

QU'EST-CE L'EMDR ?

PAR EVELYNE JOSSE

L'EMDR est une approche psychothérapeutique. Elle a été découverte fortuitement aux Etats-Unis en 1987 par Francine Shapiro [1], docteur en psychologie au Mental Research Institute de Palo Alto en Californie. Cette méthode a rapidement révolutionné la conception et la pratique de la psychothérapie. Depuis, de nombreuses recherches se sont succédées et la technique n'a cessé de se perfectionner.

EMDR est l'acronyme de « Eye Movement desensitization and reprocessing », en français « désensibilisation et retraitement par le mouvement des yeux ». L'appellation « EMDR » a été conservée même si la méthode ne se limite plus désormais à l'utilisation des mouvements oculaires.

L'efficacité de l'EMDR a été scientifiquement prouvée depuis 1989 par de nombreuses études contrôlées. Depuis 2013, l'Organisation Mondiale de la Santé la préconise pour le traitement des troubles psychotraumatiques chez l'enfant et l'adulte. Elle est également reconnue aux Etats Unis par l'American Psychologist Association (1998), l'International Society for Traumatic Stress Studies (2000), l'American Psychiatric Association (2004) et le Department of Veterans Affairs and Department of Defense (2004), en France par l'INSERM [2](2004) et par la Haute Autorité de la Santé (2007), en Israël par le National Council of Mental Health Israël (2002), en Irlande par le Northern Ireland Department of Health (2003) et au Royaume Uni par le Department of Health (2001) et le National Institute for Health and Clinical Excellence (2005).

Comment Francine Shapiro a-t-elle découvert cette technique ?

L'histoire de l'EMDR débute en 1987 aux Etats-Unis par une belle journée de printemps. Alors que Francine Shapiro se promène dans un parc, préoccupée et soucieuse, elle réalise que les pensées désagréables qui la perturbent deviennent moins bouleversantes. Elle remarque que ses yeux effectuent spontanément des mouvements rapides de va-et-vient lorsqu'elles lui viennent à l'esprit. Sa spécificité de chercheuse la conduit à vérifier son intuition auprès de volontaires puis de vétérans de la guerre du Vietnam. Les résultats positifs se confirmant, elle poursuit ses recherches et réalise une thèse de doctorat.

A qui s'adresse l'EMDR ?

Aux enfants et aux adultes qui souffrent de traumatismes (agressions physiques et morales, accidents, abus sexuels, catastrophes naturelles, guerres, etc.) ou d'événements pénibles (deuil, séparation, licenciement professionnel, difficultés professionnelles, etc.), de dépression, d'addictions (toxicomanie, alcoolisme), de troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie), d'attaques de panique, de phobies, de TOC (troubles obsessionnels compulsifs), de troubles psychosomatiques, etc.

Quelles sont les contre-indications de l'EMDR ?

Les troubles graves de la personnalité comme les psychoses sont considérés par la majorité des thérapeutes comme une contre-indication. Les états suicidaires et les troubles cardiaques récents figurent également parmi les contre-indications. Cependant,

il appartient à chaque thérapeute, en fonction de son expérience et de son expertise, d'évaluer pour chacun de ses patients les risques et les bénéfices d'un traitement EMDR.

Quels sont les avantages de l'EMDR par rapport à d'autres méthodes thérapeutiques ?

L'avantage de l'EMDR réside dans la rapidité et l'efficacité du traitement. En effet, un traumatisme simple (par exemple, un accident de voiture effrayant sans blessés ni tués vécu par une personne équilibrée) et une phobie unique (par exemple, une phobie de l'avion) peuvent être résolus durablement en quelques séances (de 3 à 5 séances). Dans ces cas, l'EMDR affiche une efficacité comparable à celle des antibiotiques prescrits pour combattre une pneumonie ! A ce jour, aucune autre méthode psychothérapeutique ne peut prétendre à de tels résultats.

La guérison n'advient pas de manière aussi spectaculaire dans tous les cas même s'il n'en reste pas moins qu'elle s'avère toujours plus prompte qu'avec d'autres techniques. Ainsi, les traumatismes complexes (par exemple, une maltraitance physique ou sexuelle subie durant une longue période) et l'anxiété généralisée (anxiété excessive pouvant concerner de multiples situations ou événements) réclament davantage de préparation et nécessitent un travail de plus longue haleine. Dans le traitement de ce type de problématiques, l'EMDR garde toute son utilité mais s'intègre dans une approche psychothérapeutique plus large en alternance avec d'autres techniques (telles que l'hypnose, la thérapie comportementale et cognitive, la thérapie stratégique du type Palo Alto et autres méthodes connues du thérapeute). Dans les cas les plus sévères, la thérapie peut s'étaler sur une année, voire davantage.

Les résultats obtenus par l'EMDR sont constants et durables.

Comment se déroule une thérapie EMDR ?

L'EMDR est une thérapie à part entière et comme telle doit être menée consciencieusement. Elle débute par un, voire plusieurs entretiens préliminaires. Ces entretiens préparatoires sont indispensables pour créer une interaction de qualité entre le thérapeute et son patient. Par ailleurs, ils s'imposent par la nécessité de recueillir un certain nombre d'informations. Le praticien veillera à récolter les éléments importants concernant la vie du sujet et fera une anamnèse sérieuse de la problématique motivant la demande de traitement. Ces entrevues préalables permettent donc d'établir un bilan qui précisera l'indication de l'EMDR et, le cas échéant, sa contre-indication. Au-delà de ce bilan d'évaluation, cette étape préparatoire permet aussi de fournir toutes les informations utiles sur l'EMDR, de démystifier la technique et de répondre aux interrogations du patient. Il s'agira notamment de raisonner ceux qui attendent de cette technique des effets magiques et instantanés. Nous l'avons vu, ces effets miraculeux sont fréquents dans les traumatismes et les phobies simples mais nettement plus rares dans les traumatismes complexes et l'anxiété généralisée. Ces conditions étant réunies, la thérapie EMDR proprement dite peut commencer.

Avec la participation du patient, le psychothérapeute identifie le souvenir ou la situation à l'origine des difficultés (par exemple, un accident de roulage) et s'il en existe plusieurs, établit des priorités de traitement.

Il propose au patient de déterminer la pensée négative (par exemple, « Je vais mourir »), les émotions (par exemple, la peur, l'angoisse, la terreur) et les sensations physiques

(par exemple, « la boule au ventre ») actuelles associées à la situation-cible perturbante ainsi que la pensée positive par laquelle il souhaite remplacer la cognition négative (par exemple, « Je suis en sécurité »). Il l'invite à évaluer l'ampleur de sa détresse sur une échelle subjective étalonnée de 0 à 10 et la validité de l'idée positive sur une échelle de 1 à 7.

Il convie le patient à garder à l'esprit la situation-cible (par exemple, le camion arrivant droit sur son véhicule), la pensée négative, les émotions et les sensations physiques associées. Vient ensuite la phase de stimulations bilatérales alternées par le biais de mouvements oculaires (le patient suit des yeux les doigts du thérapeute ou un objet en mouvement), de stimulations tactiles (le thérapeute tapote de manière alternée les mains ou les genoux du patient ou lui demande de tenir en main des pelotes émettant des vibrations) ou de stimulations sonores (il claque des doigts alternativement à droite et à gauche ou utilise un émetteur de bips sonores) [3]. Le thérapeute interrompt les stimulations, encourage le patient à exprimer ce qui se produit en lui et lui demande d'évaluer son niveau de perturbation sur l'échelle introduite lors de la phase précédente. Durant cette phase, le patient peut traverser des émotions intenses. Le thérapeute répète les sets de stimulations jusqu'à ce que le patient évalue sa détresse à 0 ou à 1.

Une fois la cible « désensibilisée » débute la phase de retraitement. Le thérapeute utilise les stimulations bilatérales pour installer l'idée positive. Il poursuit les sets jusqu'à ce que le patient évalue la validité de la cognition positive à 6 ou à 7.

Le thérapeute vérifie ensuite que la pensée positive associée à l'image-cible ne perturbe plus le patient. Il lui demande d'effectuer un « scanner du corps » (en anglais, body-scan) en passant en revue toutes ses sensations corporelles des pieds à la tête. Cette phase a pour but de repérer les tensions ou sensations négatives qui subsisteraient et de les dissiper à l'aide de nouvelles séries de stimulations bilatérales.

Le thérapeute terminera la séance par un petit débriefing.

Quels sont les processus mis en jeu par l'EMDR ?

A l'heure actuelle, les scientifiques n'ont pas complètement élucidé le phénomène de l'EMDR. Une des hypothèses retenues pour expliquer son efficacité serait qu'il permet le retraitement des informations selon un processus semblable à celui qui se déroule durant le sommeil paradoxal, appelé aussi sommeil REM (REM est le sigle de Rapid Eye Movement, mouvements oculaires rapides).

Ce que nous vivons dans la journée serait stocké dans une sorte de mémoire temporaire (comparable à la mémoire vive ou RAM d'un ordinateur) et serait retraité la nuit durant le sommeil paradoxal pour être transféré dans la mémoire à long terme (comparable au disque dur d'un ordinateur). Le souvenir « temporaire » serait revécu dans toute sa sensorialité pendant le rêve (nous rêvons durant la phase de sommeil REM) pour être mis en mémoire à long terme. Ce retraitement de l'information consisterait en un tri des nouvelles données et en l'établissement de liens avec les anciens éléments déjà conservés dans notre cerveau. La thérapie EMDR reproduit sans doute des mécanismes proches de ceux effectifs durant le sommeil paradoxal et stimule probablement le transfert d'informations entre différentes parties du cerveau (entre l'hippocampe et le cortex). L'EMDR permettrait, par exemple, d'établir des liens associatifs entre les

informations « bloquées » d'un souvenir traumatique et des éléments entreposés dans notre banque de données. Les « souvenirs traumatiques » ne sont pas de véritables souvenirs mais plutôt des mnésies composées d'éprouvés physiologiques, d'impressions sensorielles et de mouvements variés ainsi que de vécus affectifs et cognitifs (pensées, idées) partiels ou désintégrés. Ces aspects partiels de l'expérience seraient stockés de manière fragmentée et ne permettraient pas à un réel souvenir de s'élaborer et de s'intégrer dans la biographie de la victime tant qu'ils n'ont pas été « traités ».

Le système neurovégétatif, également appelé système nerveux autonome, est constitué des systèmes orthosympathique et parasympathique. Le rôle du système orthosympathique est de mettre l'organisme en état d'alerte et de le préparer à l'activité (on peut le comparer à l'accélérateur d'une voiture), celui du parasympathique, de lui permettre de se détendre, de récupérer et de se régénérer (on peut le rapprocher du système de freinage d'un véhicule). Le traitement de l'information, semblable au processus de digestion des aliments, se fait lorsque le parasympathique est stimulé, à savoir pendant le sommeil au cours des rêves, à l'endormissement dans les états hypnagogiques [4], au réveil dans les phases hypnopompiques [5], à l'état de veille durant les rêveries diurnes, etc. Les « souvenirs » traumatiques non « digérés » ont davantage de risque de revenir dans ces états de relâchement vagotonique propices à la transformation et à l'assimilation des données. Cependant, si ces rappels sont trop angoissants, la personne se met aussitôt en alerte. L'orthosympathique, habilité à réagir à la menace, reprend la main au parasympathique même si objectivement la personne est et se sait en sécurité. Le retraitement de l'information est alors interrompu. Prenons la comparaison suivante : chaque jour, vous achetez chez l'épicier 4 tranches de fromage, vous les mettez au frigo puis vous les en sortez, vous les mangez et vous les digérez. De la même façon, vous vivez un certain nombre d'expériences durant la journée, vous les emmagasinez temporairement et la nuit, vous les retraitez et les métabolisez. Un jour, vous bénéficiez d'une promotion exceptionnelle : l'épicier vous offre 4 kg de fromage pour le prix de 4 tranches. Vous achetez les 4 kg, vous les stockez mais au moment de les consommer, vous calez car il ne vous est pas possible d'absorber une telle quantité de nourriture. Vous pouvez éventuellement manger 8 ou 10 tranches mais certainement pas plusieurs kilos. Dès que vous êtes dans un état parasympathique, ce qui doit être traité revient automatiquement. Si vous avez vécu un événement traumatique, les émotions négatives qui lui sont attachées peuvent être si puissantes qu'elles ne peuvent être « digérées ». Parfois, c'est comme si les 4 kg de fromage vous tombaient sur la tête lorsque vous ouvrez la porte du frigo ! Le coup vous réveille, vous sortez de l'état parasympathique et vous basculez dans une physiologie orthosympathique de stress.

Au cours de la séance d'EMDR, grâce à l'attention que le patient porte simultanément à sa situation problématique et aux stimulations sensorielles (visuelles, tactiles ou auditives), des informations apaisantes sont probablement transmises par le biais de médiateurs bioneurologiques aux régions cérébrales impliquées dans le système de la peur (notamment, à l'amygdale). En effet, il a été prouvé que les mouvements oculaires (notamment, pendant le sommeil REM) s'accompagnent d'une activité cholinergique, donc d'un relâchement [6]. Un lien s'établirait entre le mal-être suscité à l'évocation du souvenir et le bien-être généré par les stimulations alternées. Ce lien favoriserait le retraitement des informations dysfonctionnelles car la baisse de la tension émotionnelle accroît la capacité d'association. Progressivement la représentation perturbante se lie à

des pensées non génératrices d'émotions et le patient considère différemment ce qui jadis était à l'origine de sa souffrance.

En conclusion, l'EMDR induit des mécanismes neurobiologiques qui rendent possible le traitement des informations non traitées.

Comment peut-on expliquer que l'EMDR libère des souvenirs refoulés ?

Le refoulement est un mécanisme de défense inconscient (défini par Freud) par lequel des représentations désagréables sont maintenues hors du conscient. C'est un phénomène bien connu. Comme nous l'avons vu, les données non traitées sont stockées temporairement dans un frigo. Dans le refoulement, elles sont laissées en suspens dans un congélateur. Elles peuvent y rester longtemps sans reparaître mais elles ont davantage de chance de revenir dans un état de stimulation parasympathique, ce qui est le cas lors de la thérapie EMDR.

Le mouvement oculaire a des effets comparables aux mouvements rapides du sommeil REM mais qu'en est-il du tapping et des stimulations sonores ?

Les mouvements oculaires ne sont pas les seules stimulations efficaces à réduire la détresse des patients. Par exemple, on peut aussi utiliser la stimulation auditive (il existe des appareils qui délivrent des sons alternatifs via des écouteurs) et le tapping (stimulation tactile par tapotements sur les genoux ou les mains du patient).

Comment peut-on expliquer que ces stimulations soient efficaces ? Une des hypothèses avancée est que les mouvements des yeux observés durant le sommeil REM auraient chez les mammifères la même fonction qu'à l'état diurne : se défendre et se protéger (détecter le danger et les ressources utiles à la survie) et rechercher des informations vitales (repérer la nourriture et un partenaire sexuel, identifier un rival sexuel). Mais l'animal ne se contente pas de scruter l'environnement du regard : il hume l'air, il écoute, etc. Quand nous rêvons, les mouvements oculaires suivent probablement nos visions oniriques qui s'accompagnent vraisemblablement de sensations olfactives, kinesthésiques, auditives, etc. Toutefois, ces sensations ne se traduisent pas par des phénomènes manifestes au contraire des yeux dont les mouvements sont visibles. Durant le sommeil paradoxal, nous sommes « paralysés » (le système moteur est désactivé) mais toute notre sensorialité est en éveil (la vision mais également l'odorat, l'ouïe, le toucher, la proprioception [7], etc.). Nous l'avons vu, durant cette phase de sommeil, les informations diurnes sont « retraitées » pour être stockées dans notre mémoire à long terme. Ce retraitement de l'information se fait certainement avec tous les organes des sens (et donc, pas uniquement les yeux). Ceci explique pourquoi la stimulation de chacun de nos sens peut être active dans la thérapie EMDR.

Références

- ▶ Roques Jacques, EMDR, une révolution thérapeutique, Desclée de Brouwer, 2003
- ▶ Roques Jacques, L'EMDR, InterEditions, collection Découvrir, 2008
- ▶ Roques Jacques, Guérir avec l'EMDR, Seuil, CouleurPsy, 2007
- ▶ Servan-Schreiber David, Guérir, Pocket, 2005

- ▶ Shapiro Francine, Silk Forrest Margot, Des yeux pour guérir, Seuil, 2005
- ▶ Shapiro F., Manuel d'EMDR, InterEditions, Paris, 2007

Sites recommandés

- ▶ Vous désirez des informations sur le stress, le traumatisme psychique, les violences sexuelles et sexospécifiques, les problématiques humanitaires, le personnel expatrié, les acouphènes, le stress aéronautique, l'hypnose, les thérapies énergétiques, etc., visitez www.resilience-psy.com
- ▶ Pour des informations sur les formations en EMDR et autres méthodes thérapeutiques ayant prouvé leur efficacité, visitez le site de Ludwig Cornil, formateur reconnu en EMDR : www.integrativa.be
- ▶ Pour les coordonnées d'un praticien EMDR et les liens vers les sites EMDR des pays, visitez le site officiel de l'EMDR en Belgique : www.emdr-belgium.be

[1] Francine Shapiro a reçu en 2002 le prix Sigmund Freud, prestigieuse distinction décernée par l'Association Mondiale de Psychothérapie et par la ville de Vienne.

[2] Institut National de la Santé et de la Recherche Médiale

[3] Les études montrent que les stimulations sensorielles rythmique alternatives sont plus efficaces que les stimulations simultanées ou que les stimulations continues qui le sont également mais dans une moindre mesure (Servan-Schreiber David, Schooler Jonathan, Dew Mary Amanda, Carter Cameron, Bartone Patricia, Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Posttraumatic Stress Disorder : A Pilot Blinded, Randomized Study of Stimulation Type, Psychother Psychosom 2006 ;75:290–297).

[4] Etat précédent l'endormissement.

[5] Phase de réveil partiel qui succède au sommeil.

[6] Hobson J. A. (1988), The dreaming brain, Basic Books, New York.

[7] La proprioception désigne la sensibilité du système nerveux à divers stimuli tels la pression ou la tension qui affecte les muscles, les os, les tendons et les articulations. Elle nous permet de prendre conscience des différentes parties de notre corps, de leur tonus, de leur position et de leur mouvement dans l'espace en l'absence de vision.