

EMDR – IMO

Les mouvements oculaires en psychothérapie

Pourquoi l'intégration des mouvements oculaires (EMDR - IMO) avec l'hypnose et les thérapies brèves?

Les techniques de mouvements oculaires sont de plus en plus pratiquées et leur efficacité reconnue, notamment dans le cadre du traumatisme psychique, sujet majeur en psychothérapie et motif très fréquent de consultation.

Il existe deux techniques de base qui se sont fait connaître. Elles proviennent toutes les deux des USA.

La première et la plus connue est l'EMDR (eye movement desensitization and reprocessing). Elle a été créée en 1987 par Francine Shapiro. Doctorante en lettres, elle s'intéressera à la psychologie suite à de graves problèmes personnels de santé. Elle explore la méditation, l'hypnose éricksonienne et la PNL, deviendra chercheuse associée au MRI de Palo Alto. Elle expérimente un peu par hasard sur elle-même puis sur d'autres, l'effet de mouvements oculaires sur les pensées négatives et traumatiques. Elle se rapproche d'acteurs importants des thérapies cognitives et comportementales et développe son modèle EMDR en 1990. Y seront également ajoutés des éléments provenant aussi de nombreux modèles dont l'hypnose (place sûre, imagerie guidée, utilisations de ressources...). En France c'est surtout le regretté David Servan-Schreiber qui contribuera au développement et à la diffusion de sa technique en fondant « EMDR France ».

L'IMO (Intégration par les Mouvements Oculaires, ou EMI – Eyes Movement Integration en anglais) a été développé par Steve et son épouse Connirae Andreas en 1989, à partir de la PNL. La psychologue canadienne Danie Beaulieu dit avoir appris cette technique au cours d'une démonstration de 45mn dans un congrès en 1993. Par la suite, elle standardisera la technique et l'enrichira grandement de techniques de PNL et d'impact. Elle sera la principale promotrice et formatrice dans le monde et à ce jour la seule auteure d'un livre sur le sujet.

Depuis un certain nombre d'années ont émergé des « modèles » qui se veulent plus globaux ou intégratifs de différentes techniques. Citons pour exemple la riche modélisation de l'HTSMA, élaborée par le psychiatre et pédopsychiatre français Eric Bardot et qui rassemble des techniques de thérapies brèves (solutionnistes, stratégiques) avec le modèle EMDR. Notons aussi le MATH, extrêmement proche, enseigné à Lille-Tournai.

Globalement les techniques de mouvements oculaires présentent un aspect fascinant. Les praticiens qui s'y essaient constatent que la charge émotionnelle associée aux souvenirs traumatiques diminue significativement en très peu de temps.

Pourtant tout cela ne va pas sans poser de questions.

Tout d'abord **peut-on regrouper ces diverses techniques** ou du moins les deux techniques princeps ou bien faut-il les distinguer et sur quelles bases ?

Certes il y a des différences de protocole : l'EMDR utilise surtout des mouvements horizontaux, rapides, presque sans parler et poursuit avec l'idée qui vient au patient dans une technique d'association libre, dont le déroulement est mesuré avec des échelles ; l'IMO utilise des mouvements lents, dans de nombreuses directions bien précises et le thérapeute énonce des mots en lien avec l'expérience traumatique principale pendant que le patient peut ressentir librement émotions, sensations et images entre et pendant les mouvements.

Mais au-delà des différences, n'y a-t-il pas surtout un principe commun : celui des mouvements oculaires, efficaces notamment pour la gestion des flash-backs et souvenirs parasites ? Énoncer des différences techniques est une chose, mais le principe n'est-il pas similaire ? Les oppositions d'écoles sont-elles justifiées au-delà de la volonté des enseignants de dire que ce qu'ils font marche mieux que ce que fait le voisin ?...

D'ailleurs, en parlant de voisinage, Grindler (concepteur de la PNL – Programmation Neuro-Linguistique) n'a-t-il pas affirmé que, quelques années avant la « découverte » par Shapiro de l'EMDR, il avait parlé à cette dernière d'une technique de mouvements oculaires en PNL pour le traitement du trauma psychique ? Technique qui allait devenir en évoluant de son côté...l'IMO!

Ces mouvements existent depuis bien longtemps, dans les pratiques chamaniques et bien évidemment dans l'hypnose depuis toujours, c'est même l'origine de la caricature du thérapeute avec le pendule, et de l'hypnose de James Braid (celui qui « inventa » le terme « hypnose ») et demandait aux patients de fixer un objet brillant...

Les mouvements oculaires sont connus comme induction et approfondissement de transe hypnotique depuis plus de deux siècles. Ne faut-il pas plutôt y voir là une des raisons de leur commune efficacité ?

Autre question concernant les mouvements oculaires et les protocoles associés : **s'agit-il d'une technique ou d'une thérapie** ? Il nous semble bien qu'il s'agisse d'un outil plus que d'une psychothérapie à part entière, mais un outil qui prend toute sa dimension quand il est intégré dans le spectre plus large d'un modèle psychothérapeutique. Intégrer le corps au travers des mouvements oculaires ou du tapping avec les aspects émotionnels, cognitifs et comportementaux est réellement porteur de changement. La technique elle-même des mouvements oculaires étant relativement simple à apprendre (seulement quelques jours de formation), peut-on la qualifier réellement de psychothérapie ? Comporte-t-elle en soi pour autant une stratégie ? Un savoir faire relationnel ?

Les mouvements oculaires portent-ils d'ailleurs ontologiquement un lien naturel qui pourrait les **rapprocher d'un modèle existant** ? L'utilisation de techniques de mouvements oculaires doit-elle pour fonctionner se rapprocher du cognitivo-comportementalisme (comme on peut l'entendre chez certains praticiens de l'EMDR) ? Est-elle juste une pure « neuro-thérapie » (comme on a pu entendre le dire Danie Beaulieu dans certaines formations à l'IMO) ? Et donc agirait-elle « mécaniquement » sans dimension relationnelle ? (Si on pousse son raisonnement, pourrait-on à la limite remplacer le praticien par un robot ou un écran ?... Dans quel cadre inscrire alors la dimension relationnelle ?...)

Doit-elle plutôt retrouver ses racines avec l'apport de l'hypnose, de l'orientation solution et de la stratégie systémique (comme l'explique E. Bardot sur l'HTSMA) ?

Ces techniques ont été également critiquées sur **l'aspect commercial de leur transmission**. Les principaux modèles de mouvements oculaires sont des « marques déposées » de thérapie, ne pouvant être enseignés que par les écoles bien précises et des enseignants très spécialement habilités. De même un étudiant ne pourrait prétendre pratiquer la technique s'il n'a pas suivi le parcours initiatique extrêmement balisé de l'institution-mère. Si l'on comprend qu'une technique de soins ne peut être enseignée ou apprise par « n'importe qui », on peut s'étonner du procédé visant à déposer une marque de thérapie. De même, cela proscrit, ou du moins limite, les évolutions des modèles sous l'influence des praticiens de terrain.

S'il faut s'entourer de précautions pour enseigner des techniques de soins (comme par exemple de ne les enseigner qu'à des soignants qui l'exerceront dans le cadre de leur métier et de leur déontologie), la thérapie devrait pouvoir être librement apprise et transmise, et ce d'autant plus qu'elle est utile à nos patients. En priver ceux-ci ne serait pas éthique. Les grands praticiens comme Erickson, Frankl, De Shazer, White et d'autres n'ont jamais limité l'usage de leurs thérapies à ceux qu'ils avaient spécifiquement accrédités.

De même, à quels types de praticiens s'adressent ces techniques ? Les critères d'admissibilité officiels des enseignants de l'IMO et de l'EMDR retiennent généralement les psychiatres, psychologues et psychothérapeutes. On pourrait se poser la question d'une part, parmi les gens formés de la présence de « thérapeutes non soignants » qui n'ont pas de diplôme d'état et pratiquent pourtant une technique de soin relativement puissante et d'autre part la question de l'absence d'autres soignants (anesthésistes, dentistes, sages-femmes, généralistes, kinésithérapeutes...) qui pourraient légitimement vouloir aider leurs patients et les désensibiliser des traumatismes inhérents à la profession. Encore une fois, il faut à la fois permettre la transmission des techniques efficaces tout en usant de toute la prudence nécessaire sur la déontologie des étudiants. Le choix des professions soignantes exclusivement (médecins, dentistes, sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes...) nous paraît un bon compromis, ceux-ci étant soumis à la déontologie de leur profession qui prévient d'un certain nombre de dérives possibles.

Se pose enfin la question du **mode de fonctionnement** de ces techniques.

Empiriquement, la plupart des penseurs de ces techniques expliquent grosso modo que les souvenirs traumatiques ne sont pas « intégrés » dans la mémoire autobiographique ce qui explique les réminiscences et autres flash-backs dissociatifs. Les mouvements oculaires en évoquant le trauma « forceraient » en somme l'intégration, tout comme nos vécus quotidiens sont « intégrés » quand nos yeux bougent sous nos paupières pendant le sommeil.

Pour les praticiens en PNL, la position des yeux est révélatrice de la sollicitation d'une modalité sensorielle. Dès lors, les mouvements oculaires « mélangent » et intègrent les différentes sensorialités du souvenir au sein du corps et du psychisme de l'individu plus « unifié », intégré et réassocié.

Pour de nombreux praticiens de l'hypnose, ils en sont une extension ou une sous modalité, avec des principes de fonctionnement et d'efficacité relativement similaires. Focalisation, dissociation, distorsions du temps, absorption, recadrages, suspension

partielle de l'éveil, sont des ingrédients tout à fait communs à l'hypnose et aux techniques de mouvements oculaires.

L'Académie Nationale de Médecine souligne d'ailleurs dans un rapport : « En pratique, l'état hypnotique est induit par fixation du regard sur un point lumineux ou fixation auditive par écoute d'un son continu, en même temps qu'est remémoré un souvenir ». L'EMDR et l'IMO pourraient n'être qu'une des facettes de l'hypnose.

Mais ce ne sont là que des hypothèses, la pratique de terrain et l'efficacité empirique semble avoir de l'avance sur la recherche fondamentale de l'explication de ces phénomènes.

Nous tirerons pour notre part les principes suivants :

- Les mouvements oculaires semblent une technique efficace pour désensibiliser les patients de leurs expériences traumatiques apparaissant notamment sous forme de cauchemars et de flash-backs.
- Il nous est apparu cohérent et naturel de rapprocher et d'intégrer ces techniques à notre pratique l'hypnose et ses prolongements naturels que sont les thérapies brèves, dans le sens où les mouvements oculaires sont inducteurs et facilitateurs de la transe et des mouvements de dissociation et de réassociation. Il existe de nombreux outils efficaces que les mouvements oculaires semblent catalyser.
- Par extension, l'intégration des mouvements oculaires avec l'hypnose et les thérapies brèves nous semble utile et efficace pour d'autres problématiques, notamment anxieuses.
- Le temps ne doit pas être à créer un « nouveau modèle » de plus, à déposer une marque ou à révolutionner la thérapie, mais plutôt rendre accessible aux soignants la possibilité d'intégrer des outils efficaces de diverses natures au service des patients, en l'occurrence notamment anxieux ou psychotraumatisés.

Dr Philippe AïM, psychiatre, psychothérapeute, hypnothérapeute, responsable de formation.

Laurent GROSS, kinésithérapeute, hypnothérapeute, formateur.

Bibliographie

- . Bardot E. *Francine Shapiro : des yeux pour guérir ?* Hypnose&Thérapies Brèves N°10 pp 62-67. 2008.
- . Beaulieu D. *L'intégration par les mouvements oculaires.* Le souffle d'or. 2005.
- . Doutreligne Y, Cottencin O, Betbeze J. *Thérapies Brèves : principes et outils pratiques.* Masson, 3ed 2013.
- . Shapiro F. *Des yeux pour guérir.* Couleur Psy Seuil. 1997.