

■ *Sous la direction de*
Francine Shapiro
Florence W. Kaslow
et Louise Maxfield

EMDR et thérapies familiales

Manuel pratique

Traduit de l'américain par Jenny Ann Rydberg

L'édition originale de cet ouvrage a été publiée
aux États-Unis par John Wiley & Sons, Inc. sous le titre
Handbook of EMDR and Family Therapy Processes.
© John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. All rights reserved.

Chez le même éditeur :

Francine Shapiro, *Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures*, préface
de David Servan-Schreiber, InterEditions, 2007

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique</p>		<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	---	--

© InterEditions, Paris, 2012
ISBN 978-2-7296-1116-3

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

*À Robbie Dunton
qui a nourri le développement de l'EMDR
pour les enfants et jeté les bases
pour tous ceux qui ont suivi*

*Pour mettre en ordre le monde, nous devons d'abord mettre la nation en ordre ;
pour remettre la nation en ordre, nous devons d'abord remettre la famille en ordre ;
pour remettre la famille en ordre, nous devons d'abord cultiver notre vie personnelle ;
nous devons d'abord remettre nos cœurs droits*
Confucius

*Si vous ne pouvez pas vous débarrasser du cadavre
dans le placard familial, autant le faire danser.*
George Bernard Shaw

SOMMAIRE

Préface	1
Introduction	15
Les auteurs	19
Remerciements	25

Première partie

FONDEMENTS

1. L'EMDR et la conceptualisation de cas dans une perspective de traitement adaptatif de l'information 29
FRANCINE SHAPIRO
2. Théories familiales systémiques et applications thérapeutiques : une vue d'ensemble contextuelle 81
FLORENCE W. KASLOW
3. Traitement EMDR des maltraitances familiales : des mouvements oculaires à l'émergence du « je » 149
MARCELLE MANON

Deuxième partie

PROBLÈMES D'ATTACHEMENT

4. Traiter des problématiques d'attachement avec l'EMDR et une approche familiale systémique 179
DEBRA WESSELMANN
5. Renforcer les attachements : thérapie conjugale conjointe 207
MARK D. MOSES

Troisième partie

PROBLÈMES ET CONFLITS CONJUGAUX

- | | | |
|----|--|-----|
| 6. | Le traumatisme sexuel dans les mariages dysfonctionnels :
intégration de la thérapie structurale et de l'EMDR
WILHELMINA S. KOEDAM | 243 |
| 7. | EMDR et thérapie familiale dans le traitement de la violence
domestique
JULIE E. STOWASSER | 275 |

Quatrième partie

PROBLÈMES LIÉS AUX ENFANTS ET À LA FAMILLE

- | | | |
|-----|---|-----|
| 8. | Séparation complexe, processus d'individuation et troubles
anxieux au début de l'âge adulte
LAURA ROCCHIETTA TOFANI | 309 |
| 9. | L'enfant patient identifié : intégration de la thérapie contextuelle
et de l'EMDR
BARRY LITT | 341 |
| 10. | Le traitement intégratif des abus sexuels intrafamiliaux
LOUISE MAXFIELD | 371 |

Cinquième partie

CATASTROPHES COMMUNAUTAIRES

- | | | |
|-----|--|-----|
| 11. | Réponse aux catastrophes : l'EMDR et la thérapie familiale
systémique sous stress communautaire
ROBERT A. GELBACH ET KATHERINE E. B. DAVIS | 407 |
|-----|--|-----|

Sixième partie

CONCLUSION

- | | | |
|--------|---|-----|
| 12. | L'intégration de l'EMDR et des thérapies familiales systémiques
LOUISE MAXFIELD, FLORENCE W. KASLOW
ET FRANCINE SHAPIRO | 439 |
| Annexe | | 461 |
| Index | | 463 |

Préface

JE SUIS TRÈS HEUREUX de rédiger la préface de ce livre qui, à mon avis, est si important qu'il constituera bientôt un ouvrage de référence pour nos confrères. Au cours des deux dernières décennies, l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* : désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) est devenu l'une des méthodes les plus importantes dans le traitement des traumatismes psychologiques. Cette approche a récemment été reconnue par l'*American Psychiatric Association* (association américaine de psychiatrie) et acclamée par des pays aussi divers que la Turquie et l'Irlande, où elle a permis à des professionnels d'intervenir auprès de populations confrontées à des désastres naturels et à des conflits humains. L'idée des trois éditeurs de réunir l'EMDR et les théories systémiques familiales est réellement brillante et je suis honoré de cette opportunité de participer à ce projet innovateur.

Cet ouvrage se concentre sur l'attachement, les relations familiales et le fonctionnement intrapersonnel, de manière comparable à mon intérêt professionnel pour la neurobiologie interpersonnelle. Cette perspective pluridisciplinaire (Siegel, 1999) nous permet de puiser dans la sagesse de nombreuses disciplines scientifiques pour définir l'esprit et la santé mentale. La volonté intégrative est extrêmement utile pour comprendre les mécanismes qui sous-tendent les effets des traumatismes et les moyens efficaces de favoriser la guérison (Solomon & Siegel, 2003). Dans ce livre, l'EMDR et les approches systémiques familiales sont intégrées de manière originale afin

d'amplifier la capacité des traitements proposés aux individus et aux familles traumatisés de les aider à cheminer vers le bien-être.

Nos cerveaux constituent les organes sociaux de nos corps. Lors des premières années de vie, les interactions avec autrui façonnent les connexions essentielles de notre cerveau qui à leur tour influencent notre sentiment de soi interne et notre capacité à établir des relations saines avec les autres. Les domaines interne et interpersonnel de notre expérience s'entrecroisent pendant ces premières années et ils continuent à tisser la toile de notre manière de vivre tout au long de notre vie. En des termes cliniques, « l'autorégulation » correspond à la manière dont nous gérons et maintenons en équilibre nos émotions, nos fonctions corporelles, nos pensées et mêmes nos modes de communication avec les autres. Le préfixe « auto » peut lui-même induire en erreur car un individu est façonné par ses relations avec autrui tout au long de sa vie. Cette optique est confirmée par de nouvelles données montrant que le cerveau se restructure continuellement en réaction aux événements de vie.

Les connexions synaptiques entre neurones créent la structure fondamentale du cerveau. Les gènes jouent un rôle important dans la détermination de l'architecture globale du cerveau, mais les conditions in utero peuvent également influencer sur ces connexions, contribuant à former le tempérament avec lequel naît l'individu. Le tempérament relève de la constitution fondamentale du système nerveux, de nos sensibilités, de notre tendance à réagir intensément ou de manière plus subtile, de notre humeur générale, de notre constance et de notre capacité à interagir avec de nouveaux contextes. Quand un bébé naît, ses modes de communication avec autrui, et particulièrement avec ses proches, jouent un rôle essentiel dans le développement continu du cerveau. La recherche dans le domaine de l'attachement a révélé que ce sont ces modes de communication entre le soignant/parent et l'enfant qui influencent le développement de la capacité de l'enfant à s'autoréguler : l'aptitude à l'équilibre des émotions, à l'intimité interpersonnelle et même à l'élaboration d'une réflexion sur soi (Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005).

ATTACHEMENT

Quand un enfant a la chance de bénéficier de suffisamment d'interactions attentionnées, accordées et mutuellement régulatrices avec son parent ou tuteur, alors il développe généralement une relation d'attachement sécurisé. Cette expérience d'attachement résulte en un développement sain sur de multiples niveaux, notamment sur les plans social, émotionnel et cognitif (Cassidy & Shaver, 1999). Les enfants moins chanceux, qui vivent des expériences moins optimales avec les personnes qui les entourent, développent souvent des types d'attachement insécurisé. Si les parents sont distants émotionnellement, l'attachement de l'enfant peut devenir *évitant* et l'enfant peut devenir prématurément indépendant (Sroufe et al., 2005). Ces enfants peuvent finir par se distancier de la conscience de leur état intérieur mais aussi du monde intérieur des autres (Siegel, 1999). Lorsque les parents sont incohérents et intrusifs, la relation d'attachement de l'enfant tend à être *ambivalente* et l'enfant peut grandir en éprouvant beaucoup d'incertitude et d'anxiété quant à la possibilité de voir ses besoins assouvis ou de pouvoir compter sur les autres. Dans ces deux situations, les enfants s'adaptent du mieux qu'ils peuvent, trouvant une solution à leur situation et en y faisant face d'une manière qui leur permet de survivre et d'avancer dans la vie.

Quand le parent est terrifiant pour l'enfant, une forme d'attachement *désorganisé* peut se développer. Dans cette situation, contrairement à la forme sécurisée et aux deux premières formes insécurisées d'attachement, l'enfant a une « peur sans solution » et vit avec le paradoxe biologique de deux circuits cérébraux simultanément activés : lorsque des enfants sont placés dans un état de terreur, leur cerveau active le réflexe « M'approcher de mon parent pour chercher le réconfort et la sécurité » ; en même temps, le cerveau active le circuit « M'éloigner de la source de la terreur ». Il n'existe pas d'adaptation organisée à ces expériences conflictuelles. Certains théoriciens (Hesse, Main, Yost-Abrams & Rifkin, 2003) ont émis l'hypothèse selon laquelle le résultat en est une fragmentation de l'état de l'enfant, menant finalement à des formes cliniques de dissociation. Cette situation n'est pas celle

de la « double contrainte » qui a été évoquée dans la littérature familiale (Watzlawick, 1963), mais il s'agit d'une forme de paradoxe biologique dans lequel deux circuits sont activés simultanément dans le cerveau de l'enfant, entraînant la fragmentation d'une réaction cohérente.

Des chercheurs qui étudient l'attachement (Hesse et al., 2003) ont montré que le meilleur facteur prédictif de chacune de ces quatre catégories d'attachement chez l'enfant – sécurisé, insécurisé-évitant, insécurisé-ambivalent et désorganisé – était la nature de la catégorie d'attachement adulte des parents :

Catégorie d'attachement de l'enfant	Style d'attachement du parent
Sécurisé	Sécurisé-autonome
Insécurisé-évitant	Détaché
Insécurisé-ambivalent	Préoccupé
Désorganisé	Irrésolu-désorganisé

Le style d'attachement adulte des parents a été mesuré en évaluant leur *cohérence narrative*. Une narration cohérente indique qu'un parent a donné du sens à ses premières années de vie, qu'il comprend et conçoit l'impact des relations passées sur les expériences présentes. Même si les parents ont connu une éducation effrayante, la recherche suggère que s'ils ont pu accepter leurs expériences d'enfance, leurs enfants développeront une relation d'attachement sécurisé. Il n'est jamais trop tard pour développer une histoire de vie cohérente. Les processus qui aident à l'intégration du cerveau et facilitent le développement de récits cohérents de sa vie, tels que l'EMDR, peuvent s'avérer d'une grande efficacité pour aider les parents à explorer la nature de leur propre attachement afin qu'ils puissent « gagner » en sécurité dans leur propre vie (Siegel & Hartzell, 2003). La thérapie systémique familiale peut les aider à modifier leurs comportements de parentalité afin que leurs enfants puissent s'épanouir.

Si la communication des parents avec leur enfant est distante, ils peuvent manifester un style d'attachement « détaché ». Leur récit révélera une sorte d'incohérence – s'ils n'ont pas encore créé d'histoire de vie cohérente – qui se caractérise par une minimisation de l'importance des relations du passé et dans le présent. Il existe

souvent une insistance à ne pas se rappeler les expériences familiales passées. Il est probable que cette absence de souvenir ne soit pas due à une « répression » du traumatisme en lui-même, mais plutôt à un défaut d'encodage d'interactions émotionnellement pauvres. Parfois la réflexion sur soi, de nouvelles formes de relations et des interactions thérapeutiques peuvent aider les individus à entrer en contact avec les sens non verbaux, viscéraux et émotionnels de leur vie intérieure ; ceci leur permet de progresser vers une forme adulte de l'attachement sécurisé et un récit cohérent de leur vie.

Quand les comportements des parents sont incohérents et intrusifs, leur récit contient des problématiques non résolues dans lesquelles les thèmes du passé font intrusion dans la réflexion sur la vie actuelle. Cette forme adulte de l'attachement « préoccupé » révèle souvent des besoins douloureux qui n'ont pas été assouvis dans une situation familiale déroutante dans l'enfance. L'esprit de l'adulte étant encore constamment empêtré dans des expériences passées non résolues sur le plan émotionnel, il est probable que ces dernières envahissent les interactions avec l'enfant. Les relations, y compris celles du cadre psychothérapeutique, qui aident les parents à examiner ces préoccupations et à acquérir un sentiment intérieur de compréhension et de paix, pourront les aider à progresser vers une forme plus libre de récit cohérent caractérisé par l'attachement sécurisé.

Quant aux parents qui éprouvent des états dans lesquels ils terrifient non intentionnellement leur enfant, le récit comporte souvent des éléments de traumatisme ou de deuil irrésolu. Alors qu'ils racontent l'histoire de leur enfance, des moments de désorganisation et de désorientation sont apparents dans la communication tant verbale que non verbale. Ces états d'esprit non résolus semblent accroître le risque qu'ils adoptent des comportements irrationnels, éprouvant des émotions intenses de peur, de colère ou de tristesse. Ils débordent la capacité des parents à assumer leur rôle de parent dans ces moments-là et créent un état de terreur chez l'enfant. La thérapie individuelle, telle que l'EMDR, peut aider les parents à identifier et à aborder des pertes et traumatismes passés douloureux et à modifier profondément leur style d'attachement. Avec l'aide de la thérapie systémique familiale, ils peuvent changer la qualité et

la nature de leurs relations, faisant ainsi dévier le cheminement développemental de leur enfant depuis le désorganisé vers le sécurisé.

DÉVELOPPEMENT CÉRÉBRAL

Selon l'état de nos connaissances sur les champs indépendants des sciences cérébrales et de la recherche sur l'attachement, il est probable que chacun de ces quatre modes de communication façonne le développement continu de circuits dans le cerveau (Cozolino, 2006 ; Schore, 2003a, 2003b ; Siegel, 1999, 2001). Une vision pluridisciplinaire du cerveau, des relations familiales et du développement cognitif conduit à l'idée selon laquelle les expériences vécues au sein des familles influencent directement le développement des circuits d'autorégulation dans le cerveau. De ce point de vue, l'attachement sécurisé sain favorise probablement le développement des régions intégratives du cerveau, particulièrement dans les aires préfrontales responsables de l'autorégulation.

Le développement du cerveau *in utero* dépend principalement d'une influence génétique, en commençant par le tronc cérébral inférieur et progressant vers les aires limbiques qui régulent l'émotion et l'attachement, puis vers les parties supérieures du cerveau au niveau du cortex. Une grande partie des interconnexions du cortex se développe après la naissance, sous l'influence à la fois génétique et des expériences vécues à mesure que l'enfant interagit avec son environnement. Il paraît probable que les expériences d'attachement qui se déroulent dans les premiers temps de la vie façonnent directement les processus corticaux impliqués dans la régulation corporelle, la capacité de communiquer avec les autres, l'équilibre émotionnel, la flexibilité, l'empathie, la compréhension de soi et la capacité d'apaiser ses propres états de peur. La recherche sur le cerveau (Siegel, 2007b) a révélé que ces divers processus régulateurs sont réalisés par les fonctions du milieu de l'aire la plus antérieure du cortex : le cortex préfrontal moyen.

Les explorations récentes de l'impact de la psychothérapie sur la résolution du trauma suggèrent que cette région du cerveau joue

un rôle important dans le processus de la guérison, en devenant davantage engagé après une psychothérapie efficace en comparaison de son état non résolu (van der Kolk, 2006). La méditation en pleine conscience peut également promouvoir le développement de cette région et prévenir son amincissement naturel avec le vieillissement (Lazar et al., 2005). Ce que montrent ces études distinctes, c'est que l'attachement sécurisé, la psychothérapie efficace et les pratiques de la pleine conscience peuvent chacun impliquer le développement et l'activité du cortex préfrontal moyen (Siegel, 2007b).

Dans la section suivante de cette préface, je présente un résumé succinct en guise de modèle pour la réflexion sur ces questions complexes. Il est centré sur divers éléments situés au cœur de la manière dont la thérapie puise dans ces notions fondamentales de l'esprit, des relations, du cerveau et du bien-être.

L'EMDR et la thérapie systémique familiale peuvent être considérés comme des approches puissantes qui favorisent l'intégration individuelle et interpersonnelle. Il semble que le cerveau des personnes possédant un passé traumatique comporte des déficiences au niveau de la capacité à développer des modes intégratifs d'activation. Ces modes particuliers peuvent être associés à des problématiques non résolues et à des états mentaux désorganisés qui succèdent à la perte douloureuse et au trauma. L'utilisation de l'EMDR dans un contexte conjugal et familial catalyse et intègre cette information neurobiologique et aide le patient à progresser vers des états de sécurité. Lorsque l'individu est libéré de ces traumatismes petits « t » et grands « T » (Shapiro, 2001), la famille ou le couple apprend à interagir de manières différentes et nouvelles, renforçant ainsi un état d'attachement intégré et sécurisé. À plus d'un titre, l'EMDR permet aux individus de donner du sens à leur monde intérieur afin de pouvoir prendre place au sein de leur famille de manière aimante et mutuellement bénéfique.

NEUROBIOLOGIE INTERPERSONNELLE

Afin de comprendre le fonctionnement interne de l'esprit, du cerveau et des relations humaines au cœur de la psychothérapie,

une grande variété de disciplines scientifiques ont été rassemblées dans une perspective intégrée appelée la « neurobiologie interpersonnelle » (Cozolino, 2001, 2006 ; Schore, 2003a, 2003b ; Siegel, 1999, 2001). En examinant les données parallèles provenant d'initiatives indépendantes visant à comprendre la réalité, depuis l'anthropologie jusqu'à la génétique, depuis la psychologie jusqu'à la théorie de la complexité, cette vision interdisciplinaire dépeint une image de l'ensemble plus global du développement humain.

Dans la perspective de la neurobiologie interpersonnelle, l'esprit est défini comme un processus qui régule le flux de l'énergie et de l'information. L'esprit peut être conçu comme *émergeant* dans l'instant, sous forme d'un flux d'énergie et d'information entre neurones et entre personnes ; ceci peut se comprendre comme une transaction entre les domaines de la neurobiologie et de l'interpersonnel. Le *développement* de l'esprit est déterminé à la fois par son programme génétique et par l'expérience continue. Il apparaît qu'au cours de la psychothérapie, lorsque les clients concentrent leur attention sur les éléments de leur expérience mentale, de nouveaux états d'activation neurale sont initiés, façonnant directement la croissance de nouvelles connexions synaptiques dans le cerveau. Ces connexions sont le produit de la plasticité neurale et elles peuvent altérer le fonctionnement futur de l'esprit d'un individu ainsi que ses modes de communication interpersonnels.

La neurobiologie interpersonnelle pose l'hypothèse selon laquelle le domaine de la santé mentale peut offrir une *définition* opérante *du bien-être mental*. Dans ma propre expérience d'enseignement auprès de plus de 60 000 praticiens de la santé mentale au cours des six premières années de ce millénaire, j'ai constaté que seulement 5 % de ces professionnels avaient bénéficié d'une formation formelle définissant l'esprit ou la santé mentale. Naturellement la vaste majorité avait étudié les troubles, les maladies et les interventions centrées sur les symptômes. Toutefois il est remarquable qu'aucun de ces domaines dans le champ plus large de la santé mentale ne possède une définition de ce que nous pratiquons.

La neurobiologie interpersonnelle offre une définition opérante de la santé mentale qui émerge des diverses disciplines scientifiques. Elle énonce qu'un système qui progresse vers le bien-être est un

système qui se déplace vers un état flexible, adaptatif, cohérent, énergisé et stable (FACES) (Siegel, 2007b). Cet état FACES navigue une rivière dont une berge représente la rigidité et l'autre le chaos. L'examen du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association, 2000) révèle que la plupart des symptômes énumérés dans ce texte constituent des exemples de rigidité ou de chaos. Cette définition opérante de la santé mentale offre à chacune de nos disciplines un filtre neutre au travers duquel nous pouvons définir notre but personnel et professionnel de bien-être mental.

L'état de bien-être FACES possède en son centre la qualité de COHERENCE (le terme en lui-même est un acronyme) : connecté, ouvert, harmonieux, engagé, réceptif, émergent (un sentiment de nouveauté à chaque instant), noétique (savoir avec un sentiment de clarté), compatissant et empathique. Ces caractéristiques d'un esprit cohérent constituent l'articulation des qualités d'un état de bien-être FACES du point de vue de la neurobiologie interpersonnelle.

Comment atteindre un esprit cohérent et un état de bien-être FACES ? Après avoir étudié toute une gamme de disciplines, nous proposons que le bien-être émerge quand un système est *intégré*. Quand les composants différenciés d'un système deviennent reliés, alors ce système atteint un état davantage intégré. L'intégration est définie comme l'association de différents éléments en un tout fonctionnel. L'intégration elle-même constitue un processus, une façon d'être qui est toujours en mouvement, et donc le bien-être est un processus dynamique dans un état d'émergence continu.

Le bien-être peut être considéré comme impliquant au moins trois éléments, visualisés comme les trois côtés d'un triangle composé de l'esprit, du cerveau et des relations. Dans cette perspective, un esprit cohérent, un cerveau intégré et des relations empathiques accordées se renforcent et se créent réciproquement.

La puissante efficacité de l'EMDR peut se comprendre dans la perspective de la neurobiologie interpersonnelle. Pendant l'EMDR, tant le protocole que les stimulations bilatérales contribuent à l'activation simultanée d'éléments précédemment déconnectés de processus neuraux, mentaux et interpersonnels. Cette activation

simultanée prépare ainsi le système à atteindre de nouveaux niveaux d'intégration.

Dans l'exemple de l'état de stress post-traumatique, diverses déficiences de l'intégration de la mémoire et de la régulation affective peuvent se concevoir comme ce qui empêche fondamentalement le bien-être (Siegel, 2003). Quand les parents n'ont pas « donné sens » aux traumatismes ou pertes du passé, cela entraîne un impact négatif direct sur l'attachement chez leurs enfants (Hesse et al., 2003). D'après ces données, lorsque des parents apportent du sens à leurs premières expériences de vie par la construction d'un récit cohérent, il peut en découler un changement au niveau de leur style interpersonnel et une augmentation de la sécurité chez leurs enfants (Siegel & Hartzell, 2003). La combinaison de l'EMDR et de la thérapie familiale offre une stratégie puissante permettant de modifier les interactions familiales sous-optimales habituelles ; cela aide également les parents à donner sens à la confusion de leurs vies passées et présentes, émanant de traumatismes, de pertes et d'autres problèmes non résolus. Une telle progression depuis un récit incohérent (ne faisant pas de sens) à une narration cohérente (faisant du sens) permet selon la recherche d'aider les familles à transformer des styles d'attachement insécurisé, tant chez le parent que chez l'enfant, en une forme plus résiliente d'attachement et en de meilleurs modes de communication dans la relation parent-enfant (voir Sroufe et al., 2005).

Dans ce manuel pratique *EMDR et thérapies familiales*, les auteurs décrivent un certain nombre de contextes dans lesquels les familles et les couples ont une capacité amoindrie à évoluer vers des états de bien-être relationnel. Dans chacun de ces exemples, il est utile de considérer la manière dont ces déficiences ont résulté en des modes d'interaction et en une expérience intérieure chaotiques ou rigides. Ce sont les deux berges de la rivière du bien-être cohérent. L'EMDR et la thérapie systémique font sortir efficacement les difficultés relationnelles de cet état non intégré et les accompagnent vers un niveau de fonctionnement cohérent. Une telle aide peut permettre à un couple ou à une famille de se mouvoir depuis les berges du chaos et de la rigidité vers le flux harmonieux de l'intégration et du bien-être.

Les parents et les enfants sont câblés pour être en lien les uns avec les autres depuis la naissance (Cozolino, 2006 ; Schore, 2003a, 2003b ; Siegel, 1999). Les circuits neuraux qui régulent les états affectifs, l'équilibre corporel du système nerveux autonome, la conscience de soi et l'empathie sont directement influencés par les expériences relationnelles des premières années de la vie (Schore, 2003a, 2003b ; Siegel, 2001). Ces processus régulateurs façonnés socialement paraissent susceptibles de connaître un développement continu tout au long de la vie. Par conséquent, il semble que les déficits de la petite enfance puissent être comblés grâce à des expériences adéquates ultérieures. Il serait possible de stimuler la croissance de connexions neurales nouvelles et compensatoires, sinon réparatrices, qui mèneraient l'individu à un état de bien-être plus intégré sur le plan neural. L'EMDR combiné à la thérapie familiale pourrait catalyser ces changements dans le cerveau des individus traités. L'un des résultats attendus correspond à une activation plus robuste des aires cérébrales, telles que le cortex préfrontal moyen, qui contribuent à la fois à l'autorégulation et à diverses formes d'intégration neurale. Dans le contexte social de la vie familiale et conjugale, l'intégration neurale individuelle peut être grandement amplifiée par les expériences collectives qui sont suscitées lors des séances thérapeutiques puis renforcées à la maison. Les partenaires et les membres de la famille qui vivent ensemble peuvent renforcer les interactions intégratives au-delà de la séance thérapeutique.

Il existe un certain nombre de caractéristiques relationnelles qui semblent favoriser cette amplification de l'efficacité thérapeutique et qui contribuent à la qualité « intégrative » de la communication interpersonnelle (Siegel & Hartzell, 2003). Parmi celles-ci se trouvent l'accordage, la collaboration et la compassion, ainsi que la connexion et la coopération. L'*accordage* est au cœur de l'attachement sécurisé et peut être décrit comme la résonance entre deux individus pour créer un ensemble mutuellement régulateur d'états qui vibrent en écho l'un de l'autre. L'accordage interpersonnel permet la création d'un état intégré au sein de l'esprit/cerveau/corps des deux membres de l'interaction.

Les cliniciens peuvent promouvoir l'accordage interpersonnel et intrapersonnel. L'accordage intrapersonnel est la capacité de devenir intime avec le fonctionnement interne de son propre esprit ; il est central à notre potentiel inné de *mindsight*. Ceci correspond à la capacité de percevoir notre propre esprit avec compassion et perspicacité, et d'envisager l'esprit d'autrui avec bienveillance et empathie ; cela nous apporte des ressources internes pour le bien-être (Siegel, 2007a). L'EMDR peut favoriser le *mindsight* en facilitant l'intégration du cerveau qui apporte de la clarté et de la fluidité à la construction de ces cartes de l'esprit. La promotion du *mindsight* dans la thérapie familiale et conjugale permet aux cliniciens d'atteler la puissance de l'intégration afin qu'elle soit naturellement renforcée dans les relations aimantes.

Tandis que la poursuite de l'intégration accompagne les couples et les familles vers des états de fonctionnement plus cohérents, le potentiel naturel de bien-être est libéré. Cette propension innée pour la santé (Shapiro, 2001) est l'allié du thérapeute. Notre tâche ne consiste pas tant à faire quelque chose *aux* personnes avec lesquelles nous travaillons, mais de travailler *avec* elles afin que leur propension innée pour le bien-être soit libérée. La recherche de manières créatives de libérer cette propension humaine pour la santé et le bien-être constitue à la fois la joie et le défi de notre profession. Ce livre admirable, réfléchi et intégratif propose une ouverture sur ce voyage créatif qui, j'en suis sûr, vous sera utile et saura vous inspirer dans vos propres initiatives professionnelles.

Daniel J. Siegel, MD

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA : Author.
- Cassidy, J., & Shaver, R. (1999). *The handbook of attachment*. New York : Guilford Press.
- Cozolino, L. (2001). *The neuroscience of psychotherapy*. New York : Norton.
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of relationships*. New York : Norton.
- Hesse, E., Main, M., Yost-Abrams, K., & Rifkin, A. (2003). Unresolved states regarding loss or abuse have « second generation » effects : Disorganization, role-inversion, and frightening ideation in the off-spring of traumatized, non-maltreated parents. In M. Solomon & D. J. Siegel (Eds.), *Healing trauma* (pp. 57-106). New York : Norton.
- Lazar, S., Kerr, C. E., Wassermen, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., et al. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*, 16, 1893-1897.
- Schore, A. N. (2003a). *Affect dysregulation and the disorders of the self*. New York : Norton.
- Schore, A. N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the self*. New York : Norton.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York : Guilford Press.¹
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind : Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York : Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind : Attachment, « mindsight » and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22, 67-94.
- Siegel, D. J. (2003). An interpersonal neurobiology of psychotherapy : The developing mind and the resolution of trauma. In M. Solomon & D. J. Siegel (Eds.), *Healing trauma* (pp. 1-56). New York : Norton.
- Siegel, D. J. (2007a). *The mindful brain in psychotherapy : How neural plasticity and mirror neurons contribute to emotional well-being*. New York : Norton.
- Siegel, D. J. (2007b). *Mindsight*. New York : Bantam/Random House.

1. Editions française : Francine Shapiro, *Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures*, préface de David Servan-Schreiber, InterEditions, 2007.

- Siegel, D. J. & Hartzell, M. (2003). *Parenting from the inside out : How a deeper self-understanding can help you raise children who thrive*. New York : Penguin Putnam.
- Solomon, M. & Siegel, D. J. (Eds.). (2003). *Healing trauma*. New York : Norton.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person : The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York : Guilford Press.
- van der Kolk, B. (2006, March 5). *When you stop moving you are dead*. Paper presented at the fifth annual UCLA Attachment Conference : The Embodied Mind, Skirball Center, Los Angeles, CA.
- Watzlawick, P. (1963). A review of the double bind theory. *Family Process*, 2, 132-153.

Daniel J. Siegel, MD, est professeur clinique associé de psychiatrie à l'École de médecine de l'Université de Californie à Los Angeles (UCLA), où il est co-chercheur au *Center for Culture, Brain, and Development* ainsi que co-directeur du *Mindful Awareness Research Center*. Il est également directeur du *Mindsight Institute*, un organisme de formation centré sur la manière dont le développement de la perspicacité et de l'empathie entre individus, familles et communautés peut être favorisé à partir de l'étude des interactions entre les relations humaines et les processus biologiques fondamentaux. Auparavant il a dirigé le programme de formation en pédopsychiatrie à l'UCLA ; il a reçu plusieurs prix pédagogiques et titres honorifiques dont le *Distinguished Fellowship* de l'Association américaine de psychiatrie, le *Soule Lectureship* de l'Université de Washington, la chaire *Edna Reiss-Sophie de Vista Del Mar* et le prix *Outstanding Mentor* de l'Académie américaine de psychiatrie infantile et adolescente. Dr Siegel est le rédacteur fondateur de la série Norton sur la neurobiologie interpersonnelle, l'auteur de *The Developing Mind* et le co-auteur de *Parenting from the Inside Out*. Ses prochains ouvrages incluent *Mindsight*, *Our Seventh Sense* et *The Mindful Brain*, qui élargissent les applications de la neurobiologie interpersonnelle au niveau de la compréhension de l'esprit et du développement du bien-être.

Introduction

TANDIS QUE LES BABY-BOOMERS ont grandi avec les séries télévisées telles que *Papa a raison* (*Father Knows Best*) et *Leave It to Beaver*, ces portraits optimistes de la vie de famille constituent clairement une source de profonde souffrance pour de nombreuses personnes qui arrivent en thérapie en demandant : « Pourquoi ma famille n'était-elle pas comme cela ? » La réponse est que peu le sont. Même l'iconographie biblique de la toute première famille dépeint un tableau bien différent, avec des parents faillibles, dont les enfants doivent souffrir à cause de leurs erreurs désastreuses, et une rivalité fraternelle provoquant des ravages et des violences. La plupart des familles se situent quelque part entre ces extrêmes, mais il est bien trop souvent vrai que les enfants portent les « péchés » de leurs parents sur plusieurs générations. Nos clients arrivent en thérapie en reflétant leur famille d'origine de multiples façons. Ceux qui ont grandi dans un environnement aimant et soutenant, avec un attachement sécurisé, ont des styles intrapsychiques et interactifs très différents de ceux qui ont grandi dans des familles dénigrantes ou agressives. Non seulement ils se voient différemment, mais leur éducation influence leur vision des possibilités qu'offre la vie, leur choix de partenaire et, enfin, leur propre style parental. Il existe des milliers de façons de saper le développement de la psyché chez un enfant. Ainsi, effectivement, les dégâts causés lors d'une génération sont souvent transmis à plusieurs générations subséquentes.

Bien que l'EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) ait été développé à l'origine en tant que psychothérapie individuelle, il est clair que toute psychothérapie doit être pratiquée dans le contexte de systèmes qui s'emboîtent. Personne n'existe en dehors des relations. Même les gurus qui méditent pendant des décennies sur la cime d'une montagne sont en relation avec le Divin et avec ceux qui laissent de la nourriture devant leur grotte. Dans toute évaluation thérapeutique il faut porter son attention sur les personnes qui ont influencé le développement de la psyché du patient et sur celles qui continuent à y influencer en bien ou en mal. Les interactions avec les amis, avec les collègues et surtout avec les membres de la famille doivent être évaluées afin de permettre au thérapeute de bien comprendre la nature des forces extérieures qui continuent à façonner le sentiment de soi du patient ainsi que sa perception d'autrui. Heureusement, les thérapies familiales systémiques se sont justement centrées sur ces modes interactionnels et transactionnels ; elles peuvent guider les psychothérapeutes individuels en leur apportant une compréhension élargie et enrichie du tableau clinique. En même temps, les thérapeutes EMDR ont profité de l'occasion de voir se déployer rapidement les modes intrapsychiques à mesure que le retraitement ouvre une fenêtre sur l'esprit à la manière de la chronophotographie. Les deux disciplines ont beaucoup à apprendre l'une de l'autre.

Cet ouvrage est conçu comme un pont proposé à la fois aux psychothérapeutes individuels et aux thérapeutes familiaux systémiques. Qu'il pratique ou non l'EMDR, le thérapeute individuel s'engage dans un voyage avec ses clients pour les libérer des liens de leurs expériences antérieures qui les ont enchaînés à des modes émotionnels, cognitifs et comportementaux qui sont répétitifs et insatisfaisants. Le thérapeute familial tente de manière similaire d'aider le système à résoudre des modes habituels de désorganisation, de chaos ou de stagnation et à développer des modes plus sains d'interaction et de coping.

Des formes diverses de thérapie familiale systémique (TFS) ont identifié les modèles subtils des expériences familiales passées et présentes qui peuvent être explorées afin de formuler des cibles thérapeutiques. Le traitement EMDR peut alors libérer le patient

de ces expériences tout en surmontant les impasses thérapeutiques qui ont empêché des interactions familiales saines. Quand l'EMDR a préparé le patient à être en lien avec les membres de sa famille, libéré de son fardeau émotionnel réactif, la TFS peut apprendre aux membres de la famille à interagir les uns avec les autres de manière plus positive et leur apporter de nouveaux modèles de communication interpersonnelle saine. À son tour, le traitement EMDR peut accélérer le processus d'apprentissage par l'incorporation des modèles de fonctionnement positif futur.

En somme, savoir quand et comment utiliser l'EMDR et la TFS de manière complémentaire peut s'avérer très bénéfique tant pour les cliniciens que pour les clients. Par conséquent, l'objectif de cet ouvrage est d'offrir les connaissances et les procédures qui encourageront une application clinique intégrative immédiate. Dans cette optique, les premiers chapitres proposent une synthèse de l'EMDR et de la TFS ainsi qu'une description « vécue de l'intérieur » du processus de guérison rédigée par une personne ayant suivi un traitement EMDR. Sur ces bases, chaque chapitre subséquent présente une analyse détaillée de la théorie et des connaissances actuelles concernant une forme distincte de TFS utilisée par l'auteur en combinaison avec l'EMDR dans sa pratique clinique ; il présente également une problématique ou une plainte clinique répandue. Des nombreux exemples de cas sont alors fournis, avec des procédures de TFS et d'EMDR, pour guider le clinicien dans sa pratique. Il faut noter que les noms, âges, professions et autres données personnelles des individus décrits dans les exemples ont été modifiés afin de protéger leur identité. Souvent deux cas similaires ou plus ont été combinés pour empêcher que des personnes puissent y être reconnues.

L'ouvrage se termine avec un résumé des similitudes et des différences entre les diverses formes de traitement. L'annexe énumère des ressources disponibles en EMDR.

Une famille se compose clairement de membres individuels qui profiteront le mieux de thérapies qui encouragent l'actualisation et l'individuation ainsi que la connexion et les interactions saines. Aussi les individus sont le produit de leur famille d'origine et de leurs expériences actuelles qui peuvent inclure leur nouvelle famille.

Il est vital que les praticiens de divers champs de psychothérapie recherchent des connaissances portant sur les très nombreuses procédures riches et variées des approches alternatives et qu'ils restent curieux et ouverts à l'égard des informations et des idées neuves. Ce livre correspond à une tentative de communiquer ce type de connaissances et de consolider le lien nécessaire entre les thérapies individuelles et familiales. Bien que l'EMDR et la TFS constituent des formes distinctes de psychothérapie, chacune dotée d'ensembles de procédures riches et robustes, celles-ci se renforcent mutuellement lorsqu'elles sont employées ensemble, de manière simultanée ou séquentielle en vue de traiter le tableau clinique global. Le champ de la psychothérapie peut être considéré comme une grande famille possédant de nombreuses factions et tribus. Les frontières ne doivent pas être imperméables ; le fonctionnement est meilleur quand il existe une communication féconde et saine qui respecte les identités différentes et les points de vue divergents.

Les auteurs ont été soigneusement sélectionnés afin de refléter la diversité de populations et de contextes auxquels l'EMDR peut être appliqué mais aussi la variété de modèles de thérapie familiale avec lesquels il est combiné, car il s'allie de manière très complémentaire avec plusieurs théories. Nous avons énormément appris de nos échanges en créant cet ouvrage, par le partage de nos appartenances et héritages divers, en constatant qu'ils se rejoignent et s'enrichissent souvent mutuellement, mais qu'à d'autres moments ils doivent être considérés de manière distincte. Nous espérons que le lecteur verra sa quête de connaissances et de compétences thérapeutiques approfondies éclairée par cet ouvrage intégratif.

Francine Shapiro
Palo Alto, Californie

Florence W. Kaslow
Palm Beach Gardens, Floride

Louise Maxfield
London, Ontario, Canada

Les auteurs

Ouvrage réalisé sous la direction de :

Francine Shapiro, PhD, a créé et développé l'EMDR qui a fait l'objet de tant de recherches qu'il constitue maintenant un traitement préconisé pour le trauma dans les directives pour la pratique de l'association américaine de psychiatrie [APA : American Psychiatric Association] et dans celles des ministères de la Défense et des Anciens combattants. Dr Shapiro est chercheur associé principal au *Mental Research Institute*, à Palo Alto en Californie, directrice exécutive de l'Institut EMDR à Watsonville en Californie, mais aussi fondatrice et présidente d'honneur des Programmes d'assistance humanitaire EMDR, une organisation sans but lucratif qui coordonne les mesures d'intervention en cas de catastrophes et des formations gratuites animées par des formateurs bénévoles à travers le monde. Elle a reçu le prix international Sigmund Freud de la ville de Vienne pour sa contribution considérable à la psychothérapie et le prix de distinction scientifique en psychologie attribué par l'Association californienne de psychologie. Dr Shapiro a été nommée membre du « Cadre d'experts » de l'initiative conjointe de l'Association américaine de psychologie et de l'Association canadienne de psychologie sur la guerre ethnopolitique. Elle est intervenue comme conseillère auprès d'un grand nombre d'organisations d'aide et de traitement ainsi que de revues scientifiques dans le domaine des psychotraumatismes. Beaucoup de congrès de psychologie à travers le monde l'ont invitée à présenter des

conférences ; elle a rédigé et co-écrit plus de 60 articles, chapitres et livres sur l'EMDR, dont *Manuel d'EMDR : Principes, protocoles, procédures* (Guilford Press, 2001 ; traduction française, Dunod, 2007), *Des yeux pour guérir : EMDR : la thérapie pour surmonter l'anxiété, le stress et les traumatismes* (Basic Books, 1997 ; traduction française, Seuil, 2005) et *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach* (American Psychological Association, 2002).

Florence W. Kaslow, PhD, ABPP, est directrice de l'Institut des couples et de la famille de Floride, président de Kaslow & Associés, une société de conseil auprès d'entreprises familiales, et professeur visiteur de psychologie à l'Institut de technologie de Floride. Elle a été présidente de l'Ordre américain de psychologie Familiale (1996 à 2000), la première présidente de l'Ordre américain de psychologie légale (1977 à 1980) et de l'Académie américaine de psychologues légistes, ainsi que présidente de l'Académie internationale de psychologie familiale (1998 à 2002) et des Divisions de la psychologie familiale et de la psychologie des médias de l'Association américaine de psychologie. Elle a été la première présidente de l'Association internationale de thérapie familiale (1987 à 1990) et est restée membre de son conseil d'administration jusqu'en 2004. Actuellement, elle siège comme administrateur de l'Ordre américain de psychologie professionnelle, de l'Ordre de la division de psychologie familiale et du conseil des représentants de l'Association américaine de psychologie ; elle participe activement au Groupe des médecins femmes à North Palm Beach. Elle a été rédacteur-en-chef du *Journal of Marital and Family Therapy* et est actuellement membre de plusieurs comités éditoriaux de revues américaines et étrangères. Elle a édité, écrit ou co-écrit 30 livres et a rédigé des chapitres dans plus de 50 autres ouvrages. Plus de 180 de ses articles ont été publiés dans des revues professionnelles. Dr Kaslow a reçu de nombreuses récompenses, dont le Prix de la contribution distinguée à la psychologie appliquée de l'Association américaine de psychologie, le prix de la contribution exceptionnelle au champ de la thérapie familiale de l'Association américaine de thérapie conjugale et familiale, le prix de la contribution exceptionnelle et du service distingué à la profession de l'Ordre américain de psychologie professionnelle et le prix des contributions distinguées

à l'avancée internationale de la psychologie de l'Association américaine de psychologie. Son livre le plus récent s'intitule *Handbook of Family Business and Family Business Consultation : A Global Perspective* (International Business Press, 2006).

Louise Maxfield, PhD, est psychologue au Programme de santé mentale du Centre des sciences de la santé de London et travaille en pratique privée à London, Ontario. Elle est professeur adjoint à la faculté de psychiatrie à l'Université de l'Ontario de l'Ouest et professeur associé à la faculté de psychologie de l'Université de Lakehead. Elle possède de nombreuses années d'expérience clinique auprès de survivants de traumatismes et de maltraitements en Ontario et en Colombie Britannique ; elle a été missionnée pendant 3 ans par le gouvernement provincial de la Colombie Britannique pour former des conseillers travaillant avec des victimes d'abus et leurs familles. Dr Maxfield a présenté des centaines d'ateliers de formation aux professionnels et aux collectivités lors de conférences régionales, nationales et internationales. Elle est intervenue comme chercheur dans quatre études de recherche en EMDR et comme consultante en recherche sur de nombreux projets internationaux ; elle a écrit environ 20 articles scientifiques et chapitres sur le traitement des traumatismes et l'EMDR. Le récipiendaire de nombreuses récompenses, dont deux prix reconnaissant ses contributions à la recherche et attribués par l'Association Internationale d'EMDR (EMDRIA) et l'Association EMDR Canada, Dr Maxfield est le rédacteur fondateur de la revue d'EMDRIA, le *Journal of EMDR Practice and Research*.

Avec la collaboration de :

Katherine E. B. Davis, MSW, est travailleuse sociale clinique accréditée en pratique privée à New Haven au Connecticut. Elle est l'ancienne directrice clinique du Service de santé mentale Hamden, co-auteur de la première loi sur les maltraitements infantiles du Connecticut et co-auteur des ateliers des Programmes d'assistance humanitaire EMDR sur la *Traumatologie*, sur la *Stabilisation* ainsi que sur les *Traumatismes et assuétudes*.

Robert A. Gelbach, PhD, est directeur exécutif des Programmes d'assistance humanitaire (HAP) EMDR à Hamden au Connecticut, professeur émérite en sciences politiques de l'Université d'état du Connecticut du Sud, et ancien directeur de son Institut de gestion de la qualité. En deux ans, avec HAP, il a dirigé des projets d'intervention suivant des catastrophes dans sept pays, impliquant plus de 100 bénévoles.

Wilhelmina S. Koedam, PhD, a écrit des articles sur le programme fédéral de protection des témoins ainsi que des chapitres d'ouvrages sur des sujets tels que les troubles dissociatifs de l'identité, le harcèlement sexuel et la traque furtive (*stalking*). Elle est psychologue accréditée en pratique privée à North Miami Beach et à Davie en Floride.

Barry Litt, MFT, est thérapeute conjugal et familial accrédité en pratique privé auprès des Associés Human Dynamics à Concord au New Hampshire. Il est superviseur approuvé de l'Association Américaine de Thérapie Conjugale et Familiale et a enseigné la thérapie familiale à l'Université d'Antioch et à l'Université de New Hampshire.

Marcelle Manon (pseudonyme) est une ancienne cadre supérieur dans le milieu associatif et enseignante qui travaille dans l'immobilier dans le sud-est des États-Unis.

Mark D. Moses, PhD, est professeur clinique adjoint au programme de thérapie conjugale et familiale de l'Université du New Hampshire et superviseur approuvé de l'Association américaine de thérapie conjugale et familiale. Il est également directeur de l'Institut de la famille de Portsmouth et psychologue en pratique privée à Portsmouth au New Hampshire.

Julie E. Stowasser, MS, est thérapeute conjugale et familiale accréditée en pratique privée à San Luis Obispo et à Atascadero en Californie. Elle a longtemps travaillé comme thérapeute pour les programmes d'intervention contre la violence Central Coast à San Luis Obispo.

Laura Rocchietta Tofani, PhD, s'est formée en psychologie à l'Université de Rome et elle est thérapeute familiale certifiée de l'Ecole de thérapie familiale de Milan. Elle travaille comme thérapeute familiale pour le service national de la santé italien et est

en pratique privée comme psychothérapeute et superviseur à Ivrea en Italie.

Debra Wesselmann, MS, est conseillère psychologique accréditée en pratique privée à Omaha au Nebraska. Elle est consultante et chercheur auprès du YWCA d'Omaha et auteur de *The Whole Parent : How to Become a Terrific Parent Even If You Didn't Have One* (Perseus, 1998).

Remerciements

La rédaction d'un livre peut constituer une tâche solitaire, tandis que l'édition d'un ouvrage implique des contacts interpersonnels constants à mesure que convergent de nombreuses vies, espérant toutes pouvoir respecter un échéancier basé initialement sur le meilleur des mondes. Malheureusement la Vie (avec un « V » majuscule) interfère trop souvent. Pour cette raison, Francine Shapiro, Florence Kaslow et Louise Maxfield tiennent à exprimer leur reconnaissance envers tous les auteurs pour leur persévérance malgré les situations d'urgence qui surviennent lorsque l'on tente d'écrire tout en jonglant avec les besoins familiaux et une pratique clinique à temps plein ou des responsabilités académiques. Pour beaucoup, se sont ajoutés la maladie personnelle ou d'un proche, un décès et de nombreuses tragédies à travers le monde qui les ont amenés à offrir leurs services à des projets humanitaires d'urgence. Leur motivation à poursuivre le processus d'écriture malgré ces défis témoigne de leur engagement à offrir au monde un meilleur chemin vers la guérison. Nous souhaitons également remercier les nombreux clients/patients qui ont accepté de partager leur histoire afin que d'autres puissent recevoir de l'aide.

Nous remercions Peggy Alexander et David Bernstein de Wiley pour leur soutien et leur assistance dans ces périodes difficiles, ainsi que Nancy Marcus Land et Pamela Blackmon de Publications Development Company pour leur accompagnement attentif au cours du processus final de publication. Une entreprise de cette

envergure comporte aussi un coût personnel, ce qui met en exergue l'importance de pouvoir bénéficier de relations de confiance avec des proches sur lesquels on peut compter.

Dr Shapiro souhaite remercier son mari, Bob Welch, d'être son oasis et un compagnon sans pareil dans la santé et dans la maladie. Une profonde reconnaissance également envers Susan Sandoval dont le soutien fraternel et les nombreux gestes de gentillesse au cours de cette période reflètent l'amitié véritable. Merci aussi à Robin Robbins et à Susan Sandoval pour leur assistance éditoriale.

Dr Kaslow exprime sa sincère gratitude envers son mari, patient et soutenant, Sol Kaslow, qui l'encourage toujours dans ses projets, ainsi qu'envers sa secrétaire loyale et bienveillante, Gladys Adams, dont les compétences remarquables et l'attitude positive confèrent une grande valeur à l'aide offerte dans l'élaboration de cet ouvrage.

Dr Maxfield aimerait remercier ses amis et sa famille pour leur patience à l'égard de son manque de disponibilité pendant ce long processus, avec une reconnaissance particulière envers son fils, Isaac Maxfield, pour son aide inestimable, envers son amie Andrea Kohan pour son soutien et sa gentillesse infailibles, et envers son mentor Bill Melnyk pour sa confiance et ses encouragements.

Partie

I

FONDEMENTS

L'EMDR ET LA CONCEPTUALISATION DE CAS DANS UNE PERSPECTIVE DE TRAITEMENT ADAPTATIF DE L'INFORMATION

Francine Shapiro

Tout comme la beauté d'une chose dépend du regard que l'on porte sur elle, le dysfonctionnement clinique varie selon l'optique adoptée. Bien que certaines modalités symptomatiques soient reconnues de manière systématique en tant que troubles diagnostiquables, chaque approche psychologique est fondée sur un paradigme spécifique qui guide le clinicien dans une manière particulière de conceptualiser les plaintes cliniques. Ces paradigmes théoriques apportent une explication de la pathologie et préconisent des interventions destinées à éliminer les symptômes et à aider le patient.

L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* : désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) ne déroge pas à la règle. En 20 ans, il a évolué depuis une simple technique en une approche psychothérapeutique intégrative avec un modèle théorique qui met l'accent sur le système de traitement de l'information du cerveau et considère les souvenirs d'expériences perturbantes comme constituant la base de la pathologie. Le traitement en huit phases aborde de manière très complète les expériences qui contribuent aux affections cliniques et celles qui permettent d'amener le patient à un état solide de santé psychologique.

HISTOIRE DE L'EMDR

L'EMDR a été introduit en 1989 par une étude randomisée contrôlée (Shapiro, 1989) évaluant les effets d'un traitement en une séance unique auprès d'individus traumatisés. À cette époque, le nom employé était EMD (*Eye Movement Desensitization* : désensibilisation par les mouvements oculaires) car le traitement était fondé sur une orientation comportementale et on pensait que les mouvements oculaires avaient la caractéristique unique de causer une désensibilisation efficace. De ce point de vue, les effets du traitement étaient principalement considérés comme une diminution de la peur et de l'anxiété résultant de la traumatisation.

Au cours des années suivantes, d'autres formes de stimulation bilatérale¹ (i.e., tapotements, sons) se sont également avérées efficaces (Shapiro, 1991b, 1994a). De plus, il est apparu que les changements au niveau de l'anxiété et de la peur, et même tout le processus de désensibilisation, étaient dérivés d'un retraitement complet de l'expérience. Pendant le traitement, les émotions négatives étaient remplacées par des émotions positives, des prises de conscience émergeaient, les sensations corporelles se modifiaient et de nouveaux comportements apparaissaient spontanément, accompagnés d'un nouveau sentiment de soi. En bref, les traumatismes étaient transformés en des expériences d'apprentissage qui se révélaient et renforçaient la victime qui devenait alors un survivant puis une personne épanouie. L'EMD est devenu l'EMDR, avec l'ajout du terme « retraitement » (*reprocessing*) (Shapiro, 1991a, 1994b) pour refléter ces changements. Ce concept de la transformation de l'expérience stockée à travers un processus d'apprentissage rapide est central dans la compréhension des fondements et de l'application de l'EMDR et de son modèle de Traitement adaptatif de l'information (Shapiro, 1995, 2001, 2002). Le but du présent chapitre est d'offrir une synthèse à la fois de la théorie et de la pratique.

1. Également appelée stimulation d'attention double.

RECHERCHE CONTRÔLÉE

Les soubassements neurobiologiques des effets thérapeutiques de l'EMDR ne sont pas connus actuellement, pas plus que pour n'importe quelle autre forme de psychothérapie. Bien que la stimulation bilatérale ne constitue qu'un élément procédural du traitement parmi plusieurs autres, c'est celui qui a attiré le plus d'attention en raison de son caractère particulier. Les analyses de composantes des mouvements oculaires auprès de populations cliniques n'ont montré que des effets marginalement significatifs (Davidson & Parker, 2001) mais présentent des failles liées à l'inclusion de populations inappropriées et une durée de traitement limitée (Chemtob, Tolin, van der Kolk & Pitman, 2000 ; Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2004 ; Perkins & Rouanzoin, 2002). Cependant, des études de laboratoire ont identifié des effets marqués des mouvements oculaires sur le recouvrement des souvenirs, la diminution des émotions négatives, la clarté des images et la flexibilité attentionnelle (e.g., Andrade, Kavanagh & Baddeley, 1997 ; Barrowcliff, Gray, Freeman & MacCullough, 2004 ; Christman Garvey, Propper & Phaneuf, 2003 ; Kavanagh, Freese, Andrade & May, 2001 ; Kuiken, Bears, Miall & Smith, 2001-2002 ; Van den Hout, Muris, Salemink & Kindt, 2001). L'efficacité de l'application de l'EMDR au traitement des traumatismes a été démontrée dans une vingtaine d'études contrôlées qui le comparaient aux produits pharmaceutiques (van der Kolk et al., sous presse) et à diverses formes de psychothérapie (e.g., Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund & Muraoka, 1998 ; Edmond, Rubin & Wambach, 1999 ; Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002 ; Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Dolatabadim & Zand, 2004 ; Lee, Gavriel, Drummond, Richards & Greenwald, 2002 ; Marcus, Marquis & Sakai, 1997, 2004 ; Power et al., 2002 ; Rothbaum, Astin & Marsteller, 2005 ; Scheck, Schaeffer & Gilette, 1998 ; Taylor et al., 2003 ; Vaughan et al., 1994). Par conséquent, tant les directives sur la pratique de l'Association Américaine de Psychiatrie (American Psychiatric Association, 2004) et les ministères des Anciens combattants et de la Défense (Department of Veterans Affairs and Defense, 2004) ont placé l'EMDR dans la plus haute catégorie d'efficacité et