



Deuxième séminaire universitaire de recherche

« Les contours de l'intégration dans la psychothérapie EMDR »

25 et 26 novembre 2010 amphi Demange



REPONSES DU QUIZZ EMDR

ELEMENTS GENERAUX

1. Réponse : La théorie de l'inhibition réciproque

Case Study: A 63-year-old woman had been raped 15 months previously. Her presenting complaints were daily intrusive thoughts, flashbacks (including those consistently invoked by seeing the guard dog that she had purchased after therapy), inability to be alone, nightmares, and a self-described feeling of being "spacey" (i.e., extremely forgetful of things that had come naturally before, such as fastening seatbelts, remembering wallet and checkbook, etc.). Her summation statement was, "I have lost control of my life and the details of my life." The therapist treated three memories of the rape during a single 50-minute session: (1) seeing the masked rapist appear from around the corner, holding a gun; (2) oral copulation; and (3) vaginal penetration. The opening cognition for all three was, "I'm overwhelmed;" the desired cognition was, "It's over." The desensitization proceeded in standard form, with the client holding in awareness the picture, cognition, and anxiety level. The initial memory was of the appearance of the masked rapist. The client provided an opening SUDS level of "10" which was reduced to "0" (complete desensitization) in four sets, at which time she was no longer able to maintain clearly the original picture and was asked therefore to "Just think of the rape and the words, 'It's over.'" At that point the two other memories of the rape were treated. Her representative reaction during four sets of saccades was one of going from "pure disgust" (at oral rape; SUDS = "7") to "It's diffused, I have the power and control" (SUDS = "3") to "I have the feeling that he wasn't even there" (SUDS = "0"). At the end of the session the client gave a Validity of Cognition level of "7" to the statement, "It's over." At a three-month follow-up session the client reported that all of the presenting complaints had ceased immediately after the initial session and that she had remained undisturbed, "focused," and "peaceful" during the intervening months. When she was asked to retrieve the picture at the follow-up, she was able to bring up only vague blurs and reported a SUDS level of "0." The rated validity of the cognition, "It's over" remained at "7" and she remarked spontaneously, "I have control over my life now."

Discussion: Il est évident que la procédure est EMD extrêmement efficace dans la désensibilisation des souvenirs traumatiques caractéristiques de l'ESPT et l'élimination des plaintes qui en découlent. L'origine de l'efficacité est cependant difficile à décrire car elle n'est pas issue de référents théoriques, et qu'en même temps, il n'y a pas de preuve empirique suffisante pour expliquer les résultats obtenus. Cela ne diminue en rien l'utilité de la procédure bien sûr. Néanmoins, certaines hypothèses quant aux mécanismes d'action sous-jacents se révèlent être dignes d'intérêt.

Une hypothèse vient de Pavlov (1927) et suggère que les incidents traumatiques peuvent perturber l'équilibre du système excitation/inhibition dans le cerveau et causer un changement pathologique au niveau des neurones. Il se pourrait que cette modification permette de maintenir l'incident (c-à-d l'image et l'auto-évaluation négative) dans sa version originale de générateur d'anxiété. Ainsi la perturbation neuronale bloquerait la progression habituelle du traitement de l'information à sa résolution et l'incident serait principalement contenu dans la mémoire active et déclencherait des pensées intrusives, des flashbacks, des cauchemars (cf. Horowitz & Becker, 1972). Puisque les mouvements saccadés sont induits en même temps que la cognition et l'image associée, stockée dans la mémoire traumatique, il se pourrait qu'il se produise 1) un rétablissement de l'équilibre nerveux et 2) un renversement de la pathologie neuronale. Cela permettrait donc au processus de traitement de l'information de parvenir à sa résolution avec une modification concomitante de l'image, de la cognition et du niveau d'anxiété et donc de la cessation de la symptomatologie intrusive.

En accord avec cette notion il est possible que la répétition à basse tension actuelle ait apparemment un effet permanent sur le potentiel synaptique et semblerait affecter la mémoire. (Barrioneuvo, Schottler, & Lynch, 1980). Cette « explosion neuronale » (neural bursts) provoquée par la répétition des saccades oculaires utilisées dans la procédure EMD pourtrait entraîner ce processus de résolution.

Il est possible que ces mouvement oculaires multiples et saccadés représentent le mécanisme d'inhibition automatique du cerveau (ou d'excitation libératrice). Par exemple, il est possible que le matériel inconscient qui fait surface durant les rêves soit partiellement désensibilisé par des mouvements rapides des yeux (REM- Rapid Eye Movement). Les résultats d'une étude de Lavie, Hefez, Halperin et Enoch (1979) sont en accord avec cette hypothèse ; cette étude révélait que des anciens combattants souffrant d'un ESPT, avaient une période de latence avant le sommeil REM plus longue et qu'ils passaient moins de temps en sommeil REM que le groupe contrôle. **Ainsi il est possible que l'anxiété et les mouvements oculaires rapides soient mutuellement inhibiteurs. → C'est la théorie de l'inhibition réciproque**

Tiré de: Shapiro (1989). Eye movement Desensitization : a new treatment for post-traumatic stress disorder. *1. Brhav. Thr. & Erp. Psychmr.* Vol. 10. No. 3. pp ?I I-217. 1989

2. Réponse c) 1990

Comme Shapiro l'écrivait dans ses comptes rendus antérieurs Shapiro, 1989a, b), il existait de nombreuses procédures qui semblaient être responsables des effets de traitements positifs auxquels elle était parvenue dans son étude initiale et qui ne pouvaient être inclus dans ces articles du fait des contraintes de pagination. L'affinement continu de ces procédure et l'évaluation subséquente de centaines de cas rapportés par des cliniciens confirmés, ont mené à la prise de conscience que les procédures optimales engendraient la désensibilisation et la restructuration cognitive simultanée des souvenirs, la naissance d'insights spontanés et l'augmentation du sentiment de sa propre efficacité. Tout cela paraissant être le produit dérivé du traitement adapté de souvenirs perturbants, la conduisit à renommer la méthode Désensibilisation et Retraitement par les mouvements oculaires (EMDR).

Le changement de nom de EMD en EMDR en 1990 comprenait un changement personnel d'orientation partant de la formulation comportementales initiale de la seule désensibilisation de l'anxiété pour se diriger vers un paradigme plus intégratif du traitement de l'information. [...]

Le changement de nom de EMD en EMDR s'est produit quand il est devenu visible que la procédure entraînait un mécanisme de traitement de l'information plutôt qu'un simple effet de désensibilisation. Le modèle intégratif de Traitement adaptatif de l'information souligne le fait qu'il s'agit d'une méthode fondée physiologiquement afin de stimuler un processus d'autogénération supposé inhérent au système de traitement de l'information. Les souvenirs précoces sont censés être la source première de nombreuses pathologies actuelles. On s'aperçoit que par ses effets l'EMDR modifie rapidement leur impact ce qui transforme la présentation clinique. Une approche en trois temps est utilisée pour cibler la cause événementielle, les déclencheurs actuels et modéliser une action future.

Tiré de SHAPIRO, F. (2007). Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures. *InterEditions*. P. 17-36.

3. Réponse : le lieu sûr.

Francine Shapiro recommande d'utiliser cet exercice avec tout le monde et de fournir une cassette afin que les patients puissent s'entraîner et renforcer son efficacité avant le début du traitement EMDR.

« L'objectif pour les patients est de créer un lieu sûr dans leur imagination avant le traitement. Cette oasis émotionnelle peut permettre un repos temporaire pendant la cure, une aide pour surmonter une perturbation afin de clôturer la séance est un moyen de traiter le matériel perturbant qui peut émerger entre les séances. Le clinicien laissera au patient une totale marge de manœuvre pour ce qui est de trouver un refuge personnel, mais évaluera soigneusement ses réactions par rapport à celui-ci. Certaines personnes essaient d'utiliser une image populairement associée à une sensation de calme, mais pour elles précisément, au contraire trop fortement associée à un événement traumatique. Par exemple, un patient peut imaginer une belle plage et ignorer l'angoisse générée par le souvenir d'être attaqué près de l'océan étant enfant. Evidemment dans ce cas, un autre lieu sûr devrait être trouvé. »

L'exercice en huit étapes est le suivant :

Etape 1 : *Image*. Le clinicien et le patient identifient une image d'un lieu sûr facilement évocable et engendrant pour lui un sentiment personnel de calme et de sécurité.

Etape 2 : *Emotions et sensation*. Le clinicien demande au patient de se concentrer sur l'image, de percevoir les émotions et d'identifier dans son corps la localisation des sensations physiques agréables.

Etape 3 : *Mise en valeur*. Le clinicien peut utiliser un ton de voix apaisant pour mettre en valeur l'imagerie et l'affect. Il faut lui générer un sentiment de sécurité et de protection chez le patient, à qui on demande de rapporter les émotions ressenties.

Etape 4 : *Mouvements oculaires*. La réponse positive est renforcée grâce à une série de mouvements oculaires. Le clinicien devrait utiliser la direction et la vitesse du mouvement identifié par le patient comme étant les plus confortables et dire : « laissez venir à vous l'image d'un lieu qui vous semble sûr »

et calme. Concentrez-vous sur l'endroit de votre corps où vous ressentez des sensations agréables et permettez-vous de les apprécier. Maintenant concentrez-vous sur ces sensations et suivez mes doigts avec vos yeux ». A la fin du set le clinicien demande au patient « Comment vous sentez-vous maintenant ? », s'il répond « mieux », le clinicien devrait faire quatre à six séries de plus. Si les émotions positives n'ont pas augmenté, le clinicien devrait essayer des directions alternatives de mouvements oculaires jusqu'à ce qu'une amélioration soit rapportée. Les sets sont petits de 6 à 12 mouvements chacun.

Etape 5 : *le mot clé*. Le patient doit alors identifier un mot, un seul, qui aille avec l'image (ex relaxé, plage, montagne, arbre) et se le répéter mentalement pendant que les sensations agréables et le sentiment de sécurité émotionnelle sont remarqués et renforcés grâce aux indications fournies par le clinicien. Cette procédure est répétée quatre à six fois avec des mouvements oculaires supplémentaires.

Etape 6 : *l'auto réplique*. Le patient est alors invité à répéter la procédure tout seul, à laisser venir l'image et le mot-clé et à éprouver les sentiments positifs (à la fois les émotions et les sensations physiques) sans aucun mouvement oculaire. Quand il a répété tout seul l'exercice avec succès, le clinicien lui indique comment l'utiliser pour se détendre en cas de stress.

Etape 7 : *Donner la réplique à une perturbation*. Pour renforcer le point précédent, le clinicien demande au patient de penser à une petite contrariété et de noter les éléments négatifs qui l'accompagnent. Le clinicien alors guide le patient à travers l'exercice jusqu'à dissipation des sentiments négatifs.

Etape 8 : *L'auto-réplique face à une perturbation*. Le clinicien demande alors au patient de laisser venir à nouveau une pensée perturbante et de faire l'exercice, cette fois-ci sans son aide, jusqu'à ce qu'il se sente relaxé.

Tiré de SHAPIRO, F. (2007). Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures. *InterEditions*. P. 153-155

4. Réponse b) Faux

Après avoir identifié une image qui représente soit l'incident entier soit sa partie la plus bouleversante [...] le thérapeute demande ensuite au patient d'identifier les mots qui expriment la croyance négative sous-jacente ou la mauvaise opinion de soi qui va avec l'image. Cette affirmation est appelée « cognition négative ». Bien que le terme *cognition* ait souvent été utilisé pour définir l'ensemble des représentations attachées à l'expérience, en EMDR nous l'utilisons pour signifier une croyance ou une évaluation.

Par conséquent, la cognition représente l'interprétation actuelle du moi, pas seulement une description.

En tant qu'interprétation, la cognition négative répond à la question : « quelles croyances dévalorisantes par rapport à moi-même j'ai, en relation avec l'évènement ? ». Les cognitions négatives incluent des affirmations telles que « je suis mauvais/sans valeur/ incapable de réussir ».

La victime d'un viol qui revoit la scène où elle est forcée et bâillonnée et qui déclare : « j'étais impuissante » ou « j'avais peur » *ne fournit pas* une cognition négative. Elle fait le compte rendu d'un fait, une description. L'EMDR ne peut traiter la déclaration de cette victime de viol parce que la méthode soit s'appliquer seulement à un matériel inapproprié, dysfonctionnel. Quand la description est exacte, on ne peut observer aucun effet de retraitement. [...]

La cognition négative est définie comme l'évaluation négative que les victimes font d'elles mêmes dans le présent. Quand le patient rapporte la mémoire d'un trauma qui s'est produit plusieurs années auparavant, le clinicien doit établir le niveau de perturbation qui est ressenti maintenant. Le patient continue à penser à lui-même de façon inappropriée en relation avec l'évènement (avec des sentiments de reproche, d'incapacité, d'impuissance, ou de dévalorisation), démontrant ainsi que la mémoire n'a pas été résolue. Quand la victime d'un viol rapporte la scène et déclare « je suis impuissant » ou « je suis sale » ou « je suis sans valeur », ce sont des jugements portés sur soi dans le présent. Comme ils représentent des croyances négatives (objectivement fausse) inadaptées, ce sont les cibles principales de l'EMDR. [...]

Encore une fois, une cognition négative est interprétative (« il y a quelque chose qui va mal chez moi ») plutôt que descriptive (« maman ne m'aimait pas »). [...] **Identifier la cognition négative aide le patient à percevoir davantage son irrationalité**, à établir une base de comparaison, et à l'aider à stimuler l'information dysfonctionnelle qui requiert le retraitement. [...]

Tiré de SHAPIRO, F. (2007). Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures. *InterEditions*. P. 73-75.

5. Réponse a) Vrai

Une fois que le patient et le clinicien ont identifié la cognition négative associée à la cible, la prochaine étape dans la séance EMDR, consiste pour le patient à identifier la cognition positive souhaitée et à l'évaluer sur l'échelle de VOC à 7 points, où 1 est « complètement faux » et 7 « complètement vraie ».

L'évaluation de la VOC doit être fondée sur le niveau de vérité et de croyance que le patient accorde à la cognition positive, et non pas sur ce qui est objectivement vrai.

Même en restant pris dans un tourbillon émotionnel, le patient est souvent conscient qu'il *devrait* croire quelque chose de positif. Donc, le clinicien devrait demander au patient de rapporter une réponse « viscéralement ressentie ». par exemple, une victime de viol sait que ce n'est pas sa faute mais se sent encore coupable. Par conséquent, elle ne donne d'abord qu'un 4 sur l'échelle VOC à la cognition positive « je suis quelqu'un de bien ».

L'objectif visé en identifiant une cognition positive souhaitée est de donner une direction au traitement, de stimuler les réseaux neurologiques appropriés et d'offrir au thérapeute et au patient une base de comparaison (l'évaluation de VOC) à partir de laquelle estimer les progrès. Identifier une cognition positive avant de commencer le retraitement fournit aussi une déclaration qui peut être utilisée pour une installation rapide (...) si une autre encore meilleure n'émerge pas en cours de traitement.

Des comptes rendus réguliers de séances EMDR montrent que si la cognition positive d'un patient est inappropriée ou impossible, le retraitement s'interrompt. [...]

Tiré de SHAPIRO, F. (2007). Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures. *InterEditions*. P. 75-79

EMDR et Neurobiologie

6. Réponse a) Une activation des régions sous-corticales du cerveau et une diminution significative du flux sanguin dans les différentes aires du lobe frontal

Abstract: The research elucidating how the brain is affected by exposure to extreme stress is making important contributions to understanding and treating traumatized individuals. Trauma renders people vulnerable to react to sensory information with subcortically initiated responses that are irrelevant, and often harmful, in the present. Reminders of traumatic experiences activate brain regions that support intense emotions, while decreasing a) activation in the CNS regions involved in the organization of the integration of sensory input with motor output, b) the inhibition of emotional expression and c) the translation of experience into communicable language. Neuroscience research has rediscovered the notion that the function of the brain is most of all the organization of effective action. Traumatized individuals seem to “lose their way in the world”: failures of attention and memory interfere with their capacity to fully engage in the present. This paper discusses how neuroscience research supports the notion that effective treatment may need to involve 1) learning that it is safe to *have* feelings and sensations through mindfulness and interoception, 2) learning to modulate arousal, and 3) learning that after confrontation with physical helplessness it is essential to re-engage in taking effective action. These are important steps towards reclaiming a capacity to effectively engage with the present.

[...] L'esprit rationnel, tout en étant capable *d'organiser* des sentiments et des impulsions, ne semblent pas particulièrement bien équipée pour *abolir* les émotions, les pensées et les impulsions.

Les études de neuro-imagerie sur les états émotionnels des êtres humains révèlent que les émotions intenses de peur, de tristesse, de colère et de joie augmentent l'activation dans les régions sous-corticales du cerveau et une réduction significative du flux sanguin dans les différentes aires du lobe frontal.

Ceci fournit une compréhension neurobiologique de l'observation clinique que les individus ont des difficultés à organiser un comportement modulé en réponse à une expérience d'intense émotion. [...]

Tiré de Van der Kolk, B.A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals New York Academy of Sciences*. In press.

7. Réponse : un conditionnement neurobiologique entraînant des comportements automatiques déclenchés par des indices de rappel liés au traumatisme.

[...] Les émotions ne se produisent pas par choix délibéré, mais par disposition : les structures limbiques du cerveau tel que l'amygdale marquent les stimuli sensoriels entrant afin de déterminer leur signification émotionnelle. [...]

Une manière de comprendre les gens atteints d'ESPT, c'est qu'ils perdent leur chemin dans le monde. Depuis au moins 1889, on a noté que les personnes traumatisées ont tendance à répondre au rappel du passé en effectuant automatiquement des actions physiques qui devaient être appropriées au moment du traumatisme mais qui ne sont plus pertinentes. Comme Pierre Janet l'a remarqué « les patients traumatisés poursuivent l'action ou plutôt la tentative d'action, qui a commencé quand la chose s'est passée et ils s'épuisent dans ces recommencements éternels ».

La neuropsychologie et la recherche en neuro-imagerie démontrent que les personnes traumatisées ont des problèmes à avoir une attention soutenue et des problèmes avec leur mémoire de travail, ce qui entraîne la difficulté à concentrer son attention et donc à être pleinement engagés dans le présent. [...]

Confrontés avec le fait que leurs émotions, cognitions et actions ne peuvent rétablir le contrôle et s'engager pleinement dans le présent, de nombreux enfants et adultes traumatisés éprouvent des difficultés à utiliser leurs émotions en tant que guide efficace pour l'action.

Souvent, ils ne reconnaissent pas ce qu'ils ressentent ou ne parviennent pas à montrer une réponse appropriée. C'est ce qu'on appelle « alexithymie », l'incapacité à identifier la signification verbale des sensations physiques et de l'activation musculaire. [...]

Cette incapacité à identifier correctement les sensations, émotions et états physiques s'étend souvent à avoir des difficultés à apprécier les états affectifs et les besoins de ceux qui les entourent. [...]

A la fois la neurochimie et les émotions sont activées *afin de* porter sur l'action : soit s'engager dans des mouvements physiques pour se protéger, se défendre, ou afficher des postures corporelles dénotant la peur, la colère ou la dépression qui invitent les autres à changer leur comportement.

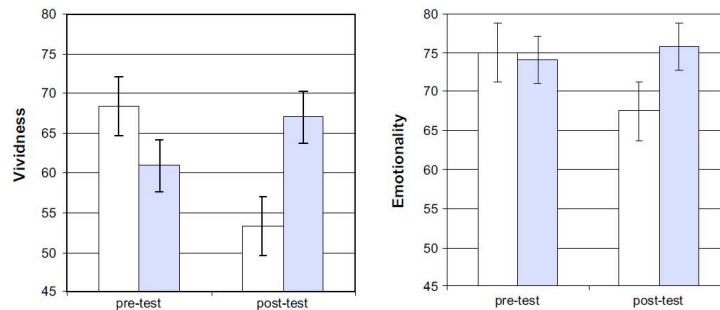
Tiré de Van der Kolk, B.A.(2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. Annals New York Academy of Sciences.

EMDR et Mouvements oculaires

8. Réponse a) Vrai

Abstract: Earlier studies have shown that eye movements during retrieval of disturbing images about past events reduce their vividness and emotionality, which may be due to both tasks competing for working memory resources. This study examined whether eye movements reduce vividness and emotionality of visual distressing images about feared future events: "flashforwards". A non-clinical sample was asked to select two images of feared future events, which were self-rated for vividness and emotionality. These images were retrieved while making eye movements or without a concurrent secondary task, and then vividness and emotionality were rated again. Relative to the no-dual task

condition, eye movements while thinking of future-oriented images resulted in decreased ratings of image vividness and emotional intensity. Apparently, eye movements reduce vividness and emotionality of visual images about past and future feared events. This is in line with a working memory account of the beneficial effects of eye movements, which predicts that any task that taxes working memory during retrieval of disturbing mental images will be beneficial.



Les résultats correspondent parfaitement avec les études de laboratoire antérieures montrant que les mouvements oculaires pendant le rappel de souvenirs personnels désagréables entraînent une diminution du niveau de vivacité de l'image et de l'intensité émotionnelle. [...] La présente étude étend ces effets pour bouleverser les images visuelles à propos de la peur d'évènements futurs : les mouvements oculaires, par rapport à une condition de double contrôle de tâches, a entraîné une importante réduction (pré-post évaluation) de la vivacité de l'image et de son intensité émotionnelle.

Il semble peu probable que les résultats obtenus puissent être expliqués par une extinction en raison de l'exposition non renforcée à des images bouleversantes : l'exposition sans mouvements oculaires ne réduit pas la vivacité de l'image et son intensité émotionnelle, et a même entraîné une légère augmentation de sa vivacité. **Des études antérieures ont également montré que lorsque les participants se concentrent sur des images visuelles d'évènements passés, sans faire une tâche concurrente avec des mouvements oculaires, il y a soit aucun effet (par exemple Andrade et al., 1997 ; Gunter & Bodner, 2008) ou un effet inverse qui a augmenté la vivacité de l'image (par exemple Maxfield et al., 2008 ; Van den Hout et al., 2001, 2009) [...]**

Tiré de Engelhardt, I.M, Van den Hout, M.A., Janssen, W.C., Van der Beek, J. (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of "flashforwards". *Behaviour Research and Therapy*. 48: 442–447.

Références :

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.

Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 913–931.

Maxfield, L., Melnyk, W. T., & Hayman, C. A. G. (2008). A working memory explanation for the effects of eye movements in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 247–261.

Van den Hout, M. A., Engelhardt, I.M., Smeets, M. A.M., Hornsveld, H., Hoogeveen, E., de Heer, E., et al. (2009) Counting during recall: taxing of workingmemory and reduced vividness and emotionality of negative memories. *Applied Cognitive Psychology*.

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.

9. Réponse b) la théorie de la mémoire de travail

La théorie de la mémoire de travail fournit une nouvelle perspective au sujet des mouvements oculaires qui produiraient des effets bénéfiques. Il est suggéré que les mouvements oculaires sont utiles parce qu'ils imposent une tâche à la mémoire de travail pendant le rappel. [...] Si les images activées imposent une tâche à la mémoire de travail, les ressources limitées seront en compétition et l'image sera stockée comme moins vive et moins intense émotionnellement. L'implication de cette théorie est que toute intervention surchargeant la mémoire de travail pendant la récupération est efficace, et un lien avec la réponse peut être logiquement déduit : plus la mémoire de travail est occupée, plus on a une diminution de la vivacité et de l'adversité. Cependant comme suggéré par **Gunter et Bodner (2008)**, une tâche extrêmement taxatrice peut empêcher la tenue d'une image dans l'esprit, empêchant ainsi les avantages. Ainsi, la relation entre la surcharge de la mémoire et de travail et la réduction de la vivacité peut présenter une courbe en U inversé.

En ligne avec la théorie de la mémoire de travail, on a constaté que la vivacité des images négatives est également réduite par des tâches secondaires qui occupent la mémoire de travail, mais qui ne sont pas dus aux mouvements oculaires horizontaux, comme les mouvements oculaires verticaux, un dérangement auditif, la copie d'une figure complexe [...], et des calculs mentaux arithmétiques. De même, le rappel de scènes d'un film vu précédemment avec un contenu traumatique pendant que la personne joue à un jeu vidéo (tétris), réduit les souvenirs intrusifs du film pendant la semaine suivante (**Holmes, James, Coode-Bate & Deeprise, 2009**). [...]

La théorie de la mémoire de travail n'a pas seulement des implications pour comprendre et appliquer la technique, mais aussi pour l'indication de l'EMDR et des interventions relatives qui occupent la mémoire de travail. L'implication est qu'elle dégrade non seulement les souvenirs rétrospectifs liés au trauma, mais aussi les images négatives à propos d'évènements futurs potentiels. Ces images négatives sont observées non seulement dans l'ESPT mais aussi par exemple dans la dépression [...], le trouble panique [...] ou l'hypocondrie [...].

Tiré de Engelhardt, I.M, Van den Hout, M.A., Janssen, W.C., Van der Beek, J. (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of "flashforwards". *Behaviour Research and Therapy*. 48: 442–447.

Références :

Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 913–931.

Holmes, E. A., James, E. L., Coode-Bate, T., & Deeprouse, C. (2009). Can playing the computer game "tetris" reduce the build-up of flashbacks for trauma? A proposal from cognitive science. PLoS ONE, 4, e4153. doi:10.1371/journal.pone.0004153.

10. Réponse d) les mouvements oculaires de l'EMDR correspondent aux mouvements oculaires du SOL 5 (sommeil paradoxal ou REM).

Très tôt, les travaux se sont portés sur les mouvements oculaires (et d'autres formes de stimulation bilatérale) susceptibles de constituer l'un des principes actifs de la démarche.

Un parallèle est à faire avec ce qui se passe dans le sommeil à mouvements oculaires rapides (*Rapid eyes movement* – REM). En effet, les mouvements oculaires rapides surviennent au cours des états de rêve et il existe de plus en plus de preuves montrant que le rôle des rêves est d'élaborer et de digérer psychiquement les vécus de la vie réelle (**Carskadon, M.A, 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 (**Wolpe & Abrams, 1990 ; Wolpe, 1990**), que ce dernier considérait comme responsable du soulagement de l'anxiété dans son traitement systématique de désensibilisation.

L'hypothèse de Shapiro était de penser que les mouvements oculaires pendant le rêve inhibaient la détresse. La découverte du sommeil-REM a été réalisée par Aserinsky et Kleitman (**Aserinsky et Kleitman, 1953**). Ils ont découvert que dans 80 à 85% des cas, les sujets qui s'éveillaient de ce sommeil étaient capables de fournir un récit clair et détaillé de leurs rêves, alors qu'en dehors de cette phase du sommeil, ils n'étaient plus en mesure de le faire (**Dement W.C, Kleitman N., 1957**). D'autres recherches ont suggéré que les phases non-REM comprenaient peut-être d'activité onirique qu'on l'avait cru, sans donner les récits riches et précis que l'on a dans la phase de sommeil-REM (**Foulkes D, 1962**). En fait, deux sortes de mouvements surviennent pendant le sommeil onirique : des mouvements simples et isolés, et des mouvements groupés. Les aveugles ne possèdent pas les mouvements groupés, mais on peut observer des mouvements simples pendant qu'ils rêvent. L'hypothèse de Lavie (**Lavie, 1996**) serait que les deux sortes de mouvements oculaires pendant le sommeil onirique pourraient jouer des rôles différents. Tandis que les mouvements qui se manifestent en groupe sont liés aux images visuelles du rêve, les mouvements oculaires simples seraient quant à eux liés au processus de recouvrement de l'information à partir du stockage des données dans le cerveau, afin de construire l'histoire du rêve. A cet égard, le lien qui existe entre le processus de remémoration et les mouvements oculaires peut être prouvé par une expérience simple. Il suffit pour cela d'observer les yeux d'un sujet auquel on a posé une question qui exige de lui qu'il se remémore une image. Nous pouvons alors apercevoir que le processus de remémoration est lié à de mouvements oculaires. Le sujet bouge les yeux comme s'il était en train de chercher quelque part autour de lui l'information qu'on lui demande. Il est par conséquent probable qu'au moins quelques uns des mouvements oculaires pendant le sommeil-REM soient en rapport avec le processus de recouvrement de l'information ou le traitement de cette information en vue de construire le rêve. Certaines études ont également montré que les mouvements oculaires saccadés dus au mésencéphale et le relâchement musculaire causé par la formation réticulée se produisent simultanément lors du sommeil-REM. C'est sans doute ce qui explique l'effet déconditionnant de celui-ci (**Perlis & Nielsen, 1993**).

Tiré de : Tarquinio, C. (2007). La thérapie EMDR dans la prise en charge du traumatisme psychique. *Stress et Trauma* ; 7(2) : 107-120.

Références:

- CARSKADON M.A.(1993). Encyclopedia of sleep and dreaming. New York : Macmillian.
- WOLPE J. , ABRAMS, J. (1991). Posttraumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization : a case report. *J. Behav. Ther. Exp. Psy* ; 22 : 39- 43.
- WOLPE J. (1990). The practice of behavior therapy. 4th edition. New York : Pergamon Press.
- ASERINSKY E., KLEITMAN N. (1953) Regularly occurring periods of eye motility during sleep. *Science* ; 118 : 273-274
- DEMENT W.C, KLEITMAN N. (1957). The relation of eye movement during sleep to dream activity : an objective method for the study of dreaming. *J. Exp. Psycho* ; 53 : 339-346.
- FOULKES D. (1962) Dream reports from different stages of sleep. *J Abnorm Soc Psychol* ; 65 : 14-25.
- LAVIE P. (1996). Le monde du sommeil. Paris : Odile Jacob.
- PERLIS M.P. , NIELSEN T.A. (1993). A re-evaluation of the desensitization hypothesis. *Dreaming* ; 3 : 243-257.

11. Réponse b) Faux

L'objectif du clinicien est d'amener le patient à bouger les yeux d'un côté à l'autre de son champ de vision.

Ce mouvement bilatéral complet doit être fait aussi rapidement que possible sans occasionner de gêne. [...]

Habituellement, le clinicien tient ses deux doigts bien droits, la paume faisant face au patient, à approximativement 30 ou 35 centimètres de son visage.

Il demande alors au patient, « est ce que ça va ? ». Si la réponse est non, le clinicien doit déterminer avec lui la position et la distance la mieux appropriée.

Le clinicien montre alors la direction des mouvements oculaires en bougeant doucement ses doigts horizontalement de l'extrémité droite à l'extrémité gauche (ou l'inverse) du champ visuel de son patient à une distance d'au moins 30 centimètres. Le thérapeute évalue la capacité du patient à suivre les mouvements des doigts en commençant lentement et ensuite en augmentant l'allure pour obtenir la vitesse maximum qui peut être maintenue sans gêne. Des cliniciens ont rapporté que la majorité des patients préfèrent une vitesse rapide, alors que certains travaillent mieux avec un mouvement plus lent. Pendant cette phase de test, nombreux sont ceux qui demandent au patient de rapporter ses préférences par rapport à la vitesse, la distance, la hauteur, et ainsi de suite, avant de se concentrer sur le matériel émotionnellement perturbant. Après avoir ciblé le matériel dysfonctionnel, le clinicien écoute le feedback donné par le patient à la fin de chaque set afin d'évaluer l'étendue de ce qui a été traité.

Si le matériel dysfonctionnel change vite et si le patient est relativement à l'aise, la vitesse à laquelle les doigts bougent peut être maintenue. Si cependant aucune de ces conditions n'est

obtenue, la vitesse ainsi que la direction (qui doit être brièvement examinée) et le nombre de mouvements oculaires durant le set peuvent être ajustés.

Tiré de : SHAPIRO, F. (2007). Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures. InterEditions.

12. Réponse : Par l'amélioration de l'interaction inter-hémisphérique et de l'interaction des régions antérieures (lobes frontaux) et postérieures (régions occipito-pariétales).

Abstract: The effects of handedness and saccadic bilateral eye movements on autobiographical recollection were investigated. Recall of autobiographical memories was cued by the use of neutral and emotional words. Autobiographical recollection was assessed by the autobiographical memory questionnaire. Experiment 1 found that mixed-handed (vs. right handed) individuals demonstrated greater levels of autobiographical recollection on the components of seeing, hearing, and emotion. Experiment 2 found that following 30 s of bilateral eye movements, greater levels of autobiographical recollection were demonstrated on the components of reliving, seeing, hearing, emotion, self-perspective and veridicality. The results extend previous research by showing that the recollective components of real world memories can be enhanced by either mixed-handedness or eye movements. In addition, these results provide a bridge between laboratory studies of recollection and autobiographical recollection. The findings are considered in terms of research on the cognitive neuroscience of autobiographical memory.

Discussion: The two experiments reported here, extend previous research by finding an effect of both handedness and bilateral eye movements on the core components of autobiographical recollection. To be more specific, both handedness and bilateral eye movements enhanced the reported recollection of visual information, auditory information, and emotional responses. The effects of bilateral eye movements were more widespread and in addition influenced reliving, self-perspective and veridicality. Although we prefer to remain cautious about the explanation for the more restricted effects of handedness on the AMQ variables, one possible reason is as follows. The influence of handedness appears to be limited to the more basic sensory attributes like seeing, hearing and emotion. It is from these attributes that recollection, in the sense of reliving and self-perspective are derived (**Rubin et al., 2003**). At a neurobiological level, the processing of these more basic forms of sensory information, involves dedicated neural regions, damage to which can lead to selective deficits in autobiographical recall (**Greenberg & Rubin, 2003; Rubin, 2005**). Perhaps the effects of handedness (and baseline interhemispheric interaction) extend only to the processing of these more basic attributes. A test of this idea would be to consider the effects of handedness upon the recollection and ratings of other sensory dimensions, such as olfactory and spatial information. Of course the question arises as to why the effects of eye movements were not limited to these sensory qualities.

The more widespread influence of eye movements on the AMQ variables may be due to the "boost" that such movements are hypothesised to bring about to interhemispheric interaction. In the context of the current experiment, the magnitude of this effect may simply be greater than the degree of baseline interaction for mixed-handed individuals, hence the larger effects. Perhaps also, the fact that handedness is a somewhat indirect and imperfect index of the degree of hemispheric interaction means that the observed effects are likely to be weaker or less consistent. As the precise

reasons for the differences are not known, a definitive explanation based purely upon the current results is somewhat premature and requires further work.

D'un point de vue théorique général, la constatation de l'amélioration des souvenirs autobiographiques peut-être expliquée par référence à l'idée que la mémoire épisodique est considérée comme dépendante de l'interaction entre les hémisphères cérébraux (Par exemple : **Christman et coll., 2003 ; habib et coll., 2003**)[http://translate.googleusercontent.com/translate_f - 8#8](http://translate.googleusercontent.com/translate_f-8#8). En conséquence, toute variable qui améliore l'interaction hémisphérique devrait améliorer les souvenirs épisodiques. En ce qui concerne les expériences en cours, les variables étaient l'impartialité et les mouvements oculaires bilatéraux ; dans les deux exemples, il y a eu une amélioration des éléments de souvenirs autobiographiques. De plus, dans la mesure où la reconstruction autobiographique requière un processus systématisé et détaillé (particulièrement lorsque les repères sont minimes), alors l'interaction hémisphérique peut se révéler particulièrement importante. Par exemple, on a avancé l'idée que les tâches mnémiques particulièrement complexes et exigeantes exigent la coopération des deux hémisphères durant la récupération. ([http://translate.googleusercontent.com/translate_f - 8#8](http://translate.googleusercontent.com/translate_f-8#8)**Johnson & Raye, 2003; Nolde, Johnson et Raye, 1998**). Par conséquent, ces interactions peuvent être considérées comme importantes au regard de la récupération de certains détails autobiographiques que constituent la base de recueillement.

En plus de l'interaction des hémisphères, les travaux antérieurs ont également souligné l'importance des interactions antérieures-postérieures dans la récupération de la mémoire et des souvenirs. [...] Ces interactions concernent les processus qui sont initiés par les processus exécutifs dans les lobes frontaux, suivi par la récupération des informations stockées dans les régions plus postérieures, comme le lobe temporal médian et les régions occipito-pariétales. [...] En ce qui concerne les souvenirs autobiographiques, il est probable que ce soit *les deux* interactions à la fois inter-hémisphériques et antérieures-postérieures qui sont importantes. [...]

Tiré de :

Parker, A. & Dagnall, N. (2010). Effects of handedness and saccadic bilateral eye movements on components of autobiographical recollection. *Brain and Cognition*. 73 ; 93-101/

Références : [http://translate.googleusercontent.com/translate_f - 8#8](http://translate.googleusercontent.com/translate_f-8#8)

Rubin, D. C. (2005). A basic-systems approach to autobiographical memory. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 79–83.

Rubin, D. C., Schrauf, R. W., & Greenberg, D. L. (2003). Belief and recollection in autobiographical memories. *Memory & Cognition*, 31, 887–901.

Greenberg, D. L., & Rubin, D. C. (2003). The neuropsychology of autobiographical memory. *Cortex*, 39, 659–728.

Christman, S. D., Garvey, K. J., Propper, R. E., & Phaneuf, K. A. (2003). Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, 17, 221–229.

Habib, R., Nyberg, L., & Tulving, E. (2003). Hemispheric asymmetries of memory: The HERA model revisited. *Trends in Cognitive Sciences*, 7, 241–245.

Johnson, M. K., & Raye, C. L. (2003). Cognitive and brain mechanisms of false memories and beliefs. In D. L. Schacter & E. Scarry (Eds.), *Memory, Brain & Belief* (pp. 35–86). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Nolde, S. F., Johnson, M. K., & Raye, C. L. (1998). The role of the prefrontal cortex during tests of episodic memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 2, 399–406.

13. Réponse : En résumé, les auteurs pensent que pendant l'EMDR il se produit une dépotentialisation sélective des synapses formant des traces dans la mémoire de la peur, et ce grâce aux stimulations à basse fréquence (Low Frequency Stimulation- LFS), libérant ainsi l'esprit de ces souvenirs.

Abstract: *Laboratory research on animals indicates that the potentiation of synapses in various areas of the limbic system is the primary step in fear memory formation. Depotentialization of these synapses can result in erasure or modification of these memories. The principal mechanism for depotentialization is induction of low frequency stimulation (LFS). This research has also shown that during memory recall, potentiated circuits within the limbic system become labile, and more vulnerable to depotentialization. The authors propose that LFS can be induced in the human brain during eye-movement desensitization and reprocessing therapy (EMDR), and that this can lead to quenching or modification of fear memory traces. Hence, the authors theorize that this process is the main biological basis for the therapeutic effects of EMDR.*

Conclusion: Long-term potentiation of synapses forming neural networks is considered to be the cellular analogue of learning and memory. In the hippocampus, such potentiated networks may be the basis of explicit, or autobiographical memory, while in the amygdala such networks form affectual states to accompany the explicit memory. These two memory streams join in the ACC. Laboratory and modeling experiments have established the conditions under which a synapse can be potentiated by high frequency tetanic stimulation. The synapse can subsequently be depotentialized by low frequency tetanic stimulation. LFS can result in the opening of NMDA receptors of potentiated synapses. This, in turn, activates the CA⁺⁺ - calcineurin pathway leading to dephosphorylation of key units of the AMPA receptors of these synapses. This disabling of the AMPA receptors results, in turn, in incapacitation of these synapses in the potentiated pathway, breaking the chain of synapses that mediate a fear memory. We believe that repetitive bilateral activation of the two lobes of the brain as the focus of attention shifts between the two hemispheres during EMDR therapy causes similar results at the molecular level in the human limbic modules, including the hippocampus, amygdala, and the ACC. The low frequency required for depotentialization of synapses may have an evolutionary origin in the frequency of saccadic eye movements initiated by the startle reflex, as described by MacCulloch and Feldman (1996).

Sur la base des enquêtes réalisées en laboratoire sur les mécanismes de dépotentialisation et des rapports détaillant les réponses des clients suivant une thérapie EMDR, **nous pensons que les synapses soutenant les souvenirs de peur stockées dans l'amygdale et d'autres valences négatives des souvenirs traumatiques enregistrées dans l'hippocampe ainsi que certains modules cérébraux qui leur sont liés sont sélectivement dépotentialisés pendant la thérapie EMDR.** Les clients peuvent alors évaluer de façon plus rationnelle les détails des souvenirs de l'évènement traumatique ; les souvenirs autobiographiques stockés dans l'hippocampe et ailleurs, deviennent plus distincts quand ils sont examinés dépourvus de leur charge affective. [...]

En résumé, nous pensons que pendant l'EMDR, il se produit une dépotentialisation sélective des synapses formant des traces dans la mémoire de la peur, libérant ainsi l'esprit de ces souvenirs. De simples expérimentations en laboratoire pourraient être menées pour déterminer si les stimulations à

basse fréquence (LFS) induites par les stimulations bilatérales sur le cerveau, ou la Dual Attention Simulation (DAS) pourraient faire disparaître les souvenirs de peur chez la souris. Des expériences plus complexes pourraient déterminer plus précisément l'emplacement de la dépotentialisation synaptique. Ces expériences, ainsi que d'autres analyses pratiques et théoriques, pourraient aider à intégrer les idées actuelles concernant l'origine de l'effet de l'EMDR en un concept sous-jacent unique. Évidemment, une explication logique et admise de tous concernant ce phénomène conduirait à une plus grande acceptation de la thérapie EMDR. [...]

Tiré de : Rasolkhani-Kalhorn, T, & Harper, M.L. (2006). EMDR and low frequency stimulation of the brain. *Traumatology* ; 12(1) ; 9.

EMDR et cibles traumatiques

14. Réponses :

- **Le souvenir traumatique : une amygdalectomie qui a causé une hémorragie lorsqu'il avait 8 ans.**
- **L'image la plus difficile : être sur le lit d'hôpital et entendre le commentaire de sa mère**
- **L'émotion associée : être effrayé (SUDS =10)**
- **La croyance associée : « quelque chose ne va pas avec moi, je n'ai aucun contrôle »**
- **Les sensations corporelles : cou et épaules brûlants**
- **L'élément déclencheur du souvenir traumatique : une opération chirurgicale récente des sinus.**

[...] In one session, Mr. S. said: "Whenever we get near tonsils, I see the light and I leave. I'm cognizant of what's around me but not quite, no fear, very comforting when I fixate on the light. It must have been a traumatic moment when I was fighting to survive, [I] can't recall because it's not clear or I don't want to, for an hour or so I'm in another world . . . the feelings coming back right to my head. I'm choking so bad, I'll be sick, a fear when that's happening, I won't get another breath."

Therapist: Possibly a memory of a state you were in at the time?

"That makes sense. I can remember knowing what's going on but the conscious part of my mind is somewhere else, my chest hurts, my legs are heavy, I can't lift them. I feel heavy like someone was punching down on me all over, that's when I see the light and get away from it. I feel chilled, cold, my head feels fine, the body feels cold. Did you see me move? It was like a jolt through my body, pressure on my chest up to my neck, it hurts." This may have been a memory of Mr. S. being resuscitated. He distinguishes the light from the operating room light because it moves. "If you try and pull away, it's there." I wondered if this was the light ENT surgeons wear on a hat while performing surgery. "I'm feeling now like I'm all alone, just me. Don't feel the presence of the doctor. He's not helping, not on my side, just me and I've got to do it. I've got to protect myself. They are hurting me. Tender spot there, my eyes welled up with tears. I pulled away from it. Now it's gone. I'm looking around for my parents."

Therapist: What are you feeling as you're looking around for your parents?

"Where is everybody? I'm scared. I keep hearing, don't cry, and be a big boy. I thought if I lie quiet, it will go away. I know others are there but they don't do anything, don't see how much it's hurting (crying) hurts so bad. I'm so scared. I don't know what will happen. If I can hold these feelings, I can

control what's happening. No one ever saw me upset. It was there but inside me. When I do that, I don't feel the pain anymore. I get away from it. No emotions, not upset, no pain. I control it. You can't be a little boy and cry. Now over the years, anything that is upsetting, I'm close to tears, I'd feel I couldn't do it because you'd lose control and go back to that time. Why couldn't I show emotion then? Was it dangerous?"

Therapist: It was dangerous. Your parents being upset frightened you.

"I have two pictures, the look on the nurse's face, panic on her face. And I opened my eyes; they had been shut for awhile. The minister is there. They're all around the bed. They seemed surprised that I opened my eyes." Outside of therapy Mr. S. made considerable progress in personality growth in that he began to view himself more positively. He could no longer tolerate his adverse work environment and understood that it seemed "normal" for him to need challenging circumstances. **His interest in unavailable women diminished and he realized that he had always thought something was wrong with him.** This pathogenic belief served a protective need to renounce the hope that he could ever recapture what he had lost, the "safe, loving mother." However, a complex area of distress and sadness remained that seemed impervious to therapeutic interventions. EMDR was introduced as a way to process these feelings. After explaining EMDR and creating a safe place, Mr. S. had his first EMDR session. Mr. S. began the EMDR session by recounting and summarizing our work. He discussed going to the hospital as an adventure, exploring the floor he was on, having a soda with the nurse. His favorite flower was placed in the room. Mr. S. approached the hospital with an adventuresome spirit. He next recalls awakening back in his room. When we focused on the events of this time period, Mr. S. would experience a deep sadness and frequently cry. With EMDR the following scene was targeted: Mr. S. is on the gurney and hears his mother comment: "You're sending him there to die."

Therapist: See if you can slow it down as if you are watching a movie with a remote control.

"I hear my mum's comment, shaking her head. I see my parents and aunt. I should be happy to see them. I know they're upset. Don't worry. It's all right, but I can't tell them."

Therapist: What's the worst part?

"My mom saying: 'You're sending him there to die.' It's the first time I understand there is something wrong."

Therapist: What words best go with the picture that express your negative belief about yourself now?

"Something's wrong with me. I have no control."

Therapist: When you bring up that picture of you lying on the gurney, what would you like to believe about yourself now?

"It's over. I'm safe now."

Therapist: When you think of lying on the gurney, how true do those words "It's over. I'm safe now" feel to you on a scale of 1–7 scale, where 1 feels completely false and 7 feels totally true? "2." (Validity of cognition scale (VOC)—the VOC will be the basis for inserting the client's positive cognition "It's over. I'm safe now" once the dysfunctional material is processed. This allows for the positive cognition to associate with previous traumatic memories.)

Therapist: When you bring up that image of you lying on the gurney and those words "I'm helpless. I have no control," what emotion do you feel now?

"Scared."

Therapist: On a scale of 0 to 10, where 0 is no disturbance and 10 is the highest disturbance you can imagine, how disturbing does it feel now?

"10." (Subjective units of disturbance scale (SUDS)— the SUDS will also be checked later in the session in order to determine the effectiveness and thoroughness of the processing.) It didn't scare me before. This changes that, seeing them upset, something is wrong, the minister is there. There is a bible on the

bed. I'm trying to figure out what's going on. Nothing fits into what I understand. I hear my aunt . . . "Is there nothing you can do? When I hear that, I'm off in the distance."

Therapist: Where do you feel it in your body?

"I feel myself on the stretcher all tightly bound. I feel really hot physically. My shoulders and neck are hot. My mind is jumping back and forth evading the middle part. I can feel them moving me around. I hear them talking. Mum and the doctor." [...]

Tiré de Broad, R.D. & Wheeler, K. (2006). An adult with childhood medical trauma treated with psychoanalytic psychotherapy and EMDR : a case study. *Perspectives in Psychiatric Care*. Vol. 42, N°2.

LES MODALITES D'APPLICATION DE LA THERAPIE EMDR

EMDR et Maladie chronique

15. Réponse :

- a. La Fibromylgia Impac Scale (FIQ)
- b. La Fatigue Scale (FS)
- c. La Beck Anxiety Inventory (BAI)
- d. La Beck Depression Inventory (BDI)

Summary The purpose of this study was to investigate the effectiveness of eye movement desensitization (EMD) for the relief of pain, fatigue and anxiety and depression in fibromyalgia patients. Six Caucasian female patients (mean age 43.2 yr) participated in two treatment sessions. Outcome assessments included the Fibromyalgia Impact Questionnaire, Fatigue Scale, Beck Anxiety Inventory, and Beck Depression Inventory. In-session process measures included thermal biofeedback monitoring and subjective units of discomfort ratings of pain, stress, and fatigue. Four out of six subjects were considered treatment responders. Thermal biofeedback monitoring revealed an average increase in hand temperature of 5.41 indicating a relaxation effect. At treatment termination, average scores decreased on the measures of anxiety (28.6%), depression (29.9%), fibromyalgia impact (12.6%), and fatigue (11.5%). At the 3-month follow-up assessment, total reductions in average scores from pre-treatment baseline reflected further improvements on measures of anxiety (45.8%), depression (31.6%), fibromyalgia impact (19.2%), and fatigue (26.7%). Because EMD produced a somewhat automatic relaxation response with minimal patient participation, it may be especially useful when standard relaxation techniques fail.

Method

Subjects

Six female subjects were recruited from a local support group for people with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. The mean age was 43.2 yr, mean years education was 14.0, and mean illness duration was 10.2 yr (Table 1). Four participants were employed half-time, one was employed part-time, and one was unemployed. All subjects had reportedly received a diagnosis of fibromyalgia from their physicians. Co-morbid psychiatric disorders were determined with a semi-structured clinical interview based on DSM-IV.

Measures

Fybromyalgia Impac Scale (FIQ): La FIQ est une échelle validée comprenant 10 items mesurant les fonctions physiques, la douleur, la raideur, la fatigue, le sommeil, la dépression, l'anxiété et le bien-être des patients atteints de fibromyalgie. Il a été démontré que la FIQ était sensible pour démontrer une amélioration clinique dans un certain nombre d'études sur les traitements comportementaux.

Fatigue Scale (FS): Pour mesurer la fatigue, on a utilisé l'échelle FS comprenant 11 items. La fatigue est une plainte récurrente dans la fibromyalgie. Le FS a été validée dans le syndrome de fatigue chronique et médicale de patients en externes et a montré une cohérence interne adéquate. Le SF s'est aussi montrée sensible à des changements de traitement dans une étude d'approche cognitivo-comportementale sur le syndrome de fatigue chronique.

Beck Anxiety Inventory (BAI) : cette échelle mesure les symptômes anxieux, elle est constituée de 21 items pour une mesure auto-évaluée avec une validité de construction établie et répliquée. L'analyse factorielle de la BAI a montré que le facteur anxiété était saillant par rapport aux 21 items de la BAI mais seulement avec une seule item de la BDI.

Beck Depression Inventory (BDI) : La symptomatologie dépressive est ainsi mesurée avec la BDI, un instrument auto-évalué comprenant 21 items avec des propriétés psychométriques bien établies.

Tiré de : Fred Friedberg, *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery* (2004) 10, 245–249.

16. Réponse b) Le niveau de la douleur, l'EPST, la dépression et l'utilisation de médicaments.

Abstract Little research substantiates long-term gains in the treatment of phantom limb pain. This report describes the use of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment and long-term follow up in a series of five patients with chronic phantom limb pain, treated in both inpatient and outpatient settings. Phantom limb pain in these patients ranged from one to 16 years and all patients were on extensive medication regimens prior to EMDR. Interventions of three to 15 sessions of EMDR were used to treat the pain and psychological ramifications. Outcome measures included: continued use of medications, pain intensity/frequency, psychological trauma and depression. Results indicate a significant decrease or elimination of phantom pain, reduction in depression and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms to sub-clinical levels, and significant reduction or elimination of medications related to the phantom pain at long term follow-up. These results suggest that (1) a significant aspect of phantom limb pain is the physiological memory storage of the pain sensations and (2) these memories can be successfully reprocessed

Method Five patients experiencing phantom limb pain presented in the course of the authors' clinical practices and were treated by the standard EMDR procedures. Each patient was treated by processing multiple events associated with the amputation, as well as a variety of targets related to issues of self-esteem, pain sensations, present triggers, and thoughts of the future. The amount of treatment time varied from 3 to 15 sessions. Impact of Event Scale (IES), [33] and The Beck Depression Inventory (BDI) [34, 35] were administered as standard psychometrics, and types and dosages of medications were tracked. The Faces scale was used to identify pain level.

Résultats

[...] Ce traitement a entraîné l'élimination complète des douleurs du membre fantôme dans deux cas et une **diminution de la douleur dans trois des cas**. Parmi les quatre patients qui ont donné une estimation numérique de leur douleur, les score moyens obtenus au pré-traitement était en moyenne de 9,5, qui a chuté à 2,8 au post-teste et est resté à ce niveau lors du suivi. **Pour l'IES (mesurant l'ESPT), les résultats obtenus avant le traitement montrait un score moyen de 54 (sur 75), qui ont chuté à 15,2 au post test (>25)**. Les valeurs correspondantes pour le **BDI (mesurant la dépression) on obtenait un score de 21,2 (dépression modérée) au pré-test et de 11,5 au post-test (>12)**. Les exigences du monde réel ont empêché le traitement complet dans deux des cas. Un patient a quitté l'hôpital, et un autre a refusé d'aller plus loin dans le traitement parce que sa compagnie d'assurance en refusait le remboursement. Néanmoins, la diminution de la douleur fantôme chez ces patients au post-test a été maintenue lors du suivi. Un seul patient a montré une diminution au post-teste, avec des résultats moins favorables au moment du suivi. [...] Tandis que le douleur nociceptive a perduré dans certains cas, le niveau de douleur global s'est montré plus facile à gérer. [...]

Après un traitement partiel de l'EMDR, la douleur fantôme et l'utilisation de médicaments a sensiblement diminué. [...]

Le tableau 2 montre l'évolution du score de douleur, les scores obtenus à l'Impact Event Scale, et à l'échelle de dépression, ainsi que l'utilisation de trois médicaments (sulfate de morphine, métamisol, gabapentine). Les résultats montrent le succès de la diminution de toutes ces mesures. De manière significative, ces résultats ont été maintenus de 12 à 18 mois de suivi après traitement.

Table 2
Pre-Post Treatment and Follow up Evaluations for Tom (patient #5)

	First Hosp. pre-tx	First Hosp. post-tx	3 month follow up	Second Hosp. pre-tx	Second Hosp. Post-tx	1 year follow up
Faces Scale Phantom limb pain maximum (0-10)	10+	4.5	5	7.5	0	0
Impact of Event Scale (1-75)	61	16	16	45	8	8
Beck Depression Inventory (1-63)	17	10	6	20	10	9
Morphine Sulfate	600 mg day	200 mg day	100 mg day on demand	300 mg day on demand	100mg day on demand	100mg day on demand
Metamisol	2 g d	0	0	0	0	0
Gabapentin	1800 mg	0	0	0	0	0

Tiré de SCHNEIDER J. (2006) EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine*.

17. Réponses :

Table 3 Traumatic Event Scale score for the five items measuring 'intrusive thoughts' (criterion B).

Criterion B (intrusive thoughts)	Barbro*	Anne	Disa	Eva	Mean (Anne, Disa, Eva)
Before treatment	19	17	19	16	17.3
After treatment	-†	-†	12	9	10.5
At follow-up after 1-3 years	17	5	7	9	7

*. The table indicates that the treatment results for three of the participants (Anne, Disa and Eva) (mean score) remained satisfactory at follow-up, but for Barbro the problem returned to the same level as before treatment.

†, Missing information.

Dans le tableau 3, on retrouve les scores du questionnaire TES pour les cinq items mesurant « les pensées intrusives » (critère B). Le score moyen pour Anne, Disa et Eva a changé, passant de 17.3 avant

traitement à 10.5 après traitement, et à 7.0 après un suivi à 1-3 ans. Pour Barbro, une légère baisse s'est produite pour les « pensées intrusives », passant de 19.0 avant traitement à 17.0 au cours du suivi.

Table 4 Traumatic Event Scale score for the seven items measuring 'avoidance and numbing of general responsiveness' (criterion C).

Criterion C (avoidance and numbing of general responsiveness)	Barbro*	Anne	Disa	Eva	Mean (Anne, Disa, Eva)
Before treatment	17	21	22	15	19.3
After treatment	-†	-†	13	11	12
At follow-up after 1-3 years	15	7	7	10	8

* , The table indicates that the treatment results for three of the participants (Anne, Disa and Eva) (mean score) remained satisfactory at follow-up, but for Barbro the problem returned to the same level as before treatment.

†, Missing information.

Les scores obtenus au TES pour les sept items mesurant « l'évitement et l'éroussement de la réactivité générale » (critère C) sont indiquées dans le tableau 4. Pour Anne, Disa et Eva, le score moyen est passé de 19.3 à 12.0 après traitement et à 8.0 lors du suivi. Pour Barbro, on observe un léger changement : le score est passé de 17.0 avant traitement à 15.0 lors du suivi.

Table 5 Traumatic Event Scale score for the five items measuring 'symptoms of increased arousal' (criterion D).

Criterion D (symptoms of increased arousal)	Barbro*	Anne	Disa	Eva	Mean (Anne, Disa, Eva)
Before treatment	11	17	17	14	16
After treatment	-†	-†	9	13	11
At follow-up after 1-3 years	16	5	6	12	7.7

* , The table indicates that the treatment results for three of the participants (Anne, Disa and Eva) (mean score) remained satisfactory at follow-up, but for Barbro the problem returned to the same level as before treatment.

†, Missing information.

Les scores obtenus au questionnaire TES pour les cinq items de mesures des « symptômes d'activation neurovégétative » (critère D) sont reportés dans le tableau 5. Pour Anne, Disa et Eva, le score moyen a diminué de 16.0 avant le traitement à 11.0 après traitement et à 7.7 au cours du suivi. Pour Barbro, le score est passé de 11.0 avant traitement à 16.0 lors du suivi.

Conclusions

The findings from this pilot study suggest that EMDR can be a useful tool in helping women who have been severely traumatised by childbirth. After treatment, all participants reported reduction of post-traumatic stress. At follow-up 1-3 years later, the beneficial treatment results remained for three of the four women. Symptoms of 'intrusive thoughts' and 'avoidance' seem most sensitive for treatment. Surprisingly, it was difficult to generate interest among pregnant women to participate in EMDR treatment. The best time for EMDR treatment of women traumatised by childbirth could be before their next pregnancy. In order to gain a deeper understanding of which women may be helped by this kind of psychotherapeutic intervention, a qualitative content analysis of the treatment notes, according to **Graneheim and Lundman (2004)**, is planned in the EMDR research group. Further research, preferably according to the gold standards for research design, proposed by **Foa and Meadows (1997)** and **Maxfield and Hyer (2002)**, is recommended with a randomised- controlled study.

Tiré de Sandström, M and coll. (2008). A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery* ; 24 : 62-73.

Références :

Graneheim, U.H., Lundman, B., 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.

Foa, E.B., Meadows, E.A., 1997. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annual Review of Psychology* 48, 449–480.

Maxfield, L., Hyer, L., 2002. The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR-treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology* 58, 23–41.

EMDR et Troubles alimentaires

18. Réponse :

- a. Le risque de créer de « faux souvenirs »
- b. Le risque d'inférer un lien non établi scientifiquement entre une expérience traumatique et un trouble de l'alimentation
- c. Le risque de préférer l'EMDR à des thérapies qui ont montré leur efficacité pour ces troubles.

Objective Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) has been claimed effective in the treatment of a wide variety of psychiatric disorders, including eating disorders. An informal survey suggests that EMDR is now widely offered to patients with eating disorders. Before accepting a new therapy such as EMDR, one must determine that its benefits outweigh its adverse effects. This paper reviews the literature in an attempt to assess the benefits and risks of the use of EMDR in the treatment of eating disorders. **Method:** We reviewed the literature on the use of EMDR to treat eating disorders and other conditions.

Results: Looking at the question of its benefits, we were unable to find any methodologically sound studies that have shown efficacy for EMDR in eating disorders, or, indeed, any psychiatric disorder. We were also unable to find a sound theoretical basis for expecting EMDR to be effective. In addition, EMDR may have adverse effects. First, EMDR is sometimes used in conjunction with efforts to “recover” memories of traumatic events. But “recovered memory” therapy may carry a risk of inducing potentially harmful false memories. Second, use of EMDR may prevent or delay other therapies of established efficacy for eating disorders, such as cognitive behavioral therapy and antidepressants.

Discussion: In light of the findings of our review, the risk/benefit ratio of EMDR does not as yet encourage its widespread acceptance.

Risques de l'EMDR Nous avons identifié trois risques potentiels de l'utilisation de l'EMDR. Tout d'abord, l'EMDR se concentre sur les souvenirs, les améliore et permet même de récupérer des souvenirs jusque là indisponibles (**Shapiro, 1995**). Mais il est difficile de savoir si la mémoire améliorée ou si les souvenirs récupérés sont des représentations exactes de la vérité historique, ou s'ils sont partiellement ou complètement inexacts. En outre, le danger de produire de faux souvenirs peut-être augmenté par le fait que le traitement consiste en des techniques similaires à l'hypnose et d'autres thérapies suggestives, qui sont associées à la production de faux souvenirs. Enfin, la technique de l'EMDR a été utilisée dans d'autres cas comme une « thérapie de récupération de la mémoire », et a été associée à l'élaboration de faux souvenirs (**Hudson, Pope : observations non publiées**). Ainsi, comme nous l'avons déjà observé dans une évaluation de la thérapie de « récupération de la mémoire » pour les troubles alimentaires, elle peut avoir des conséquences négatives graves qui sont à l'origine de la production de faux souvenirs (**Pope, Hudson ; 1996**).

Deuxièmement, l'utilisation de l'EMDR peut donner aux patients souffrants de troubles alimentaires des informations erronées sur les liens entre le traumatisme et les symptômes de troubles alimentaires. Il semble que la technique EMDR, même chez les patients souffrant de troubles alimentaires, repose

principalement sur la mise en lumière d'expériences traumatiques, ce qui implique un lien de causalité entre les troubles alimentaires et l'expérience traumatique. Les patients sont donc amenés à croire qu'ils traitent efficacement les séquelles de l'expérience traumatique ils pourront améliorer les symptômes de troubles alimentaires. Toutefois, il n'est pas clairement établi que l'abus sexuel ou d'autres traumatismes représentent un facteur étiologique important dans les troubles alimentaires. Nous avons montré que les preuves apportées ne permettent pas de valider cette hypothèse (**Pope et Hudson, 1992**). Même dans les études qui ont trouvé une association entre abus sexuels et troubles alimentaires, l'association semble être non spécifique entre les abus sexuel et la psychopathologie dans son ensemble, et non pas une association spécifique entre abus sexuels et troubles alimentaires (**Welch & Fairburn, 1994**). En outre, même s'il existe un lien entre traumatisme et troubles alimentaires, le lien de cause à effet n'est pas évident dans le sens où ce serait le traumatisme qui serait la cause des troubles alimentaires. Au contraire, cette association pourrait s'expliquer par l'influence de facteurs de perturbation (**voir Pope et Hudson ; 1992 ; 1996**). Ainsi, même chez les patients atteints de troubles de l'alimentation qui ont connu un événement traumatique, il ne semble pas prudent de supposer que le traumatisme a provoqué leurs troubles. L'utilisation de l'EMDR peut donc explicitement ou implicitement véhiculer la fausse impression que la science a établi un lien de causalité entre le traumatisme et le développement de troubles alimentaires.

Troisièmement, l'utilisation de l'EMDR peut aboutir au retard ou au refus d'utiliser des traitements dont l'efficacité est établie. Par exemple, dans les cas de boulimie ou d'hyperphagie boulimique, les thérapies cognitives et comportementales et les antidépresseurs ont démontré leur efficacité dans des études bien conçues (**Mitchell, Raymond, et Specker, 1993 ; de Zwaan, Mitchell, Raymond, & Spitzer, 1994 ; Hudson, Carter, & Pope, in press ; Hudson, Pope, & Carter, in press**). Refuser ces traitements dont l'efficacité est démontré au profit d'administrer un traitement d'efficacité fort douteuse, pourrait nuire aux patients.

Tiré de : Hudson, J.I, Chase, E.A. & Pope, H.G.Jr. (1998). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in eating disorders : caution against premature acceptance. *Int. J. Eat. Disord*, 23 : 1-5.

Références :

Hudson, J. I., Carter, W. P., & Pope, H. G., Jr. (1996). Antidepressant treatment of binge-eating disorder: Research findings and clinical guidelines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(Suppl 8), 73–79.

Pope, H. G., Jr., & Hudson, J. I. (1996). "Recovered memory" therapy for eating disorders: Implications of the Ramona verdict. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 139–145.

Pope, H. G., Jr., & Hudson, J. I. (1992). Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 149, 455–463.

Welch, S. L., & Fairburn, C. G. (1994). Sexual abuse and bulimia nervosa: Three integrated case control comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 151, 402–407.

Mitchell, J. E., Raymond, N., & Specker, S. (1993). A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 229–247.

de Zwaan, M., Mitchell, J. E., Raymond, N. C., & Spitzer, R. L. (1994). Binge eating disorder: Clinical features and treatment of a new diagnosis. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 310–325.

Hudson, J. I., Carter, W. P., & Pope, H. G., Jr. (1996). Antidepressant treatment of binge-eating disorder: Research findings and clinical guidelines. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(Suppl 8), 73–79.

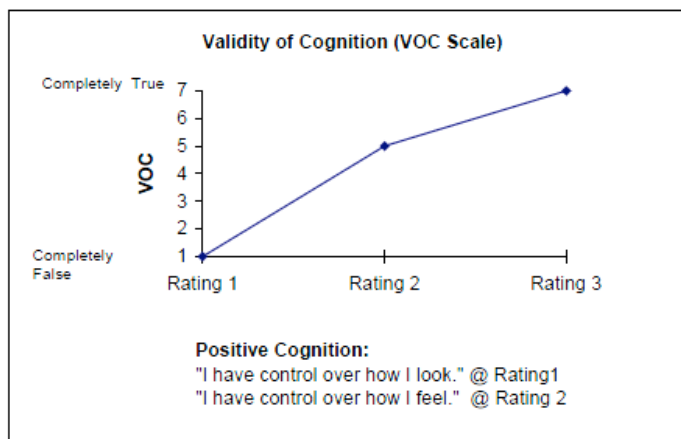
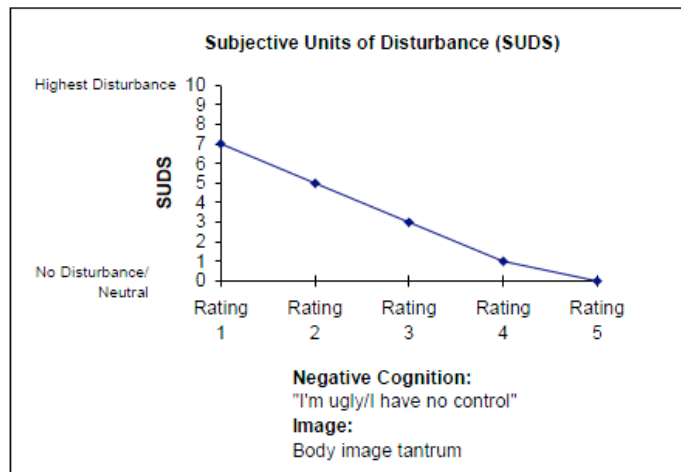
Hudson, J. I., Pope, H. G., Jr., & Carter, W. P. (in press). Pharmacologic therapy of bulimia nervosa. In D. J. Goldstein (Ed.), *The management of eating disorders*. Totowa, NJ: Humana Press.

19. Réponse a) Vrai

Abstract: *This single subject case study implemented in the private practice setting examined body-image disturbance and self-esteem. Eye movement desensitization and reprocessing is the treatment modality. The Self-esteem Rating Scale and the Body Image Avoidance Questionnaire are pre and post tested. A self-developed Daily Body Satisfaction Log is used throughout the 43-day observation period. Scores on subject's self-esteem and body image avoidance showed clinical improvement over the treatment period. Based on this clinical examination, eye movement desensitization and reprocessing appears to be a promising time-limited treatment intervention that merits further research for application to eating disorder symptoms such as body-image disturbance and low self-esteem. Suggestions for future research are provided.*

Procedure: During the first session Brandy completed both the Self-esteem Rating Scale (SERS) and the Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) as a pretest measure. Completion of the Daily Body Satisfaction Logs began following the pretests. The possibility of reactivity from using the daily log was discussed. It was agreed that Brandy would report her feelings on how using the log affected her. Baseline data was collected for 20 days, allowing for preparation and scheduling of the first EMDR session. Two EMDR sessions were conducted one week apart, on day 21 and day 28 of the study. Completion of the Daily Body Satisfaction Logs continued through day 43, after which the SERS and the BIAQ were administered for posttest. The research design used an ABA format. During the client history and preparation phase Brandy related past incidents of bulimic-like behaviors. Several episodes of purging occurred when Brandy was 20-21 years old and away from home for the first time attending college. Two traumatic events were reported prior to leaving home. Brandy experienced the loss of a childhood friend to a car accident, and during the same week was rejected after a date with her high school crush. Brandy recalls subconsciously losing interest in eating after these events, which she reports later, turned into a conscious issue of control. After she left for college out of state, Brandy states she became very controlled about her eating habits. She states she also began to exercise excessively, and found herself purging when she felt she had lost control of her eating. After returning home from college Brandy no longer felt as strong a need to control her food, and no further episodes of purging occurred. Brandy continued to exercise vigorously, however, and began to notice negative thoughts about her body. Brandy had become educated about anorexia nervosa and bulimia during her undergraduate psychology studies and reported using "self-talk" whenever she felt the need to purge. At the time, Brandy reported feeling under a great deal of stress related to personal issues. Brandy stated that she has "put on a lot of weight" and that she "hates her body" and "feels ugly". For the first EMDR session, Brandy opted to focus on a recent event that she referred to as a "tantrum" related to hating the way her body looks now. Prior to processing, she rated this image on the SUD scale, giving it a rating of seven. On the SUD scale, zero = no disturbance, and ten = the highest disturbance imaginable. Brandy choose "I'm ugly / I have no control" as the negative cognition to go with this image. The positive cognition Brandy wanted to believe about herself was "I have control over how I look". She rated this as a one on the VOC scale. On the VOC scale, one = completely false, and seven = completely true. During the installation phase Brandy spontaneously changed her positive cognition to "I have control over how I feel" as being a more appropriate choice. [...]

Résultats: Les scores de l'estime de soi peuvent être compris entre -120 et +120. Le prétest montrait un score de -1 et le post-test un score amélioré de +33. En ce qui concerne l'image corporelle la gamme des scores se trouvent entre 0 et 94. Le score obtenu au pré-test était de 52 et le score amélioré après la session était de 41 (plus le score est haut moins bonne est l'image corporelle). Dans la première session EMDR l'échelle SUD mesurant la détresse était au niveau 7 avant le traitement et réduit à 0 après traitement. Quant à la validité de la cognition (VOC), la cognition positive était évalué à 1 avant le traitement puis à 7 après le traitement (comme le montre les tableaux suivants) :



Tiré de : Wolfe, P. & Dzieliewski, S.F. (2000). Eye Movement Desensitization and reprocessing (EMDR) as time-limited treatment intervention for body image disturbance and self-esteem. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, Vol.1 ; Issue 3, 1-16.

EMDR et Deuil traumatique

20. Réponses :

Résumé : Cette étude exploratoire a pour objectif de tester l'application de la thérapie *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)* dans le cadre de la prise en charge du deuil traumatique. Le deuil traumatique, qui correspond à la perte brutale d'un autre significatif, répond à un tableau clinique précis dont les principales caractéristiques sont les pensées intrusives concernant le défunt et des difficultés d'ajustement face à la perte (sentiment de vide, difficultés à reconnaître le décès, irritabilité, absence de réactivité, etc.). Les huit participants de l'étude sont tous des membres de la famille des victimes de la collision de train qui a eu lieu le 12 octobre 2006 à Zoufftgen. Les sujets, âgés en moyenne de 35,2 ans (S.D. = 11,1) et comprenant 75% de femmes, ont suivi entre huit à 15 séances (m = 10,75 ; S.D. = 2,21) répondant au protocole *EMDR*. L'efficacité de la thérapie a été évaluée à partir de plusieurs critères comprenant la mesure du deuil traumatique, de l'anxiété, de la dépression et de la détresse psychologique. Cinq évaluations ont été réalisées : avant la prise en charge (T0), après six séances (T1), à la fin de la prise en charge (T2), puis à trois mois (T3) et 12 mois (T4) après la fin de la thérapie. Les principaux résultats semblent indiquer une efficacité de la prise en charge *EMDR*. En effet, on note une diminution de tous les indicateurs entre le début (T0) et la fin de la prise en charge (T2). En outre, lorsque cette diminution ne se poursuit pas à trois et à 12 mois, elle reste, au minimum, stable à un an. Ces premières observations sont d'autant plus encourageantes que 10 à 15% des patients endeuillés peuvent développer une dépression chronique.

Comme on peut l'observer sur la Fig. 1, la prise en charge avec la thérapie *EMDR* montre des effets positifs et permet à terme une réduction des scores à l'*HAD* tant pour l'anxiété que pour la dépression. De fait, on plus précise, il apparaît qu'après six séances les différences ne sont pas significatives tant pour l'anxiété ($Z = 1,8$; $p = \text{NS}$), que pour la dépression ($Z = 1$; $p = \text{NS}$). On notera en revanche une réduction significative du score d'anxiété ($Z = 2,52$; $p < 0,05$) et de dépression ($Z = 2,55$; $p < 0,05$), entre les phases T0 et T2. Ces différences restent significatives lorsque l'on compare l'évolution des résultats entre T0 et T3 (anxiété [$Z = 2,51$; $p < 0,05$] versus dépression [$Z = 2,53$; $p < 0,05$]), ainsi que T0 et T4 (anxiété [$Z = 2,58$; $p < 0,05$] versus dépression [$Z = 2,52$; $p < 0,05$]). Il est également important de noter l'existence d'une différence significative entre les phases T1 et T2 pour les deux mesures de l'*HAD* (anxiété [$Z = 2,58$; $p < 0,05$] versus dépression [$Z = 2,53$; $p < 0,05$]). Des différences significatives sont à noter entre la fin de la prise en charge et le suivi à trois mois (anxiété [$Z = 2,58$; $p < 0,05$] versus dépression [$Z = 2,12$; $p < 0,05$]) et à 12 mois (anxiété [$Z = 2,56$; $p < 0,05$] versus dépression [$Z = 2,21$; $p < 0,05$]). Entre les phases de suivi à trois et à 12 mois, on notera une baisse significative du score d'anxiété ($Z = 2,3$; $p < 0,01$) alors que le score de dépression entre ces deux phases ne diffère pas significativement ($Z = 1,32$; $p = \text{NS}$). Les résultats obtenus avec le score global de l'*Inventory of Traumatic Grief (ITG)* (Fig. 2) indiquent une baisse significative ($p < 0,05$) entre les différentes phases. En effet, il apparaît que la prise en charge avec la thérapie *EMDR* contribue à une réduction du score total à l'*ITG* après six séances. Cette baisse significative se retrouve à la fin de la prise en charge et se poursuit ensuite à trois et 12 mois.

En ce qui concerne la mesure du *SUD* mise à part les différences entre les phases T2 et T3 ($Z = 1,19$; $p = \text{NS}$) et les phases T3 et T4 ($Z = 0,96$; $p = \text{NS}$), toutes les autres évaluations diffèrent significativement les unes des autres ($p < 0,05$) (Fig. 5). Cette mesure du *SUD* semble ainsi consistante avec les autres mesures, indiquant une baisse significative après six séances et après la fin de la prise en charge.

Discussion : [...] On observe, en effet, une diminution des scores de dépression et d'anxiété à l'*HAD*, notamment à la fin de la prise en charge *EMDR*, soit en moyenne dix séances après le début de la thérapie. C'est là un résultat important, notamment lorsque l'on sait que le deuil peut mener à une dépression chronique chez 10 à 15% des sujets. Hensley [34] a par exemple conclu, après une revue de la littérature, que si on ne tient pas compte du *DSM-IV* qui recommande de ne diagnostiquer un

épisode dépressif majeur qu'au-delà des deux mois de la perte, environ 40% des endeuillés ont les critères d'épisode dépressif majeur dans le mois du décès, 15% sont déprimés à un an, 7% le sont à deux ans. En ce qui concerne l'anxiété, on sait, qu'une première attaque de panique est souvent associée à la séparation avec une personne investie affectivement. Ainsi, le deuil pourrait être un facteur précipitant du trouble panique, mais aussi de l'anxiété généralisée. La présence de troubles anxieux serait fréquente en début de deuil et diminuerait progressivement. L'anxiété due à la séparation avec le décédé pourrait durer au-delà de un an et même s'aggraver entre le sixième et le 12e mois [35]. De ce point de vue, nos résultats indiquent qu'il est possible, avec la thérapie *EMDR*, de juguler l'expression des troubles anxieux sur le court et le long terme. Comme nous l'avons signalé, il ne nous a pas été possible de restreindre le cadre thérapeutique de cette étude à trois ou 12 sessions de 90 minutes comme c'est le cas dans la plupart des études contrôlées [24,25]. Il est apparu en effet, que les résultats étaient d'une plus grande pertinence et d'une meilleure efficacité. Il s'avère en effet conformément à nos attentes que les scores obtenus en T2 sont avec toutes les mesures (*HAD*, *ITG*, *SUD*) significativement plus faible qu'en T1. Enfin, il faut noter que les effets de la thérapie *EMDR* sur la dépression, l'anxiété, le deuil traumatique et le *SUD* se maintiennent trois et 12 mois après la phase de prise en charge, ce qui milite en faveur d'une bonne stabilité temporelle de cette forme thérapeutique.

Tiré de : Tarquinio, C., Houbre, B., Fayard, A. & Tarquinio, P. (2009). Application de l'*EMDR* au deuil traumatique après une collision de train. *L'évolution psychiatrique*, 74 ; 567-580.

Références :

Hensley PL. Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *J Affect Disord* 2006;92:117–24.

Bourgeois ML. Deuil normal deuil pathologique. *Références en psychiatrie*. Paris: Doin; 2003.

Bisson J, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatment for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2007;190:97–104.

Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2005;162:214–27.

Pour aller plus loin: Sprang, G. (2001). The use of eye movement desensitization and reprocessing (*EMDR*) in the treatment of traumatic stress and complicated mourning : psychological and behavioural outcomes. *Research on Social Practice*, Vol.11, No.3 ; 300-320.

EMDR et Etats Limites

21. Réponse a) Vrai

Présentation du cas clinique ; Mlle C. est hospitalisée du début novembre 1995 jusqu'au début décembre 1995 pour anorexie dans un service de gastroentérologie en isolement total. En trois mois, elle a perdu 21 kg. À la suite d'un passage à l'acte (mutilation), elle est hospitalisée en urgence. Le diagnostic de schizophrénie est retenu et un traitement est prescrit.

Quinze jours après, elle est à nouveau admise in extremis aux urgences après une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse. Elle récidive quelques mois plus tard en se brûlant très gravement le sein gauche. C'est dans ce contexte qu'elle est hospitalisée dans notre service pour ESPT avec automutilations.

Très vite, à partir du troisième entretien elle se met à parler d'un viol qu'elle a subi à 12 ans par quatre garçons plus âgés. Elle a été violée pendant plus de quatre heures. Ils ont abusé d'elle individuellement et collectivement, et toutes ces « horribles scènes » ont été filmées. De temps à autre, ils s'arrêtaient pour fumer ou boire et visionner ce qu'ils avaient enregistré, c'est alors que sous la menace elle était obligée de regarder et d'entendre l'insoutenable. La culpabilité est au centre de la problématique psychopathologique ; depuis son agression elle est persuadée qu'elle mérite ce qui lui est arrivé pour avoir accepté l'invitation et puis, pourquoi n'a-t-elle pas crié, ne s'est-elle pas débattue, pour quelle raison n'a-t-elle rien révélé une fois chez elle ? Et puis n'avaient-ils pas raison quand ils la traitaient de « salope », de « chienne », qu'elle aimait bien tout ce qu'ils lui faisaient ? La preuve est que sur la vidéo, elle voyait bien qu'à un certain moment elle avait du plaisir, et qu'elle avait bel et bien éprouvé pendant un instant une certaine jouissance. Toutes ces questions et bien d'autres n'ont cessé de la miner, elle devait garder pendant toutes ces années pour elle les réponses qui aboutissaient toutes à la même conclusion, elle était responsable et donc coupable.

La première séance d'EMDR a permis de travailler sur des souvenirs qui tournaient autour des premières minutes de l'agression. La cible à traiter représentait le moment où sous la menace d'un couteau de cuisine, elle était obligée de les satisfaire. La cognition négative est : « Je suis une salope, souillée à jamais. » La cognition positive est : « Que pouvais-je faire, ils étaient quatre, plus âgés et plus forts que moi, je suis pure et innocente. » Peu à peu la cognition négative (je suis une salope) évolue, car l'émergence de certains détails pendant l'EMDR la persuade qu'elle était plutôt une victime d'une bande de « lâches et de salauds », et que par conséquent le sentiment de culpabilité n'était plus aussi aigu. Cette première séance fut très pénible, mais l'évolution des échelles de mesure allait dans le bon sens. À la deuxième séance, le matériel perturbant qu'elle livre se rapporte à une déferlante de cauchemars en rapport direct avec certaines séquences du viol, qu'elle avait totalement occulté pendant toutes ces années. C'est lors de cette séance, que pour la première fois, elle a pu vraiment se laisser aller à pleurer, grâce au tissage cognitif (qui s'apparente à la restructuration cognitive dans les TCC), ce qu'elle n'arrivait pas à faire depuis son viol. Il lui a été expliqué qu'il existe, dans certaines situations, des réactions orgasmiques physiologiquement déterminées, dues à des mécanismes réflexes, mécaniques. À partir du moment où elle a accepté cette explication, elle a pu accéder à une abréaction émotionnelle, la cognition positive est devenue : « Maintenant je me sens plus forte, je peux mieux me défendre. » À partir de cette dernière séance, la psychothérapie a évolué assez rapidement, des détails de plus en plus précis ont commencé à se préciser, le matériel qu'elle rapportait a été traité. La résurgence d'autres souvenirs fait ressortir que la pathologie dont elle souffre ne semble pas relever d'un traumatisme unique, mais s'inscrit aussi dans une problématique de séparation mal vécue, due au divorce de ses parents dans des conditions extrêmement difficiles.

Discussion

Le traumatisme est un désorganisateur qui se répercute sur différents aspects de l'évolution de l'individu. La patiente qui fait l'objet de cette discussion en a subi les conséquences, à un moment crucial de sa psychogenèse, ce qui a impliqué que le développement du Moi s'est fait avec des distorsions. Des mécanismes d'aménagement adaptatifs du Moi ont permis in fine à cette patiente de survivre, en intégrant des éléments du traumatisme central qui a fait l'objet de la psychothérapie.

Les réseaux des souvenirs dysfonctionnels ont fait l'objet d'une désensibilisation systématique. Le travail psychothérapeutique a déterminé au préalable les déclencheurs spécifiques des problématiques actuelles. La désensibilisation, sur le plan de l'évolution de la symptomatologie post-traumatique, a

permis un travail en profondeur sur les souvenirs relatifs à l'agression sexuelle, ainsi que les différents réseaux mnésiques dysfonctionnels reliés entre eux. L'exposition à tout ce matériel selon la méthodologie préconisée par la technique EMDR a permis une amélioration aussi bien sur le plan cognitif que sur le plan comportemental (meilleure estime de soi, réinvestissement de sa féminité, reprise d'une activité sexuelle dans le cadre d'une relation amoureuse).

D'un point de vue psychopathologique, se pose le problème du diagnostic. Il est vrai que la symptomatologie actuelle correspond à un trouble de la personnalité dans le cadre d'une pathologie limite ; dans ce cas, la déclinaison traumatique est la répétition de la problématique originelle, en rapport avec des distorsions et des perturbations précoces dans le fonctionnement de la sphère familiale, entre autres. Les automutilations qui constituent le motif principal des différentes hospitalisations interviennent sur un fond de dissociation non psychotique. Ce clivage du Moi est déclenché par des résurgences soudaines d'images en relation avec l'agression sexuelle, il est donc non structurel ; c'est dans ce cadre que la régression se traduisant par des actes d'automutilation coïncidait avec l'apparition de troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Par ailleurs, l'organisation comportementale de la personnalité autour de cet événement traumatique était aggravée par la conviction symbolique et réelle de la patiente de sa culpabilité. Sur le plan clinique, l'évaluation post-cure (après dix séances d'EMDR), à partir des échelles a montré une amélioration positive et significative de la symptomatologie traumatique et dépressive (Tableau 1). L'évitement qui consistait à fuir toute idée de fréquenter un garçon a pu, à la suite de la thérapie, s'estomper ; actuellement la patiente vit avec un jeune homme, elle rapporte que peu à peu, elle a retrouvé des sensations corporelles, et qu'effectivement elle peut faire maintenant la différence entre un « orgasme subi et un orgasme voulu ».

Concernant les automutilations, puis les TOC, ils sont devenus de plus en plus rares et minimes, pour disparaître, mais sur ce plan il demeure une grande fragilité liée à une problématique plus complexe, probablement relative à une pathologie limite de sa personnalité, et que seule une psychothérapie adaptée à la suite de l'EMDR pourrait juguler.

Tiré de : Negadi, F. et coll. (2007). Application de l'EMDR en sexotraumatologie : évolution de la comorbidité psychopathologique à propos d'un cas d'agression sexuelle. *Annales Médico Psychologiques* ; 165 : 523-528.

EMDR et Phobies

22. Réponse : dans le cas de phobie d'origine traumatique, dans les cas où l'exposition in vivo est coûteuse (exemple : phobie de l'avion), difficile à pratiquer (phobie des orages par exemple) ou dangereuse en soi (phobie des guêpes par exemple).

Abstract— This paper considers the current empirical status of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as a treatment method for specific phobias, along with some conceptual and practical issues in relation to its use. Both uncontrolled and controlled studies on the application of EMDR with specific phobias demonstrate that EMDR can produce significant improvements within a

limited number of sessions. With regard to the treatment of childhood spider phobia, EMDR has been found to be more effective than a placebo control condition, but less effective than exposure *in vivo*. The empirical support for EMDR with specific phobias is still meagre, therefore, one should remain cautious. However, given that there is insufficient research to validate any method for complex or trauma related phobias, that EMDR is a time-limited procedure, and that it can be used in cases for which an exposure *in vivo* approach is difficult

Au plan clinique, nous inclinons fortement à penser que les troubles phobiques sans composante étiologique traumatique répondent en général moins bien à la thérapie EMDR que ceux où l'on trouve un événement conditionnant évident, que l'on peut tenir pour responsable du déclenchement de la peur. Ce point est conforme aux expériences d'autres cliniciens. Par exemple, **Lohr et al. (1996)** avancent l'idée qu'en raison de leur origine fréquemment traumatique, les peurs des soins médicaux seraient celles auxquelles il serait le plus logique d'étendre l'usage de la thérapie EMDR.

Les données fournies par **Sanderson et Carpenter (1992)** confirment l'idée que c'est avec **les phobies d'étiologie traumatique que la thérapie EMDR est le plus efficace** ; dans un groupe de patients, ils ont trouvé une réduction significativement plus élevée des scores SUD dans le sous-groupe dont la phobie était d'origine traumatique.

Il faut se souvenir que très peu d'études contrôlées de résultats évaluent l'exposition *in vivo* dans le traitement de troubles phobiques plus complexes (par exemple d'origine traumatique). Pratiquement, tout ce que l'on sait aujourd'hui sur le traitement des phobies particulières provient d'études sur des phobies mono-symptomatiques sans étiologie traumatique (par exemple des phobies des serpents, des araignées, de l'avion, des hauteurs ; cf. **Öst, 1997**). Ces types de phobies particulières se soignent bien par une exposition prolongée au stimulus conditionnel (SC) en un nombre restreint d'heures de traitement. Au contraire, d'autres types de phobies particulières (par exemple des phobies de l'étouffement, des accidents, des soins dentaires) semblent moins bien répondre à une approche par exposition *in vivo* brève (**McNally, 1994 ; Kent, 1997 ; Kuch, 1997**). Par exemple, selon **Smith, Kroeger, Lyon et Mullins (1990)**, sur un échantillon de personnes phobiques des soins dentaires, un quart ne réagissaient pas à la désensibilisation systématique et évitaient toujours les soins dentaires.

Ces différences peuvent peut-être s'expliquer par le fait que les phobies d'étiologie traumatique ont un certain nombre de points communs avec le SSPT. L'exposition aux stimuli conditionnels serait alors moins efficace dans ce type de troubles, dans la mesure où elle n'évite pas l'apparition attendue du stimulus inconditionnel (SI), et active au contraire chez le sujet une représentation de ce SI. À cet égard, on s'est même demandé si des expositions répétées au SC ne risquaient pas de renforcer l'association SC-SI (**Bayens, Eelen, Van den Bergh & Crombez, 1992**). En fait, on trouve des distinctions entre l'exposition au SC et l'exposition au SI dans les procédures de thérapie cognitivo-comportementale des SSPT, d'une part, et des phobies particulières, de l'autre. Alors que les protocoles efficaces de traitement du SSPT ciblent la représentation du SI (c'est-à-dire les souvenirs de l'événement traumatique), les phobies particulières paraissent mieux répondre à l'exposition au SC (l'objet effrayant). Dans les SSPT, l'exposition répétée au souvenir du traumatisme est censée produire une habituation, dans la mesure où c'est l'occasion d'intégration d'informations correctives, qui modifient la réaction de peur (**Rothbaum et Foa, 1996**). Il serait donc éclairant d'étudier expérimentalement la question de savoir si les phobies d'origine traumatique répondent mieux à une intervention visant à réévaluer le SI, comme l'exposition imaginaire en EMDR (cf. **Davey, 1997**), alors que d'autres types de phobie réagissent mieux à une exposition *in vivo*.

En dehors des phobies d'origine traumatique, la thérapie EMDR peut s'avérer préférable dans des cas où l'exposition *in vivo* est coûteuse (par exemple les phobies de l'avion), plus difficile à pratiquer (phobies des orages par exemple), ou dangereuse en soi (par exemple les guêpes, ou certains types de procédures médicales désagréables) : à l'inverse du traitement de la phobie des araignées, au cours duquel on encourage le patient à laisser courir une araignée sur sa main, il serait difficile de lui demander de s'exposer à une guêpe de la même façon.

En raison de l'imprévisibilité du résultat, on risque fort d'empêcher le client de s'engager dans le traitement, ou on augmente le risque d'un abandon avant que le traitement n'ait pu réussir. Dans ce but, la thérapie EMDR pourrait être une alternative utile. Ces points pratiques de mise en œuvre du traitement sont importants ; le lecteur notera cependant que la désensibilisation systématique et l'exposition imaginaire auraient toutes deux les mêmes qualités à cet égard. En conséquence, il serait intéressant que des recherches étudient l'intérêt et les limites de l'utilisation de la thérapie EMDR à la place d'autres procédures *in vitro*, dans un large éventail de phobies particulières. [...]

Tiré de De Jongh, A. et coll. (1999). Treatment of Specific Phobias with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Protocol, Empirical Status, and Conceptual Issues. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, No. 1–2, pp. 69–85, 1999.

Références :

- LOHR J. M., TOLIN D. F. & KLEINKNECHT R. A. (1996). An intensive design investigation of eye movement desensitization and reprocessing of claustrophobia. *Journal of Anxiety Disorders*, **10**, 73–88.
- SANDERSON A. & CARPENTER R. (1992). Eye movement desensitization versus image confrontation: a single-session crossover study of 58 phobic subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, **23**, 269–275.
- ÖST L-G. (1997). Rapid treatment of specific phobias. In G. C. L. DAVEY (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 227–246). New York: John Wiley and Sons
- MCNALLY R. J. (1994). Choking phobia: A review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*, **35**, 83–89.
- KENT G. (1997). Dental phobias. In G.C.L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 107–127). New York: John Wiley and Sons.
- KUCH K. (1997). Accident phobia. In G. C. L. DAVEY (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 153–162). New York: John Wiley & Sons.
- SMITH T. A., KROEGER R. F., LYON H. E. & MULLINS M. R. (1990). Evaluating a behavioral method to manage dental fear: A 2-year study of dental practices. *Journal of the American Dental Association*, **121**, 525–530.
- BAYENS F., EELEN P., VAN DEN BERGH O. & CROMBEZ G. (1992). The content of learning in human evaluative conditioning: Acquired valence is sensitive to US-revaluation. *Learning and Motivation*, **23**, 200–224.
- ROTHBAUM B. O. & FOA E. B. (1996). Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. In B. A. VAN DER KOLK, A. C. MCFARLANE & L. WEISAETH (Eds.), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experiences on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- DAVEY G. C. L. (1997). A conditioning model of phobias. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 301–322). New York: John Wiley and Sons.

23. Réponse : une amélioration des symptômes liés à un ESPT (éviter, pensées et images intrusives), de l'empathie envers la victime et la prise de conscience du délit.

ASSESSMENT In addition to a posttreatment interview by an independent researcher, measures of self-report and other-report were used in this case. Interview and self-report techniques provided a subjective view of Samuel's experience of treatment. An assessment scale completed by Samuel's primary clinician provided an objective measure of CBT-RP treatment work progress.

Trauma Scale Inventory (TSI). John Briere (1995) developed the TSI for use in the "evaluation of acute and chronic traumatic symptomatology" (p. 1). It is designed at a fifth- to seventh-grade reading level. The TSI is a 100-item paper-and-pencil test describing trauma-related symptoms. Overall, the TSI assesses symptoms based on 10 clinical domains. The TSI also has three built-in validity scales to detect underendorsement or overendorsement and inconsistent responses. This assessment has shown high reliability ($M = .86$) and reasonable convergent, predictive, and incremental ($p < .012$ relative to Impact of Event Scale, Symptom Checklist, and Brief Symptom Inventory) validity. Construct validity measured in the normative sample was significantly associated with elevated TSI scores as follows: (a) adult interpersonal violence, $\chi^2(12) = 137.39$, $p < .001$; (b) childhood interpersonal violence, $\chi^2(12) = 135.90$, $p < .001$; (c) adult disaster, $\chi^2(12) = 46.35$, $p < .001$; and (d) childhood disaster, $\chi^2(12) = 25.33$, $p < .014$ (Briere, 1995). The TSI was normed on male and female adult populations. *Sex Offender Treatment Rating Scale (SOTRS)*. The SOTRS (Anderson, Gibeau, & D'Amora, 1995) is a "revised version of a rating scale constructed in 1989 for use with state-funded sexual offender treatment at the Center for the Treatment of Problem Sexual Behavior in Connecticut" (p. 223). Essentially, it is a "process and outcome measure for cognitive/behavioral sex offender treatment" (p. 221). The scale consists of six clinical rating dimensions, defined by behavior. These include "insight (understanding of offense), deviant thoughts (offense related impulses), awareness of situational risks (challenges the capacity for self-control), motivation (as for personal change through treatment), victim empathy (emotional impact of sexual offenses), and offense disclosure" (pp. 223-224). These ratings are combined for one progress score. The scale also calls for clinicians to make an "undefined progress estimate" (p. 223).

CASE CONCEPTUALIZATION Samuel is an incestuous sex offender who admits to his crime. He has passed a full disclosure polygraph, supporting his admission of one victim, his daughter. Samuel accepts and admits his ongoing risk to reoffend. He appears to be motivated to engage in his CBT-RP treatment program to learn new ways of thinking and behaving to minimize this risk. The primary therapist believes that Samuel is blocked in treatment as he becomes overwhelmed with emotion when he attempts to discuss the details and the impact of his offense. As a result, he loses clarity and becomes incoherent. Samuel agrees with this assessment, citing memories of his own childhood sexual abuse that overwhelm him and prevent him from doing the treatment work he wants to do. Samuel describes symptoms consistent with a diagnosis of PTSD, and this symptom picture is supported by the results of his TSI.

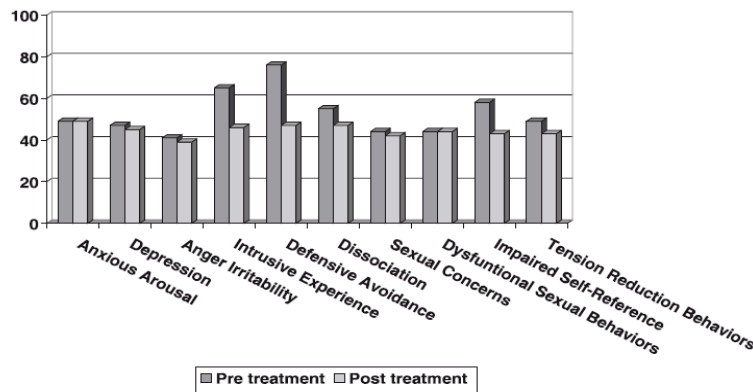


Figure 2. Trauma Scale Inventory

Les résultats obtenus pour l'échelle TSI avant et après traitement (**Briere, 1995**) montrent des améliorations significatives au sous échelles d'expérience intrusive (EI) et d'évitement défensif (DA). Un score élevé à l'IE indique des réactions et des symptômes posttraumatique intrusifs tels que des cauchemars, des flashbacks, des souvenirs déplaisants facilement réactivés par des expériences actuelles, et des pensées répétitives concernant une expérience déplaisante. Son score élevé à l'IE reflète typiquement un état de détresse. Des scores élevés à l'IE sont « souvent, sinon implicitement, liés à une expérience de traumatisme psychique ». (p.13). Un score élevé à l'échelle DA montrent souvent une tendance des patients à vouloir éliminer les pensées ou les souvenirs douloureux, en les poussant hors de leur esprit. Ils tentent également d'éviter les événements ou les stimuli qui pourraient réactiver ces pensées. Les personnes répondant à ce profil ne sont pas nécessairement dissociés pour autant qu'ils fassent un effort de contrôle des réponses cognitives et comportementales qui signifie un moyen de gestion posttraumatique. Un taux élevé à ces échelles reflète une présence posttraumatique classique montrant les deux composantes intrusives et évitantes de l'EPST. Le profil TSI de Samuel montre également une amélioration des sous échelles concernant la dissociation et l'auto référence. Les personnes présentant ces résultats cliniques ont souvent un sens incertain de leur identité et peuvent avoir des difficultés de compréhension ou d'expression de leurs sentiments. Il en résulte une capacité limitée à prévoir les réactions dans certaines circonstances (par exemple dans des situations stressantes ; p.15). [...]

A la fin du traitement, les scores de Samuel à l'échelle TSI avaient tous diminué et ont été maintenus à 3 mois de suivi (voir figure 2).

Les résultats obtenus avec le premier clinicien montrent une amélioration par rapport à cinq des six évaluations de l'échelle SOTRS (c'est-à-dire : l'Insight, les pensées sexuelles, la sensibilisation aux risques, l'empathie envers la victime, et la prise de conscience du délit...). Les changements les plus significatifs sont à noter pour les deux dernières dimensions (l'empathie pour la victime et la révélation du délit), mais la motivation a été jugé stable (voir figure 1).

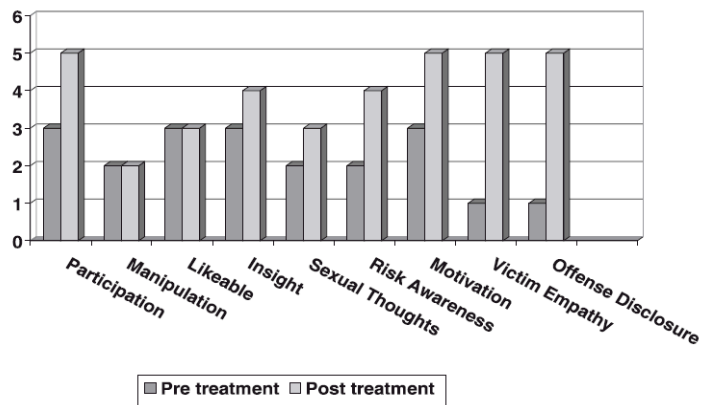


Figure 1. Sex Offender Treatment Rating Scale

TREATMENT IMPLICATIONS OF THE CASE In most ways, this case used EMDR much the same way it would be used with any childhood sexual trauma victim. However, there are at least two primary differences that demand close attention. First, the client has acted out sexually against someone else, and this must be considered at every step of treatment. Dissimilar to work with trauma victims who internalize their trauma (e.g., depression, anxiety, self-abuse) or externalize their trauma in other ways (e.g., violence, rage), the primary goal with a sexual offender needs to remain focused on community safety. This cannot be ignored. Second, somewhat related perhaps, is the close coordination required with the primary clinician to help manage the philosophical differences between the two treatments modalities. In this case, the primary clinician was willing to allow some flexibility (temporarily at least) in allowing Samuel to entertain and process some of his cognitive distortions. Evident in the case is that without this cooperation (and permission to Samuel), the thinking knots may not have unraveled, and Samuel may not have moved forward. This is no small hurdle to overcome. Undoubtedly, there are many CBT-RP treatment providers who would be unwilling to take this risk with their clients. Another important feature in this case was that Samuel's offending behaviors were isomorphic to his own victimization. Samuel is an incestuous sexual offender and was offended incestuously. His victim was age 7, the same age he initially believed he was at the onset of his sexual abuse. He identified similar patterns of grooming and offending between those he used and those used on him. Although these patterns may have contributed heavily to the thinking knot Samuel was experiencing (e.g., "I can't hate him. I'm just like him."), it also may account for (some of) the dynamics that made this a successful intervention with Samuel. There are many idiographic characteristics of this instrumental case study that must be considered when interpreting the findings. Samuel was a motivated client and had been in treatment for many years. It is possible that had this intervention been applied earlier in his treatment, he would not have responded as favorably. In addition, interview data revealed feelings of trust and connection to the treating EMDR clinician, there by making outcome attribution difficult. The primary clinician who assessed progress on the SOTRS was not blind to treatment, and although the interviewer was independent, she too was aware of the purpose of the project. Finally, although this case illustrates use of EMDR to address the traumatic memories, it is possible that other therapeutic techniques would show similar results. However, the positive results from this case lend support to prior findings of **Datta and Wallace (1996)**, whose research supports their hypothesis that addressing childhood trauma in adolescent sexual offenders may facilitate a break in the offense cycle. **Soberman et al. (2002)** had positive results using brief EMDR treatment to address childhood trauma in a sample of adolescents with conduct problems. Conduct problems may represent another externalized outcome of trauma.

Tiré de : Ricci, R.J. (2006). Trauma resolution using Eye Movement Desensitization and reprocessing with an incestuous sex offender : an instrumental case study. *Clinical Case Studies*, Vol. 5, N°3, juin 2006, pp. 248-265.

Références :

Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources

Datta, P. C., & Wallace, J. (1996, November). *Enhancement of victim empathy along with reduction in anxiety and increase of positive cognition of sex offenders after treatment with EMDR*. Paper presented at the annual conference of the EMDR International Association, Denver, CO.

Soberman, G., Greenwald, R., & Rule, D. (2002). A controlled study of eyemovement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 6(1), 217-236.

EMDR et Troubles du comportement chez l'adolescent

24. Réponse a) Le score du groupe contrôle à l'échelle IES a beaucoup diminué au cours des 5 premières semaines et on note une amélioration significative du comportement chez une population considérée comme ayant de multiples traumatismes alors que les cibles de l'EMDR ne portaient que sur un seul (ou un petit nombre) de souvenir(s).

Abstract We suggest that trauma contributes to the development and persistence of conduct problems, and should be addressed. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) was selected as a promising trauma treatment. Twenty-nine boys with conduct problems in residential or day treatment were randomized into standard care or standard care plus 3 trauma-focused EMDR sessions. The EMDR group showed large and significant reduction of memory-related distress, as well as trends towards reduction of post-traumatic symptoms. The EMDR group also showed large and significant reduction of problem behaviors by 2-month follow-up, whereas the control group showed only slight improvement. These findings provide support for EMDR's use as a trauma treatment for boys ages 10-16, as well as support for the hypothesis that effective trauma treatment can lead to reduced conduct problems in this population.

Discussion Un résultat surprenant était que **les scores du groupe contrôle à l'échelle IES (Impact of Even Scale) ont beaucoup diminué pendant les cinq semaines dans l'intervalle de temps entre la première et la seconde évaluation**. Bien que nous ne puissions pas définitivement tenir compte de cela, deux explications possibles viennent à l'esprit. Tout d'abord, puisque la moitié des souvenirs traumatiques identifiés sont survenus durant l'année écoulée, il est possible que le premier score obtenu à l'IES représente partiellement une réaction post-traumatique aigüe qui diminue naturellement avec le temps. Toutefois, dans ce cas, on aurait sans doute dû s'attendre à une tendance continue dans cette direction, qui n'a pas été trouvée dans le groupe contrôle au cours des deux mois suivants. Il est peut-être plus probable que la préparation à l'étude ait été créée par inadvertance un intérêt à l'échelle du système dans le traitement des souvenirs traumatiques. Le chercheur principal a présenté un exposé sur l'étude de l'échantillon clinique, et tous les participants ont été exposés au raisonnement sur le traitement du traumatisme grâce à l'EMDR. Par conséquent, notre meilleure estimation, c'est que par inadvertance cette intervention psychoéducative systémique, a conduit à un traitement non-EMDR concurrentiel des souvenirs traumatiques chez les participants dans le groupe

témoin. Cette hypothèse est cohérente avec le schéma global des résultats obtenus dans une étude quelque peu similaire (**Scheck, Schaeffer & Gilette, 1998**), avec un traitement bref non-EMDR centré sur le traumatisme qui montraient des gains initiaux modestes qui n'ont pas représenté un bénéfice à long terme.

Une autre constatation surprenante est l'amélioration substantielle du comportement à la suite du traitement EMDR centré sur un seul (ou un petit nombre) de souvenirs traumatiques, dans une population présumant de multiples traumatismes. Même si, encore une fois, ces résultats sont cohérents avec les résultats d'études similaires (**Datta & Wallace, 1996 ; Scheck, Schaeffer & Gilette, 1998**), ils sont également en contradiction avec d'autres études similaires, par exemple, celles qui utilisent l'EMDR brièvement avec des anciens combattants traumatisés chroniques (**Voir Shapiro, 1996b**). Une explication possible de cette tendance divergente des résultats pourrait être que les adolescents sont moins stables que les adultes dans leur symptomatologie et pourraient ainsi répondre plus efficacement en apparence à un traitement équivalent. Alternativement, il est plausible que, malgré les multiples présumés traumatiques des adolescents, la mémoire traumatique ciblée puisse avoir été d'une importance clé pour les adolescents dans le développement et la persistance de troubles du comportement ; ainsi, le ciblage du souvenir serait suffisant pour le changement. Enfin, les facteurs externes comme les prestations d'invalidité peuvent encourager les adultes atteints d'un ESPT chronique à conserver leurs symptômes, tandis que les facteurs externes peuvent encourager les adolescents avec des problèmes de comportements à renoncer à leurs symptômes.

Despite the apparent effectiveness of this brief treatment, we are skeptical of its lasting value in lieu of a comprehensive treatment approach. Even though a key traumatic memory may have been treated to resolution, this population's history of multiple traumatization may leave them inordinately vulnerable to behavioral deterioration following new trauma. Therefore, we do not wish these findings to be viewed as prescriptive, but rather hope to indicate the potential value of using EMDR to treat the entire trauma history in addition to the single selfselected trauma memory.

Tiré de : Soberman, G.S., Greenwald, R., & Rule, D.L. (2002). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 6, 217-236.

Références :

Scheck, M. M., Schaeffer, J. A., & Gilette, C. S. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 25-44.

Shapiro, F. (1996b). Errors of context and review of eye movement desensitization and reprocessing research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 313- 317.

Datta, P. C. & Wallace, J. (1996). Enhancement of victim empathy along with reduction in anxiety and increase of positive cognition of sex offenders after treatment with EMDR. Presented at the annual meeting of the EMDR International Association, Denver.

25. Réponse a) Une thérapie EMDR pour l'enfant et une thérapie familiale basée sur le soutien et le conseil éducatif.

ABSTRACT: This is a case study of a family with a child (age eight with reactive attachment disorder and the subsequent individual and family therapy. **Treatment of choice for the child was Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and supportive educational counseling for the parents and family.** Qualitative evaluation of the process demonstrated that the parents observed an instant change in the child's attitude. The child reported that she felt better about family, school, and truthfulness, and stated about the therapy: "It opened a window for me." A 12-month evaluation demonstrated continued positive effects.

[...] Les thérapies traditionnelles (de réflexion et de soutien) sont typiquement inefficaces pour les troubles réactionnels de l'attachement, en tant qu'elles supposent des caractéristiques individuelles que les parents n'ont pas (**Stellern, 1998**). L'inefficacité des méthodes traditionnelles peuvent conduire à la frustration de la part de la famille et de l'école si aucun progrès n'est constaté. Par conséquent, un style de traitement psychologique différent est indiqué, traitant le traumatisme et l'anxiété et permettant l'installation de cognitions positives et de sentiment de sécurité dans son environnement actuel. [...] Ces traitements précédemment prescrits faisaient intervenir la famille dans son ensemble et la fillette individuellement dans une série de sessions de « thérapies par la parole ». Les parents adoptifs se plaignaient que les traitements précédents n'aient montré aucun succès visible ni d'amélioration psychologique. L'influence du trouble réactionnel de l'attachement continuait à avoir des répercussions négatives sur tous les membres de la famille. [...]

L'enfant et la famille furent reçus ensemble pour une évaluation de leur vie actuelle. Il fut décidé d'introduire l'EMDR comme une possibilité de thérapie viable et non intrusive pour la fillette, premièrement pour traiter les symptômes évidents observés dans la famille, d'autant plus que les autres thérapies n'ont pas été couronnées de succès avec cette enfant et cette famille. L'enfant ne peut pas ou ne veut pas parler d'évènements traumatiques de son passé. On suppose que certains traumatismes ou activités traumatiques connexes sont présents (Séparation d'avec la mère biologique, placement dans un système qui a conduit à des foyers d'accueil, et l'adoption finale).

L'application de la technique EMDR a été modifiée de sa forme d'origine prescrit par Shapiro (1989) pour les traumatismes. Cette application ressemblait au modèle EMDR pour des performances importantes (Peak Performance) introduit par **Foster et Lendl (1994)** concentrant davantage l'installation de cognitions positives. [...]

Lorsque les parents ont rencontré le thérapeute après ces sessions, ils ont signalé un changement instantané des attitudes et des comportements de l'enfant. Notables, car l'enfant a arrêté de mentir à ses parents, s'est montré plus consciente et respectueuse des sentiments de sa fratrie, et plus à même de s'engager dans une relation personnelle avec ses parents. Plus spécifiquement, son style de communication avec son père avait changé passant d'une attitude non-communication et de retrait dans sa chambre, à plus de curiosité et d'argumentations avec lui. Cela perturbait le père qui voyait le comportement comme négatif, dans l'opposition et de mauvaise conduite et souleva d'autres

problèmes nécessitant une attention particulière. La perception du père était que la fillette était passée d'un trouble de l'attachement/retrait social à un comportement d'opposition.

La thérapie et l'éducation des perceptions de la famille se devaient d'aborder cet aspect. L'observation de la mère était que le comportement actuel de l'enfant constituait un changement positif par rapport à celui d'avant basé sur l'indifférence, l'isolement et l'évitement de conversations personnelles et conflictuelles avec le père. Lorsque l'on fit remarquer au père que le « comportement d'opposition » pouvait être considéré comme un problème temporaire d'apprentissage social et de socialisation, celui-ci devint plus tolérant envers les actes et les attitudes de sa fille. [...]

La procédure EMDR a été suivie de plusieurs séances de thérapies familiales et conjugales consacrées à l'éducation, le soutien et des conseils sur le processus d'unification de la famille

DISCUSSION In this case study, the EMDR therapeutic strategy was shown to be successful as an effective technique for the treatment of attachment disorder and its associated family issues. As the child felt more positive about the missing developmental aspects (her place in the family, the positives in her life), her social and family behavior improved noticeably. The family interaction also has continued to show improvement with the removal of the identifiable stigma of the "identified patient" within the family. The importance of traditional psychotherapy needs to be stress both prior to and after EMDR. Pre-EMDR clinical work is important for uncovering issues and developing trust, and may have a positive influence on the EMDR itself. Post-EMDR supportive therapy is important as well, as the EMDR is not meant to be an end in itself. There should be continued supportive therapy for family members to encourage continuation of the changes seen in the child. For example, the change in interaction between father and daughter becoming more confrontational is a positive change but one that may be viewed negatively in the family and therefore discouraged. It is important for the multidisciplinary personnel who work with children and their families to be aware of treatment options in order to advise parents.

Tiré de : Taylor, R.J. (2002). Family unification with reactive attachment disorder children : a brief treatment. *Contemporary Family Therapy* 24(3), September 2002 © 2002 Human Sciences Press, Inc.

References :

Foster, S., & Lendl, J. (1994, March 4–6). *Use of EMDR in peak performance*. Paper presented at The EMDR annual conference, Sunnydale, CA.

Stellern, J. (1988). *Emotional disturbance*. Laramie, WY: University of Wyoming Press

EMDR et ESPT chez l'enfant et l'adolescent

26. Réponse a) Vrai

Abstract: *The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in children with post-traumatic stress symptoms was meta-analytically examined from the perspective of incremental efficacy. Overall post-treatment effect size for EMDR was medium and significant ($d=.56$). Results indicate efficacy of EMDR when effect sizes are based on comparisons between the EMDR and the non-established trauma treatment or the no-treatment control groups, and the incremental efficacy when effect sizes are based on comparisons between the EMDR and the established (CBT) trauma treatment. The discussion focuses on the future replication of EMDR findings and further research on post-traumatic stress in children.*

Discussion: Le but de cette méta-analyse de l'EMDR chez les enfants souffrants d'ESPT, était d'examiner si l'EMDR est efficace et, également si l'EMDR génère une efficacité incrémentielle par rapport à d'autres traitements du traumatisme chez les enfants. [...] lorsque l'on compare les enfants traités par la thérapie EMDR à ceux traités par des méthodes habituelles (TCC), l'EMDR ajoute une faible mais significative valeur incrémentielle. [...]

De tous les résultats actuels issus des méta-analyses, il faut noter que c'est la première méta-analyse faisant état de résultats efficaces pour l'EMDR avec les enfants, et montrant, bien que timidement, que l'efficacité de l'EMDR est plus importante lorsqu'on la compare avec des enfants traités par TCC. Cette méta-analyse devrait, toutefois, être considérée comme une évaluation de la recherche EMDR avec des enfants sur une période de temps relativement brève.

[...] Cette méta-analyse montre que la thérapie EMDR est modérément efficace pour réduire les symptômes de l'ESPT lorsque l'EMDR est comparé au traitement habituel ou au groupe contrôle ne recevant pas de traitement, mais qu'une efficacité incrémentielle est observée lorsque l'EMDR est comparée avec les traitements pour le trauma dont l'efficacité a déjà été établie.

On pourrait faire valoir que l'efficacité incrémentielle de l'EMDR pourrait montrer l'importance d'un des mécanismes actifs de l'EMDR : la stimulation bilatérale. L'efficacité de l'EMDR pourrait également être expliquée par des procédures différentes (la récurrence d'expositions brèves ou la liberté de se distancer de la mémoire traumatique) de l'EMDR comparés à celles des TCC, y compris les techniques d'exposition (**Lee, 2008 ; Rogers & Silver, 2002 ; Solomon & Shapiro, 2008**).

[...] En résumé, cette méta-analyse de l'EMDR chez les enfants a montré que l'EMDR est efficace dans le traitement des symptômes de l'ESPT. En outre, nous avons mis en lumière une efficacité incrémentielle de l'EMDR par rapport aux traitements habituels. [...] Sur la base des résultats obtenus par cette méta-analyse, nous vous recommandons d'explorer plus avant l'efficacité différentielle de l'EMDR pour traiter les enfants souffrants d'EPST grâce à des études randomisées et contrôlées. Ceci incluant des renseignements sur les mécanismes actifs de l'EMDR et toutes les différences procédurales par rapport aux thérapies cognitivo-comportementales, grâce à des études spécialement conçus à cet effet.

Tiré de : Rodenburg, R. et al. (2009). Efficacy of EMDR in children : A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29 ; 599-606.

Références:

Lee, C. W. (2008). Crucial processes in EMDR: More than imaginal exposure. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 262–268.

Rogers, S., & Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 43–59.

Solomon, R. G., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315–325.

Pour aller plus loin:

Adler-Tapia, R., & Settle, C. (2008). *EMDR and the art of psychotherapy with children*. New York: Springer.

Ahmad, A., Larsson, B., & Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 349–354.

Beer, R., & De Roos, C. (2008). EMDR bij kinderen en adolescenten, een nieuw perspectief. Praktijkboek EMDR: Casusconceptualisatie en specifieke patientengroepen Amsterdam: Harcourt Assessment.

Jeffres, M. J. (2003). The efficacy of EMDR with traumatized children. Fielding Graduate Institute, Santa Barbara.

27. Réponse :

Abstract: The purpose of this article is to determine the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) among Iraqi children and the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in traumatized Iraqi children. The participants in the present study were Iraqi children, ages 7–12; mean age = 10.17 years. There were 29 boys and 31 girls who immigrated to Malaysia during the recent war in Iraq. Those children were assessed for PTSD. Following the assessment, 37 children were assigned to two groups: 12 to the experimental group and 25 to the control group. The 12 children in the experimental group were treated with EMDR and were compared with the 25 children in the control group. This was done in order to determine the effectiveness of EMDR in reducing PTSD symptoms among traumatized children. UCLA PTSD DSM-IV (Revision 1) was used to determine the prevalence of PTSD among Iraqi children. The results suggested that EMDR was effective in reducing PTSD symptoms.

Table 2: PTSD Classification by Number and Percentage of Participants

PTSD Score	N	Percentage (%)
None (<12)	23	31.5
Mild (12–24)	15	25
Moderate (25–39)	7	8.3
Severe (>40)	15	25

Les résultats obtenus à l'échelle UCLA PTSD DSM-IV (Version remplie par les parents concernant les symptômes de leurs enfants, révision 1) sont présentés dans le tableau ci-dessus. Sur les 60 enfants participants à l'étude, 23 (31,5%) ne présentaient pas d'ESPT ; 15 (25%) d'entre eux présentaient un ESPT léger ; 7 (8,3%) souffraient d'un ESPT modéré et 15 (25%) avaient un ESPT sévère.

Table 3: PTSD Symptoms for Experimental and Control Groups Before and After EMDR Treatment

Groups	N	Mean (SD)	
		Before EMDR	After EMDR
Experimental	12	38.91 (6.99)	12.33 (6.22)
Control	25	41 (7.91)	39 (8.08)

Les scores moyens d'ESPT obtenus avant le traitement ne différaient pas entre le groupe expérimental et le groupe contrôle. Cependant, après traitement, les scores moyens d'ESPT du groupe expérimental ont diminué significativement

Discussion This study demonstrated that children are vulnerable to the effects of war trauma. A very high percentage of the Iraqi children sampled (68.5%) showed symptoms of PTSD, and 25% of them could be classified as having severe symptoms of PTSD. However, this result cannot be generalized to include all Iraqi children, due to the fact that their parents are postgraduates, who are educated and are fully caring for their children. The data are consistent with those of other studies on children facing war trauma: 25% of Bosnian adolescents (**Weine et al., 1995**); 29.3% of Lebanese adolescents (**Saigh,**

1988); 50% of Cambodian children (Kinzie, Sack, Angell, Manson, & Rath, 1986); and 70% of Kuwaiti children (Nader, Pynoos, Fairbanks, al-Ajeel, & al-Asfour, 1993). Our findings are consistent with the conclusion of Chemtob et al. (2002) who concluded that EMDR is effective for civilian PTSD, and it applies its treatment in a user-friendly manner (Boudewyns, Stwertk, Hyer, Albrecht, & Sperr, 1993).[...]

The current study, in which the participants were Sunni and Shi'a, has revealed that Iraqi children who arrived and settled in Malaysia after the American-led war in 2003 are still suffering from PTSD. The participants in the present study have already experienced three types of war: the military arsenal of the U.S. military, the civil and sectarian war, and the war of terrorism. These kinds of wars have a broader impact on children as their minds are full of bitter and sorrowful memories. Moreover, those children have several stories of horror—of people being killed and displaced, and of abandoned children. During these wars, explosions targeted hospitals, houses, and schools. Before they experienced these wars, the children themselves had already heard from their parents regarding the Iranian–Iraqi War and the Gulf War. Such stories might have caused a kind of secondary PTSD. All of these might have resulted in severe and complex PTSD for these children. The improvement of the experimental group indicated a general effect of the treatment program in which the study took place with no apparent effect on control group. The results of the study demonstrated the effectiveness of EMDR in the treatment of PTSD in the experimental group compared to the control group. [...]A limitation of this study was the small sample size. Despite this limitation, results from previous studies suggest that many clinicians have found a sufficient number of positive outcomes in their work using EMDR to warrant further research. The rapid response to EMDR of the children in this study indicates that this treatment may contribute to the development of an effective, less painful, and costefficient treatment technique for young PTSD clients. The study was also limited to postgraduates' parents. This may be the reason behind the positive outcome (i.e., high response to EMDR). Children do not usually access memories in an organized way as easily as do adults. The children live and function much more completely in the present than do adults. The children have more immediate changing reaction to present emotions than do adults.

Tiré de: Wadaa, N.N., Zaharim, N.M., & Alqashan H.F. (2010). The use of EMDR in treatment of traumatized Iraqi children. *Digest of Middle East Studies*, 19(1) ; 26-36.

Références:

Weine, S., Becker, D.,McGlashan, T., Vojvoda, D., Hartman, S., & Robbins, J. (1995). Adolescent survivors of ethnic cleansing on the first year in America. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1153–1159.

Saigh, P. A. (1988). The validity of the DSM-III posttraumatic stress disorder as applied to adolescents. *Professional School Psychology*, 3, 283–290.

Kinzie, J. D., Sack,W. H., Angell, R. H.,Manson, S., & Rath, B. (1986). The psychiatric effect of massive trauma on Cambodian children: I. The children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 370–376.

Nader, K., Pynoos, R., Fairbanks, L., al-Ajeel, A., & al-Asfour, A. (1993). A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 407–416.

Chemtob, C. M., Nkashima, J., & Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99–112.

Boudewyns, P., Stwertk, S., Hyer, L., Albrecht, W., & Sperr, E. (1993). Eye movement desensitization for PTSD of combat: A treatment outcome pilot study. *Behavior Therapy*, 16, 29–33.

28. Réponse : The Butterfly Hug (l'Étreinte du papillon)

The Butterfly Hug a été créée et développée par Lucina Artigas lors de son travail réalisé avec les survivants de l'ouragan Pauline à Acapulco, au Mexique, en 1997 (**Artigas, Jarero, Mauer, Lopez Cano & Alcalà, 2000 ; Jarero, Artgas & Montero, 2008**). Pour l'originalité et le développement de cette méthode, Lucina Artigas a reçu en 2000 le prix de l'innovation créatrice par l'Association Internationale d'EMDR. Dans un texte sur l'EMDR de Francine Shapiro en 2001, elle écrivait que « The Butterfly Hug s'est révélé efficace pour traiter les groupes d'enfants traumatisés dans les camps de réfugiés à Mexico, au Nicaragua et au Kosovo » (**Shapiro, 2001, p.284**). Depuis 2009, the Butterfly Hug est devenu une pratique standard pour les cliniciens qui travaillent avec les survivants de catastrophes naturelles ou humaines.

The Butterfly Hug Script

The "Butterfly Hug" provides a way to self-administer dual attention stimulation (DAS) for an individual or for group work.

Say, "Would you like to learn an exercise that will help you to feel better?"

Say, "Please watch me and do what I am doing. Cross your arms over your chest, so that with the tip of your fingers from each hand, you can touch the area that is located under the connection between the clavicle and the shoulder. Your eyes can be closed or partially closed looking toward the tip of your nose. Next, you alternate the movement of your hands, like the flapping wings of a butterfly. You breathe slowly and deeply (abdominal breathing), while you observe what is going through your mind and body such as thoughts, images, sounds, odors, feelings, and physical sensation without changing, pushing your thoughts away, or judging. You can pretend as though what you are observing are like clouds passing by."

This exercise can be done for as long as the person(s) wishes to continue. Watch to make sure that the children are following along with you. If not, check to find out what is going on and then return to teaching The Butterfly Hug. Uses for This Method To install the Safe Place:

Say, "Now, please close your eyes and use your imagination to go to a place where you feel safe or calm. What images, colors, sounds, and so forth do you see in your safe place?"

When in groups, the Emotional Protection Team moves among the children listening to them as they answer out loud. The goal here is to make sure that each child has found a Safe/Calm Place they imagined. The following is optional:

Say, *“Now, please take out your paper and draw the Safe/Calm Place that you imagined. When you are finished, please do the Butterfly Hug while looking at your drawing.”*

Say, *“You are welcome to take your picture home and you can use it with the Butterfly Hug whenever you need to feel better.”*

Make sure to notice the children’s responses. There is no talking during this time so that the children are not taken out of their process.

Once the patients or clients (children or adults) have learned the Butterfly Hug, they can be instructed to take this method with them to use between sessions, whether to modulate any disturbing effect that arises, to reground with their Safe Place or simply to help them get to sleep more easily.

Say, *“Now that you have learned the Butterfly Hug you can use it anytime that you are having disturbing feelings, or you want to go back to your Safe Place. You can also use it to get to sleep more easily. Do you have any questions before we stop for today?”*

Il y a plusieurs façons d'utiliser the Butterfly Hug :

- Ancrer l'affect positif, les connaissances et les sensations physiques associées avec les images produites par la technique de « l'imagination guidée »
- Lors du protocole EMDR standard, quelques cliniciens l'ont aussi utilisé avec des enfants et des adultes pour faciliter le traitement primaire de souvenirs fondamentalement traumatique. Au lieu que les cliniciens se chargent des stimulations bilatérales, on demande au client de faire the Butterfly Hug durant les phases 4,5 et 6. On pense que le contrôle obtenu par le client, par cette stimulation contralatérale, est un facteur qui facilite la conservation de leur sentiment de sécurité pendant le traitement des souvenirs traumatiques
 - On l'utilise également lors de l'exposition *in vivo*. Par exemple, dans la région de la Quiche au Guatemala, les personnes qui assistent à l'enterrement de leurs proches, utilisent the Butterfly Hug pour s'auto-consoler et faire face à l'expérience.
 - On l'utilise également dans l'EMDR Integrative Group treatment Protocol (EMDR-IGTP) où on a l'habitude de travailler avec des enfants et des adultes qui ont réchappé à des événements traumatiques, pour traiter la mémoire traumatique ou les souvenirs de la mort de membres de la famille. Pendant ce processus, les enfants et les adultes sont sous la proche surveillance d'un professionnel de la santé mentale qui forment l'équipe de Protection Emotionnelle (**Jarero et al., 2008**).
 - L'utilisation du Butterfly Hug lors des séances avec le thérapeute peut-être une expérience auto-relaxante pour beaucoup de clients traumatisés. Par exemple, le thérapeute peut dire « Voudriez-vous utiliser le Butterfly Hug tandis que vous me raconterez ce qui s'est passé ? ».
 - Certains professionnels utilisent le Butterfly hug simultanément avec leurs clients pour empêcher une traumatisation secondaire.
 - D'autres professionnels l'utilisent comme un substitut pour ne pas toucher le client en disant « S'il vous plait, donnez vous une étreinte de papillon pour moi ».
 - Les professionnels disent aussi avoir utiliser le Butterfly Hug avec des clients ayant un ego très affaibli parce qu'il produit moins d'abréaction que d'autres techniques de stimulation bilatérale.
 - Les professeurs d'école guatémaltèques disent à leurs élèves victimes de violence parentale, qu'ils peuvent sentir l'amour de Dieu le père par l'étreinte du papillon.

- Lors de la tragédie de la mine Pasta de Conchos à Mexico en 2006, un auxiliaire médicale a stabilisé et sauvé la vie d'un mineur qui faisait une attaque cardiaque en utilisant le Butterfly Hug.

Tiré de : Artigas, L. & Jarero, I. (2009). The Butterfly Hug, in Luber, M., Eye Movement Desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocol : special populations. Chapter 1, pp.5-8.

Références :

Jarero, I., Artigas, L., Mauer, M., Lopez Cano, T., & Alcala, N. (1999, November). *Children's post traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocols*. Poster presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Miami, FL.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

EMDR, ethnicité et discrimination

29. Réponse a) Vrai

Abstract A biracial client's recover), from posttraumatic stress disorder (PTSD) through the use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) is discussed to illustrate the interaction between ethnicity and phenotype as well as diagnosis and treatment considerations. This case explores a woman's experience of discrimination in and out of her home and her vulnerability to complex PTSD, and it documents the importance of the therapy focusing on experiences of discrimination and prejudice as well as abuse. It shows how the client structures her environment in a personally creative fashion to include representative features of various aspects of her identity, by her choice of where and who she teaches as well as how and with whom she spends her free time.

Case Presentation *Background Information and Clinical History*

Mary is a blond, blue-eyed woman, half Anglo American and half Mexican American, who was raised as a "cowgirl" in one of the ranching areas in Texas.[...]

Precipitating Incident

Mary was referred by her physician following being verbally assaulted, physically threatened, and insulted three times in a single day by a large Mexican American man, whose presence was unauthorized at the school where she taught. [...] The stranger started screaming at her and told the children that they did not have to listen to her, that she was an "Anglo whore," and he made obscene and threatening gestures. [...] During lunch, the same man who had harassed her earlier was now in the cafeteria, and when he saw her come in with her tray he came toward her, threatening or "mad-dogging" her, and she fled the area without finishing her lunch. She again went to the office for support, and while she was there the man arrived at the office and started yelling again and pounding his fist on the counter. She was afraid to return to her classroom, for fear he would follow her down the empty hall, and also was fearful of staying at the office. She finally returned to her classroom. During this time, she received no assistance from the school personnel in charge, who treated the incident in an off-handed manner and who told her that she was overreacting to the situation. They did not listen to Mary's strong intuitive feelings that she or her charges might be at risk; they took no steps to remove the man from the school. [...] Mary was worried about her own safety but was chiefly worried about the

safety of the children in her care. She was fearful that he might attack her and by doing so also put the children at risk. Starting the next day Mary took leave-of-absence and then short-term disability leave until it ran out. She was not approved for long-term disability and eventually was forced to take leave without pay. A knowledge of Mary's life history is important in understanding why this incident was especially difficult for her. At the time of the harassment, Mary was married to an Anglo American man and felt good about her life. Her first husband, a Mexican American man, had been emotionally and physically abusive, and after leaving him she had worked her way through college. She obtained an education degree so she could teach school and care for her two young girls. Recently, she had remarried a supportive man who had similar interests; her children are now grown and have left home.

Presenting Symptoms Initially following the harassment, Mary felt frightened to go out of her home, and in fact moved her work room in the house to get further away from the outdoors. She began to avoid public rodeo events and social events related to ranching and started spending more time at home by herself. She felt frightened, even in the supermarket, and was terrified to return to the area of town where the harassment occurred. She was afraid to go back to work, worried that the man might show up again, and also not trusting that she would get help from the school administration if something else happened. Immediately following the incident, to assess post traumatic symptoms, I asked Mary to take the Trauma Symptom Inventory (TSI). Her scores on this instrument were consistent with the diagnosis of PTSD. She obtained a valid profile, and her high scores were in anxious arousal (T = 75) and intrusive experiences (T = 70). The Anxious Arousal scale on the TSI is a measure of autonomic hyperarousal and anxiety, whereas the Intrusive Experiences scale measures nightmares, flashbacks, and intrusive posttraumatic images. As part of the EMDR treatment protocol, Mary was asked to develop a list of scenes that outlined the traumatic events that consisted of the first, second, and third encounter (on the same day). Because we started working immediately on the trauma, within days of the harassment, it was necessary to target separate aspects of the event (Shapiro, 1995). What became evident as we worked was that Mary's traumatic response was linked to traumatic events occurring in her childhood that left her feeling powerless and shamed and to events of her young adulthood. Mary's first husband was physically abusive and frequently told Mary it was because of her Anglo American side. Additionally, he rejected one of their children, would not claim her as his daughter because he said "her skin was too white." This led to years where Mary was forced to care for her daughter separately from the family and to protect the child from him. Furthermore, some of her own difficulties resulting from past prejudicial treatment were reactivated by her first husband's abusive treatment of her and their child. Mary remembered being teased often, both at home and at school, for being "too white," so the treatment she received from her first husband was familiar. It took some maturity for her to realize that this sort of treatment did not need to be a part of her life. Mary's first husband's rejection of her Anglo American side, his failure to support and protect her, and his rejection of and abusive behavior toward their daughter had caused her significant problems, both practical and emotional. She spoke of the ways she had overprotected the child her husband rejected, and at the same time she felt the child had been neglected and pushed out of the family because of his behaviour toward her. Mary was also hurt when as she was about 11 years old and found out that her Anglo American paternal grandparents were still alive. She had not met them before; they had disowned her father when he married a Mexican American woman, and she had been told that they were dead. Her grandparent's rejection of her Mexican American roots was also very important in her uncertain feelings about herself and in her struggles to find a positive identity. Because of all of these experiences, Mary's development of PTSD from the incident at her school was inevitable.

Treatment Process

The treatment process for this episode consisted of weekly sessions for about 3 months, then moved to bimonthly, then monthly follow-up sessions, for a total of about 8 months. The total number of psychotherapy sessions was 21 sessions, with 9 of these using EMDR. During the weekly sessions, EMDR sessions were alternated with more standard psychotherapy sessions in which the client explored issues further and worked on identifying additional issues that were then processed during the EMDR sessions.

Discussion

Les résultats de Mary montrent une amélioration substantielle au sortir de la psychothérapie (Sonnanburg, 1996), notamment une amélioration de la régulation émotionnelle et des cognitions positives, un meilleur fonctionnement social, et une amélioration de l'acceptation de soi, ainsi que le sentiment d'avoir un meilleur contrôle de soi dans son travail et ses activités à domicile. En outre, la résolution des problèmes découlant de l'interaction complexe entre culture, phénotype et identité ethnique s'est également produit. Ce type de résolution se produit pendant le traitement EMDR que favorise non seulement le traitement de la cible traumatique mais aussi le traitement des autres traumatismes dans un processus de généralisation. [...] Basés sur la culture, les pièges des autres traitements inclus des biais ethnocentristes, (Tyler, Sussewell, & Williams-McCoy, 1985), des malentendus basés sur l'usage de la langue (Sciarrà & Ponterotto, 1991), et une efficacité réduite causée par un manque de compréhension des thèmes communs sur la responsabilité familiale, les conflits de rôles, et la confusion au niveau de l'identité (Zuniga, 1988). D'autres pièges peuvent se révéler importants avec les individus métissés, qui ont développé une identité culturelle différente de celle des parents, et qui sont en conflit avec le groupe dominant qui refuse de les reconnaître comme des leurs. (Root, 1996 ; Williams, 1996). [...]

La façon dont l'évènement déclencheur renverrait en miroir des expériences de discrimination passée était inconnue au début du traitement ; ce qui a poussé à utiliser l'EMDR en tant que méthode de traitement afin d'obtenir de meilleurs résultats.

L'EMDR s'appuie sur le développement d'une relation thérapeutique et la résolution active des traumatismes et des significations associées pour parvenir à une résolution plus rapide et moins douloureuse que les précédents traitements de l'ESPT. Dans une période de temps très courte, les associations, le comportement et l'insight se modifient alors que cela pourrait prendre des semaines voire des mois de travail. [...]

Le traitement EMDR des patients métissés ayant un ESPT est également recommandé puisqu'il n'inclut pas de biais lié au traitement.

Tiré de : Rittenhouse, J. (2000). Using eye movement desensitization and reprocessing to treat complex PTSD in a biracial client. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. Vol. 6, N°4, 399-408.

Références :

Sonnanburg, K. (1996). Meaningful measurement in psychotherapy. *Psychotherapy*, 33, 161-170.

Tyler, F. B., Sussewell, D. R., & Williams-McCoy, J. (1985). Ethnic validity in psychotherapy. *Psychotherapy*, 22, 311-320.

Sciarrà, D. T., & Ponterotto, J. G. (1991). Counseling the Hispanic bilingual family: Challenges to the therapeutic process. *Psychotherapy: Theory~Research~Practice/Training*, 28, 473-479. 22, 311-320.

Zuniga, M. E. (1988). Assessment issues with Chicanas: Practice implications. *Psychotherapy: Theory~Research~Practice~Training*, 25, 288- 293.

Williams, T. K. (1996). Encounters of biracial individuals. In M. P. P. Root (Ed.), *The multiracial experience: Racial borders as the new frontier* (pp. 191-210). Thousand Oaks, CA: Sage.

Root, M. P. P. (1996). A bill of rights for racially mixed people. In M P. P. Root (Ed.), *The multiracial experience: Racial borders as the new frontier* (pp. 3-14). Thousand Oaks, CA: Sage.

EMDR et Qualité de vie

30. Réponse b) Une amélioration de toutes les dimensions mesurées.

ABSTRACT: The impact of posttraumatic stress disorder (PTSD) on the sleep of patients is widely reported. However, the parameters that can be altered are not the same for all patients. Some studies report an impairment of sleep maintenance and recurrent nightmares, while others failed to find such alterations. Among the many treatments, the eye movement desensitization reprocessing (EMDR) is a therapy used specifically to treat PTSD and general trauma. The purpose of this study was to examine whether EMDR treatment can improve PTSD symptoms, such as sleep, depression, anxiety, and poor quality of life.

Résultats : La table 2 montre que la thérapie EMDR a entraîné une réduction de la dépression, de l'anxiété, de la fatigue, de l'impact de l'évènement et du stress perçu et une amélioration de la qualité de vie, de la qualité du sommeil et du bien-être général.

TABLE 2. Scores of several inventories used to assess the patients' mood and anxiety states, quality of life, perception of stress, and subjective sleep quality. Values are presented as mean \pm SD of 7 patients

Inventory	Before treatment	After treatment	Paired <i>t</i> -test
SF-36 (Life quality)	49.59 \pm 12.57	84.37 \pm 8.8*	<i>t</i> = -4.88; <i>P</i> = 0.003
BECK (Depression score)	17.71 \pm 7.80	4.00 \pm 4.24*	<i>t</i> = 3.51; <i>P</i> = 0.012
STAI (Anxiety state)	47.86 \pm 10.14	34.43 \pm 4.86*	<i>t</i> = 3.00; <i>P</i> = 0.024
STAI (Anxiety trait)	57.57 \pm 10.50	38.00 \pm 5.03*	<i>t</i> = 5.57; <i>P</i> = 0.001
IES (Impact event scale)	39.71 \pm 9.20	23.57 \pm 7.39*	<i>t</i> = 4.75; <i>P</i> = 0.003
General stress	3.14 \pm 1.30	1.00 \pm 0.69*	<i>t</i> = 3.29; <i>P</i> = 0.017
Emotional stress	3.68 \pm 1.43	1.36 \pm 0.59*	<i>t</i> = 3.35; <i>P</i> = 0.015
Social stress	2.64 \pm 0.80	1.03 \pm 0.86*	<i>t</i> = 3.74; <i>P</i> = 0.009
Fatigue	3.23 \pm 1.42	1.39 \pm 1.14*	<i>t</i> = 2.67; <i>P</i> = 0.037
General well-being	1.96 \pm 1.05	4.14 \pm 0.85*	<i>t</i> = -4.56; <i>P</i> = 0.004
Sleep quality	1.89 \pm 1.12	4.39 \pm 0.70*	<i>t</i> = -4.68; <i>P</i> = 0.003

* - Different from before treatment.

Discussion : Ces résultats indiquent que le traitement des souvenirs traumatiques avec la technique EMDR favorise l'amélioration des symptômes négatifs de l'ESPT, en particulier l'activation neuro-végétative, les flashbacks, les troubles du sommeil, et la peur. Ces résultats sont en conformité avec les études précédentes (**Shapiro & Maxfield, 2002 ; Liebermann, Hoffmann & Flatten, 2003**).

Parmi les troubles du sommeil, l'insomnie et les cauchemars récurrents ont une place prépondérante, étant donné que le rappel de l'évènement traumatique prend place dans un contexte de reviviscences émotionnelles et de d'hyperréactivité générale. Le principal aspect traité par cette technique se réfère à la désensibilisation des souvenirs traumatiques, en effet le patient procède à une incorporation du contenu perturbant de l'évènement traumatique dans son autobiographie (**Creamer, McFarlane et Burgess, 2005 ; Olf, Langeland et Gersons, 2005**).

Lorsque la mémoire traumatique perd sa valence négative émotionnelle, il y a une diminution de l'hyperréactivité et par conséquent, une amélioration des symptômes nuisibles de l'ESPT. Une

amélioration du sommeil, et la réduction du stress général, social et émotionnel sont des facteurs déterminants pour le patient afin de percevoir l'amélioration de sa qualité de vie et de son bien-être. Nos résultats préliminaires indiquent que ce type de thérapie est efficace pour traiter de nombreux symptômes de l'ESPT qui peuvent nuire à aux activités de la vie quotidienne du patient.

Tiré de : Raboni, M.R, Tufik, S. & Suchecki, D. (2006). Treatment of PTSD by Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) : Improves sleep quality, quality of life and perception stress. Ann. N.Y. Acad. Sci. 1071 : 508-513.

Références :

SHAPIRO, F.&L.MAXFIELD. 2002. Eyemovement desensitization and reprocessing (EMDR): information processing in the treatment of trauma. J. Clin. Psychol. **58**: 933–946.

LIEBERMANN, P., A. HOFMANN & G. FLATTEN. 2003. Psychotherapeutic treatment of traumatic stress with the EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) method. MMW Fortschr. Med. **145**: 39–41.

CREAMER, M., A.C.MCFARLANE&P. BURGESS. 2005. Psychopathology following trauma: the role of subjective experience. J. Affect. Disord. **86**: 175–182.

OLFF, M.,W. LANGELAND & B.P.R. GERSON. 2005 Effects of appraisal and coping on the neuroendocrine response to extreme stress. Neurosci. Biobehav. Rev. **29**: 457–467.

EMDR, Anxiété, Dépression et Estime de soi

31. Réponse c) Six séances

Abstract: This article examines the use of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in helping a client (Carrie) address problems with persistent anxiety and a lack of self-esteem. During EMDR treatment, the client explored the dichotomous thinking that had plagued her since childhood, and correspondingly, the role of childhood physical and emotional abuse in her chronic feelings of inadequacy and anxiety. The client experienced significant improvement in her levels of anxiety and problems with self-esteem, both at the end of treatment and at 1-year follow up. Qualitative and quantitative data are utilized in this case study outlining the use of EMDR with a client diagnosed with dysthymic disorder.

Avant de commencer l'EMDR, Carrie a rempli une série de tests psychologiques pour établir une base de comparaison afin de mesurer l'efficacité de l'EMDR. Ces tests ont été administrés avant chacune des six séances d'EMDR qu'elle a suivi, puis à la fin du traitement et enfin à un an de suivi.

La patiente a participé à six séances d'EMDR à l'issue desquelles on a noté une amélioration significative des troubles suivants :

Dépression :

Les scores obtenus par Carrie dès le départ étaient compris dans une fourchette « non déprimée ». Les scores obtenus au départ, à la fin du traitement et à un an de suivi sont reportés ci-dessus. (Les éléments en gras sont significatifs à $p < 0.05$. Les résultats montrent un changement significatif entre le début et la fin du traitement. Le changement entre les scores de base et la mesure à un an sont

significatifs pour l'IDD (inventaire de diagnostique de dépression, Zimmerman et al. 1986/1994) mais pas pour la BDI (Inventaire de dépression de Beck, 1967/1987). Etant donné, le faible score à l'origine cela n'est pas préoccupant.

Measurement instrument	Raw scores			Significance (2-tailed)- baseline to end-of-treatment	Significance (2-tailed)- baseline to 1-year follow-up
	Baseline	End-of-treatment	1-year follow-up		
	(5-22-98)	(7-28-98)	(7-9-99)		
BDI (possible range of scores = 0-63)	8	0	2	.023	1.66
IDD (possible range of scores = 0-88)	20	0	7	$p < .001$.018

Anxiété

Measurement instrument	Raw scores			Significance (2-tailed)- baseline to end-of-treatment	Significance (2-tailed)- baseline to 1-year follow-up
	Baseline	End-of-treatment	1-year follow-up		
	(5-22-98)	(7-28-98)	(7-9-99)		
CAS (possible range of scores = 0-100)	32	6	8	$p < .001$	$p < .001$
SCBAI (possible range of scores = 0-288)	68	4	26	$p < .001$.001

L'anxiété a été mesurée grâce à la CAS (échelle d'anxiété clinique de Westhuis & Thyer, 1986/1987) et la SCBAI (Inventaire d'anxiété somatique, cognitive et comportementale ; Lehrer & Woolfolk, 1982/1994). On peut voir une forte diminution de ces éléments entre le début et la fin du traitement, ainsi qu'un an après.

Estime de soi :

L'estime de soi a été mesurée grâce à l'ISE (Inventaire d'estime de soi ; Hudson, 1982/1987) et l'ATQ (Questionnaire sur les pensées automatiques ; Hollon & Kendall, 1980/1994).

Measurement instrument	Raw scores			Significance (2-tailed)- baseline to end-of-treatment	Significance (2-tailed)- baseline to 1-year follow-up
	Baseline (5-22-98)	End-of-treatment (7-28-98)	1-year follow-up (7-9-99)		
ISE (possible range of scores = 0-100)	40	1	7	$p < .001$	$p < .001$
ATQ (possible range of scores = 30-150)	50	30	35	$p < .001$	$p < .001$

Comme ce fut le cas avec les mesures de l'anxiété, le test de Tukey montre des changements significatifs par rapport aux mesures de base, à la fois à la fin du traitement et à un an de suivi.

Discussion : L'EMDR semble efficace pour résoudre les troubles chroniques et résistants, comme cette étude le montre. [...]

Tiré de Maxwell, J.P. (2003). The imprint of Childhood physical and emotional abuse: a cause study on the use of EMDR to address anxiety and lack of self-esteem. *Journal of Family Violence*, Vol. 18, N°5.

EMDR et Prise en charge d'urgence

32. Réponse b) Faux

Abstract: *This article presents the results of a time-limited psychological relief effort using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) following the attacks on the World Trade Center on September 11, 2001. Clients made highly significant positive gains on a range of outcome variables, including validated psychometrics and self-report scales. Analyses of the data suggest 2 broad conclusions: EMDR is a useful treatment intervention both in the immediate aftermath of disaster as well as later; the longer treatment is delayed, the greater the level of disturbance experienced by clients. Also discussed are problems in conducting research during mass disaster response situations. A demonstration of an analog to a wait-list control group is provided.*

Discussion Des recherches antérieures ont démontré l'efficacité de l'EMDR dans le traitement de l'ESPT, lorsqu'elle est utilisée dans les environnements cliniques ou académiques contrôlés, ainsi que dans les situations de catastrophe (Chemtob et al., 2002 ; Fernandez et al., 2004 ; Grainger et al., 1997). Cette étude est la première évaluation d'une intervention pour une catastrophe d'origine humaine de l'ampleur du 11 septembre. En tant que telle, elle fournit un point de vue important sur les

réponses au traitement de ces évènements et implique des questions fondamentales sur la nature et la durée des interventions. [...]

Le résultat le plus important de cette étude est que l'on a pu observé une diminution de 50 à 61 % en moyenne des scores obtenus pour les mesures de l'anxiété, de la dépression et des symptômes de l'ESPT et une amélioration encore plus importante des mesures auto-reportées dans une moyenne de 4 à 5 séances de traitement. Ces améliorations sont comparables à celle observées dans les essais cliniques randomisés les plus rigoureusement contrôlés (**par exemple : Ironson et al., 2002 ; Lee et al, 2002 ; Wilson et al, 1995, 1997**).

Le score moyen obtenu à l'échelle IES-R (mesurant l'impact traumatique) a chuté à un niveau bien inférieur à celui observé juste après la catastrophe. Mesurée par la BDI (échelle de dépression), on peut observer que les patients sont passés d'un score de dépression modérée à légère ; de même, la BAI (anxiété) a montré un changement d'un niveau moyen d'anxiété à un niveau très bas.

Le fait que les personnes ayant reçu un traitement dans cette étude a montré une amélioration significative de leurs symptômes, y compris les individus traités dans les 4 premières semaines après le traumatisme, suggère que l'EMDR puisse être efficace comme intervention précoce. En effet, l'EMDR semble fournir aux personnes, dans ce qui peut être considérée comme la phase aiguë de réactions, le même soulagement des symptômes que pour celles traités pour des réactions à plus long terme. [...]

Ces résultats doivent être considérés à la lumière des limitations de l'étude. L'absence de groupe témoin ne permet pas de éliminer la possibilité que les changements observés soit du à des effets de temps. [...]

Une autre limite de cette étude est que l'on n'a pas pu effectuer de mesures diagnostiques de l'ESPT et d'autres éléments avant l'évènement. L'inclusion de telles mesures permettrait de renforcer la généralisation des résultats pour les études du traitement de l'ESPT. [...]

Tiré de : Silver, S.M, Rogers, M., Knipe, J. & Colelli, G. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: a community-based intervention project in New York City. *International Journal of Stress Management*. Vol.12, N°1 ; 29-42.

Références:

Chemtob, C. M., Nakashima, J., & Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99–112.

Fernandez, I., Gallinari, E., & Lorenzetti, A. (2004). A school-based eye movement desensitization and reprocessing intervention for children who witnessed the Pirelli Building airplane crash in Milan, Italy. *Journal of Brief Therapy*, 2, 129–136.

Grainger, R. D., Levin, C., Allen-Byrd, L., Doctor, R. M., & Lee, H. (1997). An empirical evaluation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with survivors of a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 665–671.

Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113–128.

Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 171–189.

Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 928–937.

Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 1047–1056.

EMDR et Addictions

33. Réponse b) Elle traite spécifiquement de l'utilisation de l'EMDR dans une continuité de soin avec des femmes souffrant d'addictions.

Abstract: Traditional models of addiction treatment and relapse prevention fail to consider the role that unresolved trauma plays in an addicted woman's recovery experience. Implementing Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) into the treatment process offers a potential solution to this problem. Ten women (alumnae of an extended-care treatment facility) participated in a semistandardized interview to share their experiences with active addiction, treatment, EMDR therapy, and recovery. With the use of A. P. Giorgi's descriptive phenomenological psychological method for analysis, four major thematic areas emerged from the interview data: the existence of safety as an essential crucible of the EMDR experience, the importance of accessing the emotional core as vital to the recovery experience, the role of perspective shift in lifestyle change, and the use of a combination of factors for successful treatment. All 10 women, to some degree, credited EMDR treatment as a crucial component of their addiction continuing-care processes, especially in helping with emotional core access and perspective shift. Implications emerge from the data on how to best implement EMDR into a comprehensive addiction treatment program.

[...] Cette étude est la seule des recherches actuelles, à examiner spécifiquement l'utilisation de l'EMDR pour la guérison des femmes toxicomanes. La comorbidité entre la toxicomanie et le stress post-traumatique est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, cependant l'unique traitement dont les femmes auraient besoin a souvent été négligé (Miller & Guildry, 2001 ; Price, 2008). Les femmes sont plus susceptibles d'entamer un traitement de leur dépendance lorsque cela concerne la protection de leurs enfants, leur sentiment d'insécurité dans un environnement mixte et lorsqu'elles présentent un vécu de traumatisme sexuel (Evans & Sullivan, 1995 ; Miller & Guidry, 2001 ; Price, 2008). Cette étude met l'accent sur la critique du rôle que joue le sentiment de sécurité chez les femmes en matière de guérison de la toxicomanie, car c'est un point qui devrait être davantage respecté dans les programmes de traitement. Cette étude montre qu'il est possible et souvent favorable d'intégrer l'EMDR pour la prise en charge spécifique d'un genre en particulier qui respecte la sécurité et fournit une gamme globale de services [...]

Tiré de : Marich, J. (2010). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in addiction continuing care: a phenomenological study of women in recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*. Vol.24, No.3, 498-507.

Références :

Miller, D., & Guidry, L. (2001). *Addictions and trauma recovery: Healing the body, mind, and spirit*. New York, NY: W. W. Norton.

Price, A. (2008). *Community handbook: Staff version*. [Undisclosed city/ publisher owing to IRB confidentiality agreement.]

Evans, K., & Sullivan, J. M. (1995). *Treating addicted survivors of trauma*. New York, NY: Guilford Press.

EMDR et Prise en charge de couples

34. Réponse : la thérapie EMRE (Eye Movement Relationship Enhancement) soit les mouvements oculaires pour l'amélioration des relations.

ABSTRACT: When reviewing past and current research on the role of emotion in couples therapy, there appeared to be a lack of articulation concerning how emotional expressions and relational dynamics are affected by emotional trauma that has not been accessed. The authors demonstrate how emotionally and experientially oriented therapy with couples can be enhanced by accessing stored trauma through the use of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). This approach is called Eye Movement Relationship Enhancement (EMRE) therapy and includes key clinical areas such as accessing and tolerating previously disowned emotion, reprocessing emotional experiences, and amplifying couple intimacy. These key areas are discussed and illustrated with case examples.

EMDR et thérapie de couples

Basée sur les recherches et les théories concernant l'émotion et l'EMDR en psychothérapie, nous avons développé une approche pour travailler avec les couples en détresse, cette approche situe l'EMDR dans un cadre orienté vers l'émotionnel et l'expérientiel que nous avons appelé la thérapie Eye Movement Relationship Enhancement (EMRE). Nous avons appliqué ce modèle au cours des cinq dernières années avec des couples qui présentaient des modes d'interaction intenses et négatifs, qu'ils percevaient comme quasi involontaires et qui avaient peu de chance de changer. [...] Dans l'approche EMRE, nous mettons en œuvre les mouvements oculaires comme décrits par Shapiro dans le cadre d'un suivi thérapeutique suivants ces principes : la création d'une alliance thérapeutique saine, l'accès aux émotions primaires intenses et la tolérance de ces émotions, le retraitement de l'expérience émotionnelle et l'amplification de l'intimité du couple. [...]

Conclusion

Quand les couples, soumis à un stress important, entrent dans des schémas dysfonctionnels dus à leurs comportements défensifs, cela leur permet de dissocier leurs émotions et leurs expériences douloureuses. Les émotions et les expériences reniées aliènent les partenaires d'eux-mêmes et l'un de l'autre, et alimentent apparemment des horizons sans espoir. Ces interactions dysfonctionnelles leur interdisent de satisfaire leurs besoins essentiels d'intimité et de connexion. En faisant l'expérience de l'EMDR dans le cadre de la thérapie de couple : Eye Movement Relationship Enhancement, les partenaires sont capables de « peler les couches de l'oignon » et d'éviter de se remettre à une place antérieure. Un tel voyage est souvent utile pour approcher une relation plus juste entre les deux partenaires.

Tiré de : Protinsky, H., Flemke, K. & Sparks, J. (2001b). EMDR and emotionally oriented couples therapy. *Contemporary Family Therapy*, 23(2). June 2001.

Voir aussi : Protinsky, H, Sparks, J. & Flemke, K. (2001a). Using eye movement desensitization and reprocessing to enhance treatment of couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, April 2001, Vol.27,N°2 ; 157-164.

EMDR et Vétérans de guerre

35. Réponse b, c, d :

- a. **b) Il semble prématuré de considéré l'EMDR comme un traitement de routine auprès de cette population**
- b. **c) Les six études sélectionnées présentent des preuves limitées de l'efficacité de l'EMDR**
- c.d) **Les études montrent des limites méthodologiques**

Abstract: Prior meta-analyses have suggested that eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR) may be effective in alleviating the symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD). EMDR is now being recommended as a treatment for military combat veterans who suffer from PTSD. We provide a review of published outcome studies that appeared in print from 1987 – April, 2008 which examined the specific effects of EMDR on PTSD among military combat veterans. Studies were identified through electronic bibliographic databases, web sites, and manual searches of article reference lists. A total of six randomized controlled trials (RCTs) and three quasi-experimental studies met our inclusionary criteria and are reviewed. The evidence supporting the use of EMDR to treat combat veterans suffering from PTSD is sparse and equivocal, and does not rise to the threshold of labeling the therapy as an empirically supported treatment. It is premature to incorporate EMDR into routine care for veterans to alleviate combat-related PTSD. EMDR needs a considerably stronger evidentiary foundation which includes large scale RCTs involving credible placebo controlled treatment conditions.

Cette revue de la littérature a examiné et résumé les résultats, les forces et les limitations de six études expérimentales et de trois études quasi-expérimentales de qualité méthodologique variée.

Les résultats de ces études présentent des preuves très limitées de l'efficacité de l'EMDR dans la réduction de l'ESPT chez les vétérans. [...]

Bien que les auteurs des études incluses ont probablement fait de leur mieux avec les ressources disponibles, toutes les études sont limitées par la taille réduite des échantillons et un manque de précision, ce qui augmente la probabilité que l'erreur aléatoire exerce une forte influence dans ces études et diminue leur sensibilité à détecter les effets légitimes du traitement. [...] Les études publiées sont également limitées par un manque de détails et de transparence dans la communication des données.

Les recherches futures dans ce domaine devraient inclure à la fois les moyennes et les écarts types (ou des corrélations, des odds-ratios, les ratios de risques, ect...) pour les résultats, de sorte que les effets de taille puissent être calculés. Une meilleure description des participants et des informations sur les thérapeutes devraient être fournies afin de permettre aux lecteurs de mieux comprendre les biais potentiels (ou le manque de biais) et les taux d'attritions. Peu de suivi ont été menés sur de longues périodes, ce qui soulève la possibilité que certaines améliorations initiales ont pu être brèves, ou être suivies de changements ultérieurs.

Another limitation in studying response to psychotherapy in clients with PTSD stemming from exposure to military combat is the finding that client self-reports of such combat exposure are often not able to be corroborated by examining their military records (**Frueh et al., 2005**), suggesting that combat exposure may be inaccurate and over-reported by the clients themselves. We suggest that future studies of the effectiveness of various psychotherapies on presumptively combat-related PTSD be limited to military veterans whose service records adequately document their exposure to combat.

We specifically note that the available evidence regarding the efficacy of EMDR as a treatment for PTSD occurring in military combat veterans does not meet the threshold required to be labeled as an empirically supported treatment, as defined by the criteria established by Division 12, Section III of the American Psychological Association. These standards require, among other features:

'At least two good between-group design experiments demonstrating efficacy in one or more of the following ways: A. Superior (statistically significant) to pill or psychological placebo or to another treatment. B. Equivalent to an already established treatment in experiments with adequate sample size' (**see Chambless et al., 1998, 3–16**).

Ce manque de preuve soulève des préoccupations concernant l'adoption prématurée de l'EMDR comme un traitement approuvé officiellement, par le Department of Defense and the Department of Veteran Affairs, pour les militaires et les vétérans souffrant d'un EPST (**voir Russell, Silver, Rogers & Darnell, 2007**). L'histoire nous a appris que certaines formes de traitements psychosociaux peuvent avoir des effets iatrogènes ou nociceptifs et des conséquences nuisibles, donc qu'elles peuvent se révéler en fait inefficaces. Dans la mesure où les victimes de stress post-traumatique lié au combat, méritent de recevoir des thérapies en accord avec les preuves qui fondent la pratique, on peut actuellement considérer qu'il est prématuré de proposer l'EMDR, sauf comme un traitement expérimental fourni dans le contexte d'études dont les résultats sont bien conçus et correctement contrôlés.[...]

Tiré de : Albright, D.L. & Thyer, B. (2010). Does EMDR reduce post-traumatic stress disorder symptomatology in combat veterans ? *Behav. Intervent.* 25: 1-19.

Références:

Frueh, B. C., Elhai, J. D., Grubaugh, A. L., Monnier, J., Kashdan, T. B., Sauvageot, J. A., et al. (2005). Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 186, 467–472.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Critsoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies (Part II). *Clinical Psychologist*, 51, 3–16.

Russell, M. C., Silver, S. M., Rogers, S., & Darnell, J. N. (2007). Responding to an identified need: A joint Department of Defense/Veterans Affairs training program in eye movement desensitization

and reprocessing (EMDR) for clinicians providing trauma services. *International Journal of Stress Management*, 14, 61–71.

EMDR et Attaques de panique

36. Réponse : La modification des croyances antérieures grâce à la psychoéducation, et un niveau de contrôle accru.

Abstract: By comparing efficacious psychological therapies of different kinds, inferences about common effective treatment mechanisms can be made. We selected six therapies for review on the basis of the diversity of their theoretical rationales and evidence for superior efficacy: psychoanalytic psychotherapy, hypercapnic breathing training, hypocapnic breathing training, reprocessing with and without eye-movement desensitization, muscle relaxation, and cognitive behavior therapy. The likely common element of all these therapies is that they reduce the immediate expectancy of a panic attack, disrupting the vicious circle of fearing fear. Modifying expectation is usually regarded as a placebo mechanism in psychotherapy, but may be a specific treatment mechanism for panic. The fact that this is seldom the rationale communicated to the patient creates a moral dilemma: Is it ethical for therapists to mislead patients to help them? Pragmatic justification of a successful practice is a way out of this dilemma. Therapies should be evaluated that deal with expectations directly by promoting positive thinking or by fostering non-expectancy.

All the summarized therapies were efficacious to a clinically useful degree. None had an obvious design flaw that would disqualify that claim. Their efficacies were approximately equal insofar as comparisons are valid across studies with different designs, therapists, and patients. Three of the therapies taught anti-anxiety procedures that could be applied when the patients noticed that their anxiety was rising. The two breathing trainings taught patients to attend to their breathing and make it slower and regular, while muscle relaxation taught them to pay attention to their muscles and systematically to relax them. All three therapies provided cues for a relaxed state previously reached in practice sessions. In addition, these therapies, EMDR, and CBT directed attention to bodily sensations related to anxiety, promoting interoceptive exposure. The cognitive restructuring component of CBT and psychoanalysis taught challenging the rationality of anxious thoughts, although the two theories of therapy postulated widely different pathogenic thoughts.

Un dénominateur commun à toutes ces thérapies examinées est le message transmis par la “psychoéducation”, des informations sur les justifications, attitudes et pratiques des thérapeutes. Les patients s’attendent à ce que les bas niveaux d’anxiété s’intensifient au cours des secondes ou minutes suivantes jusqu’aux hauts seuils redoutés. Et cette nouvelle prophétie auto-réalisatrice (inculquée par la thérapie : leur anxiété n’augmente pas) va à l’encontre de la validité de la précédente croyance que l’anxiété va augmenter.

La diminution de l’attente de l’attaque de panique est étroitement liée à un sentiment de contrôle accru, que ce soit les attaques de paniques en générale ou les attaques de panique intermittentes. Les patients qui se sont rétablis disent qu’ils ont appris grâce à la thérapie à faire ou penser certaines choses, quand ils commencent à se sentir anxieux, sans aller jusqu’à la crise, ce qui fonctionne le mieux avant que l’anxiété ait atteint un niveau trop élevée.

Reduced expectation of panic is closely related to sense of increased control, either over panic attacks in general or over individual impending attacks. Recovered patients have told us that what they learned in therapy was that by doing or thinking certain things when they first begin to feel anxious, they will not go on to panic, which works best before anxiety gets too high. In experiments where CO₂ inhalation[36] or doxapram infusion[37] were used as panic provocations, giving patients a sense of control, albeit illusory, reduced the panicogenic effects of the provocations. A change in expectation does not have to be formulated exclusively in cognitive terms. A learning theory description of how anxiety treatments work emphasizes the importance of forming nonthreat associations to frightening situations rather than relying on threat associations to automatically weaken if the anxiety response is less than expected.[38] The successful therapies above can be construed as promoting nonthreat associations related to new ways of thinking about attacks and new practices for avoiding or attenuating them. A worse outcome results when such associations form to “safety signals” cues that limit the range of activities, for example, the presence of a companion when shopping. None of the therapies above appears to have led to the restricted success expected for safety signals, perhaps because the cues learned for inhibiting anxiety were always available. The practices of breathing training, for example, are available at any time when the panicker is awake. Paradoxically, the common treatment mechanism proposed here is both a placebo and not a placebo. It is a placebo insofar as it is based on altering expectation, a basic nonspecific mechanism effective to some degree in many disorders. On the other hand, because of the nature of the mechanism of escalation of anxiety in panic attacks, changing immediate expectation may be specifically helpful in overcoming them. This could be the reason that pill placebos are less effective in Obsessive–Compulsive Disorder than in PD. This proposed mechanism is falsifiable and subject to statistical test. Whether decline in the number of attacks is mediated by reduction in the expectancy of escalation can be verified by longitudinal mediation analysis and cross lag panel analysis.[40] Admittedly, measuring the expectancy of an unpleasant event has its ambiguities. The threat of panic attacks is a function of both the likelihood that they will occur (probability) and how bad they will be if they do occur (valence). Panic attacks are not all-or-none, although sometimes defined that way as an outcome measure. Therapies that reduce the negative valence of attacks reduce the expectancy of a future event that will be called panic, and so assessment of expectancy needs to take into account both event probability and the nature of the event that expected.

Tiré de: Roth, W.T. (2010). Diversity of effective treatments of panic attacks: what do they have in common ? *Depression and Anxiety*: 27: 5-11.

EMDR et Gériatrie

37. Réponse b) Faux. Rien n'affirme cette hypothèse, mais il existe un manque de données du fait que les personnes âgées sont souvent exclues des études pour des raisons méthodologiques.

Investigations on the prevalence of PTSD in elderly after accidents could not be found in the literature. In our present study, we report on the development of PTSD after a traffic accident and present the trauma-specific treatment with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Despite the controversy about its novelty and other competing trauma-specific treatment methods

like CBT (Harvey et al., 2003), EMDR seems to be an effective and efficient trauma-specific treatment method particularly for usage by psychodynamic oriented therapists.

Dans cette étude, nous présentons l'efficacité d'un traitement spécifique pour le trauma chez une patiente de plus de 70 ans, souffrant d'une dépression co-morbide et de douleurs somatiques. **A notre connaissance, c'est la première description d'un traitement du traumatisme chez un patient âgé souffrant d'un ESPT après un évènement non-catastrophique (par exemple après une attaque chez les personnes âgées, dans le cas présent il s'agit d'un accident de la route).**

Les enquêtes épidémiologiques sur la prévalence de l'ESPT chez les personnes âgées sont nettement moins représentées par rapport à l'augmentation constante du nombre d'études sur l'EMDR. [...]

Les enquêtes sur les conséquences psychiques après un accident de la route montrent qu'environ 10 à 20% des personnes impliquées développent un ESPT [...] **Cependant, pour la plupart (des études) les patients âgés de 65 ou 70 ans ont généralement été exclus de ces études pour des raisons méthodologiques**, de sorte qu'il n'existe pas de données sur la fréquence de l'ESPT chez les personnes âgées à la suite de traumatismes « de tous les jours ». Cependant, les dangers psychiques que peuvent courir les personnes âgées à la suite de leurs blessures n'est pas rare à un âge avancé. Pourtant la diminution fonctionnelle entraînant une vulnérabilité accrue, l'incapacité à faire face aux situations et la perte de son autonomie à un âge avancé est plus nette chez les personnes âgées par rapport aux plus jeunes.

Des enquêtes ont pourtant démontré l'efficacité de diverses approches thérapeutiques pour l'ESPT (TCC ; EMDR), mais les patients plus âgés ont également été exclu de ces enquêtes pour des raisons méthodologiques [...].

Nous avons pu montrer une nette amélioration après seulement trois séances d'EMDR chez notre patiente, non seulement en ce qui concerne les symptômes de l'ESPT, mais également sur les symptômes dépressifs et les douleurs somatoformes. [...]

Cette amélioration est encore plus remarquable car l'ESPT chronique est plus difficile à traiter et les personnes âgées peuvent être moins « psychologiquement disposées », et donc moins susceptible de suivre un traitement psychologique. En dépit du débat controversé autour de l'EMDR, il s'avère être une méthode de traitement spécifique du traumatisme efficace et efficient pour les personnes âgées, en aidant à rétablir les fonctions psychosociales chez les personnes âgées affectées.

Tiré de : Burgmer, M. & Heuft, G. (2004). Occurrence and treatment of post-traumatic stress disorder in an elderly patient after a traffic accident. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* ; 19: 185-188.

EMDR et Femmes victimes de violence conjugale

38. Réponse b) La thérapie de l'exposition

Abstract: Spousal abuse and other forms of domestic violence can lead to posttraumatic stress disorder (PTSD). Little is known about how to best treat this form of PTSD. The current case series, based on data collected as part of a larger clinical trial, was designed to evaluate the effectiveness of exposure therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), or relaxation therapy. Three woman with battered-spouse-related PTSD were assigned to one of these treatments. The patient receiving exposure responded well to treatment and no longer met the criteria for PTSD at

post-treatment or at 3-month follow-up. The battered women in the other two conditions continued to meet the criteria for PTSD at post-treatment and at followup. The patterns of treatment response were similar to those experienced by individuals with other forms of PTSD (N = 42) examined in the larger trial. The results of these case studies encourage further studies of exposure therapy for battered-spouse-related PTSD.

Discussion: Cette étude de cas ajoute des éléments sur l'efficacité différentielle des traitements possible pour les femmes battues souffrant d'un ESPT. A ce jour, seules quelques études ont été menées sur l'efficacité des traitements pour les femmes battues ayant un ESPT. Nous avons comparé l'efficacité de trois traitements (exposition, EMDR, relaxation) pour les femmes battues atteintes d'ESPT.

Les résultats des essais randomisés montrent que l'exposition s'est révélé être le traitement le plus efficace dans le prise en charge des symptômes de l'ESPT par rapport à l'EMDR et la relaxation.

Ces résultats apportent peu de soutien pour l'EMDR et la relaxation comme intervention pour les femmes battues. Cela vaut quand le résultat est évalué en termes de classification diagnostique (par exemple si le patient répond aux critères diagnostiques de l'ESPT) ou de mesures dimensionnelles de la gravité des symptômes. Le patient A, qui était traité par exposition, ne répondait plus aux critères de l'EPST après traitement et les symptômes avaient encore diminué lors du suivi. Les patients B et C n'ont pas montré des réponses aussi positives aux traitements, le patient B a rechuté au moment du suivi et le patient C montrait peu de réponse au traitement.

Les patients B et C montraient des symptômes plus sévères au prétraitement que leur groupe de comparaison. Si les patients commencent leur traitement avec des symptômes plus sévères (que le groupe de comparaison) alors on peut raisonnablement s'attendre à ce qu'ils aient des symptômes plus graves au posttraitement. Ce la soulève la question de savoir si le type de traumatisme (la violence conjugale par rapport à d'autres trauma) s'est confondu avec la sévérité des symptômes. Toutefois, il convient de souligner que la sévérité des symptômes au moment du prétraitement ne prédit pas le résultat de tous les traitements, sauf en ce qui concerne la sévérité des symptômes de reviviscences qui prédit une évolution faible pour les patients traités grâce à la relaxation (Taylor, 2003). [...]

Nous pouvons donc conclure que l'exposition est un traitement prometteur pour les femmes battues qui souffrent d'un ESPT. [...]

Tiré de : Stapleton, J.A, Taylor, S., & Asmundson, G.J.G. (2007). Efficacy of various treatments for PTSD in battered women : case studies. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quaterly*, Vol.21, N°1.

Références;

Taylor, S. (2003). Outcome predictors for three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 149–162.

Kubany, E. S., Hill, E. E., & Owens, J. A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 81–91.

Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannace-Spencer, C., McCraig, M. A., Tremayne, K. J., & Williams, P. L. (in press). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

L'EMDR COMPAREE A D'AUTRES THERAPIES

EMDR et Pharmacothérapie

39. Réponse c) Une efficacité de l'EMDR supérieure à la Fluoxétine et à la pilule placebo.

Objective: The relative short-term efficacy and long-term benefits of pharmacologic versus psychotherapeutic interventions have not been studied for posttraumatic stress disorder (PTSD). This study compared the efficacy of a Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI), fluoxetine, with a psychotherapeutic treatment, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), and pill placebo and measures maintenance of treatment gains at 6-month follow-up.

Method: Eighty-eight PTSD subjects diagnosed according to DSM-IV criteria were randomly assigned to EMDR, fluoxetine, or pill placebo. They received 8 weeks of treatment and were assessed by blind raters posttreatment and at 6-month follow-up. The primary outcome measure was the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS), DSM-IV version, and the secondary outcome measure was the Beck Depression Inventory-II (BDI). The study ran from July 2000 through July 2003.

Résultats

Table 3. Posttreatment and Follow-up Analyses for Primary and Secondary Outcome Measures by Sample and Treatment Condition

Analysis	EMDR	Fluoxetine	Placebo	Total ^f	p Value ^{h,d,e}	2-Group Comparisons ^{a,b}		
						EMDR vs Fluoxetine	EMDR vs Placebo	Fluoxetine vs Placebo
Completers	N = 24	N = 26	N = 26	N = 76				
CAPS total score, mean (SD)	28.37 (19.66)	38.69 (20.30)	39.81 (18.76)	35.82 (19.98)	.09*	.27	.03*	.67
Loss of PTSD diagnosis, %	88	81	65	78	.15	.52	.07*	.21
Asymptomatic, % ^f	29	15	12	18	.24	.24	.12	.69
BDI-II total score, mean (SD)	9.21 (6.44)	12.42 (8.08)	12.38 (6.65)	11.39 (7.18)	.24	.12	.16	.72
Intent-to-treat (ITT)	N = 29	N = 30	N = 29	N = 88				
CAPS total score, mean (SD)	32.55 (22.50)	42.67 (22.11)	43.55 (22.60)	39.63 (22.70)	.16	.13	.07*	.61
Loss of PTSD diagnosis, %	76	73	59	69	.31	.82	.16	.23
Asymptomatic, % ^f	28	13	10	17	.17	.17	.09*	.72
BDI-II total score, mean (SD)	9.10 (6.02)	13.00 (8.66)	14.38 (9.74)	12.17 (8.50)	.16	.08*	.07*	.94
Follow-up completers	N = 21	N = 18		N = 39				
CAPS total score, mean (SD)	25.67 (21.17)	41.22 (15.70)	NA	32.85 (20.19)	.05*			
Loss of PTSD diagnosis, %	91	72	NA	82	.14			
Asymptomatic, % ^f	57	0	NA	31	< .001*			
BDI-II total score, mean (SD)	5.24 (5.37)	12.94 (7.68)	NA	8.80 (7.53)	.002*			
Intent-to-follow (ITF) ^g	N = 24	N = 26		N = 50				
CAPS total score, mean (SD)	25.79 (21.61)	42.12 (15.83)	NA	34.28 (20.37)	.005*			
Loss of PTSD diagnosis, %	88	73	NA	80	.20			
Asymptomatic, % ^f	58	0	NA	28	< .001*			
BDI-II total score, mean (SD)	5.25 (5.23)	14.00 (7.71)	NA	9.80 (7.92)	< .001*			

^aNumbers represent p values for pairwise comparisons of continuous and categorical measures.
^bResults at trend level or greater are indicated by an asterisk (*); p values significant at $\leq .05$ are indicated with boldface.
^cTotal of all 3 treatments combined.
^dOmnibus analysis of continuous measures used analysis of covariance with baseline as covariate; Pearson χ^2 statistic was used for categorical measures.
^eAt posttreatment, p value is for 3-group comparison; at follow-up, p value is for 2-group (active treatment) comparison.
^fDefined as CAPS total score below 20.
^gAll active treatment completers are included in intent-to-follow analyses.
Abbreviations: BDI-II = Beck Depression Inventory-II, CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale, EMDR = eye movement desensitization and reprocessing, NA = not applicable, PTSD = posttraumatic stress disorder.

EMDR versus placebo. L'analyse du post traitement ITT (LOCF) révèle des tendances non significatives vers une meilleure rémission de l'ESPT chez les personnes ayant reçu un traitement par EMDR par rapport à ceux ayant pris le placebo. Dans les analyses complémentaires, l'EMDR a montré des résultats significativement supérieurs au placebo sur la réduction des symptômes de l'ESPT et un meilleur pourcentage de perte de statut diagnostique d'ESPT (loss of diagnostic status) comparativement au placebo. (Tableau 3)

Fluoxetine versus placebo. Aucune analyse, que ce soit après traitement ITT, ni après analyse plus complète n'a révélé de différences significatives entre la fluoxétine et le placebo sur les résultats obtenus (tableau 3). La majorité des participants sous fluoxétine et placebo ont démontré une perte de statut du diagnostique d'ESPT ; toutefois, quelques participants ont obtenu une rémission complète des symptômes.

EMDR versus fluoxetine. Hypothétiquement, au niveau du post-traitement, les deux traitements actifs ne diffèrent pas sur les mesures de l'ESPT (table 3). Après 6 mois de suivi, l'EMDR s'est montré supérieur à la fluoxétine sur la réduction durable des symptômes de stress post-traumatique (table 3) à la fois après analyse ITF (LOCF) et analyse plus poussée. L'EMDR s'est montré supérieur à la fluoxétine pour atteindre la rémission complète des symptômes 6 mois après la fin du traitement : 58% des sujets traité par EMDR étaient asymptotiques, comparativement au groupe sous fluoxétine ou aucun ne l'était. L'EMDR était également supérieur à la fluoxétine sur la réduction des symptômes dépressifs rapportés par les sujets à la fois pour les analyses ITF et les analyses plus complètes.

Donc l'intervention psychothérapeutique s'est révélée être plus efficace que la pharmacothérapie en ce qui concerne la réduction durable des symptômes de l'ESPT et de la dépression, mais ces bénéfices concernent principalement les victimes ayant survécu à un traumatisme à l'âge adulte. A 6 mois de suivi, 75% des adultes contre 33,3% des enfants ayant vécus un traumatisme se révélaient asymptotiques alors qu'aucun ne l'étaient dans le groupe fluoxétine. Pour la plupart des enfants traumatisés aucun traitement n'est parvenu à une réduction complète des symptômes.

Conclusions : This study supports the efficacy of brief EMDR treatment to produce substantial and sustained reduction of PTSD and depression in most victims of adult-onset trauma. It suggests a role for SSRIs as a reliable first-line intervention to achieve moderate symptom relief for adult victims of childhood-onset trauma. Future research should assess the impact of lengthier intervention, combination treatments, and treatment sequencing on the resolution of PTSD in adults with childhood-onset trauma.

Tiré de: Van der Kolk and coll. (2007). A randomized clinical trial of Eye Movement Desensitization and Processing (EMDR), Fluoxetine, and Pill Placebo in the treatment of Posttraumatic Stress Disorder: treatment effects and long-term maintenance. *J Clin Psychiatry* ; 68 : 37-46.

EMDR versus TCC

40. Réponse b) Faux

[...] les **ressemblances entre les deux approches sont nombreuses**. Par exemple, dans l'EMDR, la métaphore du train fait comprendre au client que le traitement adéquat de l'information traumatique par le système psychique permettra de se souvenir de l'évènement avec détachement, comme lorsqu'on regarde un paysage qui défile à travers la fenêtre d'un train. Dans le CPT (Cognitive Processing Therapy), la métaphore de l'inondation fait comprendre au client que l'intensité des émotions négatives finit par diminuer au fur et à mesure qu'elles sont traitées. [...]

Les deux traitements procèdent à une évaluation des cognitions en cours de traitement et demandent au client de compléter des grilles relativement similaires d'auto-évaluation entre les séances [...]. De plus, **Rogers et al (1999)** ont noté de façon empirique qu'une séance EMDR et une séance de thérapie par exposition exposent le client au matériel traumatique pendant une durée équivalente. **Il existe cependant des différences dans la forme que prend cette exposition dans le cadre de l'EMDR qui remettent en cause les principes béhavioristes (Rogers & Silver, 2002)**

- 1) les participants se remémorent dès le départ la partie la plus traumatique de l'évènement plutôt que l'ensemble des détails selon un ordre chronologique.
- 2) Le client prête attention aux cognitions, émotions et sensations physiques reliées à l'évènement sans reconstruire de toutes pièces le souvenir traumatique, alors que l'exposition traditionnelle incite les participants à reconstruire en imagination l'évènement traumatique afin d'accéder à une mémoire aussi vive que possible de celui-ci.
- 3) l'EMDR permet l'émergence de nouveaux souvenirs et prend en considération ce nouveau matériel alors que dans l'exposition traditionnelle, les participants centrent continuellement leur attention sur le souvenir traumatique cible.
- 4) l'EMDR laisse émerger les souvenirs le plus librement possible, alors que la méthode traditionnelle confronte les participants aux éléments les plus anxiogènes du souvenir traumatique.
- 5) l'EMDR interrompt l'exposition par des mouvements oculaires ou par quelque autre forme de stimulation bilatérale, alors que l'exposition traditionnelle utilise une exposition prolongée sans interruption.

Tableau 7
Sommaire des similitudes et des différences entre le CPT et l'EMDR

Cognitive Processing Therapy	EMDR
Similitudes :	
<ul style="list-style-type: none"> - Métaphore de l'inondation - TSPT^a = altération du processus normal du traitement émotionnel - Cible schémas positifs/négatifs - Composante d'exposition - Traitement structuré et limité dans le temps qui veut désensibiliser l'anxiété - Éléments de psychoéducation et questionnement socratique - Établissement d'une alliance thérapeutique et explication du rationnel du traitement - PTCI^b (échelle de 1 à 7) - Grille à compléter entre les séances (Challenge Beliefs Worksheet) 	<ul style="list-style-type: none"> - Métaphore du train - TSPT^a = blocage du système de traitement de l'information - Cible cognitions positives/négatives - Composante d'exposition - Traitement structuré et limité dans le temps qui veut désensibiliser l'anxiété - Éléments de psychoéducation et questionnement socratique (voir cognitive interweave) - Établissement d'une alliance thérapeutique et explication du rationnel du traitement - VOC^c (échelle de 1 à 7) - Grille à compléter entre les séances (Weekly Log Report)

Différences :

- | | |
|---|--|
| - Exposition prolongée | - Exposition brève |
| - Exposition graduelle au traumatisme selon la description fournie par le client | - Visualisation de la partie la plus sensible du traumatisme dès le départ |
| - Attention centrée sur le souvenir traumatique sans autre distraction | - Attention divisée entre le souvenir traumatique et les mouvements oculaires ou une autre forme de stimulation bilatérale |
| - Restructuration cognitive | - Installation d'une cognition positive |
| - PTCI ¹ est validé | - VOC ² n'est pas validée |
| - Amélioration provient du processus thérapeutique | - Amélioration provient d'un processus inné d'autoguérison |
| - 12 séances d'intervention pour des femmes victimes d'agr. sexuelle ³ | - 4 séances d'intervention pour des femmes victimes d'agr. sexuelle ⁴ |
| - $d = 2,79^1$ | - $d = 2,22$ |

Tiré de BERIAULT, M. & LARIVEE, S. (2005). Guérir avec l'EMDR : Preuves et controverses. *Revue de*

Références :

ROGERS, S. & SILVER, S. (2002). Is EMDR an exposure therapy ? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*. 58 (1), 43-59.

ROGERS, S., SILVER, S.M., GOSS, J., OBENCHAIN, J., WILLIS, A., & WITHNEY, R. (1999). A single session, group study of exposure and eye movement desensitization and reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam War veterans : *Preliminary data, Journal of Anxiety Disorder*, 13 (1-2), 119-130.

Pour aller plus loin :

LEE, C.W & DRUMMOND, P.D. (2007). Effects of eye movement versus therapist instructions on the processing of distressing memories. *Journal of Anxiety Disorders* 22 ; 801–808.

LEE, W.C., TAYLOR, G. & DRUMMOND *psychoéducation*. Vol, 34, num 2. 355-3., P.D. (2006). The active ingredient in EMDR : Is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clin. Psychol. Psychother.* 13, 97–107

LEE & al. (2002). Treatment of PTSD : Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of clinical psychology*. Vol : 58 (9) ; 1071-1089.

41. Réponse b) Faux

Abstract :

Background: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and trauma-focused cognitive-behavioral therapy (CBT) are both widely used in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). There has, however, been debate regarding the advantages of one approach over the other. This study sought to determine whether there was any evidence that one treatment was superior to the other.

Method: We performed a systematic review of the literature dating from 1989 to 2005 and identified eight publications describing treatment outcomes of EMDR and CBT in active-active comparisons. Seven of these studies were investigated meta-analytically.

Results: The superiority of one treatment over the other could not be demonstrated. Trauma-focused CBT and EMDR tend to be equally efficacious. Differences between the two forms of treatment are probably not of clinical significance. While the data indicate that moderator variables influence

treatment efficacy, we argue that of the small number of original studies, little benefits is to be gained from a closer examination of these variables. Further research needed within the framework of randomized controlled trials.

Conclusions: Our results suggest that in the treatment of PTSD, both therapy methods tend to be equally efficacious. We suggest that future research should not restrict its focus to the efficacy, effectiveness and efficiency of these therapy methods but should also attempt to establish which trauma patients are more likely to benefit from one method or the other. What remains unclear is the contribution of the eye movement component in EMDR to treatment outcome.

Cette méta-analyse cherche à montrer si l'EMDR et les TCC centrées sur le traumatisme diffèrent au niveau de leur efficacité. Le but de cette évaluation méta-analytique de sept études était de comparer l'EMDR et les approches cognitives et comportementales. Le fait que l'EMDR et les TCC soient toutes deux efficaces dans le traitement de l'ESPT a déjà été démontré dans les précédentes méta-analyses (van Etten & Taylor, 1998 ; Davidson & Parker, 2001 ; Bradley et al., 2005). **Les résultats montrent cependant que les données des recherches actuelles ne permettent pas d'établir la supériorité de l'une des thérapies sur l'autre. [...] Nos résultats suggèrent que l'EMDR autant que les TCC, sont actuellement des formes de traitements efficaces pour traiter les adultes souffrant d'un ESPT. [...].** Il n'est toujours pas clairement établi que les mécanismes sous-jacents dans l'EMDR ne soient pas juste une autre forme d'exposition, et la question de la contribution des mouvements oculaires au traitement est toujours loin d'être claire. D'autres études ont menées sur ce sujet (voir Davidson & Parker, 2001), beaucoup d'entre elles suggèrent que les effets des mouvements oculaires soient faibles ou inexistantes. Cependant, la majorité de ces études qui démantèlent l'EMDR souffrent d'une variété de défauts méthodologiques. L'un de ces défauts est un échantillon de petite taille, trop petit pour révéler la plus petite différence significative entre les conditions de traitement. De plus, les conditions de traitement sans mouvements oculaires diffèrent considérablement. [...]

Tiré de: Seidler, G.H & Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD : a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515-1522.

Références:

Van Etten, M.L & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.

Davidson, P.R. & Parker, K.C.H (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305-316.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-244.

EMDR versus TCC et Relaxation

42. Réponse d) Les trois thérapies montrent la même efficacité

This study sought to investigate the efficacy of prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing, and relaxation training on trait anger and guilt and on trauma-related anger and guilt

within the context of posttraumatic stress disorder (PTSD) treatment. Fifteen PTSD patients completed each treatment and were assessed at posttreatment and at 3-month follow-up. All three treatments were associated with significant reductions in all measures of anger and guilt, with gains maintained at follow-up. There were no significant treatment differences in efficacy or in the proportion of patients who worsened on anger or guilt measures over the course of treatment. Between-treatment effect sizes were generally very small. Results suggest that all three treatments are associated with reductions in anger and guilt, even for patients who initially have high levels of these emotions. However, these PTSD therapies may not be sufficient for treating anger and guilt; additional interventions may be required.

Procedure

Potential participants contacting the clinic were given a description of the study and screened for inclusion/exclusion criteria during a telephone-screening interview. Those passing the screen were invited to the clinic for an evaluation, administered by clinical staff, consisting of the SCID-IV and other measures. Written informed consent was obtained before the evaluation. Interviewers were blind to treatment condition. Accordingly, the clinic staff member who randomized patients to treatment conditions did not evaluate patients that she or he had assigned to treatment. Interviews were audiotaped to assess interrater reliability of the ratings made by the clinic staff. A doctoral-level psychologist independently rated audiotapes of 12 SCID-IV interviews. The agreement between raters for the diagnosis of PTSD was 92% ($\kappa = .80$). The structured interviews and questionnaires were administered during the intake evaluation, at posttreatment (1 month after the end of treatment), and at follow-up (3 months after that). Measures of trauma-related anger and guilt also were administered at the beginning of each treatment session. Therapy commenced 1 to 2 weeks after the intake evaluation.

Les résultats indiquent que la colère et la culpabilité liées à un traumatisme ont diminué avec les trois traitements au cours de la thérapie. Même la colère et la culpabilité traits qui sont censées être plus stables, dispositionnelles ont tendance à baisser au cours du traitement. [...] Bien que chacun des trois traitements de l'ESPT aient été associés à des réductions de la colère et de la culpabilité, ces traitements peuvent ne pas être suffisants pour réduire les émotions négatives ; Dans certains cas, il peut être nécessaire de prolonger la durée du traitement ou d'inclure un traitement qui incorpore des méthodes qui mettent spécifiquement l'accent sur la colère et la culpabilité. Ces méthodes comprennent la restructuration cognitive, qui s'est montrée plus efficace dans la réduction de la colère et de la culpabilité, (par exemple, **Resick, Nishith, Weaver, Astin, et Feurer, 2002**).

Table 3. Number (and %) of Patients With Worsening of Anger or Guilt

Method for Assessing Worsening	Assessment Interval	Variable	EMDR n (%)	Exposure n (%)	Relaxation n (%)	Comparison of treatments	
						$\chi^2(2, N = 45)$	η^2
Tarrier et al. (1999)	Pre to post	Trauma-related anger	2 (13)	4 (27)	1 (7)	2.37	.08
	Pre to post	Trauma-related guilt	1 (7)	1 (7)	1 (7)	<1.00	.00
	Pre to post	Trait anger	6 (40)	4 (27)	2 (13)	2.73	.25
	Pre to post	Trait guilt	3 (20)	4 (27)	3 (20)	<1.00	.00
	Pre to follow-up	Trauma-related anger	4 (27)	1 (13)	1 (7)	2.37	.23
	Pre to follow-up	Trauma-related guilt	0 (0)	1 (7)	0 (0)	2.05	.00
	Pre to follow-up	Trait anger	7 (47)	3 (20)	3 (20)	3.46	.24
	Pre to follow-up	Trait guilt	3 (20)	4 (27)	3 (20)	<1.00	.00
	Jacobson & Truax (1991)	Pre to post	Trauma-related anger	1 (7)	0 (0)	0 (0)	2.05
Pre to post		Trauma-related guilt	1 (7)	1 (7)	0 (0)	1.05	.13
Pre to post		Trait anger	0 (0)	0 (0)	1 (7)	2.05	.19
Pre to post		Trait guilt	0 (0)	1 (7)	1 (7)	1.05	.13
Pre to follow-up		Trauma-related anger	1 (7)	1 (7)	1 (7)	<1.00	.00
Pre to follow-up		Trauma-related guilt	0 (0)	1 (7)	0 (0)	2.05	.00
Pre to follow-up		Trait anger	0 (0)	1 (7)	0 (0)	<1.00	.00
Pre to follow-up		Trait guilt	1 (7)	1 (7)	0 (0)	2.05	.13

Note. EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing. All *ps* *ns*.

Tiré de : Stapleton J.A, Taylor S., Asmundson G.J.G. (2006). Effects of Three PTSD Treatments on Anger and Guilt: Exposure Therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, and Relaxation Training. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 19, No. 1, pp. 19–28

Références :

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feurer, C.A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867–879.

Taylor, S. & coll (2003) Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments : exposure therapy, EMDR, and Relaxation Training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Copyright 2003 by the *American Psychological Association*, Inc. Vol. 71, No. 2, 330–338

Taylor, S. (2004). Efficacy and outcome predictors for three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. In S. Taylor (Ed.), *Advances in the treatment of posttraumatic stress disorder: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 13-37). New York: Springer

Approche intégrative de l'EMDR

43. Réponse c) La thérapie des états du Moi

Pour Carol Forgash, les concepts de la psychologie des états du Moi fournissent au thérapeute et au patient des moyens constructifs, efficaces et pratiques pour élaborer ces situations complexes. Dans cet article, elle décrit la façon dont on peut combiner l'EMDR et la thérapie des états du Moi, en y ajoutant des interventions destinées à traiter la dissociation, pour soigner le syndrome de stress post-traumatique complexe ; on obtient alors un modèle de traitement plus puissant qu'avec chacune de ces méthodes seules.

Pourquoi associer EMDR et thérapie des états du Moi ?

En tant que cliniciens, nous voulons nous servir de l'EMDR le plus efficacement possible dans le traitement du SSPT complexe et des troubles dissociatifs. Quel résultat peut être atteint par cette

thérapie ? Quel genre de résolution des difficultés et de changements peut-on attendre ? Comment pouvons-nous être le plus utiles ? Voulons-nous simplement éliminer les symptômes, ou aider les gens qui ont ces diagnostics très complexes à sortir de la souffrance ?

Je propose d'utiliser à la fois **l'EMDR et la thérapie des états du Moi pour aider les victimes de traumatisme à acquérir des frontières intérieures et des systèmes d'états du Moi plus fonctionnels, une stabilité, une maîtrise de leurs compétences pour faire face à la vie de tous les jours, et, le plus important, de l'empathie pour eux-mêmes.** Nous voulons les aider à sortir du statut de victimes pour grandir et mener une vie pleine. En intégrant le travail sur les états du Moi avec l'EMDR, nous pouvons atteindre des objectifs qui sont au-delà de l'élimination du SSPT et des symptômes dissociatifs. Dans le modèle que je présente ici, le protocole EMDR standard est combiné à des interventions efficaces et des approches de traitement par étapes souvent utilisées pour le traitement des troubles dissociatifs et du syndrome de stress posttraumatique, en même temps qu'à des stratégies faisant partie de la psychothérapie des états du Moi. En travaillant de cette façon avec nos patients, à partir d'une position d'empathie et de compréhension pour les séquelles du traumatisme, nous pouvons les aider à résoudre leurs difficultés les plus graves et à se créer un projet de vie saine.

Introduction à la thérapie des états du Moi

La théorie des états du Moi a été initialement créée par Paul Federn (1932, 1943). Elle a été complétée par John et Hélène Watkins (1995), Richard Erskine (1997), Éric Berne (1963) et Richard Schwartz (1997). Elle postule l'existence d'une famille interne d'éléments appelés selon les cas : parties du Moi, états du Moi ou états du self, et conçus comme des réseaux neuraux ou des réseaux mnésiques. On peut se représenter le système des états du Moi comme une segmentation de la personnalité en états du self, ou parties, à certains points du continuum de dissociation qui se met en place en raison de la différenciation normale, de l'introjection ou du traumatisme. On peut décrire les états du Moi comme un système structuré de comportements et d'expériences aux frontières mouvantes. Ils peuvent être organisés pour gérer plus sagement les événements et les difficultés. Certains états du Moi sont délimités par des dimensions temporelles : un enfant de cinq ans, un adolescent, un bébé par exemple. D'autres sont délimités par leurs fonctions, un trait, un rôle : par exemple celui qui se déteste, celui qui s'occupe des autres, celui qui critique, celui qui exécute, le garnement, le casse-cou, le curieux, l'amoureux de la nature, le parent, le grand-parent, etc. Certains états du Moi ont des fonctions imaginaires ou créatives normales, comme la rêverie. Mais ceux qui ont été formés au cours de l'enfance fonctionnent parfois de façon désadaptée dans les situations de la vie présente. Ils cherchent à préserver leur propre existence et leur rôle, même si ceux-ci sont contre-productifs. C'est une situation analogue à celle que décrit la théorie du maintien des organisations : aucun groupe ne cesse volontairement son activité. Les états du Moi peuvent entrer en conflit les uns avec les autres, ce qui mène à des conflits intrapsychiques. Enfin, ils ont la capacité de changer, de se combiner, de grandir et de s'adapter. Le travail avec les états du Moi recourt aux techniques des thérapies individuelles, des thérapies de couple et des thérapies familiales pour résoudre des conflits entre les états du Moi constituant la famille interne. Les techniques et les procédures de travail avec les états du Moi que je vais décrire s'inspirent des travaux de Kluft (1993), Fine (1993) et d'autres auteurs. Ils ont été développés d'abord pour traiter spécifiquement le trouble dissociatif de l'identité, puis on en a étendu l'usage, avec succès, au traitement de tous les troubles dissociatifs. Un certain nombre de thérapeutes EMDR ont présenté, oralement ou par écrit, leur travail avec ce modèle de traitement intégré auprès de populations variées de patients. Il s'agit de Bergmann (2000), Forgash (2002), Grand (2001), Knipe (2001), Paulsen (1995), Phillips (2000), Schmidt (1998), et Twombly (2000).

La construction d'une thérapie intégrée EMDR/Etats du Moi

Se servir d'un modèle intégrant l'EMDR et les états du Moi nous permet de diagnostiquer le moment où un patient à l'histoire traumatique lourde est prêt à un travail sur le traumatisme, de déterminer sa stabilité et ses besoins particuliers. Finalement, nous pouvons travailler en toute sécurité, avec précision, sur les questions et les difficultés touchant au traumatisme et à la dissociation. Les protocoles, dans ce modèle, sont personnalisés, et particuliers en fonction des états du Moi. Les niveaux de SUD peuvent descendre à zéro et y rester. **C'est un modèle de traitement EMDR plus long, dans lequel on peut faire un travail approfondi.** Au contraire, dans le traitement EMDR classique avec des patients diagnostiqués comme ayant un SSPT, des troubles dissociatifs ou des troubles de la personnalité, le traitement des états du Moi n'a en général pas été intégré dans le plan de traitement, ni dans le protocole. Souvent, si on tente prématurément un travail de révélation, ou un travail de désensibilisation et de retraitement, ces patients se déstabilisent ou manifestent d'autres difficultés. Les thérapeutes rapportent de nombreuses séances de retraitement où les niveaux de SUD ne descendent pas — ou s'ils descendent, ils remontent et les symptômes persistent. Cela provient de la présence d'un ou plusieurs états du Moi non reconnus, qui n'ont pas été inclus dans le traitement. Au fil du temps, cela crée des interférences dans la thérapie et dans la relation thérapeutique. Avec l'intégration d'un travail sur les états du Moi à un moment approprié dans la phase de préparation du traitement, ces difficultés peuvent être résolues.

Conclusion En étendant la durée et le champ d'application des phases de stabilisation et de préparation du protocole EMDR standard et en y ajoutant un travail sur les états du Moi, on permet à des patients pour lesquels l'EMDR n'aurait pas semblé indiquée autrement, de bénéficier du travail sur les traumatismes. Au cours de l'important travail de préparation, le patient prend conscience de son propre système d'états du Moi, l'accepte et acquiert la capacité de s'appuyer de la sérénité. Le système peut alors traiter efficacement des questions de sécurité, de responsabilité et de choix, à partir d'une position de compréhension empathique. Le patient est plus indépendant, il essaie de nouvelles situations (quelquefois en présence du système des états du Moi), puis élabore un nouveau schème de comportements positifs. Il pratique de nouvelles compétences dans les situations de la vie quotidienne. Nous terminons le travail, non comme il avait commencé, mais avec un être humain plus évolué, capable de s'aimer lui-même, et qui a envie de vivre pleinement sa vie. Nous ne revenons pas à notre point de départ.

En conclusion, à l'intérieur de ce modèle de traitement intégré, on reconnaît que le système familial internalisé a rempli des rôles adaptés, honorables, au cours de périodes antérieures de terreur et de chaos. Au cours du traitement, on a traité les états du Moi avec respect, on leur a donné une structure et des frontières saines. Le matériel traumatique a été retraité. Le système peut maintenant adopter un projet de vie qui lui convient mieux. Les thérapeutes EMDR peuvent ainsi offrir un traitement efficace aux patients souffrant de SSPT complexe.

Tiré de : Forgash, C. (2004). Treating Complex posttraumatic Stress Disorder with EMDR and Ego State Therapy. *The EMDR Practitioner*.

44. Réponse : l'observation attentive d'une expérience pénible sans l'analyser.

Abstract : We report on an elderly patient with depression attributed to a surge of physical ailments, and with trauma-derived fear of having to undergo a tracheotomy. He refused pharmacotherapy, and was offered intensive training in Mindfulness Meditation (MM), plus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy, during 2 weeks of hospitalization. This treatment combination had not been used previously. We suggest that EMDR eliminated his fear of surgery, whereas MM relieved his depression and attendant anxiety. However, the two techniques appeared to work synergistically. Following his discharge, he continued to practice MM, which prevented the recurrence of emotional distress, and even helped to reduce its causative physical symptoms. We offer an explanation for the success of our combined treatment and discuss its potential usefulness in specific psychotherapeutic situations. We also propose a place for MM within general geriatric care, and point out the reluctance of Western-style, local medicine to consider the therapeutic value of meditation.

Case report : A 73-year-old male retiree was diagnosed at our Outpatient Department with Major Depressive Disorder, including suicidal ideation. Depression was triggered largely by daily attacks of idiopathic dizziness (electroencepharography was normal) that had started 2 months previously, following a bout of common cold, and usually lasted the first half of the day. Possibly contributing to depression were his asthma, epigastralgia, and dysuria related to Benign Prostatic Hyperplasia. He was also terrified of having to undergo a tracheotomy. This fear appeared ten years previously, when he was treated for asthma at a hospital emergency room, while another patient was tracheotomized. The dizziness attacks produced fear of asthma attacks, and this raised his tracheotomy anxiety. His mental state was aggravated by a rigid, perfectionist personality, with performance failures creating self-blame and loss of confidence. [...]

À notre connaissance, c'est le premier rapport de l'utilisation combinée avec succès du TMM (Training Mindfulness Meditation) et EMDR. En outre, les deux approches peuvent travailler en synergie, dans le sens de « l'effet combiné des deux processus dépasse la somme de leurs effets individuels ». En fait, tout en pratiquant la méditation de son propre chef, ainsi que lors de session EMDR guidées, un patient s'engage dans la même activité, à savoir ***l'observation attentive d'une expérience pénible***. Ainsi, les deux peuvent se renforcer mutuellement. [...] Nous proposons que la méditation de la pleine conscience puisse être couplée à l'EMDR si les conditions suivantes s'appliquent : 1) un intérêt supposé de l'EMDR, 2) la pharmacothérapie et la psychothérapie à long terme ne sont pas des options, 3) un praticien qualifié et disponible. **Il pourrait être souhaitable de commencer par la méditation en premier afin de renforcer la réactivité à l'EMDR.**

Tiré de : Sun, T.-Z., Wu, C.-K., & Chiu, N.-M. (2004). Mindfulness meditation training combined with eye movement desensitization and reprocessing in psychotherapy of an elderly patient. *Chang Gung Medical Journal*, 27(6), 464-469.

45. Réponse : une meilleure résolution du traumatisme dans la thérapie EMDR, alors que dans la thérapie éclectique l'élément majeur concerne l'importance de la valeur accordée à la relation avec le thérapeute, par l'intermédiaire de laquelle les patients apprennent des stratégies d'adaptation efficaces.

Objective: This article examines survivor perspectives of the effectiveness of two different treatments for trauma symptoms among adult female survivors of childhood sexual abuse— Eye movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and eclectic therapy. Method: Qualitative interviews obtained in the context of a mixed-methods study were conducted with 38 adult female survivors of childhood sexual abuse. Results: Two major differences in outcomes between the two treatment approaches were observed. **There were considerable distinctions between the two treatment groups in terms of the importance and effect of the client-therapist relationship, and in terms of the depth of change reportedly caused by the different therapies. Conclusions: Survivors' narratives indicate that EMDR produces greater trauma resolution, while within eclectic therapy, survivors more highly value their relationship with their therapist, through whom they learn effective coping strategies.**

La technique EMDR étant maintenant connue, il semble important de définir ce qu'est la thérapie éclectique. La thérapie éclectique est décrite dans des études similaires comme prenant appui sur une variété de théories, de méthodes, et de techniques intégrées à un traitement individuel pour résoudre des traumatismes induits par des abus sexuels dans l'enfance. [...] La nature même de la thérapie éclectique amène une combinaison d'interventions thérapeutiques pour traiter les sujets (par exemple : soutien, information, restructuration cognitive, résolution de problèmes, travail sur les rêves, PNL, gestalt, hypnose, exercices de relaxation, visualisation...).

Résultats :

La relation client-thérapeute : Les femmes qui ont reçu un traitement éclectique accordent beaucoup plus d'importance à la relation entre elles et leurs thérapeutes que celles qui ont été traitées par EMDR. L'ensemble de ce groupe (n = 20) ont attribué en totalité ou en partie le succès du traitement à la relation avec leur thérapeute. Les patientes de ce groupe de l'apport du soutien, de l'acceptation, de la validation et du non jugement offert par leur thérapeute [...] Cet élément est absent chez les personnes traitées par EMDR. [...] en outre, bien que les femmes traitées par EMDR fassent l'éloge de leur thérapeute, elles n'attribuent pas le succès de la thérapie aux qualités personnelles du thérapeute ou à la relation thérapeutique mais plutôt aux techniques EMDR et/ou à la façon dont le thérapeute a respecté la procédure EMDR.

La nature du changement : [...] Bien que les descriptions des sujets dans le groupe éclectique, mettent l'accent sur l'amélioration de leur capacité globale de faire face par rapport à leur vécu d'abus sexuels dans l'enfance, le groupe EMDR décrit des modifications plus profondes au niveau de la résolution des traumatismes.

Changements attribués à la thérapie éclectique : le thème de faire face à l'abus était prépondérant dans le groupe éclectique de manière à développer et utiliser des stratégies d'adaptation, ils ont rapporté de manière générale des améliorations au niveau de l'humeur, du comportement et du fonctionnement global. [...] Elles font également état de plus d'autonomie, par rapport au groupe EMDR [...]

Les changements attribués à l'EMDR : En revanche, les types de changements décrits par les patients du groupe EMDR, semblent être de nature plus profonde. [...] : l'arrêt des sentiments désagréables, des changements de perception de soi et des autres (diminution de la culpabilité et du sentiment de responsabilité). [...]

Discussion : In this study, a qualitative analysis was used to compare the perceptions of treatment effectiveness reported by adult female survivors of childhood sexual abuse who received one of two different treatment approaches for resolving psychological trauma—EMDR and eclectic therapy. The analysis revealed meaningful differences between the two groups in terms of the importance of the relationship between the therapist and client, and in the nature of the therapeutic changes experienced. Each of these findings warrants further consideration and is discussed. First, however, it is worth mentioning, that despite those qualitative differences, both groups of survivors reported comparable levels of satisfaction with their treatment.

Tiré de : Edmond, T., Sloan, L. & McCarty, D. (2004). Sexual abuse survivors' perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy. *Research on social work practice*, vol. 14, N°.4 ; 259-272.

Discussion autour de l'EMDR

46. Réponses possibles :

- a. Inutilité des mouvements oculaires
- b. Pas plus efficace qu'une thérapie par exposition
- c. Moins efficace qu'une thérapie par exposition dans la durée
- d. La nécessité d'une formation poussée et longue pour le praticien.
- e. Manque de rigueur méthodologique des études menées sur l'efficacité de l'EMDR
- f. Modifications des hypothèses et des procédures non explicitées et indifférenciées des versions antérieures

Objective: advocates of new therapies frequently make bold claims regarding therapeutic effectiveness, particularly in response to disorders which have been traditionally treatment-refractory. This paper reviews a collection of new therapies collectively self-termed "the Power Therapies", outlining their proposed procedures and the evidence for and against their use. These therapies are then put to the rest for pseudoscientific practice.

Method : Therapies were included which self-describe themselves as "Power Therapies". Published work searches were conducted on each therapy using Medline and PsychInfo databases for randomized controlled trials assessing their efficacy, except for the case of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Eye Movement Desensitization and Reprocessing has more randomized controlled studies conducted on its efficacy than any other treatment for trauma and thus, previous meta-analyses were evaluated.

Results and conclusions : It is concluded that these new therapies have offered no new scientifically valid theories of action, show only non-specific efficacy, show no evidence that they offer substantive improvements to extant psychiatric care, yet display many characteristics consistent with pseudoscience.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

[...] Les commentaires et les méta analyses des études EMDR publiées dans des revues renommées ont constaté qu'il existe des preuves accablantes que les mouvements oculaires **ne sont ni nécessaires ni utiles en complément de la procédure (Deville, 2002 ; Lohr et coll, 1999)** ; il existe des preuves fortes et significatives que la thérapie EMDR est plus efficace qu'une absence de traitement

et plus efficace que les traitements inefficaces, **mais seulement aussi efficace que n'importe quel autre traitement qui utilise certains aspects de la thérapie de l'exposition (Deville, 2002 ; McNally, 1999)** et il existe de plus en plus que **preuves que l'ensemble des interventions basée sur l'exposition est supérieur à l'EMDR à long terme (Deville et Spence, 1999 ; Taylor et coll., 2003) [...]**

En résumé cela rappelle les accusations portées à la psychologie jungienne, il a été affirmée que « ce qui est efficace dans l'EMDR n'est pas nouveau et ce qui est nouveau n'est pas efficace » (McNally, 1999). [...]

En 1994, on a défini que le niveau 2 était requis pour évaluer correctement l'EMDR et en 1999 plusieurs études ont été discréditées parce que les évaluateurs n'avaient pas le niveau requis et donc n'on pas été approuvées par l'Institut EMDR (Shapiro, 1999). **En 2004, pour devenir un thérapeute EMDR certifié il est nécessaire : d'avoir le niveau II d'entraînement à l'EMDR ; au moins 2 ans d'expérience dans le domaine concerné (ex : psychologue, psychiatre) ; avoir effectué au moins 50 sessions d'EMDR avec pas moins de 25 clients, avoir reçu 20h de consultations par un consultant agréé en EMDR ; être recommandé pour la certification par un ou plusieurs consultants EMDR approuvés par l'Association Internationale d'EMDR (EMDRIA) ; l'obtention de deux lettres de recommandation concernant une l'usage professionnel de la pratique EMDR et l'autre concernant l'éthique et le caractère professionnel ; et avoir accompli au moins 12h de formation continue approuvée par l'EMDRIA. Tous les 2 ans il est également nécessaire d'obtenir 12 crédits de formation continue en EMDR pour maintenir la certification.**

En outre, l'EMDR a été initialement différenciées d'autres traitements par les mouvements oculaires. **Comme la recherche a montré peu d'utilité des mouvements oculaire, le protocole a insidieusement changé.** En 1991, il avait été modifié pour inclure le tapping avec la main ou un doigt à la place des mouvements oculaires (Shapiro,1991) et en 1996, il a été étendu à «toute stimulation extérieure» (Shapiro, 1996. [...] Lorsque aucune différence n'a été trouvé entre le tapping et les mouvements des yeux, par exemple, la raison revendiquait que les chercheurs avaient tout simplement comparé deux formes de EMDR l'une à l'autre. [...]

Les bonnes théories et les modèles de traitements évoluent au fil du temps. Cependant, ces théories se doivent de faire explicitement mention des conditions dans lesquelles elles peuvent être falsifiées. Les changements d'hypothèses et de procédure devraient aussi être explicités au fil du temps et différenciés des versions antérieures pour empêcher la confusion. **Le non-respect de ces critères de résultats des pratiques fondées sur des théories infalsifiables remet en cause l'utilité de dépenser des ressources scientifiques pour l'évaluation du traitement et devient discutable. [...]**

Tiré de Devilly, G. J. (2005). Power therapies and possible threats to the science of psychology and psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 39 : 437-445.

Pour aller plus loin :

Deville, GJ. (2002). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: a chronology of its development and scientific standing. *Scientific Review of Mental Health Practice* ; 1 : 113-138.

Lohr JM, Lilienfeld SO, Tolin DF, Herbert JD. (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): an analysis of specific and non-specific treatment factors. *Journal of Anxiety Disorders*; 13 : 185-207.

McNally, R.J. (1999). On eye movements and animal magnetism: a reply to Greenwald's defense of EMDR. *Journal of Anxiety Disorders*; 13:185-207.

Deville, G.J., Spence, S.H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavioural trauma treatment protocol in the amelioration of post traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorder*. 13:131-157.

Taylor et coll. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments : exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 71 :330-338.

Shapiro, F. (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and anxiety disorders: clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*; 13: 35-68/

Shapiro, F. (1991). Stray thoughts. *EMDR Network Newsletter*. 1 : 1-2.

Shapiro, F. (1996). Eye Movement Desensitization and reprocessing (EMDR): evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 27:209-218.

47. Réponse : l'auteur considère qu'il s'agit d'indicateurs mais qu'il n'existe probablement pas de lien entre la technique des mouvements oculaires appliqués en EMDR et la réactivation des crises mais il est possible qu'une charge émotionnelle importante ait été réactivée par l'EMDR, le manque de sommeil et l'interruption du traitement par benzodiazépines.

Case history: In December 2001, a 34-year-old woman from the Outpatient Pain Clinic of the University of Munster presented to our department for inpatient treatment because, under day clinic treatment, her symptoms had increased and she felt more unstable. During a gynecological intervention (curettage) in October 2001, performed because of persistent gynecological bleeding from uterine myomatosis, the patient had experienced reactivation of a previous (1999) sexual trauma. She suffered from intrusive recollections, especially flashbacks of the sexual trauma, states of anxiety, avoidance behavior, and symptoms of increased arousal, thus fulfilling the ICD-10 criteria (**WHO, 1993**) for the diagnosis of PTSD (ICD-10: F43.1). She also fulfilled the ICD-10 criteria (**WHO, 1993**) for the diagnosis of a moderate depressive episode (ICD-10: F32.1) with depressive symptoms, feelings of hopelessness, exhaustion, lethargy, lack of interest, social withdrawal, and persistent crying.

Medical history: The patient suffered from idiopathic generalized absence epilepsy diagnosed when she was 1 year old. Because of this

condition and tension headaches, she had been in inpatient treatment in the Department of Neurology of the University of Munster in 1999. Because of repeated seizures during that stay in the hospital, antiepileptic medication had been changed from gabapentin and vigabatrin to lamotrigine 200 mg/ day. Under this medication, later changed to 150 mg/day, no further seizures had occurred during the last 3 years. She had no history of other severe medical conditions.

Treatment: The patient was treated as an inpatient in the Department of Psychosomatics and Psychotherapy at the University Hospital Munster from December 27, 2001, until March 19, 2002. At admission, medications consisted of amitriptyline 75 mg/day, lamotrigine 150 mg/day, and lorazepam 0.5 mg twice/day. Treatment was carried out according to the usual multimodal inpatient setting with at least 12 sessions of psychotherapy per week (including individual sessions, interaction group psychotherapy, concentrative movement therapy, and art therapy). In addition, there were regular ward rounds and sessions with the nursing staff. Furthermore, because of the PTSD symptoms, EMDR was carried out after adequate stabilization. On January 8, 2002, a preparatory EMDR session was carried out. We informed the patient that information on a possible interaction between EMDR and epilepsy is sparse, and that seizures may occur while under EMDR. The patient gave her informed consent. In this preparatory session, stabilization techniques, especially the "secure inner space," were worked out (**Shapiro, 2001**). Additional sessions were carried out according to the recommended

protocol for the treatment of PTSD according to Shapiro (**Shapiro, 2001**). The first EMDR session took place on January 9, 2002, and the second session on January 16, 2002. The extent of the impact recorded using the Subjective Units of Disturbance (SUD) Scale (range 1–10) fell from 10 at the beginning of the second session (maximum strain) to 1 at the end of the same session. The Validity of Cognition (VOC) scale (range 1–7), which records how convinced the patient is of the positive cognition to be established, rose from 4 at the beginning of the session to 7 (“very convinced”) at the end. The session ended with the patient imagining a secure inner space; the patient felt distinctly relieved and stabilized. During the night following the second session, she experienced a massive reactivation of the idiopathic generalized epilepsy, with multiple absences. Clinically, these took the form of short episodes (lasting some seconds) with brief pauses and rigid facial expression, in part accompanied by lid myoclonus; this was accompanied by complete amnesia for this point in time. There were no tonic-clonic contractions or spontaneous urinary or bowel movements. Neurological consultation in the Department of Neurology at the University Hospital Munster confirmed the diagnosis of epileptic seizures. On January 17, 2002, high-frequency (approx 1/min) bifrontal generalized highamplitude spike-wave and polyspike wave patterns with a frequency of 2–3.5 per second for 2 to 5 seconds (**Fig. 1**) were demonstrated. The lamotrigine level was 1.38 lg/ml (therapeutic range, 0.5–4.5 lg/ml), in the lower therapeutic range. The benzodiazepine clobazam 3 · 5 mg was immediately introduced, and the lamotrigine dose was raised stepwise from the previous 50–0–100 to 125–0–150 mg/day. EMDR treatment was discontinued. Clinical improvement was immediate and the seizures ceased. On January 18, 2002, sharply contoured, right and left frontotemporal waves could still be demonstrated as isolated groups; however, no generalized epileptiform pattern was apparent. There was also no paroxysmal reaction under photostimulation. As the patient continued to suffer from traumatically induced states of anxiety and intrusions, she explicitly requested that EMDR treatment be continued, and this was done on February 19, 2002; further sessions followed on February 26, March 3, and March 12, 2002. No focus and no epileptogenic activity could be found on the EEG on March 12, 2002. The patient was subjectively without symptoms. The lamotrigine level had risen to 2.4 lg/ml, and benzodiazepine medication was slowly reduced by March 5, 2002. After reintroduction of the EMDR sessions, there was no aggravation of the EEG and no further epileptic seizures. Intrusions, anxiety, and depressive mood improved. The clinically impressive improvement could also be demonstrated with the psychometric instruments used at admission and discharge: The Global Severity Index (GSI) of the BSI (**Derogatis & Spencer, 1982**) improved from 2.48 at admission to 0.49 at discharge. The subscale Anxiety of the HADS (**Zigmond & Snaith, 1983**) was 12 at admission and 3 at discharge (i.e., a drop from “severe anxiety” to inconspicuous values). The HADS subscale Depression was 19 at admission (“severe depression” according to **Zigmond & Snaith, 1983**), and zero at discharge.

Discussion: [...] On se pose la question de savoir pourquoi l'épilepsie a été réactivée chez cette patiente ? Se pourrait-il qu'il y ait un lien avec les mouvements oculaires bilatéraux comme appliqués dans la méthode EMDR ? **Avant les crises, plusieurs facteurs coïncidaient : la patiente était sous traitement psychothérapeutique intensif, et elle avait fait état de maintes reprises d'une tension émotionnelle importante (peut-être intensifiée par l'expression d'expériences traumatiques pendant les séances EMDR) et elle avait dormi peu et mal la nuit avant les crises. Au moment de son admission en décembre, on avait administré du lorazepam, une benzodiazépine à 2x0,5 mg en raison de son anxiété, qui avait été réduite à 0,5mg (la nuit) au cours du traitement. Le 15 janvier, jour où la crise s'est produite, la patiente avait oublié de prendre ses médicaments. La possibilité de l'interruption des benzodiazépines doit être discutée, même si cela semble peu probable compte tenu de la faible dose de lorazépram administré, 0,5mg par jour. Même s'il n'y avait pas eu d'interruption des benzodiazépines, le manque de lorazepam pourrait avoir diminué le seuil épiléptogène.**

Le niveau de lamotrigine était lui aussi bas dans le même intervalle thérapeutique. La coïncidence de ces facteurs à eux seuls (haute charge émotionnelle, manque de sommeil et interruption des benzodiazépines) pourrait expliquer la réactivation de la crise épileptique. Que le stress émotionnel résultant de la psychothérapie psychodynamique puisse contribuer à la réactivation de l'épilepsie n'est pas encore clair car aucun travail empirique sur ce sujet n'est disponible à l'heure actuelle. Le fait que les crises n'aient pas eu lieu au cours des sessions mais au cours de la nuit suivante ne permet pas d'établir une connexion directe entre les crises et les mouvements oculaires de la thérapie EMDR. En outre, la patiente a été traitée avec succès par l'EMDR sans aucun problème dans les autres séances.

Nous considérons qu'il s'agit d'indicateurs et qu'il n'y a pas de lien entre les mouvements oculaires de l'EMDR et les crises, et que ces crises sont probablement dues aux facteurs susmentionnés ou issues d'une coïncidence.

Tiré de : Schneider, G., Nabavi, D, Heuft, G. (2005). Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder in a patient with comorbid epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 7 ; 715-718.

Références:

Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols and procedures. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2001.

World Health Organization. International classification of diseases and related health problems. 10th ed. Geneva: WHO; 1993.

Derogatis LR, Spencer PM. Brief Symptom Inventory: administration, scoring and procedures manual—I. Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1982

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–70.

48. Réponse b) Faux

Abstract: *Little is known about the types of mental health treatment that are most effective for psychogenic non-epileptic seizure (PNES) patients who have high rates of comorbid post-traumatic stress disorder (PTSD) and dissociation. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) has proved to be effective in the treatment of PTSD, anxiety states, dissociative symptoms and somatoform disorders. This study, which utilized a non-controlled qualitative multiple revelatory case design, integrates EMDR into the psychological treatment of PNES patients with confirmed trauma experiences. With EMDR targeting trauma and dissociative symptoms in three patients, PNES were extinguished in two. Those patients have remained seizure-free for 12–18 months.*

INTRODUCTION

Individuals with psychogenic non-epileptic seizures (PNES) experience episodes of abnormal movements or sensations that mimic true epileptic seizures, yet they have no abnormal electrical discharges in the brain. Because their 'seizures' are caused by unconscious psychological processes (Reuber & Elger, 2003), not brain dysfunction, they are refractory to anti-epileptic medications. PNES patients also have rates of psychiatric disorders that greatly exceed those of the general population, as measured by prevalence and past psychiatric hospitalizations (Kessler et al., 1994). Among the most

common are post-traumatic stress disorder (PTSD), depression, somatoform (conversion disorder with seizures) and dissociative disorders. Despite these facts, little is known about the types of psychological treatments that are most effective for them (Reuber & House, 2002). Some authors (Aboukasm et al., 1998; Bowman, 2001) advocate psychiatric treatment and emphasize that such a treatment (particular types are unspecified) either terminates or reduces PNES occurrence while others (Kanner et al., 1999; Walczak et al., 1995) contend that mental health intervention has little bearing on outcome. As Benbadis (2005) observed, PNES, although common, pose a frustrating challenge in health management. He reports that at least 10% of all medical services and 9% of inpatient neurology admissions are provided for psychogenic symptoms (p. 9). Kanner, Palac, Lancman, Lambrakis, and Steinhardt (2001) have noted high costs associated with PNES in terms of (a) quality of life for patients; (b) health care systems trying to treat them appropriately; and (c) disability benefits. Therefore, an effective psychiatric and psychotherapeutic intervention is required to improve management and ameliorate these costs. The purpose of this study was to observe, treat, then analyse the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), an accelerated information-processing model and somatically effective therapy, in resolving PNES in patients with trauma histories. The strategy was to focus on the trauma, hoping that once that was resolved, the PNES would cease. If successful, the results would influence psychological treatment strategies for similar patients.

Conclusion

Cette étude est parmi les premières à examiner l'efficacité de l'EMDR pour le traitement de la PNES à base traumatique. L'EMDR semble bien fonctionner pour éliminer la PNES chez un certain nombre de cas et les effets bénéfiques du traitement ont été maintenus plus de 12 mois. Ces résultats sont cohérents ou meilleurs que certains résultats d'études reportés par **Walczak et al. (1995), Kanner et al. (1999) et Reuber & House (2002)**. Des études contrôlées sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de l'EMDR comparativement aux thérapies cognitivo-comportementales avec les patients de cette population. Des études sur le long terme sont également nécessaires pour déterminer les résultats sur l'incapacité persistante, l'emploi, les problèmes psychosociaux et la qualité de vie perçue.

La PNES représente un dilemme inexpliqué jusqu'ici d'un syndrome somatique et psychologique complexe qui reste un défi à expliquer pour la neurologie et la psychiatrie actuelle. **Les résultats de cette étude suggèrent une nouvelle perspective : la PNES pourrait représenter l'expression d'un syndrome traumatique avec des éléments physiques et émotionnels incluant la dissociation, l'hyperréactivité, l'anxiété et la réaction excessive aux facteurs de stress même légers. Envisager la PNES dans la perspective neuropathophysiologique du trauma ouvre la voie d'un traitement par des thérapies somatiques efficaces incluant l'EMDR.**

Tiré de Kelley, S.D.M., & Bendadis, S. (2007). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the psychological treatment of trauma-based psychogenic non-epileptic seizures. *Clin. Psychol. Psychother.* 14, 135-144.

Références :

Walczak, L., Papacostas, S., Williams, D., Scheuer, M., Lebowitz, N., & Notar, F. (1995). Outcome after diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsia*, 36, 1131–1137.

Kanner, A., Parra, J., Frey, M., Stebbins, G., Pierre-Louis, S., & Iriarte, J. (1999). Psychiatric and neurologic predictors of psychogenic pseudoseizure outcome. *Neurology*, 53, 933–938.

Reuber, M., & Elger, C. (2003). Psychogenic non-epileptic seizures: Review and update. *Epilepsy and Behavior*, 4(3), 205–216.

Reuber, M., & House, A. (2002). Treating patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Current Opinion in Neurology*, 15(2), 207–211.

49. Réponse c) Les résultats de la littérature sont mitigés à ce sujet.

Selon Rogers et Silver (2002) :

[...] Des recherches antérieures suggèrent que des expositions brèves répétées aboutissent seulement à la diminution de la peur lorsque l'intensité du stimulus et l'hyperréactivité sont tous les deux faibles. Pourtant l'EMDR utilise de très brèves expositions (20 à 30 sec). L'intensité des stimuli est élevée car les clients sont invités à commencer par se concentrer sur la scène la plus pénible. Les thérapeutes ne cherchent pas à minimiser l'excitation physiologique lors de l'EMDR.

Les indications des réponses physiologiques relevées au cours de l'EMDR obtiennent des résultats mitigés. Wilson, Silver, Covi & Foster (1996) ont montré une diminution de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et de la réponse galvanique de la peau pendant l'EMDR. **Montgomery & Ayllon (1994)** ont observé une tendance non significative vers un relâchement. **Lohr, Tolin & Kleinknecht (1996)** n'ont observé aucun changement des niveaux d'excitations lors de l'EMDR, même si leurs sujets ont évoqué une baisse importante de leur détresse subjective. Les dernières études indiquent que la diminution de la détresse subjective précède la diminution de l'excitation physiologique, ces résultats sont en conflit avec l'Emotional Processing Model et des recherches antérieures sur l'habituation.

Bien que l'EMDR a parfois été identifié comme une variante de la désensibilisation systématique (**Craske, 1999 ; McNally, 1999**), l'argument selon lequel il fonctionne au moyen d'un contre-conditionnement manque de soutien empirique. En fait, une étude de cas dans laquelle le protocole n'a pas été suivi correctement (on avait dit au sujet de se détendre après chaque série de mouvements oculaires), montrait que la procédure modifiée pouvait se révéler totalement inefficace (**Acierno, Tremont, Last & Montgomery, 1994**).

[...] En outre, le traitement EMDR comporte un élément de libre association que l'on ne trouve pas dans la désensibilisation systématique des autres thérapies d'exposition.

Foa et Mc Nally (1996) affirment que les variables qui favorisent l'attention sur la peur devraient faciliter l'activation, l'habituation et la modification de la structure de la peur. Par conséquent, les éléments de traitements qui distraient le client du stimulus de peur devraient réduire le taux d'habituation. Le soutien empirique de cette prédiction est équivoque. [...] Il est difficile de tirer des conclusions de cet aspect de la recherche à l'heure actuelle.

Dans l'EMDR, on demande aux clients de diviser leur attention entre le souvenir (traumatique) et la tâche motrice qui consiste à suivre la main du thérapeute des yeux. Si les suppositions sous-jacentes au modèle de traitement émotionnel sont correctes, cela devrait avoir pour effet de ralentir le taux de diminution de la peur, et pourtant le taux de diminution de la peur dans l'EMDR semble s'effectuer plus rapidement que lors de l'exposition simple (**Rogers et al., 1999; Shapiro, 1989a, 1989b**).

Tiré de : Rogers, S. & Silver S.M (2002). Is EMDR an exposure therapy ? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, Vol.58(1), 43-59.

Références :

Wilson, D., Silver, S., Covi,W., & Foster, S. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 27, 219–229.

Montgomery, R.W., & Ayllon, T. (1994). Eye movement desensitization across images: a single case design. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 23–28.

Lohr, J., Tolin, D., & Kleinknecht, R. (1996). An intensive investigation of eye movement desensitization and reprocessing of claustrophobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 73–88.

Craske, M.G. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder, CO: Westview.

McNally, R.J. (1999). Research on eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). as a treatment for PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 10, 1–2.

Acierno, R., Tremont, G., Last, C., & Montgomery, D. (1994). Tripartite assessment of the efficacy of eye-movement desensitization in a multi-phobic patient. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 259–276.

Foa, E.B., & McNally, R.J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. In R.M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 329–343). New York: Guilford.

Rogers, S., Silver, S.M., Goss, J., Obenchain, J., Willis, A., & Whitney, R. (1999). A single session, controlled group study of exposure and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam war veterans: preliminary data. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 119–130.

50. Réponse b) Non.

Selon Rogers et Silver (2002) :

Les partisans de la thérapie de l'exposition identifient plusieurs comportements qui selon eux indiquent un évitement cognitif, incluant la manière de passer au dessus de certains détails du souvenir, la distorsion de l'image et la concentration sur des éléments du souvenir qui ne sont pas craints. Pour **Lyons & Keane (1989)**, il est important que le client soit exposé à chaque élément de la mémoire traumatique, en se concentrant sur les sensations, les pensées et les sentiments qui lui sont liés, en s'attardant sur ces détails qui génèrent le plus d'anxiété. Comme ils sont conscients que le thérapeute travaille avec une connaissance incomplète des signes qui sont importants, ils supposent qu'une attention à examiner chaque étape minutieusement est susceptible d'entraîner une exposition à tous les détails importants. Ils recommandent aux thérapeutes d'être particulièrement prudents et de ne pas permettre au client d'éviter un détail particulièrement angoissant en passant sous silence une partie de l'évènement.

En EMDR, on dirige d'abord simultanément le client vers une image mentale et les sensations et cognitions qui lui sont liées, avant de lui permettre de faire part de son expérience avec peu d'interventions ou de questions de la part du thérapeute. Cela les laisse libre de raconter n'importe quels détails leur semblant probants, de faire des bonds en avant dans leur histoire ou de sauter d'évènement en évènement. Plutôt qu'une progression chronologique suivant les détails

traumatisants, la progression EMDR n'est pas linéaire, l'attention du client semble suivre son cours, se déplaçant librement dans le temps, revenant en arrière, faisant un bond en avant. Le résultat est que les clients semblent souvent parvenir à une diminution de leur anxiété sans délibérément se concentrer sur beaucoup de détails de l'évènement cible. Cette exposition incomplète est une pratique qui devrait rendre l'EMDR plus lent, sinon inefficace, selon les suppositions du modèle de traitement émotionnel. Cependant, sur les études qui comparent directement l'EMDR avec l'exposition en imagination, deux ont montré que l'EMDR a des effets plus importants sur les symptômes intrusifs (**Rogers et al., 1999 ; Vaughan et al., 1994**), et deux ont montré que l'EMDR et l'exposition ont une efficacité comparable, sauf que l'EMDR nécessite un temps de traitement moins long (**Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002 ; Vaughan et al., 1994**).

Il est courant pour les clients de signaler tout changement spontané de l'image de la scène cible au cours de l'EMDR. Non seulement l'image change, mais parfois elle disparaît tout à fait. Au lieu d'être considéré comme une forme d'évitement, il est considéré comme un indicateur de l'efficacité du traitement de la mémoire. Cela peut-être une conséquence naturelle des mouvements oculaires, compatibles avec la diminution des reviviscences et des images mentales négatives et pénibles (**Andrade, Kavanagh, & Baddely, 1997**). [...]

Tiré de: Rogers, S. & Silver S.M (2002). Is EMDR an exposure therapy ? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, Vol.58(1), 43-59.

Références:

Lyons, J.A., & Keane, T.M. (1989). Implosive therapy for the treatment of combat-related PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 137–152.

Rogers, S., Silver, S.M., Goss, J., Obenchain, J., Willis, A., & Whitney, R. (1999). A single session, controlled group study of exposure and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam war veterans: preliminary data. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 119–130.

Vaughan, K., Armstrong, M.S., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., & Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 283–291.

Ironson, G.I., Freund, B., Strauss, J.L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 113–128.

Andrade, J., Kavanagh, D., & Baddely, 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.