



ÉVALUATION SCIENTIFIQUE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE EMDR POUR LE TRAITEMENT DES TRAUMATISMES PSYCHIQUES

Isabelle Meignant (1 - 2 - 3 - 6), Eugénie Zara-Jouillat (2 - 3), Nicolas Cazenave (2 - 3 - 4), Christiane de Beaurepaire (2 - 5), France Haour (2 - 3)

1 - Formateur EMDR Europe / 2 - Association EMDR Europe, Genève / 3 - Association EMDR France, Paris / 4 - Université Toulouse le Mirail Octogone CERPP
5 - Psychiatre des Hôpitaux, Paris / 6 - Ecole Française de Psychothérapie EMDR, Toulouse

La psychothérapie EMDR, comporte un protocole structuré faisant intervenir les différentes composantes de la mémoire : informations sensorielles, cognitives, émotionnelles et physiologiques ainsi que des stimulations bilatérales alternées (Shapiro F. *Eye movement desensitisation and reprocessing : Basic principles, protocols and procedures*. The Guilford Press, New York, 1995). Elle comporte également une évaluation continue de l'état psychique du patient. Cette psychothérapie comporte un protocole précis et rigoureux en 8 phases qui est centré sur le processus de traitement de **mémoires physiologiquement stockées de façon non fonctionnelle dans des réseaux de mémoires inadaptés**, à l'aide de stimulation bilatérales alternées.

Lors des séances, le praticien cible un **événement précis traumatique ou perturbant du passé** qui a toujours un impact négatif dans le présent et demande au patient de le recontacter un instant en imagination. Il a été démontré chez **les patients présentant un état de stress post traumatique (ESPT ou PTSD)** et chez des témoins que les stimulations bilatérales alternées contribuent à la diminution du niveau d'affect et de la précision observée au cours du rappel du souvenir difficile. Le protocole inclut également des évaluations périodiques de l'évolution de l'état psychique du patient (VOC et SUD) pendant la séance. Le mécanisme neurobiologique impliqué dans cet effet est en relation avec les processus de mise en mémoire, rappel et de ré-encodage des souvenirs.

QU'EST CE QUE LA THÉRAPIE EMDR

Au cours des phases 4, 5, 6 et 8 du protocole (désensibilisation, installation, scanner du corps et réévaluation) le praticien fait intervenir des séquences de **mouvements oculaires (MO)** à une vitesse de 2 à 4 hertz. Des stimulations auditives ou tactiles peuvent être également utilisées.

PROTOCOLE EMDR : 8 PHASES

- 1 - Histoire du patient : conceptualisation du cas, plan de traitement, plans de ciblage : problème actuel, cibles de passé, déclencheurs du présent, besoins dans le futur.
- 2 - Préparation : technique d'auto régulation, lieu « sûr », métaphores, signal stop, informations techniques et explication du modèle
- 3 - Evaluation : choix de la cible : image sensorielle, Cognition – et +, VOC, émotion, SUD, sensation corporelle.
- 4 - Désensibilisation (retraitement) : à partir de la cible : image sensorielle, cognition négative, ancrage corporel de l'émotion ; **MO**
- 5 - Installation (retraitement) : à partir de la croyance positive ; **MO**
- 6 - Scanner du corps (retraitement) ; **MO**
- 7 - Clôture en sécurité
- 8 - Réévaluation à la séance suivante

« CIBLES » TRAUMATIQUES TRAITÉES

- Scène de guerre, torture, agressions sexuelles, accidents, catastrophes naturelles
- Violences éducatives, conjugales ou sociales
- Toutes interactions impliquant une menace pour la sécurité, les possibilités de choisir et la responsabilité personnelle (peur, humiliation, impuissance etc.)
- Définition du traumatisme en thérapie EMDR : tout événement du passé ayant toujours un impact négatif au présent dans la vie d'une personne, bloquant ses perspectives futures. Réactions subjectives à tout type d'évènement de vie.

RÉSULTATS ATTENDUS

- Transformer une expérience traumatique et négative en un apprentissage et une réponse adaptée.
- Exemple : - la victime d'un viol avec violence peut exprimer :
 - Avant traitement : pensées négatives sur elle-même « Je suis sale, c'est ma faute, j'ai toujours peur »
 - Après traitement : pensées adaptées « L'image est laide mais je n'ai pas fait quelque chose de mal, j'ai réussi à survivre, je suis forte »

REPONSES PHYSIOLOGIQUES ET STIMULATIONS ALTERNÉES

- Rythmes cardiaque et respiratoire : systèmes ortho et parasympathique
- Modifications de l'image traumatique (rappel)
- Relations cerveaux cognitif – émotionnel
- Relations inter-hémisphériques ?
- Modification de l'imagerie cérébrales dans l'EPST
- Similitudes avec le sommeil paradoxal
- Similitudes avec le réflexe d'orientation

POURQUOI LA THÉRAPIE EMDR DONNE DES RESULTATS ?

- Court-circuite l'évitement et permet d'affronter le traumatisme
- Structuration du protocole qui potentialise la confiance
- Combinaison intelligente de ce qui marche dans différentes techniques
- Psychothérapie pratiquée par des professionnels qualifiés « EMDR Europe » bien formés et souvent pluridisciplinaires, formation continue
- Interrogation scientifique sur le modèle sans crainte de la confrontation avec des études contrôlées

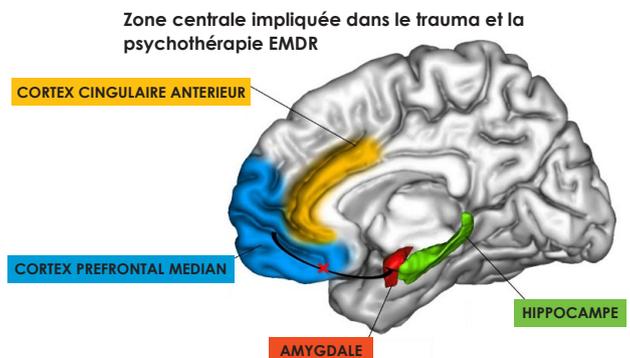
EVALUATION DE L'EMDR POUR L'ESPT ET D'AUTRES TROUBLES

Preuves scientifiques établies pour l'ESPT (niveau A)

American Psychiatric Association
American Psychological Association
US Department of Veterans
International Society for Traumatic Stress Studies
INSERM et Haute Autorité de la Santé en France

Présomption d'efficacité pour d'autres troubles (niveau B)

Troubles anxieux, de l'humeur, des comportements alimentaires, Troubles sexuels, phobie sociale, TOC, douleur, états dissociatifs, schizophrénie (?), etc.

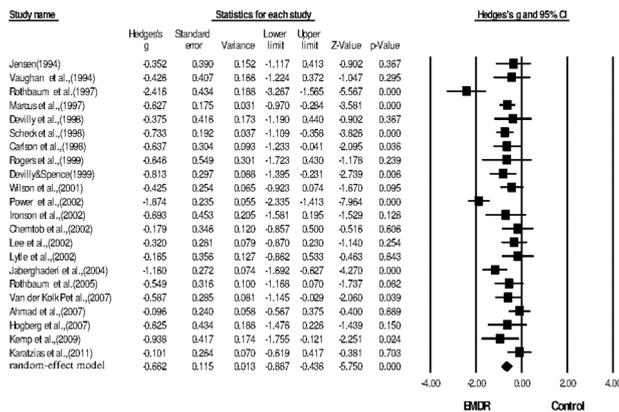


ÉVALUATION CLINIQUE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE EMDR

MÉTA-ANALYSES

Stress post-traumatique

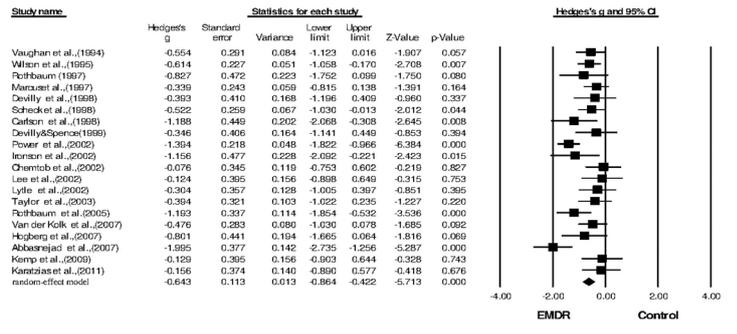
Overall Effect Size of PTSD symptom (N = 22)



Méta Analyse (20 articles) de l'effet de la thérapie EMDR sur l'évaluation de l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) : Chen et al 2014

Dépression

Overall Effect Size of Depression (N = 20)



Méta Analyse (20 articles) de l'effet de la thérapie EMDR sur l'évaluation de l'Etat Dépressif : Chen et al 2014

RÉSULTATS CLINIQUES

RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES

- World Health Organization (2013)
- SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices(2011)
- Therapy Advisor (2004-11)
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (2010)
- Department of Veterans Affairs & Department of Defense (2010)
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., & Cohen, J.A. (2009)
- National Collaborating Centre for Mental Health (2005)
- American Psychiatric Association (2004)
- INSERM (2004)
- CREST (2003)
- Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care(2003)
- Bleich, A., Kotler, M., Kutz, I., & Shalev, A. (2002)
- United Kingdom Department of Health (2001)
- Chambless, D.L. et al. (1998)

META-ANALYSES

- Chen, Y.N., Hung, K.W. et al (2014)
- Bisson, J., Roberts, N.P., Andrew, M., Cooper, R. & Lewis, C. (2013)
- Watts, B.V. et al. (2013)
- Lee, C.W. & Cuijpers, P. (2013)
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A.M., & Stams, G.J.(2009)
- Seidler, G.H., & Wagner, F.E. (2006)
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005)
- Maxfield, L., & Hyer, L.A. (2002)
- Davidson, P.R., & Parker, K.C.H. (2001)
- Chambless, D.L. et al. (1998)

ESSAIS CLINIQUES RANDOMISÉS

- Abbasnejad, M., Mahani, K. N., & Zamyad, A. (2007)
- Ahmad A, Larsson B, & Sundelin-Wahlsten V. (2007)
- Arabia, E., Manca, M.L. & Solomon, R.M. (2011)

- Capezzani et al. (2013)
- Carlson, J., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L., & Muraoka, M.Y. (1998)
- Chemtob, C.M., Nakashima, J., & Carlson, J.G. (2002)
- Cvetek, R. (2008)
- de Bont, P. A., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2013)
- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., & Lindauer, R. J. (2014)
- De Roos, C. Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M, Noorthoorn, E., van Buuren, S. & de Jongh, A. (2011)
- Edmond, T., Rubin, A., & Wambach, K. (1999)
- Edmond, T., Sloan, L., & McCarty, D. (2004)
- Hogberg, G. et al., (2007)
- Ironson, G.I., Freund, B., Strauss, J.L., & Williams, J. (2002)
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Dolatabadim S., & Zand, S.O. (2004)
- Jarero, I., Artigas, L., & Luber, M. (2011)
- Kemp M., Drummond P., & McDermott B. (2010)
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J. & Greenwald, R. (2002)
- Marcus, S., Marquis, P. & Sakai, C. (1997)
- Marcus, S., Marquis, P. & Sakai, C. (2004)
- Nijdam, Gersons, B.P.R, Reitsma, J.B., de Jongh, A. & Olf, M. (2012)
- Power, K.G., McGoldrick, T., Brown, K., et al. (2002)
- Rothbaum, B. O. (1997)
- Rothbaum, B.O., Astin, M.C., & Marsteller, F. (2005)
- Scheck, M., Schaeffer, J.A., & Gillette, C. (1998)
- Shapiro, F. (1989)
- Soberman, G. B., Greenwald, R., & Rule, D. L. (2002)
- Taylor, S. et al. (2003)
- Van der Kolk, B., Spinazzola, J. Blaustein, M., Hopper, J. Hopper, E., Korn, D., & Simpson, W. (2007)
- Vaughan, K., Armstrong, M.F., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., & Tarrier, N. (1994)
- Wanders, F., Serra, M., & de Jongh, A. (2008)
- Wilson, S., Becker, L.A., & Tinker, R.H. (1995)
- Wilson, S., Becker, L.A., & Tinker, R.H. (1997)

CONCLUSION

La psychothérapie EMDR a fait l'objet de 700 publications d'investigation clinique et d'études de mécanisme d'action des stimulations bilatérales alternées ainsi que de 6 méta-analyses. Vingt-cinq ans après l'établissement de ce protocole cette approche thérapeutique intégrative et structurée a obtenu le plus haut niveau de preuve d'efficacité dans L'ESPT. Elle est en cours d'évaluation pour d'autres troubles mentaux dans lesquels

les mémoires d'expériences difficiles ont un effet important dans le déclenchement ou le maintien du trouble : **anxiété, dépression, phobie, troubles alimentaires ou sexuels, schizophrénie** etc. On peut constater que cette approche thérapeutique suit les étapes et le rythme qui ont été nécessaires pour assurer l'évaluation et la validation d'autres types de thérapies.



Poster publié au Congrès Français de psychiatrie, Nantes, 2014