



Jacques Roques

# EMDR

*Une révolution thérapeutique*

DESCLÉE DE BROUWER

# EMDR

## Du même auteur

*Manuel d'EMDR*, co-traduction avec Valérie Megevand de : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures* de Francine Shapiro, InterÉditions, 2007.

*Guérir avec l'EMDR. Traitements. Théorie. Témoignages*, Le Seuil, 2007.

*Découvrir l'EMDR*, InterÉditions, 2008.

*David Servan-Schreiber ou la fureur de guérir*, Indigène, 2011.

« Don d'organes et psychologie », in *Un don de soi*, Éditions Au Diable Vauvert, 2011.

*Psychoneurobiologie. Tome 1 : Fondement et Prolongement de l'EMDR*, BOD, 2015.

Tome 2 : *Fonctionnement et Dysfonctionnements Psychiques* et Tome 3 : *Traitement des dysfonctions psychiques*, à paraître.

*Couple et EMDR*, BOD, 2016.

*EMDR*, PUF, « Que Sais-Je ? », 2016.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

la même chose est vraie. Une blessure banale – un accident de voiture sans gravité, une altercation avec un collègue de bureau – se « cicatrise » d'elle-même. Lorsque la blessure est plus profonde, ou qu'elle a déstabilisé la structure même du moi, elle nécessite souvent une intervention extérieure pour guérir. Mais cette assistance devrait savoir tirer au mieux parti de ces mêmes mécanismes d'auto-guérison émotionnels. Et c'est là toute l'élégance et la force de l'EMDR.

Dans ce livre ambitieux – le premier en français sur le sujet –, mon ami Jacques Roques vous ouvre les portes de ce monde nouveau. Page après page, on ressent l'enthousiasme que Jacques a vécu à partir de sa découverte de l'EMDR. Il nous montre comment un psychanalyste formé de la façon la plus exigeante et la plus conventionnelle a compris qu'il pouvait commencer à intégrer une approche radicalement différente dans sa pratique clinique. Il nous fait partager le plaisir du thérapeute dont les patients répondent soudain bien plus rapidement au traitement. Et il nous fait partager l'excitation que lui procure le sentiment de pouvoir observer, lui aussi, de ses propres yeux, les mécanismes de guérison psychique dont on soupçonnait l'existence mais qui jusque-là se manifestaient si lentement qu'on osait à peine croire à leur réalité.

Même si l'état actuel de la connaissance limite sa tentative d'apporter des bases neuroscientifiques à la réalité qu'il observe si finement dans les situations cliniques, Jacques a un formidable talent pour trouver des métaphores utiles et justes qui permettent de mieux comprendre les phénomènes qu'il décrit. Et si l'un des aspects les plus importants de l'EMDR est sa façon de mobiliser tout l'humanisme, l'empathie et le soutien du thérapeute au service du patient qui rend visite à des souvenirs souvent extraordinairement pénibles, Jacques incarne toutes ces valeurs. Chaque lecteur s'en convaincra facilement au

fil des descriptions des cas cliniques qui émaillent cette exploration.

David SERVAN-SCHREIBER<sup>3</sup>

Docteur en Médecine, Docteur ès Sciences  
Professeur Clinique de Psychiatrie, Université de Pittsburgh  
Chargé de Cours, Faculté de Médecine de Lyon

---

1. INSERM (2004), *Psychothérapie : trois approches évaluées*, INSERM-Unité d'évaluation et d'expertise collective, Paris, France ; Bleich A., Berstein J. (2002), *Guidelines for the Assessment and Professional Intervention with Terror Victims in the Hospital and in the Community*, National Council for Mental Health, Ministry of Health, Israel ; CREST (2003), *The Management of Posttraumatic Stress Disorder in Adults*, Belfast, Northern Ireland, Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety ; VA/DOD-Clinical-Practice-Guideline-Working-Group (2004), *Management of Post-Traumatic Stress*, Washington, DC : December 2003., Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense ; Dutch-National-Steering-Committee-Guidelines-Mental-Health-Care (2003), *Multidisciplinary Guideline for Anxiety Disorders*, Utrecht : Quality Institute Health Care CBO/Trimbos Institute.

2. HAS, *op. cit.*

3. David Servan-Schreiber nous a quittés le 24 juillet 2011, emporté par la maladie. Sa contribution à l'essor de l'EMDR en France a été capitale.

# Avant-propos

*La connaissance est une navigation dans un océan d'incertitudes à travers des archipels de certitudes.*

Edgar MORIN<sup>1</sup>

Une immense découverte a été faite en 1987 aux États-Unis dans le domaine des psychothérapies, par une Américaine, Francine Shapiro. Je veux parler de la thérapie EMDR. Initialement, elle ne concernait que le domaine des traumatismes psychiques. Elle permettait, enfin, de soigner efficacement et de *guérir* une pathologie difficilement curable par des soins médicamenteux ou psychologiques. C'était déjà un progrès énorme et un grand soulagement pour toutes sortes de victimes des échardes, grosses et petites, de l'existence. Forte d'un pareil succès, l'EMDR aurait pu se cantonner à n'être qu'une technique de soin appréciée parmi d'autres. De fait, cette méthode venait, subrepticement, d'ouvrir une brèche et révolutionner un monde où pourtant, depuis l'avènement de l'hypnose thérapeutique et de la psychanalyse à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, de grands travaux ont été accomplis et de nombreuses disciplines psychothérapeutiques créées. En effet, l'EMDR porte en soi quelque chose de résolument nouveau et, depuis sa découverte, de multiples recherches ont été initiées et plusieurs protocoles ont pu être développés qui permettent aujourd'hui d'étendre considérablement son champ d'action. Nous pouvons ainsi mieux comprendre, cibler et traiter, avec succès, beaucoup

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.



telle maladie. D'ailleurs on ne met pas en doute l'antibiotique, mais on en déduit plutôt une évolution de la bactérie ciblée, devenue insensible à ce produit. Nous ne sommes pas dans ce cas de figure avec l'EMDR. Mais nous devrions effectivement aussi nous interroger sur ce que nous avons raté, soit de l'histoire de la personne, soit dans la mise en route du protocole, quand nous connaissons un échec ou même un moindre succès.

Aujourd'hui, Francine Shapiro est membre du Mental Research Institute de Palo Alto. Elle a obtenu en 1994 l'un des plus grands prix scientifiques des États-Unis : the Award for Distinguished Scientific Achievement in Psychology. Pour ce traitement qui sera, comme je l'ai déjà dit, ultérieurement qualifié de « psychothérapie-miracle » aux États-Unis, en juin 2002, Francine Shapiro a reçu la plus prestigieuse distinction : le Prix Sigmund Freud décerné à la fois par l'Association mondiale de Psychothérapie et par la ville de Vienne.

## **Mes premières expériences**

Mais nous sommes en 1994 et ce ne sont pas les distinctions même méritées mais à venir de Francine Shapiro (je n'étais pas encore au cou-rant de la première) qui m'intéressaient et qui aujourd'hui encore m'intéressent, mais, à cette époque, ce que je lus et entrevis. Combien de fois ne me suis-je pas cassé le nez sur des cas réputés difficiles, sur, entre autres, ce que la psychiatrie appelle sinistrose, ou que l'on retrouve qualifié, au hasard de l'évaluation et des observations médicales de l'interne de service, sur les dossiers de soins hospitaliers, le plus souvent comme hystérie, ou état dépressif consécutif à un accident ou à un deuil... J'ai alors en tête ces patients, plus nombreux que

l'on croit, pour lesquels je ne pouvais pas faire grand-chose. Dans de pareils cas, j'en parle d'expérience, l'écoute, la fameuse écoute, ne sert à rien. Je savais déjà, pour l'avoir bien des fois vérifié, que pour qu'elle soit efficace, il faut qu'elle renvoie dans la tête du thérapeute à quelque chose, à une compréhension réelle de la situation et donc à un traitement adapté. Il faut qu'elle ouvre la porte à une réponse curative, langagière ou pas. Recevoir et écouter le plus silencieusement possible, quoi qu'on en dise, tous les patients à peu près de la même manière, m'a rapidement paru aussi inapproprié qu'inefficace ; un peu comme si un médecin soignait pareillement tous ses malades, hommes et femmes gravides ou pas, qu'ils soient atteints d'ulcères, d'infarctus, de maladies de peau ou d'un cor au pied. Or, pour ce qui était de ces malades, j'avais beau revisiter dans ma tête toutes les évidences théoriques en ma possession, et je n'en manquais pas, entreprendre tel ou tel type de traitement relevant de mes formations, j'étais à peu près désarmé, si toutefois j'excepte l'hypnose, qui s'avérait effectivement parfois utile. Mais l'hypnose n'est pas toujours commode à manier de façon profitable avec tous les patients et je ne l'utilisais pas systématiquement.

L'EMDR m'apportait des réponses et je brûlais d'envie de les vérifier en les mettant en pratique le plus vite possible. De l'EMDR, j'avais comme tous les débutants retenu surtout l'utilisation des mouvements des yeux. Or, comme je l'ai dit plus haut, Francine Shapiro qui avait d'abord appelé sa découverte EMD, c'est-à-dire « Désensibilisation par les mouvements des yeux », en la perfectionnant, la changea en EMDR (le R final traduit en français par Retraitement – Retraitement de l'information – le mot anglais *Reprocessing*). De fait, il s'agit d'un changement capital de paradigme qui ouvre la porte sur une nouvelle compréhension du fonctionnement

psychique. L'accent n'est plus mis simplement sur la désensibilisation, mais nous le verrons ultérieurement plus en détail, sur la reconstruction de l'estime de soi de la personne, par le fait de la mise en route de processus naturels de « cicatrisation », donc de guérison. Il faut bien comprendre que l'EMDR n'est pas simplement un truc qui marche pour soigner des pathologies difficiles, mais appartient à un nouveau système de pensée cohérent avec les recherches cognitives, qui permet de comprendre autrement la pathologie et donc le fonctionnement psychique en entier.

Bien évidemment, quand je repris le travail au mois de septembre, je n'attendis pas les 24 et 25 septembre 1994, date de la première formation EMDR organisée en France par François Bonnel qui fit venir une équipe de thérapeutes formateurs américains, pour commencer, avec l'accord du chef de service, mes exercices à l'hôpital. Je me souviens avoir eu la chance à ce moment-là de disposer de quelques patients appropriés. Je débutai prudemment avec une malade d'une quarantaine d'années. Elle ne se remettait pas d'un deuil pathologique. Je la suivais déjà en thérapie, depuis deux ou trois ans, avant de partir en vacances. À mon retour, je la retrouvai hospitalisée dans le service, en raison de son état dépressif.

Elle n'était pas bien du tout. Elle pleurait la disparition de sa mère, tout en se critiquant de ne pas être plus forte pour surmonter cette épreuve. Elle s'accusait notamment de ne pas avoir été assez présente, avant son trépas. C'était d'ailleurs ce leitmotiv qui m'avait convaincu, étant donné la pauvreté du discours des séances, d'essayer d'utiliser parfois d'autres modes relationnels plus actifs, comme le jeu de rôle. Mais elle semblait dotée d'un imaginaire défaillant. J'avais pourtant, avant les vacances, obtenu un certain soulagement, mais de courte durée, en utilisant avec elle la relaxation. Parfois, elle arrivait assez

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

*Internal Medicine* : 970-980, (cités par l'auteur).

12. Ces données ne le sont qu'à titre indicatif. Elles concernent la grande majorité des cas. Il est bien évident que le thérapeute EMDR est limité, comme tout un chacun, par son savoir et ses habiletés, dans ses capacités résolutives. Certaines pathologies, surtout si elles touchent la structure du Moi, sont parfois plus difficiles et donc plus longues à soigner que les autres.

## II

### Premiers cas cliniques

*Bien que les évaluations cliniques et les observations personnelles soient loin d'être infaillibles, elles sont aussi indispensables pour sonder les découvertes scientifiques et pour éprouver la joie de la guérison.*

Francine SHAPIRO

Dans le présent chapitre, je vais exposer deux cas. Il va sans dire que conformément à l'usage, les précautions habituelles ont été prises, ici et dans tout ce livre, pour éviter qu'ils puissent être identifiés. Je n'ai retenu, dans le compte rendu, que les éléments les plus essentiels. Tous les points du protocole ne sont pas explicités. Mais ces deux cas, outre le fait qu'ils furent personnellement marquants, puisqu'ils remontent à mes débuts de thérapeute EMDR, sont vraiment illustratifs de la rapidité d'action de cette méthode. Ils permettent déjà de reconsidérer partiellement aussi bien la pathologie que son traitement. C'est pourquoi, bien que ce ne soit pas l'argument principal d'un ouvrage d'introduction à la thérapie EMDR, je me permettrai quelques digressions, en particulier nosologiques, c'est-à-dire qui ont trait à une classification officielle des maladies, quand elles me paraîtront opportunes. Le protocole actuel sera développé dans la partie III de l'ouvrage, consacrée à la pratique de l'EMDR.

Ce qui risque de surprendre le lecteur, c'est que la guérison a l'air d'aller de soi, de se faire toute seule. Et je pense que c'est vrai. Dans beaucoup de cas les gens ne guérissent pas, tout simplement parce qu'un blocage empêche la mise en œuvre du processus naturel de guérison des problèmes psychiques. Le thérapeute ne fait pas autre chose que ce que fait l'infirmier dans son domaine. Il nettoie la plaie, la nature se charge du reste<sup>1</sup>. Ces propos ne préjugent pas de la complexité de certaines pathologies. Le thérapeute EMDR est alors aussi désarmé que ses collègues qui pratiquent d'autres disciplines. Les cas dits difficiles sont encore aujourd'hui en 2015, et sans doute pour longtemps, l'objet de recherches dans notre pratique, comme je le suppose, ils le sont dans toutes les autres. J'en rendrai compte en fin d'ouvrage.

Les deux cas exposés ici, d'un homme et d'une femme, montrent la désorganisation morbide à laquelle un choc traumatique peut conduire. Le premier cas, celui de Lucien, illustre bien la relativité des réactions individuelles face aux traumatismes psychiques. Son choc l'amène à un dysfonctionnement très inquiétant pour lui-même et son entourage, alors qu'il s'agit d'une épreuve qui, bien qu'elle touche aussi bien le narcissisme que la relation d'objet, est parfois mieux supportée par d'autres. Le cas de Martine se rapporte directement à la vie et à la mort. Il paraît de ce fait plus compréhensible. Et pourtant, nous connaissons tous des gens qui ont surmonté des épreuves terriblement meurtrières, sans présenter de pareils troubles.

J'exposerai dans l'ordre chronologique des soins, successivement la thérapie de Lucien, puis celle de Martine. J'ai reconstruit ces textes en essayant de me tenir au plus près des notes que je prenais pendant les séances, minute par minute, et

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.



Nous nous trouvions précisément dans ce cas de figure. Même sans mise en actes de ses pensées meurtrières, l'attitude de ce patient était hautement dommageable pour lui, son entreprise et tous les siens.

Il ne faut pas oublier qu'un impact traumatique afflige d'abord celui qui le reçoit, mais ensuite, par ricochet, affecte toute la famille et marque d'une manière indélébile l'histoire des enfants qui ont eu à supporter un parent pareillement touché. On peut toujours gloser sur l'importance du choc qui affecta Lucien. J'ai d'ailleurs hésité avant de rapporter ce cas. Il touche, en effet, à ce que nous avons de plus intime, notre vie familiale et sexuelle. Généralement, les cocus font rire, du moins, c'est ce que le théâtre de boulevard démontre, sans doute pour tenter une dédramatisation d'un sujet aux conséquences historiques, de la guerre de Troie à nos jours, particulièrement sanglantes. Ainsi nous savons tous les dégâts qu'une telle infortune peut produire chez certaines personnes. Les passages à l'acte meurtriers sont nombreux, ainsi que les suicides. Il n'y a vraiment rien de risible là-dedans.

Cette guérison spectaculaire fut confirmée par la suite. J'ai eu à plusieurs occasions des nouvelles de Lucien. Il avait retrouvé son tempérament fonceur et sa bonne humeur. J'ai eu quelque temps plus tard à soigner sa femme, fortement perturbée par son aventure. À l'en croire, elle en avait retiré plus de désagréments que de plaisir. Elle se culpabilisait fortement, ayant le sentiment d'avoir nui à tous ceux qu'elle aimait, à commencer par ses enfants et son mari. Ce traitement que je ne rapporterai pas lui permit de retrouver une nouvelle sérénité.

Cette cure de quatre séances fut terminée fin novembre 1994.

# Martine

*La mélancolie, c'est un désespoir qui n'a pas les moyens.*

Léo FERRÉ

## *Première séance*

Le traitement de Martine remonte au début de l'année 1995. À cette époque, je n'ai fait que le niveau I de la formation EMDR et je ne dispose pas encore de tous les moyens permettant de diminuer l'inconfort du malade en durée et en intensité. Néanmoins, il est très illustratif de l'efficacité de l'EMDR et il m'a appris beaucoup de choses.

Martine est une femme de 35 ans environ, plutôt mal habillée. Elle vient, avec son mari, envoyée par quelqu'un que j'ai vu à l'hôpital et qui lui a dit que je pratiquais une drôle de méthode, que je n'étais pas un psychanalyste comme les autres et que je ne faisais pas qu'écouter. C'est le mari qui a pris le rendez-vous, quelques jours plus tôt, en me disant que c'était urgent. D'emblée, il veut m'expliquer, mais je me tourne vers son épouse et lui demande ce qui l'amène vers moi. Elle se plaint alors sur un ton auto-accusateur, à coups de phrases brèves et vite étouffées, de ne plus rien faire dans la vie, si ce n'est de s'occuper encore un peu de la maison. Elle passe néanmoins beaucoup de temps au lit et se reproche de ne pas faire son travail. « Je suis bonne à jeter à la poubelle », assure-t-elle, méchamment et sans humour.

Le mari et sa fille Marielle, âgée alors de 12 ans et demi, l'aident comme ils peuvent. Elle connaît également de grosses difficultés avec son deuxième enfant, Éric, un garçon de 10 ans, qui supporte très mal de la voir toujours couchée.

Elle a été hospitalisée récemment après s'être ouvert les veines au poignet droit. À ce moment de son récit, le mari intervient pour préciser que la coupure était superficielle, en ajoutant : « Ce n'est pas la première fois. Elle a déjà tenté de se suicider en avalant des somnifères. Il faut dire que ça fait huit ans qu'elle souffre d'insomnies. »

Elle a d'ailleurs été hospitalisée plusieurs fois, dont une parce qu'elle ne pouvait dormir. Elle précise que ça, c'est son gros problème. Elle dort très mal et elle fait des cauchemars qu'elle me relate à contrecœur après que j'ai insisté pour qu'elle m'en parle : d'abord, elle est dans une grande plaine avec d'autres personnes. Ils marchent vite parce que derrière eux il y a un grand danger. C'est une sorte de masse d'eau qui arrive. Ils doivent forcer le pas, puis courir. Heureusement, il y a devant eux un promontoire. Elle court devant. Derrière, elle entend des cris. Elle ne se retourne pas, mais elle a mal. Elle se trouve devant une grande paroi très lisse dans laquelle elle finit par découvrir un défilé. Elle s'y engouffre. Il lui faut absolument trouver de quoi se hisser sur quelque chose parce que l'eau arrive. Elle essaie de monter en s'accrochant à de menues aspérités, mais la roche est friable et elle retombe. Brusquement, elle s'aperçoit qu'elle ne peut plus avancer ; le défilé est une impasse. La masse d'eau arrive. Les parois se désagrègent. Elle va mourir. Elle hurle et se réveille en larmes. Elle ne peut plus se rendormir ensuite.

Elle me précise que depuis peu elle fait un cauchemar légèrement différent. Elle se retrouve accrochée à une paroi rocheuse qui se délite peu à peu. Elle va chuter. Je lui demande depuis quand elle a ces troubles. Le mari répond à sa place : « Depuis l'accident, il y a huit ans. » Je constate qu'il a largement tendance à s'exprimer pour elle, ce qui a l'air de parfaitement convenir à Martine. Elle conserve d'ailleurs un air

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

ne crois pas qu'il ait eu une vie heureuse. Il sortait beaucoup avec les copains, mais il n'était pas heureux.

Vers la fin de la séance nous faisons une pause et une sorte de débriefing. Puis j'arrête la séance, en rappelant les mêmes choses que les fois précédentes, après l'avoir aidée à se relaxer un peu.

– *Bien ! Nous nous reverrons donc lundi prochain, dans une semaine.*

– Aujourd'hui, c'est moi qui vous paye. C'est pas mon mari. La séance a duré une heure trois quarts.

### *Quatrième séance*

La séance suivante devait avoir lieu un lundi. Une heure avant, Martine me téléphone, pour me dire qu'elle est couchée et malade. Je m'inquiète, mais elle me rassure aussitôt, elle a plutôt bon moral, mais elle est couchée du fait de dysménorrhées. « C'est pareil à chaque fois », dit-elle. Je lui donne un rendez-vous pour le mercredi suivant. Le mercredi, elle est ponctuelle, un peu en avance même.

– J'ai beaucoup de choses à vous dire. Il me semble qu'il y a une éternité que je ne vous ai vu.

Elle dit notamment avoir donné une gifle à Éric qui venait de lui dire merde et elle ajoute :

– Le pauvre, il savait pas ce qui lui arrivait. Mais ça faisait longtemps qu'il me cherchait. Dans le fond, par rapport à ce qu'il m'a déjà dit, il n'était pas trop grossier cette fois.

Elle a beaucoup mieux dormi, mais elle a eu un sommeil agité avec beaucoup de rêves ; elle ne se souvient que d'un seul.

Elle sort une feuille de papier pliée en quatre de son sac et elle me le lit :

– Ça se passe encore à la montagne. Décidément, vous aviez raison. Je ne comprends pas comment j'ai fait pour ne pas

rapprocher mes rêves d'avant et l'accident<sup>21</sup>.

– *Vous ne vouliez pas y penser. À chaque fois, ça vous faisait trop mal.*

– Oui, on aurait dit que je le savais et que je ne voulais pas le savoir à la fois. Donc là, c'est à la montagne. Je fais de l'escalade. Vous pensez, moi qui ai peur du vide ! Je suis dans une situation périlleuse. Je me demande vraiment comment j'en suis venue là, j'ai le vertige dès que je monte sur un tabouret. Je remarque quand même que je suis encordée, mais je ne vois pas à qui. Ce qui est drôle, c'est que je ne me sens pas du tout inquiète. La corde est accrochée à des pitons solides et il y a un gros rocher auquel je me tiens. J'entends ma fille qui crie. Elle a peur. Je me rends compte qu'elle est sur une sorte de marche et qu'elle ne peut ni monter, ni descendre. Vous allez rire, c'est bête les rêves. Je me balance. Je sais pas si vous voyez ?

– *Oui, vous faites le pendule.*

– C'est ça ! Je suis en train d'y arriver, quand je me rends compte que c'est ridicule parce qu'il n'y a vraiment pas de danger. La marche sur laquelle est ma fille est à moins de 50 cm du sol et moi aussi. Elle aurait très bien pu sauter pour être en sûreté.

Elle a fait un autre rêve cette nuit. Elle est dans une prairie. Il y a une maison ronde que son père a construite, il y a longtemps, mais qui n'est pas encore terminée. Elle est à l'abandon. Ça lui rappelle une maison des environs. Elle passe parfois devant. Ça fait des années que la construction est arrêtée, le toit n'est même pas encore posé. Il y a juste des poutres métalliques et « c'est plein d'herbes de partout ».

Pourquoi le cacher ? Ces rêves me font autant plaisir qu'à elle et je vois qu'elle en est ravie. Je lui dis que j'ai l'impression qu'elle va mieux. Elle ajoute : « Beaucoup mieux. » Je lui

demande le niveau de SUD (c'est-à-dire le niveau de perturbation ressenti sur une échelle de 0 à 10) et là, à ma surprise, Martine répond que c'est encore fort mais que c'est différent. Elle n'a plus le sentiment écrasant comme avant d'être responsable. Cette douleur est complètement passée. Mais quand elle pense à l'accident, elle a toujours de la peine. Elle se sent triste. Son frère lui manque. Elle a envie de pleurer. Elle a projeté avec son mari, d'aller un jour sur sa tombe, dans les Alpes, peut-être à la Toussaint. Elle n'y est jamais allée. Elle n'a même pas assisté à son enterrement.

Dans cette séance d'une heure et demie, l'EMDR a permis d'obtenir assez rapidement une détente et un bien-être assortis de souvenirs de vacances. J'ai pu vérifier, dans d'autres cas, que le renforcement des ressources apportait un réel bénéfice au patient. Il ne s'agissait pas seulement d'un meilleur confort dans l'immédiat, mais que très souvent, il se « familiarisait » peu à peu, ainsi, avec des représentations traumatisantes qu'il tenait pour insoutenables. De cette manière, on pouvait par petites touches réussir à aborder et à résoudre des problématiques très difficiles compte tenu des capacités d'intégration et de la solidité du Moi du sujet face à tel ou tel traumatisme particulier.

### *Autres séances*

Il y eut encore quatre séances, la suivante d'une heure et demie également et les deux autres de une heure, le tout avec un intervalle d'une semaine, sauf pour la dernière puisque je ne l'ai revue qu'un mois plus tard, environ. Je revins sur le problème principal au cours de la cinquième séance. Les cognitions avaient complètement changé. Désormais, elle était certaine de son innocence, de ne pas l'avoir tué, à 7 sur 7. Cette certitude lui faisait beaucoup de bien. Les mouvements oculaires furent principalement utilisés pour renforcer son sentiment de bien-être

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.



mémoire procédurale, qui a intégré l'ensemble des règles de la logique, de la grammaire, de la syntaxe, permettant de construire une pensée, un raisonnement.

**MÉMOIRE CONCEPTUELLE** : Elle est synonyme de mémoire de représentation sémantique. Comme son nom l'indique, elle est faite de représentations, de concepts. Chaque concept étant au moins rattaché à un contenu relevant de la mémoire d'impression perceptive.

**MÉMOIRE DE RECONNAISSANCE PERCEPTIVE** : Dans la conception d'Endel Tulving, cette mémoire permet de reconnaître les objets et les visages automatiquement pour ce qu'ils sont. Dans la présente théorie, elle est une catégorie de la mémoire de représentation sémantique, celle qui reconnaît les mots, les images, les visages, en tant que concept, que représentation.

**MÉMOIRE DE RECONNAISSANCE** : C'est la mémoire qui nous permet de retrouver l'objet recherché (mot ou image) parmi ceux qui sont sensoriellement présentés.

**MÉMOIRE DE REPRÉSENTATION SÉMANTIQUE** : J'ai appelé ainsi dans cet ouvrage la mémoire faite de concepts, construite à partir de l'intégration en phase vagotonique, donc de repos, de détente, des contenus de la mémoire d'impression perceptive. Ainsi la mémoire de représentation sémantique s'approprie les percepts incorporés dans la mémoire d'impression perceptive. Elle fait partie des trois grandes mémoires humaines, avec la mémoire d'impression perceptive et la mémoire procédurale.

**MÉMOIRE DE TRAVAIL** : Ce n'est pas une mémoire, en tout cas pas à long terme, mais un outil. Elle a trois fonctions principales : la sauvegarde par le déclenchement des réflexes innés ou acquis au cours d'apprentissages, la liaison automatique des concepts de la mémoire de représentation sémantique et des contenus de la mémoire d'impression perceptive et la conceptualisation dans sa partie spécialisée pour cela : la mémoire à court terme.

**MÉMOIRE D'IMPRESSION PERCEPTIVE** : C'est la forme de mémoire la plus archaïque. Elle incorpore en permanence les percepts tels qu'ils interviennent au cours de l'encartage neuronal que la personne soit consciente ou pas. Elle fait partie des trois grandes mémoires humaines avec la mémoire de représentation sémantique et la mémoire procédurale.

**MÉMOIRE ÉPISODIQUE** : C'est celle des souvenirs de notre vie. Dans la présente théorie, elle est une catégorie de la mémoire de représentation sémantique, celle qui gère les représentations temporelles.

**MÉMOIRE LEXICALE** : Partie de la mémoire algorithmique afférente au lexique et aux règles du langage.

**MÉMOIRE PROCÉDURALE** : La mémoire procédurale fait partie des trois grandes mémoires humaines. C'est une mémoire faite d'automatismes. Certains sont innés : les réflexes acquis au cours du développement de l'espèce, d'autres acquis comme la conduite automobile par exemple, le déplacement à vélo, mais aussi elle est celle des fonctions dites supérieures : apprentissages sociaux, langagiers, scolaires, de la grammaire, des règles de la syntaxe, des mathématiques, de la logique où

elle prend nom de mémoire algorithmique.

**MÉMOIRE SÉMANTIQUE** : Elle est synonyme de mémoire conceptuelle et de mémoire de représentation sémantique. Voir ces entrées.

**MÉMOIRE SENSORIELLE** : Elle est l'entrée sensorielle de la mémoire de travail. Sa rétention mnésique est de très courte durée. C'est cette fonction qui permet de voir un film et d'avoir une impression de mouvement. On peut illustrer sa fonction par une métaphore électronique en disant que la mémoire sensorielle est équivalente à la mémoire vive (RAM) d'un ordinateur. En effet, celui-ci rafraîchit ses données en permanence, au fur et à mesure qu'il les reçoit par exemple d'une plaque photosensible. Pour l'organisme ce rôle pourrait être celui de la rétine ou de toute autre entrée sensorielle.

**MÉMOIRE-TAMPON** (ou *BUFFER* en anglais) : Une mémoire tampon est une mémoire qui emmagasine des données juste le temps nécessaire à une opération. L'empan mnésique est le type même de mémoire-tampon.

**MOI** : Le « Moi » est un concept central organisateur de la mémoire de représentation sémantique. Il permet à tout humain et probablement même à tout être vivant, même si c'est d'une manière excessivement fruste, de veiller à se protéger, prospérer, se reproduire.

**OPÉRATEUR** : L'opérateur appartient à la mémoire de travail. Il fait des choix dans l'exécution des tâches en fonction des circonstances et des priorités.

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

- LEDOUX** Joseph, *Neurobiologie de la personnalité*, Odile Jacob, 2003.
- LEVINE** Peter, *Réveiller le tigre – Guérir le traumatisme*, InterÉditions, 2013.
- LIBET** B., « Reflections on the interaction of the mind and brain », *Progress in Neurobiology*, p. 322-326, 2006.
- LIBET** B., « The Timing of Mental Events : Libet's Experimental Findings and Their Implications », in *Consciousness and Cognition* 11, 291-299, 2002.
- LIBET** B., « Electrical stimulation of cortex in human subjects and conscious sensory aspects », in Iggo A. (Ed.), *Handbook of sensory physiology*, Berlin, Springer-Verlag, 1973, p. 743-790.
- LIBET** B., « Brain stimulation in the study of neuronal functions for conscious sensory experience », *Human Neurobiology*, 1, 235-242, 1982.
- LONG**, B. C. and R. **van Stavel** (1995), « Effects of exercise training on anxiety. A meta-analysis », *Journal of Applied Sport Psychology*, 167-189.
- LORENZ** Konrad, *Évolution et modification du comportement*, Payot, 1974.
- LORENZ** Konrad, *L'agression, une histoire naturelle du mal*, Flammarion, 1974.
- LORENZ** Konrad, *L'envers du miroir : une histoire naturelle de la connaissance*, Champs-sciences, 2010.
- LOUBOFF** François, *J'aimerais tant tourner la page*, Les Arènes, 2008.
- LUBER** Marilyn, « Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols : Special Populations », Springer Publishing company, 2009.
- LUBER** Marilyn, « Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy Scripted Protocols and

- Summary Sheets : Treating Trauma... », Springer Publishing company, 2015.
- LUMINET O.**, *Psychologie des émotions : confrontation et évitement*, De Boeck. – 1992.
- MAK G. K., ANTLE M. C., DYCK R. H., WEISS S.**, « Bi-Parental Care Contributes to Sexually Dimorphic Neural Cell Genesis in the Adult Mammalian », *Brain – journal pone.0062701* – May 2013.
- MANABU M. et al.**, « A Critical period for social experience-dependent oligodendrocyte maturation and myelination », *Science*, 14 September 2012, vol 337.
- MARX Christophe**, *L'EMDR*, Eyrolles, 2013.
- MAUPASSANT Guy de**, *Œuvres complètes*, tome 6.
- MAUPASSANT Guy de**, *Le Horla*, 1886 et 1887.
- MAUROIS André**, *Les silences du colonel Bramble*, Grasset, 2014.
- MAXFIELD L., Hyer L. A.**, « The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD », *Journal of Clinical Psychology* 58 : 23-41, 2002.
- MCDONALD D. G., HOGDON J. A.**, *The psychological effects of aerobic fitness training : Research and theory*, New York, NY, Springer Verlag, 1991.
- MEGGLÉ Dominique**, *Les thérapies brèves*, Retz, 1992.
- MELANSON Steve**, *Jung et la Mystique*, Le Club, 2009.
- MEYER D. E., Schvaneveldt R. W.**, « Facilitation in recognizing pairs of words : Evidence of a dependence between retrieval operations », *Journal of Experimental Psychology* 90 : 227-234, 1971.
- MILLER G. A.**, *The Magical Number Seven, Plus or Minus Two : Some Limits on our Capacity for Processing Information*, Harvard University, First published in *Psychological Review*, (1956), 63, 81-97.

- MILNER B., Corkin S., Teuber H.-L.**, « Further analysis of the hippocampal amnesic syndrome : 14 years follow up of H.M. », *Neuropsychologia*, 6 : 215-234, 1968.
- MOLIÈRE**, *Le Tartuffe*.
- MORIN Edgar**, *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*, Seuil, 2000.
- MOUSSAIEFF MASSON Jeffrey**, *Le réel escamoté : Le renoncement de Freud à la théorie de la séduction*, Aubier, 1992.
- NOUVEL Observateur**, n° 2024 du 21 au 27 août 2003.
- NUYTS Élisabeth**, *L'école des illusionnistes*, 2000. Édité à compte d'auteur.
- O'HANLON W. H., WEINER-DAVIS M.**, *In search of solutions*, New York, London, Norton Publications, 1989.
- O'HANLON W. H.**, *L'hypnose orientée vers les solutions*, Satas, 2009.
- O'KEEFE J., DOSTROVSKY J.** (1971), « The hippocampus as a spatial map. Preliminary evidence from unit activity in the freely-moving rat », *Brain Res* 34 (1) : 171-75.
- PANKSEPP Jaak**, *Affective Neuroscience : The Foundations of Human and Animal Emotions*, New York, Oxford University Press, 1998.
- PASCAL Blaise**, *Les Pensées*. Art. 9 – « Pensées morales détachées », n° 23 – Format Kindle.
- PELOFI Jean-Louis**, *Le Moi et son Destin*. Édité à compte d'auteur, 2013.
- PESSAH M. A., ROFFWARG H. P.**, « Spontaneous Middle Ear Muscle Activity in Man : A rapid eye movement sleep phenomenon », *Science* : 773-776.
- PHILLIPS Maggie, CLAIRE Frederick**, *Psychothérapie des États dissociatifs*, Legerme, Satas.
- PICOCHÉ Jacqueline**, *Dictionnaire étymologique du français*,

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.



*La technique de l'éponge*  
*La technique du courant de lumière*

## **IV. Le protocole EMDR**

Esprit du protocole

Nos faisceaux lasers

Les huit phases du protocole EMDR

*Phase 1 – Prise d'histoire*

*Phase 2 – Préparation*

*Phase 3 – Évaluation*

*Phase 4 – Désensibilisation*

*Phase 5 – Installation*

*Phase 6 – Scanner corporel*

*Phase 7 – Clôture*

*Phase 8 – Réévaluation*

But du protocole

Après et entre les séances

Compatibilité d'EMDR avec les autres disciplines

Questions subsidiaires

*Peut-on traiter immédiatement un traumatisme ?*

*Peut-on soigner les membres d'une même famille ?*

*Peut-on soigner ses proches ?*

*Peut-on se soigner soi-même ?*

## **Quatrième partie** **CLINIQUE CAS DES TRAUMATISMES** **COMPLEXES**

### **I. Les dysfonctions courantes**

Rappel du principe de base du soin EMDR

Hypothèses

*Remarques cliniques*

*Exemples de dissociations courantes*

*Les vastes champs de la dissociation*

*Effets de l'inclusion de données dysfonctionnelles*

## **II. Traitement des traumatismes complexes**

Clinique de différents traumatismes complexes

*Une problématique névrotique : Albert*

*Un traumatisme scolaire : David*

## **III. Troubles obsessionnels**

Troubles obsessionnels chez un adolescent : Stéphane

*Résumé de la première séance*

*Résumé de la deuxième séance*

*Résumé de la troisième séance*

*Extraits de la quatrième séance*

*Extraits de la cinquième séance*

*Extraits de la sixième séance*

*Extraits de la septième et huitième séance*

*Conclusion*

## **IV. Les phobies.**

Traitement des phobies - Quelques cas

*Phobies d'origine traumatique*

*Phobies d'origine non traumatique*

Conclusion

Glossaire

Bibliographie

Informations utiles

Index des figures

Remerciements

Achevé d'imprimer par  
La Manufacture,  
en mars 2016  
N° d'imprimeur : XXX

Dépôt légal : mars 2016  
Imprimé en France