



L'EMDR, traitement de choix du stress post-traumatique

Une rubrique bimestrielle pour comprendre les techniques utilisées en psychiatrie... de la pratique vers la théorie et de la théorie vers la pratique. Un double mouvement.

LUDMILLA CHOSTAKOFF

Psychologue clinicienne, CH Montperrin, Aix-en-Provence

■ **Éric, 48 ans, a été victime dans la rue d'une violente agression physique.**

Après une évaluation en consultation, nous repérons qu'il souffre d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) (1) et lui proposons une thérapie EMDR.

UN MÉCANISME INNÉ

La technique de l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) (en français « désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires ») a été conçue aux États-Unis en 1987 par la psychologue Francine Shapiro. Aujourd'hui largement répandue, elle est recommandée par la Haute Autorité de santé (HAS) comme traitement privilégié des états de stress post-traumatique (2). Elle s'adresse à tous, y compris les enfants et les adolescents.

À partir de nombreuses observations cliniques, F. Shapiro définit la notion de Traitement adaptatif de l'information (TAI) (Shapiro, 2007). Selon elle, il existe « un système physiologique inné destiné à transformer et à résoudre d'une manière adaptée des données perturbantes et à leur permettre une intégration psychologiquement saine » (Shapiro, 2007). Les informations des expériences vécues sont ainsi traitées et stockées dans les réseaux mnésiques « contenant des pensées, des émotions et des sensations liées entre elles » (Morris-Smith, Silvestre, 2015). Lors d'un traumatisme, ce mécanisme neuropsychologique complexe se retrouverait bloqué, et l'évènement resterait comme « gelé », entraînant des symptômes de type cauchemars, *flash-back*, angoisses...

L'EMDR fournit alors un moyen très simple de stimuler ce TAI. Shapiro postule que des séries de stimulations bilatérales alternées (SBA) (droite-gauche) entraînent des

mouvements oculaires, qui vont « rétablir la métabolisation de l'information et sa transformation le long des canaux mnésiques associés, tout au long des étapes progressives de l'auto-guérison » (Shapiro, 2007). Les images, les émotions, les sensations et les croyances sont à nouveau mises en lien avec l'évènement traumatique, qui n'est pas oublié mais intégré dans le système mnésique. Les *stimuli* conduisant au mouvement peuvent être visuels (le patient suit des yeux le doigt du thérapeute), auditifs (il réagit à des sons *via* un casque), ou sensitifs (petites tapes sur les genoux par ex...).

EN PRATIQUE

L'EMDR est ainsi une « approche psychothérapeutique intégrative, centrée sur le patient, ses compétences, ses attentes, son contexte de vie » (Meignant, 2017). Standardisée, elle suit préférentiellement un protocole dit « passé/présent/futur », c'est-à-dire qu'elle s'intéresse d'abord aux souvenirs traumatiques anciens, puis à ceux du présent, avant de proposer au patient de se projeter dans des scénarios d'un futur apaisé.

– En pratique, le clinicien va d'abord réaliser une anamnèse et informer le patient du déroulement de la thérapie. Il établit avec lui un « plan de ciblage », pour identifier les « cibles » des soins (c'est-à-dire les expériences traumatiques) et isoler la plus ancienne nommée « souvenir-source ».

– Vient ensuite la phase de désensibilisation. Durant les séances (de 60 à 90 minutes), les souvenirs perturbants sont retraités un à un. La consigne donnée au patient est de repenser à la situation en « laissant venir » les souvenirs sensoriels (images, sons, sensations physiques...). Le

thérapeute pratique alors les stimulations bilatérales (SBA). Durant ces moments, il mobilise aussi des techniques de contenance et d'apaisement afin que le patient ne sorte pas de la fenêtre de « tolérance » lors de l'émergence d'abréaction (brusque libération émotionnelle, extériorisation d'un refoulement) pour éviter le risque de « sur-traumatisme ». Autrement dit, il doit rester à chaque instant « *un pied dans le passé, un pied dans le présent* » (Shapiro, 2007).

– Toujours avec des SBA, le clinicien aide ensuite le patient à associer ce souvenir à une pensée plus positive, constructive, pacifiante. Il est amené à construire des « scénarios » sécurisants et à les ancrer en lui.

SORTIR DU CAUCHEMAR...

Au début de la thérapie, Éric décrit un profond sentiment d'impuissance avec une expérience de déréalisation : « *C'est un cauchemar, j'ai du mal à me dire que c'est réel* ». Les premiers échanges permettent de repérer qu'Éric n'a pas rencontré jusqu'alors d'épreuves particulièrement douloureuses dans sa vie : nous sommes dans un cas de traumatisme dit « simple ». Le souvenir source (l'agression) peut être travaillé directement.

En phase de désensibilisation, l'image la plus pénible décrite par Éric est d'être allongé au sol sans pouvoir bouger, avec un vécu de peur (haut niveau de perturbation) ressenti dans l'abdomen. Après 4 séances, les *flash-back* disparaissent, et Éric retrouve un sommeil normal. Une « cible » dans le présent est ensuite abordée : il veut dominer sa peur de sortir de chez lui ; puis un scénario du futur est élaboré : rentrer à son domicile lorsqu'il fait nuit. Le suivi dure quelques mois, permettant à Éric de reprendre rapidement son travail et le cours de sa vie.

En savoir plus : www.emdr-france.org.

1– Voir : Les traumatismes psychiques chez l'adulte, *Des mots pour comprendre*, Santé mentale, n° 247, avril 2020.

2– HAS, 2007, *Guide Affection de longue durée : Affections psychiatriques de longue durée, Troubles anxieux graves*.

BIBLIOGRAPHIE

- Morris-Smith J et Silvestre M, (2015), *L'EMDR avec l'enfant et sa famille*. Paris, Dunod.
- Shapiro, F. (2007). *Manuel d'EMDR, Principes, protocoles, procédures*. Paris, Dunod-InterEditions.
- Meignant, I, « La psychothérapie EMDR », Souche. L et Baltenneck. N, (2007). *Mieux comprendre la thérapie EMDR, 13 études de cas*. Paris, Édition In Press.