

TRAITEMENT PAR EMDR

(Eye Movement Desensibilisation Reprocessing)

Dr Audemard Géraldine
Psychiatre
CHU Caremeau



INTRODUCTION

- L'EMDR est une technique psychothérapeutique mise au point aux USA en 1987 par Mme Francine Shapiro, psychologue.
Elle est actuellement validée dans le traitement des syndromes de stress post traumatique par plusieurs études.

PRINCIPE DE LA THERAPIE EMDR

- Cette technique permet au patient de revisiter un événement traumatisant.
- La stimulation sensorielle bilatérale faciliterait le traitement des émotions négatives par le cerveau, qui peuvent ainsi être « digérées » et ne plus envahir le patient.
- Francine Shapiro propose comme théorie que les mouvements oculaires rapides miment les saccades rapides des mouvements des yeux dans le sommeil (REM), et par la même comme le sommeil faciliteraient la « digestion » des événements.

- D'autres auteurs (1) proposent des théories plus élaborées:
- Pour John Wiley l'attention centrée et répétée en EMDR induirait un état neurobiologique particulier similaire à celui trouvé pendant les REM du sommeil. Cet état prédisposant particulièrement à l'intégration corticale des souvenirs traumatiques.

DEROULEMENT DE LA THERAPIE EMDR

Une à deux séances de préparation à la thérapie sont nécessaires. Elles permettent au patient et thérapeute de créer une alliance thérapeutique mais surtout d'identifier l'évènement à traiter.

En effet chaque séance travaille sur un évènement traumatique spécifique.

Le nombre de séances nécessaires est variable, il dépend de la complexité du traumatisme, de l'histoire du patient et de la présence ou non de comorbidité.

DEROULEMENT D'UNE SEANCE D'EMDR

- En début de séance le thérapeute aide le patient à choisir la cible du traitement.
- Puis conjointement à des mouvements oculaires, il invite le patient à laisser remonter ses pensées et émotions.
- Ces épisodes de balayage oculaire durent une à deux minutes. Elles sont entrecoupées de brefs temps de repos pendant lesquels le patient peut verbaliser son vécu.
- Cette série de balayages se poursuit jusqu'à ce que les émotions reliées au traumatisme soient apaisées, voire que le patient émette des pensées positives le concernant.

BIBLIOGRAPHIE

(1) John Wiley and sons, 2002, inc J Psychol 58:61-75.

Trois méta-analyses concluent à une efficacité de la thérapie EMDR:

(2) Van Etten et Taylor, 1998, «Comparative efficacy of treatments for post traumatic disorder: A meta-analysis »
Clinical Psychology & Psychothérapie, vol.5, p.126-144.

(3) Sack et al., 2001, «study quality and effect sizes - a meta-analysis of EMDR-treatment for post traumatic stress disorder »,
Psychotherapy, psychosomatik, Medizinische Psychologie, vol.51 (9-10), p.350-355.

(4) Maxfield et al., 2002, « The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD », Journal of Clinical Psychology, vol. 58, p. 23-41.

Une méta-analyse conclut en la non efficacité de cette technique:

(5) Davidson PR, Parker KC, J Consult Clin Psychol 2001
Apr 69:2 305-16.

CAS CLINIQUE DE MADEMOISELLE X

Je reçois Melle X pour la première fois en consultation en septembre 2007.

Cette jeune femme de 28 ans m'est adressée par un confrère hospitalier à la sortie d'une hospitalisation de quatre mois pour syndrome dépressif majeur chez une patiente ayant un trouble bipolaire I. Elle m'est adressée pour un syndrome anxieux persistant en lien à des reviviscences d'un viol dont elle a été victime à l'âge de 15 ans.

TTT actuel:

Association de deux thymorégulateurs (lithium et antipsychotique atypique)

Anxiolytique

Somnifère

De plus au cours de l'hospitalisation pour un syndrome dépressif majeur d'intensité sévère résistant aux tt, elle a reçu 15 séances de sismothérapie.

Mode de vie:

Célibataire, n'a jamais travaillé et vit chez ses parents.

Première consultation:

Description de l'évènement traumatisant:

A l'âge de 15 ans, alors qu'elle est en vacances chez son cousin, elle flirte avec un ami majeur, ce dernier l'entraîne dans le garage et la viole malgré son refus exprimé à plusieurs reprises. Elle dit avoir été tétanisée par la peur et ne pas s'être débattue. La patiente se sent coupable et n'ose pas en parler, en rentrant de vacances elle avouera à ses parents qu'elle a peur d'être enceinte, ce à quoi ils réagiront avec colère.

Un an plus tard, alors qu'elle fait du camping avec des cousins, elle se réveille nue hors de sa tente, suite à un barbecue (les cousins étant allés à une autre soirée). Elle soupçonne avoir été droguée et peut être violée.

Ne pas savoir l'obsède, elle se sent salie.

Clinique:

Sentiment de culpabilité quasi quotidien depuis le viol.
Flash back de l'agression 2 à 3 fois par semaine.
Patiente anxieuse et tendue.
Persistance de symptômes dépressifs modérés.

Informations données sur l'EMDR.

Travail du lieu sûr.

QCM

Melle X présente:

- A: un état de stress aigu.
- B: un état de stress post traumatique aigu.
- C: un état de stress post traumatique chronique.

Les benzodiazépines:

- A: sont à prescrire en première intention dans les états de stress aigus.
- B: favorisent l'apparition d'un syndrome de stress post traumatique.
- C: Sont formellement contre indiqués suite à un évènement stressant.

DEUXIEME CONSULTATION: J15

Séance d'EMDR concernant son agression.
Quand la patiente pense à cet évènement elle ressent une sensation de détresse qu'elle cote à 8/10.

La pensée négative qu'elle associe à cette agression est:
« c'est de ma faute ».

Nous trouvons ensemble une pensée plus réaliste:
« je suis victime ».
La patiente ne croit cette pensée qu'à 3 sur une échelle de 7.

Après la séance d'EMDR la détresse associée à l'agression est passée à 4/10, et la pensée « je suis victime » est ressentie à 5/7.

3^{ème} consultation: J30

La patiente est plus détendue, le sentiment de culpabilité a diminué.
Les flash back sont passés à 1/semaine.
Nous faisons une nouvelle séance d'EMDR, la nouvelle cognition positive choisie est: « je peux vivre normalement aujourd'hui ».

4^{ème} consultation: J45

Melle X souhaite travailler sur sa 2^{ème} agression car « elle ne pense plus à la 1^{ère} ». 3^{ème} séance d'EMDR.
Cognition négative choisie: « je suis salie ».
Cognition positive choisie: « je suis toujours moi même ».

5^{ème} consultation: J75

La patiente se sent mieux, elle est plus détendue, moins anxieuse.
Elle n'a plus de flash back, mais pense toujours à l'agression une à deux fois par semaine.
Nous travaillons le lieu sûr.
Je lui propose de refaire le point à trois mois.

6^{ème} consultation: 4 mois plus tard.

Elle vient me voir car a décidé de porter plainte contre son agresseur et souhaite un certificat de traitement par EMDR.

Le syndrome de stress post traumatique a disparu.

Melle X cote son niveau de détresse quand elle pense à son agression à 2/10.

FIN

Merci de votre attention.