idées délirantes (mesurées par la GPTS) et les hallucinations (mesurées par l'AHRS) [20,41,79]. Ce contraste peut être expliqué par la petite taille des échantillons et la faible puissance qui en découle [20]. Des essais contrôlés randomisés, avec une puissance statistique suffisante, devront être réalisés afin de confirmer les bénéfices des psychothérapies sur les symptômes psychotiques. Il serait également souhaitable de mener en parallèle une recherche approfondie et actualisée visant à élucider les mécanismes impliqués dans la diminution des symptômes psychotiques après le traitement du TSPT. Des périodes de suivi plus longues permettraient de confirmer l'impact des psychothérapies chez les personnes ayant une schizophrénie sur l'utilisation du système de santé et du fonctionnement général et social, qui sont aussi des bons indicateurs de succès d'une intervention [20].

Malgré la présence d'un éventail de traitements psychothérapeutiques centrés sur le trauma et les bénéfices démontrés dans cette revue de la littérature, le traitement n'est souvent pas fourni. En effet, il existe un principe de précaution chez les thérapeutes qui consiste à exclure tous les patients ayant un trouble psychotique des interventions psychothérapeutiques centrées sur le trauma tant dans la pratique clinique que dans la recherche [60]. En 2005, une revue de la littérature nord-américaine [95], avait pour but

d'évaluer si les études qui portent sur l'efficacité des traitements de TSPT ont été menées sur des échantillons restreints ou non. Ils ont identifié 34 essais cliniques randomisés publiés entre 1988 et 2004 dans la base des directives cliniques de l'ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies) pour le traitement du TSPT. Parmi ces études, 14 portaient sur la TCC, 7 sur l'EMDR, 11 sur les pharmacothérapies et deux sur les thérapies de groupe. Les auteurs s'étaient intéressés ici aux données sur la composition des échantillons, les taux d'exclusion et les taux d'attrition. Sur les 34 études examinées, 30 fournissaient des informations spécifiques sur les critères d'exclusion. Vingt-trois études listaient dans leurs critères d'exclusion la présence d'un diagnostic de trouble psychotique, soit 76,7% des études. Ce critère faisait partie des cinq critères les plus couramment utilisés dans l'ensemble des études examinées. En 2014, Meyer et ses collaborateurs [63] ont examiné les caractéristiques des patients entraînant leur exclusion par les thérapeutes de la Thérapie d'Exposition. Les participants étaient composés de 182 professionnels de santé mentale formés à la thérapie d'exposition, recrutés via une invitation par courriel. Ils devaient répondre à un sondage en ligne qui comprenait plusieurs échelles dont la BLES (Broken Leg Exception Scale) qui évalue les raisons d'exclusion aux thérapies. Celle-ci était composée d'une liste de caractéristiques du patient. Les participants devaient donner une note entre 0 (Très improbable d'exclure le patient du traitement) et 4 (Très susceptible d'exclure le patient en raison d'une caractéristique donnée). Les auteurs ont trouvé que le critère le plus évoqué pour exclure les patients de la psychothérapie était la présence d'un trouble psychotique comorbide.

Cette exclusion est principalement due à la croyance répandue selon laquelle le traitement du TSPT chez les patients avec un trouble psychotique est néfaste et entraînerait une exacerbation des symptômes associés au trouble [96,97]. Des études futures sont nécessaires pour comparer la proportion de patients chez qui les symptômes psychotiques augmentent au cours du traitement centré sur le trauma avec l'incidence de symptômes similaires chez des patients ne recevant pas de traitement psychothérapeutique et ainsi vérifier la présence d'autres facteurs potentiellement responsables d'une majoration des symptômes [42]. En attendant, il est nécessaire d'informer le patient de cette probabilité avant le début des séances, si possible dans un milieu hospitalier [20,49] pour surveiller les symptômes psychotiques tout au long de la thérapie [53].

8. Conclusion

Cette revue de la littérature a permis de mettre en évidence les bénéfices des traitements psychothérapeutiques centrées sur le trauma chez les patients avec un diagnostic de schizophrénie par rapport aux soins habituels. En plus d'une amélioration sur les symptômes de TSPT, les psychothérapies contribuent à diminuer les symptômes psychotiques, à permettre la réduction des psychotropes et de l'utilisation des services psychiatriques et améliorent le fonctionnement général et social. Enfin les psychothérapies seraient associées à moins d'effets indésirables et moins de revictimisation par rapport aux soins habituels.

Cependant, des études plus rigoureuses sur le plan méthodologique et avec des périodes de suivi plus longues, sont nécessaires pour mieux documenter les bénéfices des interventions psychothérapeutiques notamment sur les symptômes psychotiques. En parallèle, des recherches approfondies sur les liens entre les symptômes traumatiques et psychotiques permettraient de mieux comprendre les mécanismes impliqués dans la diminution des symptômes psychotiques après une psychothérapie centrée sur le trauma et contribuerait au développement et à l'amélioration d'interventions adaptées pour les personnes présentant une schizophrénie.

Malgré la fréquence de la comorbidité d'un TSPT, ces prises en charge sont encore très peu proposées par les thérapeutes, malgré un large éventail de traitements psychothérapeutiques disponibles. L'amélioration de l'accès à ces interventions efficaces pour les personnes ayant une schizophrénie et un TSPT est une priorité pour cette population vulnérable dont les besoins de traitements liés aux traumatismes sont si souvent négligés.

9. Bibliographie

1. Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, et al. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 2004;185:220-6.
2. Read J, Fink P, Rudegeair T, Felitti V, Whitfield C. Child Maltreatment and Psychosis: A Return to a Genuinely Integrated Bio-Psycho-Social Model. *Clin. Schizophr. Relat. Psychoses* 2008;2:235.
3. Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA, Trumbetta SL. Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophr. Res.* 2002;53:123-43.
4. Morrison AP, Frame L, Larkin W. Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *Br. J. Clin. Psychol.* 2003;42:331-53.
5. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013;2013:CD003388.
6. Grubaugh AL, Brown WJ, Wojtalik JA, Myers US, Eack SM. Meta-Analysis of the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults With Comorbid Severe Mental Illness. *J. Clin. Psychiatry* 2021;82:20r13584.
7. Brand RM, Rossell SL, Bendall S, Thomas N. Can We Use an Interventionist-Causal Paradigm to Untangle the Relationship between Trauma, PTSD and Psychosis? *Front. Psychol.* [Internet] 2017 [cité 2024 mars 13];8. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2017.00306/full>
8. Crocq MA, Guelfi JD. *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 3^e éd. Elsevier Masson; 2015.
9. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics : 6B40 Post Traumatic Stress Disorder [Internet]. [cité 2024 avr 17]; Available from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#2070699808>
10. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry* 2005;62:593-602.
11. Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V, et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *J. Trauma. Stress* 2008;21:455-62.
12. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics : 6A20 Schizophrenia [Internet]. [cité 2024 mars 7]; Available from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1683919430>

13. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* 2005;2:e141.
14. Moreno-Küstner B, Martín C, Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PLoS One* 2018;13:e0195687.
15. Sin J, Spain D, Furuta M, Murrells T, Norman I. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017;1:CD011464.
16. Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005;112:330-50.
17. Achim AM, Maziade M, Raymond É, Olivier D, Mérette C, Roy MA. How Prevalent Are Anxiety Disorders in Schizophrenia? A Meta-Analysis and Critical Review on a Significant Association. *Schizophr. Bull.* 2011;37:811-21.
18. Dallel S, Cancel A, Fakra E. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review. 2018;8:1027-37.
19. Brand RM, McEnery C, Rossell S, Bendall S, Thomas N. Do trauma-focussed psychological interventions have an effect on psychotic symptoms? A systematic review and meta-analysis. *Schizophr. Res.* 2018;195:13-22.
20. Adams R, Ohlsen S, Wood E. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for the treatment of psychosis: a systematic review. *Eur. J. Psychotraumatology* 2020;11:1711349.
21. Bendall S, Jackson HJ, Hulbert CA, McGorry PD. Childhood Trauma and Psychotic Disorders: a Systematic, Critical Review of the Evidence. *Schizophr. Bull.* 2008;34:568-79.
22. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr. Bull.* 2012;38:661-71.
23. Lommen MJJ, Restifo K. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Patients with Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Community Ment. Health J.* 2009;45:485-96.
24. Okkels N, Trabjerg B, Arendt M, Pedersen CB. Traumatic Stress Disorders and Risk of Subsequent Schizophrenia Spectrum Disorder or Bipolar Disorder: A Nationwide Cohort Study. *Schizophr. Bull.* 2017;43:180-6.
25. Sareen J, Cox BJ, Goodwin RD, J G Asmundson G. Co-occurrence of posttraumatic stress disorder with positive psychotic symptoms in a nationally representative sample. *J. Trauma. Stress* 2005;18:313-22.

26. Gracie A, Freeman D, Green S, Garety PA, Kuipers E, Hardy A, et al. The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: a test of the predictions of psychological models. *Acta Psychiatr. Scand.* 2007;116:280-9.
27. Hardy A, Fowler D, Freeman D, Smith B, Steel C, Evans J, et al. Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2005;193:501-7.
28. Corstens D, Longden E. The Origins of Voices: Links Between Life History and Voice Hearing in a Survey of 100 Cases. *Psychos. Psychol. Soc. Integr. Approaches* 2013;5.
29. Pilton M, Varese F, Berry K, Bucci S. The relationship between dissociation and voices: A systematic literature review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 2015;40:138-55.
30. Moskowitz A, Corstens D. Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? *J. Psychol. Trauma* 2007;6:35-63.
31. Longden E, Madill A, Waterman MG. Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychol. Bull.* 2012;138:28-76.
32. Freeman D, Thompson C, Vorontsova N, Dunn G, Carter LA, Garety P, et al. Paranoia and post-traumatic stress disorder in the months after a physical assault: a longitudinal study examining shared and differential predictors. *Psychol. Med.* 2013;43:2673-84.
33. Lysaker PH, Larocco VA. The prevalence and correlates of trauma-related symptoms in schizophrenia spectrum disorder. *Compr. Psychiatry* 2008;49:330-4.
34. Stampfer HG. "Negative Symptoms": A Cumulative Trauma Stress Disorder? *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 1990;24:516-28.
35. Hardy A. Pathways from Trauma to Psychotic Experiences: A Theoretically Informed Model of Posttraumatic Stress in Psychosis. *Front. Psychol.* 2017;8:697.
36. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am. J. Psychiatry* 2005;162:214-27.
37. Schnyder U, Ehlers A, Elbert T, Foa EB, Gersons BPR, Resick PA, et al. Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *Eur. J. Psychotraumatology* 2015;6:10.3402/ejpt.v6.28186.
38. Shapiro F. Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 1989;20:211-7.
39. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures. 3^e éd. Londres: The Guilford Press; 2018.
40. Stickgold R. EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. *J. Clin. Psychol.* 2002;58:61-75.

41. van den Berg DPG, van der Gaag M. Treating trauma in psychosis with EMDR: a pilot study. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 2012;43:664-71.
42. de Bont PAJM, van Minnen A, de Jongh A. Treating PTSD in patients with psychosis: a within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. *Behav. Ther.* 2013;44:717-30.
43. de Jongh A, ten Broeke E, Meijer S. Two method approach: A case conceptualization model in the context of EMDR. *J. EMDR Pract. Res.* 2010;4:12-21.
44. van den Berg DPG, van der Vleugel BM, Staring ABP, de Bont PAJ, de Jongh A. EMDR in psychosis: Guidelines for conceptualization and treatment. *J. EMDR Pract. Res.* 2013;7:208-24.
45. Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD, Yanos PT, Mahmoud N. Posttraumatic Reactions to Psychosis: A Qualitative Analysis. *Front. Psychiatry [Internet]* 2017 [cité 2024 févr 25];8. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2017.00129>
46. Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol. Med.* 2001;31:189-95.
47. Morrison AP, Beck AT, Glentworth D, Dunn H, Reid GS, Larkin W, et al. Imagery and psychotic symptoms: a preliminary investigation. *Behav. Res. Ther.* 2002;40:1053-62.
48. Eloffson UOE, von Schèele B, Theorell T, Söndergaard HP. Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *J. Anxiety Disord.* 2008;22:622-34.
49. Kratzer L, Heinz P, Schennach R. Significant improvement of posttraumatic stress disorder and psychotic symptoms after inpatient Eye Movement Desensitization and Reprocessing treatment: A case report with 6-month follow-up. *Indian J. Psychiatry* 2017;59:389.
50. Foa EB. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry* 2000;61 Suppl 5:43-8; discussion 49-51.
51. Foa EB. Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry* 2006;67 Suppl 2:40-5.
52. Foa EB. Prolonged exposure therapy: past, present, and future. *Depress. Anxiety* 2011;28:1043-7.
53. van Minnen A, Harned MS, Zoellner L, Mills K. Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *Eur. J. Psychotraumatology* 2012;3.
54. Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2002;70:1067-74.
55. Trappler B, Newville H. Trauma healing via cognitive behavior therapy in chronically hospitalized patients. *Psychiatr. Q.* 2007;78:317-25.

56. Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, Foa EB, Shea MT, Chow BK, et al. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007;297:820-30.
57. Frueh BC, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Wells C. Clinicians' perspectives on cognitive-behavioral treatment for PTSD among persons with severe mental illness. *Psychiatr. Serv. Wash. DC* 2006;57:1027-31.
58. Frueh BC, Turner SM, Beidel DC, Mirabella RF, Jones WJ. Trauma management therapy: a preliminary evaluation of a multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related PTSD. *Behav. Res. Ther.* 1996;34:533-43.
59. Christopher Frueh B, Grubaugh AL, Cusack KJ, Kimble MO, Elhai JD, Knapp RG. Exposure-based cognitive-behavioral treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder: A pilot study. *J. Anxiety Disord.* 2009;23:665-75.
60. van den Berg DPG, de Bont PAJM, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, Van Minnen A, et al. Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015;72:259-67.
61. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behav. Res. Ther.* 2005;43:413-31.
62. Mueser KT, Bolton E, Carty PC, Bradley MJ, Ahlgren KF, DiStaso DR, et al. The Trauma Recovery Group: A Cognitive-Behavioral Program for Post-Traumatic Stress Disorder in Persons with Severe Mental Illness. *Community Ment. Health J.* 2007;43:281-304.
63. Meyer JM, Farrell NR, Kemp JJ, Blakey SM, Deacon BJ. Why do clinicians exclude anxious clients from exposure therapy? *Behav. Res. Ther.* 2014;54:49-53.
64. Mueser KT, Rosenberg SD, Xie H, Jankowski MK, Bolton EE, Lu W, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008;76:259-71.
65. Mueser KT, Gottlieb JD, Xie H, Lu W, Yanos PT, Rosenberg SD, et al. Evaluation of cognitive restructuring for post-traumatic stress disorder in people with severe mental illness. *Br. J. Psychiatry* 2015;206:501-8.
66. Turkington D, Kingdon D, Weiden PJ. Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 2006;163:365-73.
67. Resick PA, Nishith P, Griffin MG. How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectr.* 2003;8:340-55.
68. Jackson C, Trower P, Reid I, Smith J, Hall M, Townend M, et al. Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: A randomised controlled trial of

- cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms. *Behav. Res. Ther.* 2009;47:454-62.
69. Birchwood M. Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 2003;182:373-5.
 70. Pennebaker JW. Writing About Emotional Experiences as a Therapeutic Process. *Psychol. Sci.* 1997;8:162-6.
 71. Bernard M, Jackson C, Jones C. Written emotional disclosure following first-episode psychosis: Effects on symptoms of post-traumatic stress disorder. *Br. J. Clin. Psychol.* 2006;45:403-15.
 72. Sloan DM, Marx BP. A Closer Examination of the Structured Written Disclosure Procedure. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2004;72:165-75.
 73. Sloan DM, Marx BP. Taking Pen to Hand: Evaluating Theories Underlying the Written Disclosure Paradigm. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2004;11:121-37.
 74. Paulik G, Steel C, Arntz A. Imagery rescripting for the treatment of trauma in voice hearers: a case series. *Behav. Cogn. Psychother.* 2019;47:709-25.
 75. Arntz A, Weertman A. Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behav. Res. Ther.* 1999;37:715-40.
 76. Ison R, Medoro L, Keen N, Kuipers E. The Use of Rescripting Imagery for People with Psychosis Who Hear Voices. *Behav. Cogn. Psychother.* 2014;42:129-42.
 77. Valiente-Gómez A, Moreno-Alcázar A, Treen D, Cedrón C, Colom F, Pérez V, et al. EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Front. Psychol.* 2017;8:1668.
 78. Kim D, Choi J, Kim SH, Oh DH, Kim SC, Lee SH. A Pilot Study of Brief Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Treatment of Acute Phase Schizophrenia. *Korean J. Biol. Psychiatry* 2010;17:94-102.
 79. de Bont P a. JM, van den Berg DPG, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van der Gaag M, et al. Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychol. Med.* 2016;46:2411-21.
 80. van Minnen A, van der Vleugel BM, van den Berg DPG, de Bont P a. JM, de Roos C, van der Gaag M, et al. Effectiveness of trauma-focused treatment for patients with psychosis with and without the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 2016;209:347-8.
 81. Steel C, Hardy A, Smith B, Wykes T, Rose S, Enright S, et al. Cognitive-behaviour therapy for post-traumatic stress in schizophrenia. A randomized controlled trial. *Psychol. Med.* 2017;47:43-51.

82. Grubaugh AL, Clapp JD, Frueh BC, Tuerk PW, Knapp RG, Egede LE. Open trial of exposure therapy for PTSD among patients with severe and persistent mental illness. *Behav. Res. Ther.* 2016;78:1-12.
83. Steel C. The acceptability and effectiveness of cognitive behavioural therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder within schizophrenia [Internet]. 2010 [cité 2023 déc 7]; Available from: <http://www.isrctn.com/ISRCTN67096137>
84. McGoldrick T, Begum M, Brown KW. EMDR and Olfactory Reference Syndrome A Case Series. *J. EMDR Pract. Res.* 2008;2:63-8.
85. Laugharne R, Marshall D, Laugharne J, Hassard A. A Role for EMDR in the Treatment of Trauma in Patients Suffering From a Psychosis: Four Vignettes. *J. EMDR Pract. Res.* 2014;8:19-24.
86. van den Berg DPG, de Bont PAJM, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van Minnen A, et al. Trauma-Focused Treatment in PTSD Patients With Psychosis: Symptom Exacerbation, Adverse Events, and Revictimization. *Schizophr. Bull.* 2016;42:693-702.
87. Koopmans EM, Eendebak MH, Knegtering H, Castelein S. [Trauma treatment in a patient with a psychotic disorder]. *Tijdschr. Voor Psychiatr.* 2015;57:604-7.
88. van den Berg DPG, van der Vleugel BM, de Bont PAJM, Staring ABP, Kraan T, Ising H, et al. Predicting trauma-focused treatment outcome in psychosis. *Schizophr. Res.* 2016;176:239-44.
89. Keen N, Hunter ECM, Peters E. Integrated Trauma-Focused Cognitive-Behavioural Therapy for Post-traumatic Stress and Psychotic Symptoms: A Case-Series Study Using Imaginal Reprocessing Strategies. *Front. Psychiatry* 2017;8:92.
90. van den Berg D, de Bont PAJM, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van Minnen A, et al. Long-term outcomes of trauma-focused treatment in psychosis. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 2018;212:180-2.
91. Penninx Quevedo R, de Jongh A, Bouwmeester S, Didden R. EMDR therapy for PTSD symptoms in patients with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and comorbid psychotic disorder: A case series. *Res. Dev. Disabil.* 2021;117:104044.
92. Hardy A, van den Berg D. Healing traumatic memories in psychosis: a response to Sin and Spain (2016). *Psychosis* 2017;9:95-6.
93. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet* 2014;383:1677-87.
94. Steel C. Hallucinations as a trauma-based memory: implications for psychological interventions. *Front. Psychol.* 2015;6:1262.

95. Spinazzola J, Blaustein M, van der Kolk BA. Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *J. Trauma. Stress* 2005;18:425-36.
96. Becker CB, Zayfert C, Anderson E. A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behav. Res. Ther.* 2004;42:277-92.
97. van Minnen A, Hendriks L, Olf M. When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behav. Res. Ther.* 2010;48:312-20.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Version du serment d'Hippocrate revue par l'Ordre des Médecins en 2012

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

TITRE : Impact pronostique de la prise en charge psychothérapeutique du trauma chez les personnes atteintes de schizophrénie : une revue de la littérature

RÉSUMÉ : Les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie sont plus régulièrement confrontées à des expériences traumatiques, expliquant la prévalence élevée de trouble de stress post-traumatique (TSPT) dans cette population. L'influence que pourrait avoir un TSPT comorbide sur le pronostic des personnes ayant une schizophrénie soulève des questions sur la prise en charge et le traitement du TSPT dans cette population. Bien que l'efficacité des psychothérapies centrées sur le trauma soit bien documentée dans la population générale, elle est moins bien établie chez les personnes ayant une schizophrénie. L'objectif de ce travail est de synthétiser les données de la littérature portant sur l'impact pronostique des interventions psychothérapeutiques du trauma chez cette population afin de déterminer si ce traitement permet d'améliorer les symptômes psychotiques, le fonctionnement général et la qualité de vie du patient, en plus de traiter les symptômes post-traumatiques. A partir de la base de données PubMed, une recherche de toutes les études parues jusqu'en mars 2023 a permis d'identifier dix-huit publications. Les résultats obtenus montrent l'impact positif des traitements psychothérapeutiques centrés sur le trauma chez les patients ayant une schizophrénie par rapport aux soins habituels. Les psychothérapies contribuent à l'amélioration des symptômes du TSPT, la diminution des symptômes psychotiques, la réduction de l'utilisation des psychotropes et des services psychiatriques, ainsi qu'une amélioration du fonctionnement global et de la qualité de vie. Des études plus rigoureuses sur le plan méthodologique, avec des périodes de suivi plus longues, seraient nécessaires pour mieux documenter ces bénéfices. Une recherche plus approfondie du lien entre les symptômes traumatiques et psychotiques permettrait de mieux comprendre les mécanismes impliqués dans la diminution des symptômes psychotiques après une psychothérapie centrée sur le trauma.

MOTS-CLÉS : schizophrénie ; symptôme psychotique ; expérience traumatique ; TSPT ; psychothérapies centrées sur le trauma ; intervention psychothérapeutique ; pronostic

DISCIPLINE : Psychiatrie

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R OU DU LABORATOIRE : UFR DES SCIENCES MÉDICALES, UNIVERSITÉ DE BORDEAUX 146 rue Léo Saignat, 33076 BORDEAUX CEDEX