

LA THÉRAPIE EMDR

DANS LA PRISE EN CHARGE DU TRAUMATISME PSYCHIQUE

CYRIL TARQUINIO*

RÉSUMÉ

Depuis 1989, de nombreuses publications ont mis en évidence l'efficacité de la méthode EMDR (*Eyes movement desensitization and reprocessing*) et cette thérapie est devenue en moins de dix ans un mode de traitement psychothérapeutique de l'état de stress post-traumatique (ESPT) ayant donné lieu à un grand nombre d'études. Il y a en effet aujourd'hui plus de publications d'études contrôlées sur le traitement de l'ESPT par la thérapie EMDR que par tout autre type d'interventions cliniques, y compris les traitements médicamenteux (cf. *National Center for PTSD*). L'objectif de cet article sera de permettre une meilleure connaissance de la thérapie EMDR en proposant dans un premier temps un cadrage théorique de la démarche. Dans un deuxième temps, nous ferons état de 15 études contrôlées et randomisées qui attestent globalement de la bonne efficacité de cette démarche thérapeutique dans la prise en charge de l'ESPT. Enfin, après avoir présenté de façon globale le protocole de base de la thérapie EMDR, nous présenterons brièvement un cas clinique traité à partir de cette démarche.

MOTS-CLÉS

EMDR, ESPT, thérapie, traumatisme.

SUMMARY: THE EMDR METHOD: A PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT FOR PTSD

Since 1989, numerous articles have demonstrated the effectiveness of the EMDR (*Eyes movement desensitization and reprocessing*) method and, in less than ten years, this therapy has become the model for the psychotherapeutic treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) which has led to a great number of studies. There are in fact more articles today on controlled studies of the treatment of PTSD using EMDR therapy than for any other type of clinical intervention, including medicinal treatments (cf. *National Center for PTSD*). The aim of this paper is to allow a better understanding of EMDR therapy by firstly proposing a theoretical guideline of the approach. Secondly, we will evaluate 15 controlled and randomized studies which on the whole confirm the good effectiveness of this therapeutic approach in the treatment of PTSD. Finally, after having presented in a comprehensive manner the basic protocol of EMDR therapy, we will briefly present one clinical case treated with this approach.

KEY WORDS

EMDR, PTSD, therapy, traumatism.

C'est en 1987 que l'EMDR (*Eyes movement desensitization and reprocessing*) a été découvert par Shapiro. Opérant des mouvements avec ses yeux⁽¹⁾, elle observa que les pensées négatives qui étaient alors les siennes semblaient évoluer et se transformer. La charge négative des souvenirs commençait à s'atténuer jusqu'à disparaître totalement. Shapiro poursuivit cette expérience en réactivant en mémoire certains mauvais souvenirs, en s'imposant en contingence des mouvements rapides des yeux de la droite vers la gauche ou en diagonal. Depuis 1989, de nombreuses publications ont mis en évidence l'efficacité de la méthode EMDR et cette thérapie est devenue en moins de dix ans un mode de traitement psychothérapeutique de l'état de stress post-traumatique (ESPT)

qui a donné lieu à un grand nombre d'études. Il y a en effet aujourd'hui plus de publications d'études contrôlées sur le traitement de l'ESPT par la thérapie EMDR que par tout autre type d'interventions cliniques, y compris les traitements médicamenteux (cf. *National Center for PTSD*). De surcroît, les recommandations pour l'usage de cette approche thérapeutique ne manquent pas (tableau I) et proviennent des plus éminentes sociétés savantes reconnues sur le plan international quant à leurs compétences en ce qui concerne la question du syndrome de stress post-traumatique.

*Professeur des Universités, Praticien EMDR niveau 1 et 2, Équipe Psychologie de la santé, Laboratoire de psychologie clinique et cognitive (LPCC), Université Paul Verlaine, Île du Saulcy, F-57000 Metz
tarquinio@univ-metz.fr

Le résultat du traitement habituel de l'ESPT par les médicaments est en moyenne une réduction de 50 % des symptômes^(2,3). 12 séan-

ces de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) apportent une rémission du diagnostic de l'ESPT de 55 % à 60 % (4). Et il est possible d'atteindre 80 % de rémission avec plus de 100 heures de thérapie comportementale par exposition (5). En comparaison, la thérapie EMDR obtient des taux de 77 % à 90 % de rémission de l'ESPT dans sept des huit études contrôlées et randomisées portant sur des populations civiles souffrant d'ESPT, et cela en trois à huit séances de 90 minutes (tableaux IIa et IIb). Sans doute à cause de l'utilisation, très inhabituelle, des mouvements oculaires, la thérapie EMDR a été associée au mesmérisme ou à l'hypnose (6, 7). Les assimilations et les raccourcis théoriques ne peuvent plus suffire aujourd'hui pour présenter et comprendre non seulement l'indiscutable efficacité de l'EMDR, mais également ce qui se passe pendant le processus thérapeutique, même si une littérature trop vulgarisée (8) et jamais universitaire dans sa présentation l'a, en France, beaucoup desservie.

La question n'est plus d'y croire ou non, comme on peut parfois l'entendre ici ou là, mais plutôt d'accepter le cons-

tat d'une efficacité rapportée dans les plus grandes revues internationales, à travers un nombre toujours grandissant d'études contrôlées ou d'analyse de cas, et observée au sein des cabinets et autres institutions où cette approche est mise en œuvre à des fins thérapeutiques. Il s'agit aujourd'hui d'apporter des éléments explicatifs à ces faits qui ne peuvent être contestés et c'est sans doute là que le bât blesse. En effet, il est encore difficile de donner des éléments véritablement heuristiques au fonctionnement de l'EMDR. Cette thérapie pose de vraies questions et son efficacité dérange car elle interroge la pratique de la psychothérapie du trauma, mais aussi d'autres pathologies. Son manque d'assise théorique la rend vulnérable aux critiques, alors que la recherche devrait trouver là un objet d'étude fascinant, polémique et passionnant.

L'objectif de ce texte sera de permettre une meilleure connaissance de la thérapie EMDR en proposant dans un premier temps un cadrage théorique de la démarche. Dans un deuxième temps, nous ferons état de 15 études contrôlées et randomisées qui attestent globalement de la

TABLEAU I
*Recommandations internationales
pour l'utilisation de l'EMDR dans la prise en charge des victimes de psychotrauma*

INSTITUTION OU COLLECTIF	ÉLÉMENTS DE SYNTHÈSE
<i>National Institute for Clinical Excellence</i> (9)	Rapport sur les traitements fondés sur des preuves pour le traitement de l'ESPT, et recommandés aux médecins et praticiens du <i>National Health Service</i> du Royaume-Uni.
Inserm (10)	Parmi les trois formes de psychothérapies étudiées, l'EMDR et la TCC sont considérées comme des traitements du choix pour des victimes de psychotraumatisme.
<i>A Psychiatric Association</i>	L'EMDR est évaluée comme aussi efficace que la TCC pour la prise en charge des syndromes de stress post-traumatique, aigus ou chroniques.
<i>National Council for Mental Health</i> (12)	La thérapie EMDR est l'une des trois méthodes recommandées pour le traitement des victimes d'actes de terrorisme.
Chambless <i>et al.</i> (13)	Selon le rapport d'évaluation du groupe de travail nommé par la division clinique de l' <i>American Psychological Association</i> , les seules méthodes auxquelles on reconnaisse empiriquement de la valeur dans le traitement de n'importe quelle population de victimes manifestant un syndrome de stress post-traumatique sont l'EMDR, la thérapie d'exposition et la thérapie d'inoculation.
<i>Clinical Resource Efficiency Support Team</i> (14)	L'EMDR et la TCC sont considérées par cette étude comme des traitements de choix pour les victimes de traumatisme.
<i>Department of Veterans Affairs, Department of Defense</i> (15)	L'EMDR est l'une de quatre thérapies auxquelles l'étude reconnaît le plus haut degré d'efficacité et qu'elle recommande pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique.
<i>Therapy Advisor</i> (16)	Ce site web, sponsorisé par le <i>National Institute of Mental Health</i> , liste des techniques de soins empiriquement établies pour toute une série de maladies. L'EMDR est l'un des trois traitements recensés pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique.
<i>Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care</i> (17)	L'EMDR et la TCC sont deux traitements de choix pour le syndrome de stress post-traumatique.
<i>Medical Program Committee, Stockholm City Council</i> (18)	Les TCC et l'EMDR sont recommandées pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique.
<i>United Kingdom Department of Health</i> (19)	Cette étude établit que les meilleurs résultats pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique ont été obtenus par la technique EMDR, la thérapie par exposition et l'inoculation de stress.
<i>International Society for Traumatic Stress Studies</i> (20)	Dans le <i>Practice guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies</i> , la thérapie EMDR est citée comme étant un traitement efficace du syndrome de stress post-traumatique.

bonne efficacité de cette démarche thérapeutique dans la prise en charge de l'ESPT. Enfin, après avoir présenté de façon globale le protocole de base de la thérapie EMDR, nous présenterons un cas clinique (issu d'une recherche en cours sur la prise en charge des victimes de violences sexuelles) traité à partir d'une approche EMDR.

CADRE THÉORIQUE DE LA THÉRAPIE EMDR

Nous avons fait le choix de présenter deux aspects de la thérapie EMDR qui restent, selon nous, les plus documentés pour en expliquer les effets. Le premier concernera la conception du système de traitement de l'information orienté vers l'adaptation, alors que le second traitera plus particulièrement de la fonction et du rôle des mouvements oculaires.

EMDR, COGNITION ET ADAPTATION

L'EMDR considère que le psychisme a la faculté de métaboliser la majorité des vécus traumatiques. Certains vécus vont se figer en souvenirs traumatiques qui, réactivés, déterminent des pensées, des émotions et des sensations pathologiques. Ils s'impriment sur des sites virtuels organisés en réseau de mémoire. La première hypothèse de Shapiro et Forrest⁽²¹⁾, qui sont à l'origine de cette méthode, se fondait en fait sur les travaux de Pavlov⁽²²⁾ qui pré-supposait l'existence dans le cerveau d'un équilibre entre excitation et inhibition, responsable de son fonctionnement normal. Si quelque chose venait provoquer un quelconque déséquilibre, il en résultait une pathologie neuronale, comme un "noeud dans le câblage". Selon Pavlov, il fallait restaurer l'équilibre entre excitation et inhibition. Sur ces bases, Shapiro a fait l'hypothèse que le traumatisme pouvait causer une sorte de surexcitation du système nerveux et que les mouvements oculaires allaient engendrer un effet inhibiteur (ou relaxant) pour la contrebalancer. C'est l'idée d'un traitement adaptatif de l'information (*Adaptive information processing model*) conduisant l'organisme à une résolution adaptée, c'est-à-dire à des associations appropriées qui vont permettre au patient de faire quelque chose de ce qui lui est arrivé, en transformant et en intégrant dans un nouveau schéma positif et constructif ses cognitions et ses émotions, qui guide toute la démarche EMDR.

Cette approche est consistante avec le modèle de traitement de l'information d'Horowitz^(23, 24) qui conçoit les symptômes post-traumatiques comme une réaction au nombre excessif de données que constitue l'expérience traumatique. L'ESPT découlerait de l'incapacité de la victime à intégrer adéquatement ces nouvelles informations au sein de ses schémas cognitifs antérieurs. La résorption des symptômes dépend donc de l'intégration de l'expérience traumatique,

intégration qui ressemble à un processus de deuil et qui comporte cinq phases.

◆ La première phase identifiée par ce modèle est celle de la protestation. Le stress important du traumatisme provoque des réactions intenses normales de peur, de rage, de colère, de confusion, des tentatives d'approche des autres ou au contraire un retrait social plus marqué. Cependant, le traumatisme constitue surtout un apport massif de données qui ne peuvent être assimilées instantanément par l'individu. Cet apport provoque une "surcharge cognitive" : la victime vit des idées, des sentiments, des images qui ne peuvent être intégrés, qui la submergent et qui génèrent beaucoup de détresse.

◆ La deuxième phase est celle de l'évitement. Le déni et le détachement des affects sont employés comme mécanismes de défense afin de protéger l'intégrité et l'équilibre psychologique de la victime. Les réactions d'évitement pathologiques ou extrêmes utilisées par celle-ci dans cette phase sont l'abus de drogue et d'alcool, les comportements de fugue ou de phobie, la sensation d'irréalité ou la dissociation. Selon ce modèle, l'individu possède une tendance intrinsèque au traitement de l'information tant que son intégration ne s'est pas complétée, c'est-à-dire jusqu'à assimilation (modifier le sens de l'événement traumatique pour qu'il puisse s'intégrer aux conceptions préexistantes) ou accommodation (modifier les conceptions préexistantes pour qu'elles puissent accepter la nouvelle expérience traumatique) de celle-ci. Les données liées à l'événement traumatique restent donc actives sous forme brute dans l'inconscient et font des retours à la conscience afin d'y être ré-analysées, intégrées, ce qui conduit à la phase dite d'intrusion.

◆ Lors de la troisième phase, les reviviscences "normales" dans la conscience prennent la forme de souvenirs, de ruminations ou de cauchemars. Ce matériel cognitif intrusif continuera à se présenter à la conscience jusqu'à ce qu'il soit intégré, métabolisé par la victime. Les éléments plus pathologiques de cette phase consistent en une certaine "submersion" de la personnalité : cauchemars terrorisants, hallucinations incontrôlables, émotions submergeantes, etc. La victime réagit à ces reviviscences perturbantes en revenant à la phase d'évitement (détachement émotionnel ou évitement comportemental), ce qui a comme fonction de régulariser le traitement cognitif de l'information. En effet, cet évitement permet de rendre tolérable le traitement de l'information traumatique et de préserver l'équilibre psychologique de l'individu, puisqu'il dose la surcharge cognitive et émotionnelle et diminue l'anxiété associée aux informations traumatiques. Ce mouvement d'oscillation entre les phases d'évitement et les phases d'intrusion permet une intégration graduelle de l'information. Les pensées intrusives diminuent en fréquence et en intensité ce qui signe l'entrée dans la phase d'intégration.

◆ Lors de la quatrième phase, l'individu entame un début d'acceptation de la victimisation et de restauration de son équilibre psychologique. Il montre des progrès dans son mode de pensée et ses capacités à ressentir des émotions, à communiquer et à interagir avec les autres. Horowitz décrit cette quatrième phase comme celle d'un passage vers l'intégration complète de l'expérience traumatique.

◆ Enfin, lors de la phase de résolution, la victime ressent que le processus de traitement de l'information a été complété et qu'il y a eu restauration de sa cohésion interne. L'expérience de victimisation est intégrée et fait partie de la représentation que le patient a de lui-même et du monde. Les images, les affects, les cognitions et les associations changent, indiquant que le processus de digestion ou de métabolisation de l'information traumatique a été engagé. L'individu est prêt à entreprendre de nouvelles activités et relations, et est capable de ressentir des états émotifs nuancés et positifs. Cette conception du fonctionnement du psychisme, largement déterminée par la théorie du traitement adaptatif ⁽²⁵⁾, reste la trame majeure de la thérapie EMDR qui peut en outre être considérée, comme une réponse opérationnelle à la plupart des théories de l'adaptation émergentes en psychologie, et notamment en psychologie de la santé ⁽²⁶⁾.

La thérapie EMDR contient de nombreux éléments qui contribuent aux effets du traitement. Si de nombreuses études ont validé sa méthodologie (tableaux IIa et IIb), il subsiste des questions concernant son mécanisme d'action. Comme nous l'avons évoqué précédemment pour expliquer ses effets cliniques et guider sa pratique, les auteurs se réfèrent à un modèle de traitement de l'information ⁽²⁵⁾. Or, ce modèle n'est, à notre connaissance, lié à aucun mécanisme neurobiologique précis. Pour autant, la question qui se pose pour l'EMDR se pose pour toutes les psychothérapies ! Et cette théorie d'un traitement adaptatif de l'information, si elle n'en ait qu'à son balbutiement, reste originale car elle s'interroge sur les processus qui déterminent la guérison en intégrant autant que faire ce peut les processus de traitement de l'information, ainsi que les processus neurophysiologiques les plus modernes.

DE LA FONCTION DES MOUVEMENTS OCULAIRES

Très tôt, les travaux se sont portés sur les mouvements oculaires (et d'autres formes de stimulation bilatérale) susceptibles de constituer l'un des principes actifs de la démarche. Un parallèle est à faire avec ce qui se passe dans le sommeil à mouvements oculaires rapides (*Rapid eyes movement* – REM). En effet, les mouvements oculaires rapides surviennent au cours des états de rêve et il existe de plus en plus de preuves montrant que le rôle des rêves est d'élaborer et de digérer psychiquement les vécus de la vie réelle ⁽²⁷⁾.

Il semble que lorsque des souvenirs pénibles apparaissent dans les rêves, les mouvements oculaires rapides induisent un effet de détente qui permet le traitement psychique de ces expériences. Un parallèle a été fait avec la théorie de l'inhibition réciproque de Wolpe ^(28,29), que ce dernier considérait comme responsable du soulagement de l'anxiété dans son traitement systématique de désensibilisation.

L'hypothèse de Shapiro était de penser que les mouvements oculaires pendant le rêve inhibaient la détresse. La découverte du sommeil-REM a été réalisée par Aserinsky et Kleitman ⁽³⁰⁾. Ils ont découvert que dans 80 à 85 % des cas, les sujets qui s'éveillaient de ce sommeil étaient capables de fournir un récit clair et détaillé de leurs rêves, alors qu'en dehors de cette phase du sommeil, ils n'étaient plus en mesure de la faire ⁽³¹⁾. D'autres recherches ont suggéré que les phases non-REM comprenaient peut-être davantage d'activité onirique qu'on l'avait cru, sans donner les récits riches et précis que l'on a dans la phase de sommeil-REM ⁽³²⁾. En fait, deux sortes de mouvements oculaires surviennent pendant le sommeil onirique : des mouvements simples et isolés, et des mouvements groupés. Les aveugles ne possèdent pas les mouvements groupés, mais on peut observer des mouvements simples pendant qu'ils rêvent. L'hypothèse de Lavie ⁽³³⁾ serait que les deux sortes de mouvements oculaires pendant le sommeil onirique pourraient jouer des rôles différents. Tandis que les mouvements qui se manifestent en groupe sont liés aux images visuelles du rêve, les mouvements oculaires simples seraient quant à eux liés au processus de recouvrement de l'information à partir du stockage des données dans le cerveau, afin de construire l'histoire du rêve. À cet égard, le lien qui existe entre le processus de remémoration et les mouvements oculaires peut être prouvé par une expérience simple. Il suffit pour cela d'observer les yeux d'un sujet auquel on a posé une question qui exige de lui qu'il se remémore une image. Nous pouvons alors apercevoir que le processus de remémoration est lié à des mouvements oculaires. Le sujet bouge les yeux comme s'il était en train de chercher quelque part autour de lui l'information qu'on lui demande. Il est par conséquent probable qu'au moins quelques-uns des mouvements oculaires pendant le sommeil-REM soient en rapport avec le processus de recouvrement de l'information ou le traitement de cette information en vue de construire le rêve. Certaines études ont également montré que les mouvements oculaires saccadés dus au mésencéphale et le relâchement musculaire causé par la formation réticulée se produisent simultanément lors du sommeil-REM. C'est sans doute ce qui explique l'effet déconditionnant de celui-ci ⁽³⁴⁾.

De nombreux travaux indiquent également que la consolidation des traces mnémoniques dans la mémoire à long terme est associée à une période d'intense activité neurologique de certaines parties du cerveau, dont la plus étudiée

est l'hippocampe, et qu'elle s'accompagne de processus biochimiques supplémentaires et de changements moléculaires structurels dans différentes parties du cerveau^(33, 35). Bloch *et al.*⁽³⁶⁾ ont ainsi pu établir que le sommeil paradoxal augmentait chez les souris et les rats après différentes procédures d'apprentissage : *"Il apparaissait que l'un des éléments essentiels pour la fixation de la mémoire était la présence de sommeil paradoxal en quantité suffisante, survenant rapidement après l'apprentissage"*. Enfin, d'autres études ont montré que la privation de sommeil-REM après l'apprentissage d'une compétence avait pour conséquence la perte de celle-ci ou le retard dans l'apprentissage⁽³⁷⁾.

On peut considérer que c'est une élaboration cognitive et affective qui a lieu en EMDR. La personne intègre l'information provenant de l'événement traumatique en l'élaborant, puis en la stockant avec une émotion plus adaptée et plus positive. On peut donc supposer que la thérapie EMDR (comme le sommeil-REM) permet une élaboration émotionnelle où les patients, en repensant à l'événement traumatique, commencent à ressentir de la colère, de la peur ou de la honte pour finir par s'apaiser, accepter et pardonner et "passer à autre chose". Notons que les mouvements oculaires utilisés en EMDR ont été évalués indépendamment par de nombreux chercheurs. Ces études ont relevé des effets directs sur l'émotivité, la netteté des images, la souplesse de l'attention et les associations mnésiques^(38, 39). Selon les auteurs, trois modèles permettent d'expliquer le rôle de la réaction d'orientation en EMDR.

Pour Barrowcliff *et al.*^(40, 41), l'orientation de l'EMDR est d'être un "réflexe investigatoire" qui produit une sorte de réaction élémentaire qui survient lorsque le patient se rend compte qu'aucune menace ne pèse sur lui. En associant cet état de relaxation au souvenir initialement traumatogène, le patient découvre alors une nouvelle façon de vivre son souvenir et il se sent alors moins en détresse. C'est le processus d'inhibition réciproque développé par Wolpe⁽²⁹⁾ dans le cadre des TCC. Une phobie, par exemple, peut être considérée comme la résultante d'une association antérieure entre un stimulus neutre et un stimulus inconditionnel (exemple : stimulus neutre = phobie du rat ; stimulus inconditionnel = bruit fort). La réaction conditionnelle (anxiété) va se produire ensuite par la seule présence du stimulus neutre. Si l'on prend cette conception, on considère que pour échapper à l'anxiété, le sujet fait tout pour éviter le stimulus neutre phobique. Le principe de la thérapie consiste à essayer d'éteindre la réponse d'anxiété. Du point de vue théorique, pour éteindre la réaction conditionnelle, on supprime le renforcement, donc il va s'agir d'exposer l'individu au stimulus conditionnel, mais cette exposition doit être non renforcée. Après la présentation du stimulus conditionnel, le stimulus aversif (bruit fort) ne doit pas apparaître. Présenter l'objet phobique de façon progressive, d'abord en paroles puis en images et

en vrai. Lorsqu'il a été présenté suffisamment de fois sans renforcement, on fini par éteindre la réponse d'anxiété. La plupart du temps, on cherche à contre-conditionner l'anxiété : on va chercher une réponse qui lui est incompatible. On sait par exemple qu'elle est incompatible avec l'état de relaxation musculaire. L'idée de Wolpe est que l'on va pouvoir faire disparaître l'anxiété si l'on met l'individu en état de relaxation musculaire dès qu'il rencontre le stimulus anxiogène. La démarche consiste à rattacher les conduites à leurs conséquences renforçantes et aux stimuli qui les contrôlent. On va définir avec le patient les comportements que l'on veut installer ou faire disparaître puis mettre une méthode pour installer ces objectifs.

D'autres auteurs⁽⁴²⁻⁴⁴⁾ avancent l'idée que la réaction d'orientation pourrait rompre le réseau mémoriel traumatique en coupant les liens antérieurs établis avec des émotions négatives et en permettant l'intégration de nouvelles informations. Kuiken *et al.*⁽⁴²⁾ ont montré que les mouvements oculaires sont liés à une plus grande souplesse de l'attention, et il est envisagé^(43, 44) que ces mêmes mouvements oculaires stimulent les mécanismes neurobiologiques, lesquels activeraient les souvenirs de la mémoire épisodique et les intégreraient à la mémoire sémantique.

D'autres études enfin⁽³⁹⁾ indiquent que les mouvements oculaires et d'autres stimuli affectent la perception du souvenir ciblé et affaiblissent la netteté de l'image et les émotions qui lui sont liées, soit parce que ces mouvements interrompent le fonctionnement de la mémoire de travail, soit parce qu'ils modifient les sensations corporelles qui accompagnent le souvenir retrouvé.

L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT EMDR

La littérature sur l'EMDR est très abondante et de nombreuses études attestent de la pertinence de la méthode. Nous avons fait le choix de présenter dans les tableaux IIa et IIb une revue des principales études répertoriées dans les bases de données (*Psyclit*, *Psycinfo*, *Medline*) afin de mettre en évidence l'efficacité et l'intérêt de l'EMDR dans le traitement de l'ESPT. Loin d'être exhaustif, il nous semblait important de faire montre de ces travaux souvent méconnus des non-spécialistes. Cinq critères ont orienté le choix de ces études :

- qu'elles soient publiées dans des revues à comité de lecture ;
- que la procédure expérimentale comprenne une comparaison avant/après (ABA), ainsi que la comparaison soit à un groupe contrôle (généralement avec technique de la liste d'attente), soit à une autre procédure thérapeutique, soit les deux ;
- que les auteurs aient procédé à une étude longitudinale ;

TABLEAU IIa

*Synthèse
des études
(1^{ère} partie)*

AUTEURS	OBJECTIF	MÉTHODE DE PRISE EN CHARGE COMPARÉE ET CONDITIONS EXPÉRIMENTALES	DURÉE DES SESSIONS
Carlson <i>et al.</i> ⁽⁴⁵⁾	Comparaison dans une étude contrôlée de deux méthodes de prise en charge auprès d'anciens combattants avec ESPT. Méthode ABA, puis évaluation à trois mois.	EMDR (n = 10) Relaxation (n = 13) Contrôle (n = 12)	12 sessions de 60-75 min 12 sessions de 40 min, avec exercices à la maison
Chemtob <i>et al.</i> ⁽⁴⁶⁾	Prise en charge d'enfants victimes de catastrophes naturelles (ouragans) et présentant des symptômes d'ESPT. Méthode ABA, puis évaluation à six mois.	EMDR (n = 17) Liste d'attente (n = 15)	3 sessions de 40 min
Edmond <i>et al.</i> ⁽⁴⁷⁾	Prise en charge de femmes ayant fait l'objet d'agressions sexuelles pendant l'enfance et qui présentaient des symptômes de stress post-traumatique. Méthode ABA, puis évaluation à trois mois.	EMDR (n = 20) MC – Méthodes composites (n = 20) Contrôle – Liste d'attente (n = 19)	6 sessions de 90 min 6 sessions de 90 min Prise en charge après 6 semaines
Edmond <i>et al.</i> ⁽⁴⁸⁾ *	Évaluer et comparer les effets d'une prise en charge de femmes victimes pendant l'enfance d'abus sexuels qui utilise, d'une part, l'EMDR et, d'autre part, une approche thérapeutique composite (<i>eclectic therapy</i>). Méthode ABA, puis évaluation à trois mois.	EMDR (n = 18) T (n = 20) Contrôle – Liste d'attente (n = 19)	6 sessions de 90 min 6 sessions de 90 min
Ironson <i>et al.</i> ⁽⁴⁹⁾ *	Comparer l'efficacité de la thérapie EMDR et de l'exposition prolongée dans le traitement et la réduction du syndrome de stress post-traumatique et des symptômes de la dépression chez des personnes victimes de viols ou de violences. Méthode ABA, puis évaluation à trois mois.	EMDR (n = 20) Exposition prolongée (n = 20)	6 sessions de 90 min 6 sessions de 90 min
Lee <i>et al.</i> ⁽⁵⁰⁾	Comparer les effets de la thérapie EMDR et la thérapie par inoculation de stress avec exposition prolongée (TISEP). Méthode ABA, puis évaluation à trois mois.	EMDR (n = 12) TISEP – Inoculation du stress avec exposition (n = 12) Contrôle – Liste d'attente (n = 19)	7 sessions de 90 min 7 sessions de 90 min
Marcus <i>et al.</i> ⁽⁵¹⁾	Comparer les effets de la thérapie EMDR par opposition à un ensemble peu homogène de prises en charge allant de la psychothérapie individuelle (TCC...), en passant par la médication (antidépresseurs, anxiolytiques...) ou encore les thérapies de groupes. Méthode ABA, puis évaluation à trois mois.	EMDR (n = 34) TS – Thérapies standard (n = 33)	6 sessions de 50 min Nombre et durée des sessions très variables et hétérogènes selon les thérapies
Marcus <i>et al.</i> ⁽⁵²⁾	Comparer les effets de la thérapie EMDR par opposition à un ensemble peu homogène de prises en charge allant de la psychothérapie individuelle (TCC...), en passant par la médication (antidépresseurs, anxiolytiques...) ou encore les thérapies de groupes. Méthode ABA, puis évaluation à trois mois.	EMDR (n = 34) TS – Thérapies standard (n = 33)	Nombre de sessions de 50 min déterminées selon la nécessité des patients Nombre et durée (de 50 à 90 min) des sessions très variables et hétérogènes selon les thérapies et la nécessité des patients
Power <i>et al.</i> ⁽⁵³⁾	Comparer la thérapie EMDR et la thérapie par exposition avec restructuration cognitive. Trois évaluations ont été réalisées (lors de la prise en charge, à mi-parcours et en fin de parcours).	EMDR (n = 27) Exposition prolongée (n = 21) Contrôle – Liste d'attente (n = 24)	10 sessions de 90 min 10 sessions de 90 min

La présence d'une étoile (*) associée aux références rappelle l'existence d'un effet équivalent des approches thérapeutiques comparées.

ÉVALUATION ET MESURES PRINCIPALES	COMMENTAIRES
CAPS (ESPT) IES (ESPT) MISS (ESPT) EMG, RC, T°...	Après le traitement, les autoévaluations et les entretiens indiquent un effet significatif de l'EMDR sur de nombreux indicateurs. Ces effets se maintiennent trois mois après le traitement. Les indicateurs physiologiques sont insensibles aux traitements.
RCMAS (anxiété) CRI (ESPT) CDI (dépression) Santé générale	Diminution significative des résultats pour l'ensemble des indicateurs lorsque les sujets font l'objet d'une prise en charge EMDR. Les effets persistent dans le temps. On notera une amélioration de la santé générale des enfants dans le temps.
STAI (anxiété) IES (ESPT) BDI (dépression) BI (croyances et représentations)	L'EMDR contribue à une réduction significative des symptômes sur l'ensemble des quatre mesures. Les effets sont significativement plus importants que pour les deux autres conditions expérimentales. Trois mois après le traitement, le groupe de patients EMDR présente (en référence à la fin du traitement) des résultats qui s'améliorent de façon significative sur les quatre mesures. À noter qu'aucune amélioration notable n'a été mesurée pour l'autre condition expérimentale (MC).
STAI (anxiété) IES (ESPT) BDI (dépression) BI (croyances et représentations) PI (grille-questionnaire d'entretien semi-structuré portant sur la thérapie, sa perception par le patient, sa relation avec le thérapeute...)	Les deux approches thérapeutiques produisent des effets positifs sur les différentes mesures par comparaison avec le groupe contrôle. En revanche, l'EMDR et la TE ne se différencient pas sur ces mêmes mesures. Les données plus qualitatives indiquent que l'EMDR, employée seule, produit une plus grande résolution de traumatisme. Avec les TE, les patients accordent une plus grande importance à leur relation avec leur thérapeute, grâce à laquelle ils apprennent des stratégies de gestion du traumatisme. Un tel phénomène est moins observable avec l'EMDR.
PP-SSR (ESPT) BDI (dépression) DES (dissociation)	L'EMDR et l'exposition prolongée ont entraîné toutes les deux une réduction significative des syndromes de stress post-traumatique et de symptômes de dépression (PP-SSR et BDI). Parmi les sujets qui sont allés au bout du protocole, on constate que 7 sur 10 des patients traités avec l'EMDR ont obtenu un bon résultat en trois séances, contre 2 sur 12 pour les personnes qui étaient traitées par l'exposition prolongée. Les défections en cours de traitement ont également été moins nombreuses avec l'EMDR. Après six mois, les résultats positifs se sont stabilisés pour toutes les mesures, quel que soit le type de prise en charge.
SI-PTSD (ESPT) MMPI-K (ESPT) IES (ESPT) BDI (dépression)	Les deux formes thérapeutiques produisent une amélioration significative. L'EMDR est supérieure en ce qui concerne les symptômes intrusifs. Les participants traités avec l'EMDR ont montré, lors du contrôle réalisé trois mois après le traitement, des bénéfices supérieurs. L'EMDR avait demandé trois heures d'exercices à domicile, contre 28 pour la TISEP.
IES (ESPT) MPTSD (ESPT) BDI (dépression) STAI (anxiété)	Les résultats vont dans le sens d'une meilleure efficacité de l'EMDR par opposition à la condition thérapie standard en ce qui concerne la réduction des symptômes de stress post-traumatique (ceci pour toutes les phases d'évaluation).
IES (ESPT) MPTSD (ESPT) BDI (dépression) STAI (anxiété)	Les résultats vont dans le sens d'une plus grande efficacité de l'EMDR, avec des effets qui se maintiennent et parfois s'améliorent à trois et à six mois, ce qui n'est pas toujours le cas de la condition TS. Le nombre de sessions nécessaires pour attendre le même taux de résorption des symptômes est approximativement deux fois moins important que pour la condition TS (6,5 vs 11,8).
IES (ESPT) SI-PTSD (ESPT) HADS (dépression) PSS-SR (ESPT) MADRS (anxiété) HMM (anxiété) SDS (fonctionnement social)	L'EMDR et la thérapie par exposition avec restructuration cognitive ont, comparativement au groupe contrôle, toutes les deux apporté une amélioration significative sur l'ensemble des indicateurs. L'EMDR s'est montrée plus bénéfique pour la dépression et le fonctionnement social ; elle a demandé moins de séances que la thérapie par exposition (4,2 vs 6,4) sans exiger de travail à domicile.

TABLEAU II B

*Synthèse
des études
(2^{de} partie)*

La présence d'une étoile (*) associée aux références rappelle l'existence d'un effet équivalent des approches thérapeutiques comparées.

La présence de deux étoiles (**) rappelle l'existence d'un effet moindre de la thérapie EMDR.

AUTEURS	OBJECTIF	MÉTHODE DE PRISE EN CHARGE COMPARÉE ET CONDITIONS EXPÉRIMENTALES	DURÉE DES SESSIONS
Rothbaum <i>et al.</i> ⁽⁵⁴⁾ *	Comparer l'efficacité de la thérapie EMDR et l'exposition prolongée dans le traitement et la réduction du syndrome de stress post-traumatique chez des personnes victimes de viols. Méthode ABA, puis évaluation à six mois.	EMDR (n = 20) Exposition prolongée (n = 20) Contrôle – Liste d'attente (n = 20)	7 sessions de 90 min 7 sessions de 90 min
Rothbaum ⁽⁵⁵⁾	Prise en charge de femmes ayant fait l'objet d'agressions sexuelles pendant l'enfance et qui présentaient des symptômes de stress post-traumatique. Méthode ABA, puis évaluation à trois mois.	EMDR (n = 10) Contrôle – Liste d'attente (n = 8)	3 sessions de 90 min 3 sessions de 90 min
Schneck <i>et al.</i> ⁽⁵⁶⁾	Comparer l'effet de l'EMDR et d'une thérapie de type rogérienne auprès d'un groupe de femmes présentant un ESPT. Méthode ABA, puis évaluation à trois mois.	EMDR (n = 30) Thérapie de soutien (n = 30)	2 sessions de 90 min 2 sessions de 90 min
Taylor <i>et al.</i> ⁽⁵⁷⁾ **	Comparer une thérapie d'exposition, la relaxation et la thérapie EMDR dans la prise en charge de patients présentant un ESPT. Dans cette étude, le protocole de thérapie par exposition utilisait une exposition <i>in vivo</i> avec assistance du thérapeute. Méthode ABA, puis évaluation à trois mois.	EMDR (n = 20) Relaxation (n = 0) Thérapie d'exposition (n = 20)	8 sessions de 90 min 8 sessions de 90 min 8 sessions de 90 min
Wilson <i>et al.</i> ⁽⁵⁸⁾	Évaluation des effets d'une prise en charge EMDR limitée à trois sessions thérapeutique (lors de prise en charge, en fin de parcours, puis à 90 jours).	EMDR (n = 40) Exposition prolongée (n = 20) Contrôle – Liste d'attente (n = 40)	3 sessions de 90 min Après 90 jours – 3 sessions de 90 min
Wilson <i>et al.</i> ⁽⁵⁹⁾	Étude longitudinale sur 15 mois de l'effet de l'EMDR chez des patients présentant un tableau clinique complet <i>vs</i> partiel d'ESPT. Méthode ABA, puis évaluation à trois et 15 mois.	EMDR – tableau clinique complet d'ESPT (n = 32) EMDR – tableau clinique partiel d'ESPT (n = 34)	3 sessions de 90 min 3 sessions de 90 min

- que la répartition des sujets dans les groupes soit randomisée ;
- qu'au moins une variable dépendante soit une mesure d'ESPT.

Cette sélection rend assez bien compte du fait que l'EMDR fait preuve dans les études contrôlées et randomisées d'un niveau d'efficacité plus que satisfaisant et bien souvent plus puissant que les autres approches thérapeutiques ⁽⁶⁰⁾. Quelques revues de questions plus rigoureuses encore confirment cette observation. Davidson *et al.* ⁽⁶¹⁾ ont, par exemple, montré que la thérapie EMDR était au moins équivalente à la thérapie par exposition et aux TCC, tout en notant que la plupart du temps, ces autres formats thérapeutiques exigeaient de la part du patient une à deux heures de travail individuel au domicile (ce qui n'est pas le cas avec l'EMDR). De la même façon, la méta-analyse de Van Etten et Taylor ⁽⁶²⁾ indique clairement que l'EMDR est au moins aussi efficace que les autres thérapies, bien qu'elles apparaissent souvent plus efficaces et plus ra-

pides dans le traitement de l'ESPT (dans cette dernière étude, la thérapie EMDR et la thérapie comportementale apparaissaient comme plus efficaces que les traitements médicamenteux).

LA PROCÉDURE DE LA THÉRAPIE EMDR

La thérapie EMDR s'appuie sur de nombreux facteurs déjà utilisés par de nombreuses autres approches, comme les TCC, les approches psychodynamiques ou encore l'hypnose ericksonienne. Pendant une séance de thérapie EMDR, il est demandé au patient de bouger les yeux de gauche à droite, à un rythme régulier, tout en pensant à des éléments d'un souvenir traumatique. Exemple : F. a fait l'objet d'attouchements de la part de son grand-père alors qu'elle avait 13 ans. La cible choisie est une situation bien précise localisée dans le temps (vers midi, alors que la grand-mère portait toujours à la

ÉVALUATION ET MESURES PRINCIPALES	COMMENTAIRES
IES (ESPT) CAPS (ESPT) PSS-SR (ESPT) BDI (dépression) STAI (anxiété)	Les deux formats thérapeutiques montrent des effets significatifs sur la réduction des symptômes d'ESPT ainsi que sur l'ensemble des autres mesures. Si l'EMDR et la thérapie par exposition ne se distinguent pas significativement (elles présentent les mêmes seuils d'efficacité), toutes deux montrent des effets très significatifs par comparaison au groupe contrôle.
STAI (anxiété) IES (ESPT) BDI (dépression) PSS (ESPT) DES (dissociation)	L'EMDR a éliminé le syndrome de stress post-traumatique chez 90 % de victimes de viol ; les résultats obtenus par cette thérapie améliorent de façon significative (par rapport au groupe contrôle) les résultats aux échelles mesurant l'ESPT et la dépression. Les résultats persistent après trois mois.
IES (ESPT) PENN (ESPT) TSCS (concept de soi) BDI (dépression) STAI (anxiété).	Les résultats indiquent un effet positif des deux types de prise en charge sur l'ensemble des mesures réalisées. L'EMDR présente néanmoins des effets significativement plus importants que la thérapie de soutien sur quatre des cinq critères (pas de différences pour la TSCS). Les effets se maintiennent après trois mois.
CAPS (ESPT) PSDS (ESPT) BDI (dépression) RTQ (crédibilité perçue du traitement)	Les trois types de prise en charge conduisent à une réduction des symptômes significative entre le pré- et le post-test. Néanmoins, la thérapie par exposition indique une plus grande efficacité que l'EMDR et la relaxation en ce qui concerne la réduction des symptômes d'évitement et de reviviscence de l'ESPT. La thérapie par exposition permet une réduction plus rapide du symptôme d'évitement. Pour les autres indicateurs, il n'y a pas de différences entre les trois types de traitement.
IES (ESPT) STAI (anxiété) SCL-90 (somatisation, dépression et anxiété)	Les résultats montrent des effets significatifs de l'EMDR sur tous les critères de mesures. Ces effets positifs (rééducation des symptômes de l'ESPT, de dépression, d'anxiété,...) persistent dans le temps. Des effets similaires sont ensuite retrouvés auprès des sujets de la liste d'attente.
IES (ESPT) STAI (anxiété) SCL-90 PTSD-I (ESPT)	Résorption statistiquement significative pour l'ensemble des indicateurs mesurés. Les effets positifs de l'EMDR persistent après 15 mois, avec 84 % de rémission de l'ESPT.

même heure faire quelques courses dans un magasin tout proche) et dans l'espace (la cave où son grand père avait abusé d'elle). D'autres formes de stimulations (auditives ou tactiles par des tapotements sur les mains) sont parfois utilisées à la place de la stimulation visuelle.

Le patient doit spécifiquement évoquer dans son esprit l'image de l'un des aspects pénibles de l'événement passé (l'haleine de son grand-père, le rythme de sa respiration). Le thérapeute l'aide à focaliser son attention sur la dimension visuelle de la représentation traumatique qui est la plus intensément associée avec l'affect. Le patient énonce alors une conviction (cognition) négative qu'il a de lui-même et qui résulte de cet événement (exemple : "je suis impuissante" ou "je ne peux rien faire"). Cette cognition est négative parce que le sentiment d'impuissance est inapproprié ; elle est enkystée dans le système nerveux alors que le danger est dans le passé. Le patient identifie également l'affect précisément relié à l'image (la peur, la colère, la tristesse...) et évalue son intensité sur une échelle

de 0 à 10 appelée SUD (*Subjective unit of distress*). En même temps, le thérapeute l'aide à identifier les sensations physiques se manifestant dans son corps (oppression dans la poitrine, mains froides...) et qui accompagnent ces images, pensées et émotions.

Le thérapeute et le patient définissent ensemble une direction pour la thérapie en identifiant aussi une cognition positive. Cette phrase doit contenir un sentiment interne de maîtrise. Cette cognition répond à la question : "Quand vous vous voyez dans cette situation, que préféreriez-vous penser de vous-même à la place de la croyance négative que vous venez d'énoncer?". Le patient doit alors évaluer le degré de conviction qu'il associe à cette pensée positive : à quel point il la ressent comme vraie (exemple : "je ne crains plus rien aujourd'hui"). Cette évaluation de la validité de la cognition positive (*Validity of cognition* – VOC – qui va de 1 à 7) ainsi que le SUD permettent au thérapeute d'estimer le degré atteint dans la résolution du trauma et la progression au cours

du traitement vers une interprétation plus “adaptative” de l'événement traumatique.

Après cette phase initiale, vient la phase de désensibilisation qui va se centrer sur les émotions et les sensations qui perturbent le patient. Celui-ci va alors suivre des yeux le déplacement bilatéral de la main du thérapeute entre la gauche et la droite. Ces séries de mouvements latéraux durent de 20 secondes à quelques minutes, en fonction de la réaction émotionnelle du patient. Lors de cette phase, on trouve toutes les réactions de la personne. Il peut s'agir de souvenirs, de prises de conscience ou d'associations diverses. C'est à chaque pause, entre chaque série de mouvements bilatéraux, que le patient rapporte “ce qui lui est venu” pendant la période d'attention flottante qui accompagne les mouvements oculaires. Le patient porte alors son attention sur la nouvelle information, sensation ou prise de conscience, et le thérapeute recommence une autre série de mouvements. Le thérapeute se retient de demander des clarifications ou des précisions sur ce que le patient rapporte. De même, il n'en donne aucune interprétation. Il continue simplement de ramener l'attention du patient sur le matériel révélé par la stimulation

ENCADRÉ 1

Synthèse des éléments de la procédure EMDR

1. Souvenir traumatique (cible) :
 - Sur quel souvenir ancien aimeriez-vous travailler aujourd'hui ?
 - Quelle image représente la partie la plus difficile de cet incident ?
2. Cognition négative (CN) : Quels sont les mots qui vont le mieux avec cette image et qui expriment la croyance négative que vous avez de vous maintenant ?
3. Cognition positive (CP) :
 - Cognition désirée (positive) : Quand vous amenez cette image devant vous, qu'aimeriez-vous vous dire, croire à votre sujet maintenant ?
 - Crédibilité (VOC 1-7) : Quand vous pensez à cette image (ou incident), à combien ressentez-vous comme vrais ces mots maintenant (répéter CP) sur une échelle de 1 à 7, où 1 est ressenti comme complètement faux et 7 ressenti comme complètement vrai ?
4. Émotion : Quand vous amenez devant vous cette image et ces mots (répéter CN), quelles émotions ressentez-vous maintenant ?
 - Tension (SUD 0-10) : Sur une échelle de 0 à 10, où 0 représente aucune tension et 10 la plus forte tension que vous puissiez imaginer, à combien êtes-vous maintenant ?
 - Localisation de la sensation corporelle : Où ressentez-vous cette tension dans votre corps ?
5. Désensibilisation : séries de mouvements oculaires.

et amorce une nouvelle série de mouvements jusqu'à ce que les associations ne suscitent plus de changements ou jusqu'à ce que seulement des associations et des sensations positives soient rapportées.

Entre les séries de mouvements oculaires, le patient parle normalement au thérapeute, décrivant généralement ce qui s'est passé pour lui pendant la stimulation. Il décrit ce qu'il a vu ou ressenti pendant la stimulation, un peu comme s'il s'agissait d'une rêverie concentrée. Le travail est amorcé par un événement précis ou un affect particulier, mais au fur et à mesure des mouvements oculaires, d'autres associations à d'autres événements surgissent, des pensées sur soi ou même des scénarii imaginaires. L'état émotionnel se modifie rapidement, au rythme des changements d'associations cognitives. En fonction de l'évolution du niveau de SUD et de VOC donné par le patient, le thérapeute peut ensuite décider de pousser plus loin le traitement de l'événement initial ou de commencer à traiter d'autres aspects du traumatisme. La succession des séries de stimulations tend à désamorcer les ruminations obsédantes couramment constatées chez les patients souffrants d'ESPT.

On appelle installation la phase suivante de la thérapie EMDR, parce qu'elle a pour but d'installer l'opinion ou la cognition positive (exemple : “je suis capable de reprendre ma vie en main”) identifiée par la personne afin de remplacer son opinion négative (exemple : “je me sens impuissant”) de départ. Pendant la phase de désensibilisation, le patient réélabore la terreur de l'événement qui l'a traumatisé et il prend conscience que maintenant les choses ont changé et qu'il dispose de forces et de ressources nouvelles qu'il n'avait pas alors en sa possession : “Je suis capable de reprendre ma vie en main”. On mesure alors avec le VOC le degré d'adhésion de la personne à cette opinion positive (sur une échelle de 1 à 7).

Une synthèse des différents éléments de la procédure EMDR est présentée dans l'encadré 1.

La phase qui suit est le “scanner du corps”. Quand la cognition positive a été renforcée et installée, le thérapeute demande à la personne de garder à l'esprit l'événement-cible d'origine et de vérifier si elle ressent des tensions résiduelles dans le corps. Si c'est le cas, on se concentre sur ces sensations physiques (tensions dans le ventre, nœud dans la gorge, oppressions de la poitrine...) pour les retravailler. Van der Kolk⁽⁶³⁾ a montré que la plupart du temps, les pensées traumatiques s'accompagnaient d'une véritable résonance physique. Le traumatisme serait comme emmagasiné dans la mémoire motrice et non dans la mémoire narrative, et la personne conserve les émotions et les sensations physiques négatives de l'événement d'origine. Ce n'est qu'une fois traitées qu'elles peuvent migrer vers la mémoire narrative et donc être verbalisées. Les sensa-

TABLEAU III

Évaluations cliniques quantitatives du cas Anny

INDICATEUR CLINIQUE	DÉBUT DE LA SESSION	DÉBUT DE LA 5 ^{ÈME} SÉANCE	FIN DE LA 11 ^{ÈME} ET DERNIÈRE SÉANCE
SUD	10	6	0
VOC	1	3	7
BDI	29	19	10
I - Total (ESPT)	39	28	14
IES - Intrusion	19	14	6
IES - Évitement	20	14	8

Note : nous avons résumé dans ce tableau un certain nombre d'indicateurs cliniques mesurés au début et à la fin de la thérapie qui, sur le point évoqué, s'est déroulée sur 12 séances de 60 minutes.

tions corporelles et les émotions négatives qui leur étaient associées disparaissent. C'est la raison pour laquelle une séance d'EMDR n'est véritablement terminée que si le patient peut évoquer l'image-cible sans ressentir la moindre tension corporelle. La thérapie EMDR accorde donc une place importante à la résonance physique/somatique de la souffrance psychique. Les aspects somatiques de souvenirs traumatiques sont non seulement systématiquement explorés, mais les sensations qui leurs sont associées peuvent également être des cibles privilégiées des séquences de mouvements oculaires. La capacité associative des sensations avec d'autres aspects importants de l'univers cognitif et émotionnel du patient fait de celles-ci des vecteurs cruciaux de soulagement de la souffrance psychique.

VIGNETTE CLINIQUE

Anny a consulté parce que depuis la naissance de son troisième enfant, qui a maintenant six mois, elle se sent changée. Elle se dit irritable, moins "disponible" qu'auparavant et dépressive. Son médecin généraliste lui a d'ailleurs prescrit des antidépresseurs qu'elle prend depuis deux mois. Pour autant, à l'écouter, "elle ne se sent pas bien du tout" et les choses vont "de plus en plus mal". Après les premiers entretiens, il apparaît qu'Anny a fait l'objet d'attouchements de la part de son père, de l'âge de 9 ans jusqu'à 18 ans, année de l'obtention de son baccalauréat. Pendant des années, elle avait tiré un trait sur cette période. Mais les souvenirs lui reviennent. Elle dit avoir une image très mauvaise d'elle-même, les relations avec les autres ont toujours été conflictuelles et elle avoue avoir des problèmes de boulimie qu'elle compense par des périodes d'anorexie. Elle dit penser souvent au suicide ces derniers mois, bien qu'elle ne comprenne pas pourquoi, puisqu'elle dit disposer de tout pour être heureuse. Elle fait souvent des cauchemars qui depuis quelques semaines lui restent à la conscience et où elle revit des scènes où son père abusait d'elle. Anny a accepté d'entrer dans un protocole de recherche clinique, ce qui nous a permis d'opérer un certain nombre d'évaluations, en lui proposant notamment de répondre à deux échelles que sont la *Beck depression inventory* (64) et l'*Impact event scale* d'Horowitz (24) dont nous avons rapporté quelques résultats (tableau III).

Le traitement a nécessité 14 séances (trois pour l'anamnèse et 11 d'EMDR). Voici quelques éléments qui retracent fidèlement le travail thérapeutique engagé avec Anny.

◆ Éléments de la thérapie EMDR d'Anny :

- Souvenir cible : "Je suis dans la cave ! Mon père vient de m'appeler. Ma mère est partie. Je suis seule à la maison. J'attends avant de répondre. Il me demande de venir, de descendre en bas à la cave. Il me donne un objet à nettoyer et il se met derrière moi. Je le sens, je ne le regarde

pas, je sens son haleine et il me touche avec ses mains, je l'entends me parler".

- Image la plus difficile : "Son haleine et les mots qu'il prononce".

- Cognition négative : "Je suis impuissante".

- Cognition positive : "Je peux agir maintenant".

- VOC = 1.

- Émotions ressenties : "J'ai peur".

- SUD = 10.

Localisation de la sensation corporelle : "J'ai la gorge serrée, je suis oppressée".

◆ Retranscription de quelques interactions verbales rendant compte du déroulement de la thérapie :

- Le thérapeute (T) : *Commencez par visualiser la situation dans cette cave avec votre père.*

- Anny (A) : *Oui, j'y suis...*

- T : *Remettez les éléments de cette cave en place, les meubles, les objets, les odeurs, la lumière... comme si vous y étiez. Bien... revenez sur cette scène... comme si vous y étiez... Que ressentez-vous ?*

- A : *Il me touche... il est entrain de me toucher... j'ai la gorge serrée... j'arrive plus parler.*

- T : *Restez là-dessus et suivez mes doigts du regard (à ce moment, nous commençons une séquence de mouvements d'yeux).*

- T : *Bien. Prenez une grande respiration. Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit maintenant ?*

- A : *Je suis prisonnière... mais c'est comme si j'étais pas dans mon corps, j'ai l'impression d'être ailleurs... je me vois, je veux pas...*

- T : *Gardez bien ça à l'esprit (nous commençons une autre séquence de mouvements d'yeux). Bien.*

- A : (crise de larmes, manifestation anxieuse) *Il me dit que c'est un secret entre lui et moi et que je dois aimer ça même si c'est interdit... il me dit que c'est interdit. Je ne peux pas répondre.*

- T : *Continuez avec ça (nous commençons une autre séquence de mouvements d'yeux).*

- A : *J'ai mal, il me fait des choses... ils me prend la main et il veut que je le touche... je ne veux pas... mais je suis comme obligée... j'ai peur... j'ai toujours peur... il fait noir... je ne peux pas crier...*

- T : *Continuez avec ça* (nous commençons une autre séquence de mouvements d'yeux).

- A : Pleurs...

- T : *Continuez avec ça* (nous commençons une autre séquence de mouvements d'yeux). *Qu'est-ce qui vous vient ?*

- A : *J'étais obligée... je devais protéger mes sœurs... ma mère n'était pas là, elle a jamais joué son rôle de mère... alors je devais me taire...*

- T : *Continuez avec ça* (nous commençons une autre séquence de mouvements d'yeux). *À quoi pensez-vous ?*

- A : *Je pense à cette jeune fille...*

- T : *Et qu'est ce qui vous viens... que vous dites-vous ?*

- A : *Il m'a salie... c'est de ma faute j'aurais dû réagir.*

- T : *Continuez avec ça* (nous commençons une autre séquence de mouvements d'yeux). *Quel âge aviez-vous ?*

- A : *12 ou 13 ans à cette époque.*

- T : *Continuez avec ça* (nous commençons une autre séquence de mouvements d'yeux). *Et lui ?*

- A : *Je sais pas, 30 ou 40 ans...*

- T : *Aviez-vous la force de lui échapper ?*

- A : *... Ben non, il était plus fort plus grand... j'avais peur de lui... tout le monde avait peur de lui... je sais... je pouvais rien faire... elle ne peut rien faire et il n'y a personne pour la défendre...*

(dernière séance)

- A : *C'est marrant quand je pense à ça, j'ai plus peur... en fait il me fait pitié... oui c'est bizarre... quand je vois cette scène, il me fait pitié... comment on peut s'en prendre à une petite fille, à sa fille... faut être malade... en fait, c'est pas un homme... c'était pas un père...*

T : *Gardez bien ça à l'esprit* (nous commençons une autre séquence de mouvements d'yeux).

Le plus troublant est la récurrence de ce qui se passe pendant une thérapie EMDR. En effet, tout se passe comme si à un moment donné quelque chose se passait dans la tête du patient qui le conduit devant les yeux du thérapeute à penser son rapport à l'événement traumatique en des termes nouveaux, suffisamment adaptatifs pour que ce qui était un empêchement à vivre jusque-là soit à présent rangé avec les autres moments de la vie. Bien entendu, on ne fait pas du "joyeux" avec les moments tristes ou les événements traumatiques. Disons que les sujets semblent les élaborer de manière constructive afin d'en tirer une expérience pour le présent et le futur. Le regard posé sur l'épisode traumatique, figée dans l'enfance ou dans un moment émotionnellement contextualisé, est reconsidéré et repensé dans l'ici et maintenant. Et sa lecture diffère ! Il est difficile d'expliquer ce qui se passe sans en référer à la métaphore ou au concept plus ou moins douteux de digestion ou d'élaboration. Quoi qu'il en soit, cela a lieu en des termes toujours similaires qui ne peuvent qu'intriguer les plus dubitatifs dont nous étions à l'origine.

CONCLUSION

Il ne fait aucun doute que la thérapie EMDR doit occuper toute sa place dans le domaine de la prise en charge des victimes. Cette thérapie bénéficie de résultats convaincants, d'études expérimentales contrôlées qui mettent en évidence son efficacité. La recherche dans les dix prochaines années devraient se centrer sur ses mécanismes d'action et sur son application à d'autres affections que l'ESPT. Mais il est important que cette recherche se développe aussi en France, car si les praticiens sont de plus en plus convaincus de l'intérêt de la méthode, il n'en n'est pas de même des universitaires encore peu mobilisés. D'autant que le champ d'intervention de l'EMDR s'élargit et ne se limite pas à la prise en charge du trauma. Les troubles alimentaires, la prise en charge de la douleur ou encore du deuil restent des voies tout à fait prometteuses pour l'avenir. Au-delà du trauma, la prise en charge des troubles réactionnels peut trouver dans l'EMDR une réponse efficace et il y a fort à parier que les tenants de la psychologie de la santé en France trouveront dans cette approche une réponse plus qu'acceptable⁽²⁶⁾. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - SHAPIRO F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J Trauma Stress* 1989 ; 2 : 199-223.
- 2 - BRADY K ET AL. Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder. *JAMA* 2000 ; 283 : 1837-1844.
- 3 - DAVIDSON JRT ET AL. Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiat* 2001 ; 58 : 485-492.
- 4 - FOA EB, ELIZABETH A. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annu Rev Psychol* 1997 ; 48 : 449-480.
- 5 - MARKS IM ET AL. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: a controlled study. *Arch Gen Psychiat* 1998 ; 55 (4) : 317-325.
- 6 - COTTENCIN O, DOUTRELUGNE Y. Approches systématiques brèves. Hypnose, EMDR. In : Vaiva G et al. *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Paris : Masson, 2005.

- 7 - McNALLY RJ. EMDR and mesmerism: a comparative historical analysis. *J Anxiety Disord* 1999 ; 13 : 225-236.
- 8 - MADOUN S, DUMONTEIL D. L'ABC de l'EMDR : la thérapie des émotions. Paris : Grancher, 2005.
- 9 - NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (UK). Posttraumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Vermont : National Center for PTSD, PILOTS database for PTSD (<http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd/PILOTS.html>), 2005.
- 10 - INSERM. Psychothérapie : trois approches évaluées. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale, 1994.
- 11 - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Arlington, VA : American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2004.
- 12 - BLEICH A, KOTLER M, KUTZ I, SHALEV A. Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community. A position paper of the (Israeli) National Council for Mental Health. Jerusalem : NCMH, 2002.
- 13 - CHAMBLESS DL ET AL. Update of empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist* 1998 ; 51 : 3-16.
- 14 - CREST. The management of posttraumatic stress disorder in adults. A publication of the Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of Health. Belfast : Social Services and Public Safety, 2003.
- 15 - DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS, DEPARTMENT OF DEFENSE. VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress. Washington, DC : VA/DoD, 2004 (http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/frameset.htm).
- 16 - THERAPY ADVISOR. Reston, VA : PICS, Inc., 2004 (<http://www.therapyadvisor.com>).
- 17 - DUTCH NATIONAL STEERING COMMITTEE GUIDELINES MENTAL HEALTH CARE. Multidisciplinary guideline anxiety disorders. Utrecht : Quality Institute Health Care CBO/Trimbos Institute, 2003.
- 18 - SJÖBLOM PO, ANDRÉEWITCH S, BEJEROT S, MÖRTBERG E, BRINCK U, RUCK C, KÖRLIN D. Regional treatment recommendation for anxiety disorders. Stockholm : Medical Program Committee/Stockholm City Council, 2003.
- 19 - UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH. Treatment choice in psychological therapies and counselling evidence based clinical practice guideline. London : The Department, 2001.
- 20 - FOA EB, KEANE TM, FRIEDMAN MJ. Effective treatments for PTSD: practice guidelines of the International society for traumatic stress studies. New York : Guilford Press, 2000.
- 21 - SHAPIRO F, FORREST M. EMDR: the breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma. New York : Basics Books, 1997.
- 22 - PAVLOV IP. Conditioned reflexes. New York : Liveright, 1927.
- 23 - HOROWITZ MJ. Stress response syndromes. 2nd edition. New York : Jason Aronson, 1986.
- 24 - HOROWITZ MJ, WILNER N, ALVAREZ W. Impact of events scale: a measure of subjective distress. *Psychosom Med* 1979 ; 41 : 209-218.
- 25 - SHAPIRO F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures. 2nd edition. New York : Guilford Press, 2001.
- 26 - FISCHER GN, TARQUINIO C. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Paris : PUF, 2006.
- 27 - CARSKADON MA. Encyclopedia of sleep and dreaming. New York : Macmillan, 1993.
- 28 - WOLPE J, ABRAMS J. Posttraumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization: a case report. *J Behav Ther Exp Psy* 1990 ; 22 : 39-43.
- 29 - WOLPE J. The practice of behavior therapy. 4th edition. New York : Pergamon Press, 1990.
- 30 - ASERINSKY E, KLEITMAN N. Regularly occurring periods of eye motility during sleep. *Science* 1953 ; 118 : 273-274.
- 31 - DEMENT WC, KLEITMAN N. The relation of eye movements during sleep to dream activity: an objective method for the study of dreaming. *J Exp Psychol* 1957 ; 53 : 339-346.
- 32 - FOULKES D. Dream reports from different stages of sleep. *J Abnorm Soc Psychol* 1962 ; 65 : 14-25.
- 33 - LAVIE P. Le monde du sommeil. Paris : Odile Jacob, 1996.
- 34 - PERLIS MP, NIELSEN TA. A re-evaluation of the desensitization hypothesis. *Dreaming* 1993 ; 3 : 243-257.
- 35 - WINSON J. The meaning of the dreams. *Sci Am* 1990 ; 263 : 86-96.
- 36 - BLOCH V, HENNEVIN E, LECONTE P. Relationship between paradoxical sleep and memory process. In : Brazier MA, ed. Brain mechanisms in memory and learning. New York : Raven, 1979.
- 37 - KARNIS A ET AL. No dreams, no memory: the effect of REM sleep deprivation on learning a new perceptual skill. *Society for Neuroscience Abstracts* 1992 ; 18 : 387.
- 38 - ANDRADE J, KAVANAGH D, BADDELEY A. Eye movements and visual imagery: a working memory approach to

the treatment of posttraumatic stress disorder. *Brit J Clin Psychol* 1997 ; 36 : 209-223.

39 - VAN DEN HOUT M, MURIS P, SALEMINK E, KINDT M. Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *Brit J Clin Psychol* 2001 ; 40 : 121-130.

40 - BARROWCLIFF AL, GRAY NS, MACCULLOCH S, FREEMAN TCA, MACCULLOCH MJ. Horizontal rhythmical eye-movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli. *Brit J Clin Psychol* 2003 ; 42 : 289-302.

41 - BARROWCLIFF AL, GRAY NS, FREEMAN TCA, MACCULLOCH MJ. Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. *J Foren Psychi Psych* 2004 ; 15 : 325-345.

42 - KUIKEN D, BEARS M, MIALI D, SMITH L. Eye movement desensitization reprocessing facilitates attentional orienting. *Imagination, Cognition and Personality* 2002 ; 21 (1) : 3-20.

43 - STICKGOLD R. EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. *J Clin Psychol* 2002 ; 58 : 61-75.

44 - CHRISTMAN SD, GARVEY KJ, PROPPER RE, PHANEUF KA. Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology* 2003 ; 17 : 221-229.

45 - CARLSON J, CHEMTOB CM, RUSNAK K, HEDLUND NL, MURAOKA MY. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1998 ; 11 : 3-24.

46 - CHEMTOB CM, NAKASHIMA J, CARLSON JG. Brief-treatment for elementary school children with disaster-related PTSD: a field study. *J Clin Psychol* 2002 ; 58 : 99-112.

47 - EDMOND T, RUBIN A, WAMBACH K. The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research* 1999 ; 23 : 103-116.

48 - EDMOND T, SLOAN L, MCCARTY D. Sexual abuse survivors' perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy: a mixed-methods study. *Res Social Work Prac* 2004 ; 14 : 259-272.

49 - IRONSON GI, FREUND B, STRAUSS JL, WILLIAMS J. Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. *J Clin Psychol* 2002 ; 58 : 113-128.

50 - LEE C, GAVRIEL H, DRUMMOND P, RICHARDS J, GREENWALD R. Treatment of post-traumatic stress disorder: a comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing. *J Clin Psychol* 2002 ; 58 : 1071-1089.

51 - MARCUS S, MARQUIS P, SAKAI C. Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy* 1997 ; 34 : 307-315.

52 - MARCUS S, MARQUIS P, SAKAI C. Three- and six-month

follow-up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting. *Int J Stress Manage* 2004 ; 11 : 195-208.

53 - POWER KG, MCGOLDRICK T, BROWN K ET AL. A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring, versus waiting list in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy* 2002 ; 9 : 299-318.

54 - ROTHBAUM BO, ASTIN MC, MARSTELLER F. Prolonged exposure versus eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress* 2005 ; 18 : 607-616.

55 - ROTHBAUM BO. Controlled study of eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *B Menninger Clin* 1997 ; 61 : 371-334.

56 - SCHECK M, SCHAEFFER JA, GILLETTE C. Brief psychological intervention with traumatized young women: the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *J Trauma Stress* 1998 ; 11 : 25-44.

57 - TAYLOR S ET AL. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *J Consult Clin Psych* 2003 ; 71 : 330-338.

58 - WILSON S, BECKER LA, TINKER RH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): treatment for psychologically traumatized individuals. *J Consult Clin Psych* 1995 ; 63 : 928-937.

59 - WILSON S, BECKER LA, TINKER RH. Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment of posttraumatic stress disorder and psychological trauma. *J Consult Clin Psych* 1997 ; 65 : 1047-1056.

60 - CHEMTOB CM, TOLIN DF, VAN DER KOLK BA, PITMAN R. Eye movement desensitization and reprocessing. In : Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, eds. *Effective treatments for PTSD: practice guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York : Guilford Press, 2000.

61 - DAVIDSON PR, PARKER KCH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *J Consult Clin Psych* 2001 ; 69 : 305-316.

62 - VAN ETTEN M, TAYLOR S. Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychot* 1998 ; 5 : 126-144.

63 - VAN DER KOLK BA. The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Rev Psychiat* 1994 ; 1 : 253-265.

64 - BECK AT, STEER A, GARBIN MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988 ; 8 (1) : 77-100.