

EMDR - ITW 2 NOV 2017 SOUVENIRS FM

Désensibilisation et Reprogrammation par Mouvements Oculaires ou Neuro programmation cognitive et Émotionnelle par le Traitement adaptatif de l'information.

Cette technique fait partie des thérapeutiques intégratives et éclectiques empruntant plusieurs éléments à **plusieurs techniques psychothérapeutiques** en utilisant les éléments propres de chacune qui font consensus.

- 1. Techniques cognitivo cognitivo-comportementales. TCC**
- 2. Hypnose éricksonienne.**
- 3. Techniques corporelles (Gestalt-thérapie).**
- 4. Psychanalyse.**

1. TCC

- Choix d'une cible sensorielle (image, sons, odeur) liée à une cognition (croyance - conviction) négative.
- Choix d'une cognition positive de remplacement.
- Usage d'échelles d'auto d'auto-mesure d'anxiété

2. Hypnose éricksonienne

- État de conscience modifié.
- Imagerie guidée

3. Gestalt-thérapie (Techniques psycho-corporelles)

- Scanner corporel.
- Expression émotionnelle et corporelle encouragée.
- Travail dans « l'ici et maintenant » en gardant un pied dans le passé.

4. Psychanalyse

- Associations libres encouragées.
- Neutralité face à l'expression manifeste du contenu.
- Intervention faible du thérapeute pendant la séance.

SERVAN SERVAN-SCHREIBER, psychiatre formé aux États États-Unis d'Amérique. Cette technique date de 1989 suite à la découverte de l'EMD par Francine SHAPIRO, psychothérapeute de San Francisco.

EMDR = Eyemovement Desensitization and reprograming= désensibilisation et = reprogrammation par mouvements oculaires.

18 ans = l'âge de raison d'une technique éprouvée.

Au début, le R n'existait même pas !

Aujourd'hui depuis peu, on doit parler de : Neuro programmation cognitive et émotionnelle par le traitement adaptatif de l'information.

Nous sommes maintenant loin des seuls mouvements oculaires du début, de l'aveu même de Francine Shapiro.

Son indication princeps : **le post-traumatisme du sujet adulte** = guerres, catastrophes naturelles, traumatismes au travail, agressions, viols, accidents de la route...

Début = Années 1980 : auprès d'anciens combattants du Vietnam en difficulté depuis 20 ans...

Aujourd'hui, l'indication s'élargit aux:

- traumatismes complexes infantiles,
- traumatismes modérés répétitifs,
- phobies,
- dépressions durables stabilisées,
- troubles psychosomatiques : douleurs, fantômes, acouphènes...
- suites psychiques de maladies somatiques : infarctus (> 30% de dépression), cancers, AVC...

L'EMDR n'est pas utilisable pour :

- des troubles obsessionnels compulsifs purs (TOC),
- la schizophrénie,
- les troubles borderline,
- la toxicomanie non stabilisée,
- les troubles dissociatifs - échelle de dissociation nécessaire avant évaluation.

La séance d'EMDR

- 45 à 90 minutes.
- Selon un protocole rigoureux, reproductible.
- Préparation : « Vous êtes libres de dire ce qui vous vient sans vous censurer, sans préjuger de ce qui vous vient ou pas. Vous êtes libres d'arrêter. »
- Établissement d'un « lieu sûr » : nécessaire lors de l'arrêt de la séance.

1. L'Évaluation (mise en place de la cible).

1. Image traumatique précise.
2. Cognitions négative / positive.
3. Échelle VOC de 1 → 7 (validité des cognitions).
4. Émotions.
5. Échelle SUD de 0 → 10 (intensité émotionnelle).
6. Sièges de la sensation corporelle.

2. Désensibilisation 1

1. « En pensant à cette image, et ces mots... (cognition négative) et cette sensation dans votre corps, suivez le mouvement de mon doigt... »
2. Ou bien : « concentrez-vous sur les tapotis de mes doigts sur vos genoux... »
3. Stimulations alternées de 30 secondes environ (mouvements oculaires, sons, toucher...).

3. Désensibilisation 2

1. Le sujet livre son ressenti immédiat émotionnel, corporel, imaginaire, de souvenirs en phrases courtes pour éviter des rationalisations.

2. Le thérapeute ne commente pas, fait préciser mais doit soutenir en cas d'abréactions émotionnelles fortes.

4. Désensibilisation 3

1. Le thérapeute poursuit : « Continuez avec ça... » et balaie de nouveau pour 30 s.
2. Si rien : « Concentrez-vous de nouveau sur la situation initiale, ... qu'est-ce qui vient ? »
3. Arrêt si l'échelle SUD est à 0 sur 10 = fin de la chaîne associative.

5. Installation

1. Reprise cognition positive et renforcement actif.
2. Stimulations alternées VOC = 7
3. Si blocage VOC < 7 : dégager cognitions bloquantes et reprise des stimulations alternées.

6. Scanner corporel

1. « Fermez les yeux concentrez-vous de nouveau sur la situation initiale et les mots... (cognition positive). Passez votre corps en revue. Dites où vous ressentez les choses... »
2. Stimulations alternées jusqu'à disparition des sensations négatives.

7. Clôture de la séance

« Le travail peut se poursuivre après la séance: intuitions, pensées, rêves... ».

8. Séance inachevée

Terminer par le « lieu sûr ».

Il s'agit d'un travail dans « l'ici et maintenant » en maintenant un pied dans le trauma antérieur et en restant dans le présent → double attention.

On ne dort pas !

On court-circuite la parole consciente, rationalisante, en lâchant les réseaux neuronaux émotionnels, mémoriels et sensoriels sans trop discourir = éviter l'activation des connexions longues Cortex frontal ↔ système limbique.

- Une à plusieurs séances pour une cible.
- Importance de bien focaliser la cible.
- Les résultats sont stables sur la durée.
- Si les résultats ne sont pas au rendez-vous, → reprendre la cible.

On ne nettoie pas une vie entière en quelques séances mais on peut avoir des résultats parfois extensifs sur le quotidien du sujet en traitant une cible.

Aujourd'hui, l'EMDR se transforme en une technique de retraitement de l'information où les mouvements oculaires ne sont qu'une stimulation possible parmi d'autres : sons, vibrations, lumières, tapotis...

Le mouvement alternatif droite / gauche semble résister à la « déconstruction » de l'EMDR et rester un activateur du processus soignant.

Le cœur de l'EMDR reste le protocole séquentiel de la séance. Lui n'a pas varié. Le nom EMDR va rester en souvenir des débuts déjà héroïques...

L'intérêt de l'EMDR : + vite, + loin, - douloureux, - cher, + efficace (?).

La psychanalyse peut durer longtemps : intérêt de la parole et des associations libres. Les propos sont foisonnants mais sont-ils en pertinence avec le trouble initial ? Pas de tenue de cible précise, ni reprise dans l'ici et maintenant.

Les TCC sont efficaces de manière contrôlée (en institutions surtout) mais demandent davantage de séances et des « devoirs à domicile » difficiles pour épuiser la réponse traumatique, souvent lâchés par les clients et qui exposent à la retraumatisation. Le caractère émotionnel est plutôt considéré comme une variable superflue.

Les thérapies émotionnelles sont intéressantes mais ici l'expression émotionnelle n'amène pas à la guérison mais à un retraumatisme inutile souvent car cette fois fois-ci le caractère cognitif manque : « Au nom de quoi je souffre ? »

Le cerveau retraite seul son information. Il « défragmente son disque dur » (le système limbique = émotionnel et mémoriel). Le processus est inconscient .

Il range les colis encombrants en jetant le superflu = l'émotionnel qui donne un aspect actuel à la mémoire du trauma.

On oublie rien mais on ne souffre plus.

Niveau éthique : le thérapeute est le guide rigoureux du sujet mais pas son directeur de conscience...

Il oriente mais ne suggère pas. Les solutions viennent du sujet, pas du thérapeute. Le sujet est acteur et fait le travail, c'est plus reposant !

Niveau d'exigence académique.

Les thérapeutes en France (EMDR-Europe) doivent être :

- Psychiatres,
- Psychologues avec 2 ans d'expérience clinique,
- Psychothérapeutes certifiés par le CEP (> 5 ans de formation & pratique).

On n'a pas d'idée précise de « comment ça marche » mais l'EMDR marche :

- Études contrôlées nombreuses, permettant un progrès scientifique continu : réfutations, confirmations, pas de maître à penser immuable...
- Protocole stable depuis près de 30 ans.
- Reconnaissance par l'OMS pour le post post-trauma.
- Plusieurs millions de sujets traités par l'EMDR.
- Plusieurs milliers de thérapeutes dans le monde (environ 400 en France).