



Les réponses de la psychologie scientifique aux questions que tout le monde se pose

La question que tout le monde se pose un jour ou l'autre : Les thérapies fondées sur les mouvements oculaires (EMDR : *Eye Movement Desentization and Reprocessing*). Dans quels cas est-ce efficace ? Pourquoi est-ce efficace ?

Le spécialiste qui y répond sur la base de la psychologie scientifique : Cyril Tarquinio

Une courte biographie de l'auteur :

Professeur des Universités spécialisé dans le domaine de la psychologie de la santé et de la prise en charge psychologique, Cyril Tarquinio est responsable du Master Psychologie Clinique, Psychologie de la Santé de l'Université Paul Verlaine de Metz, Membre du Laboratoire de Psychologie des Universités Lorraines – Equipe Psychologie de la santé UE 4165. Psychologue praticien il prend en charge de nombreux patients dans le cadre d'une activité clinique qui l'a conduit à se former à plusieurs approches thérapeutiques dont l'EMDR qu'il pratique depuis 5 ans et qui est maintenant au centre de ses orientations de recherche. Membre d'EMDR-France, praticien de niveau 1 & 2, il est chargé de coordonner la recherche universitaire au niveau national. Il dirige actuellement quatre thèses sur la thématique de l'EMDR.

La réponse fournie par l'auteur :

Introduction

Depuis 1989, de nombreuses publications ont mis en évidence l'efficacité de la méthode *Eye Movement Desentization and Reprocessing* ou EMDR et, en moins de dix ans, cette thérapie est devenue, suite à un grand nombre d'études, un mode de traitement psychothérapeutique privilégié du PTSD (ou ESPT : État de Stress Post-Traumatique). 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*). Et les recommandations pour l'usage de cette approche thérapeutique ne manquent pas 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 (Tarquinio, 2007)

Cadrage théorique de la thérapie EMDR

Nous avons fait le choix d'orienter cette présentation autour de deux aspects qui restent, selon nous, les plus documentés pour expliquer les effets de l'EMDR. 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'un des supports théoriques de l'EMDR est de considérer 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. La première hypothèse de Shapiro & Forrest (1997), qui est à l'origine de cette méthode, se fondait en fait sur les travaux de Pavlov, qui présumait 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 « nœud dans le câblage ». Selon Pavlov, pour revenir à l'état d'équilibre et le traiter, 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 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* (*Adaptive Information Processing Model*). Cette approche est consistante avec le modèle de traitement de l'information d'Horowitz (1979, 1986) 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.

Et les mouvements oculaires !

L'attention des chercheurs s'est surtout portée sur les mouvements oculaires (même si, dans la pratique, il existe 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 (Carskadon, 1993). 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 (1990, 1991), 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. 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 commencent en repensant à l'événement traumatique 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 (Andrade, Kavanah & Baddeley, 1997 ; Van den Hout & *al.*, 2001).

La procédure de la thérapie *EMDR* à partir d'une étude de cas de prise en charge par Cyril Tarquinio.

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'attouchement 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 partait toujours à la même heure faire quelques courses (dans un magasin tout proche) et dans l'espace (dans la cave) où son grand père avait abusée 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 d'un des aspects pénibles de l'événement passé (exemples : 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 (exemple : la peur, la colère, la tristesse) et évalue son intensité sur une échelle de 0 à 10 appelée le *SUD* (*Subjective Unit of Distress* : unité de détresse ressentie). En même temps, le thérapeute l'aide à identifier les sensations physiques se manifestant dans son corps (exemple : 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 phase 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 (par 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, le patient va se centrer sur les émotions et les sensations perturbantes du patient (c'est la phase de désensibilisation). Il 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 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 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. Le patient 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*.

Conclusion.

La thérapie *EMDR* est un protocole de psychothérapie structuré et relativement facile à enseigner. Ce protocole regroupe les principaux éléments de la nouvelle médecine humaniste centrée sur la personne, dont l'influence s'étend rapidement dans les pays anglo-saxons depuis 15 ans, et qui commence à faire ses premiers pas en France.

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 10 prochaines années devrait se centrer sur les mécanismes d'action de la thérapie *EMDR* et sur son application à d'autres affections que l'ESPT tels que les troubles réactionnels.

Quelques références bibliographiques incontournables pour les spécialistes :

- 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.
- Carskadon, M. A. (1993). *Encyclopedia of sleep and dreaming*. New York: Macmillan.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes*. (2nd ed.). New York : Jason Aronson.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Events Scale: A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine* **41**:209-218.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress* **2**: 199-223.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. (2nd ed.) New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. & Forrest, M. (1997). *EMDR: the breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. New York: Basics Books.
- Tarquinio, C. (2007). L'EMDR : une thérapie pour la prise en charge du traumatisme psychique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, **7** : 107-120.
- Van den Hout, M., Muris, P., Salemink, E. & Kindt, M. (2001). Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *British Journal of Clinical Psychology*, **40**: 121-130.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy (4th ed.)*. New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J. & Abrams, J. (1991). Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desentization : A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **22**: 39-43.

Références pour que le public puisse en savoir plus :

- Roques, J. (2004). *EMDR, une révolution thérapeutique*. Paris : La Méridienne, Desclée de Brouwer.
- Servan-Schreiber, D. (2003). *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*. Paris : Robert Laffont.
- www.emdr-france.org

Date de livraison de l'article : 13 août 2007

Autres articles de la rubrique en rapport avec celui-ci : la résilience, Qu'est-ce qu'une phobie ? Peut-on en guérir ?