

Entry

Serge GINGER

[logout](#)

L'EMDR, une approche intégrative par Serge Ginger

Deuxième séminaire universitaire de recherche EMDR Metz, 25-26 novembre 2010

Introduction : Je me suis longuement formé, notamment, à la psychanalyse, au psychodrame, à la Gestalt-thérapie et à l'EMDR et je me suis initié à plusieurs autres approches psychothérapeutiques. Je pratique la Gestalt-thérapie depuis plus de trente cinq ans (je l'ai introduite en France au début des années 70) ; je la pratique en séances individuelles, en thérapie de couples et en groupes continus thérapeutiques. Je développe une variante intégrant les dimensions corporelles et émotionnelles, et je me suis intéressé de Serge GINGER de près aux phénomènes psychobiologiques et neurophysiologiques concomitants, analysés par les recherches des neurosciences contemporaines.

[\(Télécharger l'article au format pdf\)](#)

J'ai d'ailleurs détaillé ces aspects – insuffisamment explicités dans la littérature gestaltiste traditionnelle – dans deux ouvrages, traduits aujourd'hui en une quinzaine de langues. Dès 1985, j'ai présenté aux États-Unis une conférence sur le thème : « Is Gestalt Therapy "Chemotherapy" Without Knowing It? » – où je développais l'idée que la Gestalt entraînait de rapides modifications biochimiques du fonctionnement du cerveau (nouvelles liaisons synaptiques et modifications des neurotransmetteurs), expliquant en partie son efficacité rapide. Lorsque j'ai aperçu, par hasard, au cours de l'un de mes déplacements aux USA, l'ouvrage de Francine Shapiro : (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Basic Principles, Protocols, and Procedures, 1995) qui venait de paraître, je l'ai acheté donc sans hésiter, et je l'ai parcouru avidement le soir même. Au moment où une formation sérieuse à l'EMDR s'est mise en place en France avec le Pr David Servan-Schreiber, je me suis donc formé tout naturellement, en janvier 2003, à cette approche nouvelle – qui prenait délibérément en compte l'activité cérébrale (même si elle n'a pas encore réussi à l'analyser de manière scientifique explicite). Aujourd'hui, il m'arrive fréquemment d'introduire une série de sessions d'EMDR dans le suivi d'un client – notamment lorsqu'émerge dans l'anamnèse un traumatisme psychologique majeur : décès, suicide ou accident grave d'un proche (ou du client lui-même), agression, attentat, viol, annonce d'une maladie grave, séparation brutale, etc., ou – inversement – il m'arrive de prendre des clients en EMDR, puis de poursuivre et d'élargir éventuellement la psychothérapie, en Gestalt. Je ne m'attarderai pas sur la description de la Gestalt-thérapie, puisqu'il s'agit d'une méthode maintenant largement connue – bien que les styles en soient assez variés. J'ai, pour ma part, développé une approche holistique prenant en compte les cinq dimensions principales de l'être (physique, émotionnelle, cognitive, sociale et spirituelle). Je voudrais signaler, au passage, que la Gestalt-thérapie est devenue aujourd'hui l'une des méthodes les plus pratiquées au monde ; ainsi, en France, elle a conquis aujourd'hui le 2e rang, après la psychanalyse, et bien avant les TCC (thérapies cognitivo-comportementales), les thérapies familiales et les autres thérapies humanistes. Je vais donc partager avec vous quelques réflexions sur une telle pratique combinée, intégrant ces deux approches et montrant, d'une manière plus générale, en quoi l'EMDR peut être considérée comme une approche intégrative, associant plusieurs courants devenus traditionnels de la psychothérapie, tels que, par exemple : la psychanalyse, la Gestalt-thérapie, les TCC, la thérapie familiale, l'hypnose, l'analyse transactionnelle, etc.

EMDR... ou SBA ? EMDR sont les initiales de Eye Movement Desensitization and Reprocessing, mais en réalité, il serait sans doute moins limitatif de parler aujourd'hui de « Stimulation Bilatérale Alternée » (SBA), puisqu'on peut, le cas échéant, remplacer

(ou compléter) les mouvements oculaires par des stimulations auditives (alternées devant les deux oreilles) ou kinesthésiques : tapping (ou tapotements) sur les mains, les genoux, les épaules. On peut même avoir recours à des stimulations spontanées de la plante des pieds, tel-les que celles provoquées par un banal jogging : ce dernier favoriserait les liaisons synaptiques, harmonisant l'hémisphère gauche (rationnel et analytique) avec l'hémisphère droit (émotionnel et synthétique), ainsi que le niveau cortical et cortico-frontal d'intégration et de décision, avec le niveau limbique profond du cerveau émotionnel. Cela pourrait expliquer son effet stimulant pour la réflexion et la synthèse, qui s'ajouterait à son effet apaisant lié à la production d'endorphines... ainsi que semblent l'avoir intuitivement compris certains de nos dirigeants politiques !

Poursuite oculaire Cependant, plusieurs études ont montré une efficacité nettement supérieure des mouvements oculaires (MO) sur le tapping (Lee et Drummond, Australie, 2007). C'est aussi mon expérience clinique personnelle. On peut donc s'interroger sur la spécificité des MO. On sait que pendant chaque phase de « sommeil paradoxal » (phases de rêves), les yeux sont animés de mouvements rapides (Rapid Eye Movement, ou REM) sous les paupières closes. L'explication scientifique précise des REM, tout comme l'effet produit par différentes SBA est toujours en débat, et les recherches scientifiques de laboratoire se poursuivent régulièrement. Ces stimulations sensorielles superficielles entraînent, semble-t-il, une stimulation plus profonde de diverses zones du cerveau et une potentialisation de son activité – dont le détail nous est encore mal connu. On sait aussi que la poursuite oculaire a été considérée par plusieurs chercheurs comme un marqueur génétique de la schizophrénie, puisqu'elle se trouve durablement perturbée chez 52 à 86 % des schizophrènes (et 32 à 50 % des apparentés), contre 6 à 8 % des personnes normales (Campion, Thibaut et al., 1992 ; Peretti, 2003 ; Ross, 2004), voire même chez 96 % (sic !) des schizophrènes (Laplante et al., Québec, 1992). J'ai donc été particulièrement intéressé par les travaux actuels de Zoï Kapoula (2010) sur les liens entre les troubles de la poursuite oculaire et la schizophrénie, l'autisme, ainsi que la dyslexie, et par la diminution des saccades de rattrapage au profit d'une plus grande fluidité des mouvements des yeux. Je rappelle, au passage, que pour Perls, le fondateur de la Gestalt, la fluidité est la caractéristique principale de la bonne santé mentale. Pourrait-on faire l'hypothèse d'une action directe de régulation du fonctionnement neuronal cortico-frontal par les MO ? La difficulté de suivre le déplacement d'un objet dans l'espace serait-elle liée à une carence de concentration de l'attention entre le monde intérieur du patient et les événements de l'environnement, donc d'une rupture de contact avec la réalité extérieure ?

EMDR : hypothèses et métaphores On peut supposer que ces stimulations induisent des associations synaptiques entre les deux hémisphères et entre le cortex et les structures profondes du cerveau limbique émotionnel – où sont engrammées et traitées les émotions vécues (amygdale et zones orbito-frontales d'interprétation et de décision), et qu'elles favorisent une intégration plus fluide entre la re-présentation imaginaire du traumatisme et la réalité de la présence du psychothérapeute « ici et maintenant ». Entre chaque séquence de « balayage », d'une durée ne dépassant pas une minute, le client est invité à exprimer spontanément « ce qui lui vient » à la conscience : images, sons, paroles, mouvements, sensations physiques, etc. J'effectue, pour ma part, à certains moments, des balayages en « huit horizontal », avec l'hypothèse qu'ils favorisent des liaisons « verticales » entre diverses couches du cerveau cortical et limbique, et pas seulement des liaisons horizontales entre les deux hémisphères. De plus, le mouvement est alors « fluide » et non saccadé. Ce « balayage cérébral » accélère, de manière souvent spectaculaire, des associations d'idées et de sentiments, parfois inattendues, associations entre certains événements dramatiques et d'autres, en apparence anodins, éventuellement espacés dans la vie du sujet. Par exemple, un sentiment massif d'impuissance lors d'une agression physique, sexuelle ou d'une menace de mort, et des sentiments d'impuissance ou de honte – plus discrets et moins conscients, mais parfois répétitifs – subis dans la vie quotidienne face à ses parents, à des enseignants, à son partenaire, à ses enfants adolescents, à ses collègues de travail, etc. On assiste ainsi, en quelque sorte, à une « défragmentation du disque dur » de notre mémoire émotionnelle, rassemblant et reclassant les séquences enregistrées, dans un ordre nouveau. C'est un peu comme si on rangeait complètement notre bibliothèque de souvenirs (conscients et inconscients) – ce qui procure un sentiment certain d'apaisement : tout ce dont je peux avoir besoin est maintenant à ma portée, sans effort. J'ai rangé mes dossiers personnels archivés, rassemblé les éléments comparables, séparé les informations parasites, mis de côté les documents inutiles ou périmés, et mis en apparence sur le dessus du dossier, les informations essentielles. Je n'ai pas vraiment jeté des souvenirs importants, mais les ai reclassés d'une manière fonctionnelle. J'ai mis de l'ordre dans mon stock d'informations, modifiant

ainsi ma perception cognitive de ma place dans le monde. On peut encore assimiler métaphoriquement ces mouvements latéraux rapides des yeux, d'une part, au « gommage » de la composante émotionnelle de passages traumatisants, devenus obsolètes, inutiles, voire encombrants et, d'autre part, au « surlignage » des passages importants de mon roman intérieur, avec des feutres de diverses couleurs. Le texte devient ainsi plus clair, plus accessible et mieux exploitable. Le fait – à première vue paradoxal – que le même mouvement produise des effets opposés (supprimer ou souligner), n'a rien d'exceptionnel : l'accélération du cœur peut engendrer la panique ou, au contraire, mobiliser les ressources biologiques ; une même sanction peut provoquer la révolte ou bien une saine adaptation ; l'amour peut induire une dépendance excessive ou bien favoriser la maturation et l'autonomie...

L'EMDR : une approche intégrative L'EMDR – dont je ne détaillerai pas ici davantage les techniques et procédures – s'apparente par plusieurs aspects à diverses approches plus traditionnelles de psychothérapie.

Une enquête nationale, menée en octobre 2009, auprès de 379 praticiens EMDR, membres de l'Association EMDR France, a montré que, parmi les 101 répondants : • 50 % des praticiens EMDR ont une formation initiale de psychanalystes (freudiens, jungiens ou lacaniens) ; • 36 % ont suivi une formation centrée sur le corps ; 10 % une formation en Gestalt-thérapie et 7 % en psychodrame – soit un total de 53 % de thérapies psychocorporelles. • 35 % ont été formés en hypnothérapie, (essentiellement ericksonienne) ; • 26 % viennent de la thérapie familiale ou systémique ; • 25 % pratiquaient les TCC ; • 25 % ont suivi une formation centrée sur la personne (C. Rogers) ; • 18 % la PNL ; • 15 % l'Analyse transactionnelle ; • 11 % la sexothérapie ; (on dépasse largement les 100 % car plusieurs choix étaient possibles pour chaque praticien).

Nous allons essayer de souligner rapidement quelques points communs entre l'EMDR et ces diverses méthodes :

1 • Comme la psychanalyse, l'EMDR favorise les associations libres et réveille de nombreux souvenirs, enfouis dans le préconscient ou l'inconscient. Le patient est invité à évoquer ces associations « dans le désordre », telles qu'elles émergent à son esprit. En revanche, elles ne font l'objet d'aucune interprétation, en référence à aucune théorie préétablie. On constate avec surprise que le processus associatif est considérablement « boosté ». L'importance des traumatismes sexuels – infantiles ou plus récents – est évidente. Les mécanismes transférentiels sont à l'œuvre dans l'alliance thérapeutique.

2 • Comme dans les psychothérapies à médiation corporelle, l'émotion est d'emblée présente, de même que l'attention à la respiration, le « scanner » du corps, les sensations d'oppression, d'étouffement, ainsi que diverses somatisations. Le thérapeute lui-même mobilise son corps et ne se contente pas d'échanges verbaux, ponctués de silences. La proximité physique des deux partenaires (selon le « setting » conseillé) permet un échange inconscient de phéromones, via l'OVN (organe voméro-nasal, directement relié aux zones limbiques in-conscientes), favorisant l'instauration d'une empathie. Comme la Gestalt-thérapie, l'EMDR encourage l'expression des émotions et le revécu du trauma (y compris dans ses connotations corporelles), mais cela dans le cadre sécurisant d'une alliance thérapeutique chaleureuse, induite par l'empathie du thérapeute. Elle tend souvent à clore les « Gestalts inachevées » de la vie passée du client. Elle exploite les « polarités » de ses choix – délibérés ou inconscients – polarités opposées, ou plutôt complémentaires, telles que besoin concomitant de sécurité et d'indépendance, de tendresse et d'assertivité, image négative de soi (« cognition négative ») et image idéalisée que le sujet désire atteindre (« cognition positive »). Elle combine l'intérêt aux phénomènes internes (re-présentations imaginaires intra-psychiques) et aux relations avec le monde externe (communication inter-psychique), à travers la « frontière-contact » entre l'organisme et son environnement, dans « l'ici et maintenant ». Elle procède régulièrement à des estimations du ressenti corporel (« bodyscan »). Comme en Psychodrame, certaines séquences peuvent être remises en scène au cours de la séance, accompagnées d'éventuelles catharsis émotionnelles, et pas toujours simplement évoquées verbalement.

3 • Comme l'hypnothérapie, l'EMDR entraîne un état de conscience modifiée, et exploite la « dissociation » mentale entre divers niveaux de perception de la réalité. Ces deux méthodes permettent au patient d'entrer en contact avec son monde intérieur encore inconnu. Tout comme en hypnose ericksonienne, on considère que chaque individu possède en lui-même les ressources nécessaires à son évolution, à sa

transformation, que la « cicatrisation » spontanée des blessures psychiques est un phénomène naturel.

4 • Comme en thérapie familiale systémique, on s'intéresse à la situation d'ensemble, au système de communication et d'information, aux relations inter-psychiques et pas seulement aux phénomènes intra-psychiques individuels.

5 • Comme les TCC, l'EMDR implique des procédures précises et une évaluation périodique chiffrée du vécu intérieur subjectif : estimation personnelle de l'intensité du désarroi (SUD, ou Subjective Units of Disturbance) et validité des convictions positives du sujet (VOC, ou Validity of Cognition). Elle propose une alternance entre une « exposition » ou immersion mentale dans la problématique, et une désensibilisation progressive (Joseph Wolpe, 1915-1997).

6 • Comme dans l'approche centrée sur le client de Carl Rogers, le psychothérapeute s'abstient de toute interprétation et de toute directive sur le contenu, laissant l'entière initiative à son client, dans une « acceptation inconditionnelle » de tout « ce qui vient dans la tête » du client, et cela dans un climat d'empathie explicite.

7 • Comme en PNL thérapeutique (PNLt), l'attention du thérapeute se porte sur le traitement de l'information ; lorsque le souvenir est une image, on essaye de la modifier par « zooming » avant ou arrière, et de modifier sa clarté ; on focalise sur les sensations corporelles ; sur les ressources et croyances positives ; on surveille le mouvement des yeux ; on a recours à des « recadrages » et « ancrages »...

8 • Comme en analyse transactionnelle, l'EMDR travaille avec les divers « états du moi » (Parent, Adulte, Enfant), permettant de transformer les « scénarios de vie » enregistrés dès l'enfance par des « redécisions ».

9 • Comme en Sexothérapie, les thèmes d'abus sexuels, récents ou anciens, réels ou craints, agis ou simplement verbalisés (humiliations et injures) émergent régulièrement.

Ainsi, le protocole EMDR et ses techniques spécifiques de retraitement de l'information s'insèrent fort bien dans diverses autres approches – auxquelles elles ajoutent une dimension neurophysiologique – non encore entièrement élucidée.

Rappelons que l'EMDR n'est enseignée qu'à des professionnels déjà psychothérapeutes par ailleurs, et il n'est donc pas surprenant que la plupart des praticiens combinent leur méthode de référence habituelle avec les techniques originales de l'EMDR – qui les potentialisent d'une manière parfois spectaculaire.

Quelques vignettes cliniques 1. Stéphanie a 30 ans ; elle « ne vit plus » depuis qu'elle a été victime d'un braquage au guichet de la banque où elle travaillait. Menacée d'un revolver sur la tempe, elle se voyait déjà morte, avec le brusque sentiment que le monde continuerait à tourner à l'identique : en fait, elle réalise d'un seul coup « qu'elle était inutile, qu'elle ne servait à rien » ! Depuis ce traumatisme, il y a déjà cinq ans, elle ne sort plus : ne supporte plus la rue, la foule, les magasins, le restaurant ; elle est atteinte d'agoraphobie majeure. Elle se méfie de tout et de tous. Aucune distraction. Elle a perdu tous ses amis. Elle est devenue boulimique et a pris... 30 kg. En fait, elle « survit » comme « une morte en sursis ». Outre son agoraphobie aliénante et sa boulimie quotidienne, elle souffre de cauchemars à répétition, et tout cela, malgré une psychoanalyse deux fois par semaine et plusieurs antidépresseurs et anxiolytiques... Je réalise deux séances d'EMDR d'une heure et demie chacune, espacées d'une semaine, centrées l'une sur l'agression elle-même et ses diverses séquences dramatiques, l'autre sur la confrontation vécue à la Cour d'Assises avec son jeune agresseur – qu'elle hésite, tour à tour, à « condamner à mort »... ou bien à pardonner ! Devant sa famille et tous les auditeurs du procès, les experts psychiatres ont étalé publiquement tous ses troubles : elle était décrite comme « folle », morte de honte et ne supportait plus le regard de quiconque... Au début de la 1^{re} séance d'EMDR, le mal-être est massif : elle transpire à grosses gouttes et étouffe. Sur une échelle subjective de désarroi (SUD) – de 0 à 10 – elle cote son malaise à... 18 ! À la 3^e séance, Stéphanie arrive désespérée : « Ça va mal ! Je me sens perdue ! Je ne me reconnais plus ! Plus personne ne me reconnaît d'ailleurs : mes parents se demandent ce qui m'arrive ; mon ami ne sait plus quoi faire : je ne suis plus du tout la même !... ». En l'entendant, je suis moi-même un peu inquiet, mais n'en laisse rien paraître. Et voici la surprise : son nouveau désarroi vient de sa guérison « brutale » et totalement inattendue ! Elle fait ses emplettes tout naturellement dans les magasins, invite au restaurant son ami qui s'était éloigné d'elle, chante à voix haute dans l'appartement de ses parents, comme elle avait coutume de le faire avant l'attentat... Elle est brusquement redevenue

totale et n'a pas eu le temps de s'habituer à cette métamorphose inattendue et inespérée ! Voilà donc le nouveau malaise : le « traumatisme » d'une guérison « miraculeuse » en deux séances, qu'elle baptise « un conte de fées ». Je l'ai revue deux fois pour la rassurer et consolider les nouveaux acquis. Plusieurs mois plus tard, elle m'apprenait qu'elle s'était portée au secours d'une voisine agressée, bâillonnée et dévalorisée, dans son immeuble... Elle a pris en charge, avec beaucoup de sang-froid, l'organisation des secours matériels et psychologiques ! Je demeure souvent surpris non seulement des améliorations immédiates, mais surtout de leur persistance dans la durée. Mais après tout, lorsqu'on a découvert un nouveau chemin, pourquoi l'abandonner ? Lorsqu'on a dégagé un obstacle sur sa route, pourquoi reviendrait-il de lui-même ? Le processus naturel de « cicatrisation » d'une plaie mentale, une fois entamé, n'a pas de raison de s'inverser spontanément.

Cependant, des incidents peuvent intervenir : 2. Madeleine, 70 ans, vient me voir après une chute sur la tête, suivie d'une paralysie partielle. Les premiers examens neurologiques n'ont rien dévoilé, mais depuis plusieurs mois, elle peut à peine marcher, en titubant, avec un déambulateur et toujours accompagnée d'une jeune aide-soignante qui la soutient par le coude. À la fin de la 2^e séance d'EMDR, elle se lève, toute souriante, oublie son déambulateur, et se rend d'un pas allègre à la salle d'attente, récupérer son aide-soignante. Celle-ci, une jeune Martiniquaise, tombe à genoux, les mains jointes et s'écrie « Seigneur, un miracle : elle marche ! ». Puis, elle se précipite sur moi et m'embrasse la main, avec dévotion... La semaine suivante, Madeleine annule son rendez-vous : « Tout va bien, je suis guérie, je n'ai plus besoin de rien ». Deux semaines plus tard, coup de théâtre : elle avait repris toutes ses activités, seule, sans canne, avec un excès évident de confiance... mais, brutalement, elle a fait un faux pas, a perdu l'équilibre et est tombée à nouveau sur la tête, de la même manière qu'il y a quelques mois ! Les symptômes ont repris immédiatement : impossibilité de marcher, accompagnée d'une perte totale de confiance en elle-même. Une série de séances d'EMDR n'ont pas permis, cette fois-ci, de réduire les symptômes. De nouveaux scanners laissent planer un doute sur une atteinte neurologique. Décidément, les guérisons miracles ne sont pas toujours de bon aloi !

3. Je voudrais partager un autre cas – en cours de traitement – celui d'une cliente que j'appellerai Charlotte. Ce cas repose sur une hypothèse de traumatisme prénatal. Charlotte n'était pas désirée par son père – qui a tenté de faire avorter sa mère à plusieurs reprises pendant la grossesse. Il était particulièrement violent et l'a frappée à plusieurs reprises sur le ventre, à coups de poings et de pieds, tout en proférant des injures. On sait que le fœtus, au cours de la seconde moitié de la grossesse, perçoit à la fois les contacts physiques et les sons, à travers la paroi abdominale. Il semble bien que l'amygdale fonctionne déjà pendant la vie intra-utérine et peut enregistrer des traumatismes émotionnels – même si leur traduction en souvenirs verbalisables n'est pas encore possible, du fait de l'immaturation de l'hippocampe. Ainsi, je fais l'hypothèse que les traces traumatiques de coups et de hurlements ont été enregistrées dans les couches archaïques du psychisme et peuvent expliquer, en partie, les symptômes actuels de phobies, peur incoercible de l'obscurité et de bruits inattendus. Je pense que des recherches méritent d'être poursuivies sur le traitement de traumatismes durant la vie fœtale et périnatale (cf. K. O'Shea, Istanbul, 2006 ; et les recherches de S. Grof sur les « matrices périnatales »).

4. Je terminerai cette évocation rapide de quelques cas, par Sabine – que je suis maintenant régulièrement depuis plus de deux ans. Lorsque Sabine a appris soudainement qu'elle avait une forme grave de cancer, son traumatisme fut massif. Elle remit en cause tout son mode d'existence : ses nombreuses activités, ses relations amicales, familiales, conjuguées. Je l'accompagnais avec des séances de Gestalt, centrées sur la reconquête de son assertivité, de son indépendance, et l'élaboration d'un nouveau projet de vie. Mais nous avons ajouté des séances de visualisation positive de lutte contre son cancer et d'acceptation d'une lourde chimiothérapie. Le tout, émaillé de sessions d'EMDR pour renforcer ses ressources et pour tenter de conserver notamment, malgré une longue série de séances de chimiothérapie, ses magnifiques cheveux longs jusqu'à la taille, auxquels elle tenait beaucoup. Elle avait déjà acheté une collection coûteuse de perruques, mais, à la surprise de ses médecins traitants, ses longs cheveux brillants sont restés intacts, et, par ailleurs, son cancer est entré en phase de rémission depuis plusieurs mois. Elle multiplie à nouveau les activités sportives, artistiques et sociales, et fourmille de projets. Je cite ce dernier exemple pour illustrer un traitement long et combiné, inspiré à la fois de la Gestalt et de l'EMDR.

Conclusion Dans ce rapide exposé, j'ai voulu montrer d'une part, la « révolution thérapeutique » apportée par l'EMDR et d'autre part, sa complémentarité avec la

plupart des approches tradi-tionnelles – et notamment la Gestalt-thérapie. Selon le cas, je reçois des clients traumatisés (récemment ou plus anciennement) pour quelques séances d'EMDR (de 3 à 7 séances, la plupart du temps) et je leur propose éventuellement de poursuivre la psychothérapie selon la méthode Gestalt qui m'est chère, afin d'harmoniser l'ensemble de leur personnalité, d'épanouir leur potentiel personnel, en profitant de l'élan initial. Ou bien, à l'inverse, je reçois des clients désireux d'entreprendre une thérapie complète et approfondie, en Gestalt-thérapie, et j'insère occasionnellement, par la suite, quelques séances d'EMDR, dans le décours de la thérapie, notamment lorsque sont évoqués des traumatismes de l'enfance ou des traumatismes actuels. Il va de soi, que selon la demande du client, il m'arrive de me limiter à une seule de ces approches, mais je n'ai jamais constaté d'incompatibilité entre elles, bien au contraire.

Et voici, pour terminer, une brève statistique sur mes 100 derniers clients : • 42 % n'ont effectué qu'une seule ou deux séances de 90 minutes (mais 28 % d'entre eux signalent cependant de nets progrès) ; • 47 % (soit environ la moitié) ont effectué de 3 à 6 séances (de 90 min.) - parmi eux, 32 % (soit un tiers) ont vu leurs troubles disparaître - 32 % (soit un autre tiers) notent une amélioration significative - 20 % une amélioration sensible - soit un total de... 84 % de résultats ± positifs ! • 10 % ont effectué plus de 7 séances (généralement, de 7 à 10) - (avec 90 % de succès).

Je vous remercie de votre attention.

Serge Ginger e-mail : s.ginger@noos.fr site web : sergeginger.net Brève bibliographie

Cet article a été publié - en partie - en anglais dans la revue : International Journal of Psychotherapy (IJP), Volume 12, N° 2 (Juillet 2008)

GINGER S. (1987). La Gestalt, une thérapie du contact. Hommes et Groupes, Paris, 9e édit. 2009, 550 p. (publié en 6 langues : français, allemand, italien, espagnol, portugais, russe) GINGER S. (1995). La Gestalt, l'art du contact. Marabout, Paris, 10e édition : 2009. 290 p. (publié en 14 langues : français, anglais, italien, espagnol, portugais, russe, polonais, ukrainien, roumain, letton, macédonien grec, chinois et japonais). GINGER S. & A. (2008). Guide pratique du psychothérapeute humaniste. Dunod, Paris, 256 p., 2e éd. 2009. (publié en russe et polonais ; sous presse en anglais, italien, espagnol et portugais) GROF S. (2000). Pour une psychologie du futur. Le potentiel de guérison des états modifiés de conscience. Psychology of the Future, State University, New York. Trad franc. Dervy Poche, 2002, 2e édit. 2009. KAPOULA Z. (2010). EMDR Effects on Pursuit Eye Movements. Plos One, Vol. 5, Issue 5. LEE W. & DRUMMOND P. (2008). Effets comparés des mouvements oculaires et des consignes thérapeutiques sur le traitement des souvenirs perturbants, in Journal of Anxiety Disorders, 22, Perth, Australie. O'SHEA K. (2006). Reconstruction des fondations, reconnexion au Soi. Guérison des traumatismes précoces. Congrès EMDR, Istamboul, 2006. ROQUES J. (2004). EMDR, une révolution thérapeutique. La Méridienne, D. de B., Paris, 400 p. ROQUES J. (2007). Guérir avec l'EMDR. Le Seuil, Paris, 330 p. ROQUES J. (2008). Découvrir l'EMDR. InterEditions, Paris, 160 p. SERVAN-SCHREIBER D. (2003). Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse. Laffont, Paris, 302 p. SHAPIRO F. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. The Guilford Press, New York, 400 p. SHAPIRO F. (1997). Des yeux pour guérir. EMDR : la thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes. Le Seuil, Paris, 492 p. (édition originale : 1997). SHAPIRO F. (2001). Manuel de l'EMDR, InterEditions, Paris, 2007, 566 p.

Serge Ginger Psychologue clinicien, psychothérapeute Praticien accrédité EMDR et Membre du Conseil d'Administration d'EMDR-France Enseignant de Neurosciences appliquées à la Psychothérapie à la Sigmund Freud University (SFU) Fondateur de l'École Parisienne de Gestalt (EPG), de la Société Française de Gestalt (SFG) et de la Fédération internationale des Organismes de Formation à la Gestalt (FORGE) Secrétaire général de la Fédération Française de Psychothérapie et Psychanalyse (FF2P) Président de la Commission européenne d'accréditation des instituts de formation à la Psychothérapie

Contact avec l'auteur : Mél : s.ginger@noos.fr Tél : +331 53 68 64 58 Fax : +331 53 68 64 57

Site : sergeginger.net

Mob.: +336 09 76 26 51

Title

Abstract (optional)

Introduction :

Entry - [Wiki formatting rules](#)

You can use the following shortcuts to refine your layout.



[(Télécharger l'article au format pdf)|http://www.emdrrevue.com/dotclear/pdf/Metz.EMDR_integr.Ginger2.pdf|fr]
J'ai d'ailleurs détaillé ces aspects – insuffisamment explicités dans la littérature gestaltiste traditionnelle – dans deux ouvrages, traduits aujourd'hui en une quinzaine de langues. Dès 1985, j'ai présenté aux États-Unis une conférence sur le thème : « Is Gestalt Therapy "Chemotherapy" Without Knowing It? » – où je développais l'idée que la Gestalt entraînait de rapides modifications biochimiques du fonctionnement du cerveau (nouvelles liaisons sy-naptiques et modifications des neurotransmetteurs), expliquant en partie son efficacité rapide.

[+ More options](#)

Ping URLs

Comments

Trackbacks list

No trackback

Comments list

No comment

Post a comment

Name :
Email (optional) :
Site (optional) :

Comment :

<p></p>

save

Notice : This comment has to be in HTML format.

 DOTCLEAR