

L'EMDR dans la psychose : lignes directrices pour la conceptualisation et le traitement

David P. G. van den Berg

Institut psychiatrique Parnassia, Den Haag, Pays-Bas

Berber M. van der Vleugel

Service communautaire de santé mentale GGZ Noord-Holland Noord, Alkmaar, Pays-Bas

Anton B. P. Staring

Institut psychiatrique Altrecht, Utrecht, Pays-Bas

Paul A. J. de Bont

Organisation de santé mentale GGZ Oost Brabant Land van Cuijk en Noord Limburg, Boxmeer, Pays-Bas

Ad de Jongh

*Centre académique de dentisterie (ACTA), université d'Amsterdam et université VU d'Amsterdam
Ecole des sciences de la santé, université de Salford, Manchester, Royaume-Uni*

Un grand nombre de patients présentant une psychose ont vécu des traumatismes infantiles et souffrent d'un état de stress post-traumatique comorbide. La recherche indique que l'exposition à des événements perturbants en début de vie joue un rôle considérable dans l'émergence et la persistance de symptômes psychotiques – directement ou indirectement. L'approche des deux méthodes pour la conceptualisation EMDR et les données récentes sur le retraitement d'imagerie psychotique répondent bien aux modèles cognitifs existants de la psychose. Cet article présente une série de lignes directrices préliminaires pour la conceptualisation du traitement EMDR dans la psychose, fondées à la fois sur la théorie et sur l'expérience clinique, et illustrées par des exemples de cas. Plusieurs obstacles et stratégies thérapeutiques associées concernant l'utilisation de l'EMDR dans la psychose sont décrits. L'EMDR dans la psychose peut très bien se combiner avec d'autres interventions standard telles que les psychotropes et la thérapie cognitive comportementale.

Mots-clés: trauma ; psychose ; EMDR ; délires ; hallucinations verbales auditives ; ESPT

Les études récentes montrent sans équivoque que la plupart des personnes atteintes d'une psychose ont subi des traumatismes infantiles et que ces expériences défavorables peuvent avoir une influence causale sur le développement et la persistance de symptômes psychotiques (Matheson, Shepherd, Pinchbeck, Laurens & Carr, 2013 ; Read, Van Os, Morrison & Ross, 2005 ; Varese et al., 2012). De plus, les relations entre le trauma et la psychose sont devenues

plus claires (Morrison, Frame & Larkin, 2003). Ceci suggère que les traitements centrés sur le trauma peuvent constituer un ajout important au traitement de la psychose (Callcott, Standart & Turkington, 2004).

Une part importante des patients atteints de psychose souffrent d'un état de stress post-traumatique (ESPT) comorbide. Les taux de prévalence estimés d'ESPT actuel dans la psychose varient entre 10% et 30% (Achim et al., 2011 ; Buckley, Miller, Lehrer

This article originally appeared as Van den Berg, D. P. G., Van der Vleugel, B. M., Staring, A. B. P., De Bont, P. A. J., & De Jongh, A. (2013). EMDR in Psychosis: Guidelines for Conceptualization and Treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(4), 208–224. Translated by Jenny Ann Rydberg.

& Castle, 2009). D'autres études portant sur l'ESPT dans la psychose montrent des taux de prévalence plus élevés, mais la plupart possèdent des limites majeures en raison de leur recours à des autoévaluations ou à des échantillons réduits. Aussi, certaines études n'indiquent pas si elles s'intéressaient à l'ESPT actuel ou au cours d'une vie.

De nombreux cliniciens hésitent à utiliser la thérapie EMDR ou d'autres thérapies centrées sur le trauma telles que l'exposition prolongée (EP) avec des patients atteints de psychose et d'ESPT comorbide. Par conséquent, la psychose constitue un critère d'exclusion dans presque toutes les études sur l'ESPT (Spinazzola, Blaustein & Van der Kolk, 2005). Bien que les preuves empiriques de l'efficacité du traitement du trauma dans la psychose soient rares, l'expérience clinique et les études exploratrices sont prometteuses (De Bont, Van Minnen & De Jongh, 2013 ; Frueh et al., 2009 ; Van den Berg & Van der Gaag, 2012). Ces études remettent en question de vieilles croyances selon lesquelles la psychose devrait constituer une contre-indication au traitement de l'ESPT comorbide chez des personnes atteintes de psychose.

Deux de ces études ont pratiqué la thérapie EMDR de manière sûre et avec succès. Les taux d'abandon étaient faibles et le traitement de l'ESPT était associé à des améliorations significatives de la dépression, de l'anxiété, de l'estime de soi, et semble même avoir réduit le nombre d'hallucinations dans l'une de ces études (Van den Berg & Van der Gaag, 2012). Clairement il faut davantage d'études. Au moment de la rédaction de cet article, un essai clinique randomisé multi-centres est en cours afin d'investiguer la sécurité et l'efficacité de la thérapie EMDR et de l'exposition prolongée dans le traitement de patients atteints de psychose et d'ESPT comorbide (De Bont, Van den Berg, et al., 2013). Il convient de souligner que, dans ces études, aucune procédure de stabilisation n'était employée avant l'administration de la procédure EMDR.

A ce jour, seule une étude publiée a utilisé l'EMDR pour cibler spécifiquement des symptômes psychotiques plutôt que l'ESPT comorbide. Dans cet essai clinique randomisé, les symptômes psychotiques étaient ciblés en EMDR dans un cadre hospitalier ($n = 45$; Kim et al., 2010). Les effets de trois séances d'EMDR étaient comparés aux techniques de relaxation. Aucun effet ni aucune différence significative n'ont été trouvés. Cette absence d'effet est probablement due au fait que tous les patients avaient été hospitalisés en raison d'un épisode psychotique aigu et ont donc reçu un traitement approfondi (incluant les médicaments). Ceci a pu masquer tous les autres

effets thérapeutiques. Ce qu'il convient le plus de noter peut-être, c'est que l'EMDR n'a pas eu d'effets indésirables.

Le présent article décrit la conceptualisation et la pratique de l'EMDR dans le traitement de symptômes psychotiques et d'imagerie en lien avec la psychose, en utilisant l'approche des deux méthodes. L'accent est mis sur les délires et les hallucinations verbales auditives (c'est-à-dire des voix). Cette approche est illustrée par plusieurs exemples de cas. De plus, une attention particulière est accordée aux obstacles et aux complications pouvant surgir dans la pratique de la thérapie EMDR avec des patients atteints de psychose. Des stratégies de traitement destinées à gérer ces obstacles sont présentées. En raison de la nature complexe de la plupart des psychoses, il est suggéré que l'EMDR soit combiné à d'autres stratégies thérapeutiques incluant l'emploi d'interventions cognitives comportementales. Il faut noter qu'il n'existe pas encore de fondement scientifique justifiant l'utilisation de l'EMDR dans la psychose. C'est pourquoi cet article se base sur l'expérience clinique des auteurs.

Parler du trauma dans la psychose

Les patients atteints d'une maladie mentale grave (MMG) éprouvent souvent le besoin pressant de parler de leurs expériences traumatiques (Lothian & Read, 2002). En revanche, les cliniciens semblent redouter que cela puisse avoir un impact défavorable (Read, Hammersley & Rudegeair, 2007). Cette "hypothèse du préjudice" est néanmoins contredite par les études d'intervention (De Bont, Van Minnen, et al., 2013 ; Frueh et al., 2009 ; Mueser et al., 2008 ; Van den Berg & Van der Gaag, 2012). Cette supposition n'est pas non plus soutenue par une étude qui a montré que les patients MMG réagissent bien aux entretiens portant sur les traumas (Grubaugh, Tuerk, Egede & Frueh, 2012).

La révélation de traumas et d'expériences interactionnelles dysfonctionnelles avec ses parents, ses pairs et d'autres peut troubler les patients mais ce n'est pas seulement le cas des patients souffrant de psychose. Le thérapeute devrait donc faire preuve d'empathie mais aussi se centrer sur les objectifs. Une analogie utile est celle du médecin apportant les premiers secours qui nettoie et recoud une vilaine blessure de manière non seulement empathique mais aussi centrée sur la tâche plutôt que de projeter une peur du sang et de la douleur. La souffrance émotionnelle qui accompagne l'évocation et le traitement des traumas est généralement temporaire. Le fardeau qu'implique la traversée de toute une vie avec un ESPT non traité

est souvent beaucoup plus perturbant car il finit par renforcer négativement des cycles entre les symptômes de l'ESPT et ceux de la psychose (Mueser, Rosenberg, Goodman & Trumbetta, 2002). Envisagez l'explication suivante :

Malheureusement vous avez vécu des choses vraiment horribles. Heureusement ces choses appartiennent maintenant au passé. Cependant, vous faites toujours l'expérience de souvenirs intrusifs à leur sujet. Comme vous le savez, les souvenirs peuvent être fortement troublants mais ils ne peuvent pas réellement vous faire de mal [donnez un exemple tel que : votre père vous a réellement blessé physiquement mais le souvenir de votre père ne le peut pas]. Au cours du traitement, nous travaillerons sur vos pires souvenirs. Ceci vous permettra de faire l'expérience que vous avez la force et la résilience nécessaires pour faire face. J'ai confiance que vous aussi vous allez y parvenir.

Beaucoup de patients MMG gardent avec eux des plans pour faire face ou des plans d'urgence. Afin de favoriser la stabilité et la sécurité, ces plans pourraient être mis à jour et adaptés avant le début du traitement EMDR. De plus, les auteurs de cet article soulignent l'importance de posséder de l'expérience auprès des patients atteints de psychose avant d'utiliser l'EMDR avec ce groupe. Bien que les procédures EMDR standard soient préconisées, il importe d'être familiarisé avec la complexité de la plupart des psychoses, la présence de troubles comorbides et le contexte de travail en équipe pluridisciplinaire en santé mentale.

Indications de l'EMDR dans la psychose

Tout d'abord, l'EMDR est indiqué dans la psychose pour l'ESPT comorbide. L'ESPT est un trouble

comorbide hautement prévalent dans la psychose (Achim et al., 2011 ; Buckley et al., 2009). L'ESPT non traité influence négativement les symptômes de la psychose et le pronostic des patients (Mueser et al., 2002).

Deuxièmement, l'EMDR peut être utilisé pour des symptômes de psychose qui sont directement en lien avec des événements de vie (traumatiques) antérieurs. Par exemple, la paranoïa qui a débuté directement après une expérience traumatique (e.g., avoir été agressé) ou des voix qui sont clairement liées à un trauma (Hardy et al., 2005 ; Morrison et al., 2003).

Troisièmement, l'utilisation de l'EMDR est indiquée lorsque des événements de vie influencent indirectement la psychose à travers des croyances fondamentales et des suppositions intermédiaires sur soi, sur les autres et sur le monde. Par exemple, avoir été harcelé dans l'enfance peut résulter en des attentes négatives vis-à-vis des autres ce qui finit par provoquer des délires paranoïdes (Fisher et al., 2012). De manière similaire, il a été montré qu'une faible estime de soi influence fortement les réactions à des voix insultantes (Paulik, 2012). La recherche indique que ces suppositions forment un lien cognitif important entre le trauma et la psychose (Fowler et al., 2006 ; Gracie et al., 2007).

Enfin, l'EMDR peut être utilisé pour retraiter des attentes imaginées négatives, irréalistes et craintives ainsi que de l'imagerie négative en lien avec la psychose. La plupart des patients atteints de psychose décrivent ce type d'imagerie intrusive (Lockett et al., 2012 ; Morrison et al., 2002 ; Schulze, Freeman, Green & Kuipers, 2013). Les résultats préliminaires montrent que le travail sur ces images pourrait réduire les symptômes psychotiques (Morrison, 2004).

Le Tableau 1 montre les indications et conceptualisations possibles pour l'utilisation de l'EMDR dans la psychose en employant l'approche des deux

TABLEAU 1. Indications et conceptualisation de l'EMDR dans les psychoses

But	Cible	Méthode
Diminution des symptômes ESPT comorbides	Souvenirs d'événements de vie traumatiques qui sont souvent revécus	Protocole EMDR Standard
Diminution des symptômes psychotiques	Souvenirs d'événements de vie directement liés à la psychose	EMDR avec l'approche de la première méthode
	Souvenirs d'événements de vie qui sont indirectement liés à la psychose	EMDR avec l'approche de la deuxième méthode
	Imagerie pertinente liée à la psychose	EMDR sur les "flash-forwards" ou l'imagerie (imaginaire)

Note. ESPT = état de stress post-traumatique.

méthodes (De Jongh, Ten Broeke & Meijer, 2010). Le thérapeute peut suivre le protocole EMDR standard mais il doit rester conscient de certains obstacles particuliers possibles qui peuvent apparaître chez des patients atteints de psychose. Ceux-ci seront abordés plus loin dans cet article ainsi que diverses stratégies thérapeutiques permettant de les gérer.

L'EMDR, l'approche des deux méthodes et l'imagerie

L'expérience acquise de l'utilisation de l'EMDR au cours des dernières années a montré qu'il est possible d'étendre ce traitement à une grande variété de symptômes psychologiques. Par conséquent, quand un thérapeute dans le cadre d'un traitement décide d'utiliser la thérapie EMDR, le traitement consistera à refaçonner les souvenirs qui sous-tendent les symptômes dont souffre le patient. C'est pourquoi, 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.

L'approche des deux méthodes est une approche complète destinée à aider les thérapeutes à conceptualiser leurs cas, leur permettant ainsi de formuler des hypothèses quant aux cibles essentielles au soulagement des symptômes. En d'autres termes, il s'agit d'une procédure structurée qui est exécutée avant l'EMDR à proprement parler afin de sélectionner les souvenirs cibles à retraiter. Quand les cibles ont été identifiées avec cette méthode, le protocole EMDR standard est employé pour retraiter les souvenirs (De Jongh et al., 2010). L'approche des deux méthodes est considérée comme un prolongement de la manière traditionnelle de conceptualiser l'EMDR à travers le questionnement (Shapiro, 1995, 2001). Ce modèle de conceptualisation de cas comporte deux composants (voir De Jongh et al., 2010, pour une description détaillée).

La première méthode (voir Figure 1) est utilisée pour les symptômes pour lesquels les souvenirs d'événements étiologiques et aggravants peuvent être identifiés de manière significative et formulés sur une ligne du temps. Elle vise principalement à conceptualiser l'EMDR dans les troubles de l'axe I du DSM-IV-TR I (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quatrième édition, texte révisé). Le point de départ est le (l'ensemble de) symptôme(s) cible(s). Les événements étiologiques et aggravants subséquents sont identifiés. Les questions permettant de clarifier ceci sont les suivantes : "De votre

point de vue, quel(s) événement(s) est (sont) responsables des plaintes actuelles ou ont pu les aggraver ?" ou "Quels événements ont conduit à vos symptômes ?" L'évolution des problèmes est alors indiquée sur une ligne du temps. Les souvenirs cibles les plus importants sont identifiés et évalués selon une hiérarchie. Ensuite le protocole standard est appliqué.

La deuxième méthode est employée pour identifier des souvenirs qui sous-tendent les croyances fondamentales dysfonctionnelles ou les suppositions intermédiaires du patient. Cette méthode est utilisée principalement dans la psychopathologie complexe dans laquelle les suppositions sous-jacentes dysfonctionnelles ont une influence importante. Le point de départ de la deuxième méthode correspond aux croyances fondamentales négatives dysfonctionnelles associées aux problèmes du patient. Les images cibles des expériences qui ont contribué à former ces croyances négatives sur soi, sur les autres et sur le monde (les "preuves" pour ainsi dire) sont identifiées. Les questions qui peuvent être posées sont les suivantes : "Qu'est-ce qui vous a fait (commencer à) croire que vous êtes (un/e) . . . [croyance fondamentale] ?" ; "Qu'est-ce qui vous a 'appris' que vous êtes (un/e) . . . [croyance fondamentale] ?" ; "Quelles expériences précoces 'prouvent' actuellement pour ainsi dire que vous êtes (un/e) . . . [croyance fondamentale] ?" ; ou "Pensez à une situation plus récente qui vous montre clairement que vous êtes (un/e) . . . [croyance fondamentale] ?". Ces preuves sont alors évaluées hiérarchiquement (des preuves "fortes" aux preuves "faibles") et retraitées selon le protocole EMDR standard afin d'obtenir une désactivation des schémas négatifs ou une diminution de leur crédibilité aux yeux du patient.

Il existe de plus une troisième manière de conceptualiser les cas en EMDR. Elle s'adresse aux attentes irréalistes ou craintives ou encore à l'imagerie négative en lien avec la psychopathologie. Cela correspond bien aux preuves de plus en plus nombreuses montrant que l'imagerie constitue un facteur important dans l'émergence et la persistance des troubles émotionnels (Beck, 1970 ; Hackmann, Surawy & Clark, 1998). L'EMDR cible initialement l'imagerie négative d'événements passés (c'est-à-dire les souvenirs ou les flashbacks). Engelhard, Van den Hout, Janssen et Van der Beek (2010) ont montré que le fait de solliciter la mémoire de travail, comme en EMDR, permet de réduire la clarté et la teneur émotionnelle de l'imagerie négative des événements futurs redoutés (appelés *flash-forwards*). Ce développement a ouvert tout un nouveau domaine d'application pour

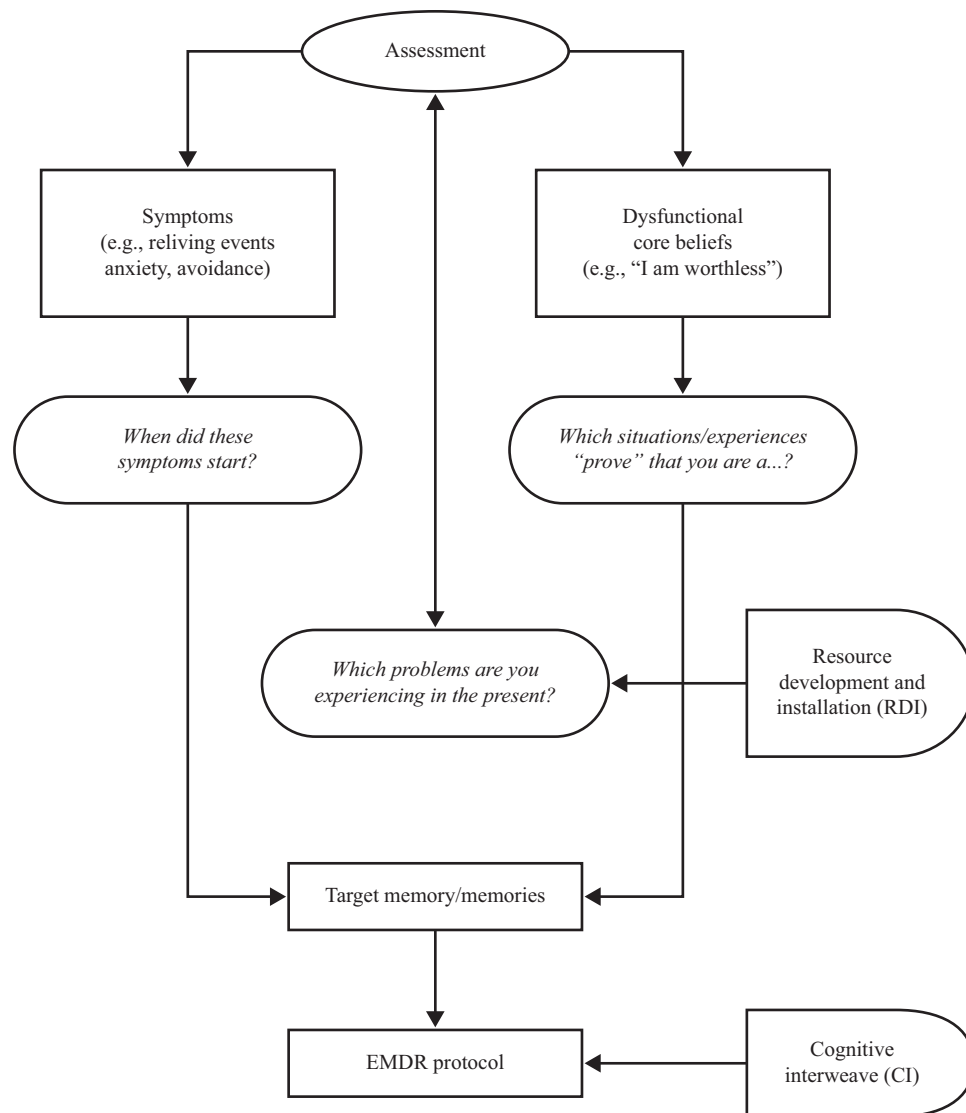


FIGURE 1. Modèle des deux méthodes de l’EMDR. Adapté de : De Jongh, A., Ten Broeke, E. & Meijer, S. (2010). Two method approach: A case conceptualization model in the context of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(1), 12–21. Traduction française : De Jongh, A., Ten Broeke, E. & Meijer, S. (2011). Approche des deux méthodes : un modèle de conceptualisation de cas dans le contexte de l’EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(1), E12-E22.

Note. Assessment = évaluation ; Which problems are you experiencing in the present? = Quels problèmes rencontrez-vous actuellement ? ; Resource development and installation = Développement et installation de ressources ; Symptoms (e.g., reliving events, anxiety, avoidance) = symptômes (e.g., revivre des événements, anxiété, évitement) ; When did these symptoms start? = Quand ces symptômes ont-ils commencé ? ; Dysfunctional core beliefs (e.g., “I am worthless”) = croyances fondamentales dysfonctionnelles (e.g., “je ne vauds rien”) ; Which situations/experiences “prove” that you are a...? = Quelles situations/expériences “prouvent” que vous êtes un(e)... ? ; Target memory/memories = souvenir(s) cible(s) ; EMDR protocol = protocole EMDR ; Cognitive interweave (CI) = tissage cognitif (TC).

l’EMDR (Engelhard et al., 2011 ; Logie & De Jongh, 2014).

L’approche de la première méthode dans la psychose : l’EMDR visant les expériences directement associées aux symptômes

Quand il existe des connexions apparentes et directes entre certains événements de vie et le développement

et la persistance de symptômes psychotiques, la première méthode peut être employée. Fondamentalement il n’y a pas de différence par rapport à la manière dont l’EMDR est pratiqué dans le traitement des troubles anxieux (De Jongh & Ten Broeke, 2007).

Avec la première méthode, les expériences ciblées sont celles qui sont directement liées au début ou à l’amplification des symptômes psychotiques ou à leur contenu. La plupart des patients peuvent identifier des

événements stressants qu'ils estiment subjectivement être en lien avec leur paranoïa ou leurs hallucinations. Aussi, le patient se souvient souvent clairement du moment précis où sa confusion a cédé la place à une conviction délirante. Les souvenirs d'événements étiologiques ou aggravants peuvent être identifiés significativement sur une ligne du temps puis retraités à l'aide du protocole EMDR standard (De Jongh et al., 2010 ; Shapiro, 2001). En fait, le traçage de cette ligne du temps avec un patient peut permettre de nombreuses prises de conscience, en plaçant les événements en abscisse et le symptôme en ordonnée (Figure 2).

Exemple de cas : la première méthode avec un ESPT comorbide

Judy était une femme de 46 ans qui avait reçu le diagnostic d'un trouble schizoaffectif il y a plus de 20 ans. Elle bénéficiait d'une prise en charge intensive et ses symptômes psychotiques étaient gérés principalement par les médicaments. Elle travaillait dans un restaurant 12 heures par semaine mais elle y avait toujours des idées de référence. Lorsqu'elle était stressée, elle pouvait réagir par des bouffées d'émotions agressives.

Une émission télévisée sur un violeur a déclenché certains des souvenirs de Judy. Quand elle avait 19 ans, elle a subi des violences sur une plage. En s'enfuyant, elle a pu éviter le viol. Cependant l'émission télévisée a empiré les flash-backs de cet événement ainsi que les insomnies, l'hyperactivation et d'autres symptômes ESPT qui étaient dormants. Elle a commencé à éprouver fortement le sentiment d'avoir tout juste échappé à une mort certaine ce jour-là. Lors de l'évaluation à l'aide de l'Echelle ESPT administrée par le clinicien (*Clinician Administered PTSD Scale [CAPS]* ; Blake et al., 1990), elle remplissait les critères diagnostiques de l'ESPT.

La sélection de l'événement et de la cible pour l'EMDR n'était pas compliquée dans ce cas : un événement isolé clairement identifié avec des flash-backs actuels du visage de l'agresseur. La cognition négative (NC) associée à la cible était "je suis sans défense", le score sur l'échelle SUD (unités subjectives de perturbation) était 9 (0 = aucune perturbation, 10 = la pire perturbation possible). Le processus de désensibilisation s'est déroulé rapidement et sans obstacle important. Le SUD s'est réduit à 5, puis à 3, puis à 1, puis à 0. La validité de la cognition positive (CP ; "je peux

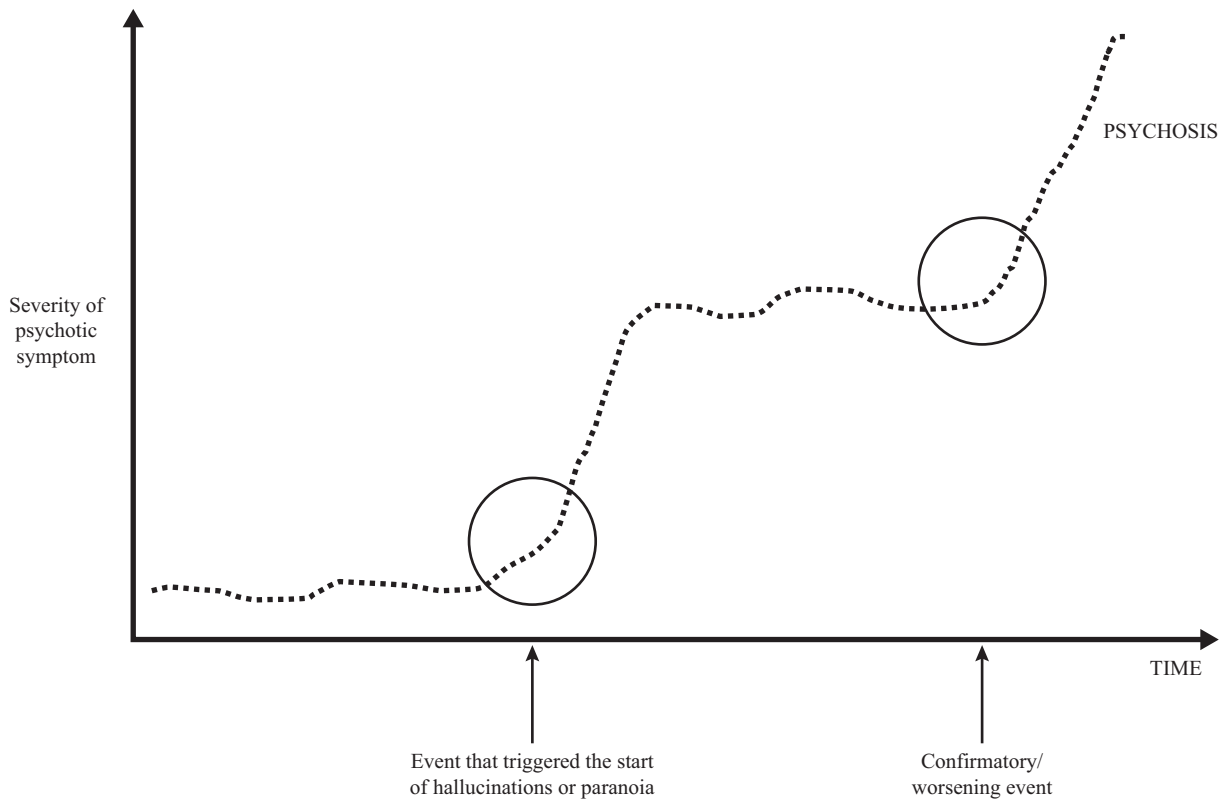


FIGURE 2. Approche de la première méthode EMDR dans la psychose.

Note. Severity of psychotic symptom = sévérité du symptôme psychotique ; PSYCHOSIS = PSYCHOSE ; TIME = TEMPS ; Event that triggered the start of hallucinations or paranoia = événement qui a déclenché le début des hallucinations ou de la paranoïa ; Confirmatory/worsening event = événement confirmant/aggravant.

faire face”) a augmenté jusqu’à la valeur maximale, toujours au cours de la même séance. La séance s’est terminée avec la procédure d’un scénario futur : Judy s’est imaginé voir une nouvelle-éclair à la télévision concernant un violeur et un assassin. Elle a rapidement estimé qu’elle était capable de gérer une telle situation.

Lors de la séance suivante, quelques jours plus tard, Judy a annoncé qu’elle était surprise par le résultat. L’évocation du souvenir ne déclenchait plus de réaction émotionnelle intense. Toutefois elle avait évité de regarder la télévision pendant la semaine écoulée, craignant le retour des flash-backs. Une autre séance de scénario futur a été effectuée ainsi qu’une tâche d’exposition réelle : Judy et le thérapeute ont cherché et regardé sur Internet des bulletins d’information concernant des cas de viol.

Lors du suivi, 6 mois après la fin du traitement, Judy allait encore mieux et avait cessé ses conduites d’évitement. Elle ne dormait plus avec la lumière allumée, n’évitait pas la télévision ou les journaux, et elle pouvait emprunter les transports publics sans problème. Elle ne répondait plus aux critères ESPT sur le CAPS.

Exemple de cas : la première méthode avec des voix

Francis était un demandeur d’asile de la Sierra Leone. Il avait reçu le diagnostic de schizophrénie paranoïde 8 ans auparavant. Lors de l’évaluation, il disait entendre des voix qui le menaçaient avec des énoncés tels que “nous allons te couper les mains” et “nous te tuerons”. Il croyait que ces voix appartenaient à des personnes qui voulaient réellement sa peau et cela le rendait très méfiant et anxieux. Il était nerveux, souffrait de cauchemars et avait du mal à se concentrer. Les voix ont commencé après avoir vu des personnes brûlées vives, les mains coupées, par des rebelles. Les symptômes psychotiques (hallucinations auditives et interprétation paranoïde) étaient directement associés à ces expériences traumatiques, tant au niveau de leur apparition que de leur contenu. En utilisant l’approche de la première méthode, l’hypothèse a été formulée selon laquelle le retraitement de ces souvenirs aurait un effet positif sur ses symptômes psychotiques.

Le thérapeute a fourni des informations à Francis concernant les conséquences d’une expérience traumatique. Il lui a décrit son hypothèse que les voix étaient directement liées aux expériences traumatiques en Sierra Leone et lui a expliqué qu’il s’attendait à ce que le traitement du trauma puisse résulter en une diminution de sa détresse. Francis a identifié deux

souvenirs cibles très perturbants : (a) avoir été témoin d’une personne brûlée vive et (b) avoir vu une personne perdre ses deux mains. La CN accompagnant les deux images était “je suis en danger”. Le protocole EMDR standard a été employé et les scores SUD ont commencé à se réduire.

Les hallucinations compliquaient le traitement. Les voix menaçaient continuellement Francis pendant les mouvements oculaires, bloquant la réduction de la détresse éprouvée. Francis ne considérait pas les voix comme les symptômes d’un trouble. Il était convaincu que ces voix étaient celles des véritables tueurs et que ces derniers se trouvaient aux Pays-Bas, alors il avait le sentiment que sa vie était en danger. Le thérapeute a utilisé une intervention cognitive qui peut être considérée comme un tissage cognitif étendu. Il a remis en question les croyances de Francis selon lesquelles les meurtriers qu’il avait vus en Sierra Leone dix ans auparavant pouvaient se trouver ici maintenant pour avoir sa peau. En réalisant un calcul de la probabilité cumulative, Francis a réalisé qu’un bon nombre de conditions devaient être remplies et que les chances dans ce cas demeureraient faibles. Même s’il pensait encore que c’était possible, il se sentait plus en sécurité et l’EMDR s’est poursuivi. Les scores SUD des deux cibles a baissé à zéro en quelques séances.

L’intégration de la psychoéducation, d’interventions cognitives et de l’EMDR a aidé Francis à modifier son évaluation des voix. L’idée que les voix étaient en réalité des flash-backs très vifs a lentement gagné en crédibilité, ce qui l’a motivé à commencer à les ignorer. Ceci a réduit sa préoccupation avec les voix. Par conséquent Francis se sentait beaucoup mieux et moins opprimé par les voix dans son fonctionnement.

Exemple de cas : la première méthode avec des délires

Léonard était un homme de 48 ans atteint de schizophrénie paranoïde ; il a été diagnostiqué en raison de symptômes apparus après un vol lors duquel sa vie été menacée ; il n’avait jamais été en contact avec les services de santé mentale auparavant. L’agresseur l’avait menacé d’un couteau et à ce moment-là Léonard pensait avoir échappé de peu à la mort. Quelques semaines plus tard, Léonard a rencontré l’agresseur accompagné de quelques amis. L’agresseur a regardé Léonard en réalisant un geste menaçant (mouvement de trancher une gorge) et ses amis ont tous ri. Léonard en a conclu que “c’est le membre d’un gang et ils vont me tuer”. Depuis ce jour-là, Léonard était complètement sûr le qui-vive dès qu’il se trouvait dehors.

Cette hypervigilance a évolué en un délire paranoïde jusqu'au point où toutes les personnes noires appartenaient au complot pour l'assassiner. Léonard s'est isolé, son entreprise a fait faillite et sa femme l'a quitté. Quand il a demandé de l'aide au centre de santé mentale, il était totalement convaincu que toutes les personnes à peau foncée dans sa ville le poursuivaient. Léonard n'avait pas de symptômes de reviviscence tels que des flash-backs ou des cauchemars. Mais il continuait à s'inquiéter de sa sécurité et était préoccupé par l'idée d'être menacé. En raison de ces symptômes, il a reçu le diagnostic de schizophrénie paranoïde et son psychiatre a prescrit des neuroleptiques. Léonard est devenu un peu moins préoccupé par ses voisins noirs mais ses convictions n'ont pas changé et il ne quittait toujours pas sa maison. Léonard a été adressé en thérapie cognitive comportementale (TCC).

Léonard et son thérapeute ont commencé à élaborer un plan de traitement. Il paraissait clair pour Léonard qu'il y avait deux expériences importantes en lien avec sa peur actuelle des personnes noires : (a) le vol lui-même et (b) avoir été menacé dans la rue. Le thérapeute a comparé les symptômes de Léonard avec ceux d'une personne qui développerait une phobie des chiens après avoir été mordu ; Léonard s'est senti bien compris. Le traitement psychologique a démarré par l'EMDR pour ces expériences, avec l'intention de poursuivre avec la TCC.

La première cible était l'image de l'agresseur plaçant son couteau sur la gorge de Léonard. La CN en regardant l'image était "je suis sans défense". Le score SUD a commencé à 10 et s'est réduit à 0 en une séance. La validité de la cognition (VOC ; je peux faire face) est montée de 3 à 7. Le thérapeute a installé le scénario futur afin de réduire la peur de promener son chien et de croiser des voisins noirs. Léonard a conclu qu'il était quelqu'un de fort et il était motivé à commencer à promener son chien lui-même.

Lors de la séance suivante, Léonard se disait moins anxieux et moins préoccupé. Il avait promené son chien seul plusieurs fois et était parvenu à ignorer les hommes noirs. La deuxième cible était son souvenir de son agresseur faisant un geste menaçant en compagnie de ses amis. La CN était "je suis en danger" et la PC désirée était "je suis en sécurité maintenant". Le scénario futur se centrait sur des achats à l'épicerie du quartier qui était fréquentée par de nombreux immigrants. De nouveau, Léonard a conclu qu'il était fort.

L'EMDR a permis de désensibiliser les souvenirs cibles et Léonard a déclaré qu'il avait des doutes quant à la véracité de ses soupçons. C'est pourquoi le thérapeute a utilisé des techniques cognitives.

Léonard et son thérapeute ont rassemblé toutes les preuves soutenant sa croyance que le gang souhaitait toujours l'assassiner. Ils ont également examiné les éléments qui plaidaient contre cette croyance, par exemple le fait que des années s'étaient écoulées sans une seule attaque. Après quelques expériences comportementales, Léonard a continué l'exposition in vivo.

Le groupe d'assaillants potentiels imaginés a rapidement rétréci. Finalement, Léonard ne craignait plus que l'auteur du vol et ses trois camarades. Il pouvait se déplacer librement dans son quartier et reprendre un travail à temps partiel. Léonard s'assure toujours de ne pas rencontrer l'agresseur. Le thérapeute a tenté de motiver Léonard en vue d'une expérience comportementale finale : prendre des renseignements pour vérifier si l'agresseur s'intéressait toujours à lui. Léonard a décliné cette option et la thérapie s'est terminée d'un accord mutuel.

Approche de la deuxième méthode dans la psychose : l'EMDR visant les expériences qui exercent une influence indirecte sur les interprétations psychotiques d'événements activants présents

Des suppositions élémentaires sur soi, sur les autres et sur le monde constituent des facteurs importants dans le développement et le maintien des psychoses (Garety, Kuipers, Fowler, Freeman & Bebbington, 2001). Ces schémas négatifs sont la conséquence d'événements de vie négatifs tels que des événements défavorables dans l'enfance, le harcèlement et un vécu de discrimination. L'approche de la deuxième méthode EMDR vise à identifier et à modifier ces croyances fondamentales dysfonctionnelles négatives (de Jongh et al., 2010).

D'abord une procédure d'évaluation permet de conceptualiser les problèmes du client. La Figure 3 en présente le modèle général. Les croyances fondamentales et les suppositions intermédiaires, les expériences de vie pertinentes et les réponses dysfonctionnelles sont évaluées.

Les analyses de cas varient individuellement – par définition. Cependant, le thérapeute peut demeurer conscient que les traumas infantiles caractérisées par l'intention de nuire (e.g., violences sexuelles ou physiques, harcèlement, discrimination), les négligences et le fait de grandir en institution en particulier sont liés causalement aux symptômes de psychose chez les adultes (Bentall, Wickham, Shevlin & Varese, 2012 ; Varese et al., 2012). Afin d'illustrer la manière dont l'EMDR peut être conceptualisé dans la psychose à

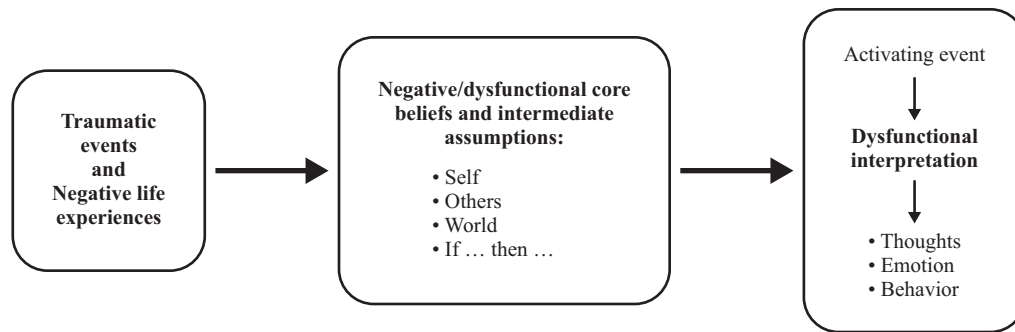


FIGURE 3. Approche de la deuxième méthode EMDR dans la psychose.

Note. Traumatic events and Negative life experiences = événements traumatiques et expériences de vie négatives ; Negative/dysfunctional core beliefs and intermediate assumptions = croyances fondamentales négatives/dysfonctionnelles et suppositions intermédiaires ; Self = soi ; Others = les autres ; World = le monde ; If... then... ; si... alors... ; Activating event = événement activant ; Dysfunctional interpretation = interprétation dysfonctionnelle ; Thoughts = pensées ; Emotion = émotions ; behavior = comportements.

l'aide de l'approche de la deuxième méthode, trois analyses de cas EMDR individuels sont résumées dans le Tableau 2.

Sur la base des analyses de cas, l'EMDR, à l'aide de l'approche de la deuxième méthode, cible les événements de vie traumatiques qui sont ressentis par le client comme constituant les preuves les plus convaincantes que ses croyances fondamentales dysfonctionnelles et ses suppositions intermédiaires sont vraies. Chacun de ces éléments de preuve sont retraités avec le protocole EMDR standard. Les CN dysfonctionnelles sont retraitées (notez que chaque situation traumatique peut avoir des CN et CP différentes) et des CP plus fonctionnelles sont installées. L'effet attendu est que ce conglomerat de CP nouvellement établies aidera à réfuter les croyances fondamentales dysfonctionnelles générales. Cela aidera également le patient à reconnaître que ses symptômes constituent

des réponses compréhensibles à des expériences de vie extraordinairement défavorables.

Exemple de cas : approche de la deuxième méthode avec des voix

Irène était une femme de 49 ans qui avait reçu un diagnostic de schizophrénie et de trouble dépressif majeur au début de la vingtaine. Elle avait connu plusieurs épisodes psychotiques et était hospitalisée en moyenne une fois par an. Irène bénéficiait d'un traitement soutenu et vivait dans un foyer d'accompagnement. Dans la quarantaine, la situation d'Irène a commencé à s'améliorer. Ses épisodes psychotiques survenaient moins souvent, elle a obtenu son propre appartement et enfin elle a épousé un homme qu'elle avait rencontré lors de l'un de ses séjours en hôpital. L'année dernière, les événements ont mal tourné lorsque le

TABLEAU 2. Illustrations brèves de l'approche de la deuxième méthode EMDR dans la psychose.

Trauma	Croyances négatives ou suppositions intermédiaires	Événement activant	Réponse dysfonctionnelle		
			Cognitions	Emotions	Comportements
Punitions du père perfectionniste	"Je suis un raté"	Entendre une voix ("Eh le crétin !")	"Je le savais. Je rate tout"	Triste	Me mets en retrait socialement ; rumine
Violences physiques de la mère et de la fratrie	"Je suis en danger ; je ne peux faire confiance à personne"	Ma belle-mère critique ma façon de gérer mon ménage	"Elle me déteste, elle veut me tuer"	Peur, honte	Demande à mon mari de me protéger de sa mère meurtrière
Violences sexuelles dans l'enfance	"Je suis faible"	Voix autoritaires ("Jette-toi dans l'escalier")	"Je dois leur céder sinon ils me feront encore plus mal"	Triste, peur	Scarification ; fais ce que les voix me demandent

mari d'Irène s'est suicidé alors qu'elle était hospitalisée. Elle avait éteint son téléphone portable car il ne cessait de l'appeler. Cette nuit-là il s'est suicidé. Ceci a provoqué un long séjour au cours duquel Irène a tenté de s'enlever la vie elle-même plusieurs fois. Elle a reçu son congé de l'hôpital après 10 mois. Alors on l'a adressée en psychothérapie. Irène entendait des voix qui l'insultaient et qui l'accusaient de nuire aux autres. Elle était déprimée et avait beaucoup de pensées suicidaires. Irène possédait des croyances fondamentales négatives fortes sur elle-même, sur les autres et sur le monde. Sa croyance fondamentale la plus dysfonctionnelle était "je suis mauvaise". Beaucoup d'expériences de vie traumatiques différentes contribuaient à cette croyance centrale et le thérapeute a présenté l'approche de la deuxième méthode afin de déterminer quels souvenirs cibles retraiter. Il a demandé à Irène quelles expériences de vie lui paraissaient encore comme des preuves de sa croyance centrale. Ces preuves faisaient partie de son analyse de cas (voir Figure 4) : quand Irène avait 7 ans, un frère l'a forcée à avoir des rapports sexuels plusieurs fois. Irène s'y est habituée et se sentait de plus en plus indifférente à cet égard. Le même frère est décédé dans un accident de voiture quand Irène avait 12 ans. Le lendemain de son décès, Irène

a commencé à entendre des voix. Quelques années plus tard, Irène est restée sidérée et incapable de parler lors de l'enterrement de son père. Sa mère a déclaré que c'était le pire moment de la journée et le point de départ de sa dépression majeure qui a duré 4 ans. Enfin il y avait le fait qu'Irène avait éteint son téléphone portable la nuit où son mari s'est suicidé.

La thérapie EMDR s'est centrée sur les cibles suivantes : ne pas avoir décroché son portable quand son mari paniquait (CN : "je suis mauvaise") ; avoir eu des rapports sexuels avec son frère (CN : "je suis une grosse pute") ; et avoir entendu les commentaires de sa mère lorsqu'elle devait prendre la parole à l'enterrement de son père (CN : "je ne vauds rien"). Les cibles ont été traitées l'une après l'autre et les CP installées. Ensemble, les CP ont aidé à diminuer l'intensité et la crédibilité de la croyance négative fondamentale "je suis mauvaise". Les voix se sont intensifiées au cours des premières semaines de traitement. Le thérapeute l'a normalisée. Irène et son thérapeute en ont discuté et ont décidé ensemble de poursuivre la thérapie EMDR.

A mesure que le traitement EMDR progressait, Irène a commencé à questionner et à contredire les voix. Elle a appris à les considérer comme les "fantômes de son passé" et y devenait moins réactive.

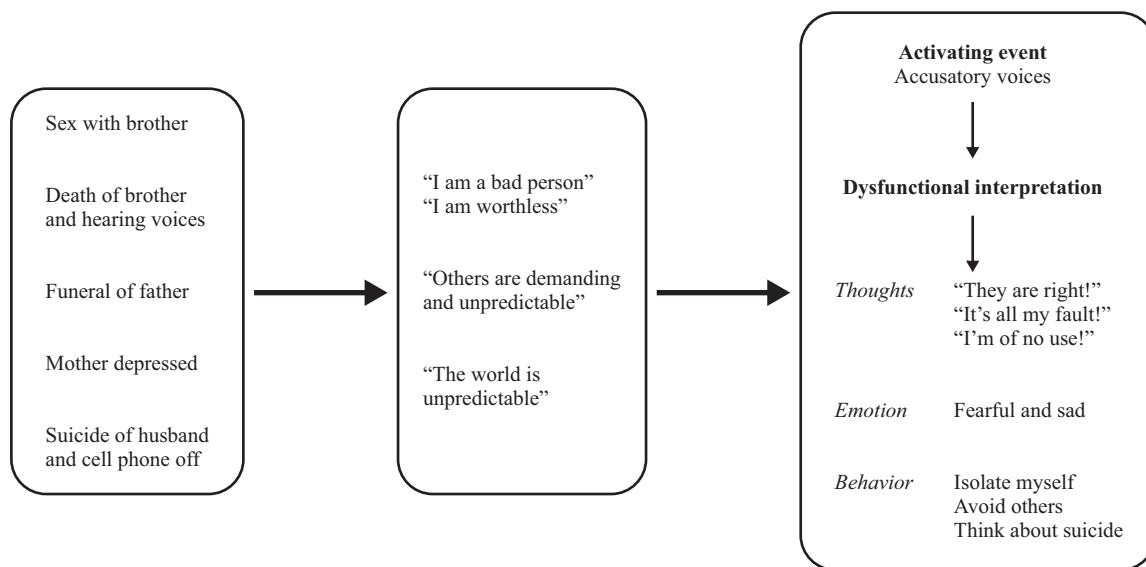


FIGURE 4. Analyse de cas de la deuxième méthode : Irène.

Note. Sex with brother = sexe avec le frère ; Death of brother and hearing voices = décès du frère et entendre des voix ; Funeral of father = enterrement du père ; Mother depressed = mère déprimée ; Suicide of husband and cell phone off = suicide du mari et téléphone portable éteint ; "I am a bad person", "I am worthless" = "je suis mauvaise", "je ne vauds rien" ; "Others are demanding and unpredictable" = "les autres sont exigeants et imprévisibles" ; "The world is unpredictable" = "le monde est imprévisible" ; Activating event = événement activant ; Accusatory voices = voix accusatrices ; Dysfunctional interpretation = interprétation dysfonctionnelle ; Thoughts = pensées ; "They are right!", "It's all my fault!", "I'm of no use!" = "Ils ont raison !", "C'est entièrement de ma faute !", "Je ne sers à rien !" ; Emotion = émotions ; Fearful and sad = craintive et triste ; Behavior = comportements ; Isolate myself, Avoid others, Think about suicide = M'isoler, éviter les autres, penser au suicide.

Bien que les sentiments de culpabilité aient diminué, la peur d'être submergée à nouveau par les voix demeurait forte. Pour y faire face, le thérapeute et Irène ont conçu une image future imaginaire qu'ils ont utilisée comme cible pour un retraitement EMDR (voir la section "Imagerie dans la psychose"). L'image représentait Irène, assise dans sa chambre, entourée de voix provenant de sa mère, de son frère, de son père, des oreillers, des fils électriques et des tables. La CN était "je suis impuissante". Le SUD a baissé à 0 en deux séances. La CP ("je peux y faire face") a été installée en deux séries de mouvements oculaires. Une série de scénarios futurs concernait des situations précises afin d'aider Irène à s'engager dans des activités quotidiennes normales telles que le fait de ne pas éviter les hommes et de pouvoir rencontrer sa sœur à nouveau. A la fin du traitement, Irène entendait toujours des voix, mais elle y prêtait moins attention et était moins envahie par la peur d'être submergée. Son estime de soi s'est améliorée et elle se sentait moins déprimée.

Exemple de cas : approche de la deuxième méthode avec des délires paranoïdes

Albert était un homme de 36 ans. Dix ans auparavant, Albert avait reçu un diagnostic de schizophrénie paranoïde quand il a commencé à entendre des voix

qui l'insultaient. Il a soupçonné son voisin d'en être à l'origine. Il a confronté son voisin qui lui a dit "d'aller se faire foutre" et d'arrêter ses "allégations délirantes". Les deux hommes en sont venus aux poings et Albert fut assez gravement blessé. Albert fut pris en charge par les services de santé mentale. Les médicaments ont fait taire les voix. Toutefois ses pensées paranoïdes demeuraient. Albert était toujours convaincu que son voisin et ses amis l'observaient et attendaient de pouvoir le tuer pour se venger de ses accusations. Albert restait autant que possible chez lui, ne quittant son logement qu'à vélo pour pouvoir fuir rapidement si nécessaire.

En TCC, Albert apprit à douter de ses croyances délirantes et à les remettre en question. Albert révéla des expériences de vie importantes. Ses parents avaient une assuétude à l'alcool et le négligeaient. Albert fut témoin de manière répétée des violences physiques de son père contre sa mère. A l'école primaire, il était harcelé par ses pairs. Au collège, il est parvenu à construire une amitié avec un camarade de classe mais l'année suivante, quand d'autres collégiens l'ont tabassé à nouveau et l'ont jeté dans une benne à ordures, son "meilleur ami" a ri. Tout ceci a créé ses croyances fondamentales : (a) "je suis faible" et (b) "les gens sont malveillants ; ils ne sont pas dignes de confiance". Voir la Figure 5 pour l'analyse de cas.

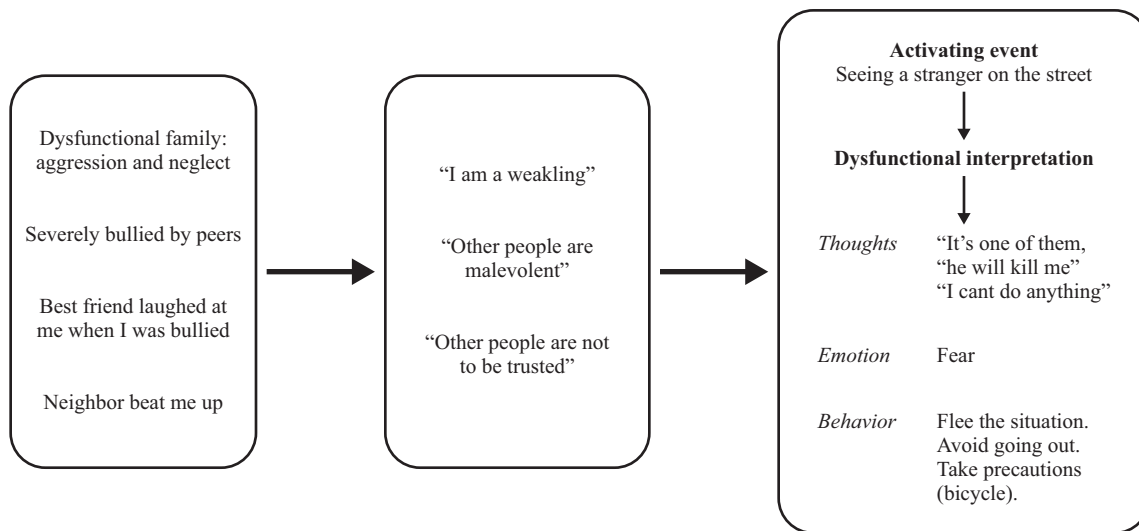


FIGURE 5. Etude de cas pour l'approche de la deuxième méthode : Albert

Note. Dysfunctional family: aggression and neglect = Famille dysfonctionnelle : agression et négligence ; Severely bullied by peers = Gravement harcelé par ses pairs ; Best friend laughed at me when I was bullied = Mon meilleur ami a ri quand je me faisais harceler ; Neighbor beat me up = Mon voisin m'a tabassé ; "I am a weakling" = "Je suis faible" ; "Other people are malevolent" = "Les gens sont malveillants" ; "Other people are not to be trusted" = "Les autres ne sont pas dignes de confiance" ; Activating event = Événement activant ; Seeing a stranger on the street = Voir un inconnu dans la rue ; Dysfunctional interpretation = interprétation dysfonctionnelle ; Thoughts = Pensées ; "It's one of them" = "C'est l'un d'eux" ; "He will kill me" = "Il va me tuer" ; "I can't do anything" = "Je ne peux rien faire" ; Emotion = Emotion ; Fear = Peur ; Behavior = Comportement ; Flee the situation = Fuir la situation ; Avoid going out = Eviter de sortir ; Take precautions (bicycle) = Prendre des précautions (vélo).

Albert exprima à son thérapeute sa conviction que de nombreuses expériences de vie prouvaient que ses croyances étaient fondées. Ils prirent la décision d'appliquer l'EMDR par l'approche de la deuxième méthode. Albert et son thérapeute ont énuméré les expériences traumatiques particulières qui ont alimenté la croyance fondamentale d'Albert : "je suis faible" : mon père frappe ma mère, je suis pétrifié (CN : je suis impuissant) ; une expérience de harcèlement à l'école primaire (CN : je suis faible) ; être tabassé et jeté dans la benne à ordures, le meilleur ami rit (CN : je suis un imbécile) ; être tabassé par son voisin (CN : je suis en danger). Chacun de ces souvenirs fut retraité avec le protocole EMDR standard. Au cours du retraitement EMDR, Albert a spontanément réécrit le déroulement de certaines cibles, imaginant qu'il protégeait sa mère contre son père violent et qu'il se défendait efficacement contre son voisin agressif.

Sa croyance fondamentale "les gens sont malveillants" fut abordée de la même manière : en dressant la liste d'expériences passées qui servaient de preuves de cette croyance négative fondamentale, en utilisant la procédure EMDR et en installant des cognitions positives. Après tout ceci, Albert trouvait ses croyances négatives fondamentales moins convaincantes. Cela a augmenté sa motivation à tester ses prédictions paranoïdes par une série d'expériences comportementales soutenues par l'EMDR, retraitant ainsi l'imagerie négative de ces prédictions. A la fin du traitement, Albert pouvait quitter son logement pour aller se promener ou faire ses courses. Ses préoccupations paranoïdes s'étaient considérablement réduites.

L'imagerie dans la psychose : l'EMDR ciblant des attentes irréalistes ou craintives ou une imagerie négative en lien avec la psychose

La "troisième méthode" de l'EMDR vise deux des sortes d'imagerie les plus dominantes dans la psychose (Morrison et al., 2002) : (a) des images de catastrophes redoutées (i.e., les *flash-forwards*) et (b) des visualisations concernant l'origine perçue, l'apparence ou le contenu d'un symptôme (i.e., l'événement activant).

Le retraitement EMDR des "scénarios catastrophes" (souvent sous forme de suppositions intermédiaires, "si je..., alors il se passera...") peut fortement réduire l'anxiété et les comportements d'évitement associés. Dans cette procédure, le patient est invité à décrire son scénario catastrophe. Chez certains patients, il s'agit de l'imagerie intrusive qu'ils connaissent bien (i.e., *flash-forwards* intrusifs), chez d'autres cette imagerie cible prend forme au cours de la séance. Ensuite,

le patient et le thérapeute identifient l'image la plus désagréable de ce scénario, ce qui correspond à la façon habituelle de sélectionner les cibles, mais dans ce cas il ne s'agit pas d'un souvenir mais d'une image de catastrophe imaginée. La CN relève par définition du domaine de la perte de contrôle (i.e., être impuissant envers l'image intrusive), la CP est "je peux y faire face" et le SUD est généralement assez élevé pour aider au démarrage du traitement du *flash-forward* du patient. Le protocole de désensibilisation habituel est employé.

Le second type d'imagerie en lien avec la psychose que l'EMDR peut cibler correspond à l'imagerie mentale que possède le patient concernant la cause perçue, l'apparence ou le contenu d'un symptôme psychotique. Dans le contexte des voix ou de la paranoïa, un patient peut par exemple construire une image mentale de ses "assaillants". Le retraitement de cette image peut réduire l'implication et la préoccupation émotionnelles. Une image cible peut par exemple être le patient qui se voit assis sur le lit avec un homme à ses côtés qui hurle des choses déplaisantes à travers un micro. L'EMDR est appliqué de la manière habituelle. Les CN et CP peuvent appartenir à tout domaine dans ce type d'imagerie.

Il est recommandé de n'utiliser les *flash-forwards* et l'imagerie que lorsque le patient a développé une certaine conscience de la nature possiblement hallucinatoire de ses perceptions. Pour que le retraitement d'imagerie soit efficace, le patient doit posséder une certaine conscience du fait que les attentes redoutées pourraient ne pas être réalistes ou que les expériences intrusives ne devraient pas vraiment attirer autant l'attention. Au cours du retraitement, la perspective saine, adulte, nuancée de la réalité doit devenir dominante. Quand la teneur émotionnelle décroît, cela crée de l'espace permettant la distance et la nuance. Comme le patient atteint d'ESPT, le patient possédant des symptômes psychotiques doit commencer à réaliser qu'il n'existe pas de menace actuelle, qu'il est maintenant en sécurité. C'est pourquoi il vaut mieux commencer par un travail cognitif puis utiliser l'EMDR sur l'imagerie quand le patient a au moins certains doutes concernant ses appréciations psychotiques. Ceci peut alors, si nécessaire, être suivi d'interventions cognitives comportementales telles que des expériences comportementales ou des tâches d'exposition.

Exemple de cas : voix et imagerie

Marjorie avait 21 ans, avait reçu un diagnostic de schizophrénie paranoïde et souffrait d'hallucinations

verbales auditives. Cela a commencé quatre ans auparavant lors du décès de son grand-père. Elle s'est sentie très perdue et seule et elle ne pouvait exprimer ses émotions. Elle se sentait responsable de la souffrance au sein de sa famille. Par-dessus tout, elle s'inquiétait pour sa petite sœur. La première fois qu'elle a entendu une voix de femme, elle se trouvait dans la salle de bain. La voix lui ordonnait de se suicider et menaçait de faire du mal à sa sœur si elle n'obéissait pas. Marjorie a commencé à penser que cette voix était un esprit puissant qui pouvait réellement tuer sa sœur. Pour l'en empêcher, Marjorie a fait trois tentatives de suicide très sérieuses. Elle était anxieuse, tourmentée par la culpabilité, et elle souffrait de dissociation et d'automutilation. Le déclencheur principal de ces symptômes n'était pas la voix elle-même mais une image intrusive de sa sœur morte allongée sur un lit.

L'EMDR s'est centré sur cette intrusion de sa sœur morte, suivant l'hypothèse que cela réduirait les symptômes. L'image est devenue moins claire et les symptômes ont commencé à s'amoinrir. Marjorie est devenue davantage motivée à investiguer ses croyances à l'aide de la TCC. Elle a osé tester ce qui se passerait si elle n'obéissait pas aux instructions de la voix. Elle a découvert qu'une moindre soumission ne provoquait pas de blessures chez ses proches (ou chez sa sœur en particulier). Il lui était donc plus facile d'ignorer la voix et tant la fréquence que l'intensité des hallucinations ont diminué.

Exemple de cas : idées délirantes et imagerie

Faye avait 45 ans et avait reçu un diagnostic de trouble schizoaffectif 20 ans auparavant. Ses dettes s'accumulaient depuis un an. Pour rembourser ces dettes et mettre un peu d'argent de côté, elle a loué son grenier à un étudiant. Elle a fait une nouvelle décompensation psychotique et développé des idées délirantes concernant son locataire et son ami rastafari en particulier. Elle est devenue obsédée par la magie noire et avait peur d'être la cible d'attaques vaudoues. Faye a été hospitalisée en psychiatrie.

Pendant son séjour, les neuroleptiques et la TCC ont permis à Faye de se rétablir. Faye a reçu son congé après trois mois, mais a continué la TCC. Elle a réalisé plusieurs expériences comportementales et a conclu que le locataire n'avait pas de mauvaises intentions envers elle. Comme il savait que c'était difficile pour elle d'être confrontée à son ami, il a cessé de le rencontrer à la maison. Plusieurs fois, Faye aurait voulu lui dire qu'il pouvait inviter son ami à nouveau. Mais quand elle essayait, elle voyait une image intrusive d'une poupée vaudou dont les yeux saignaient. Même si elle

n'était plus convaincue que le vaudou existait, les images l'effrayaient et l'empêchaient de mener son plan à terme.

Le thérapeute a proposé d'utiliser l'EMDR pour cette image. La CN formulée était "je suis en danger". Les scores SUD se sont rapidement réduits, l'image ciblée se modifiant rapidement. Lors du premier retour vers la cible, l'image avait changé : les yeux portaient maintenant des croûtes de sang. La deuxième fois, Faye se mit à rire. Des pâquerettes avaient remplacé les croûtes et le SUD était 0. Dans le scénario futur, Faye ouvrait la porte pour accueillir son locataire et l'ami de celui-ci.

Quelques jours plus tard, Faye envoya un courriel à son thérapeute :

Cet après-midi mon voisin et son ami sont venus me rendre visite. C'était bien. Je ne sais pas si c'est l'EMDR qui a fonctionné ou le fait que j'ai pensé délibérément à l'image des pâquerettes avant, mais ça s'est bien passé. Merci beaucoup, Faye.

Obstacles et stratégies de traitement associées

Plusieurs obstacles qui pourraient être spécifiques à l'utilisation de l'EMDR avec des patients atteints de psychose sont présentées ainsi que des stratégies de traitement possibles qui peuvent être utiles (voir aussi le Tableau 3).

Traumatisation continue en raison d'expériences psychotiques

Quand un patient attribue des hallucinations auditives, telles que des voix, à l'agresseur réellement présent lors d'une expérience traumatique passée, alors ce patient peut continuer à se sentir menacé et en insécurité. De manière similaire, des délires paranoïdes peuvent causer une traumatisation continue. Par exemple, un patient peut avoir l'impression que des criminels l'observent toujours et veulent sa peau, bien après l'avoir agressé avec une arme. Ces patients peuvent être incapables de se sentir en sécurité dans la situation présente, même dans le bureau du thérapeute, car ils sont convaincus que des personnes sont toujours déterminées à les blesser ou à les tuer.

Bien que ce ne soit pas toujours le cas, l'attribution externe des expériences psychotiques peut empêcher le patient d'établir une distance entre le passé et le présent. Pendant les séances EMDR, le niveau du SUD sera élevé, quelle que soit la cible choisie, et il ne descendra pas. L'attribution externe peut agir comme une "croyance bloquante" en EMDR, empêchant les

TABLEAU 3. Stratégies adaptatives pour l'EMDR avec des clients atteints de psychose

Obstacle	Stratégies
Concentration limitée	Répéter les instructions dès que nécessaire pendant la séance.
Energie faible et attention continue réduite.	Travailler lentement, possiblement avec des séances plus courtes.
Mémoire de travail faible.	Prévenir le débordement de la mémoire de travail par des flash-backs traumatiques ou par le stimulus distrayant. La distraction devrait refléter le caractère intrusif de l'image cible. Varier le stimulus distrayant en conséquence.
Expression réduite des affects.	Discuter explicitement de la manière dont le patient évaluera sa détresse et son niveau d'anxiété.
Traumatisation continue en raison d'attributions externes d'expériences psychotiques.	Thérapie cognitive comportementale, tissages cognitifs ou développement et installation de ressources.
Des médicaments qui bloquent le système cholinergique perturbent les effets d'apprentissage de l'EMDR.	Si possible et sûr : ne pas prendre de médicament le jour de la séance d'EMDR.

expériences traumatiques d'être retraitées. Ici, la TCC peut s'avérer nécessaire pour corriger les attributions dysfonctionnelles. Les *tissages cognitifs* (TC) ou le *développement et installation de ressources* constituent d'autres options.

Atteintes cognitives

Une faible concentration peut être un obstacle. C'est une atteinte cognitive fréquente dans les troubles psychotiques (Bora, Yucel & Pantelis, 2009). En EMDR, les patients peuvent éprouver des difficultés à suivre les instructions et à se concentrer sur l'image cible. Certains patients sont incapables de suivre des yeux le mouvement des doigts du thérapeute pendant un temps prolongé, et nécessitent des instructions répétées pour continuer. Les voix qui leur parlent pendant la séance distraient aussi certains patients. Il est préférable que le thérapeute continue néanmoins de la manière habituelle. Si les atteintes sont sévères, les séances peuvent être raccourcies. Mais il est conseillé de ne le faire que quand c'est absolument nécessaire.

Certains patients atteints de psychose ont une mémoire de travail faible (Bora et al., 2009). La mémoire de travail est présumée jouer un rôle central dans la phase de désensibilisation de l'EMDR (Andrade, Kavanagh & Baddeley, 1997 ; Gunter & Bodner, 2008). Il a été montré que la clarté et la teneur émotionnelle de l'imagerie traumatique diminuent après avoir sollicité la mémoire de travail (Van den Hout et al., 2010). Trop peu de distraction risque de ne pas fonctionner parce que le patient peut se perdre en flash-backs, mais trop de distraction peut empêcher le patient de penser à ses souvenirs du tout. Le mieux

semble être de solliciter la mémoire de travail de manière optimale (Gunter & Bodner, 2008). Certains patients atteints de psychose peuvent tirer bénéfice d'une tâche sollicitant la mémoire de travail qui n'est pas trop exigeante, c'est-à-dire qui ne sollicite pas excessivement leur mémoire de travail. D'un autre côté, de l'imagerie traumatique hautement intrusive requiert une distraction forte pour que le patient ne soit pas submergé. Il faut donc un ajustement individualisé.

Difficultés rencontrées avec les mouvements oculaires

Certaines personnes atteintes de schizophrénie présentent une atteinte des mouvements oculaires saccadiques (Krebs et al., 2010) ; il s'agit de mouvements directionnels sur un angle large, impliquant souvent que les yeux suivent un stimulus. Chez les personnes atteintes de psychose, les mouvements oculaires saccadiques peuvent être plus lents ou parfois entravés par des mouvements involontaires. Les mouvements oculaires saccadiques détériorés peuvent refléter des atteintes générales des processus sensorimoteurs dans le cortex frontal (Lee & Williams, 2000 ; Reilly, Lencer, Bishop, Keedy & Sweeney, 2008). Plus particulièrement, des mouvements saccadiques défectueux peuvent être en lien avec des déficiences préfrontales au niveau de l'inhibition motrice (Krebs et al., 2010).

On ignore si ces atteintes constituent un obstacle à l'EMDR. Elles peuvent évidemment causer une certaine difficulté à suivre des yeux un stimulus distrayant. Mais des résultats récents suggèrent que le mécanisme d'action de l'EMDR trouverait essentiellement son origine dans la sollicitation de la mémoire

de travail pendant que la personne pense à des images traumatiques (Van den Hout et al., 2010) et ceci n'est probablement pas entravé par des déficiences saccadiques. Si nécessaire, d'autres tâches de mémoire de travail peuvent être utiles à la place des mouvements oculaires, par exemple, des tonalités auditives bilatérales, du calcul mental, le fait de dessiner, des jeux, la marche et le tapotement sur des objets.

Médicaments neuroleptiques

Certains chercheurs ont conclu que l'EMDR pourrait fonctionner parce qu'il active le système cholinergique dans le cerveau (Elofsson, Von Schëele, Theorell & Söndergaard, 2008). Ce système est associé aux apprentissages, à la mémoire et à l'attention. Cependant les médicaments neuroleptiques bloquent parfois les récepteurs cholinergiques, avec des effets secondaires conséquents tels que la bouche sèche, la constipation, un rythme cardiaque accéléré, la dilatation des pupilles et l'agitation. Certains clients se font prescrire un agent anticholinergique particulier comme remède contre les effets secondaires moteurs des neuroleptiques (e.g., benztropine ou trihexyphenidyl). Pendant la prise de tels médicaments, l'EMDR pourrait s'avérer moins efficace ; incapable d'activer le système cholinergique. Ceci n'est pas encore certain, toutefois ; mais il peut être utile de prendre en compte de telles interactions quand l'EMDR ne fonctionne pas et qu'un patient reçoit un traitement médicamenteux lourd. La réduction du dosage anticholinergique pourrait être aidant.

Expression faible des affects

L'apathie, l'anhédonie et l'émoussement des affects constituent quelques-uns des symptômes négatifs des troubles psychotiques. La recherche indique que l'émoussement des affects correspond principalement à une expression émotionnelle réduite plutôt qu'à l'absence d'expérience émotionnelle subjective (Foussias & Remington, 2010 ; Myin-Germeys, Delspaul, De Vries, 2000). Cela signifie néanmoins qu'il est difficile de savoir comment le patient se sent au cours de l'EMDR. Parfois un patient rapporte un SUD élevé tandis que l'expression de son visage ne montre aucun signe de détresse. Il devient d'autant plus difficile d'aider le patient à rester à l'intérieur de la "zone d'activation optimale" ou "fenêtre de tolérance" (Ogden, Minton & Pain, 2006). Il est recommandé d'en discuter à l'avance : quels scores SUD indiquent quelle sorte d'expérience pour le patient ? Le thérapeute peut ne pas le voir extérieurement, mais le patient peut éprouver des émotions intenses intérieurement. Généralement, en parler ne pose pas de problème.

Effets secondaires inhabituels et déstabilisation

Des réactions inhabituelles se produisent parfois. Les auteurs ont rencontré des patients qui continuent à entendre les tonalités des stimuli auditifs bilatéraux distrayants plusieurs jours après une séance EMDR. Jusqu'à présent ces effets ont toujours disparu après quelques jours.

Les symptômes psychotiques peuvent augmenter temporairement au cours de l'EMDR (e.g., les voix peuvent gagner en fréquence ou en intensité pendant quelques jours). Nous conseillons de mentionner cette possibilité à l'avance afin que le patient ne soit pas trop inquiet quand cela se produit. Au cours de toutes ces années pendant lesquelles les auteurs de cet article ont utilisé l'EMDR dans la psychose (avec des patients hospitalisés ou ambulatoires), aucune décompensation psychotique complète ne s'est produite. Toutefois, on ne peut exclure cette possibilité. Il est important de prévoir un plan pour signaler une augmentation de la psychose et d'établir des contacts rapprochés avec les collègues et le réseau social du patient.

Des symptômes dissociatifs peuvent se produire au cours de l'EMDR. Les auteurs considèrent la dissociation comme un mécanisme de coping dysfonctionnel pour des niveaux élevés de stress. Dans le cas des réactions dissociatives, il importe que le thérapeute reste calme et présent. La plupart des patients peuvent entendre le thérapeute. Dites quelque chose comme "apparemment le stress est trop monté. Nous allons simplement attendre que le stress devienne gérable à nouveau." Il peut être aidant pour le patient de se concentrer sur les détails de son environnement. Il peut également être utile d'évoquer des stratégies à l'avance, comme une main posée sur l'épaule ou le fait de nommer 10 objets bleus dans la pièce. Les patients savent souvent eux-mêmes quelle stratégie est efficace pour eux. La dissociation en elle-même inoffensive et dans notre expérience cela passe toujours.

Discussion

Dans cet article, nous avons proposé des lignes directrices pour la conceptualisation et l'utilisation de l'EMDR. Les exemples de cas illustrent la complexité générale des troubles psychotiques. Ils se composent de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux et la comorbidité est presque toujours présente (Buckley et al., 2009). C'est pourquoi les auteurs préconisent que l'EMDR soit intégré dans un traitement psychologique plus complet. Dans la pratique clinique, nous combinons l'EMDR avec la TCC.

Pour une description approfondie de la TCC dans la psychose, les auteurs se réfèrent à l'un des nombreux protocoles existants (e.g., Morrison, Renton, Dunn, Williams & Bentall, 2004). La pratique clinique montre que l'EMDR et la TCC peuvent très bien se combiner. Assez souvent, la remise en question cognitive est nécessaire pour créer un contexte dans lequel l'EMDR aura de bonnes chances de succès. Et chez de nombreux patients, l'EMDR doit être suivi d'exercices d'exposition ou d'expériences comportementales pour obtenir une amélioration supplémentaire. Il est important de noter que dans la TCC pour la psychose, les effets du traitement sont plus grands quand des programmes de traitement complets sont mis en œuvre (Dunn et al., 2012). Les auteurs pensent que la combinaison de l'EMDR et de la TCC possède un effet synergique. De la recherche dans ce domaine est nécessaire.

Il est indispensable d'être familiarisé avec le phénomène de la psychose et les stratégies de traitement pertinentes pour travailler en EMDR avec la psychose. Les psychoses sont souvent complexes et s'accompagnent généralement de troubles comorbides. Par ailleurs, les thérapeutes expérimentés dans le travail avec les psychoses savent qu'ils n'ont pas besoin d'être trop prudents et que les patients peuvent gérer bien plus que ce que présumant généralement les cliniciens qui connaissent peu les psychoses. Il faut souligner qu'il n'existe aucune preuve scientifique qu'une psychothérapie de la psychose, quelle qu'elle soit, soit nuisible. Dans notre expérience, la plupart des difficultés rencontrées dans la réalisation de l'EMDR dans la psychose se produisent en présence de troubles de la personnalité comorbides dans lesquels l'instabilité émotionnelle est un symptôme clé. Ceci peut par exemple augmenter les risques de dissociation. Cependant, les auteurs n'emploient généralement pas de technique de stabilisation et suivent les procédures EMDR standard. Il faut noter que les patients que nous traitons généralement en EMDR ont de manière prédominante reçu un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizoaffectif et que ces patients bénéficient habituellement d'une prise en charge approfondie et de médicaments neuroleptiques. En d'autres termes, très souvent un bon nombre d'interventions stabilisantes ont déjà été mises en œuvre. Malheureusement, il n'existe pas de données indiquant clairement les indications et conditions de l'EMDR. Actuellement, chaque thérapeute devrait juger de ce qui peut être fait ou pas en considération de son expertise clinique. Bien sûr, les cliniciens devraient être attentifs aux facteurs qui influencent la capacité des patients à recevoir un

traitement en EMDR. Quand des contre-indications claires existent, le traitement devrait être reporté ou une stratégie de traitement différente adoptée. Toutefois les auteurs notent que ces facteurs ne sont pas différents chez les patients atteints de psychose par rapport à tout autre groupe de patients. De plus, il faut souligner que l'un des problèmes principaux de la prise en charge de personnes atteintes de psychose est le fait que des interventions psychothérapeutiques efficaces ne soient pas apportées.

Références

- Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, E., Olivier, D., Mérette, C., & Roy, M. A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(4), 811–821.
- Andrade, J., Kavanagh, D., & Baddeley, A. (1997). Eye movements and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *36*, 209–223.
- Beck, A. T. (1970). Role of fantasies in psychotherapy and psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *150*(1), 3–17.
- Bentall, R. P., Wickham, S., Shevlin, M., & Varese, F. (2012). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 the Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(4), 734–740. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbs049>
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist*, *13*(8), 187–188.
- Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: Meta-analytic study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *195*(6), 475–482. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.108.055731>
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(2), 383–402. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbn135>
- Callcott, P., Standart, S., & Turkington, D. (2004). Trauma within psychosis: Using a CBT model for PTSD in psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *32*(2), 239–244.
- De Bont, P. A., Van den Berg, D. P., Van der Vleugel, B. M., de Roos, C., Mulder, C. L., Becker, E. S., . . . Van Minnen, A. (2013). 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*, *14*, 151. <http://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-14-151>

- De Bont, P. A., Van Minnen, A., & De Jongh, A. (2013). Treating PTSD in patients with psychosis: A within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. *Behavior Therapy, 44*(4), 717–730. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2013.07.00>
- De Jongh, A., & Ten Broeke, E. (2007). Treatment of specific phobias with EMDR: Conceptualization and strategies for the selection of appropriate memories. *Journal of EMDR Practice and Research, 1*(1), 46–56. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.1.1.46>
- De Jongh, A., Ten Broeke, E., & Meijer, S. (2010). Two method approach: A case conceptualization model in the context of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research, 4*(1), 12–21. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.4.1.12>
- Dunn, G., Fowler, D., Rollinson, R., Freeman, D., Kuipers, E., Smith, B., . . . Bebbington, P. (2012). Effective elements of cognitive behaviour therapy for psychosis: Results of a novel type of subgroup analysis based on principal stratification. *Psychological Medicine, 42*(5), 1057–1068. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711001954>
- Elofsson, U. O., von Schëele, B., Theorell, T., & Söndergaard, H. P. (2008). Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(4), 622–634. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.05.012>
- Engelhard, I. M., Van den Hout, M. A., Dek, E. C., Giele, C. L., Van der Wielen, J. W., Reijnen, M. J., & Van Rooij, B. (2011). Reducing vividness and emotional intensity of recurrent “flashforwards” by taxing working memory: An analogue study. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(4), 599–603. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.01.009>
- Engelhard, I. M., Van den Hout, M. A., Janssen, W. C., & Van der Beek, J. (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of “flashforwards.” *Behaviour Research and Therapy, 48*(5), 442–447. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.01.003>
- Fisher, H. L., Schreier, A., Zammit, S., Maughan, B., Munafò, M. R., Lewis, G., & Wolke, D. (2012). Pathways between childhood victimization and psychosis-like symptoms in the ALSPAC birth cohort. *Schizophrenia Bulletin, 39*, 1045–1055. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbs08>
- Foussias, G., & Remington, G. (2010). Negative symptoms in schizophrenia: Avolition and Occam’s razor. *Schizophrenia Bulletin, 36*(2), 359–369. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbn094>
- Fowler, D. G., Freeman, D., Steel, C., Hardy, A., Smith, B. H., Hackmann, C., . . . Bennington, P. E. (2006). The catastrophic interaction hypothesis: How do stress, trauma, emotion and information processing abnormalities lead to psychosis? In W. Larkin & A. P. Morrison (Eds.), *Trauma and psychosis* (pp. 101–124). Chichester, United Kingdom: John Wiley and Sons.
- Frueh, C. B., Grubaugh, A. L., Cusack, K. J., Kimble, M. O., Elhai, J. D., & Knapp, R. G. (2009). Exposure-based cognitive-behavioral treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(5), 665–675. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.02.005>
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine, 31*(2), 189–195.
- Gracie, A., Freeman, D., Green, S., Garety, P. A., Kuipers, E., Hardy, A., . . . Fowler, D. (2007). The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: A test of the predictions of psychological models. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*(4), 280–289. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01011.x>
- Grubaugh, A. L., Tuerk, P. W., Egede, L. E., & Frueh, B. C. (2012). Perceptions of PTSD research participation among patients with severe mental illness. *Psychiatry Research, 200*(2–3), 1071–1073. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.039>
- Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy, 46*(8), 913–931. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.04.006>
- Hackmann, A., Surawy, C., & Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others’ eyes: A study of spontaneously occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 26*(1), 3–12.
- Hardy, A., Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Steel, C., Evans, J., . . . Dunn, G. (2005). Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(8), 501–507. <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000172480.56308.21>
- Kim, D., Choi, J., Kim, S. H., Oh, D. H., Park, S. C., & Lee, S. H. (2010). A pilot study of brief eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for treatment of acute phase schizophrenia. *Korean Journal of Biological Psychiatry, 17*(2), 94–102.
- Krebs, M. O., Bourdel, M. C., Cherif, Z. R., Bouhours, P., Lôo, H., Poirier, M. F., & Amado, I. (2010). Deficit of inhibition motor control in untreated patients with schizophrenia: Further support from visually guided saccade paradigms. *Psychiatry Research, 179*(3), 279–284. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.07.008>
- Lee, K. H., & Williams, L. M. (2000). Eye movement dysfunction as a biological marker of risk for schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(Suppl.), S91–S100.
- Lockett, S. H., Hatton, J., Turner, R., Stubbins, C., Hodgekins, J., & Fowler, D. (2012). Using a semi-structured interview to explore imagery experienced during social anxiety for clients with a diagnosis of psychosis: An exploratory study conducted within an early intervention for psychosis service. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 40*(1), 55–68. <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465811000439>
- Logie, R.D.J., & De Jongh, A. (2014). The ‘Flashforward procedure’: Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research, 8*(1), 25–32.

- Lothian, J., & Read, J. (2002). Asking about abuse during mental health assessments: Clients' views and experiences. *New Zealand Journal of Psychology*, 31(2), 98–103.
- Matheson, S. L., Shepherd, A. M., Pinchbeck, R. M., Laurens, K. R., & Carr, V. J. (2013). Childhood adversity in schizophrenia: A systematic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(2), 225–238. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712000785>
- Morrison, A. P. (2004). The use of imagery in cognitive therapy for psychosis: A case example. *Memory (Hove, England)*, 12(4), 517–524. <http://dx.doi.org/10.1080/09658210444000142>
- Morrison, A. P., Beck, A. T., Glentworth, D., Dunn, H., Reid, G. S., Larkin, W., & Williams, S. (2002). Imagery and psychotic symptoms: A preliminary investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 40(9), 1053–1062.
- Morrison, A. P., Frame, L., & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *The British Journal of Clinical Psychology/The British Psychological Society*, 42(Pt. 4), 331–353.
- Morrison, A. P., Renton, J. C., Dunn, H., Williams, S., & Bentall, R. P. (2004). *Cognitive therapy for psychosis: A formulation-based approach*. New York, NY: Brunner- Routledge.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., & Trumbetta, S. L. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: An interactive model. *Schizophrenia Research*, 53, 123–143.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., Jankowski, M. K., Bolton, E. E., Lu, W., . . . Wolfe, R. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 259–271. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.259>
- Myin-Germeys, I., Delespaul, P. A., & De Vries, M. W. (2000). Schizophrenia patients are more emotionally active than is assumed based on their behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 26(4), 847–854.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Paulik, G. (2012). The role of social schema in the experience of auditory hallucinations: A systematic review and a proposal for the inclusion of social schema in a cognitive behavioural model of voice hearing. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(6), 459–472.
- Read, J., Hammersley, P., & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 101–110. <http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.106.002840>
- Read, J., Van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330–350. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>
- Reilly, J. L., Lencer, R., Bishop, J. R., Keedy, S., & Sweeney, J. A. (2008). Pharmacological treatment effects on eye movement control. *Brain and Cognition*, 68(3), 415–435. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bandc.2008.08.026>
- Schulze, K., Freeman, D., Green, C., & Kuipers, E. (2013). Intrusive mental imagery in patients with persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), 7–14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.10.002>
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2e éd.)*. New York, NY: Guilford Press.
- Spinazzola, J., Blaustein, M., & Van der Kolk, B. A. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 425–436. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20050>
- Van den Berg, D. P. G., & Van der Gaag, M. (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 664–671. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.09.011>
- Van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Smeets, M. A. M., Hornsveld, H., Hoogeveen, E., de Heer, E., & Rijkeboer, M. (2010). Counting during recall: Taxing of working memory and reduced vividness and emotionality of negative memories. *Applied Cognitive Psychology*, 24(3), 303–311. <http://dx.doi.org/10.1002/acp.1677>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., . . . Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbs050>

Remerciements. Les auteurs apprécient les conseils éditoriaux de Daeho Kim dans la préparation de cet article.

Toute correspondance concernant cet article peut être adressée à David P. G. Van den Berg, Institut psychiatrique Parnassia, Zoutkeetsingel 40, 2512 HN, Den Haag, Pays-Bas. Courriel : d.vandenberg@parnassia.nl