



HAL
open science

Thérapie EMDR chez les patients souffrant d'un trouble psychotique : une revue narrative de la littérature

Yasmine Bendani

► **To cite this version:**

Yasmine Bendani. Thérapie EMDR chez les patients souffrant d'un trouble psychotique : une revue narrative de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04777726

HAL Id: dumas-04777726

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04777726v1>

Submitted on 12 Nov 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.

Année 2024

Thèse N° 3153

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement à Bordeaux le 9 octobre 2024 par

Yasmine BENDANI
Née le 27 janvier 1998 à Talence (33)

**Thérapie EMDR chez les patients souffrant d'un
trouble psychotique : une revue narrative de la
littérature**

Directeur de thèse
Madame le Docteur Camille VANNUCCI

Jury

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Présidente

Madame le Docteur Chantal BERGEY

Juge

Monsieur le Docteur Florian PORTA BONETE

Juge

REMERCIEMENTS

À LA PRÉSIDENTE DU JURY

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur de Psychiatrie, Praticien Hospitalier, Pôle de Psychiatrie d'Urgence et des secteurs du Médoc et d'Arcachon, Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de la richesse et la clarté de vos enseignements que j'ai pris grand plaisir à suivre tout au long de mes études médicales. Votre savoir, votre expertise et vos qualités pédagogiques sont une véritable source d'inspiration. Je vous prie de bien vouloir accepter le témoignage de mon profond respect ainsi que toute ma reconnaissance.

AUX MEMBRES DU JURY

Madame le Docteur Chantal BERGEY

Praticien Hospitalier, Cheffe de Pôle de Psychiatrie d'Urgence et des secteurs Médoc-Arcachon, Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Vous m'avez fait l'honneur de participer à ce jury. Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail et de contribuer à améliorer mes connaissances dans le cadre de cette thèse et tiens à vous présenter mon estime et mon profond respect.

Monsieur le Docteur Florian PORTA-BONETE

Praticien hospitalier, Chef du service "Pathologies, Handicap et Vieillesse", responsable de l'équipe mobile Access, Médecin de l'unité Régionale d'Aquitaine pour l'Anxiété et la Dépression Résistantes (RADAR) Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Vous m'avez fait l'honneur de participer à ce jury. J'ai eu le plaisir et la chance de bénéficier de vos enseignements au sein du D.E.S de psychiatrie. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à cette thèse et tiens à vous présenter ma gratitude et mon profond respect.

À LA DIRECTRICE DE THÈSE

Madame le Docteur Camille VANNUCCI

Praticien Hospitalier, Psychiatre et Médecin Légiste, Praticien Hospitalier, Pôle de Psychiatrie d'Urgence et des secteurs du Médocs et d'Arcachon, Psychiatre, Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail. Je te remercie sincèrement pour ton accompagnement et ta bienveillance tout au long de cette thèse. J'ai énormément apprécié ta disponibilité, ta rigueur et ton soutien. Je te prie d'accepter mes plus sincères remerciements et l'expression de ma profonde gratitude et de tout mon respect.

À MA FAMILLE ET À MES AMIS

À mes parents que ces quelques lignes ne suffiront pas à remercier. Je vous remercie pour votre patience, votre soutien incomparable et vos encouragements durant toutes ces années d'études. J'espère réussir à vous rendre fiers de moi. Sans vous rien de tout cela n'aurait été possible.

À mes frères et sœurs, pour leur amour, leur bienveillance et leur soutien constant. Vous êtes de véritables piliers pour moi. Merci pour toute notre complicité, pour tous ces moments de joie passés ensemble et ceux à venir. Je ne pourrais rêver mieux que des frères et sœurs aussi généreux, drôles, intelligents et perspicaces que vous.

À ma co-interne et amie que j'ai eu le bonheur de rencontrer pendant cet internat. Merci pour ta bienveillance et ta précieuse amitié.

Aux amis, merci pour vos encouragements et d'avoir contribué à rendre cette aventure plus belle et plus légère.

AUX ÉQUIPES SOIGNANTES ET AUX PATIENTS

Au médecins rencontrés au cours de mes études médicales, qui m'ont transmis leur savoir et leurs connaissances avec bienveillance.

À chacune des équipes soignantes qui m'ont accueillies et formées.

Au secrétaire médical d'ERIOS dont l'aide et les conseils m'ont été très précieux lors de la rédaction de cette thèse.

À mes co-internes et à tous ceux qui m'ont soutenue tout au long de mon parcours en médecine.

Aux patients, pour la confiance qu'ils m'offrent et pour le savoir qu'ils m'apportent au quotidien.

Recevez ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Table des matières

INTRODUCTION	7
PARTIE 1 : DÉFINITIONS ET HISTORIQUE	8
I. DEFINITIONS	8
A. <i>Trouble schizophrénique, trouble psychotique</i>	8
B. <i>Trouble de Stress Post Traumatique</i>	8
C. <i>Prévalences et interactions</i>	9
II. HISTORIQUE.....	11
A. <i>Récits légendaires de l'Antiquité au XVII^e siècle</i>	11
B. <i>Guerres de la révolution et de l'Empire : 18^e au 19^e siècle</i>	11
C. <i>Les guerres de la seconde moitié du 19^e siècle</i>	11
D. <i>20^e siècle, évolution de la notion du traumatisme</i>	12
PARTIE 2 : THÉRAPIE EMDR	13
A. <i>Positionnement dans le champ de la psychotraumatologie</i>	13
B. <i>Principales théories explicatives du fonctionnement de l'EMDR</i>	13
a. La stimulation bilatérale alternée	13
b. Mouvements oculaires rapides dans la phase de sommeil paradoxal	13
c. Le réflexe d'orientation.....	14
d. La mémoire de travail	14
e. Changements dans la connectivité interhémisphérique	14
f. Le Thalamic Binding Model, un modèle d'intégration d'informations neuronales	14
PARTIE 3 : REVUE DE LA LITTÉRATURE DE LA THÉRAPIE EMDR POUR LES PATIENTS SOUFFRANT D'UN TROUBLE PSYCHOTIQUE	15
I. METHODOLOGIE DE LA REVUE	15
A. <i>La recherche d'articles</i>	15
B. <i>Équation de recherche par base de données</i>	15
C. <i>Inclusion des articles et diagramme de flux</i>	16
II. RESULTATS.....	17
A. <i>Aperçu des études</i>	17
B. <i>Efficacité de la thérapie EMDR</i>	18
a. Résultats des essais cliniques.....	18
b. Résultats des analyses secondaires des essais cliniques	21
c. Résultats de séries de cas et de rapports de cas.....	24
d. Résultats des revues de la littérature et méta-analyses	30
C. <i>Effets secondaires et complications</i>	32
a. Exacerbation des symptômes et abandon du traitement	33
b. Évènements indésirables.....	36
c. Abréactions pouvant survenir en EMDR	37
D. <i>Expériences des soignants</i>	37

<i>E. Adaptations du protocole standard EMDR</i>	39
a. Spécificités des patients souffrant d'un trouble psychotique et stratégies thérapeutiques associées ...	39
1. Expression faible ou réduite des affects	39
2. Expériences psychotiques et alliance de travail	39
3. Difficultés à suivre les mouvements oculaires	40
4. Capacités cognitives	41
5. Capacité de mémoire de travail réduite	41
6. Thérapeutiques qui bloquent le système cholinergique	42
b. Aménagements des phases EMDR.....	42
1. Aménagements de la phase de préparation (phase 2)	42
2. Choix des cibles de traitement	44
<i>F. Études en cours</i>	51
DISCUSSION ET PERSPECTIVES	54
1. Synthèse des principaux résultats	54
2. Limites des études	55
3. Perspectives	57
CONCLUSION	59
• BIBLIOGRAPHIE	60
• ANNEXES	70
ANNEXE 1 : ÉQUIPEMENTS ET OUTILS EN THERAPIE EMDR	70
ANNEXE 2 : ÉCHELLES ET QUESTIONNAIRES	71
ANNEXE 3 : TABLEAU RESUMANT LES DIFFERENTES PHASES DE LA THERAPIE EMDR	72
SERMENT D'HIPPOCRATE	73

Abréviations (par ordre alphabétique)

ABPS : « *Alternating Bilateral Photic Stimulation* »

AVP : Accident de la Voie Publique

CHR : « *Clinical High Risk for Psychosis* » ou Haut risque clinique de trouble psychotique

CIM : Classification Internationale des Maladies

CN : Cognition Négative

CP : Cognition Positive

DMNs : « *Dysfunctional Memory Network* » ou réseaux de mémoire dysfonctionnels

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

DSM-5 : « *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* »

EMD : « *Eye Movement Desensitization* »

EMDR : « *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* »

EMDRp : « *EMDR for psychosis* »

EP : Exposition Prolongée (en anglais « *Prolonged Exposure* »)

TF-CBT : « *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy* »

HAV : Hallucinations Acoustico-Verbales

ICoNN « *Identifying Cognitions of Negative Networks* »

MID-BIF : « *Mild Intellectual Disability And Borderline Intellectual Functioning* »

MO : Mouvements Oculaires

n : Nombre de sujets étudiés

OR : Odds Ratio ou rapport de côte

QI : Quotient Intellectuel

RDI : « *Ressource Development and Installation* »

REM : « *Rapid Eye Movement* » ou mouvements oculaires rapides

SBA : Stimulations Bilatérales Alternées

SMI : « *Severe Mental Illness* » ou Trouble mental Grave

SRO : Syndrome de Référence Olfactive

SUD : « *Subject Units of Disturbance Scale* » ou échelle de perturbation subjective

TAU : « *Treatment As Usual* » ou traitement habituel

TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales

TFT : « *Trauma Focused Treatment* » ou Traitement Centré sur le Traumatisme

TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique

VoC : « *Validity of Cognition* » ou Validité de la Cognition

WL : « *Waiting list* » ou liste d'attente

INTRODUCTION

Le **traumatisme est à l'origine de nombreuses pathologies**, dont certaines sont spécifiques. Dans de nombreuses situations pathologiques rencontrées en clinique, la présence de traumatismes est perceptible, même s'ils ne sont pas à l'origine du trouble lui-même (1). Le **lien entre le trouble psychotique et le traumatisme** a été étudié dans la littérature, clarifiant ainsi la relation entre les deux (2). Les études récentes ont montré une association robuste entre l'exposition à un traumatisme et le risque de trouble psychotique (3). Entre 50 et 98 % des patients ayant vécu des épisodes psychotiques rapportent avoir été exposés à un ou plusieurs événements traumatisants dans leur vie (4,5). Des méta-analyses récentes montrent que le fait d'avoir été traumatisé pendant l'enfance triple presque la probabilité de développer un trouble psychotique (3,5). La prévalence du TSPT comorbide chez les patients souffrant de trouble psychotique est élevée (12,4-29 %) par rapport à la population générale (moins de 5 %) (6-9). Le **TSPT comorbide est associé à des niveaux de symptômes plus élevés, une durée de traitement plus longue**, et à un fonctionnement social diminué chez ces patients (10,11).

Les **TFT sont encore peu étudiées chez les patients avec un trouble psychotique**. Tant dans la pratique clinique que dans les études, les patients souffrant d'un trouble psychotique et d'un TSPT comorbide ont été largement exclus des TFT, en grande partie en raison de la réticence de nombreux soignants à les utiliser dans cette population (12-14). En effet, dans le cas où le TSPT est diagnostiqué chez des patients souffrant de troubles psychotiques, aucune thérapie n'est proposée (12,15-18). La réticence des soignants est liée à la crainte que le traitement aggrave les symptômes, déstabilise le patient et entraîne des effets indésirables, tels que des tentatives de suicide, des hospitalisations, une revictimisation¹ ou un abandon du traitement (12,21,22).

Cette hypothèse n'est pas soutenue par plusieurs études montrant que les patients souffrant d'une maladie mentale grave réagissent bien aux entretiens portant sur les traumatismes (23). La recherche montre que les patients souffrant de troubles psychotiques ne sont pas davantage perturbés par la révélation de traumatismes et d'expériences aversives que la population générale (24). Les études réalisées concernant l'efficacité des thérapies du traumatisme chez les personnes souffrant de troubles psychotiques sont jusqu'à présent assez prometteuses bien qu'encore rares (5,24-26). Ces études remettent en question les préjugés persistants selon lesquels il existerait une contre-indication aux thérapies du psychotraumatisme pour les patients souffrant de troubles psychotiques (24). Il est donc nécessaire d'étudier davantage l'intégration des thérapies axées sur le traumatisme dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychotiques. L'EMDR est depuis plusieurs années un traitement recommandé pour le TSPT avec un haut niveau de preuve (24,27).

¹ Dans les articles en anglais, ce terme est écrit « *revictimization* ». Nous utilisons le terme « revictimisation » en français, conformément à la traduction adoptée dans plusieurs ouvrages (19,20)

PARTIE 1 : DÉFINITIONS ET HISTORIQUE

I. Définitions

Concernant les définitions des pathologies mentales abordées dans cette étude, nous avons utilisé la classification du DSM, car elle est majoritairement employée dans les études constituant cette revue narrative de la littérature.

A. Trouble schizophrénique, trouble psychotique

Dans le DSM-V, le chapitre « Spectre schizophrénique et autres troubles psychotiques » regroupe plusieurs troubles psychotiques : trouble schizophrénique, trouble psychotique bref, trouble schizophréniforme, troubles délirants persistants, trouble schizoaffectif, trouble psychotique dû à une affection médicale ou induit par une substance, et personnalité schizotypique (28,29). Le trouble schizophrénique, caractérisée par cinq symptômes principaux (idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs) nécessite la présence d'au moins deux d'entre eux pendant un mois pour un diagnostic, dont obligatoirement des idées délirantes, hallucinations, et/ou discours désorganisé (28–30). Les troubles attribuables à des effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, toxique ou médicaments) ou à une condition médicale sont exclus de cette revue de la littérature.

B. Trouble de Stress Post Traumatique

Les deux références permettant de diagnostiquer le TSPT chez un patient, sont le DSM-5 et la CIM-10 (28,31). Toutes les études incluses dans cette revue de la littérature ont utilisé le DSM-5 comme classification diagnostique, c'est pourquoi nous avons fait le choix de retenir le DSM-5 comme référence. Le DSM-5, décrit les critères diagnostiques du TSPT que nous avons résumé dans le tableau suivant.

Tableau des critères diagnostiques du TSPT selon le DSM-5 réalisé à l'aide des sources : (28,29,32)
<i>Critères adaptés aux adultes, adolescents et enfants âgés de plus de 6 ans</i>
A : Exposition à un évènement traumatisant (mort effective, menace de mort, blessure grave, violences sexuelles) d'une (ou plusieurs) des façons suivantes
<ol style="list-style-type: none"> 1. Exposition directe 2. En tant que témoin direct 3. En apprenant des traumatismes vécus par des proches, ou qu'un proche parent ou ami vient de décéder de mort violente 4. Exposition répétée à des détails traumatisants dans un contexte professionnel.
B : Présenter un ou plusieurs des symptômes envahissants suivants
<ol style="list-style-type: none"> 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants provoquant un sentiment de détresse 2. Cauchemars récurrents provoquant un sentiment de détresse 3. Réactions dissociatives (par ex. flashbacks) 4. Détresse psychique intense ou prolongée face à des rappels du traumatisme. 5. Réactions physiologiques marquées lors des rappels du traumatisme.
C : Évitement
<ol style="list-style-type: none"> 1. Évitement des souvenirs, pensées ou des sentiments liés au traumatisme 2. Évitement des éléments externes rappelant le traumatisme
D : Altérations négatives de la cognition et de l'humeur
<ol style="list-style-type: none"> 1. Amnésie dissociative des événements 2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, autrui ou le monde 3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences du traumatisme 4. État émotionnel négatif persistant. 5. Réduction nette de l'intérêt ou de la participation aux activités importantes 6. Sentiment de détachement d'autrui ou d'aliénation 7. Incapacité persistante à éprouver des émotions positives.
E : Altérations de l'éveil et de la réactivité
<ol style="list-style-type: none"> 1. Irritabilité ou accès de colère 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur 3. Hypervigilance 4. Réaction de sursaut exagérée 5. Problèmes de concentration 6. Troubles du sommeil
La perturbation (critères B, C, D, E) dure plus d'un mois, entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans des domaines importants de la vie (social, professionnel etc.), et n'est pas imputable aux effets d'une substance ou d'une affection médicale
Types spécifiques
Avec symptômes dissociatifs : <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dépersonnalisation</u> : Expériences persistantes de sensations de détachement de soi-même, comme observer ses propres pensées ou corps de l'extérieur, sentiment d'être dans un rêve. • <u>Déréalisation</u> : Expériences persistantes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement, vécu comme irréel, onirique, distant ou déformé
À expression retardée : Symptômes apparaissant six mois après l'évènement.

C. Prévalences et interactions

L'interaction entre le traumatisme et le trouble psychotique est largement explorée sous différents angles (33). Les troubles psychotiques et le TSPT peuvent parfois être difficiles à distinguer, car les deux se caractérisent par des expériences intrusives, des symptômes négatifs et des

comportements d'évitement (34). Le traumatisme exerce des influences directes et indirectes sur le développement des symptômes psychotiques, leur sévérité et leur pronostic (4,35,36).

Le risque attribuable à la population pour le trouble psychotique a été calculé à 33 % chez les personnes ayant vécu six adversités durant l'enfance avant l'âge de 5 ans. Cela signifie que, d'un point de vue de la prévention primaire, s'il était possible d'éliminer ces six adversités infantiles, l'incidence des troubles psychotiques serait réduite d'un tiers (3,37). D'après **Shevlin et al. 2007**, les personnes ayant vécu cinq traumatismes ont une probabilité multipliée par 193 de développer un trouble psychotique (37,38). Plus des deux tiers des femmes et plus de la moitié des hommes souffrant de troubles psychotiques signalent des abus sexuels ou physiques dans l'enfance (4). Une méta-analyse a montré que les personnes souffrant d'un trouble schizophrénique sont 3,6 fois plus susceptibles d'avoir vécu un traumatisme sévère dans l'enfance par rapport à celles souffrant d'autres troubles psychiatriques et aux témoins non psychiatriques (39). Il existe des indications que la relation entre le traumatisme et les symptômes psychotiques est de nature causale. Des associations temporelles directes peuvent exister entre l'évènement de vie stressant ou émotionnel et le début des symptômes psychotiques (9). Dans une étude néerlandaise, environ 70% des adultes entendant des voix déclarent que les voix ont commencé après un évènement traumatisant ou hautement émotionnel. Moins de 20 % n'ont jamais été victimes d'abus sexuels ou de négligences émotionnelles dans l'enfance (26,40–42). Même en l'absence d'une association temporelle claire, le contenu ou le thème du symptôme psychotique peut être significativement associé à certains évènements de la vie. Il a été découvert que les HAV sont directement liées à des expériences de vie chez une minorité significative de personnes entendant des voix (43,44). Les symptômes psychotiques et leurs traitements peuvent être traumatisants et conduire à des symptômes de TSPT (9,36). Pour certains patients, les expériences psychotiques elles-mêmes sont traumatisantes au sens propre du terme. Selon la chercheuse japonaise **Akiko Kikuchi**, « *certain patients ne deviennent traumatisés qu'après avoir retrouvé leur stabilité et d'être capables de regarder en arrière sur leurs actions qui se sont produites alors que les phénomènes psychotiques affectaient leur comportement* » (37). Environ la moitié des patients signalent des symptômes de TSPT liés à un épisode psychotique ou à une admission, juste après leur sortie d'un service psychiatrique (45). Il a été constaté que bien que ces symptômes disparaissent spontanément chez certains patients, un an après la sortie, un tiers des patients ressent encore des symptômes de TSPT liés à leur premier épisode psychotique (46). La coexistence du trouble psychotique et du TSPT peut entraîner un **renforcement négatif réciproque des symptômes des deux troubles**, ainsi que de nouvelles traumatisations (36). De plus, les expériences traumatiques peuvent modifier la fonction ou la structure du cerveau, favorisant le développement ou le maintien de la symptomatologie psychotique (9,47). Les patients souffrant de troubles psychotiques rencontrent plus de problèmes avec les délires et les hallucinations, et plus de perturbations dans la vie quotidienne, en cas de TSPT comorbide (29). Les patients souffrant de troubles psychotiques avec un TSPT comorbide vivent des délires plus sévères, ainsi qu'un fonctionnement inférieur dans la vie quotidienne (10).

II. Historique

A. Récits légendaires de l'Antiquité au XVII^e siècle

Le mot « trauma » vient du grec ancien et signifiait blessure (20,48,49). Des récits légendaires datant de deux mille ans avant notre ère décrivent déjà des réactions psychotraumatiques, comme celles des Sumériens après la destruction de Nippur et d'Agadé (20,48,49). En 450 av. J.-C., **Hérodote** relate le cas d'Epizélos, un soldat athénien devenu subitement aveugle en pleine bataille sans blessure physique, ce qui serait aujourd'hui vu comme une réponse somatique au traumatisme (30–33). Il mentionne aussi Aristodème, qui fut jugé lâche pour avoir évité la bataille (37,50). **Hippocrate**, en 420 av. J.-C., consacre un chapitre aux « rêves de bataille » chez les guerriers (20,49). En 40 av. J.-C., **Lucrèce** fait mention de cauchemars traumatiques (20). À l'époque moderne, après le massacre de la Saint-Barthélemy en 1572, le roi Charles IX confie à Ambroise Paré être hanté par des visions de cadavres (49,51). En 1654, Pascal, après un accident évité de justesse, présente des symptômes tels que reviviscences, cauchemars, et isolement (37,48).

B. Guerres de la révolution et de l'Empire : 18^e au 19^e siècle

Pinel et Esquirol ont pris en charge des militaires traumatisés durant les événements de la Révolution Française et des guerres de l'Empire (20,49). Pinel, dans son traité de 1809, décrit la première **névrose traumatique** et répertorie les troubles psychiques liés à la violence des combats (49,52). Ces troubles, préfigurant les névroses de guerre, sont classés par Pinel en idiotisme, manie, mélancolie ou névroses de la circulation et de la respiration, anticipant la névrose traumatique (48,49). Les médecins de la Grande Armée ont décrit le « *syndrome du vent du boulet* », un état confuso-stuporeux chez les soldats épargnés de justesse par un boulet (20,48,49).

C. Les guerres de la seconde moitié du 19^e siècle

Da Costa et Mitchell, médecins durant la guerre de Sécession, décrivent respectivement le « *soldier's heart* » une sorte d'anxiété cardiovasculaire et l'hystérie post-émotionnelle (20,48). En 1866, le chirurgien **Erichsen** théorise le « *railway spine* », attribuant les symptômes des victimes d'accidents de chemins de fer à des microlésions de la moelle épinière, mais l'absence de dommages visibles suggère une forte composante émotionnelle (20,53,54). Au tournant du 19^e siècle, **Charcot** et d'autres médecins ont observé une disproportion entre la légèreté d'un choc physique et la gravité des symptômes. Charcot a étudié ces cas d'hystéro-neurasthénie et a attribué les traumatismes à une prédisposition constitutionnelle ou héréditaire (20,49,55–57). En 1884, **Oppenheim et Robert Thompson** définissent

les « névroses traumatiques » comme des symptômes liés à des traumatismes physiques. Ce diagnostic est critiqué, notamment en raison des craintes de simulation, exacerbées après l'indemnisation des névroses traumatiques en 1889 (49). Entre 1883 et 1888, Oppenheim développe sa théorie, suggérant qu'un accident peut causer une lésion indétectable dans le cerveau ou le système nerveux central (48,55,58). En 1906, **Janet** attribue la pathogénie de l'hystérie traumatique à la dissociation de la conscience (20,49,54). Entre 1892 et 1896, **Freud** explique les attaques hystériques comme des réminiscences de traumatismes psychiques. En 1893, **Freud et Breuer** publient un article sur l'étiologie traumatique de l'hystérie, affirmant que le « moi » réprime les souvenirs douloureux, causant une dissociation. Cependant, en 1896, Freud abandonne cette idée, postulant que les désirs refoulés, souvent sexuels, sont à l'origine des névroses (54).

D. 20^e siècle, évolution de la notion du traumatisme

Pendant la Première Guerre mondiale, des centaines de soldats sont diagnostiqués avec un « *irritable heart* » ou « *cœur irritable* ». L'impact psychologique du traumatisme de la guerre devient connu sous le nom de « *shell shock* » ou « obusite » (59,60). **Wilson** appelle cette condition le « *soldier's heart* » ou « cœur du soldat » et se concentre sur les symptômes cardiaques de la maladie (61). En 1941, **Abram Kardiner** décrit les troubles des vétérans, qu'il appelait « névroses traumatiques » et affirme que le traumatisme est à la fois psychologique et physiologique (20,49,54,62). En 1917, les théories psychodynamiques évoluent vers une pathogénie post-émotionnelle. En septembre 1918, **Freud** aborde les névroses de guerre lors du Ve congrès international de psychanalyse, avec des contributions de **Sándor Ferenczi et Karl Abraham** qui enrichissent l'étude de la névrose traumatique (20,49). Puis, lors de la Seconde Guerre Mondiale, on évite le terme de « névrose de guerre », désormais réservé aux cas les plus graves, au profit du diagnostic d'« *exhaustion* » ou épuisement (20,49). Les psychiatres **Roy Grinker et John Spiegel** estiment que chaque homme a son « *breakdown point* » ou point de rupture, lié à une vulnérabilité psychique personnelle et à des antécédents traumatiques infantiles selon les théories psychanalytiques de l'époque (20,49). En 1972, **Chaim Shatan**, met en avant le « *post Vietnam syndrome* » (63). Dès 1975, les séquelles tardives chez un nombre croissant de vétérans captent l'attention des professionnels et en 1978, un groupe de vétérans du Vietnam, soutenu par les psychanalystes **Robert J. Lifton et Chaim Shatan**, suggère à la commission responsable de la révision du DSM de réintroduire la notion de névrose traumatique sous un nouveau nom : le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT), qui sera officiellement adopté dans la troisième édition du DSM en 1980 (20,49,62).

Avec le temps, les approches évoluent dans les années 80 avec la reconnaissance du TSPT dans le DSM-III. La fin de cette décennie marque une avancée majeure avec la **découverte de l'EMDR** (49).

PARTIE 2 : THÉRAPIE EMDR

A. Positionnement dans le champ de la psychotraumatologie

La thérapie EMDR a été découverte par Francine Shapiro en 1987 lorsqu'elle a observé que des mouvements rapides des yeux réduisaient la charge émotionnelle des souvenirs perturbateurs (62,64). Elle a exploré les études existantes sur les mouvements oculaires (MO) et a référencé une série d'études liant ces MO aux processus cognitifs et à la fonction corticale (65–72). En 1989, la première étude scientifique sur l'EMDR est publiée et en 1990, la méthode connue alors sous le nom d'EMD est renommée EMDR (73). L'EMDR a été étudié à l'aide de divers outils, notamment le **TEP-scanner**, **l'EEG**, **l'IRM fonctionnelle** et plusieurs études ont été menées concernant son impact sur la neuroanatomie et le fonctionnement cérébral. Les études en **TEMP** ont montré une diminution de l'hyperactivité des régions cérébrales symptomatiques corrélée à une amélioration clinique notable (74-77). Une étude en **neuro-imagerie EEG** a mis en évidence un changement dans l'activité électrique cérébrale, qui se déplace des régions frontales et limbiques avant la thérapie vers les régions temporo-occipitales après celle-ci (75,77,78). Des auteurs ont décrit des modifications neuroanatomiques telle qu'une augmentation significative du volume de l'hippocampe après thérapie EMDR en **IRM et IRM fonctionnelle** (75,77,79,80). Un tableau récapitulatif des différentes phases de la thérapie EMDR est disponible en **Annexe 3**.

B. Principales théories explicatives du fonctionnement de l'EMDR

a. La stimulation bilatérale alternée

Une étude a montré que la capacité des patients à accéder à des souvenirs positifs augmentait grâce à la stimulation tactile bilatérale (81). Les MO semblent être plus efficaces que les stimulations auditives (82,83). Des effets physiologiques spécifiques des MO pendant les séances de traitement EMDR ont été identifiés (84–87). La recherche suggère que les MO entraînent une augmentation de l'activité parasympathique et une diminution de l'activation sympathique (88,89). Les MO diminuent l'émotivité et la vivacité des souvenirs (90) et améliorent la récupération de la mémoire (91,92).

b. Mouvements oculaires rapides dans la phase de sommeil paradoxal

Une première hypothèse formulée quant à l'efficacité de l'EMDR est la similitude entre les MO de l'EMDR et les MO rapides du sommeil paradoxal (REM) (72). **Stickgold (2002)**, suggère que les MO produisent une redirection répétée de l'attention induisant une activité neuronale similaire à celle observée pendant le sommeil paradoxal, ce qui permet d'intégrer le souvenir traumatique dans la

mémoire néocorticale (77,93,94). Il a été constaté que le sommeil REM est altéré chez les patients souffrant de TSPT (95). Il a donc été postulé que la stimulation bilatérale pourrait servir de substitut au sommeil insuffisant en phase paradoxale, soutenant la reconsolidation de la mémoire (94).

c. Le réflexe d'orientation

Le **réflexe d'orientation** ou **réponse d'orientation** est un réflexe attentionnel décrit par Pavlov en 1927 qui entraîne la fixation de l'attention dans la direction d'un stimulus nouveau (96). Des auteurs ont proposé un modèle selon lequel les MO activent une réponse d'orientation qui facilite l'accès à la mémoire traumatique sans évitement et entraînent une extinction rapide une fois l'absence de menace immédiate déterminée. Ceci aurait pour effet de produire un « effacement accéléré du matériel traumatique » (77,82,97,98). Des études randomisées ont montré que les MO améliorent la récupération des souvenirs épisodiques (91) et augmentent la flexibilité attentionnelle (77,88,99–101).

d. La mémoire de travail

Une hypothèse propose que l'EMDR agit sur la **mémoire de travail** en demandant au patient d'accomplir une tâche d'attention double, obligeant le patient à partager son attention entre les SBA et l'image traumatique (82,98,102,103). Des études ont montré que l'efficacité de l'EMDR est médié par les perturbations des ressources de la mémoire de travail causées par les MO, réduisant ainsi la vivacité et diminuant l'émotivité de l'imagerie traumatique (102–104).

e. Changements dans la connectivité interhémisphérique

L'hypothèse de la **connectivité interhémisphérique** postule que la stimulation bilatérale active les deux hémisphères, ce qui entraîne une activité neuronale symétrique (105), une meilleure communication interhémisphérique et un traitement de l'information (106). Des chercheurs suggèrent que les MO en EMDR améliorent la récupération de la mémoire épisodique et le traitement de la mémoire associative grâce à une meilleure communication interhémisphérique via le corps calleux (82,107).

f. Le Thalamic Binding Model, un modèle d'intégration d'informations neuronales

Un des mécanismes sous-jacents de la thérapie EMDR pourrait être celui de l'**activation thalamique**, cette hypothèse s'appelle le « *Thalamic binding model* » (103). Les recherches montrent que les patients souffrant de TSPT présentent une activité thalamique réduite (108–110). Le rétablissement de son niveau d'activité antérieur pourrait être possible grâce à la stimulation bilatérale (82). Bergmann a suggéré que les SBA stimulent le thalamus via le cervelet latéral, facilitant l'intégration des informations traumatiques dans les systèmes sensorimoteur, cognitif, émotionnel et mémoriel (111).

PARTIE 3 : REVUE DE LA LITTÉRATURE DE LA THÉRAPIE EMDR POUR LES PATIENTS SOUFFRANT D'UN TROUBLE PSYCHOTIQUE

I. Méthodologie de la revue

Pour mener à bien notre revue systématique, nous avons suivi au mieux les critères énoncés par l'échelle SANRA (112).

A. La recherche d'articles

La collecte des articles a été réalisée en utilisant diverses bases de données et plateformes en ligne : **PubMed, Pascal, Francis, Web of Science, Cochrane Library, APA Psycinfo** et **SantéPsy**. Nous avons utilisé les mots clés suivants : « Stress Post Traumatique », « Post Traumatic Stress Disorder », « TSPT », « PTSD », « Psychotic », « Psychosis », « Psychotic Disorder », « Schizophrenia », « Schizophrenic », « Eye Movement Desensitization And Reprocessing », « EMDR », « Treatment », « Therapy ». Les recherches ont suivi des critères de sélection précis : l'inclusion était limitée aux patients âgés de plus de 16 ans, les publications antérieures à 2000 étaient exclues, et seuls les articles rédigés en français ou en anglais ont été retenus. Les troubles psychotiques induits par une cause somatique ou par la prise de substances n'ont pas été inclus dans cette revue de la littérature.

B. Équation de recherche par base de données

L'équation de recherche que nous avons utilisée sur PubMed est : (« **EMDR** » OR « **Eye Movement Desensitization and Reprocessing** ») AND (« **psychosis** » OR « **psychotic disorder** » OR « **schizophrenia** »). Nous avons utilisé plusieurs combinaisons avec des MeSH distincts. Après le lancement de la recherche, nous avons recueilli 47 articles.

Deux articles ont été exclus sur la seule base de leur titre. Pour la base de données SantéPsy, nous avons utilisé les mots-clés : « **Syndrome post-traumatique** », « **EMDR** », « **schizophrénie** ». Cette équation a rapporté trois articles, parmi lesquels deux que nous avons exclus après lecture du titre.

C. Inclusion des articles et diagramme de flux

Nous avons inclus des articles abordant la prise en charge du traumatisme et du trouble psychotique par la thérapie EMDR. Notre sélection comprenait divers types de publications, y compris des études de cas, des études pré-post intervention, ainsi que des essais contrôlés randomisés et non randomisés, et des essais non contrôlés. À travers l'analyse de ces multiples bases de données, nous avons obtenu un total de 221 articles. Après lecture du titre, nous avons pu éliminer 118 d'entre eux, car ils ne concernaient pas le traitement du TSPT, le trouble psychotique ou se rapportaient à des patients mineurs de moins de 16 ans. Parmi les 103 articles restants, il y avait 49 doublons ou triplets. Nous avons lu les 54 articles restants afin de décider s'ils devaient être conservés pour notre analyse. Finalement, 40 études ont été retenues pour cette revue de la littérature.

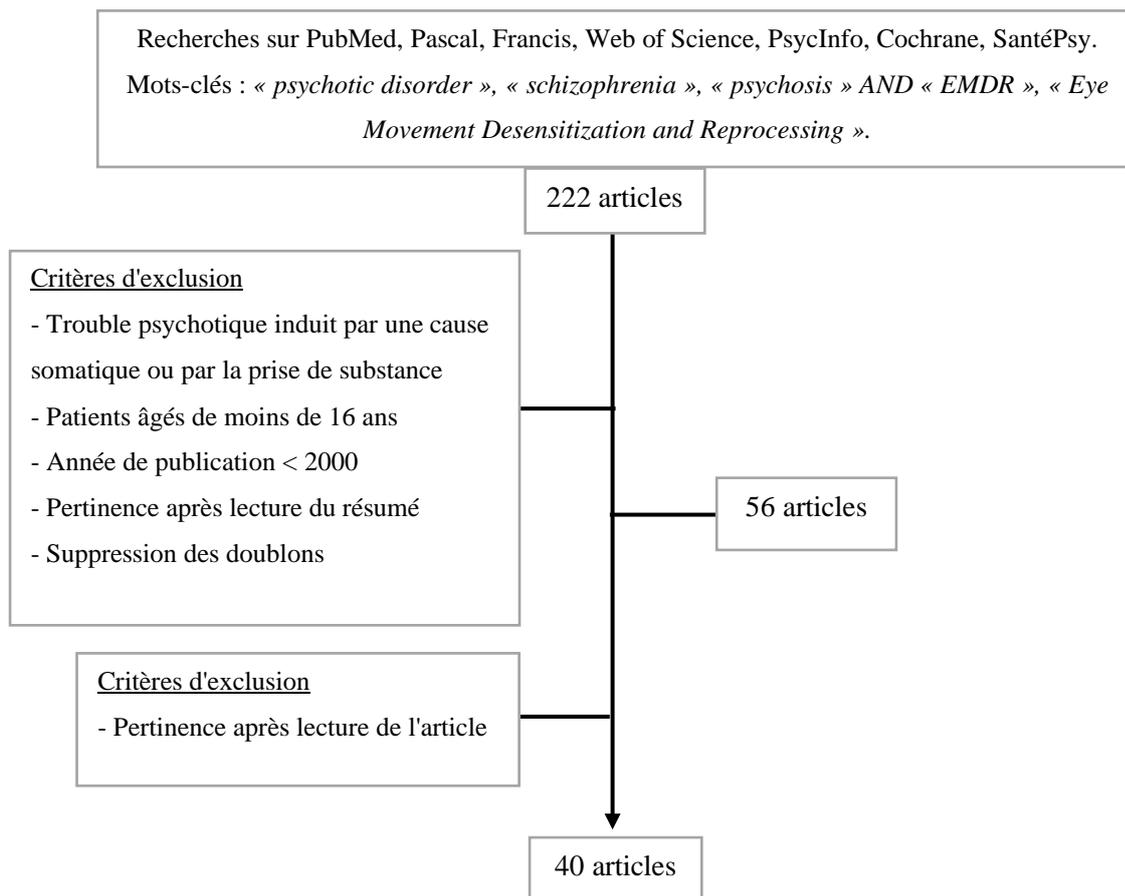


Figure 1 : Flow chart concernant la sélection et l'inclusion des articles utilisés

II. Résultats

A. Aperçu des études

Les premières études examinant l'efficacité et l'innocuité de l'EMDR pour le traitement du TSPT en comorbidité avec des troubles psychotiques ont été réalisées et publiées au début des années 2010. Un chercheur japonais **Kikuchi (2008)** a publié le premier article évalué par des pairs détaillant l'application de la thérapie EMDR chez des patients souffrant d'un trouble schizophrénique. Ce travail n'a pas encore été traduit en anglais (37,118). Les études incluses ont été publiées entre 2008 et 2020. Dix-neuf études ont répondu aux critères d'inclusion de la revue et ont été inclus :

- **Kim et al. 2010** (Corée du Sud) ;
- **Van den Berg & Van der Gaag 2012, De Bont et al. 2013, 2016, 2019, Van Minnen et al. 2016, Van den Berg et al. 2015, 2016a, 2016b, 2018, Mathijssen et al. 2019** (Pays-Bas) ;
- **McGoldrick et al., 2008, Laugharne et al. 2014, Ward Brown et al. 2018, Varese et al. 2024, Marlow et al. 2024** (Royaume-Uni) ;
- **Kratzer et al., 2017** (Allemagne) ;
- **Granier et Brunel (2022)** (France) ;

Nous avons inclus trois revues systématiques de la littérature : **Valiente-Gomez et al. 2017, Sin et Spain (2017)** et **Adams et al. 2020**, une revue de la littérature **Hardy et al. 2024**, une méta-analyse : **Grubaugh et al. 2021**. La majorité des publications provenaient d'auteurs néerlandais. Nous avons inclus des études en cours (non complétées) : **Valiente et Gomez (2019), Valiente et Gomez (2020), Burger et al. 2022, Strelchuk et al. 2020, 2024**.

Nous avons inclus les articles de **Phillips et al. 2020, Van den Berg et al. 2016, Marconi et Polidoro (2018), Van den Berg et al. 2013, De Bont et Geurink (2016), Hardy et Van den Berg (2017), Hardy et al. 2023, Peter Carr (2020), Van der Vleugel (2012), Van der Vleugel (2015)**,

Enfin, **Croes et Staring (2014), Kikuchi et al. 2008** et **White et al. 2020** sont trois études qui ont été incluses mais qui n'étaient pas traduites en anglais. Elles ont été analysées tant que possible à l'aide d'autres articles ou ouvrages d'auteurs ayant écrit à leur sujet.

B. Efficacité de la thérapie EMDR²

a. *Résultats des essais cliniques*

Un groupe coréen **Kim et al. 2010** a réalisé une étude pilote afin d'examiner l'efficacité de l'EMDR chez des patients admis en urgence en hospitalisation pour traiter une décompensation schizophrénique aiguë. Il faut noter que les symptômes de TSPT n'étaient pas indiqués. 45 patients ont été assignés aléatoirement à la thérapie EMDR, à la relaxation musculaire progressive ou au traitement habituel. Les auteurs ont ciblé spécifiquement les symptômes psychotiques plutôt que le TSPT comorbide (24,119). Dans le groupe EMDR, les cibles de traitement incluaient des événements de vie stressants liés à l'admission actuelle, des incidents traumatiques de l'enfance ou de l'âge adulte, des événements indésirables liés au traitement (par exemple une admission involontaire ou un isolement), et l'expérience de symptômes psychotiques perturbants (33,37). Les trois groupes ont montré une **amélioration des symptômes du trouble schizophrénique (PANSS), de l'anxiété (HAM-A) et de la dépression (HAM-D)**, mais l'analyse statistique n'a montré aucune différence significative pour le groupe de traitement habituel seul (33,37,120). De plus, ils n'ont trouvé aucune différence entre les groupes en termes de symptômes psychotiques et dépressifs lors du suivi trois mois plus tard. L'EMDR a été associé à **moins de réadmissions à l'hôpital**, mais cet effet était non significatif. Mais malgré cette absence de différence significative pour les taux de réadmissions, seulement 18% des participants dans le groupe EMDR avaient été réadmis à l'hôpital lors du suivi à 2 ans, comparé à 42% dans le groupe relaxation musculaire progressive et 33% dans le groupe traitement habituel (119,120). L'EMDR a montré une plus grande taille de l'effet sur les symptômes négatifs, atteignant 0.60, comparativement à 0.39 pour la relaxation musculaire progressive et 0.21 pour le traitement habituel. Cette différence n'était pas statistiquement significative. Il n'y a pas eu de cas d'exacerbation des symptômes, ni d'abandon du traitement en raison d'une exacerbation. En résumé, malgré une amélioration générale dans tous les groupes, la thérapie EMDR s'est distinguée par une **efficacité légèrement supérieure dans la réduction des symptômes négatifs**, sans toutefois présenter de différences significatives avec les autres traitements.

Van der Berg et Van der Gaag (2012) ont mené une étude pilote de faisabilité de type essai ouvert non contrôlé sur le traitement EMDR dans un échantillon de 27 patients souffrant d'un trouble psychotique ainsi que d'un TSPT comorbide. Cette étude n'a pas utilisé de randomisation (120). Les auteurs ont montré qu'après un maximum de six séances de thérapie EMDR standard en 8 phases, l'EMDR a été très efficace pour soulager les symptômes de TSPT, sans effets indésirables. De plus, bien qu'ils n'aient pas été directement ciblés, l'anxiété (BAI), la dépression (BDI-II), et l'estime de soi des

² Les détails concernant les échelles utilisées sont présentés en Annexe 2 : Échelles et Questionnaires

patients (SERS-SF) se sont améliorés. Cinq patients sur 22 ayant terminé le traitement (soit 22,7%) remplissaient encore les critères diagnostiques de TSPT après le traitement (26,121). Le taux d'abandon était inférieur à 20%. Les auteurs ont retrouvé que certains patients qui souffraient d'HAV (AHRs) depuis de nombreuses années ont signalé la disparition de celles-ci après la thérapie EMDR. Toutefois, une minorité significative souffrant des HAV les plus sévères n'a montré aucune amélioration. L'idéation paranoïaque et les sentiments de désespoir n'ont également pas montré d'amélioration significative. Les auteurs suggèrent que certaines des HAV ont pu être liées au traumatisme, d'où leur disparition après traitement EMDR (26,33,37,120,122).

De Bont et al. 2013 ont réalisé un petit essai clinique randomisé pilote (essai de faisabilité) sur un échantillon de dix patients souffrant de troubles psychotiques et d'un TSPT comorbide, afin d'évaluer l'efficacité et l'innocuité de la thérapie EMDR et de l'EP dans le traitement du TSPT (5). Les patients ont été randomisés pour de l'EP (n = 5) ou de l'EMDR (n = 5) avec un maximum de 12 séances hebdomadaires de 90 min. Le diagnostic de TSPT a été vérifié en utilisant le CAPS et le PSS-SR. La comparaison des deux traitements n'a révélé aucune différence significative en termes d'efficacité ou de sécurité. Les deux groupes ont atteint une **diminution significative des symptômes de TSPT pendant la phase de traitement**, cet effet a été maintenu dans la phase post-traitement et dans la phase de suivi à 3 mois. Au post-traitement (T2), parmi les huit patients ayant achevé le traitement complet, trois patients du groupe EP et trois du groupe EMDR ne répondaient plus aux critères du TSPT. À T3 (suivi), quatre patients du groupe EP et trois du groupe EMDR ne répondaient plus aux critères de diagnostic. Aucun des patients n'a montré d'augmentation des symptômes psychotiques ou d'autres symptômes psychopathologiques liés au traitement, ni aucun signe de détérioration du fonctionnement social ou d'événements indésirables. Les patients ont été évalués avec le PSYRATS et le GPTS pour les symptômes psychotiques. La « *psychosis proneness* » ou « propension à la psychose » a été évaluée à l'aide de l'échelle O-LIFE. Les auteurs ont trouvé des améliorations significatives post-traitement concernant la « *psychosis-prone thinking* »³ et la psychopathologie générale. Ceci semble indiquer que, plutôt que d'augmenter, ces symptômes comorbides ont tendance à diminuer avec les symptômes du TSPT (5,33,120).

Van den Berg et al. 2015 ont conduit un grand essai clinique contrôlé randomisé en simple aveugle avec un échantillon de 155 patients ambulatoires souffrant de troubles psychotiques (trouble schizophrénique ou trouble schizoaffectif) et de TSPT comorbide, ou de troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques. Les patients ont été répartis aléatoirement en trois groupes : EP, EMDR ou liste d'attente, et ont reçu 8 séances hebdomadaires de 90 minutes. Les symptômes de TSPT ont été évalués avec les échelles CAPS, PSS-SR et PTCI. Les patients des groupes EP et EMDR ont montré une réduction significative des symptômes de TSPT et étaient significativement plus susceptibles de

³ On peut traduire cela littéralement par : « pensée encline à la psychose »

perdre leur diagnostic de TSPT pendant le traitement que ceux en liste d'attente (27,7 %). Les patients en EP (28,3 %) étaient plus susceptibles d'atteindre une rémission complète du TSPT que ceux en EMDR (16,4 % ; non significatif) et ceux en liste d'attente (6,4 %). Il n'y a eu aucune différence significative dans les taux d'abandon entre les groupes de thérapie EP et EMDR, avec respectivement 24,5 % et 20,0 %. Au total, aucune différence significative n'a été détectée entre les thérapies EP et EMDR. La persistance de l'efficacité des traitements a été confirmée lors d'un suivi de six mois pour les deux interventions, EP et EMDR. Concernant les événements indésirables graves, deux événements ont été rapportés en EP, un en EMDR, et quatre en liste d'attente. Le type d'effet secondaire n'a pas été précisé. Cependant, les auteurs n'ont pas considérés que les événements indésirables graves ont été induits par l'étude (115).

De Bont et al. 2019 ont réalisé la première analyse de coût-efficacité sur l'EMDR, comparant trois conditions : EMDR combinée avec le traitement habituel, EP combinée avec le traitement habituel, et le traitement habituel seul, du point de vue économique de la santé. Les auteurs ont utilisé la MINI-PLUS pour confirmer les symptômes psychotiques et le CAPS pour confirmer le diagnostic de TSPT. L'observation a été réalisée sur une période de six mois pour tous les groupes, avec un suivi additionnel de douze mois pour les participants aux interventions EMDR et EP. En comparaison avec la condition sans traitement du TSPT (traitement habituel seul), l'EMDR et l'EP combinées avec le traitement habituel ont entraîné une **amélioration des symptômes de TSPT et psychotiques**, associée à un **gain de santé significativement plus élevé (QALY)** et à **davantage de rémissions du TSPT** pour un **coût total significativement inférieur pour la société** par patient sur une période de six mois : avec une réduction de 1574€ pour l'EMDR et 422€ pour l'EP par patient en 6 mois (123,123). Par rapport à la thérapie EP, l'EMDR a montré une probabilité plus élevée d'élimination du diagnostic. Les bénéfices concernant la réduction des coûts ont été maintenus jusqu'à douze mois. Une limite de l'étude est que les six mois de suivi sont trop courts pour conclure sur les effets à long terme ; la réduction des coûts pourrait s'accroître davantage avec le temps (selon d'autres résultats de l'étude) (123).

Varese et al. 2024 ont réalisé le premier essai contrôlé randomisé visant à évaluer la faisabilité d'une thérapie centrée sur les traumatismes pour les patients souffrant de troubles psychotiques précoces. Les auteurs ont mené un essai clinique randomisé en simple aveugle comparant 16 séances d'**EMDRp** et traitement habituel contre traitement habituel seul. L'**EMDRp** est une adaptation du protocole standard EMDR, avec des phases adaptées ou étendues pour répondre aux besoins des patients souffrant de troubles psychotiques. Ces adaptations ont été décidées sur la base de travaux précédents (24,124,125). L'intervention prévoyait jusqu'à 16 sessions sur 6 mois, dispensées par trois thérapeutes EMDR accrédités, avec des supervisions de groupe. La fidélité du traitement a été notée par deux consultants EMDR. Certaines séances ont été dispensées à distance en raison de la pandémie COVID-19. Les patients des deux groupes ont été évalués au départ, puis 6 et 12 mois après la randomisation. À 6 mois, l'EMDRp a montré des signes prometteurs d'efficacité par rapport au traitement habituel pour les symptômes psychotiques totaux (PANSS), les symptômes de TSPT (PCL-

5, ITQ PTSD), la dépression, l'anxiété (GAD-7, PHQ-9) et l'état de santé général (EQ-5D VAS). À 12 mois, les signes d'efficacité étaient moins prononcés mais restaient robustes pour les symptômes de TSPT et l'état de santé général (125).

Marlow et al. 2024 ont publié très récemment un essai exploratoire pragmatique randomisé contrôlé de l'efficacité de la thérapie EMDR pour les personnes souffrant de troubles psychotiques et ayant un antécédent de traumatisme, dans un service de santé mentale pour adultes (126). Les auteurs ont recruté des patients souffrant de troubles psychotiques, ayant des antécédents traumatiques et intéressés par une thérapie des traumatismes. Les patients ont été randomisés pour recevoir soit l'EMDR, soit le traitement habituel. L'objectif principal de l'étude était d'explorer si l'EMDR peut réduire l'impact des événements traumatiques chez les personnes souffrant de troubles psychotiques ayant un historique rapporté d'expériences traumatiques. L'objectif secondaire était d'explorer si l'EMDR, dans cette population, réduirait les symptômes des troubles psychotiques et du TSPT et améliorerait la qualité de vie. Les échelles utilisées étaient l'IES, la PANSS, le PCL-C, et le MANSAS. Les scores IES ont montré des améliorations significatives dans le groupe EMDR (n = 24) comparé au groupe traitement habituel (n = 12) à 10 semaines et à six mois. Il y a eu des améliorations significatives dans les scores des symptômes négatifs du PCL-C et du PANSS associés au traitement. Toutes les autres échelles ont montré des tendances positives. Les auteurs ont conclu que leur étude semble démontrer que **l'EMDR peut réduire l'impact des événements traumatiques chez les patients souffrants de troubles psychotiques** dans un cadre clinique au Royaume-Uni. Les **améliorations des troubles psychotiques ont persisté pendant six mois après la thérapie** (126).

En Chine l'équipe de **Zhao et al. 2023** ont mené un essai clinique randomisé pour évaluer l'efficacité et la sécurité de l'EMDR chez des patients à haut risque de trouble psychotique (« ARMS ») avec un TSPT comorbide. La phase prodromale ARMS est un indicateur précoce, avec 22 % des patients présentant un ARMS développant un trouble psychotique en un an et 36 % en trois ans. Les patients ont été divisés en deux groupes : EMDR (n = 28) et liste d'attente (n = 29). Après 12 semaines de traitement EMDR, les résultats ont montré une réduction significative des scores CAPS, des symptômes psychotiques, et une plus grande probabilité de rémission du CHR dans le groupe EMDR comparé au groupe liste d'attente (60,7 % contre 31 %). Cependant, aucun changement significatif n'a été observé pour les hallucinations auditives et le fonctionnement social. Cette étude est encourageante quant à l'efficacité de l'EMDR pour les patients à haut risque de trouble psychotique avec un TSPT comorbide, soulignant pour les auteurs, l'importance **d'intégrer un volet axé sur le traumatisme dans les interventions précoces** (11).

b. Résultats des analyses secondaires des essais cliniques

L'étude de **Van den Berg et al. 2016a** est une analyse secondaire de leur recherche de 2015 (115). L'analyse s'est concentrée sur l'exacerbation des symptômes, les événements

indésirables, et la victimisation après le traitement et lors d'un suivi réalisé à 6 mois. En outre, les auteurs ont examiné l'exacerbation des symptômes suivant l'initiation du TFT, et ont étudié la relation entre cette exacerbation et l'abandon du traitement par les patients. L'évaluation de l'exacerbation des symptômes du TSPT et du trouble psychotique a été réalisée à l'aide d'outils tels que le **CAPS**, le **PSS-SR**, le **GPTS**, le **BDI-II**, et l'**AHRS**, en plus de mesurer l'idéation paranoïaque, les hallucinations auditives, la dissociation, et l'idéation suicidaire après les premières séances de TFT. Les auteurs ont procédé à une évaluation des événements indésirables à divers instants de l'étude. Les patients en EP ou en EMDR étaient significativement **moins susceptibles de subir des événements indésirables, ou une revictimisation que ceux en liste d'attente**. L'exacerbation des symptômes était plus fréquente dans le groupe liste d'attente que chez les patients recevant le TFT. L'idéation paranoïaque et la suicidalité ont significativement diminué lors de la première séance de TFT, et l'idéation paranoïaque ainsi que les symptômes dissociatifs ont diminué lors de la deuxième séance. Une réduction de la sévérité des symptômes de TSPT pendant la période de traitement était associée à une réduction significative de la revictimisation lors du suivi. Cela semblait suggérer aux auteurs que le traitement efficace du TSPT peut protéger les individus contre une victimisation ultérieure. Après les premières séances de traitement, une exacerbation des symptômes de TSPT était rare, et il n'y avait pas d'augmentation des hallucinations, de la dissociation, ni de l'idéation suicidaire. Pendant cette période, la paranoïa a significativement diminué et l'abandon du traitement n'était pas lié à une exacerbation des symptômes (115,116).

De Bont et al. 2016 est une sous analyse de l'étude de Van den Berg et al 2015 (113,115). Cette étude a montré que les thérapies EP et EMDR étaient significativement associées à une **diminution de la sévérité des pensées paranoïaques** (évaluées par le GPTS), à une **augmentation des taux de rémission pour les troubles psychotiques** (évalués par les scores SCI-SR-PANSS) par rapport à la liste d'attente. Cet effet n'a pas été maintenu à 6 mois ou 12 mois de suivi pour le groupe EMDR (113). La gravité des HAV (évaluées par l'AHRs) a diminué mais de manière non significative, et il n'y avait pas de différence entre le groupe EMDR et la liste d'attente. La thérapie EMDR et l'EP ont entraîné une diminution des symptômes psychotiques, particulièrement des idées paranoïaques, par rapport au groupe liste d'attente (127). La diminution significative et durable de la gravité des pensées paranoïaques après le traitement était attendue et était conforme aux résultats d'études pilotes (5,26). Ainsi bien que les symptômes psychotiques n'aient pas été directement abordés dans ces traitements, la gravité des pensées paranoïaques a diminué de manière significative et les taux de rémission des troubles psychotiques ont augmenté. Le TFT était **significativement associé à moins d'exacerbation des symptômes et à moins d'événements indésirables** pendant le traitement comparativement au groupe liste d'attente, y compris lors des premières séances de traitement (113).

L'article de Van den Berg et al. 2018, présente l'analyse secondaire de l'essai de Van den Berg et al, 2015 (115). Pour ce rapport, les auteurs ont comparé les résultats du suivi à 12 mois pour l'EP et l'EMDR avec les résultats à 6 mois pour tester si les effets du traitement persistaient sur le long terme. La présente étude montre que ces effets se maintiennent lors du suivi à 12 mois. Plus

spécifiquement, il n'y avait pas de différence entre le suivi à 6 mois et à 12 mois en ce qui concerne le TSPT évalué par le clinicien (CAPS), de TSPT auto-évalué (PSS), de dépression (BDI), de pensées paranoïaques (GPTS), d'HAV (AHRS), de délires (DRS) ou du nombre de participants en rémission de trouble schizophrénique. Ainsi, les résultats observés au suivi à 6 mois concernant les symptômes de TSPT, dépressifs, ainsi que les symptômes positifs tels que les délires et les HAV, sont restés identiques au suivi à 12 mois. Il a été retrouvé une réduction significative de la sévérité des cognitions post-traumatiques (PTCI) entre 6 et 12 mois pour le groupe EP mais pas dans le groupe EMDR. De plus, aucune différence significative n'a été détectée entre les deux groupes. Les auteurs ont observé une détérioration du fonctionnement social chez les groupes EP et EMDR baisse du niveau de fonctionnement social. Les détails de cet effet indésirable sont présentés dans la section *Partie 3 II. C. Effets secondaires ou complications* (127,128).

Les études mentionnées précédemment ont pour la plupart noté comme limite l'absence de réalisation de dépistage des troubles dissociatifs. Comme dans l'étude de De Bont et al. 2013, aucune mesure de dissociation n'a été incluse dans le design du traitement de Van der Berg et al. 2015 (5,115). Ainsi, des interrogations subsistent concernant l'innocuité et l'applicabilité de l'EMDR chez les patients présentant le sous-type dissociatif du trouble de stress post-traumatique. Ces patients présentent souvent une inhibition de la région préfrontale médiane des régions limbiques, essentielle à la régulation des émotions, conduisant à une surmodulation émotionnelle (117,129). Du fait de ces capacités réduites de régulation émotionnelle, les patients avec le sous-type dissociatif ont été exclus des TFT (130). L'hypothèse formulée était que, leur capacité à activer les réseaux de peur étant altérée, le traitement centré sur le traumatisme serait inefficace dans cette population (129).

Van Minnen et al. 2016 est une analyse secondaire de De Bont et al. 2013. Les auteurs ont analysé un sous-échantillon de 108 patients et ont évalué l'efficacité de l'EP et EMDR pour les patients souffrant de troubles psychotiques **avec et sans le sous-type dissociatif de TSPT**. Ce diagnostic a été établi en tenant compte des items déréalisation et/ou dépersonnalisation sur le CAPS (117,119). Il a été retrouvé que 24,1 % de l'échantillon remplissait les critères du sous-type dissociatif, soit une proportion comparable à celles d'autres études. Les patients avec le sous-type dissociatif ont montré des symptômes de TSPT significativement plus sévères avant traitement. Cependant les résultats étaient similaires pour les symptômes du TSPT indépendamment du sous-type de TSPT, ce qui indique qu'**il n'y a pas d'impact significatif de la dissociation sur l'efficacité des interventions**. Le taux d'abandon était de 26,9% pour les patients avec un sous-type dissociatif et de 20,07% pour ceux sans ce sous-type, ce qui indique qu'il n'y avait pas de différence significative en termes d'abandon, suggérant que la TFT n'est pas insupportable pour les patients présentant un sous-type dissociatif (117,127). Les patients avec le sous-type dissociatif ont montré des symptômes de TSPT significativement plus sévères avant la thérapie. Les auteurs concluent qu'il n'y aurait pas de nécessité d'écarter ces patients des TFT ni de les préparer avant le traitement (117,121). La thérapie EMDR pour des patients présentant une forme dissociative

de trouble psychotique pourrait bénéficier plus pleinement des mêmes adaptations que celles appliquées aux patients souffrant de troubles dissociatifs diagnostiqués (33,131).

Van den Berg et al. 2016b (132) ont publié une étude basée sur des analyses secondaires de leur recherche de 2016 (n = 108) (116). Cette étude visait à déterminer la valeur prédictive de plusieurs facteurs initiaux caractérisant les patients souffrant de troubles psychotiques, susceptibles d'influencer le résultat du TFT ou l'abandon du traitement. Les symptômes psychotiques étant le principal critère d'exclusion, les auteurs ont intégré les symptômes les plus représentatifs du trouble psychotique. Les variables indépendantes recueillies comprenaient : *la sévérité des symptômes de TSPT et de l'idéation paranoïaque, la présence d'hallucinations verbales auditives, de symptômes négatifs, d'un risque de suicide modéré à élevé, d'adversités récentes, l'indice de capacité de la mémoire de travail, et la dose équivalente de chlorhydrate de chlorpromazine*. Les auteurs ont constaté que la sévérité initiale des symptômes de TSPT prédit fortement la sévérité post-traitement. Les participants avec des symptômes plus sévères au départ ont montré une réduction plus importante des symptômes après le traitement (132). Après correction pour la sévérité initiale des symptômes de TSPT, le modèle avec les sept variables initiales n'expliquait pas de manière significative la variance dans les résultats post-traitement. Néanmoins, la présence d'HAV contribuait de manière unique aux résultats post-traitement. Bien que les HAV ne représentent qu'une part relativement petite de la variation globale des résultats du traitement (5,4% de la variance), elles ont été identifiées comme ayant un effet distinct sur les résultats post-traitement. Cela suggère que les HAV ne doivent pas nécessairement être vues comme des contre-indications au traitement (132). Ainsi les marqueurs de base de l'instabilité (idéation suicidaire et adversités récentes) ne semblent pas influencer le résultat du traitement TFT ou l'abandon (133,134). Cela est souligné par l'observation que le traitement TFT semble avoir un effet stabilisateur sur les patients souffrant de troubles psychotiques dans l'essai parent de cette étude, en ce que l'application du traitement TFT était associée à moins d'adversités et moins d'exacerbations des symptômes parmi les participants (116). Dans l'échantillon actuel, la capacité de mémoire de travail et les équivalents de dose d'hydrochloride de chlorpromazine étaient sans rapport avec le résultat du traitement et l'abandon. Les auteurs concluent que les facteurs spécifiques du trouble psychotique, détaillés plus tôt, ne devraient pas mener à l'éviction des patients souffrant de troubles psychotiques des traitements centrés sur le traumatisme. En revanche, ils devraient plutôt conduire à une adaptation de ces traitements. Les auteurs suggèrent que cette catégorie de patients pourrait bénéficier du fait de recevoir plus de huit séances de traitement, particulièrement en ce qui concerne les patients les plus complexes (132).

c. Résultats de séries de cas et de rapports de cas

Laugharne et al. 2014 ont réalisé une étude de cas sur quatre patients souffrant d'un trouble psychotique (cf. tableau 1 à la page suivante). Les patients ont suivi une thérapie EMDR, selon le protocole standard en huit phases, afin de traiter leurs symptômes de symptômes de TSPT (135).

Patient	Diagnostic et symptômes	Intervention	Résultats	Suivi
1 : 28 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble schizophrénique - Idées délirantes de persécution - Hallucinations 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 séances d'EMDR - Ciblant souvenir AVP à 19 ans - Type de SBA = MO 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de la perturbation liée au souvenir de l'accident, - Amélioration du sommeil, de la qualité de vie et du fonctionnement général, - Réduction significative de la dépression et de l'anxiété. 	À 6 ans : amélioration significative du fonctionnement global et réduction de l'utilisation des services de santé
2 : 32 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble bipolaire avec symptômes psychotiques - Idées délirantes d'empoisonnement - Hospitalisations pour épisodes maniaques 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 séances d'EMDR ciblant souvenir d'une intervention médicale - Type de SBA = MO 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction importante de la perturbation et de la détresse liée au souvenir ciblé - Diminution des flashbacks et cauchemars, - Amélioration des troubles du sommeil, de la qualité de vie et du fonctionnement global 	À 5 ans : a connu une rechute
3 : 28 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble schizophrénique - Délires de persécution, - Symptômes anxieux et dépressifs 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 séances d'EMDR ciblant événement traumatique (pas témoin direct) - Type de SBA = MO 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de la détresse associée aux images traumatiques, - Diminution des idées délirantes de persécution et des pensées paranoïdes, - Amélioration du sommeil et réduction cauchemars 	À 3 ans : amélioration fonctionnement global, persistance pensées intrusives, une rechute lors arrêt médication
4 : 22 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble psychotique non spécifié 	<ul style="list-style-type: none"> - 2 séances d'EMDR ciblant événement traumatique à 19 ans (en lien avec la police) - Type de SBA non précisé 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution quasi-totale des attaques de paniques, - Réduction des pensées paranoïdes, - Diminution de la détresse associée au souvenir. 	À 4 ans : nouveaux épisodes psychotiques, (mais disparition des délires initialement ciblés par l'EMDR)

Tableau 1 : Tableau décrivant l'étude de cas de Laugharne et al. 2014 (136).

Les auteurs ont rapporté une persistance de l'amélioration des symptômes de TSPT lors des suivis à trois ans et à six ans (135). L'utilisation de la thérapie EMDR était associée à une diminution des symptômes négatifs et délirants, une amélioration des symptômes du TSPT durable, persistant lors des évaluations réalisées trois et six ans après le traitement (120,136). Un patient a rechuté une fois pendant un suivi de 5 ans (patient 2) et une personne a rechuté une fois pendant un suivi de 3 ans après avoir temporairement arrêté les médicaments antipsychotiques (patient 3) (120).

Ward Brown et al. 2018 ont réalisé une étude de cas sur un échantillon de deux patientes souffrant de TSPT et d'un premier épisode psychotique (cf. tableau 2 à la page suivante). Les auteurs ont monitoré les symptômes en pré, post-traitement et lors du suivi à 6 mois (124,127). Les deux patientes ont suivi un protocole incluant les modules EMDR et TF-CBT. Un des six modules impliquait de travailler sur le développement de ressources, telles que différentes manières de gérer les HAV, ainsi que des techniques de régulation émotionnelle. Les auteurs ont observé une amélioration de tous les symptômes, avec une amélioration significative des symptômes de TSPT. Aucun des deux patients n'a abandonné le traitement (124,127). Les deux patientes ont obtenus des réductions cliniquement significatives des niveaux de TSPT et une amélioration de l'humeur. Pour une des patientes, on notait

que les scores de colère et de dégoût ont augmenté à la fin du suivi à 6 mois par rapport à la mesure après traitement, tout en restant inférieurs au niveau du pré-traitement. Les auteurs ont donné une grande importance à la stabilisation et à la préparation des patientes avant les thérapies (124).

Patient	Symptômes	Interventions EMDR et TF-CBT	Résultats	Suivi
1 : 20 ans	- HAV, troubles du sommeil, flashbacks, idées suicidaires, automutilation, ruminations anxieuses	34 sessions au total, EMDR : approche de la première méthode, SBA = MO	Réduction des symptômes TSPT, dépression et anxiété, amélioration modérée PSYRATS	À 6 mois : amélioration des symptômes poursuivie, diminution PSYRATS plus importante. CAPS : asymptotique. Amélioration globale qualité de vie, retour au travail. Arrêt spontané des antipsychotiques
2 : 17 ans	HAV et hallucinations visuelles, Flashbacks, dissociation, troubles du sommeil importants, anxiété, symptômes dépressifs	32 sessions au total, EMDR : approche de la deuxième et troisième méthode <u>Type de SBA :</u> pulsateurs bilatéraux	Améliorations notables de IES-R, du BDI, du BAI et du WSAS, faible amélioration du PSYRATS Réduction sur le BES de la peur, tristesse, dégoût, de la colère	À 6 mois : maintien de la diminution de la peur et de la tristesse sur le BES, augmentation des niveaux pré traitement de la colère et du dégoût amélioration des relations intra-familiales et meilleure acceptation des HAV

Tableau 2 : Tableau décrivant l'étude de cas de Ward Brown et al. 2018 (124)

L'article de **Penninx Quevedo et al. 2021** (cf. tableau 3 à la page suivante) est une étude de cas qui examine si la thérapie EMDR serait associée à une réduction des symptômes du TSPT, des symptômes psychotiques, et de la psychopathologie générale, ainsi qu'à une amélioration du fonctionnement général chez les patients ayant une déficience intellectuelle légère ou un fonctionnement intellectuel limite⁴ « *MID-BIF* » et souffrant de TSPT et d'un trouble psychotique comorbide, tandis qu'aucun effet secondaire grave ne se produirait (137). L'éligibilité était établie si le patient répondait aux critères d'un trouble psychotique actuel tel qu'évalué par le **Mini PAS-ADD** (136,138). Le TSPT était évalué par le « *Adapted ADIS-C PTSD-ID-Adults* ». Des évaluations hebdomadaires des symptômes de TSPT ont été réalisées avant, pendant et après le traitement. Six patients âgés de 30 à 65 ans et présentant une déficience intellectuelle légère à limite étaient inclus (cf. tableau 4 à la page suivante). Ils souffraient de troubles psychotiques et avaient été exposés à divers événements traumatiques au cours de leur vie. Les patients étaient traités entre deux années jusqu'à plus de vingt années. Le traitement EMDR a consisté en un maximum de douze sessions de 90 minutes. Lors d'une réunion introductive avant la phase initiale, pour chaque participant, le thérapeute a réalisé une conceptualisation de cas basée sur les symptômes actuels du patient, en spécifiant les souvenirs des événements perturbants étiologiques et/ou aggravants à l'aide d'une chronologie pour structurer l'ordre des souvenirs à cibler. Les thérapeutes EMDR étaient supervisés par un formateur EMDR. Après la sélection des cibles, le **protocole EMDR standardisé et la manuel en 8 phases pour les enfants et les adolescents** (jusqu'à 18 ans) a été adapté (139). Le protocole complet en huit phases a été appliqué, avec

⁴ C'est-à-dire ayant un QI compris en 50 et 85

la seule exception étant l'installation d'un lieu sûr ou toute autre forme de stabilisation (140). De même, le protocole à trois volets a été utilisé dans la conceptualisation de cas. Un arrêt prématuré (avant les 12 séances) était permis si le score SUD⁵ était à 0 pour toutes les cibles. Ensuite, l'« *Adapted ADIS-C PTSD-ID-Adults* » a été utilisé pour déterminer si un participant répondait toujours à la classification du TSPT selon le DSM-5 (141). Les échelles utilisées pour mesurer les symptômes psychotiques avant, après le traitement et au suivi, étaient le PSYRATS, AHRS, DRS, les auteurs ont également utilisé les échelles BSI et HoNOS pour monitorer respectivement la psychopathologie générale ainsi que la santé mentale globale et le fonctionnement social (137).

Patient	Diagnostic	Intervention	Résultats après traitement	Suivi à 3 mois
1 : 60 ans	- Trouble schizoaffectif, - TSPT, - Fonctionnement intellectuel limite	EMDR : 9 sessions	- Perte du diagnostic TSPT, - Diminution de la sévérité des symptômes psychotiques - Diminution significative de la psychopathologie générale	- Maintien des résultats - Diminution de la sévérité des symptômes psychotiques - Amélioration du fonctionnement général
2 : 65 ans	- Trouble schizophrénique, - TSPT, - Déficience intellectuelle légère	8 sessions EMDR	- Perte du diagnostic de TSPT, - Augmentation non significative du score AHRS (de 6 à 8) - Diminution significative de la psychopathologie générale	- Maintien des résultats - Diminution de la sévérité des symptômes psychotiques - Amélioration du fonctionnement général
3 : 30 ans	- Trouble schizophrénique, - TSPT, - Déficience intellectuelle légère	7 sessions EMDR et 1 session manquée	- Perte du diagnostic de TSPT, - Diminution de la sévérité des symptômes psychotiques - Diminution significative de la psychopathologie générale	- Maintien des résultats - Amélioration du fonctionnement général
4 : 52 ans	- Trouble psychotique bref, - TSPT, - Fonctionnement intellectuel limite	8 sessions EMDR	- Perte du diagnostic de TSPT, - Diminution de la sévérité des symptômes psychotiques - Diminution significative de la psychopathologie générale	- Maintien des résultats - Amélioration du fonctionnement général
5 : 33 ans	- Trouble psychotique non spécifiée, - TSPT, - Fonctionnement intellectuel limite	2 sessions EMDR	- Perte du diagnostic de TSPT, - Augmentation non significative du score AHRS	- Maintien des résultats - Diminution de la sévérité des symptômes psychotiques - Diminution significative de la psychopathologie générale - Amélioration du fonctionnement général
6 : 31 ans	- Trouble schizophrénique, - TSPT, - Fonctionnement intellectuel limite	3 sessions EMDR manquées, sessions de traitement non fini	- Augmentation significative de la psychopathologie générale	- Pas d'amélioration du fonctionnement général

Tableau 3: Tableau décrivant les résultats de l'étude de cas de Penninx Quevedo et al. 2021(137)

⁵ cf. Annexe 1, figure 5 : Échelle SUD

Les cinq patients ayant terminé le traitement ont montré une diminution significative du nombre de symptômes de TSPT et ne remplissaient plus les critères du TSPT après traitement et au suivi à 3 mois. Ils ont eu une diminution des symptômes psychotiques, une diminution significative de la psychopathologie générale, et une augmentation du fonctionnement général et social. Les résultats ont été maintenus lors du suivi à 3 mois. Aucun des six participants n'a abandonné la thérapie, et cinq d'entre eux ont terminé le traitement plus tôt. Parmi ces cinq patients, aucun événement indésirable grave n'a été constaté, et les patients n'ont pas montré d'aggravation des hallucinations, des idées délirantes ou de la psychopathologie générale ou du fonctionnement social (135,137). La sixième patiente n'a pas complété le traitement EMDR et remplissait toujours les critères de TSPT après celui-ci. La patiente a montré une augmentation de la psychopathologie générale, contrairement aux autres participants atteints d'une déficience intellectuelle légère. Une intervention de crise et des changements de médication ont été nécessaires, entraînant un arrêt précoce du traitement EMDR (trois sessions ont été manquées par la patiente). Les auteurs précisent que cela n'était pas le résultat de la thérapie EMDR sans fournir d'explication alternative à cette détérioration de l'état clinique (137).

Kratzer et al. 2017 est une étude de cas unique, dans laquelle les auteurs ont utilisé le protocole EMDR standard en huit phases afin de traiter les symptômes psychotiques de leur patiente. La patiente, âgée de 53 ans et souffrait d'un trouble de la personnalité schizotypique et d'un TSPT, présentait une symptomatologie traumatique et dissociative ainsi que psychotique. L'intervention comprenait seize sessions individuelles de TCC de 50 minutes, suivies de dix sessions supplémentaires d'EMDR. Les auteurs ont ciblé une hallucination récurrente de désintégration corporelle et de violation des limites corporelles. L'EMDR a aidé la patiente à former des cognitions positives (CP) et a significativement réduit les émotions aversives (142). La thérapie EMDR a permis une diminution des symptômes délirants et négatifs. Le score PANSS a diminué de 64 à 46, montrant une amélioration cliniquement significative. Une réduction significative des intrusions sur l'IESR a été observée à 6 mois, accompagnée d'une diminution des symptômes d'évitement et d'hypervigilance. La patiente a également signalé une amélioration des symptômes dépressifs, anxieux, et des difficultés interpersonnelles. L'EMDR a permis une réduction de l'usage de psychotropes, une amélioration du fonctionnement social et général, et une réduction de l'utilisation des services de santé mentale (120,122,142).

Granier et Brunel (2022) ont présenté le cas d'un patient de 35 ans souffrant d'un trouble schizophrénique chimiorésistant et suivi depuis 4 ans. À son entrée, le patient présentait des HAV, des hallucinations visuelles et cénesthésiques évoluant depuis plus de 6 mois, malgré un traitement antipsychotique. Lors d'une hospitalisation pour une décompensation délirante majeure, le patient rapporte des antécédents traumatiques survenus durant son enfance. Une séance d'EMDR, selon le protocole standard, a permis au patient de retrouver d'autres souvenirs traumatiques par association durant les séquences de SBA. Cette séance a résulté en une rémission complète du trouble délirant et du syndrome de désorganisation/dissociation en 8 semaines. À 12 mois, la PANSS avait diminué à 35 (contre 113 avant le traitement) permettant d'interrompre le traitement antipsychotique sans

rechute ou décompensation à 18 mois. 22 mois après l'arrêt des traitements, le patient restait asymptomatique. Cette rémission complète a conduit les thérapeutes à remettre en question le diagnostic initial du patient et à suggérer que ses symptômes psychotiques étaient en réalité des symptômes dissociatifs. Les auteurs s'étonnaient cependant que ceux-ci n'aient pas été dépistés par les échelles de trouble dissociatif réalisées en pré-traitement (143).

McGoldrick et al. 2008 ont rapporté les cas cliniques de quatre patients pour lesquels ils ont réalisé une thérapie EMDR pour traiter un syndrome de référence olfactive (SRO), un sous-type de trouble délirant dans lequel persiste une croyance fautive et continue sur l'émission d'odeurs corporelles anormales, nauséabondes et offensantes pour les autres (cf. tableau 4 ci-dessous) (122,144). Les patients souffraient des symptômes de SRO depuis une période variant de huit à quarante-huit années (122,144). L'administration de la thérapie EMDR a consisté à retraiter diverses expériences de vie qui semblaient avoir causé ou précipité la pathologie. Les patients ont tous suivi le protocole EMDR standard en huit phases (à l'exception du premier patient qui utilisait le protocole EMDR décrit dans les premiers articles de Shapiro (145,146).

Patient	Symptômes	Traitements	Intervention	Résultats	Suivi
1 : 42 ans	- Retrait social, - Compulsions de lavage et de vérifications, - Hospitalisations pour suicidalité	- Antipsychotique - Antidépresseur - Correcteur anticholinergique	2 séances EMDR ciblant des souvenirs liés à la pathologie	Résolution complète des symptômes	À 6 mois : arrêt du traitement psychotrope À 10 ans : asymptomatique et reprise du travail
2 : 30 ans	- Compulsions de lavage et de vérifications, - Anxiété, - Symptômes dépressifs	- Antipsychotique - Antidépresseur	3 séances EMDR ciblant antécédent traumatique	Résolution de certains symptômes, diminution traitement antipsychotique	À 6 mois : résolution complète des symptômes, amélioration du fonctionnement social
3 : 31 ans	- Compulsions de lavage et de vérifications, - Épisodes dépressifs,	- Antidépresseur	3 séances EMDR ciblant un souvenir lié à la pathologie	Résolution complète des symptômes	À 5 ans : persistance des épisodes dépressifs, arrêt du traitement antipsychotique, disparition des idées délirantes
4 : 60 ans	- Symptômes dépressifs , - Antécédents de deux tentatives de suicide	- Antipsychotique - Antidépresseur - ECT, - <i>deep insulin therapy</i> ⁶ - <i>stereotactic leucotomy</i> ⁷	1 séance EMDR ciblant un événement traumatique lié à la pathologie	Résolution complète des idées délirantes, amélioration du fonctionnement social	À 5 ans : pas de rechute

Tableau 4 Tableau décrivant l'étude de cas de McGoldrick et al. 2008 (144)

⁶ *Deep insulin therapy* : La thérapie par choc (ou coma) insulinique était une forme de traitement psychiatrique dans laquelle les patients recevaient à plusieurs reprises de fortes doses d'insuline

⁷ *Stereotactic leucotomy* : La leucomie stéréotaxique est une intervention neurochirurgicale utilisée pour traiter certains troubles psychiatriques graves et résistants aux traitements

L'EMDR a entraîné une résolution complète des symptômes chez les quatre patients, maintenue lors du suivi. Bien que ces quatre cas cliniques constituent un échantillon limité, le syndrome de référence olfactive est un diagnostic rare, généralement avec un mauvais pronostic, ces résultats positifs obtenus avec un traitement EMDR bref ont donc semblé impressionnants aux auteurs (144).

d. Résultats des revues de la littérature et méta-analyses

Dans cette section, nous présenterons brièvement les principaux résultats des analyses bibliographiques sur notre sujet. À ce jour, trois revues de la littérature ont exploré les preuves de la pertinence de l'EMDR en complément du traitement du trouble psychotique, et nous en exposerons les conclusions majeures.

Valiente Gomez et al. 2017 présentent la première revue systématique de la littérature sur des essais contrôlés randomisés publiés entre 2010 et 2016 et concernant des patients souffrant d'un trouble psychotique et de TSPT comorbide ou des événements traumatiques comorbides dans le trouble psychotique, le trouble bipolaire, la dépression unipolaire, les troubles anxieux, les troubles liés à l'usage de substances, et la douleur dorsale chronique (5,113–115,117). Les auteurs concluent que bien que les essais contrôlés randomisés soient encore rares dans ces conditions comorbides, les preuves disponibles suggèrent que la thérapie EMDR améliore les symptômes associés au traumatisme et a un effet mineur sur les troubles principaux en permettant une amélioration symptomatique partielle de ceux-ci (119).

Adams et al. 2020 ont réalisé une revue systématique de la littérature explorant l'utilisation de la thérapie EMDR comme traitement potentiel du trouble psychotique, avec un accent particulier sur la sécurité, l'efficacité et l'acceptabilité de cette thérapie pour les patients souffrant de troubles psychotiques (120). Les études incluses dans la revue comprenaient un essai contrôlé randomisé, deux séries de cas, un rapport de cas et deux études pilotes, (26,113,114,136,142,144). Cela suggère une diversité méthodologique mais aussi des limites en termes de comparabilité et de généralisabilité des résultats. L'utilisation de la thérapie EMDR a été associée à des **améliorations des symptômes délirants et négatifs du trouble psychotique**, et à une **diminution de l'utilisation des services de santé mentale et des médicaments**. Les résultats concernant la diminution des HAV et des pensées paranoïaques étaient partagés (26,113). En effet, deux essais ont trouvé des résultats opposés pour la pensée paranoïaque (GPTS) et les HAV (AHRs) (120). De Bont et al. 2016 ont trouvé des réductions significatives de la pensée paranoïaque, mais les hallucinations auditives sont restées inchangées dans tous les groupes (113). Van den Berg et Van der Gaag (2012) ont quant à eux retrouvé des améliorations statistiquement significatives des délires et des hallucinations auditives, mais n'ont pas observé d'effet significatif sur l'idéation paranoïaque (26). La thérapie EMDR a été associée à **davantage de rémissions des troubles psychotiques** par rapport au groupe liste d'attente (113), à moins de réadmissions à l'hôpital (114) ainsi qu'à une réduction de l'utilisation des services de santé mentale lors du suivi jusqu'à dix ans (136,144). Malgré le fait que des **aggravations initiales des symptômes psychotiques** aient été

constatées dans deux études (26,142) les taux moyens d'abandon restaient similaires à d'autres TFT. Les trois essais ont trouvé une association entre l'EMDR et une diminution des symptômes psychotiques dans différentes populations d'étude et avec différents objectifs de thérapie EMDR (26,113,114). Cependant, les deux études avec des groupes de comparaison actifs n'ont pas trouvé de différence significative entre les groupes de traitement (113,114). Toutes les études sauf Kratzer et al. 2017 ont rapporté l'utilisation du protocole EMDR standard en huit phases de Shapiro (147) pour le traitement des symptômes psychotiques(120,142). Le nombre de séances d'EMDR variait d'une séance (144) à dix séances (142). Seules deux études ont rapporté des vérifications de la fidélité du traitement pour s'assurer que l'EMDR était conduit et administré comme prévu (113,114).

L'objectif de l'EMDR différait parmi les études. Dans trois études, l'EMDR a été utilisée pour traiter les symptômes du TSPT chez des patients souffrant d'un trouble psychotique en ciblant et retraçant les expériences traumatiques semblant avoir causé le TSPT actuel (26,113,136). Kratzer et al. 2017 ont évalué l'EMDR pour traiter le TSPT et réduire les symptômes psychotiques en ciblant les hallucinations associées aux croyances dysfonctionnelles des patients (120,142). McGoldrick et al. 2008 ont ciblé les expériences de vie qui semblaient avoir déclenché le trouble (144). Une autre étude a utilisé l'EMDR afin de traiter la phase aiguë du trouble schizophrénique avec des cibles plus arbitraires et moins spécifiques que dans les autres études (114). Le taux moyen d'abandon pour l'EMDR à travers les trois essais était de 17 %, et il n'y avait pas de différence statistique entre les groupes pour l'attrition dans les deux études utilisant des groupes de comparaison (113,114). Adams et al. 2020 ont conclu que l'EMDR semble être une intervention sûre et réalisable pour les patients souffrant de trouble psychotique (120).

Sin et Spain (2017) ont mené une revue systématique et une méta-analyse sur l'efficacité des interventions psychologiques pour traiter les symptômes de traumatisme chez les personnes souffrant de troubles psychotiques, incluant cinq essais cliniques randomisés (148). Les résultats ont montré que les TFT réduisent efficacement les pensées intrusives, les croyances négatives, l'hypervigilance et l'évitement, mais qu'ils ont peu d'impact sur l'humeur, l'anxiété ou la qualité de vie. Les taux d'attrition étaient similaires entre les groupes de traitement et de contrôle, avec peu d'évènements indésirables rapportés. La TCC, l'EMDR et l'EP améliorent significativement les symptômes du TSPT, sans différence significative. Sin et Spain (2017) ont suggéré que de futures études devraient explorer les différentes modalités de traitement du TSPT et l'adaptation optimale de ces thérapies pour répondre aux besoins des patients souffrant de maladies mentales graves. Néanmoins, le résultat positif de la méta-analyse était principalement dû à l'efficacité de l'essai de Van Den Berg et al 2015, la seule étude n'ayant pas modifié les protocoles standards pour s'adapter aux symptômes psychotiques. **Hardy et Van den Berg (2017)** contestent donc cette conclusion de **Sin et Spain (2017)** selon laquelle les TFT doivent être adaptés, affirmant que l'utilisation de protocoles standard était un élément déterminant comme dans l'essai de Van den Berg et al. 2015 (115,148,149).

De Bont et al. 2019 est une revue narrative de la littérature présentant l'avancée de la littérature dans le domaine de l'EMDR dans la prise en charge du patient souffrant d'un trouble psychotique. Cette revue de la littérature a inclus et analysé des essais cliniques randomisés, des revues de cas et rapports de cas, des cas cliniques issus de l'ouvrage de Miller (2016) de même que les résultats d'une autre revue de la littérature (5,26,37,42,113–115,117,123,124,128,134,136,142,148,150,151). Elle a pour particularité d'avoir inclus des études explorant d'autres formes de stimulations permettant une double taxation de la mémoire de travail, Jongeneel et al. 2020 (151) et Mathijssen et al. 2019 (122).

L'étude de **Mathijssen et al. 2019** a examiné 36 patients souffrant de troubles psychotiques et d'HAV (42). Typiquement, dans l'EMDR, ce sont les souvenirs visuels qui sont ciblés, mais des études analogues ont également montré que les souvenirs émotionnels autobiographiques avec une composante auditive prédominante, qui sont principalement vécus comme auditifs, peuvent être ciblés. Une étude de Mathijssen et al. 2017 a également montré que les souvenirs auditifs peuvent être rendus moins émotionnels chez les patients atteints de TSPT (42,152). Le protocole EMDR a été modifié pour s'adapter aux souvenirs auditifs. L'étude a comparé l'efficacité de trois tâches sollicitant la mémoire de travail : une tâche visuelle (mouvements oculaires), une tâche auditive (compter à voix haute), et une tâche de contrôle (regarder un point fixe). Les résultats ont montré que l'émotionnalité des souvenirs auditifs diminuait de manière significativement plus importante avec les tâches visuelles et auditives qu'avec la tâche de contrôle, sans avantage pour l'une des modalités. Les auteurs concluent que ces résultats encouragent à explorer plus en profondeur, dans de futures recherches, si l'utilisation de la double tâche pourrait constituer une approche prometteuse pour traiter les HAV (42,122).

C. Effets secondaires et complications

Lors d'une thérapie EMDR, des réactions atypiques ou des abréactions⁸ peuvent survenir, et ce pour tous types de patients. Afin de prévenir ce risque et gérer leur survenue en séances ou à distance des séances, la grande majorité des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères disposent d'un programme de prévention des rechutes ou de contrôle du stress, conçu en collaboration avec leurs soignants. Les auteurs soulignent l'importance d'aborder ce programme et, le cas échéant, de le réviser avant l'initiation du traitement (24,36). Dans cette section, nous nous intéresserons plus particulièrement aux effets secondaires ou indésirables retrouvés dans les études lors de la thérapie EMDR de patients souffrant de troubles psychotiques.

⁸ La notion d'abréaction est détaillée dans la Partie 3. II. C. c. Abréactions pouvant survenir en EMDR

a. Exacerbation des symptômes et abandon du traitement

Les symptômes psychotiques peuvent temporairement s'aggraver au cours ou entre les séances de thérapie EMDR. Les HAV peuvent par exemple devenir plus fréquentes ou plus intenses pendant quelques jours (24). **Van Den Berg et al. 2013** mentionnent que durant les années où ils ont utilisé l'EMDR dans le trouble psychotique, que ce soit en milieu hospitalier ou en ambulatoire, aucun cas de décompensation psychotique complète n'a été observé (24). Toutefois, cette éventualité ne peut être totalement écartée. Les auteurs ont conseillé d'informer le patient à l'avance de cette possibilité afin qu'il ne s'inquiète pas excessivement si cela se produit, et pour permettre que des précautions ou qu'un plan d'action préventif puissent être élaborés en amont (24). Par exemple, les auteurs proposent de mettre en place des stratégies pour identifier toute aggravation des symptômes psychotiques et maintenir une communication étroite avec les collègues et le réseau de soutien du patient (24).

L'étude de **Van der Berg et Van der Gaag (2012)** montre que certains patients ont présenté une augmentation du stress et des symptômes de TSPT pendant le traitement, sans effets indésirables significatifs. Trois incidents ont été signalés, où les participants ont observé une brève exacerbation de leurs symptômes en raison de la thérapie EMDR. Les auteurs ont noté que cela pourrait s'expliquer par la gravité insuffisante des symptômes pour répondre aux critères diagnostiques d'exacerbation, selon les normes françaises. Cinq patients (18,5 %) ont interrompu prématurément la thérapie pour diverses raisons : l'un ne comprenait pas la logique du traitement, un autre n'a observé aucune amélioration après trois séances, un troisième se trouvait à l'étranger pendant plusieurs mois, un quatrième a retiré son consentement après une nette amélioration de ses symptômes de TSPT suite à deux séances, et le dernier ne s'est pas présenté aux séances. Par ailleurs, 3 des 124 sessions de thérapie EMDR ont été consacrées à des techniques de gestion ou « coping », en raison d'une exacerbation des symptômes rapportée par les patients. Un patient ayant des antécédents de consommation de substances toxiques a connu une rechute dans l'usage de drogues dures pendant le traitement (26).

Dans l'étude de **De Bont et al. 2013**, deux patients ont quitté le traitement prématurément (un patient en EP et un en EMDR) durant les phases de traitement. Les auteurs rapportent qu'un patient du groupe EP a connu pendant le traitement, une augmentation des symptômes psychotiques. Ce dernier patient, qui avait commencé le traitement sans symptôme psychotique mais qui souffrait d'hallucinations depuis de nombreuses années, a signalé des hallucinations auditives soudaines durant la seconde moitié du traitement et a présenté des symptômes délirants⁹ lors d'une évaluation. Ses hallucinations semblaient être exacerbées par le traitement. En effet, les auteurs rapportent que les HAV du patient étaient des voix lui interdisant de parler des événements traumatisants pendant de nombreuses années, ce qui a amplifié sa peur. Ainsi malgré la motivation du patient à suivre la thérapie, il craignait de suivre le

⁹ « *delusion* » dans l'article original

traitement. Ce dilemme potentiellement spécifique à cette population de patients, pourrait justifier la modification des protocoles d'EP ou d'EMDR en conséquence. Bien que ce patient ait affirmé que ces incidents n'étaient pas liés à l'intervention mais à un événement stressant dans sa famille, les futures études devront comparer la proportion de patients chez qui de tels symptômes psychotiques augmentent durant le TFT et tenir compte de l'incidence de symptômes similaires chez les patients ne recevant pas de traitement (5).

Van den Berg et al. 2015 n'ont pas trouvé de différence significative entre l'EP et l'EMDR pour les événements indésirables graves, avec deux événements indésirables graves en EP, un en EMDR, et quatre en liste d'attente. Il est à noter que le type d'effet secondaire n'a pas été précisé. Cependant, aucun des événements indésirables graves n'a été jugé causé par l'étude (115).

Van den Berg et al. 2016a ont trouvé que l'exacerbation des symptômes dépressifs était plus courante en EP et EMDR (8,0 % à 9,9 %), mais comparable à celle de la liste d'attente (7,7 % à 17,9 %). L'exacerbation des symptômes de TSPT en anticipation du TFT était rare (7,1 %). De même, après le début du TFT, l'exacerbation des symptômes de TSPT était pratiquement absente (1,1 %). Les auteurs ont testé la relation entre l'exacerbation des symptômes et l'abandon du traitement. 9 patients (9,9 % des 91 patients) ayant assisté à l'évaluation post-traitement ont abandonné le traitement. Les participants avec une exacerbation n'ont pas abandonné plus souvent que les 78 participants sans exacerbation. Les auteurs notent la possibilité que plusieurs des quinze abandons lors du suivi aient quitté le traitement en raison de l'exacerbation des symptômes. Ils ont donc analysé les scores PSS-SR de la dernière session à laquelle ces patients ont assisté. Ils ont ainsi montré que dans cet échantillon, **l'abandon semble être sans rapport avec l'exacerbation des symptômes** (116).

L'article de **Burger et al. 2023** est une analyse secondaire de l'étude de De Bont et al. 2013. Cette étude a examiné l'exacerbation des symptômes de TSPT lors de TFT et a exploré les associations entre l'exacerbation des symptômes, les résultats du traitement et l'abandon du traitement dans un échantillon de 99 patients souffrant de TSPT et de troubles psychotiques. Les auteurs ont surveillé l'exacerbation des symptômes après 4 séances de traitement à l'aide de l'échelle PSS-SR et entre les sessions. Les auteurs ont observé une exacerbation précoce des symptômes de TSPT chez 32,3 % des participants (EP : n = 15, EMDR : n = 17), ainsi qu'une exacerbation des symptômes de TSPT entre les séances chez 46,5% des patients (EP : n = 20, EMDR : n = 26). Chez les individus ayant connu une exacerbation entre les séances, 72,9 % ont présenté une diminution significative des symptômes entre les séances en moyenne après 1,49 séance. Cela souligne une amélioration malgré l'exacerbation initiale. Il convient de mentionner que les résultats thérapeutiques étaient légèrement moins bons chez les participants avec une exacerbation précoce, bien que cette différence ne soit pas significative. La sévérité des symptômes de TSPT au début de l'étude était significativement liée à la sévérité des symptômes de TSPT après le traitement. Les participants ayant connu une exacerbation précoces ou entre les séances ne différaient pas significativement au regard de la sévérité initiale du TSPT par rapport à ceux qui n'en ont pas connu. Concernant l'abandon du traitement, 15 patients (15,1 %) ont abandonné le traitement,

dont six avaient connu une exacerbation précoce des symptômes, et trois qui avaient montré une exacerbation entre les séances. Il n'y avait pas d'association significative entre l'exacerbation (précoce ou entre les sessions) des symptômes de TSPT et l'abandon du traitement. Les patients avec des exacerbations précoces qui ont quitté le traitement l'ont fait lorsque leurs symptômes de TSPT étaient élevés. Cela suggère que les patients ont pu craindre que l'exacerbation se poursuive, que ce soit en gravité ou dans le temps, motivant leur arrêt du traitement. Par ailleurs, parmi les 26 participants qui n'ont pas abandonné le traitement après une exacerbation précoce, 88,5 % se sont nettement améliorés, et aucun n'a signalé une exacerbation continue après le traitement. Ni l'exacerbation précoce ni l'exacerbation entre les séances n'ont été significativement liées à la réponse au traitement. Les auteurs ont conclu que ces résultats soulignent l'importance de poursuivre le traitement malgré les exacerbations précoces (153).

Dans l'article de **Penninx Quevedo et al. 2021**, une patiente de 31 ans souffrant d'un trouble schizophrénique et ayant un fonctionnement intellectuel limite (sixième patiente) n'a pas complété le traitement EMDR et remplissait toujours les critères de TSPT après celui-ci. Elle a montré une augmentation de la psychopathologie générale, contrairement aux autres participants ayant une déficience intellectuelle légère. Une intervention de crise et des changements de médication ont été nécessaires, entraînant un arrêt précoce de la thérapie EMDR (trois sessions ont été manquées par la patiente). Les auteurs précisent que cela n'était pas le résultat de la thérapie EMDR, sans fournir d'explication alternative à cette détérioration de l'état clinique de la patiente (137).

Kratzer et al., 2017 ont observé une augmentation initiale et transitoire des symptômes psychotiques positifs. La patiente décrite dans leur rapport de cas a rapporté que l'EMDR était un traitement « exigeant et effrayant ». En effet, elle a initialement connu une augmentation de l'anxiété, des hallucinations et des symptômes dissociatifs avant leur diminution. Pour les auteurs, cette augmentation initiale des symptômes psychotiques suggère qu'il est important de réaliser l'EMDR sur des patients hospitalisés, car davantage de soutien est disponible si l'intervention augmente la détresse, laquelle ne peut pas être gérée adéquatement en ambulatoire. Néanmoins, les auteurs recommandent de normaliser ces réactions auprès des patients en leur expliquant : « c'est bien, cela indique que nous traitons la bonne cible car les voix y répondent » et de poursuivre le traitement malgré les exacerbations de symptômes psychotiques. Il est également utile d'informer les systèmes de soutien social des patients et d'améliorer les stratégies de gestion si nécessaire (142).

Ainsi, même lorsque les symptômes de TSPT sont exacerbés durant la première phase de la thérapie, les études semblent montrer que cette exacerbation est souvent temporaire et les symptômes peuvent ensuite s'améliorer de manière significative (153).

b. Évènements indésirables

Une étude réalisée par **Van den Berg et al. 2018** a montré une **diminution du niveau de fonctionnement social** entre six et douze mois de suivi après les thérapies EMDR et EP (127,128). Cette baisse est difficile à interpréter dans le contexte d'améliorations claires des symptômes. Cela contraste avec le fait que la présence de symptômes de TSPT dans le trouble psychotique a été associée à des niveaux inférieurs de fonctionnement social. Cependant, des réductions significatives de l'interférence des symptômes de TSPT avec le fonctionnement social ont été observées de la ligne de base au suivi à 6 mois, et ces effets ont perduré jusqu'à 12 mois. En d'autres termes, bien que les patients aient montré une baisse générale de leur fonctionnement social au fil du temps, l'impact négatif des symptômes de TSPT sur leur capacité à fonctionner socialement a diminué grâce aux traitements, et cette amélioration a été durable. Cette étude suggère que, dans cet échantillon sévèrement traumatisé comportant des profils symptomatiques complexes, de nombreux facteurs autres que le TSPT peuvent influencer le fonctionnement social. Il est à noter que l'évaluation du fonctionnement social utilisée était très courte et globale, ce qui pourrait limiter sa fiabilité et sa validité (120,122,128).

White et al. 2020¹⁰ présentent un rapport de cas détaillant l'apparition de symptômes psychotiques près le début de la thérapie par EMDR d'une patiente. Cette patiente d'une quarantaine d'années souffrait de trouble dépressif majeur et d'un TSPT. Lors de l'évaluation initiale, elle se plaignait de dépression et d'anxiété, pour lesquelles la desvenlafaxine, à la dose 50 mg par jour, lui a été prescrite ainsi qu'une psychothérapie. Après sa première séance d'EMDR, elle est revenue à la clinique avec des symptômes d'anxiété accrus, une légère paranoïa et une dissociation. Son traitement médicamenteux n'a pas été modifié et, quelques semaines plus tard, elle est revenue à la clinique avec des symptômes qu'elle n'avait jamais connus auparavant. En conséquence, les auteurs font l'hypothèse qu'il pourrait exister certaines populations à risque accru lors de l'initiation de la thérapie, et qu'il convient de faire preuve de prudence lors de la sélection des patients pour l'EMDR (154).

Van den Berg et al. 2013 mentionnent que certains patients continuent parfois d'entendre les stimuli auditifs bilatéraux utilisés lors des séances d'EMDR pendant plusieurs jours après le traitement. Sachant que ces réactions inhabituelles sont rares et tendent à disparaître spontanément après quelques jours, les auteurs recommandent d'adopter une attitude de normalisation et de rassurer les patients si jamais cela venait à se produire (24).

¹⁰ Nous ne sommes pas parvenus à avoir accès à l'article complet en ligne, mais nous avons accès à l'abstract, qui est disponible au lien suivant : <https://psycnet.apa.org/record/2020-48575-010>

c. *Abréactions pouvant survenir en EMDR*

Nous n'avons pas trouvé mention des abréactions dans les essais cliniques, rapports de cas et séries de cas examinés. En psychothérapie l'abréaction désigne une « *décharge émotionnelle par laquelle un sujet se libère de l'affect attaché au souvenir d'un évènement traumatique, lui permettant ainsi de ne pas devenir ou rester pathogène. L'abréaction, qui peut être provoquée au cours de la psychothérapie [...] et produire alors un effet de catharsis, peut aussi survenir de manière spontanée, séparée du traumatisme initial par un intervalle plus ou moins long* » (155,156). Selon les ouvrages et articles de référence, en thérapie EMDR, les abréactions font partie intégrante du retraitement normal des cibles et reflètent la progression du traitement adaptatif de l'information (73,75,135). Pendant le traitement, lorsque des informations dysfonctionnelles ancrées dans un réseau de mémoire dysfonctionnel refont surface, les émotions stockées peuvent être libérées et réactualisées dans le présent avec toute leur intensité et leur vivacité, car elles sont initialement conservées sous forme de matériel brut et non élaboré. La reviviscence peut s'exprimer de différentes manières, allant d'une réaction modérément perturbante à des manifestations plus intenses (75,157).

D. Expériences des soignants

Dans cette section nous allons discuter de deux études, **Van den Berg et al. 2016** et **Phillips et al. 2021**, détaillant les expériences des thérapeutes pratiquant l'EMDR avec des patients souffrant de troubles psychotiques.

Phillips et al. 2021 ont étudié les perceptions de vingt thérapeutes sur l'utilisation de l'EMDR avec des patients souffrant de troubles psychotiques, explorant leurs expériences et comparant cette approche à d'autres thérapies. Les thérapeutes, ayant travaillé avec 1 à 32 patients sur une période d'une à dix années ont tous exprimé des craintes que l'EMDR puisse exacerber les difficultés des patients, les déstabiliser et augmenter les comportements d'automutilation (121). Certains ont noté un manque de compréhension des mécanismes de l'EMDR et une absence de preuves solides pour son utilisation dans le trouble psychotique, suscitant des inquiétudes quant à sa sécurité comparée à d'autres interventions. La dissociation et les symptômes positifs étaient les principales difficultés rencontrées, mais n'étaient pas systématiquement considérés comme des motifs d'exclusion. Les thérapeutes adaptaient chaque étape du processus EMDR pour répondre aux besoins spécifiques des patients, en s'assurant par exemple que ceux souffrant d'HAV soient stabilisés avant de poursuivre le traitement (121).

Les participants ont souligné l'importance de **prendre en compte les difficultés sociales, financières, ainsi que les vulnérabilités liées aux dépendances**. Celles-ci sont effectivement fréquentes chez les patients souffrant d'un trouble psychotique, nécessitant un soutien spécifique pour s'engager en toute sécurité dans l'EMDR. Ils ont également exprimé des difficultés à trouver une **supervision** adéquate, malgré son importance, et ont souligné le besoin de soutien de l'équipe

multidisciplinaire (120,121). Les thérapeutes consacraient plus de temps à établir une relation de confiance et à adapter leurs explications de l'EMDR avec un langage simplifié. La majorité des participants a insisté sur l'importance de **ne pas précipiter la phase de stabilisation**.

De plus, les avis divergeaient quant au moment approprié pour débiter l'EMDR. Certains s'inquiétaient que les symptômes psychotiques positifs puissent interférer avec la thérapie ou que la stabilité des patients soit insuffisante pour s'engager dans la thérapie (121). Les thérapeutes avaient des seuils différents pour déterminer la stabilité suffisante pour engager l'EMDR, et la plupart travaillaient avec des patients présentant des symptômes positifs. Les participants interrogés ont rapporté que, dans leur pratique clinique, la thérapie EMDR a, dans certains cas, conduit à une réduction de ces symptômes. Un psychologue a rapporté que certains patients avec des HAV actives liées à des traumatismes, ont vu ces hallucinations disparaître après l'EMDR. La thérapie EMDR était perçue par les thérapeutes comme moins exigeante que la TCC en raison de l'absence de « devoirs » à réaliser et était parfois préférée pour sa flexibilité de même que la possibilité pour les patients de prendre plus de contrôle sur la thérapie (121).

Van den Berg 2016 (158) ont réalisé une étude de faisabilité qui explore l'impact d'une formation spécialisée sur les croyances des thérapeutes concernant le TFT (EP ou EMDR) dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé. Seize thérapeutes spécialisés en TCC pour le trouble psychotique, sans expérience préalable en TFT, ont participé à l'étude. Tous travaillaient principalement avec des patients souffrant de troubles psychotiques (158). Afin d'évaluer l'influence de la gravité des symptômes et des résultats du traitement sur les croyances des thérapeutes, 79 patients souffrant de troubles psychotiques et d'un TSPT comorbides ont été inclus. Ces patients ont reçu soit l'EP, soit l'EMDR par l'un des seize thérapeutes participants. Les croyances des thérapeutes sur la crédibilité, la charge anticipée et les attentes de dommages du TFT ont été évaluées à différentes étapes : au début, après la formation théorique, après la formation technique, après la formation pratique supervisée et lors du suivi à deux ans. Les croyances des thérapeutes concernant la crédibilité et la charge du traitement pour chaque patient spécifique ont également été évaluées (158).

Van den Berg et al. 2016 ont constaté qu'une formation spécialisée sur le traumatisme, suivie d'une formation technique et pratique supervisée, a significativement augmenté la crédibilité des TFT et diminué la charge et la nocivité attendues (respectivement « *expected burden* » et « *harm expectancy* »). Ces effets se sont maintenus jusqu'à deux ans, et tous les thérapeutes continuaient à utiliser les TFT. La plus forte augmentation de la crédibilité a été observée après la formation théorique (158). Il y a eu une réduction nette de la charge attendue par les thérapeutes pendant la formation théorique, suivie d'un rebond partiel pendant la formation technique, puis d'une stabilité. Ce rebond et l'absence de diminution significative par la suite s'expliquent par le fait qu'un certain niveau de charge est réaliste ; à fortiori pour des thérapeutes novices traitant des patients souffrant de TSPT sévère avec de nombreuses comorbidités et des traumatismes graves (115,158). Les attentes des thérapeutes concernant la nocivité ont diminué significativement après la formation pratique supervisée, malgré une légère hausse pendant

la formation technique. La crédibilité et la charge attendue des TFT n'ont pas été influencées par la sévérité des symptômes ni modifiées pendant le traitement. Ces résultats montrent que la formation spécialisée a un effet positif durable sur les croyances des thérapeutes, la formation pratique supervisée étant considérée comme le facteur le plus déterminant de leur comportement clinique à deux ans (158).

E. Adaptations du protocole standard EMDR

a. *Spécificités des patients souffrant d'un trouble psychotique et stratégies thérapeutiques associées*

Les auteurs ont évalué la littérature scientifique existante sur l'utilisation de l'EMDR pour les patients souffrant de troubles psychotiques et ont préconisé de prendre en compte les spécificités de ceux-ci avant de leur permettre d'entamer une thérapie EMDR. Ils ont donc identifié plusieurs particularités que nous détaillons ci-dessous (9,24,159).

1. Expression faible ou réduite des affects

Il peut être difficile d'évaluer la détresse ressentie par un patient pendant la thérapie EMDR en raison de certains symptômes négatifs du trouble schizophrénique. La froideur affective limite l'expression émotionnelle, altère la prosodie, la mimique, l'expression gestuelle et la perception des émotions d'autrui, compliquant ainsi la communication et l'adaptation sociale. Ainsi, un patient peut rapporter un niveau de SUD élevé sans signe apparent de détresse. Les auteurs recommandent de discuter explicitement de l'évaluation de la détresse et de l'anxiété avec le patient (9,24).

2. Expériences psychotiques et alliance de travail

Les croyances persécutrices chez les patients peuvent entraver l'établissement d'une alliance thérapeutique (6). En effet, ces patients peuvent se sentir constamment menacés et insécurisés, en raison d'HAV au contenu menaçant ou d'idées délirantes de persécution. Ceci peut compliquer le processus des MO dans la thérapie EMDR, qui nécessite un certain lâcher-prise (9,24). De plus, les voix internes ou hallucinations auditives peuvent également distraire les patients pendant la séance, rendant le processus thérapeutique plus complexe (24,159). Pour surmonter les croyances dysfonctionnelles, une psychothérapie cognitive préliminaire peut être nécessaire. Un traitement prolongé axé sur l'engagement et la confiance est recommandé afin que les patients souffrant de troubles psychotiques se sentent à l'aise lors de l'évocation de leurs traumatismes (9,24,148,159).

Van den Berg et al. 2013 ont décrit le cas de Francis, un patient souffrant d'un trouble schizophrénique paranoïde depuis huit ans. Durant le retraitement par EMDR, les auteurs ont rencontré plusieurs obstacles, notamment des hallucinations qui rendaient le traitement plus complexe. Francis rapportait des **HAV et des hallucinations visuelles menaçantes durant les MO**, qui bloquaient la

réduction de la détresse éprouvée. Le patient présentait une adhésion totale et sans critique de la symptomatologie hallucinatoire. Le soignant a aidé le patient à questionner ses croyances en employant un tissage cognitif¹¹ (24). Ainsi, en calculant la probabilité cumulative que ses croyances puissent se produire le patient a réalisé que ses inquiétudes avaient peu de chances de se concrétiser. Cela lui a permis de se sentir plus en sécurité, ce qui a permis de continuer la thérapie EMDR (24). Le score SUD a pu diminuer à 0 en quelques séances pour les deux cibles choisies (24,159).

Les auteurs ont également décrit le cas clinique d'Irène, une patiente de 49 ans, souffrant d'un trouble schizophrénique, diagnostiqué à l'âge de 20 ans, et d'un trouble dépressif majeur (24). Elle a souffert de plusieurs épisodes psychotiques et a été hospitalisée annuellement. À 40 ans, elle était plus stable cliniquement et socialement. Un évènement traumatique majeur, le suicide de son mari, a provoqué une décompensation psychiatrique, entraînant une hospitalisation et plusieurs tentatives de suicide. Après dix mois d'hospitalisation, elle présentait encore des HAV menaçantes, une thymie basse, des idées suicidaires envahissantes et de fortes croyances négatives, notamment « je suis mauvaise ». Le thérapeute a présenté la deuxième approche EMDR¹² afin de déterminer quels souvenirs cibles devaient être traités. La patiente et son thérapeute ont identifié trois souvenirs traumatiques semblant avoir contribué à ces croyances. : une agression sexuelle par son frère, (début des HAV après le décès de ce dernier), l'enterrement de son père, et le suicide de son mari. Les CN associées ont été traitées par EMDR. Les **HAV se sont intensifiées pendant les premières semaines de traitement**, mais la patiente et son thérapeute ont décidé de continuer la thérapie EMDR. La poursuite du traitement a permis à la patiente d'apprendre à critiquer ses HAV et à s'y opposer. Sa culpabilité et sa réactivité ont diminué. Pour traiter la peur persistante d'être submergée par les voix, le thérapeute a utilisé une image imaginaire future comme cible pour l'EMDR. La CN « je suis impuissante » a été remplacée par la CP « je peux le faire », réduisant le score SUD à 0 en deux séances. Un protocole des scénarios du futur a aidé la patiente à appréhender des situations quotidiennes complexes. À la fin du traitement, bien qu'elle continuait à entendre des voix, elle y prêtait moins attention, se sentait moins déprimée et avait une meilleure estime de soi (24,159).

3. Difficultés à suivre les mouvements oculaires

Une anomalie de la poursuite oculaire lente a été décrite chez les patients souffrant de trouble psychotique (160). En effet, certains patients peuvent rencontrer des difficultés à suivre avec leurs yeux le mouvement des doigts du thérapeute durant une période prolongée. Les séances de thérapie EMDR

¹¹ Le tissage cognitif est une technique qui peut être utilisée lors de la thérapie EMDR lorsque surviennent des blocages dans le traitement. Cette intervention peut être utilisée lors du en phase 4 notamment (phase de désensibilisation) (75).

¹² Cf. Partie 3. II. E. b. 2. Cibler les souvenirs d'évènements de vie indirectement liés au trouble psychotique

peuvent notamment durer entre 60 et 90 minutes. Certains patients souffrant de troubles psychotiques présentent des anomalies de la poursuite oculaire, et peuvent avoir des atteintes plus particulières dans les mouvements oculaires saccadiques (24). Ces anomalies peuvent toucher la durée des mouvements oculaires, qui peuvent être plus longs, ou même être perturbés par des mouvements involontaires (24,159,161). **Van den Berg et al. 2013** expliquent qu'ils ne peuvent pas conclure si ces particularités sont un obstacle franc à l'EMDR. Ceci peut nécessiter des instructions répétées pour maintenir l'engagement du patient dans la thérapie. Le clinicien doit également prêter une grande attention à s'accorder avec son patient, que ce soit dans la vitesse de mouvement ou dans le choix du mode de stimulation bilatérale alternée (SBA) le plus adapté¹³ (159).

Miller (2016) a rapporté le cas clinique d'un patient (Oscar) présentant des HAV sévères et envahissantes ainsi que des hallucinations visuelles. Dans ce cas, le patient trouvait les MO difficiles à tolérer. Cela correspondait cliniquement aux observations de Miller (2016) dans ce groupe de patients. Il explique qu'il avait constaté que l'utilisation des pulsateurs¹⁴ constitue une forme plus douce de SBA. Ces derniers présentent effectivement un risque plus faible de réaction excessive (abréaction) par rapport à l'utilisation des MO (37).

4. Capacités cognitives

Les patients souffrant de troubles psychotiques présentent souvent une faible concentration et une attention réduite ce qui complique le suivi des instructions et la focalisation sur l'image cible en EMDR. Le clinicien pourrait devoir répéter les instructions et adapter la durée des séances en fonction de la capacité d'attention du patient, avec des sessions plus courtes si nécessaire. L'utilisation de supports écrits et visuels, simples et ciblés, ainsi que la répétition fréquente des instructions, pourrait aider à surmonter ces difficultés cognitives (24,148,159).

5. Capacité de mémoire de travail réduite

Les auteurs ont noté qu'afin de réaliser une double tâche (par exemple, suivre les doigts du thérapeute ou écouter des sons bilatéraux alternés, tout en se concentrant sur une situation) requise par la thérapie EMDR, il est nécessaire de compter sur une mémoire de travail suffisamment fonctionnelle. Chez certains patients souffrant de troubles psychotiques, on observe une capacité réduite de la mémoire de travail (24,162). Il est supposé que la mémoire de travail occupe un rôle fondamental pendant la phase de désensibilisation de la thérapie EMDR (24,102,107). Les auteurs recommandent d'éviter la surcharge de la mémoire de travail pour les patients souffrant de troubles psychotiques, qui peut être envahie soit par des flash-backs traumatiques soit par des stimuli distrayants comme des HAV

¹³ Cf. Annexe 1, tableau 5 : Équipements et outils en thérapie EMDR

¹⁴ Cf. Annexe 1, tableau 5 : Équipements et outils en thérapie EMDR

par exemple. Il suggère que le niveau de distraction soit ajusté pour correspondre à l'intensité de l'image mentale traumatisante. Il est donc conseillé de moduler le stimulus distrayant en fonction de la situation, par exemple en accélérant ou en ralentissant les MO, ou en passant à des tâches qui nécessitent moins de capacité de mémoire de travail, comme les stimulations auditives alternées (9,24,107,159).

6. Thérapeutiques qui bloquent le système cholinergique

Certains chercheurs ont émis l'hypothèse que l'efficacité de l'EMDR pourrait résulter de son activation du système cholinergique dans le cerveau (9,85,159). Ainsi les traitements qui bloquent le système cholinergique pourraient perturber les effets d'apprentissage de l'EMDR et interférer avec leur capacité de concentration et avec l'intégration des données en inhibant le système cholinergique (9,24,159). Les cliniciens pourraient préconiser la réduction du dosage anticholinergique et/ou, si cela est possible et sécurisé, de sauter la prise du traitement le jour de la séance de thérapie EMDR (9,24,159).

b. Aménagements des phases EMDR

Plusieurs auteurs ont proposé des ajustements pour l'EMDR chez les patients souffrant de troubles psychotiques. **Van den Berg et al. 2013** ont recommandé une approche inspirée de celle de **De Jongh et al. 2010** (24,135,163). **Miller (2016)** a introduit le modèle ICoNN « *Identifying Cognitions of Negative Networks* », qui possède l'avantage de couvrir la plupart des situations rencontrées avec les patients souffrant de troubles psychotiques lors du traitement des traumatismes ou des symptômes avec la thérapie EMDR (37,135,164). Les sections suivantes explorent les adaptations spécifiques qui peuvent être apportées aux différentes phases de la thérapie EMDR.

1. Aménagements de la phase de préparation (phase 2)

Van den Berg et Van der Gaag (2012), De Bont et al. 2013, Van den Berg et al. 2015 ont fait le choix de réaliser l'EMDR sans effectuer au préalable des techniques de stabilisation, afin de ne pas retarder le traitement. Le taux d'abandon n'était que de 18,5 % dans l'étude de Van den Berg et Van Der Gaag (2012). Les auteurs ont émis l'hypothèse que c'est parce qu'ils n'ont pas fait précéder le traitement par des techniques de stabilisation, que les patients ont pu ressentir rapidement une réduction des symptômes. Les auteurs ont suggéré qu'une courte thérapie EMDR est efficace et sûre dans le traitement du TSPT chez les sujets souffrant d'un trouble psychotique (26). Selon eux la thérapie EMDR peut être appliquée chez des patients souffrant de troubles psychotiques sans nécessité d'adapter le protocole de traitement ou apporter des modifications aux procédures standards, ni retarder le traitement par des interventions stabilisatrices (phase de stabilisation pré-traitement) (26).

De Bont et al. 2013 ont également relié le taux d'abandon relativement faible de leur étude à l'absence d'une phase préparatoire avant les interventions réelles axées sur le traumatisme (5). **Van den Berg et al. 2015** n'ont pas choisi de faire précéder le traitement par des interventions psychothérapeutiques de stabilisation, car jugeaient cela non nécessaire et susceptible de retarder

inutilement le traitement (115). De plus, le nombre de séances dans les études publiées est généralement faible. La plupart d'entre elles renonçant aux techniques de stabilisation (De Bont et al. 2013 ; Van den Berg & Van der Gaag (2012)). Il a été expliqué que, comme les patients ont généralement bénéficié d'une coordination des soins soutenue et de médicaments antipsychotiques, les interventions de stabilisation ne sont pas nécessaires (Van den Berg et al., 2013) (121).

Dans l'étude de **Laugharne et al. 2014**, les thérapeutes connaissaient déjà les patients et ne leur ont pas fourni une phase de préparation spécifique à l'EMDR. Toutefois, étant donné que les auteurs de l'étude sont aussi les praticiens qui ont effectué l'EMDR, il existe un risque de biais de confirmation où les auteurs pourraient interpréter les résultats de manière plus favorable (120).

D'après **Hardy et al. 2023**, la question de la stabilisation fait débat et soulève des craintes concernant d'éventuels dommages iatrogènes. Le dissensus porte sur l'étendue de la priorité à accorder à la gestion des difficultés liées au traumatisme avant d'engager un travail centré sur celui-ci, ainsi que sur les modalités spécifiques de cette gestion. Deux perspectives distinctes émergent dans ce contexte, un courant de pensée soutient que cette étape de stabilisation est cruciale pour assurer la sécurité et l'efficacité du traitement tandis qu'un autre approche, argue que cette étape préliminaire n'est pas nécessaire et pourrait même renforcer les comportements d'évitement chez les patients (134).

Les données recueillies aux Pays-Bas indiquent qu'il est possible de pratiquer l'EMDR sans phase de stabilisation dans le contexte des troubles psychotiques. Les auteurs ont montré que les thérapies du traumatisme pour le TSPT comorbide d'un trouble psychotique, peuvent être sûres et efficaces même sans stabilisation préalable. Cependant, il est important de noter que les thérapies basées sur l'exposition pour le trouble psychotique affichent des taux d'abandon relativement élevés (115,165,166).

Une préoccupation supplémentaire est que le besoin de stabilisation peut varier en fonction du contexte, notamment dans les soins de routine. L'ampleur du réseau de soutien dont dispose la personne peut être un facteur clé, ainsi que la gravité des expériences psychotiques (166,167).

En dehors d'un contexte d'essai, il peut y avoir des défis supplémentaires liés au risque aigu de préjudice envers soi-même ou autrui, une ambivalence plus marquée concernant l'engagement dans la thérapie et l'adhérence, ainsi que des besoins supplémentaires en matière de soins sociaux. Des recherches additionnelles devraient se concentrer sur le développement et l'évaluation des parcours de soins centrés sur le traumatisme dans les soins de routine (166,168).

Adams et al. 2020 ont également remis en question la pertinence de l'absence de techniques de stabilisation dans des études menées principalement aux Pays-Bas, d'autant plus qu'une aggravation des symptômes psychotiques a été observée en début de thérapie (Kratzer et al., 2017) (115,120,142). De telles différences dans la pratique et les perspectives peuvent être expliquées par les systèmes de soins de santé mentale différant d'un pays à l'autre, ou par des besoins culturels différents. De nouvelles recherches sont nécessaires pour évaluer l'importance des stratégies de stabilisation dans la phase préparatoire de l'intervention (120).

2. Choix des cibles de traitement

Avant de choisir les cibles en thérapie EMDR, il est essentiel de considérer que certains patients ne souhaitent pas divulguer leurs traumatismes. Le « *Blind Therapist Protocol* » ou « protocole du thérapeute aveugle » permet aux patients de s'engager dans l'EMDR sans avoir à verbaliser le contenu de leurs expériences traumatisantes. Les thérapeutes ont observé que ce protocole semble moins déstabilisant pour les patients qui trouvent désagréable de répéter leurs expériences ou qui ne souhaitent pas les partager en raison d'un sentiment de honte. En outre, le protocole du thérapeute aveugle est considéré moins susceptible de provoquer un traumatisme vicariant en écoutant les expériences d'un patient (121,169). Avant de commencer le traitement, le thérapeute doit établir une hypothèse cohérente concernant la relation entre les plaintes, autres que l'ESPT en lui-même, et une série de souvenirs cibles importants qui seront traités en EMDR. Plusieurs approches ont été décrites afin d'aider les thérapeutes à conceptualiser leurs cas, leur permettant ainsi de formuler des hypothèses quant aux cibles thérapeutiques (159,163,170). Dans la section suivante nous présenteront un panorama des différentes cibles de traitement proposées par les auteurs ainsi que les protocoles auxquels elles correspondent (cf. figure 2 et 3 ci-dessous). Nous présenteront quelques vignettes cliniques tirées de la littérature afin d'illustrer le propos.

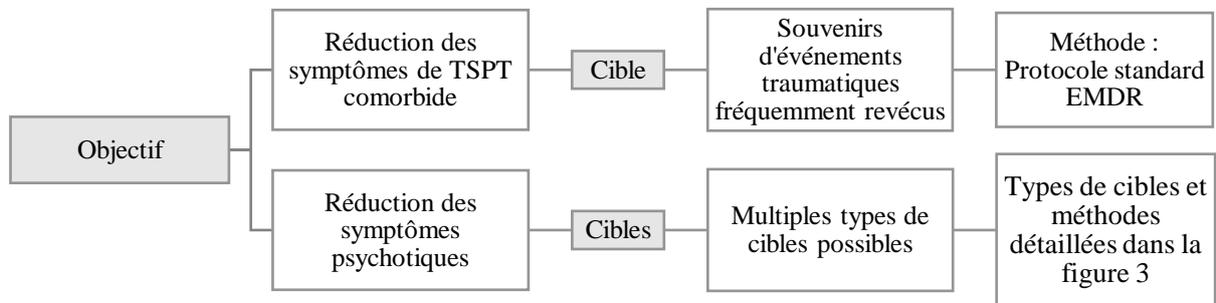


Figure 2 : Arbre décisionnel orientant le choix des cibles de thérapie EMDR en fonction des objectifs de thérapie. Adapté des articles suivants : (9,170)

Cibles : Souvenirs directement liés au trouble	Cibles : Souvenirs indirectement liés au trouble	Cible : Imagerie	Cible : Souvenirs cibles non retrouvés
<ul style="list-style-type: none"> • MÉTHODE : • Protocole standard • Approche de la 1ère méthode • ICoNN 1 	<ul style="list-style-type: none"> • MÉTHODE : • Pont d'affect puis protocole standard • Approche de la 2^{ème} méthode • ICoNN 2 	<ul style="list-style-type: none"> • MÉTHODE : • Approche de la 3^{ème} méthode • Scénarios catastrophiques • Contenu d'un symptôme psychotique 	<ul style="list-style-type: none"> • MÉTHODE : • ICoNN 3 et 4

Figure 3 : Types de cibles et méthodes de traitement associées. Figure réalisée à partir des différentes sources suivantes (9,33,37,170)

Cibler les souvenirs d'évènements de vie directement liés au trouble psychotique

L'approche de la **première méthode** se focalise sur l'application de l'EMDR pour **cibler les expériences directement liées aux symptômes psychotiques** (24,163,168). Cette méthode vise à identifier et traiter les évènements spécifiques qui sont perçus comme étant à l'origine des symptômes actuels du patient. Ces évènements sont ensuite classés chronologiquement afin d'appliquer le protocole EMDR standard, permettant une désensibilisation et un retraitement efficaces de ses souvenirs traumatisants (24,163).

La première conceptualisation, **ICoNN1**, dans le modèle de Miller (2016) ICoNN est applicable pour les patients qui présentent des liens évidents entre un réseau de mémoire dysfonctionnel lié à un traumatisme et le symptôme psychiatrique. Dans ces cas, le protocole standard d'EMDR peut être appliqué directement (37). **Van den Berg et al. 2013** illustrent l'approche de la première méthode par trois cas cliniques que nous détaillons ci-après.

Francis, dont l'âge n'a pas été précisé dans le cas clinique, est un patient souffrant d'un trouble schizophrénique paranoïde diagnostiqué depuis huit années. Il présente des HAV, des interprétations paranoïdes, des cauchemars et des troubles de la concentration. Les HAV du patient ont commencé après avoir été témoin d'un évènement traumatique, les auteurs ont ainsi fait l'hypothèse que les symptômes psychotiques du patient étaient directement associés avec cet incident (24). Le patient a identifié deux souvenirs cibles très perturbants. La thérapie EMDR a permis une diminution progressive de la perturbation sur l'échelle SUD. Le patient a commencé à critiquer ses HAV grâce à de la psychoéducation et des interventions cognitives qui ont été intégrées à sa thérapie (24).

Judy, une patiente de 46 ans, souffrant d'un trouble schizoaffectif depuis plus de vingt ans, présentait des symptômes psychotiques, des idées de référence, et des symptômes de TSPT (flashbacks, insomnies, hypervigilance). Les auteurs ont ciblé un évènement unique directement lié à ses symptômes actuels : une agression sexuelle à l'âge de 19 ans. La désensibilisation s'est déroulée sans obstacles, selon les auteurs. La CP a été installée en phase 5, et sa validité sur l'échelle **VoC**¹⁵ est montée à 7 en une séance. Les auteurs ont utilisé un protocole des scénarios du futur pour aider la patiente à supporter des déclencheurs potentiels. Au suivi à 6 mois après la fin du traitement, la patiente n'avait plus de comportements d'évitement, présentait une diminution de l'hypervigilance et ne remplissait plus les critères de TSPT sur l'échelle CAPS (24).

Enfin, Léonard, un patient de 48 ans souffrait d'un trouble schizophrénique paranoïde après avoir été victime d'un vol sous la menace d'un couteau. Les auteurs ont rapporté que cet évènement a déclenché des idées délirantes de persécution, notamment contre les personnes de couleur noire, ainsi qu'une hypervigilance évoluant en délire paranoïde, entraînant un retrait social et la perte de son emploi.

¹⁵ cf. Annexe 1, figure 4 : Échelle VoC

Un traitement antipsychotique a été prescrit sans succès majeur. Les auteurs ont proposé une thérapie EMDR suivie de TCC, ciblant deux traumatismes : le vol et les menaces de mort subies. Lors de la première séance, le retraitement du souvenir du vol a réduit le SUD à 0 et augmenté la VoC de 3 à 7. Un protocole de scénarios futurs a été utilisé. À la deuxième séance, Léonard se sentait moins anxieux. Le second souvenir a été retraité. Le patient a commencé à critiquer ses idées délirantes, l'adhésion à celles-ci a diminué. Il a repris un emploi à temps partiel, et ses idées délirantes ont disparu, bien qu'une crainte vis-à-vis de l'agresseur et de son groupe subsiste (24).

Miller (2016) présente le cas clinique de Paul, un patient de 17 ans qui a commencé à développer des idées délirantes quelques mois après un événement traumatique (un groupe paramilitaire armé aurait pris sa famille en otage et contraint son père à cambrioler sa propre entreprise)(37). Paul présentait une symptomatologie dépressive, des idées suicidaires non scénarisées, de la culpabilité, des troubles du sommeil (insomnie d'endormissement), des troubles de l'attention et de la concentration, des troubles de l'alimentation (perte d'appétit et de poids), un syndrome de Cotard (il avait la conviction que l'intérieur de son corps était en putréfaction), un syndrome de stress post-traumatique (hypervigilance, cauchemars, évitement), une symptomatologie dissociative (déréalisation) et des idées délirantes de référence. L'introduction d'un traitement antidépresseur et antipsychotique a permis une légère amélioration des symptômes psychotiques. Après 2 mois de traitement médicamenteux, une thérapie EMDR (modèle ICoNN 1) a été réalisée, ciblant l'évènement traumatique. La désensibilisation complète a permis la disparition du syndrome de Cotard. À 5 mois, les auteurs décrivent une disparition des flashbacks, cauchemars et souvenirs intrusifs, ainsi qu'une résolution en grande partie des symptômes dépressifs (37).

Cibler les souvenirs d'évènements de vie indirectement liés au trouble psychotique

L'approche de la **deuxième méthode** dans le trouble psychotique utilise l'EMDR pour **aborder les expériences qui sont indirectement liées aux symptômes ou qui influencent indirectement les interprétations psychotiques des évènements déclencheurs** (24,163). Elle implique l'évaluation des cognitions négatives (CN) associées aux symptômes et la compréhension de leur apparition dans le contexte de la vie du patient. Cette méthode vise à modifier la perception des patients de ces évènements indirects pour réduire leur impact sur les symptômes psychotiques (24,163).

Dans l'approche **ICoNN2** du modèle de Miller, la relation entre le symptôme psychiatrique et le réseau de mémoire dysfonctionnel lié au traumatisme pertinent est moins évidente. Le lien doit être détecté en utilisant la technique du pont d'affect. Une fois ce lien identifié avec succès, le protocole standard d'EMDR peut être appliqué (37,164).

Van den Berg et al. 2013 ont décrit le cas clinique d'Albert, un patient de 36 ans afin d'illustrer l'approche de la deuxième méthode. Ce patient souffrant d'un trouble schizophrénique paranoïde diagnostiquée à l'âge de 26 ans, au début de sa pathologie, commencer par souffrir d'HAV qui ont évolué en idées délirantes de persécution envers un voisin (24). Après une altercation avec ce dernier,

le patient a été hospitalisé et a reçu un traitement antipsychotique qui a permis la disparition des HAV, mais les idées délirantes de persécution ont persisté (24). Le patient a suivi une TCC qui lui a permis de questionner et critiquer ses idées délirantes. Lors de cette prise en charge hospitalière, il a rapporté plusieurs événements traumatiques survenus durant son enfance, notamment des violences conjugales dont il a été témoin et du harcèlement scolaire dont il a été victime (24). Ces expériences renforçaient ses croyances négatives, telles que « je suis faible » et « tout le monde est malveillant et indigne de confiance ». Avec l'approche de la deuxième méthode, le thérapeute a identifié et retraité en EMDR les événements traumatiques alimentant ces croyances fondamentales. Après la thérapie EMDR, le patient adhérait moins à ses idées délirantes et présentait moins de retrait social (24).

Moskowitz et al. 2018 présentent le cas clinique de Margaret, une patiente de 61 ans, qui présentait une perte de poids sévère provoquée par des idées délirantes d'insertion de pensée et de persécution. La patiente présentait des antécédents traumatiques que les auteurs ont considérés être indirectement liés à sa problématique actuelle et les ont retraités avec le protocole standard EMDR. Après trois séances, la patiente présentait une amélioration clinique avec une reprise d'alimentation, une prise de poids, mises en lien avec la diminution de l'intensité et de la fréquence de ses délires (33).

Cibler l'imagerie liée aux troubles psychotiques

Le terme « imagerie mentale »¹⁶ se réfère à des perceptions en l'absence de toute stimulation sensorielle (172,173). Morrison et al. 2002 ont identifié trois types d'imagerie comme étant les plus dominants dans le trouble psychotique : les images de catastrophes redoutées, les visualisations de l'origine perçue ou du contenu d'un symptôme, et les images d'expériences de vie négatives qui sont directement ou indirectement liées aux symptômes psychotiques. Le concept d' « imagerie » a été décrit dans plusieurs articles (9,24,36,150,159).

Cette méthode diverge du modèle standard de thérapie EMDR, qui cible des images associées à des événements passés tels que les souvenirs traumatisants ou les flashbacks. L'approche ciblant l'imagerie liée au trouble psychotique reconnaît l'importance de l'imagerie mentale dans le développement et le maintien des troubles psychologiques et utilise l'EMDR pour cibler et traiter ces images négatives afin de réduire leur impact néfaste sur le patient (9,24,159).

Van den Berg et al. 2013 décrivent une troisième méthode de ciblage qui cible deux types d'imageries dominantes dans le trouble psychotique : les images faisant partie de scénarios catastrophes redoutés et les visualisations concernant « l'origine perçue, l'apparence ou le contenu d'un symptôme » (24,150,173,174). Le retraitement ne s'effectue plus sur une mémoire passée, mais sur une image

¹⁶ Dans les articles en anglais, ce terme est écrit « Imagery ». Nous utilisons le terme « imagerie » en français, conformément à la traduction adoptée dans l'article de Van den Berg et al. (2014) (171).

anxiogène pour le patient, souvent un scénario catastrophe. Cette approche utilise le protocole standard de désensibilisation pour traiter ces images futures redoutées (170).

Le **premier type d'imagerie** concerne les images issues de scénarios catastrophiques. Pendant cette procédure, il est demandé au patient de décrire son scénario catastrophique (9,24,36,159). Le thérapeute et le patient identifient ensuite l'image la plus perturbante de cette idéation catastrophique et la traitent comme ils le feraient pour un souvenir du passé. Ensuite, la CN, la CP, la VoC, les émotions, le niveau de perturbation sur l'échelle SUD, et la localisation corporelle de la perturbation sont identifiés de la manière standard pour traiter la cible. La CN sera, par exemple, de l'ordre de l'impuissance vis-à-vis de l'image intrusive, la CP serait « *Je peux le supporter* » ou « *Je suis en contrôle* ». Ensuite, toutes les phases restantes du protocole en huit phases doivent être exécutées jusqu'à ce qu'un SUD à 0 et une VoC à 7 soient atteints. Une fois les imageries catastrophiques retraitées, les patients devraient être plus facilement motivés à s'exposer à des stimuli redoutés ou à réaliser des expériences comportementales qu'ils redoutaient auparavant. Cette approche peut significativement atténuer l'anxiété et les comportements d'évitement liés à ces scénarios catastrophiques angoissants (24).

La thérapie EMDR pourrait cibler également un **second type d'imagerie**. Dans le cas d'un patient souffrant d'HAV, le patient pourrait être invité à construire une « image mentale » de ses « persécuteurs » (9,24,159). Le retraitement de cette image par EMDR peut réduire l'implication émotionnelle et la préoccupation associées (24). Van den Berg et al. 2013 suggèrent, par exemple, que l'une des cibles pourrait être l'image mentale du patient assis sur son lit, avec un homme à ses côtés qui crie des propos désagréables dans un microphone. L'EMDR serait ensuite appliqué à cette image de la manière habituelle, c'est-à-dire en suivant le protocole standard (24). Une précaution est que ce troisième type d'intervention EMDR ne doit être proposé qu'aux patients suffisamment conscients de la nature hallucinatoire de ces images. Dans de nombreux cas cela nécessite une TCC préliminaire pour mettre le patient en contact avec une lecture saine de la réalité (24).

L'article de **Croes et al. 2014**, « *Imagery in Psychosis: EMDR as a New Intervention in the Treatment of Delusions and Auditory Hallucinations* », n'était disponible qu'en néerlandais, à l'exception de l'abstract en anglais. Nous avons utilisé cet abstract ainsi que d'autres articles et ouvrages discutant des résultats pour présenter ses conclusions. Dans leur étude, Croes et al. 2014 ont utilisé l'EMDR pour cibler l'imagerie psychotique chez des patients souffrant de trouble psychotique. L'échantillon était constitué de trois patients ambulatoires souffrant d'un trouble psychotique et présentant des HAV et des symptômes délirants, traités par EMDR sur une moyenne de six séances. L'EMDR a permis de réduire le niveau d'anxiété, de dépression et la gravité des symptômes psychotiques des patients. De plus, les patients ont signalé une diminution des comportements d'évitement et une meilleure clarté cognitive. Les auteurs ont conclu que **l'EMDR réduit la vivacité et l'émotivité des images mentales dans les troubles psychotiques, ce qui atténue les symptômes psychotiques des patients** (121,135,150). Il est à noter que ces patients ont rapporté les effets les plus profonds après le traitement de l'imagerie mentale ressemblant à des scénarios catastrophes (9,150).

Van den Berg et al. 2013 ont décrit le cas clinique de Marjorie, une patiente de 21 ans souffrant d'un trouble schizophrénique paranoïde. La patiente présentait des HAV au contenu menaçant avec des injonctions suicidaires apparues à la suite du décès de son grand père, quatre ans auparavant. La patiente avait trois antécédents de tentatives de suicide, présentait une anxiété importante, une autodépréciation, une culpabilité importante, une symptomatologie dissociative et des comportements auto-agressifs. Une image intrusive déclenchait ses symptômes (l'image de sa sœur décédée sur son lit). Cette image a été traitée avec **l'approche de la troisième méthode en EMDR**, ce qui a permis une diminution de la vivacité de cette image et des symptômes de Marjorie. La patiente a ensuite pu entamer une prise en charge en TCC (24).

Les mêmes auteurs ont également décrit le cas clinique d'une patiente de 45 ans, Faye, diagnostiquée il y a 10 ans avec un trouble schizoaffectif. La patiente avait commencé à faire une décompensation psychiatrique et présentait des idées délirantes de persécution centrées sur un de ses locataires. Elle craignait notamment d'être la cible de magie noire et d'attaques vaudous. La patiente a été hospitalisée et a reçu un traitement antipsychotique ainsi qu'une prise en charge en TCC. Après une hospitalisation de 3 mois, les idées délirantes de persécution s'étaient atténuées, mais la patiente présentait toujours des images intrusives (image de poupées vaudou avec les yeux en sang). Bien qu'elle critiquait cette symptomatologie, en déclarant par exemple déclarer ne pas être convaincue que le vaudou existe, elle était toujours angoissée par ces images. Les thérapeutes ont utilisé **l'approche de la troisième méthode EMDR** pour cette image. La CN choisie était « *Je suis en danger* ». Lors du retraitement, l'image a perdu en intensité, le sang dans l'image s'est transformé en fleur, et le niveau du score SUD est descendu à 0. La patiente a rapporté une diminution de l'évitement en lien avec cette image (24).

Dans le cas clinique de **Kratzer et al. 2017**, une étude d'un unique cas clinique¹⁷, les auteurs ont ciblé de façon efficace les **imageries intrusives** d'un patiente de 53 ans souffrant d'un trouble de la personnalité schizotypique et d'un TSPT et présentant une symptomatologie traumatique, dissociative et psychotique. Les auteurs ont utilisé le protocole EMDR standard en 8 phases pour réduire spécifiquement les symptômes psychotiques en ciblant et en traitant les hallucinations associées aux croyances dysfonctionnelles de la patiente sur elle-même et le monde. L'intervention réalisée comprenait initialement 16 sessions individuelles de 50 minutes de TCC, suivies de 10 sessions additionnelles d'EMDR. En EMDR, les thérapeutes ont ciblé une hallucination récurrente de désintégration corporelle et de pénétration des limites corporelles, liée à la CN « *Je suis perdue* ». L'EMDR a aidé la patiente à former des cognitions alternatives comme « Je peux m'aider moi-même » et a réduit significativement les émotions négatives (142).

¹⁷ Ce cas clinique a déjà été abordé dans la Partie 3. II. C. a

Van der Vleugel et al. 2012 ont présenté le cas clinique de Carl, un patient de 58 ans, souffrant de trouble schizoaffectif, d'un trouble de la personnalité et d'une dépendance aux benzodiazépines (36). Ce patient avait été victime de multiples traumatismes majeurs, dont des abus sexuels dans son enfance et le fait d'avoir été témoin d'un accident mortel à l'âge adulte. À la suite de ces événements, il a développé une symptomatologie post-traumatique (flashbacks, hypervigilance, hyperréactivité, dépression) ainsi qu'une symptomatologie psychotique (hallucinations auditives et visuelles, idées délirantes de persécution, idées de référence). Par conséquent, il a été hospitalisé sous contrainte à de multiples reprises. Les auteurs ont décidé de traiter le traumatisme lié à l'accident, en ciblant l'image la plus envahissante, qui a été désensibilisée grâce à l'EMDR. Bien que les séances aient été éprouvantes pour Carl, il n'a subi aucun effet indésirable. Les flashbacks de l'accident ont diminué et les symptômes d'hypervigilance se sont atténués. Néanmoins, les hallucinations auditives et visuelles persistaient, accompagnées d'injonctions autoagressives. Le patient avait notamment des hallucinations visuelles de son employeur lui ordonnant de se jeter sous les rails d'un train. Ces hallucinations ont été ciblées et traitées par l'EMDR. **Au cours de la désensibilisation, des idées suicidaires sont apparues transitoirement avant d'être remplacées par une cognition plus positive.** Carl restait néanmoins incapable de quitter l'hôpital, ce qui a conduit à l'utilisation de la technique « *Ressource Development and Installation* » ou RDI permettant l'installation de ressources supplémentaires pour le patient. Le traitement ciblant ses hallucinations a permis au patient de développer un détachement vis-à-vis de celles-ci, réduisant leur impact émotionnel et lui donnant un meilleur contrôle sur ses émotions et son comportement. Il a progressivement abandonné ses comportements d'évitement, ce qui a facilité sa sortie de l'hôpital. Lorsque le protocole de base de l'EMDR a été appliqué, en ciblant l'accident de travail, les flashbacks se sont atténués, l'hyperéveil a diminué, et le sentiment d'impuissance s'est dissipé. Le ciblage des hallucinations les plus perturbantes a favorisé une attitude indifférente envers les symptômes résiduels. Grâce à cela, le patient s'est senti en capacité d'entreprendre une TCC (36).

Cibles alternatives lorsque les antécédents traumatiques ne sont pas rapportés ou lorsque le patient n'est pas suffisamment prêt à retraiter ses antécédents traumatiques

Miller (2016), dans son ouvrage « *EMDR for schizophrenia and other psychoses* », souligne que bien que certains patients soient conscients des événements traumatiques dans leur chronologie ou en prennent conscience au cours de la thérapie, il est important de préciser que beaucoup de patients ne sont pas conscients des traumatismes spécifiques pouvant être à l'origine ou contribuer aux symptômes présentés. Miller propose de travailler à rebours à partir des croyances fondamentales dysfonctionnelles afin d'identifier les réseaux de mémoire cibles. Dans la conceptualisation du modèle ICoNN, il propose que le thérapeute parte de l'émotion ressentie par le patient pour ensuite retrouver la trace et identifier le réseau de mémoire dysfonctionnel à sa source. La méthode ICoNN guide le thérapeute vers le « *Dysfunctional Memory Network* » (DMN) ou réseau de mémoire dysfonctionnel sans que le patient

ait besoin de présenter une conscience claire de l'évènement pivot qui entraîne ou contribue de manière significative aux expériences diagnostiquées comme psychotiques (37).

Miller recommande l'utilisation de l'**ICoNN3** lorsque les souvenirs cibles ne peuvent pas être identifiés. La manière de procéder ici est « d'engager un dialogue avec les voix » que le patient entend. Ces voix sont considérées comme reflétant des « états du moi¹⁸ », se connectant à différents réseaux de mémoire dysfonctionnels. Dans la sécurité de la relation avec le thérapeute, les patients sont aidés à comprendre et à intégrer leurs voix, « parties », ou « états du soi » en utilisant l'EMDR et à résoudre les réseaux de mémoire dysfonctionnels liés à des traumatismes associés (37,164).

Enfin, l'**ICoNN4** est préconisé par l'auteur dans les cas où aucun souvenir cible n'est identifiable. Dans ce cas, le thérapeute peut choisir de travailler avec l'expérience du patient d'une « Gestalt » psychotique comme cible pour l'EMDR. **De Bont et Geurink (2016)** émettent l'hypothèse que ce que Miller entend par « Gestalt » correspond à ce qui est appelé « imagerie » dans la littérature scientifique (37,164).

Moskowitz et al. 2018 dans leur ouvrage « *Psychosis, Trauma and Dissociation* », ont présenté le cas clinique de Julio, un patient de 21 ans, souffrant d'un trouble schizophrénique diagnostiqué à l'âge de 16 ans. Le patient présentait des symptômes psychotiques tels que des HAV, des idées délirantes et des idées de diffusion de la pensée. Ses symptômes répondaient mal aux médicaments. Le patient était pris en charge en hôpital de jour. Les auteurs ont entamé une thérapie EMDR sans cible apparente autre que l'apparition chez le patient des premiers épisodes psychotiques qui restaient très perturbants pour lui. En effet, le patient ne rapportait aucun antécédent traumatique autre que l'apparition des premiers épisodes psychotiques. Ces cibles ont été retraitées en deux séances, pendant lesquelles Julio s'est remémoré des informations et des souvenirs auxquels il ne semblait pas avoir accès auparavant. Il a rapporté, entre autres, des souvenirs perturbants d'expériences sexuelles dans l'enfance avec un camarade de classe et de la maltraitance physique par un aîné de la famille. Les souvenirs qui ont surgi durant le retraitement EMDR ont aidé le patient à expliquer certains de ses symptômes les plus réfractaires. De multiples séances d'EMDR ont été nécessaires pour retraiter l'ensemble des souvenirs ayant émergé. Lors de son départ de l'hôpital de jour, les auteurs rapportent une amélioration des relations interpersonnelles du patient, de ses idées délirantes et de ses HAV (33).

F. Études en cours

Plusieurs études sont actuellement mises en œuvre. En Espagne, un essai clinique randomisé en simple aveugle est actuellement en cours pour comparer l'efficacité de l'EMDR par rapport au traitement habituel chez des patients avec un premier épisode psychotique et des antécédents de traumatisme

¹⁸ Cf. théorie de la dissociation structurelle de la personnalité.

psychologique (175). L'étude RE.PROCESS est en cours aux Pays-Bas, **Burger et al. 2022** est un protocole d'étude pour un essai contrôlé randomisé pragmatique, en simple aveugle, multicentrique, de supériorité, avec quatre bras : la restructuration cognitive (RC), l'EP, et l'EMDR sont comparés à une condition de liste d'attente dans un échantillon de participants souffrant de troubles psychotiques et de TSPT. Les effets secondaires seront étudiés à la fois directement après la thérapie et à long terme. C'est en partie une étude de réplication, visant à valider les résultats des essais contrôlés randomisés précédents sur l'efficacité de l'EP, de l'EMDR et de la RC chez les patients souffrant d'un trouble psychotique (176).

Valiente et Gomez (2019) décrivent un protocole de traitement pour l'essai clinique randomisé, multicentrique et en double aveugle de phase II. Les auteurs ont sélectionné un échantillon de 80 patients ayant été diagnostiqués avec un **premier épisode psychotique au cours de la dernière année** et présentant un historique de traumatisme psychologique. Parmi ces patients, 40 ont été aléatoirement assignés à recevoir l'EMDR en complément du traitement habituel pour 20 séances individuelles de 60 minutes réparties sur 5 mois, et 40 ont reçu uniquement le traitement habituel, lequel n'était pas axé sur les symptômes du TSPT ou du traumatisme. L'objectif principal de l'étude est d'évaluer si l'EMDR, en tant qu'adjuvant au traitement habituel, permet une réduction des rechutes après intervention chez les patients présentant un premier épisode psychotique, qu'il soit affectif ou non-affectif, et ayant un historique de traumatisme psychologique comorbide associé à la première admission hospitalière et/ou à des événements de vie stressants antérieurs (177).

Daniela Strelchuk et al. 2024 ont publié une étude de faisabilité sur la possibilité de réaliser un essai contrôlé randomisé multicentrique sur l'EMDR pour prévenir les troubles psychotiques chez les patients ARMS ayant vécu un traumatisme et présentant au moins un symptôme de TSPT (178–180). Initialement conçue comme une étude randomisée comparant l'EMDR au traitement habituel, elle a été transformée en une étude de faisabilité à bras unique en raison d'un faible recrutement. Trois patients ont été assignés à l'EMDR et trois au traitement habituel dans la phase randomisée, tandis que huit patients ont participé à l'étude de faisabilité. Les patients ont été inclus parmi les équipes d'interventions précoces et ont suivi en moyenne 6,5 séances de thérapie EMDR. L'âge moyen était de 22,9 ans, avec une majorité d'hommes (82,9 %). Parmi les 11 patients ayant suivi l'EMDR, sept ont été suivis à 4 mois, six à 8 mois, et sept à 12 mois. Le principal critère de jugement était la transition vers un trouble psychotique, qui est survenu chez un patient du groupe EMDR (n = 9) à 12 mois. Il y a eu un événement indésirable grave et deux non graves, classés comme attendus et peu liés à l'intervention. L'étude a inclus des entretiens avec les thérapeutes et patients. Ceux ayant terminé la thérapie ont décrit le travail sur le traumatisme comme stressant, mais moins pénible que la TCC, selon un patient et deux thérapeutes, car l'EMDR ne nécessitait pas de description détaillée du traumatisme ni de devoirs entre les séances. Les thérapeutes ont suggéré d'augmenter le nombre de séances et de proposer un travail préparatoire pour les patients avec des difficultés d'attachement avant de les engager en thérapie EMDR (178,179).

Peter Carr (2020) rédige un article où il fait l'hypothèse qu'il serait possible d'augmenter les effets de l'EMDR grâce à des « *Alternating Bilateral Photic Stimulation* » (ABPS) qu'on peut traduire par une « stimulation photique bilatérale alternée » et que ce serait une modalité particulièrement adaptée aux patients sur le spectre schizotypique. Des **lunettes EMDR d'auto-assistance** pourrait être fournies aux patients **pour une pratique régulière à long terme de la vision induite par ABPS**. L'ABPS serait délivré via deux diodes électroluminescentes rouges de haute luminosité montées latéralement sur des lunettes. Les LED sont illuminées alternativement à une fréquence de 1-2 Hz pour provoquer des mouvements oculaires avec les yeux ouverts pour les phases de désensibilisation de l'EMDR (181).

DISCUSSION ET PERSPECTIVES

1. Synthèse des principaux résultats

Cette revue de la littérature offre un état des lieux des connaissances actuelles, constitué des profils des patients et des diverses approches thérapeutiques utilisées. Elle regroupe des études variées provenant de différentes sources d'information.

Les études s'accordent à dire que l'EMDR est un outil prometteur, efficace et sûr, pour les patients souffrant de troubles psychotiques. Les études ont montré que la thérapie EMDR ne devrait pas être utilisée isolément chez ces patients complexes mais devrait être intégrée dans une **prise en charge globale**, incluant d'autres approches thérapeutiques comme la TCC, la restructuration cognitive, les exercices d'exposition et le traitement pharmacologique. La thérapie EMDR devrait se pratiquer en coordination avec d'autres professionnels qui prennent en charge le trouble psychotique. Les articles inclus ont majoritairement rapporté que l'EMDR devrait faire partie d'une prise en charge globale. La thérapie EMDR a très souvent été **associée au traitement habituel** dans les essais (5,113,115,116,123). Van den Berg et al. 2013 recommandent l'intégration de l'EMDR dans un cadre de traitement psychologique plus complet, en combinaison avec la TCC, par exemple (24). Chez de nombreux patients, la thérapie EMDR a dû être suivie d'exercices d'exposition ou d'expériences comportementales pour obtenir une amélioration supplémentaire, en particulier sur le fonctionnement général et l'anxiété (24).

Dans les différents articles présentés, les auteurs ont utilisé la thérapie EMDR en condition ambulatoire et en condition hospitalière. Les études semblent montrer que même en situation aiguë, c'est à dire pendant une hospitalisation psychiatrique, ou lors d'un épisode aigu de décompensation de trouble psychotique, la thérapie EMDR reste efficace et sûre.

Un critère d'exclusion récurrent dans les études incluses était un coefficient intellectuel chez les patients inférieur à 70. Une étude a donc essayé de réaliser l'EMDR chez des patients souffrant d'un trouble psychotique et ayant un coefficient intellectuel inférieur à 70 et a trouvé que même dans cette situation, la thérapie EMDR était efficace et sûre (137).

Les effets secondaires retrouvés par les études sont le plus souvent transitoires, telles que des exacerbations en début de traitement. Les études rapportent que ces aggravations sont temporaires et ne présagent pas d'un mauvais résultat de la thérapie.

Le taux d'abandon n'était pas plus élevé dans les groupes traités par thérapie EMDR qu'en liste d'attente ou dans les groupes d'exposition prolongée ou de TCC.

Les auteurs pensent que la combinaison de la thérapie EMDR et de la TCC posséderait un effet synergique. Certains auteurs ont noté que la thérapie EMDR pourrait constituer une alternative pour des patients qui ne répondent pas à d'autres thérapies centrées sur le traumatisme, telle que la TCC centrée sur le traumatisme, ou ont du mal à s'y engager ou à se plier au travail personnel qui est partie intégrante

de la TCC (136). En effet, contrairement à la TCC, la thérapie EMDR ne nécessite pas une description détaillée des expériences traumatiques, ce qui permet de minimiser les perturbations émotionnelles désagréables et la revictimisation. De plus, dans l'EMDR, les devoirs à domicile ne sont pas requis. Cela rend plus acceptable pour les patients ayant un niveau de fonctionnement relativement faible (182).

Un autre avantage de la thérapie EMDR est qu'elle **ne nécessite pas de connaître tous les détails d'un souvenir pour aborder efficacement le traitement**. Comme indiqué dans les directives de pratique de l'Association Psychiatrique Américaine (183), lors de l'EMDR, « *il n'est pas nécessaire de fournir des descriptions verbales de leurs expériences traumatiques ; au contraire les patients sont encouragés à réfléchir à leurs expériences traumatisantes sans avoir à les discuter* ». Étant donné la réticence de certains patients à divulguer les détails de leurs expériences, cette dynamique a des retentissements importants sur la volonté d'initier le traitement, la diminution de l'abandon de traitement ainsi que les gains thérapeutiques (73,75,169,182).

2. Limites des études

Les études incluses présentent plusieurs limitations. En effet, les publications proviennent majoritairement d'auteurs néerlandais et ont été conduites dans le contexte clinique des Pays-Bas (24,26,115,121,150,171,184). Certaines études, comme celle de **Van den Berg et Van der Gaag (2012)**, manquent de groupes témoins (26). **Kim et al. 2010**, n'ont pas diagnostiqué ni spécifiquement ciblé le TSPT et ont utilisé un très petit nombre de séances, trois seulement contre huit dans l'ECR de Van den Berg et al. 2015 et jusqu'à douze dans l'étude De Bont et al. 2013 (5,24,114,120). L'étude de **De Bont et al. 2013** est critiquée pour sa petite taille d'échantillon et l'utilisation de tons auditifs bilatéraux, moins efficaces que les mouvements oculaires (5,33,185,186). **De Bont et al. 2016** n'ont pas surveillé le changement des variables pendant et entre les séances (113,116). Dans l'étude de **Van den Berg et al. 2016a**, les événements indésirables et la revictimisation étaient auto-évalués (116). **Penninx Quevedo et al. 2021** ont été critiqués pour les critères retenus concernant l'arrêt précoce de la thérapie. Ils ont supposé que la résolution des souvenirs cibles (SUD à 0) suffirait à éliminer le TSPT, ce qui n'a pas été le cas puisque les symptômes de TSPT sont restés relativement élevés. (5,185). L'étude de **Van den Berg et al. 2016b** est limitée par une petite taille d'échantillon ce qui a obligé les auteurs à regrouper les données des thérapies EP et EMDR (132). Les séries de cas de **McGoldrick et al. 2008** et **Laugharne et al. 2014** présentent un biais de sélection, et n'ont rapporté que les cas semblant avoir bénéficié de la thérapie EMDR (120,136,144). **Kratzer et al. 2017** n'avaient pas d'objectif clairement établi et il n'y avait pas de contrôle ni de comparateur (120,142).

Ward Brown et al. 2018 n'avaient pas non plus de groupe témoin, ce qui constitue également une limite de l'étude. De plus, la plupart des mesures ont été administrées par le thérapeute lui-même, introduisant un biais potentiel. Le thérapeute a également bénéficié d'une supervision individuelle intensive et de discussions de soutien entre pairs chaque semaine. Des conditions difficiles à reproduire

en pratique courante, ce qui limite ainsi la généralisabilité des résultats (124). Ceci est une critique que l'on peut faire à plusieurs études qui prévoyaient des supervisions des thérapeutes (124).

La revue de la littérature de **Sin et Spain (2016)** soulève certaines limites, notamment le risque que des travaux incluant peu de participants souffrant d'un trouble psychotique n'aient pas été pris en compte. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que certaines études utilisent le terme générique de « maladie mentale sévère » (SMI) pour désigner le trouble psychotique, ce qui pourrait restreindre la spécificité des résultats récupérés (148).

Philips et al. 2021 et **Van den Berg et al. 2016** pourraient présenter un biais de sélection. Les thérapeutes ayant participé à l'étude se sont portés volontaires pour participer et estimaient que l'EMDR était une intervention importante et faisable. Ceux ayant des avis et des expériences moins favorables peuvent ne pas avoir été représentés (121,158). **Van den Berg et al. 2013** n'ont pas utilisé d'échelles pour diagnostiquer et suivre les différents symptômes (24).

Les cas cliniques extraits de l'ouvrage de Miller ont été critiqués. En effet, **De Bont et Geurink (2016)** critiquent l'application du modèle de dissociation structurelle au trouble psychotique et l'écart par rapport au protocole EMDR original. Ils soulignent que le modèle ICoNN de Miller manque de validation empirique, surtout dans des essais contrôlés, et que sa diffusion devrait être limitée sans recherches appropriées (37,164).

Il est probable qu'il y ait des **biais de publication** car les études sélectionnées dans les bases de données sont généralement celles ayant des résultats statistiquement significatifs. Notre étude possède probablement un biais de sélection. En effet, bien que la stratégie de recherche ait été rigoureuse et exhaustive, il est possible que certaines études incluant un petit nombre de personnes souffrant d'un trouble psychotique n'aient pas été identifiées. Cela pourrait être dû au fait que les auteurs des essais ont regroupé les troubles psychotiques sous le terme générique de « *Severe Mental Illness* » ou Maladie Mentale Grave (SMI). C'est une limite que cette revue a en commun avec les revues de la littérature présentées (cf. Sin et Spain (2016)).

Actuellement, l'obstacle principal à l'implémentation de la thérapie EMDR dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychotiques est la **disponibilité de soignants formés**. En effet, l'accessibilité de l'EMDR et d'autres psychothérapies centrées sur le traumatisme pour les patients souffrant de troubles psychotiques est très limitée car malheureusement ces thérapies sont souvent disponibles en milieu libéral ce qui limite considérablement leur accessibilité aux populations souffrant de troubles psychotiques qui vivent souvent une grande précarité. Les compétences à la fois dans la prise en charge des troubles psychotiques et dans l'EMDR ne sont pas disponibles dans de nombreux espaces de soins. Les études ont eu tendance à tester la thérapie EMDR dans des conditions qu'on pourrait qualifier d'optimales, les thérapeutes étaient formés à la fois dans le trouble psychotique et en thérapie EMDR, avaient accès à des supervisions de manières très régulières, ce qui semble difficilement réalisable en pratique courante.

Une difficulté qui nous est apparue est le **choix de l'ordre des évènements de vie à retraiter**, soit dans quel ordre faire le retraitement sur le plan de ciblage. Les avis semblent diverger à ce sujet. Certains auteurs ont conseillé de cibler d'abord les évènements de vie les plus perturbants du patient. En préparant le patient à faire face à la pire éventualité et au plus haut niveau de détresse dès le début, cela permettrait d'éviter toute surprise par la suite et de gérer plus efficacement les réactions émotionnelles qui peuvent survenir pendant la thérapie. D'autres auteurs préconisent de commencer par le retraitement de souvenirs « simples » ou de traumatismes « simples » afin de rassurer le patient et de le familiariser avec la thérapie (73).

Par ailleurs, en préparant cette thèse, nous avons envisagé initialement de présenter un panorama des autres psychothérapies utilisées pour prendre en charge le traumatisme chez les patients souffrant de troubles psychotiques. Toutefois, face à l'ampleur du matériel existant, nous avons réalisé que tenter de résumer les autres psychothérapies dans un seul chapitre de cette thèse, axée sur l'EMDR, pourrait s'avérer démesurément complexe, impliquant un travail d'une ampleur justifiant un ouvrage à part entière, ou se réduirait à une synthèse si succincte qu'elle en perdrait son intérêt.

3. Perspectives

Il est nécessaire de **répliquer les résultats des études**. La thérapie EMDR a été testée dans diverses situations cliniques, mais les résultats n'ont pas été répliqués. Il n'y avait qu'un article étudiant l'EMDR chez les patients souffrant de troubles psychotiques et de déficience mentale. Il n'y avait pas assez d'articles également l'analysant dans des situations aiguës.

Il faudrait **étendre les recherches sur la thérapie EMDR dans cette population de patients**. Moskowitz et al. 2018 ont notamment proposer d'étendre les recherches sur différents échantillons de patients : « des patients atteints de TSPT et d'un trouble psychotique concomitant, des patients avec ou sans médicaments antipsychotiques, des patients psychotiques sans TSPT, ainsi que des troubles dissociatifs avec des caractéristiques psychotique » (33).

Les prochaines études pourraient se concentrer davantage sur l'identification des obstacles à l'implémentation de l'EMDR dans les protocoles de soins et sur les stratégies qui pourraient être mises en place pour les contourner. Les études ultérieures pourraient également prévoir un nombre de séances plus important, puisqu'il s'agissait d'une limitation de plusieurs études.

Concernant les effets secondaires de la thérapie EMDR chez les patients souffrant de troubles psychotiques, la plupart des études rapportent très peu d'effets secondaires. Bien que cela puisse sembler rassurant, il est légitime de se demander si ce n'est pas dû au fait que les patients recevaient très peu de séances, ou parce que les patients bénéficiaient d'un suivi rapproché. Les études disponibles sont rassurantes quant à l'utilisation de l'EMDR chez ces patients, mais elles fournissent peu d'informations sur les précautions à prendre en pratique clinique quotidienne. L'étude de **White et al. (2020)** rapporte le cas d'une patiente ayant développé une symptomatologie psychotique de novo suite à l'initiation d'une

thérapie EMDR (154). Cela souligne l'importance de mieux identifier les patients à risque de décompensation ou d'exacerbation sévère.

La question de la prévention est actuellement en cours d'exploration et semble extrêmement prometteuse. Proposer l'EMDR à des stades très précoces de la prise en charge pourraient avoir des bénéfices individuels sur le pronostic, mais aussi des intérêts en termes de coût pour la société. Il semble très utile d'approfondir les recherches sur ce sujet (179,180).

Le modèle ICoNN de Miller n'a pas été testé empiriquement, et cela pourrait être l'objet d'études futures. On pourrait même le comparer au modèle des trois méthodes, présenté par Van den Berg et al. 2013 (24,37).

Par ailleurs, les auteurs ont étudié dans quelle mesure la prescription d'un traitement anticholinergique pourrait interférer avec l'EMDR. Il faudrait poursuivre les explorations dans le domaine des interactions thérapeutiques. Les benzodiazépines inhibent à la fois le sommeil paradoxal (sommeil avec mouvements oculaires rapides, REM) et le sommeil profond (sommeil à ondes lentes). Le temps de sommeil supplémentaire fourni par les benzodiazépines est principalement passé en sommeil léger, appelé sommeil de stade 2 (187). Sachant qu'une des hypothèses du fonctionnement de l'EMDR est que la stimulation bilatérale alternée par les mouvements oculaires (MO) permette de compenser un sommeil paradoxal insuffisant chez les patients souffrant de TSPT (72,94,95). Il pourrait être intéressant d'étudier dans quelle mesure une prescription de benzodiazépines pourrait interférer avec la thérapie EMDR.

De plus, des études futures pourraient explorer l'hypothèse soulevée par l'article de Peter Carr (2020), qui questionnait l'intérêt de proposer une forme de stimulations bilatérales alternées en ambulatoire, à destination des patients souffrant de troubles psychotiques à l'aide d'un dispositif de lunettes à diode (181).

CONCLUSION

Contrairement aux préjugés tenaces à ce sujet, les études semblent démontrer que la thérapie EMDR n'est ni nocive, ni insupportable pour les patients souffrant de troubles psychotiques. Au contraire, jusqu'à présent, les études ont montré que la thérapie EMDR pourrait permettre d'améliorer considérablement la symptomatologie traumatique et psychotique de ces patients, et ainsi permettre une amélioration de leur fonctionnement général. À un niveau collectif, cela a des répercussions, il est légitime de se demander si incorporer la thérapie EMDR dans la prise en charge précoce des patients pourrait permettre de diminuer leur temps d'hospitalisation, le nombre de rechutes et ainsi réduire la charge en termes de coûts de santé.

Les études attirent particulièrement l'attention sur le fait que les patients souffrant de troubles psychotiques doivent, comme tous les autres, bénéficier d'une anamnèse concernant d'éventuels antécédents traumatiques. Cela ne signifie pas qu'une solution pourra toujours être proposée face à ces antécédents, mais en présence de symptômes psychotiques résistants aux prises en charge habituelles, il est pertinent de considérer plus attentivement l'existence d'antécédents traumatiques. Les auteurs recommandent aux soignants de mieux prendre en compte l'impact des événements traumatiques et de leurs conséquences dans la prise en charge des patients psychotiques. Cette sensibilité est un enjeu majeur pour l'amélioration des soins (36,37).

Enfin, malgré le caractère encourageant des études présentées, de nombreuses zones d'ombre subsistent quant aux effets secondaires potentiels de la thérapie EMDR en conditions cliniques réelles. Les modalités optimales de sa mise en œuvre mériteraient d'être explorées plus en profondeur. De plus, les protocoles de traitement spécifiquement adaptés aux patients souffrant de troubles psychotiques devraient être testés lors d'essais cliniques randomisés et optimisés en conséquence.

• BIBLIOGRAPHIE

1. Pedinielli JL, Mariage A. Psychopathologie du traumatisme. Paris: Armand Colin; 2015. (128).
2. Morrison AP, Frame L, Larkin W. Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *Br J Clin Psychol.* nov 2003;42(4):331-53.
3. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse 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.* juill 2012;38(4):661-71.
4. 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.* nov 2005;112(5):330-50.
5. 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.* déc 2013;44(4):717-30.
6. Achim AM, Maziade M, Raymond E, 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.* juill 2011;37(4):811-21.
7. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull.* mars 2009;35(2):383-402.
8. de Bont PAJM, van den Berg DPG, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van der Gaag M, et al. Predictive validity of the Trauma Screening Questionnaire in detecting post-traumatic stress disorder in patients with psychotic disorders. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mai 2015;206(5):408-16.
9. Vleugel BVD, Berg DVD, Bont PD, Staring T, Jongh AD. EMDR Therapy for Traumatized Patients With Psychosis. In: Luber M, éditeur. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing EMDR Therapy Scripted Protocols and Summary Sheets [Internet].* 1^{re} éd. New York, NY: Springer Publishing Company; 2015. Disponible sur: <http://connect.springerpub.com/lookup/doi/10.1891/9780826131652.0003>
10. Mueser KT, Lu W, Rosenberg SD, Wolfe R. The trauma of psychosis: Posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophr Res.* 1 févr 2010;116(2):217-27.
11. Zhao J, Chen DY, Li XB, Xi YJ, Verma S, Zhou FC, et al. EMDR versus waiting list in individuals at clinical high risk for psychosis with post-traumatic stress symptoms: A randomized controlled trial. *Schizophr Res.* juin 2023;256:1-7.
12. Becker CB, Zayfert C, Anderson E. A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behav Res Ther.* mars 2004;42(3):277-92.
13. Ronconi JM, Shiner B, Watts BV. Inclusion and exclusion criteria in randomized controlled trials of psychotherapy for PTSD. *J Psychiatr Pract.* janv 2014;20(1):25-37.
14. Spinazzola J, Blaustein M, Van Der Kolk BA. Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *J Trauma Stress.* oct 2005;18(5):425-36.
15. Meyer JM, Farrell NR, Kemp JJ, Blakey SM, Deacon BJ. Why do clinicians exclude anxious clients from exposure therapy? *Behav Res Ther.* mars 2014;54:49-53.
16. Salyers MP, Evans LJ, Bond GR, Meyer PS. Barriers to Assessment and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Other Trauma-Related Problems in People with Severe Mental Illness: Clinician Perspectives. *Community Ment Health J.* févr 2004;40(1):17-31.
17. 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.* juill 2006;57(7):1027-31.
18. Gairns S, Alvarez-Jimenez M, Hulbert C, McGorry P, Bendall S. Perceptions of clinicians treating young people with first-episode psychosis for post-traumatic stress disorder. *Early Interv Psychiatry.* févr 2015;9(1):12-20.
19. Coutanceau R, Smith J, Cyrulnik B. Violence et famille: comprendre pour prévenir. Paris: Dunod; 2011. (Psychothérapies).
20. Coutanceau R, Smith J, Lemitre S. Trauma et résilience: victimes et auteurs. Paris: Dunod; 2012. (Psychothérapies).

21. Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC, Hembree EA, Alvarez-Conrad J. Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *J Consult Clin Psychol.* août 2002;70(4):1022-8.
22. 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.* avr 2010;48(4):312-20.
23. Grubaugh AL, Tuerk PW, Egede LE, Frueh BC. Perceptions of PTSD research participation among patients with severe mental illness. *Psychiatry Res.* déc 2012;200(2-3):1071-3.
24. 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(4):208-24.
25. 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.* juin 2009;23(5):665-75.
26. van den Berg DPG, van der Gaag M. Treating trauma in psychosis with EMDR: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* mars 2012;43(1):664-71.
27. Overview | Post-traumatic stress disorder | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2018. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
28. Crocq MA, Guelfi JD. *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
29. Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull-Erpelding MC, éditeurs. *Mini DSM-5®: critères diagnostiques.* Issy-les-Moulineaux: Publié par Elsevier Masson SAS, [2016]; 2016. 347 p.
30. Bourgeois ML. *Les schizophrénies:* [Internet]. Presses Universitaires de France; 2017. (Que sais-je ?). Disponible sur: <https://cairn.info/les-schizophrénies-2017--9782130789482.htm>
31. Orban P, Bouvard M. *Psychothérapies pour le trouble du stress post-traumatique: exposition prolongée, retraitement cognitif, thérapie cognitive du TSPT, EMDR.* Malakoff: Dunod; 2022. (Psychothérapies).
32. Collège national des universitaires en psychiatrie, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.* 4e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2024. (L'officiel ECN).
33. Moskowitz A, Dorahy MJ, Schäfer I, éditeurs. *Psychosis, Trauma and Dissociation: Evolving Perspectives on Severe Psychopathology* [Internet]. 1^{re} éd. Wiley; 2018. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118585948>
34. Stampfer HG. "Negative Symptoms": A Cu Mu Latlve Trauma Stress Disorder? *Aust N Z J Psychiatry.* déc 1990;24(4):516-28.
35. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, De Graaf R, et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand.* janv 2004;109(1):38-45.
36. Van Der Vleugel BM, Van Den Berg DPG, Staring ABP. Trauma, psychosis, post-traumatic stress disorder and the application of EMDR. *Riv Psychiatr.* 2012;47(2 Suppl):33-8.
37. Miller PW. *EMDR therapy for schizophrenia and other psychoses.* New York: Springer Publishing Company; 2016.
38. Shevlin M, Dorahy MJ, Adamson G. Trauma and psychosis: an analysis of the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry.* janv 2007;164(1):166-9.
39. Matheson SL, Shepherd AM, Pinchbeck RM, Laurens KR, Carr VJ. Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychol Med.* févr 2013;43(2):225-38.
40. Romme MAJ, Escher ADMAC. Hearing Voices. *Schizophr Bull.* 1 janv 1989;15(2):209-16.
41. Honig A, Romme MAJ, Ensink BJ, Escher SDMAC, Pennings MHA, Devries MW. Auditory Hallucinations: A Comparison between Patients and Nonpatients: *J Nerv Ment Dis.* oct 1998;186(10):646-51.
42. Matthijssen SJMA, Heitland I, Verhoeven LCM, van den Hout MA. Reducing the Emotionality of Auditory Hallucination Memories in Patients Suffering From Auditory Hallucinations. *Front Psychiatry.* 2019;10:637.
43. McCarthy-Jones S, Trauer T, Mackinnon A, Sims E, Thomas N, Copolov DL. A New Phenomenological Survey of Auditory Hallucinations: Evidence for Subtypes and Implications for Theory and Practice. *Schizophr Bull.* janv 2014;40(1):231-5.

44. Hardy A, Fowler D, Freeman D, Smith B, Steel C, Evans J, et al. Trauma and Hallucinatory Experience in Psychosis. *J Nerv Ment Dis.* août 2005;193(8):501-7.
45. Shaw K, McFarlane A, Bookless C. The Phenomenology of Traumatic Reactions to Psychotic Illness: *J Nerv Amp Ment Dis.* juill 1997;185(7):434-41.
46. McGORRY PD, Chanen A, McCARTHY E, Riel RV, McKENZIE D, Singh BS. Posttraumatic Stress Disorder Following Recent-Onset Psychosis An Unrecognized Postpsychotic Syndrome: *J Nerv Ment Dis.* mai 1991;179(5):253-8.
47. Bremner JD. Traumatic stress: effects on the brain. *Dialogues Clin Neurosci.* 31 déc 2006;8(4):445-61.
48. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mai 2010;168(4):311-9.
49. Josse É. Le traumatisme psychique chez l'adulte [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019. 340 p. (Ouvertures Psy - LMD; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-traumatisme-psychique-chez-l-adulte--9782807320390.htm>
50. Herodotus. *The Nine Books of the History of Herodotus ...* Henry Slatter; 1837. 510 p.
51. Kieffer A. Comorbidité entre schizophrénie et trouble de stress post-traumatique, une revue de la littérature. 2017;
52. Pinel P (1745 1826) *A du texte. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, par Ph. Pinel, [...] Seconde édition, entièrement refondue et très-augmentée. [Internet]. 1809. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76576g>
53. Erichsen JE. On concussion of the spine : nervous shock, and other obscure injuries of the nervous system in their clinical and medico-legal aspects [Internet]. New York : Bermingham; 1882. 316 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/onconcussionofsp00eric>
54. *Psychotraumatologie: aide-mémoire.* 3e édition. Malakoff: Dunod; 2020.
55. Pignol P, Hirschelmann-Ambrosi A. La querelle des névroses : les névroses traumatiques de H. Oppenheim contre l'hystéro-traumatisme de J.-M. Charcot. *Inf Psychiatr.* 2014;90(6):427-37.
56. Pignol P. Le travail psychique de victime : essai de psycho-victimologie [Internet] [phdthesis]. Université Rennes 2; 2011. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-00658758>
57. Charcot JM (Jean M, *History of Medicine Collections* (Duke University) NcD. *Leçons du mardi à la Salpêtrière* [Internet]. Paris, Bureaux du Progrès médical, A. Delahaye et Emile Lecrosnier; 1887. 664 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/leonsdumardilasa01char>
58. Tréhel G. Karl Abraham (1877-1925) et Hermann Oppenheim (1857-1919) : rencontre autour des névroses traumatiques de paix. 2023;81.
59. Babington A. *Shell-shock: a history of the changing attitudes to war neurosis.* London: Leo Cooper; 1997. 218 p.
60. Myers CS. *Shell shock in France, 1914 - 1918: based on a war diary.* 1. paperback ed. Cambridge: Cambridge Univ. Press; 2011. 146 p.
61. Wilson RM. Discussion on the Soldiers Heart. *Proc R Soc Med.* mai 1916;9(Ther_Pharmacol):37-9.
62. Van der Kolk BA, Weill A, Wiart Y. *Le corps n'oublie rien: le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme.* Paris: Pocket; 2021. (Pocket).
63. Shatan CF. Post-Vietnam Syndrome. *The New York Times* [Internet]. 6 mai 1972; Disponible sur: <https://www.nytimes.com/1972/05/06/archives/postvietnam-syndrome.html>
64. Association EMDR France [Internet]. Association EMDR France - Psychothérapie par mouvements oculaires. Disponible sur: <https://www.emdr-france.org/>
65. Amadeo M, Shagass C. Eye movements, attention and hypnosis. *J Nerv Ment Dis.* févr 1963;136:139-45.
66. Antrobus JS, Antrobus JS, Singer JL. EYE MOVEMENTS ACCOMPANYING DAYDREAMING, VISUAL IMAGERY, AND THOUGHT SUPPRESSION. *J Abnorm Psychol.* sept 1964;69:244-52.
67. Gale AG, Johnson F, éditeurs. *Theoretical and applied aspects of eye movement research: selected/ed. proceedings of the 2. European Conf. on Eye Movements, Nottingham, England 19-23 Sept. 1983.* Amsterdam: North-Holland; 1984. 565 p. (Advances in psychology).
68. Leigh RJ, Zee DS. *The neurology of eye movements.* Philadelphia: F.A. Davis Co; 1983. 281 p. (Contemporary neurology series).

69. Senders JW, Fisher DF, Monty RA, U.S. Army Human Engineering Laboratory, éditeurs. Eye movements and the higher psychological functions. Hillsdale, N.J. : New York: L. Erlbaum Associates ; distributed by Halsted Press; 1978. 394 p.
70. Monty RA, Senders JW, U.S Army Human Engineering Laboratory, éditeurs. Eye movements and psychological processes. Hillsdale, N.J. : New York: Lawrence Erlbaum Associates ; distributed by Halsted Press; 1976. 550 p.
71. Ringo JL, Sobotka S, Diltz MD, Bunce CM. Eye movements modulate activity in hippocampal, parahippocampal, and inferotemporal neurons. *J Neurophysiol.* 1 mars 1994;71(3):1285-8.
72. Roques J. L'EMDR. Paris: PUF; 2016. (Que sais-je ?).
73. Manuel d'EMDR: principes, protocoles, procédures. [2e édition]. Malakoff: Dunod; 2022.
74. Levin P, Lazrove S, Van Der Kolk B. What Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us about the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *J Anxiety Disord.* janv 1999;13(1-2):159-72.
75. Tarquinio C. Pratique de la psychothérapie EMDR: fondements et concepts, protocole et outils, applications, état de la recherche. 2^e éd. Malakoff: Dunod; 2022. (Psychothérapies).
76. Lansing K, Amen DG, Hanks C, Rudy L. High-Resolution Brain SPECT Imaging and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Police Officers With PTSD. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* nov 2005;17(4):526-32.
77. Rousseau PF. Etude des mécanismes d'actions neurobiologiques de la thérapie EMDR dans le trouble de stress post-traumatique [Internet] [thèse]. [Aix-Marseille]: Aix-Marseille; 2018. Disponible sur: <https://theses.fr/2018AIXM0527>
78. Pagani M, Di Lorenzo G, Verardo AR, Nicolais G, Monaco L, Lauretti G, et al. Neurobiological Correlates of EMDR Monitoring – An EEG Study. Schmidt U, éditeur. *PLoS ONE.* 26 sept 2012;7(9):e45753.
79. Letizia B, Andrea F, Paolo C. Neuroanatomical Changes After Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment in Posttraumatic Stress Disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* oct 2007;19(4):475-6.
80. Letizia Bossini, Ilaria Casolaro, Emiliano Santarnecki, Claudia Caterini, Despina Koukouna, Isabel Fernandez, et al. Evaluation study of clinical and neurobiological efficacy of EMDR in patients suffering from post-traumatic stress disorder. *Riv Psichiatr* [Internet]. 1 mars 2012;(2012Marzo-Aprile). Disponible sur: <https://doi.org/10.1708/1071.11733>
81. Amano T, Toichi M. The Role of Alternating Bilateral Stimulation in Establishing Positive Cognition in EMDR Therapy: A Multi-Channel Near-Infrared Spectroscopy Study. Kapoula Z, éditeur. *PLOS ONE.* 12 oct 2016;11(10):e0162735.
82. Landin-Romero R, Moreno-Alcazar A, Pagani M, Amann BL. How Does Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Work? A Systematic Review on Suggested Mechanisms of Action. *Front Psychol.* 13 août 2018;9:1395.
83. Van Den Hout MA, Rijkeboer MM, Engelhard IM, Klugkist I, Hornsveld H, Toffolo MJB, et al. Tones inferior to eye movements in the EMDR treatment of PTSD. *Behav Res Ther.* mai 2012;50(5):275-9.
84. Propper RE, Pierce J, Geisler MW, Christman SD, Bellowado N. Effect of bilateral eye movements on frontal interhemispheric gamma EEG coherence: implications for EMDR therapy. *J Nerv Ment Dis.* sept 2007;195(9):785-8.
85. Elofsson UOE, von Schèele B, Theorell T, Söndergaard HP. Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *J Anxiety Disord.* mai 2008;22(4):622-34.
86. Sack M, Lempa W, Steinmetz A, Lamprecht F, Hofmann A. Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)—Results of a preliminary investigation. *J Anxiety Disord.* oct 2008;22(7):1264-71.
87. Wilson DL, Silver SM, Covi WG, Foster S. Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* sept 1996;27(3):219-29.
88. Oren E, Solomon R. EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action. *Eur Rev Appl Psychol.* oct 2012;62(4):197-203.
89. Söndergaard HP, Elofsson U. Psychophysiological Studies of EMDR. *J EMDR Pract Res.* nov 2008;2(4):282-8.

90. Gunter RW, Bodner GE. EMDR Works . . . But How? Recent Progress in the Search for Treatment Mechanisms. *J EMDR Pract Res.* août 2009;3(3):161-8.
91. Christman SD, Garvey KJ, Propper RE, Phaneuf KA. Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology.* 2003;17(2):221-9.
92. Maxfield L, Melnyk WT, Hayman GCA. A Working Memory Explanation for the Effects of Eye Movements in EMDR. *J EMDR Pract Res.* nov 2008;2(4):247-61.
93. Stickgold R. EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *J Clin Psychol.* janv 2002;58(1):61-75.
94. Stickgold R. Sleep-Dependent Memory Processing and EMDR Action. *J EMDR Pract Res.* nov 2008;2(4):289-99.
95. Mellman TA, Pigeon WR, Nowell PD, Nolan B. Relationships between REM sleep findings and PTSD symptoms during the early aftermath of trauma. *J Trauma Stress.* oct 2007;20(5):893-901.
96. Aubert-Khalifa S, Roques J, Blin O. Evidence of a Decrease in Heart Rate and Skin Conductance Responses in PTSD Patients After a Single EMDR Session. *J EMDR Pract Res.* mars 2008;2(1):51-6.
97. Armstrong MS, Vaughan K. An orienting response model of eye movement desensitization. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* mars 1996;27(1):21-32.
98. IFEMDR [Internet]. Mécanisme d'action EMDR. Disponible sur: <https://www.ifemdr.fr/therapie-emdr/ressources-emdr/mechanisme-daction-emdr/>
99. Parker A, Dagnall N. Effects of bilateral eye movements on gist based false recognition in the DRM paradigm. *Brain Cogn.* avr 2007;63(3):221-5.
100. Parker A, Buckley S, Dagnall N. Reduced misinformation effects following saccadic bilateral eye movements. *Brain Cogn.* févr 2009;69(1):89-97.
101. Parker A, Relph S, Dagnall N. Effects of bilateral eye movements on the retrieval of item, associative, and contextual information. *Neuropsychology.* 2008;22(1):136-45.
102. Andrade J, Kavanagh D, Baddeley A. Eye-movements and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *Br J Clin Psychol.* mai 1997;36(2):209-23.
103. Tardi PM. Effet de l'EMDR sur les aspects émotionnels, cognitifs et corporels du TSPT. 2020.
104. Kavanagh DJ, Freese S, Andrade J, May J. Effects of visuospatial tasks on desensitization to emotive memories. *Br J Clin Psychol.* sept 2001;40(3):267-80.
105. Propper RE, Christman SD. Interhemispheric Interaction and Saccadic Horizontal Eye Movements Implications for Episodic Memory, EMDR, and PTSD. *J EMDR Pract Res.* nov 2008;2(4):269-81.
106. Calancie OG, Khalid-Khan S, Booij L, Munoz DP. Eye movement desensitization and reprocessing as a treatment for PTSD: current neurobiological theories and a new hypothesis. *Ann N Y Acad Sci.* août 2018;1426(1):127-45.
107. Gunter RW, Bodner GE. How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behav Res Ther.* août 2008;46(8):913-31.
108. Kim SJ, Lyoo IK, Lee YS, Kim J, Sim ME, Bae SJ, et al. Decreased cerebral blood flow of thalamus in PTSD patients as a strategy to reduce re-experience symptoms. *Acta Psychiatr Scand.* août 2007;116(2):145-53.
109. Lanius RA, Williamson PC, Densmore M, Boksman K, Gupta MA, Neufeld RW, et al. Neural Correlates of Traumatic Memories in Posttraumatic Stress Disorder: A Functional MRI Investigation. *Am J Psychiatry.* nov 2001;158(11):1920-2.
110. Lanius RA, Williamson PC, Hopper J, Densmore M, Boksman K, Gupta MA, et al. Recall of emotional states in posttraumatic stress disorder: an fMRI investigation. *Biol Psychiatry.* févr 2003;53(3):204-10.
111. Bergmann U. The Neurobiology of EMDR: Exploring the Thalamus and Neural Integration. *J EMDR Pract Res.* nov 2008;2(4):300-14.
112. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev.* déc 2019;4(1):5.
113. 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.* août 2016;46(11):2411-21.
114. Kim D, Choi J, Kim S, Oh D, Park SC, Lee S. A Pilot Study of Brief Eye Movement Desensitization and Reprocessing(EMDR) for Treatment of Acute Phase Schizophrenia. *J Korean Soc Biol Psychiatry* [Internet]. 2010; Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/A-Pilot-Study-of-Brief-Eye-Movement-Desensitization-Kim-Choi/ca1f5dc29dea2bb3d4d0ad8f11d4f8d8aab49dfb>
 115. 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.* mars 2015;72(3):259-67.
 116. 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.* mai 2016;42(3):693-702.
 117. 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.* oct 2016;209(4):349-50.
 118. Kikuchi: Application of EMDR for schizophrenia - *Clinical Psychology: Various Aspects*, 27(2), 317–324. Google Scholar [Internet]. 2008. Disponible sur: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Application+of+EMDR+for+schizophrenia&publication_year=2008&pages=317-324&journal=Clinical+Psychology%3A+Various+Aspects&volume=27&issue=2&author=A.+Kikuchi
 119. Valiente-Gomez A, Moreno-Alcazar A, Treen D, Cedron C, Colom F, Perez V, et al. EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Front Psychol.* 26 sept 2017;8:1668.
 120. 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(1):1711349.
 121. Phillips R, McSherry P, Pinto C, Maguire T. Exploring Therapists' Experiences of Applying EMDR Therapy With Clients Experiencing Psychosis. *J EMDR Pract Res.* 2021;15(3):142-56.
 122. de Bont P, de Jongh A, van den Berg D. Psychosis: An Emerging Field for EMDR Research and Therapy. *J EMDR Pract Res.* 2019;13(4):313-24.
 123. de Bont PAJM, van der Vleugel BM, van den Berg DPG, de Roos C, Lokkerbol J, Smit F, et al. Health-economic benefits of treating trauma in psychosis. *Eur J Psychotraumatology.* 2019;10(1):1565032.
 124. Ward-Brown J, Keane D, Bhutani G, Malkin D, Sellwood B, Varese F. TF-CBT and EMDR for young people with trauma and first episode psychosis (using a phasic treatment approach): two early intervention service case studies. *Cogn Behav Ther.* 26 oct 2018;11:e17.
 125. Varese F, Sellwood W, Pulford D, Awenat Y, Bird L, Bhutani G, et al. Trauma-focused therapy in early psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial of EMDR for psychosis (EMDRp) in early intervention settings. *Psychol Med.* avr 2024;54(5):874-85.
 126. Marlow S, Laugharne R, Allard J, Bassett P, Priebe S, Ledger J, et al. A pragmatic randomized controlled exploratory trial of the effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy for psychotic disorder. *J Psychiatr Res.* janv 2024;169:257-63.
 127. cara victoria. Thérapies du psychotraumatisme dans la schizophrénie : une revue de la littérature [Internet]. UNIVERSITE DE STRASBOURG; 2020. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2020/2020_CARA_Victoria.pdf
 128. 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.* mars 2018;212(3):180-2.
 129. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, et al. Emotion Modulation in PTSD: Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. *Am J Psychiatry.* juin 2010;167(6):640-7.
 130. Lanius RA, Brand B, Vermetten E, Frewen PA, Spiegel D. THE DISSOCIATIVE SUBTYPE OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: RATIONALE, CLINICAL AND

- NEUROBIOLOGICAL EVIDENCE, AND IMPLICATIONS: Dissociative Subtype of PTSD. *Depress Anxiety*. août 2012;29(8):701-8.
131. Van Der Hart O, Groenendijk M, Gonzalez A, Mosquera D, Solomon R. Dissociation de la personnalité et thérapie EMDR dans les troubles complexes liés au trauma : applications dans le traitement des Phases 2 et 3. *J EMDR Pract Res*. 1 févr 2015;9(1):12-28.
 132. 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*. oct 2016;176(2-3):239-44.
 133. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A, Carapezza R, Stolbach BC, Green BL. Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress*. déc 2011;24(6):615-27.
 134. De Jongh A, Resick PA, Zoellner LA, Van Minnen A, Lee CW, Monson CM, et al. CRITICAL ANALYSIS OF THE CURRENT TREATMENT GUIDELINES FOR COMPLEX PTSD IN ADULTS: Review: Treatment Guidelines Complex PTSD. *Depress Anxiety*. mai 2016;33(5):359-69.
 135. EMDR. Malakoff, Paris (5 Rue Laromiguière 75005): Dunod, Dunod; 2020.
 136. 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(1):19-24.
 137. 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*. oct 2021;117:104044.
 138. Prosser H, Moss S, Costello H, Simpson N, Patel P, Rowe S. Reliability and validity of the Mini PAS-ADD for assessing psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. avr 1998;42(4):264-72.
 139. De Roos, C., De Boer, R., De Jongh, A., & Ten Broeke, E. (2015). EMDR protocol voor kinderen en jongeren tot 18 jaar. [EMDR protocol for children and youth until age 18 years].
 140. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures, 3rd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2018. xxiv, 568 p. (Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures, 3rd ed).
 141. Mevissen L, Didden R, De Jongh A, Korzilius H. Assessing Posttraumatic Stress Disorder in Adults with Mild Intellectual Disabilities or Borderline Intellectual Functioning. *J Ment Health Res Intellect Disabil*. 2 avr 2020;13(2):110-26.
 142. 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(3):389-90.
 143. Granier C, Brunel L. Remission of schizophrenia after an EMDR session. *Eur J Psychotraumatology*. 2022;13(1):2014660.
 144. McGoldrick T, Begum M, Brown KW. EMDR and Olfactory Reference Syndrome A Case Series. *J EMDR Pract Res*. mars 2008;2(1):63-8.
 145. Shapiro F. Efficacy of the Eye Movement Desensitization Procedure in the Treatment of Traumatic Memories. *J Trauma Stress*. avr 1989;2(2):199-223.
 146. Shapiro F. Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. sept 1989;20(3):211-7.
 147. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001. 472 p.
 148. 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*. 24 janv 2017;1(1):CD011464.
 149. Hardy A, Van Den Berg D. Healing traumatic memories in psychosis: a response to Sin and Spain (2016). *Psychosis*. 2 janv 2017;9(1):95-6.
 150. Croes CF, van Grunsven R, Staring ABP, van den Berg DPG, de Jongh A, van der Gaag M. [Imagery in psychosis: EMDR as a new intervention in the treatment of delusions and auditory hallucinations]. *Tijdschr Voor Psychiatr*. 2014;56(9):568-76.

151. Jongeneel A, van Veen SC, Scheffers D, Riper H, van den Hout MA, van der Gaag M, et al. Linguistic dual tasking reduces emotionality, vividness and credibility of voice memories in voice-hearing individuals: Results from a controlled trial. *Schizophr Res.* févr 2020;216:249-54.
152. Matthijssen SJMA, Verhoeven LCM, Van Den Hout MA, Heitland I. Auditory and Visual Memories in PTSD Patients Targeted with Eye Movements and Counting: The Effect of Modality-Specific Loading of Working Memory. *Front Psychol.* 3 nov 2017;8:1937.
153. Burger SR, Hardy A, van der Linden T, van Zelst C, de Bont PAJ, van der Vleugel B, et al. The bumpy road of trauma-focused treatment: Posttraumatic stress disorder symptom exacerbation in people with psychosis. *J Trauma Stress.* avr 2023;36(2):299-309.
154. White M, Doty M. New-onset psychosis following initiation of eye movement desensitization and reprocessing therapy. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr.* mai 2020;32(2):142-3.
155. Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulaire de la psychanalyse.* 7e éd. Paris: Presses universitaires de France; 1981.
156. *Vocabulaire de la Psychanalyse* [Internet]. 2016. Disponible sur: http://psycha.ru/fr/dictionnaires/laplanche_et_pontalis/voc.html
157. Ogden P, Minton K, Pain C, Bonnel J, Van der Kolk BA. *Le trauma et le corps: une approche sensorimotrice de la psychothérapie.* 2e éd. Louvain-la-Neuve (Belgique): De Boeck supérieur; 2021. (Carrefour des psychothérapies).
158. van den Berg DPG, van der Vleugel BM, de Bont PAJM, Thijssen G, de Roos C, de Kleine R, et al. Exposing therapists to trauma-focused treatment in psychosis: effects on credibility, expected burden, and harm expectancies. *Eur J Psychotraumatology.* 2016;7:31712.
159. Marconi M, Polidoro A. Some Considerations About Emdr and Psychosis. *Clin NEUROPSYCHIATRY.* 2018;15(3):226-9.
160. Demily C, Franck N. *Schizophrénie: diagnostic et prise en charge.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013. 173 p. (Collection médecine et psychothérapie).
161. Krebs MO, Bourdel MC, Cherif ZR, Bouhours P, Lôo H, Poirier MF, et al. Deficit of inhibition motor control in untreated patients with schizophrenia: Further support from visually guided saccade paradigms. *Psychiatry Res.* oct 2010;179(3):279-84.
162. Bora E, Yucel M, Pantelis C. Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study. *Br J Psychiatry.* déc 2009;195(6):475-82.
163. De Jongh A, Ten Broeke E, Meijer S. Two Method Approach: A Case Conceptualization Model in the Context of EMDR. *J EMDR Pract Res.* févr 2010;4(1):12-21.
164. Bont PD, Geurink M. Psychosis and Trauma: EMDR for Trauma Related Problems in Patients With Psychosis. *Psychosis and Trauma: EMDR for Trauma Related Problems in Patients With Psychosis.* Wedding D, éditeur. *PsycCRITIQUES* [Internet]. 4 avr 2016;6161(1414). Disponible sur: <http://access.portico.org/stable?au=phzpzmmfhv>
165. Craig TK, Rus-Calafell M, Ward T, Leff JP, Huckvale M, Howarth E, et al. AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry.* janv 2018;5(1):31-40.
166. Hardy A, Keen N, van den Berg D, Varese F, Longden E, Ward T, et al. Trauma therapies for psychosis: A state-of-the-art review. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* 2024;97(1):74-90.
167. Brand RM, Bendall S, Hardy A, Rossell SL, Thomas N. Trauma-focused imaginal exposure for auditory hallucinations: A case series. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* avr 2021;94(S2):408-25.
168. Hardy A, Good S, Dix J, Longden E. "It hurt but it helped": A mixed methods audit of the implementation of trauma-focused cognitive-behavioral therapy for psychosis. *Front Psychiatry.* 13 oct 2022;13:946615.
169. Blore DC, Holmshaw EM, Swift A, Standart S, Fish DM. The Development and Uses of the "Blind to Therapist" EMDR Protocol. *J EMDR Pract Res.* 2013;7(2):95-105.
170. Berg DPGV den, Vleugel BMV der, Staring ABP, Bont PAJD, Jongh AD. EMDR in Psychosis: Guidelines for Conceptualization and Treatment. *J EMDR Pract Res.* 1 janv 2013;7(4):208-24.
171. Van Den Berg DPG, Van Der Vleugel BM, Staring ABP, De Bont PAJ, De Jongh A. L'EMDR dans la psychose : lignes directrices pour la conceptualisation et le traitement. *J EMDR Pract Res.* 1 août 2014;8(3):67-84.

172. Richardson A. Individual differences in imaging: their measurement, origins, and consequences. Amityville, N.Y: Baywood Pub. Co; 1994. 211 p. (Imagery and human development series).
173. Ji JL, Kavanagh DJ, Holmes EA, MacLeod C, Di Simplicio M. Mental imagery in psychiatry: conceptual & clinical implications. *CNS Spectr.* févr 2019;24(1):114-26.
174. Morrison AP, Beck AT, Glentworth D, Dunn H, Reid GS, Larkin W, et al. Imagery and psychotic symptoms: a preliminary investigation. *Behav Res Ther.* sept 2002;40(9):1053-62.
175. Smart Patients [Internet]. A Rater-blinded RCT to Compare Effectiveness of EMDR vs TAU in Patients With First Episode Psychosis and History of Psychological Trauma. Disponible sur: <https://www.smartpatients.com/trials/NCT03991377>
176. Burger SR, van der Linden T, Hardy A, de Bont P, van der Vleugel B, Staring ABP, et al. Trauma-focused therapies for post-traumatic stress in psychosis: study protocol for the RE.PROCESS randomized controlled trial. *Trials.* 5 oct 2022;23(1):851.
177. Valiente-Gómez A, Pujol N, Moreno-Alcázar A, Radua J, Monteagudo-Gimeno E, Gardoki-Souto I, et al. A Multicenter Phase II RCT to Compare the Effectiveness of EMDR Versus TAU in Patients With a First-Episode Psychosis and Psychological Trauma: A Protocol Design. *Front Psychiatry.* 2019;10:1023.
178. pecoul delphine. IFEMDR. 2020. Etude de faisabilité de l'EMDR chez les personnes présentant un état mental à risque (ARMS) pour la psychose. Disponible sur: <https://www.ifemdr.fr/etude-de-faisabilite-de-lemdr-chez-les-personnes-presentant-un-etat-mental-a-risque-arms-pour-la-psychose/>
179. Strelchuk D, Wiles N, Turner KM, Derrick C, Zammit S. Feasibility study of eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in people with an at-risk mental state (ARMS) for psychosis: study protocol. *BMJ Open.* 1 oct 2020;10(10):e038620.
180. Strelchuk D, Wiles N, Turner K, Derrick C, Martin D, Davies J, et al. Eye-movement desensitisation and reprocessing therapy (EMDR) to prevent transition to psychosis in people with an at-risk mental state (ARMS): mixed method feasibility study. *BJPsych Open.* mai 2024;10(3):e105.
181. Carr P. The value of visioning: Augmenting EMDR with alpha-band alternating bilateral photic stimulation for trauma treatment in schizophrenia. *Med Hypotheses.* nov 2020;144:110184.
182. Shapiro F. EMDR therapy: Adaptive information processing, clinical applications and research recommendations. *APA Div 56 Trauma Psychol Newsl.* 2010;VOL. 5, NO. 2:12-8.
183. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. American Psychiatric Publishing; 2004.
184. Van Den Berg DPG, Van Der Vleugel BM, Staring ABP. Trauma, psychose, PTSS en de toepassing van EMDR. *Dir Ther.* déc 2010;30(4):303-28.
185. de Bont PAJM, van den Berg DPG, van der Vleugel BM, de Roos C, Mulder CL, Becker ES, et al. A multi-site single blind clinical study to compare the effects of prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing and waiting list on patients with a current diagnosis of psychosis and co morbid post traumatic stress disorder: study protocol for the randomized controlled trial Treating Trauma in Psychosis. *Trials.* 23 mai 2013;14:151.
186. De Jongh A, Ernst R, Marques L, Hornsveld H. The impact of eye movements and tones on disturbing memories involving PTSD and other mental disorders. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* déc 2013;44(4):477-83.
187. Professor C Heather Ashton DM, FRCP. Ashton Manual : « Benzodiazepines: How they work and how to withdraw » [Internet]. 2002. Disponible sur: <https://www.benzoinfo.com/ashtonmanual/>
188. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, et al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress.* janv 1995;8(1):75-90.
189. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50-5.
190. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* févr 1960;23(1):56-62.
191. pecoul delphine. IFEMDR. 2019. Les échelles pour le TSPT. Disponible sur: <https://www.ifemdr.fr/les-echelles-pour-le-tspt/>
192. Weiss DS. The Impact of Event Scale-Revised. In: Assessing psychological trauma and PTSD, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2004. p. 168-89.

193. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
194. Mason O, Claridge G, Jackson M. New scales for the assessment of schizotypy. *Personal Individ Differ*. janv 1995;18(1):7-13.
195. Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ. The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In: *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York, NY, US: The Guilford Press; 1997. p. 412-28.
196. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand*. avr 2000;101(4):323-9.
197. Haddock G, McCARRON J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med*. juill 1999;29(4):879-89.
198. Steinberg M. Interviewer's guide to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). Rev. ed. Washington, DC: American Psychiatric Pr; 1994. 155 p.
199. Chadwick P, Lees S, Birchwood M. The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R). *Br J Psychiatry*. sept 2000;177(3):229-32.
200. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck: Manual for the beck depression inventory-II - Google Scholar [Internet]. 1996 [cité 11 juill 2024]. Disponible sur: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Manual+for+the+Beck+Depression+Inventory-II&author=A.+T.+Beck&author=R.+A.+Steer&author=G.+K.+Brown&publication_year=1996
201. Carlson E, Putnam F. An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation Prog Dissociative Disord*. 1 mars 1993;6:16-27.
202. Green CEL, Freeman D, Kuipers E, Bebbington P, Fowler D, Dunn G, et al. Measuring ideas of persecution and social reference: the Green *et al* . Paranoid Thought Scales (GPTS). *Psychol Med*. janv 2008;38(1):101-11.
203. Bunnell BE, Davidson TM, Ruggiero KJ. The Peritraumatic Distress Inventory: Factor structure and predictive validity in traumatically injured patients admitted through a Level I trauma center. *J Anxiety Disord*. avr 2018;55:8-13.
204. <https://www.apa.org> [Internet]. PTSD Assessment Instruments. Disponible sur: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/assessment>
205. Marx C. L'EMDR. Paris: Eyrolles; 2013. (Eyrolles pratique).

• ANNEXES

Annexe 1 : Équipements et outils en thérapie EMDR

Équipements et outils en thérapie EMDR		
Type de SBA	Description de l'utilisation	Outil
SBA visuelles	<ul style="list-style-type: none"> - Barre horizontale parcourue par un point lumineux de droite à gauche et inversement. - Couleur et vitesse du point contrôlés par un boîtier. 	
SBA auditives	<ul style="list-style-type: none"> - Casque permettant au patient d'entendre un son alternativement à droite puis à gauche 	
SBA tactiles	<ul style="list-style-type: none"> - Pulsateurs/buzzers/vibrateurs effectuant des vibrations alternativement dans la main droite et gauche 	

Tableau 5 : Équipements et outils utilisables en thérapie EMDR (images extraites du site emdrkit.com)

Quand vous pensez à la croyance ou cognition positive, à quel point ces mots vous semblent-ils vrais maintenant ?						
1	2	3	4	5	6	7
Complètement Faux						Complètement Vrai

Figure 4 : Échelle VoC, réalisée à partir des sources suivantes : (73,75,135)

À quel point cela vous perturbe-t-il maintenant ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas de perturbation/ neutre										Le plus haut niveau de perturbation

Figure 5 : Échelle SUD, réalisée à partir des sources suivantes : (73,75,135)

Annexe 2 : Échelles et questionnaires

Entretien ou « interviews »	
CAPS	Le « <i>Clinician-Administered PTSD Scale</i> » évalue la présence et l'intensité du TSPT et des troubles post-traumatiques survenus dans le passé du patient (188).
HAM-A	L'« <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i> » permet d'évaluer la gravité des symptômes d'anxiété (des scores plus élevés indiquent une anxiété plus sévère (189).
HAM-D	L'« <i>Hamilton Depression Rating Scale</i> », permet de mesurer la gravité de la dépression chez les patients déjà diagnostiqués (190).
IESR	L'« <i>Impact of Event Scale – Revised</i> » mesure le stress traumatique lié à des événements violents et évalue l'intensité des symptômes de manière neurovégétative. Un score de 22 indique un stress aigu et un score de 36 signale un TSPT, sans pour autant poser un diagnostic (191,192).
MINI PAS-ADD	Le « <i>Mini Psychiatric Assessment Schedule for Adults with a Developmental Disabilities</i> » est un outil d'évaluation de la santé mentale pour les personnes ayant des déficiences intellectuelles (138).
MINI-PLUS	Le « <i>Mini International Neuropsychiatric Interview – Plus</i> » permet d'évaluer le risque suicidaire modéré à élevé grâce à une section spécifique dédiée à la suicidabilité (193).
O-LIFE	L'« <i>Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences</i> » est un questionnaire à quatre échelles permettant de mesurer la prédisposition à la psychose (194).
PANSS	Le « <i>Positive and Negative Syndrome Scale</i> » évalue la symptomatologie de la schizophrénie, de mesurer la sévérité des symptômes positifs et négatifs et la psychopathologie générale.
PCLS	Le « <i>Posttraumatic stress disorder Checklist Scale</i> » évalue la sévérité du stress post-traumatique.
PDEQ	Le « <i>Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire</i> » mesure l'intensité de l'état dissociatif au cours d'un événement traumatique (195).
PSP	Le « <i>Personal and Social Performance Scale</i> » mesure le niveau de fonctionnement social des patients des scores plus élevés indiquent un meilleur fonctionnement (196).
PSYRATS-AH	Le « <i>Psychotic Symptom Rating Scales Hallucination Subscale</i> » mesure la sévérité de différentes dimensions des hallucinations auditives. Il inclut l'« <i>Auditory Hallucination Rating Scale</i> » (AHRS) qui évalue les HAV et la « <i>Delusion Rating Scale</i> » (DRS) (197).
PTCI	Le « <i>Posttraumatic Cognitions Inventory</i> » évalue les pensées et croyances négatives suite à un traumatisme.
QSPT	Le « <i>Questionnaire sur le Stress Post-Traumatique</i> » évalue la survenue d'un événement traumatique et offre une approche diagnostique du TSPT actuel ou passé.
SCID-D	Le « <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders</i> », permet d'évaluer les symptômes et troubles dissociatifs chez les adultes et adolescents (198).
Auto-questionnaires ou « self report »	
BAI	Le « <i>Beck Anxiety Inventory</i> » mesure la sévérité de l'anxiété.
BAVQ-R	Le « <i>Revised Beliefs About Voices Questionnaire</i> » évalue les croyances et les réactions émotionnelles et comportementales aux hallucinations auditives (199).
BDI-II	Le « <i>Beck Depression Inventory-II</i> » mesure la sévérité des symptômes dépressifs (200).
BHS	Le « <i>Beck Hopelessness Scale</i> » permet d'évaluer et mesurer le niveau de désespoir ressenti par les patients au cours de la dernière semaine (26).
BSI	Le « <i>Brief symptom Inventory</i> » permet d'évaluer la symptomatologie chez les patients présentant des problèmes psychologiques (137).
DES-II	Le « <i>Dissociative Experiences Scale-II</i> » mesure la fréquence des expériences dissociatives (201).
GPTS	Le « <i>Green et al. Paranoid Thought Scales</i> » mesure la gravité des idées paranoïaques (202).
MANSA	Le « <i>Manchester Short Assessment of Quality of Life</i> » évalue la qualité de vie (126).
PCL-C	Le « <i>PTSD Checklist– civilian</i> » évalue les symptômes du TSPT en terme de fréquence et d'intensité des symptômes.
PDI	Le « <i>Peritraumatic Distress Inventory</i> » permet d'évaluer les réactions émotionnelles d'un patient, au moment d'un événement traumatique ou immédiatement après (203).
PSS-SR	Le « <i>PTSD Scale-Self Report</i> » évalue la sévérité et la fréquence des symptômes du TSPT (204).
SAS	Le « <i>Self-rating Anxiety Scale</i> » permet de mesurer les niveaux d'anxiété (11).
SDS	Le « <i>Self-rating Depression Scale</i> » permet de mesurer les niveaux de dépression (11).
SERS-SF	« <i>The Self-Esteem Rating Scale-Short Form</i> » permet d'évaluer l'estime de soi chez les patients souffrant de troubles mentaux graves (SMI) (26).
SFS	Le « <i>Social Functioning Scale</i> » est conçu pour évaluer le fonctionnement social dans le trouble schizophrénique (5)

Annexe 3 : Tableau résumant les différentes phases de la thérapie EMDR

	PHASE 1	PHASE 2	PHASE 3	PHASE 4	PHASE 5	PHASE 6	PHASE 7	PHASE 8
Objectifs	<p>Anamnèse</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluation de l'indication de l'EMDR Anamnèse détaillée Évaluation de la stabilité du patient Élaborer un plan de traitement et un plan de ciblage <p>Résumé du plan de ciblage</p> <ul style="list-style-type: none"> Problématique actuelle Déclencheurs actuels Expériences passées Floatback Pont d'affect Scénarii du futur 	<p>Préparation</p> <ul style="list-style-type: none"> Préparation pour le retraitement des souvenirs perturbants Établir une relation thérapeutique Définir les attentes du traitement Stabilisation (lieu sûr...) Explications théoriques de la thérapie EMDR Recueil du consentement Tester les SBA 	<p>Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> Accéder à la cible à retraiter avec l'EMDR en stimulant les composantes actuelles du souvenir Obtenir des mesures de base Accéder au souvenir cible, qui sert de porte d'entrée vers les réseaux de mémoire associatifs d'expériences qui sont stockées selon des composantes similaires <p>Feuille de travail pour l'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> Souvenir cible (événement, situation initiale) Image CN CP VOC <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <ul style="list-style-type: none"> Emotion SUD <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <ul style="list-style-type: none"> Siège de la sensation corporelle 	<p>Désensibilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> Traiter le souvenir cible et les autres expériences associées jusqu'à une résolution appropriée Obtenir une diminution de la perturbation à 0 sur l'échelle SUD <p>Résumé séance désensibilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> Patient garde l'image, la CN et le siège de la sensation corporelle Séries de SBA jusqu'à obtention de matériel neutre ou positif, à deux reprises Retour à la situation initiale (interrogation : " <i>Quand vous revenez à la situation initiale, qu'est-ce qui vous vient maintenant ?</i>") Si du matériel négatif est rapporté, considérer cela comme le début d'un nouveau canal associatif Réalisation de nouvelles séries de SBA jusqu'à obtention de matériel neutre ou positif, à deux reprises Confirmation de la stabilité du matériel neutre ou positif qui ne change pas après une nouvelle série de SBA Évaluation du niveau de SUD Traitement du souvenir cible et des autres expériences associées jusqu'à une résolution appropriée et une diminution de la perturbation à 0 sur l'échelle SUD 	<p>Installation</p> <ul style="list-style-type: none"> Renforcer le lien entre la CP et le souvenir traité Renforcer les connexions aux réseaux de mémoires adaptatifs <p>Résumé séance installation</p> <ul style="list-style-type: none"> Vérification de la CP initiale Contrôle de la VOC Association de la CP avec la situation initiale, suivie de l'application des SBA Contrôle de la VOC après chaque série de SBA jusqu'à ce que la CP soit complètement installée (VOC = 7) 	<p>Scanner corporel</p> <ul style="list-style-type: none"> Vérifier les sensations corporelles associées au souvenir cible S'assurer que les réactions physiques sont congruentes avec le souvenir traité et la CP associée <p>Résumé séance scanner corporel</p> <ul style="list-style-type: none"> Le patient maintient à l'esprit la situation initiale et la CP, tout en effectuant un scan mental de son corps Les sensations corporelles négatives sont retraitées par des séries de SBA Les sensations corporelles positives sont renforcées par des SBA 	<p>Clôture</p> <ul style="list-style-type: none"> Clôturer la séance et faire le point S'assurer de la stabilisation du patient Rappeler que le retraitement peut continuer entre les séances Faciliter la stabilité du patient entre les séances 	<p>Réévaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> Réévaluer la cible initiale Identifier les associations potentielles ayant émergé entre les séances Actualiser les plans de ciblage Fournir des ressources pour l'autorégulation du patient Déterminer si la séance est achevée ou inachevée
Détails								

Abréviations utilisées dans le tableau : CN : « Cognition Négative », CP : « Cognition Positive », EMDR : « Eye Movement Desensitization and Reprocessing », SUD : « Subjective Units of Disturbance », VOC : « Validity Of Cognition », SBA : « Stimulations Bilatérales Alternées »

Figure 6 : Figure réalisée à partir des sources suivantes : (72,73,135,205)

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis 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. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque. »

**Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée dans le
Bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n° 4)**

THÉRAPIE EMDR CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT D'UN TROUBLE PSYCHOTIQUE : UNE REVUE NARRATIVE DE LA LITTÉRATURE

RÉSUMÉ :

Contexte : L'EMDR a démontré son efficacité dans le traitement du TSPT à travers de multiples essais. Actuellement, il existe des preuves que les antécédents traumatiques contribuent à l'apparition de maladies mentales graves et qu'ils peuvent aggraver leur pronostic. Les traitements centrés sur le traumatisme (TFT) n'ont été étudiés chez les patients souffrant de troubles psychotiques que depuis une quinzaine d'années. Le trouble psychotique est encore très souvent un critère d'exclusion des études.

Objectif : Examiner la faisabilité de l'intégration de la thérapie EMDR dans le traitement des patients souffrant de troubles psychotiques, en mettant l'accent sur l'efficacité et la sécurité de cette intervention pour cette population.

Méthodes : Nous avons interrogé les bases de données PubMed, Pascal, Francis, Web of Science, PsycINFO, Cochrane, SantéPsy, ainsi que la littérature grise.

Résultats : 40 études et articles ont répondu aux critères d'inclusion. La thérapie EMDR a atténué les symptômes traumatiques et a été associée à une diminution des symptômes délirants et négatifs, ainsi qu'à une réduction de l'utilisation des services de santé mentale. Les taux d'abandon observés étaient comparables à ceux d'autres TFT. Les effets secondaires étaient rares et généralement transitoires. L'adaptation du protocole EMDR n'a pas été nécessaire dans la majorité des études, bien que certaines modifications aient été suggérées pour répondre aux spécificités des patients souffrant de troubles psychotiques.

Conclusion : L'EMDR peut être efficacement intégrée dans le traitement des patients souffrant de troubles psychotiques. Les recherches actuelles recommandent que l'EMDR ne soit pas utilisée isolément, mais plutôt comme un élément d'une approche thérapeutique globale.

Mots-clés : Stress Post Traumatique, Post Traumatic Stress Disorder, TSPT, PTSD, Psychosis, Psychotic Disorder, Schizophrenia, Schizophrenic, Eye Movement Desensitization And Reprocessing, EMDR.

Discipline : Psychiatrie

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX – UFR DES SCIENCES MÉDICALES

EMDR THERAPY FOR PATIENTS SUFFERING FROM PSYCHOTIC DISORDER : A NARRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT :

Background : EMDR has demonstrated its effectiveness in the treatment of PTSD through multiple trials. Currently, there is evidence that traumatic history contributes to the onset of severe mental illnesses and may worsen their prognosis. Trauma-focused treatments (TFT) have only been studied in patients with psychotic disorders for about fifteen years. Psychotic disorder is still very often an exclusion criterion in studies.

Objective : Examine the feasibility of integrating EMDR therapy into the treatment of patients with psychotic disorders, especially the safety and effectiveness of this therapy for this population.

Method : We searched the PubMed, Pascal, Francis, Web of Science, PsycINFO, Cochrane, SantéPsy databases, as well as the grey literature.

Results : 40 studies and articles met the inclusion criteria. EMDR therapy reduced traumatic symptoms and was associated with a decrease in delusional and negative symptoms, as well as a reduction in the use of mental health services. Dropout rates were comparable to those of other trauma-focused therapies. Side effects were rare and generally transient. Adapting the EMDR protocol was not necessary in the majority of studies, although some modifications were suggested to address the specific needs of patients with psychotic disorders.

Conclusion : EMDR can be effectively integrated into the treatment of patients with psychotic disorders. Current research recommends that EMDR should not be used in isolation, but rather as part of a comprehensive therapeutic approach.

Key words : Post Traumatic Stress Disorder, PTSD, Psychosis, Psychotic Disorder, Schizophrenia, Schizophrenic, Eye Movement Desensitization And Reprocessing, EMDR.

Discipline : Psychiatry

UNIVERSITY OF BORDEAUX – FACULTY OF MEDICAL SCIENCES