

Désensibilisation et retraitement par le mouvement des yeux

EMDR et troubles des conduites alimentaires



Dr Gérard Ostermann*

Résumé

L'un des points forts de l'EMDR est qu'il est particulièrement efficace et validé dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique. L'EMDR peut également répondre aux besoins d'un grand nombre de patients atteints

de troubles de la prise alimentaire. L'évolution de la pensée activée par l'EMDR est en faveur de la réintégration de la dimension neurologique dans le processus pathologique et dans son traitement.

Abstract

Eye movement desensitization and reprocessing

One of the strong points of EMDR is to be particularly efficient and validated in the treatment of post-traumatic stress syndrome. EMDR can also fulfill the needs of a large number

of patients with food intake disorders. The evolution of thinking enabled by EMDR is in favor of the re-integration of the neurologic dimension in the pathological process and in its treatment.

Introduction

Il y a 25 ans, l'EMDR faisait sourire ; aujourd'hui, la méthode fait la différence. Très décriée à ses débuts, cette thérapie "pour l'angoisse, le stress et les traumatismes", qui soigne l'esprit en faisant bouger les yeux, est désormais mieux acceptée

par le monde psy et est validée par la communauté scientifique. La méthode a été popularisée en France par le psychiatre David Servan-Schreiber (1), mais largement développée et enseignée par Jacques Roques (2).

QU'EST-CE QUE L'EMDR ?

EMDR est l'acronyme de "Eye Movement Desensitization and Reprocessing", en français "désensibilisation et retraitement par le mouvement des yeux". L'appella-

tion EMDR a été conservée, même si la méthode ne se limite plus désormais à l'utilisation des mouvements oculaires. Il est possible d'utiliser le *tapping* (stimulation tactile par tapotements sur les genoux ou les mains du patient) et la stimulation auditive (il existe des appareils qui délivrent des sons alternatifs via des écouteurs).

L'EMDR est une approche psychothérapeutique. L'EMDR est indissociable de celle qui l'a promu, Francine Shapiro, en 1987, docteur en psychologie au *Mental Research Institute* de Palo Alto en Californie. Cette thérapie repose sur un constat : parler d'un traumatisme qui nous affecte n'est parfois pas suffisant pour guérir les blessures

*Professeur de thérapie, médecin interniste ;
psychothérapeute, praticien EMDR Europe ;
Bordeaux

émotionnelles qu'il induit. Cette méthode a rapidement révolutionné la conception et la pratique de la psychothérapie. Depuis, de nombreuses recherches se sont succédées et la technique n'a cessé de se perfectionner. L'EMDR permet en effet un traitement accéléré de l'information dysfonctionnelle des syndromes post-traumatiques et autorise une résolution beaucoup plus rapide qu'avec les thérapies classiques.

D'apparente simplicité, l'EMDR apparaît comme un ensemble de procédures qui permet de digérer, assimiler des traces mnésiques chargées d'émotions désagréables, de pensées dysfonctionnelles liées à un ou plusieurs traumatismes. Paradoxalement, cette thérapie non verbale permet de relancer efficacement la thérapie verbale et s'intègre dans un plan thérapeutique où l'alliance thérapeutique reste la base incontournable. L'EMDR favorise cette alliance dans la mesure où le cadre thérapeutique facilite le sentiment de sécurité du patient, condition indispensable pour que celui-ci laisse apparaître ses blessures invisibles et dépasse la peur d'en guérir. Cette approche thérapeutique s'adresse aux enfants et aux adultes qui souffrent de traumatismes (agressions physiques et morales, accidents, abus sexuels, catastrophes naturelles, guerres, etc.) ou d'événements pénibles (deuil, séparation, licenciement professionnel, difficultés professionnelles, etc.), de dépression, d'addictions (toxicomanie, alcoolisme), de troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie), d'attaques de panique, de phobies, de TOC (troubles obsessionnels compulsifs), de troubles psychosomatiques, etc.

L'efficacité de l'EMDR a été scientifiquement prouvée depuis 1989 par de nombreuses études contrôlées. Depuis 2013, l'Organisation mondiale de la santé la préconise pour le traitement des troubles psychotraumatiques chez l'enfant et l'adulte. Elle est également reconnue aux États-Unis par l'*American Psychologist Association* (1998), l'*International Society for Traumatic Stress Studies* (2000), l'*American Psychiatric Association* (2004) et le *Department of Veterans Affairs and Department of Defense* (2004), en France par l'Inserm (2004) et par la Haute autorité de la santé (2007), en Israël par le *National Council of Mental Health Israël* (2002), en Irlande par le *Northern Ireland Department of Health* (2003) et au Royaume-Uni par le *Department of Health* (2001) et le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (2005).

COMMENT FRANCINE SHAPIRO A-T-ELLE DÉCOUVERT CETTE MÉTHODE ?

C'est le fruit d'une intuition, survenue pendant une balade dans un parc, alors qu'elle ruminait quelques pensées des plus désagréables. Francine Shapiro remarque que ses yeux effectuent spontanément des mouvements rapides de va-et-vient lorsque les idées noires lui viennent à l'esprit. C'est alors qu'elle se rend compte que la charge négative de ses pensées diminue. Elle ose donc l'hypothèse d'un lien entre les deux événements, ce qui la met sur la piste de l'EMDR. En effet, au lieu d'attribuer ce phénomène au simple hasard et de l'oublier rapidement, comme nous avons tous tendance à le faire, elle fit preuve de séren-

dipité (comme le prince hindou de Serendip qui découvrait des choses inattendues au cours de trajets non planifiés) et fit un doctorat en psychologie pour essayer de comprendre cet événement étrange qui l'avait secouée.

S'ensuivent quelques mois d'expérimentation sur elle-même, puis avec ses proches, et enfin avec ses clients en psychothérapie. Sa première recherche clinique a commencé fin 1987. Elle l'a appliquée d'abord sur un groupe de volontaires, puis sur des vétérans du Vietnam avant d'en publier les résultats en 1989. L'EMDR est née officiellement en 1990.

L'EMDR COMMENT ÇA MARCHE ?

On ne comprend pas encore tous les mécanismes de l'EMDR, mais il semble que les mouvements oculaires pendant la séance facilitent la formation de nouvelles connexions entre les souvenirs du traumatisme. Cette activité permettrait au cortex de se rallumer, les souvenirs traumatiques basculant ainsi dans l'univers de la raison et étant alors archivés dans le passé. L'amygdale s'éteindrait également et le traumatisme serait alors en quelque sorte "digéré". L'une des hypothèses retenues pour rendre compte de l'efficacité de l'EMDR serait que la stimulation bilatérale alternée favoriserait le retraitement des informations, selon un processus semblable à celui qui se déroule pendant le sommeil paradoxal, appelé aussi sommeil REM (acronyme de *Rapid Eye Movement*). Au cours de la séance d'EMDR, grâce à l'attention que le patient porte simultanément à sa situation problématique et

aux stimulations sensorielles (visuelles, tactiles ou auditives), des informations apaisantes sont probablement transmises par le biais de neuromédiateurs aux régions cérébrales impliquées dans le système de la peur (notamment, à l'amygdale). En effet, il a été prouvé que les mouvements oculaires (notamment, pendant le sommeil REM) s'accompagnent d'une activité cholinergique, donc d'une détente. Un lien s'établirait entre le mal-être suscité à l'évocation du souvenir et le bien-être généré par les stimulations alternées. Pour bien "digérer" un souvenir, il faut être détendu. Il ne faut surtout pas être en alerte. L'EMDR favoriserait le retraitement des informations dysfonctionnelles, car la baisse de la tension émotionnelle accroît la capacité d'association. Progressivement, la représentation perturbante se lie à des pensées non génératrices d'émotions et le patient va modifier la représentation de ce qui jadis était à l'origine de sa souffrance. Certains événements que nous avons vécus sont engrangés de manière anormale dans une mémoire que l'on appelle dysfonctionnelle. Ce terme est toutefois un abus de langage, car il n'y a probablement nulle part dans le cerveau, un lieu de stockage de la mémoire dysfonctionnelle. En revanche, il y a un empêchement émotionnel intense de traiter un événement, ce qui rend sa mémoire dysfonctionnelle. Notre cerveau ne peut alors ni le digérer ni le ranger tranquillement dans la chronologie de notre autobiographie. Ces événements envahissent alors notre présent et, malgré nos efforts pour les repousser, nous sommes submergés par des cauchemars, des flash-back et des désordres neurovégétatifs.

La stimulation bilatérale alternée contribuerait à reconnecter les émotions primaires du traumatisme avec la pensée rationnelle. Cela ne suffit évidemment pas, et tout l'art du thérapeute est alors de mettre à profit cet état (légèrement hypnotique) pour amener son patient à modifier son regard sur ses propres ressources par rapport à ce traumatisme. Son efficacité est équivalente, ni plus ni moins, à celle des autres approches cognitivocomportementales qui font appel à une confrontation au vécu traumatisant (exposition), avec toutefois l'avantage d'une durée de traitement plus courte.

COMMENT SE DÉROULE UNE SÉANCE D'EMDR? UN PIED DANS LE PASSÉ, UN PIED DANS LE PRÉSENT

Le praticien formé à l'EMDR va veiller à recueillir les éléments importants concernant la vie du patient. C'est une étape très importante dans l'évaluation de la problématique et de la demande où l'alliance thérapeutique peut commencer à se tisser. Le rôle du thérapeute est également de démystifier la méthode.

Le préalable en EMDR, par l'installation d'un "lieu sûr", est d'avoir un pied dans la possibilité présente de se sentir hors de danger, et un pied dans l'image figée d'un passé traumatisant ou pénible. Dit autrement, avoir un pied dans chaque partie dissociée : ressentir les émotions, les cognitions et les sensations corporelles cristallisées et vécues lors du trauma, et vivre en même temps l'ici et maintenant dans la perception du danger terminé.

Avec la coopération du patient, le thérapeute détermine le souvenir ou la situation cible. Il propose au patient alors de repérer en lui la pensée négative (par exemple : « *je suis en danger, je suis nul* »), l'émotion désagréable en question (la peur, la colère, la tristesse, etc.), les sensations physiques actuelles associées à la situation cible perturbante ainsi que la pensée positive par laquelle ils souhaitent remplacer la cognition négative (« *je suis en sécurité, j'ai de la valeur* »). Le patient est invité à évaluer l'ampleur de son malaise sur une échelle subjective étalonnée de 0 à 10 (échelle SUD : *Subjective Units of Disturbance*) et la validité actuelle de la cognition positive sur une échelle de 1 à 7 (échelle VOC : *Validity Of Cognition*).

Le patient est invité à garder en même temps à l'esprit la situation cible et la cognition négative, ainsi que les sensations physiques associées. Le thérapeute procède alors à la phase de traitement par les stimulations bilatérales alternées (visuelles, kinesthésiques ou auditives). Lorsque le thérapeute interrompt les stimulations, il encourage le patient à verbaliser ce qui se produit en lui et lui demande d'évaluer son niveau de perturbation sur l'échelle SUD. Pendant cette phase de traitement, le patient peut vivre des émotions intenses qu'il est essentiel d'accompagner avec toujours la possibilité de revenir au "lieu sûr". Le thérapeute va répéter les stimulations jusqu'à ce que le patient évalue son malaise ou sa détresse à 0 ou 1 sur l'échelle SUD.

Une fois la cible désensibilisée, le thérapeute va se servir des stimulations bilatérales pour installer

la cognition positive et la séance se terminera par une sorte de "scanner du corps" permettant au patient de passer en revue toutes les sensations corporelles du pied à la tête.

EMDR ET TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

Les conduites addictives peuvent être pensées comme des tentatives de solution qu'utilise le sujet afin de gérer des émotions négatives envahissantes, le paradoxe étant que ces conduites ne vont pas l'amener à rétablir des relations de coopération avec ses semblables, mais de plus en plus l'amener à se replier sur lui-même, dans un imaginaire de rivalité au sein duquel les émotions sont perçues comme persécutrices de façon croissante. Par ailleurs, on retrouve fréquemment chez des patients souffrant de troubles de conduites alimentaires des microtraumatismes quotidiens ou maltraitances, enracinés dans la petite enfance et demeurés présents chez l'adulte, se manifestant indirectement et

par l'intermédiaire de symptômes variés (ruminations, anxiété, angoisse, troubles du sommeil, dépression, boulimie, etc.). L'expérience traumatisante est comme "avalée", sans pouvoir être digérée. Elle reste comme un bloc dans le corps. L'EMDR permet de sortir du figement tout en contenant cette expérience.

QUELLE EST LA DURÉE D'UN TRAITEMENT AVEC L'EMDR?

L'EMDR doit toujours s'intégrer dans un plan global de thérapie et le temps imparti est estimé au cas par cas. D'une façon générale, on compte en moyenne 3 à 12 séances (de 60 à 90 minutes) pour que la thérapie soit efficace.

CONCLUSION

« Sans les connaissances suffisantes sur les symptômes, mais aussi l'étiologie d'une pathologie, confirme Jacques Roques, un praticien peut ouvrir la boîte de Pandore et le patient peut se retrouver débordé par des flash-back, des sensations intrusives,

des angoisses, et arriver en hôpital psychiatrique. »

Malgré l'apparente facilité du procédé tel qu'il est présenté sur certaines vidéos visibles sur Internet ou même dans les ouvrages spécialisés, il est donc indispensable d'avoir affaire à un thérapeute accrédité par EMDR France ou EMDR Europe (EMDR France fait partie d'EMDR Europe), deux associations qui se veulent drastiques sur la sélection de leurs praticiens et les contraignent à actualiser leur formation en permanence. ■

✱ G. Ostermann déclare avoir des liens d'intérêts avec les Laboratoires Pileje.

Mots-clés

EMDR, Troubles des conduites alimentaires, Psychothérapeutique

keywords

EMDR, Food intake disorders, Psychotherapeutic



Bibliographie

1. Servan-Schreiber D. Guérir. Pocket, 2005.
2. Roques J. EMDR, une révolution thérapeutique. Desclée de Brouwer, 2003.
3. Shapiro F., Silk Forrest M. Des yeux pour guérir. Seuil, 2005.
4. Roques J. EMDR - Une révolution thérapeutique. Desclée De Brouwer (sous presse), 2016.