

Entretien avec Francine Shapiro: aperçu historique, questions actuelles et directions futures de l'EMDR

Marilyn Luber

Philadelphie, Pennsylvanie

Francine Shapiro

Mental Research Institute, Palo Alto, Californie

Traducteur : Jenny Ann Rydberg

Cet entretien avec Dr Francine Shapiro, inventrice et conceptrice de la thérapie EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* : thérapie d'intégration neuro-émotionnelle par des stimulations bilatérales alternées) apporte un aperçu de l'histoire et de l'évolution de l'EMDR depuis ses origines jusqu'aux résultats actuels et à leur utilisation, ainsi que les directions futures pour la recherche et le développement de la clinique. Dr Shapiro examine les traditions psychologiques qui ont guidé le développement de l'EMDR et le modèle de l'information adaptative, ainsi que les implications pour les traitements actuels. La logique qui sous-tend l'application de l'EMDR à un large éventail de troubles est envisagée, tout comme son intégration avec d'autres approches thérapeutiques. Les sujets évoqués comprennent la recherche sur le rôle des mouvements oculaires, l'utilisation de l'EMDR avec les vétérans de guerre, les troubles somatoformes, les questions de l'attachement et les caractéristiques uniques de l'EMDR qui ont permis son utilisation lors d'interventions de crise à travers le monde.

Dr Francine Shapiro est l'inventrice et la conceptrice de l'EMDR. Elle est chercheur associé principal au *Mental Research Institute (MRI)* de Palo Alto, Californie, directrice exécutive de l'Institut EMDR à Watsonville, Californie, et la fondatrice et présidente d'honneur des programmes d'assistance humanitaire *EMDR Humanitarian Assistance Programs*, une organisation à but non lucratif qui coordonne les mesures d'intervention en cas de catastrophes et soutient la formation à prix réduit à travers le monde. Elle a écrit le texte principal sur l'EMDR : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles and Procedures* (Guilford Press) et a co-écrit ou édité quatre autres ouvrages : *EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress and Trauma* (Basic Books), *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism* (American Psychological Association Books), *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes* (Wiley) et *Short-Term Therapy for Long-Term Change*. Elle est l'auteur ou le co-auteur de plus de 60 articles et chapitres ; elle est invitée comme conférencière lors de congrès de psychologie du monde entier. Dr Shapiro a reçu le Prix d'excellence de la Division 56 de l'Association américaine de psychologie (*American Psychology Association [APA]*) pour sa contribution à la pratique de la psychotraumatologie, le Prix de distinction scientifique en psychologie présenté par l'Association de psychologie de Californie et le Prix international de psychothérapie Sigmund Freud attribué conjointement par la ville de Vienne et du *World Council of Psychotherapy*. Elle a été nommée membre du "Cadre d'experts" de l'initiative conjointe de l'APA et de l'Association canadienne de psychologie sur la guerre ethnopolitique. Elle est intervenue comme conseillère auprès de nombreuses organismes d'assistance et de revues scientifiques dans le domaine du trauma. Il existe trois prix qui portent son nom. Ceux attribués par EMDRIA (*EMDR International Association*) et par l'association EMDR ibéro-américaine récompensent les praticiens EMDR qui suivent son exemple en termes de pensée créative, de contribution et d'engagement envers l'excellence de l'EMDR. L'association EMDR Europe attribue le prix de recherche Francine Shapiro EMDR-Europe afin d'encourager la recherche dans ce domaine. En 2008, une source électronique détaillée d'articles académiques et d'autres références importantes en lien avec l'EMDR et le traitement adaptatif de l'information fut créée ; elle porte le nom de *Francine Shapiro Library* (Bibliothèque Francine Shapiro) en honneur du Dr Shapiro (http://library.nku.edu/emdr/emdr_data.php).

This article originally appeared as Luber, M., & Shapiro, F. (2009). Interview With Francine Shapiro: Historical Overview, Present Issues, and Future Directions of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(4), 217–231.

Dans cet entretien, la créatrice de l'EMDR, Francine Shapiro, nous aide à comprendre ce qui l'a conduite à sa découverte de l'EMDR et nous décrit son cheminement à travers la croissance et le développement de cette puissante psychothérapie. Depuis le tout début, la recherche constitue le principe organisateur des progrès de son travail. Dr Shapiro nous donne sa perspective sur les connexions reliant la recherche en EMDR dans le domaine du trauma et dans celui de la psychologie et souligne à quel point il est essentiel que la recherche devienne une partie intégrante de la pratique de chaque clinicien.

Luber : Nous avons tous entendu parler de votre “balade dans le parc” en 1987 et de comment les événements de ce jour-là ont mené à la genèse de l'EMDR. Vous l'avez décrit dans vos ouvrages de 1995 et de 2001 comme “une découverte fortuite”, en expliquant qu'alors que vous marchiez, vous avez remarqué que certaines de vos pensées négatives disparaissaient lorsque vos yeux bougeaient spontanément d'un côté à l'autre et que quand vous essayiez de les retrouver, elles n'étaient plus aussi perturbantes, et ceci se produisait sans aucun effort conscient. Ensuite vous avez commencé à utiliser ce phénomène oculaire de manière délibérée, en obtenant les mêmes résultats. Pourriez-vous nous dire ce qui vous a préparée – avant cet événement – à posséder une ouverture d'esprit suffisante pour apprécier cette découverte ?

Shapiro : Dix ans auparavant, on m'avait diagnostiqué un cancer, ce qui avait détourné mon attention de mon projet de devenir professeur des universités en littérature anglaise pour la concentrer sur ce qui provoquait des réactions de stress chez les gens, parce que tout le champ de la psychoneuroimmunologie commençait seulement à émerger. Les travaux de Norman Cousins, Pelletier et d'autres s'intéressaient à l'interaction entre l'esprit et le corps. Cela me fascinait et je me demandais pourquoi – en tant que société – nous avions tant d'avancées technologiques mais n'étions toujours pas à même de gérer ces questions corps-esprit. Alors j'ai décidé de chercher des façons de le faire et de les rendre disponibles pour le grand public.

J'ai cessé mes activités à New York et suis partie en Californie où s'organisaient de nombreux ateliers d'avant-garde et je me suis inscrite à chacun d'eux pour essayer de connaître les dernières découvertes, puis j'ai fait la même chose dans un programme de formation professionnelle en psychologie. Pendant ces 10 années, l'approche que j'adoptais consistait à me servir de mon propre esprit et de mon corps en tant que terrain d'étude, pour voir ce qui fonctionnait. Donc, pendant ces 10 années, j'ai développé la capacité d'observer attentivement mon propre vécu.

Je crois que quand des pensées perturbantes émergeaient, j'étais capable de les remarquer, puis d'y porter mon attention et de noter les mouvements oculaires saccadés qui survenaient en même temps que ce type de pensées, et de partir de cette observation.

Luber : Racontez-moi les premiers jours de votre découverte.

Shapiro : Eh bien c'était fascinant d'observer comment, quand je faisais revenir une pensée perturbante et que je bougeais mes yeux d'une certaine façon, cela permettait à la pensée de disparaître et de se dissiper. La question était : “Sur quels types de pensée cela peut-il fonctionner ?”, alors j'ai continué à m'étudier seule pendant un temps, puis j'ai voulu voir si ça pouvait marcher avec quelqu'un d'autre.

En gros j'ai rassemblé toutes les personnes que je connaissais en leur demandant “Pensez à quelque chose qui vous gêne”, puis j'ai essayé de reproduire avec eux ce que j'avais fait pour moi. Je leur ai demandé de bouger leurs yeux de la même façon. Je leur ai montré comment j'avais bougé les miens et j'ai découvert que la plupart des gens ne possèdent pas le contrôle musculaire nécessaire, donc j'ai dû utiliser ma main pour les guider. Le sentiment que j'avais à l'époque était que j'étais tombée par hasard sur un processus physiologique naturel que nous possédions tous, quelque chose que j'avais noté et que j'utilisais maintenant délibérément. Mon impression était que si cela fonctionnait pour moi, alors raisonnablement on pouvait s'attendre à ce que cela fonctionne pour tout le monde.

J'ai aussi commencé à réfléchir en termes de sommeil paradoxal – c'est là que les mouvements oculaires ont été mentionnés – et à la notion de s'endormir en se sentant perturbé par quelque chose puis de se réveiller en se sentant beaucoup mieux par rapport à cette même question. Cela faisait sens qu'il devait y avoir un lien entre les mouvements oculaires et les processus qui se déroulent pendant le sommeil. C'était clairement quelque chose que nous avions tous en commun.

Luber : Quelle est la tradition psychologique qui a guidé votre première réflexion et comment a-t-elle influencé votre découverte ?

Shapiro : J'étais issue de l'approche comportementale et cela a certainement défini mon regard. Je travaillais avec des personnes en obtenant un effet quasi immédiat avec tous en termes d'anxiété réduite – puisque je provenais d'une orientation comportementale, je considérais cela comme une diminution de l'anxiété et de la perturbation, rien de plus. J'avais

remarqué que cela commençait puis cela s'arrêtait, alors je développais des procédures autour des effets des mouvements oculaires pour que cela continue, et ce sont les origines de ce que j'ai nommé l'EMD à l'époque. Puisque j'avais une orientation comportementale, je le concevais comme une technique de désensibilisation à la manière de Wolpe. Je pensais que cela ressemblait surtout à la désensibilisation systématique. Ayant le concept d'inhibition réciproque et l'idée qu'il y avait une réponse innée de relaxation qui se produisait à cause des mouvements oculaires et qui permettait une désensibilisation, j'ai choisi le nom en conséquence.

Luber : *Après de quelle population avez-vous commencé à travailler, lorsque vous étiez en train d'établir la première conceptualisation de votre travail ?*

Shapiro : Au début l'EMD était destiné aux personnes normales, des gens que je connaissais ou des anciens camarades d'études, des collègues ou des amis, en travaillant sur tout ce qui pouvait être perturbant. Ensuite j'ai voulu voir si cela pouvait fonctionner avec une population répondant à un diagnostic précis, parce qu'à l'époque, je terminais mon doctorat en psychologie, je devais rédiger ma thèse, et ceci me paraissait constituer un sujet intéressant.

J'avais réalisé que les souvenirs anciens étaient plus faciles à traiter. Si vous regardez le DSM, les gens qui sont les plus perturbés par des souvenirs anciens sont les victimes de traumas, les victimes de viol, etc. Ne sachant pas si cela pouvait fonctionner avec une population clinique, j'ai contacté un centre d'aide de proximité pour les anciens combattants et je leur ai demandé si je pouvais travailler avec leur public. Ils m'ont autorisé à effectuer une première démonstration avec l'un de leurs conseillers – un vétéran du Vietnam – qui était encore fort mal en point à cause d'un incident survenu pendant la guerre. Après quelques instants, le souvenir s'estompait et changeait, et il s'est rapidement résolu. Puisque cela avait clairement fonctionné, j'ai lancé une étude contrôlée avec un groupe en Californie du nord, constitué principalement de victimes d'agressions sexuelles, et cette étude a été publiée dans le *Journal of Traumatic Stress* (JTS).

Luber : *Où cette étude s'est-elle déroulée ? S'agissait-il d'un centre médico-psychologique ?*

Shapiro : En fait il y avait deux centres pour les victimes d'agressions sexuelles et un centre de proximité pour les vétérans. Les conseillers ont commencé à constater ce qui se passait, et des thérapeutes indépendants nous réfèrent aussi du monde. Ce qui était

intrigant, c'était de voir l'équivalent d'années de trauma disparaître en si peu de temps.

Mais au moment où j'ai publié l'étude dans le JTS, j'envisageais tout cela comme une technique de désensibilisation alors je m'intéressais à la disparition de réponses primaires comme la peur et l'anxiété – puis aux symptômes comportementaux concomitants les plus évidents.

Luber : *Pourriez-vous me parler de l'étude que vous avez publiée dans le JTS et de ses liens avec le domaine du trauma ?*

Shapiro : L'étude a démarré en 1987. Au moment où je la débutais, il n'existait qu'une étude randomisée publiée sur l'ESPT, évaluant la désensibilisation assistée par biofeedback de huit vétérans de guerre. Quand mon article a été publié en 1989, trois autres études sont parues et je pense que cette combinaison a réellement lancé le domaine du trauma. Ces études étaient importantes car, même si l'ESPT avait été admis comme diagnostic dans le DSM en 1980, il n'existait aucun traitement validé du trauma à cette époque. La recherche contrôlée sur les traitements de l'ESPT qui sont régulièrement utilisés de nos jours, n'a commencé réellement qu'en 1989.

Luber : *Comment cela s'explique-t-il selon vous ?*

Shapiro : Eh bien, les études sur les résultats des traitements étaient généralement rares. La thérapie d'exposition et la désensibilisation systématique constituaient les interventions comportementales principales admises à cette période-là. Deux de ces premières études de 1989 concernaient la thérapie d'exposition avec des vétérans de guerre hospitalisés. Ils constituaient une population sûre avec laquelle travailler. Les résultats de la recherche indiquaient qu'il y avait un taux de réussite de 30% et un taux d'abandon de 30% ; mais l'ESPT était considéré comme extrêmement difficile à traiter, alors tout effet positif était favorablement accueilli. De manière générale, peu de traitements étaient soutenus par de la recherche à cette époque-là.

Le rapport du groupe de travail de la Division 12 de l'APA, publié en 1998, évaluait tout ce qui se faisait dans le domaine de la psychologie afin d'identifier les traitements qui avaient été validés pour différents troubles. Même s'il existait des centaines de traitements et des centaines de troubles, la liste des traitements empiriquement validés en comportait seulement une douzaine qui étaient considérés "bien établis", tels que la thérapie d'exposition pour des phobies spécifiques ou une autre thérapie pour les céphalées. La plupart des plaintes avec lesquelles travaillent les cliniciens au

quotidien ne bénéficiaient pas de traitements validés. Il existait deux listes. L'une était considérée comme étant "pleinement validée" et cela avec deux études comparatives d'équipes de recherche différentes, et, même après des décennies d'utilisation de diverses formes de psychothérapie, seuls douze traitements ont pu paraître sur cette liste. Puis il y avait l'autre liste qui était "probablement efficace" et c'est sur cette liste que l'EMDR et la thérapie d'exposition sont apparus pour le traitement de l'ESPT.

Luber : C'était en quelle année ? Qu'avons-nous appris de ces résultats ?

Shapiro : C'était en 1998 et ce phénomène était généralisé. L'idée selon laquelle on travaillait avec des procédures validées avait été dissipée. Nous avons dû réaliser que la recherche ne s'effectuait tout simplement pas. Si on consultait une liste des études subventionnées par l'Institut national de la santé mentale (*National Institute of Mental Health* [NIMH]) à cette époque, on se rendait compte que la plupart correspondaient à des évaluations épidémiologiques ou portaient sur les processus internes. Il existait très peu d'études évaluant les résultats des traitements, parce qu'elles sont très difficiles à réaliser. Il va sans dire que ces études sont d'une très grande importance, mais elles n'existaient tout simplement pas à cette époque-là.

Luber : Que pensez-vous de l'évolution de l'EMDR en tant que méthodologie ?

Shapiro : Eh bien, en 1988, tandis que je terminais ma thèse, j'ai commencé à étendre mes lectures en psychologie et j'ai trouvé une déclaration de Pavlov dans laquelle il évoquait un équilibre excitateur-inhibiteur dans le cerveau en disant que quand cet équilibre est rompu, le déroulement des processus de traitement cesse. Et cela me disait quelque chose, ou plutôt, cela résonnait avec ce que j'observais parfois chez certains de mes sujets, et cela faisait tout simplement sens.

J'ai réalisé que plutôt que de penser exclusivement en termes de désensibilisation, je devais commencer à penser en termes de traitement de l'information. J'ai lu les travaux de Lang qui intégrait la notion de réseaux de mémoire et j'ai commencé à réfléchir aux effets du processus en tant que traitement de l'information plutôt qu'en tant que désensibilisation. J'ai commencé à m'intéresser au traitement des cognitions et des émotions, et plus seulement à la diminution de l'excitation, de la peur et de l'anxiété.

Au cours des années qui ont suivi, avec ce nouveau regard fondé sur les principes de traitement de l'information, j'ai commencé à modifier les procédures pour

faciliter le retraitement. C'est ainsi que, plutôt que de retourner à la même image et à la même pensée de manière répétitive, comme je l'avais fait jusque-là avec l'EMD, je permettais à ces changements cognitifs et émotionnels de se poursuivre. J'ai abandonné la cognition répétée, parce que j'avais le sentiment que cela encombrait les canaux associatifs, et j'ai permis au processus d'avancer plus librement. Les différentes procédures qui ont émergé à cette période étaient le résultat de cette optique de traitement de l'information et de ses principes. En 1991, j'ai officiellement changé le nom d'EMD en EMDR à cause de cette évolution vers la perspective du retraitement. Je me sentais obligée de conserver l'"EMD" parce que l'approche était déjà largement connue sous ce nom.

Quand j'ai rédigé le premier manuel en 1995, j'ai appelé le modèle le traitement accéléré de l'information, puis j'ai changé le nom en traitement adaptatif de l'information pour la publication du livre en 2001. Tandis qu'en 1995, je me concentrais sur la rapidité des effets et l'efficacité de l'EMDR, il est devenu clair que le terme "accéléré" limitait le modèle. Le concept "adaptatif" reflétait bien la question en jeu parce que le système de traitement de l'information lui-même faisait évoluer le dysfonctionnement vers une résolution adaptative. Il est aussi devenu apparent que les principes de ce modèle pouvaient expliquer les phénomènes que nous observons dans toute forme de psychothérapie, qu'elle progresse rapidement ou non. Alors le nom de traitement adaptatif de l'information semblait plus juste.

Luber : Il apparaît clairement que la recherche a constitué un principe organisateur de votre travail depuis le début. Pouvez-vous nous parler de votre conception de l'importance de la recherche en psychologie ?

Shapiro : Eh bien, ma fascination envers la psychologie est née alors que je préparais mon doctorat en littérature anglaise. La notion de vies qui se déploient sur la page et le fait de voir les différents liens participaient de cette fascination envers toute grande œuvre et en fait cela a constitué une bonne formation pour mon travail ultérieur de clinicienne.

Le point de vue prédominant à cette époque-là était la thérapie psychodynamique et, bien que la notion du monde intérieur soit très riche et importante, c'est aussi à ce moment que la thérapie comportementale a fait son apparition. L'idée de pouvoir effectuer une intervention ciblée avec des résultats prévisibles et reproductibles me paraissait extrêmement importante. Évidemment la seule façon de déterminer si un traitement est valide et prévisible passe par la recherche.

Je pense que la principale contribution du domaine de la thérapie comportementale et de la thérapie cognitive, en plus de l'utilité des différentes techniques proposées, provient de l'accent mis sur l'importance de la recherche et de vérifier que ce que nous voyons ne relève pas simplement d'une réponse subjective et que nous ne prenons pas nos désirs pour des réalités, mais qu'il s'agit bien de quelque chose de reproductible.

Luber : Quelles étaient vos préoccupations quand vous avez commencé à former des praticiens à l'EMDR et à son utilisation ?

Shapiro : Après avoir mis l'EMDR au monde, il me semblait important de vérifier qu'il était validé par la recherche. C'était aussi pour cela que j'ai publié cette étude et que j'ai fait toutes ces présentations ; c'était pour encourager la recherche. Les formations que j'ai données dans des centres pour anciens combattants et dans des groupes de recherche répondaient au même objectif. Je m'attendais à ce que la recherche s'effectue très rapidement pour valider ou non le traitement.

Il fallait que les gens comprennent que jusqu'à ce qu'elle soit validée, cette approche devait être considérée comme expérimentale. C'est pourquoi très vite nous faisons signer des ententes en ce sens. Même si peu de choses dans le domaine avaient été validées, il importait de s'assurer que les patients étaient protégés. Et le fait que j'arrive avec une perspective clinique y est sans doute pour quelque chose.

Je ne suis pas arrivée dans le domaine de la psychologie avec une approche académique, mais plutôt en m'interrogeant sur les outils et les techniques qui pouvaient être apportés au grand public. C'était ma première motivation. Puis, avec la découverte de ce que l'EMDR pouvait potentiellement offrir, ma priorité est devenue sa validation et que sa diffusion se passe dans de bonnes conditions. Cela s'est imposé quand j'ai constaté que des personnes pâtissaient du fait que quelques cliniciens que j'avais formés au début avaient commencé à enseigner les procédures à des massothérapeutes et à des hypnothérapeutes non professionnels. Il a fallu imposer des restrictions à l'accès à la formation pour cette raison. Si l'EMDR était validé en tant qu'intervention clinique, la formation de non professionnels deviendrait illicite. Mais jusque-là, seul un accès restreint à la formation pouvait jouer ce rôle de prévention.

Luber : Les choses se sont-elles passées comme vous l'attendiez ?

Shapiro : Non, je me suis trompée en pensant que la recherche paraîtrait rapidement. Cela n'a pas été le cas. Les premières études randomisées sur l'EMDR,

parues 4 ans plus tard, ont été réalisées dans des centres pour anciens combattants, donc à nouveau avec une population captive. Le problème était que, suite à mon étude initiale qui a été publiée avec une séance unique où j'identifiais les effets du traitement à travers les niveaux du SUD (*subjective units of disturbance* : unités subjectives de perturbation) et du VoC (*validity of cognition* : validité de la cognition) et où j'étudiais la diminution de l'anxiété et de la peur, il a été conclu à tort que tout le traitement pouvait se réaliser en très peu de temps. Malheureusement, les études qui ont été effectuées dans les centres pour anciens combattants se concentraient sur un seul souvenir chez ces vétérans de guerre polytraumatisés. Plutôt que de considérer seulement les réactions subjectives à ce souvenir isolé, les études évaluaient les changements globaux sur les mesures de l'ESPT, qui n'allaient évidemment pas être manifestes ; puisque, si on traite seulement un souvenir chez des vétérans de guerre polytraumatisés ou si on leur propose seulement deux séances, en particulier sur un seul souvenir, on n'obtiendra pas de changement important sur les mesures globales.

De ce fait et à cause des contrôles utilisés, les premières études avec les vétérans de guerre semblaient ne pas valider l'EMDR en tant que traitement très efficace, même si les chercheurs, tels que Boudewyns et Pitman, déclaraient dans leurs articles que pour une variété de raisons, en se basant sur leurs résultats, leur traitement de choix pour les vétérans était l'EMDR plutôt que la thérapie d'exposition qu'ils avaient évaluée précédemment. Par exemple, ils ont rapporté que les patients et les cliniciens préféraient l'EMDR parce que cela provoquait moins d'anxiété et moins de complications négatives. Cependant, à cause de ces problèmes au niveau de la conception de la recherche, les données qu'ils ont rapportées ne semblaient pas en faveur des mouvements oculaires, puisque la plupart de ces études étaient des analyses en composantes. Il a fallu attendre 1995 pour que la première étude sur des civils atteints d'ESPT soit publiée, et il s'agissait de la recherche de Wilson, Becker et Tinker qui montraient des effets très positifs. Il devenait clair que l'EMDR ne causait pas de dégâts. Et, au vu des rapports cliniques provenant du monde entier indiquant que l'EMDR était utile, ajoutés à l'étude Wilson et à d'autres qui étaient en cours mais n'avaient pas encore été publiées, il est apparu clairement qu'on pouvait laisser tomber l'appellation expérimentale. C'est alors que j'ai publié le livre en 1995 avec les procédures détaillées et les standards de pratique, et que j'ai annulé les ententes de restriction de l'accès à la formation.

Luber : Comment l'EMDR et ses rapports avec la recherche ont-ils évolué ces 20 dernières années ?

Shapiro : Eh bien, il a fallu 3 ans après la publication de mon livre pour que paraisse une étude randomisée avec un traitement EMDR complet auprès de vétérans de guerre. L'étude Carlson auprès d'une population d'anciens combattants en 1998 a montré qu'après 12 séances, 77% des vétérans n'avaient plus d'ESPT. Cependant, jusqu'à ce jour, le tableau est embrouillé par les études antérieures qui ne ciblaient qu'un souvenir, puisqu'elles sont toujours incluses dans les méta-analyses, ce qui diminue excessivement les tailles d'effet, alors que les directives de l'ISTSS (*International Society for Traumatic Stress Studies* : Société internationale pour les études du stress traumatique) et celles du DoD (*Department of Defense* : Ministère de la Défense) et du DVA (*Department of Veterans Affairs* : Ministère des anciens combattants) soulignent l'insuffisance des doses de traitement dans ces études.

Les premières études comportaient de nombreux problèmes. Par exemple, une étude publiée en 1994 a été réalisée avec une population de vétérans qui ont bénéficié de deux séances. Elle a été publiée par des étudiants qui n'avaient jamais travaillé avec des vétérans auparavant ; ils ont été évalués sur leur fidélité au protocole. L'étude a été publiée alors que l'évaluation de la fidélité était négative. C'est-à-dire que la personne qu'ils avaient choisie pour les superviser leur a dit qu'ils n'effectuaient pas le traitement de manière satisfaisante, mais l'étude a été publiée malgré tout. Je me suis tournée vers un chercheur chevronné dans le domaine et je lui ai demandé : "Comment est-ce possible qu'une étude soit publiée alors que l'évaluation de la fidélité était négative ?" et sa réponse était : "Parce que nous ne nous en servons jamais".

En d'autres termes, dans tout le domaine de la recherche existante, même s'il existait peu d'études sur les résultats des traitements, il n'y avait aucun standard universellement accepté qui aurait stipulé qu'il faut évaluer le traitement administré pour s'assurer que le chercheur l'applique correctement. Cela signifiait que nous n'avions pas la moindre idée de ce que nous savions, et c'est devenu une question essentielle au niveau de la recherche en EMDR que de contrôler que le standard était respecté, afin que le traitement soit administré correctement lors d'une évaluation de l'EMDR ou de l'EMD antérieur.

Luber : Comment ce manque de compétence a-t-il affecté la recherche en EMDR ? Que devons-nous faire maintenant ?

Shapiro : Je pense que l'un des points très révélateurs pour moi provenait des ententes dans lesquelles nous

demandions aux gens de s'engager à ne pas enseigner ou transmettre les procédures tant que l'approche était considérée comme expérimentale et qu'ils y soient autorisés. Alors nous avons une base de données de toutes les personnes qui avaient été formées. Toutefois je continuais à voir des études publiées alors que le chercheur n'avait *pas* été formé, malgré les standards APA qui précisent que les chercheurs devraient être formés aux méthodes qu'ils évaluent. Par exemple, certains chercheurs utilisaient les procédures que j'avais décrites dans mes premiers articles mais qui étaient dépassées ; c'était de l'EMD et nous ne nous en servions plus, mais ils le désignaient sous le nom d'EMDR. Ils n'étaient pas formés et pourtant leurs résultats faisaient leur entrée dans la littérature, indiquant souvent que supposément l'EMDR ne fonctionnait pas, alors qu'en réalité ils ne l'appliquaient pas convenablement.

Depuis lors, quand nous avons effectué de la recherche, nous avons tenté de nous assurer que les personnes chargées du travail clinique étaient évaluées par des experts avant même de commencer le recueil de données. Je pense que c'est l'une des idées qu'il faut encore promouvoir parce que la situation n'a pas encore nécessairement beaucoup progressé. L'évaluation de la fidélité fait partie des plus hauts standards de traitement, mais rien n'impose que les individus soient évalués avant de mener une recherche afin de garantir qu'ils aient un niveau expert – ou suffisamment adéquat – avant que les données ne soient recueillies.

Alors on peut imaginer que certains chercheurs s'améliorent grâce aux commentaires reçus pendant les vérifications de fidélité, et qu'à la fin de l'étude ils maîtrisent convenablement le traitement, mais les données auront été rassemblées depuis les premières séances, ce qui pourrait produire une évaluation négative de la procédure alors qu'en réalité elle n'était pas administrée correctement.

Je pense que l'attention accordée à l'EMDR et la controverse qui y était associée ont révélé l'importance de la recherche et de la formation des cliniciens dans ce domaine – à cause du premier article et des questions qu'il a soulevées. Après tout, l'ESPT était généralement considéré comme extrêmement difficile à traiter et puis il y a eu cette étude avec une séance unique qui a naturellement suscité de la curiosité.

Je me souviens de débats dans le bulletin d'informations *Behavior Therapist*, où des gens disaient qu'il n'y avait aucune raison que les thérapeutes soient formés à une méthode mais qu'ils devraient pouvoir l'apprendre à partir d'un manuel ou de procédures

écrites. C'était le but des thérapies comportementales de l'époque : écarter le clinicien autant que possible et décrire les procédures de manière exhaustive sous forme de manuels. Mais l'EMDR est trop complexe pour être appréhendé de cette façon, ce que confirmeraient la plupart des cliniciens formés à cette approche. La formation et l'évaluation de la fidélité sont nécessaires, et elles devraient s'effectuer avant que les données ne soient recueillies.

Je pense, d'une certaine manière, que les tensions générées autour des études sur l'EMDR ont permis au domaine de la psychologie de se doter de standards plus rigoureux pour la recherche sur les traitements. Foa et Meadows y ont certainement contribué avec leur publication de standards d'excellence – je crois que c'était en 1997 – qui définissaient les critères de recherche qui doivent être atteints pour qu'une étude soit considérée comme étant de qualité. Mais là encore, même si ces standards incluent des évaluations de la fidélité, je crois que nous devons toujours progresser en ce sens, comme je l'ai déjà mentionné. Il est clair que toutes les organisations principales d'EMDR soutiennent la recherche continue et que cela constitue encore un point essentiel dans l'évolution des applications cliniques.

Luber : Je sais qu'il y a eu un certain nombre d'interrogations sur le rôle des mouvements oculaires en EMDR. Quelle est votre opinion à ce sujet ?

Shapiro : Eh bien, comme je l'ai déjà dit, les premières études randomisées portant sur les mouvements oculaires ont été réalisées avec une population de vétérans polytraumatisés et n'ont pas confirmé leur rôle. Je crois qu'une partie du problème avec ces études, et avec d'autres, c'est la croyance erronée qu'il s'agirait d'un jeu de somme nulle, signifiant que les mouvements oculaires seuls auraient un effet et considérant le reste des procédures comme pratiquement inertes. C'est ce que j'en déduis, parce que, tel que souligné dans les directives de pratique ISTSS de 2000, toutes ces études en composantes sont imparfaites puisque réalisées avec des populations inappropriées, des doses de traitement et une fidélité insuffisantes, et trop peu de sujets. Par exemple, alors que les standards de recherche généralement admis, tels que ceux établis par Kazdin, précisent clairement la nécessité d'un nombre important de sujets dans chaque condition pour les analyses en composantes, certaines études n'utilisaient que sept ou huit personnes par cellule. Alors dans une étude, même si la condition avec mouvements oculaires résultait en une rémission du diagnostic d'ESPT de 85% en comparaison avec moins de 60% sans les mouvements oculaires, et

en moins de temps, le nombre de sujets était insuffisant pour établir une signification statistique. Ensuite paraît une méta-analyse des ces études défectueuses et, malgré des résultats comportant une signification statistique marginale pour des populations cliniques, cela laisse une impression négative.

Heureusement, au cours de la dernière décennie, de nombreux chercheurs internationaux s'intéressant à la mémoire ont évalué les mouvements oculaires et il existe une douzaine d'études contrôlées qui démontrent clairement les effets des mouvements oculaires sur le niveau d'excitation, la clarté de l'image, le rappel d'un souvenir, et ainsi de suite. Ce sont des études élaborées à partir d'hypothèses par des chercheurs qui tentent aussi de déterminer si les effets proviennent d'une perturbation de la mémoire de travail, de la réponse d'orientation, ou des processus de mouvements oculaires rapides du sommeil paradoxal. Puisque les mouvements oculaires sont étudiés en étant isolés, les effets des autres éléments des procédures de l'EMDR ne confondent pas les résultats. J'espère que quand émergeront de nouvelles analyses en composantes de populations cliniques traumatisées, elles suivront les paramètres définis dans les directives ISTSS de 2000 qui évaluent spécifiquement la conception des études. J'explore également cette question dans mon ouvrage. Les analyses en composantes ne sont pas faciles à réaliser, mais il s'agit vraiment de s'assurer que les études sont menées avec rigueur.

Luber : D'après vous, quel est le statut actuel de l'EMDR dans le domaine de la psychologie ?

Shapiro : Eh bien, il est certainement reconnu mondialement en tant que traitement du trauma appuyé empiriquement. La seule exception, ces dernières années, fut l'Institut de médecine (*Institute of Medicine* [IOM]). Quand la première ébauche a été publiée, de nombreux chercheurs ayant effectué de la recherche en EMDR leur ont écrit en soulignant les erreurs figurant dans la description de leurs études. Espérons que la deuxième version prenne ces opinions en compte. Les directives ISTSS qui sont parues par la suite rejetaient le rapport IOM et validaient l'EMDR au plus haut niveau d'efficacité et d'efficience.

Mais la recherche s'est surtout accumulée dans le domaine de l'ESPT. Et bien que l'EMDR soit une psychothérapie utilisée pour tant d'autres diagnostics et tant d'autres plaintes cliniques, comme c'est aussi le cas de la thérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie psychodynamique, la recherche s'est encore très peu effectuée sur ces différents diagnostics. Il existe des études de cas isolés qui ont été publiées et

qui donnent des mesures – de l’anxiété, des troubles de la personnalité, des addictions, de la dépression, de la douleur chronique, etc. – mais les études contrôlées randomisées dont nous avons besoin pour une pleine validation n’ont pas encore été réalisées. Alors c’est la prochaine étape à franchir ; chacun de ces différents diagnostics doit être évalué par une recherche rigoureusement contrôlée, et cela prendra du temps.

Luber : Avez-vous des suggestions pour les cliniciens qui voudraient incorporer la recherche à leur pratique ?

Shapiro : Eh bien, je pense qu’il est extrêmement important de se rappeler que tous les cliniciens devraient utiliser des tests standardisés dans le traitement de leurs patients. En tant que cliniciens, nous sommes tous faillibles en termes de ce que nous voyons, de ce sur quoi nous nous concentrons, de ce qui inspire notre patient quand il prend la parole lors d’une séance donnée. Mais, en administrant des mesures d’évaluation standardisées qui correspondent au diagnostic en question, le thérapeute peut obtenir un retour beaucoup plus complet sur le progrès du travail.

La recherche, c’est simplement un recueil systématique de données réalisé de manière rigoureuse. Chaque clinicien peut intégrer les meilleurs tests à sa pratique, et cela permettrait que les patients reçoivent les meilleurs traitements possibles, comme ce qui se fait dans le domaine de la thérapie cognitivo-comportementale qui nous a rendu un grand service en réalisant autant de recherches. Qu’une personne songe à réaliser des études formelles ou à effectuer un travail clinique dans un domaine de spécialisation, elle devrait commencer par étudier les articles les plus récents publiés par des chercheurs respectés, afin d’identifier les mesures d’évaluation validées les plus utilisées et de les intégrer à son travail clinique ou à sa recherche. Je pense qu’il est extrêmement important de s’assurer que chaque clinicien applique les meilleures pratiques aussi, en étant méticuleux dans son travail.

Luber : Au niveau de l’EMDR, comment cela pourrait-il aider l’avancement de ce que vous évoquiez tout à l’heure en termes du recueil des données premières concernant ces différents diagnostics ?

Shapiro : Eh bien, il existe tant de réunions et d’organisations régionales de cliniciens EMDR à travers le pays et il y a tant de groupes de co-éducation et de supervision à travers le monde, que si les cliniciens utilisaient ces mesures d’évaluation, les données pourraient être recueillies, combinées et évaluées.

Ces études cliniques provenant de la vie réelle peuvent revêtir une valeur inestimable. Il faut comprendre que la recherche ne sert pas simplement à “prouver” quelque chose mais aussi à nous guider. Les premières études réalisées qui montraient qu’un viol ou un accident de voiture ou quelque chose qui constituait clairement un événement isolé pouvait se retraiter efficacement en trois séances, ont démarré le processus consistant à prouver que l’EMDR est un traitement efficace, mais cela nous a aussi guidés dans notre pratique. Pour les cliniciens qui prenaient systématiquement 10 séances pour retraiter un seul souvenir avec tous leurs clients, il y avait là une indication qu’ils commettaient peut-être des erreurs et qu’ils avaient besoin de mettre à jour leurs compétences. Il est évident que des patients plus complexes, dont ceux qui présentent des troubles de la personnalité ou dissociatifs, peuvent exiger plus de temps pour effectuer le retraitement. Cependant pour les cliniciens en pratique privée, si leurs résultats ne correspondent pas à la recherche publiée, c’est une indication du besoin de supervision. Cela veut dire que la fidélité dans le travail clinique est tout aussi importante que dans la recherche.

Puisque les membres des groupes de supervision sont constamment évalués et guidés au niveau des meilleures pratiques en EMDR, le recueil de données auprès de grands groupes comme ceux-là pour une large gamme de diagnostics qui bénéficient actuellement de rapports positifs anecdotiques, quoique répandus, et publiés de manière préliminaire, cela peut préparer le terrain pour de futures études randomisées. En obtenant des patients un consentement éclairé approprié, les données pourraient être évaluées à la fois par des superviseurs et des chercheurs afin de déterminer dans quels domaines l’EMDR est le plus efficace, où les protocoles doivent être modifiés parce qu’ils manquent d’efficacité, et où d’autres approches devraient être utilisées de préférence. Ainsi, par exemple, un groupe de co-éducation pourrait recueillir des données en utilisant les tests *Beck Depression Inventory* (Inventaire de dépression de Beck ou BDI) ou *Hamilton Inventory* (Inventaire de dépression de Hamilton) pour les patients atteints de dépression, en administrant des tests non seulement avant et après le traitement mais aussi en cours de suivi. Cela montrerait dans quelle mesure l’EMDR permet de traiter des dépressions avec diverses étiologies, combien de séances sont nécessaires, quels types de cibles sont traités avec succès, et quand ou si les médicaments doivent faire partie du tableau. Tout ceci est vraiment important et peut nous guider. L’idéal consiste à effectuer des études randomisées à grande

échelle. Mais chaque clinicien, chaque groupe de cliniciens peut participer en intégrant simplement ces mesures d'évaluation dans sa pratique clinique, ce qui correspond également au meilleur service qui puisse être rendu aux patients et, de manière cumulée, à la meilleure façon de guider notre pratique à tous.

Luber : Quelles sont les contributions uniques que l'EMDR a apportées au domaine de la psychologie ?

Shapiro : Eh bien, le terme "unique" est un peu chargé... Ce que nous avons observé, c'est une répétition de l'histoire de la psychothérapie. Il y a eu de fortes résistances à la psychothérapie psychodynamique quand elle est arrivée, puis une forte résistance à la thérapie comportementale à son tour, puis encore des conflits entre les comportementalistes et les cognitivistes quand la thérapie cognitive s'est annoncée, et encore entre les cognitivo-comportementalistes et les gens de l'EMDR... Donc nous voyons que l'histoire se répète et nous pouvons espérer que, grâce à la recherche et à la validation de l'EMDR par de nombreuses études, nous pourrions peut-être mettre fin à cette bataille qui reprend chaque fois qu'arrive un nouveau traitement et accueillir les nouveaux venus avec l'idée que si ce qu'ils défendent est validé empiriquement, alors c'est quelque chose qui doit être célébré. Parce que Dieu sait que nous avons assez de souffrance dans le monde pour nous tenir tous occupés et que nous avons besoin de tous les traitements efficaces qui existent.

Ce que l'EMDR et le modèle de traitement adaptatif de l'information (TAI) offrent à mon avis au domaine de la psychologie, c'est une redéfinition du trauma. L'utilisation de l'EMDR avec l'ESPT cible indéniablement un "trauma", mais le TAI reconnaît aussi que le trauma ne se limite pas aux événements qui sont nécessaires pour diagnostiquer un ESPT. Tout événement perturbant peut avoir un effet négatif durable sur le soi ou sur la psyché et semble être stocké dans la mémoire de manière fondamentalement similaire à ce qui se passe pour les événements répondant au Critère A [du DSM-IV – *NdT*]. Ce que nous appelons les traumas "petit t" semblent correspondre aux fondements de nombreuses formes de pathologie, de nombreux types de plaintes cliniques, et en accédant directement à ces souvenirs et en les retraçant, nous observons une diminution et une élimination des symptômes manifestes. Les cas publiés, indiquant la disparition d'un trouble diagnostiqué de dysmorphophobie ou d'autodysmorphophobie après seulement entre une et trois séances de retraitement EMDR ciblant des humiliations de l'enfance, en constituent un bon exemple, tout comme des cas de dépression

éliminée après le retraitement de souvenirs d'enfance concernant des disputes entre leurs parents ou les circonstances de leur divorce. Le renforcement du développement personnel, l'émergence d'un sentiment positif de soi, qui paraissent accompagner systématiquement le traitement EMDR, semblent résulter de la transformation rapide des souvenirs en expériences constructives d'apprentissage. La recherche récente a commencé à explorer cette question et à envisager le développement de mesures standardisées pour une évaluation plus systématique.

Je reviens à la notion que ce que nous faisons en EMDR, c'est stimuler le système inhérent de traitement de l'information – qui est à la base de tout apprentissage – et permettre l'assimilation des souvenirs, permettre la résilience, permettre de nouvelles prises de conscience, ainsi qu'une redéfinition de soi. Je pense que c'est ça que l'EMDR peut proposer actuellement au domaine de la psychologie. D'autres formes de thérapie ont une vision différente de la pathologie et des agents de changement. La croyance ou l'émotion ou le comportement sont vus comme étant la cause et traités directement pour changer le tableau symptomatique. Le TAI envisage la croyance, l'émotion, la sensation et le comportement dysfonctionnels comme étant les symptômes et guide l'utilisation de l'EMDR en conséquence. La cause est le souvenir non traité et les changements au niveau des symptômes sont considérés comme les effets du retraitement. C'est pourquoi les cas publiés ont montré que le traitement des souvenirs en EMDR peut éliminer la douleur du membre fantôme. La douleur du membre fantôme est en fait une manifestation du souvenir encodé physiologiquement.

La seule manière de s'assurer que ce point soit reconnu en tant que contribution et d'évaluer effectivement la valeur de cette contribution, passe par la recherche randomisée sur les multiples diagnostics pour lesquels les cliniciens utilisent l'EMDR. C'est quelque chose que nous observons déjà clairement dans les études sur l'ESPT, quand nous utilisons plusieurs mesures d'évaluation, et que nous constatons la diminution et la disparition de la douleur, de la dépression et de nombreux autres symptômes concomitants pendant le traitement EMDR. Ce fait a été documenté lors de diverses études et aussi lors d'études EMDR à grande échelle qui ont comparé des participants ESPT et non ESPT et qui ont montré des effets de traitement et des tailles d'effet équivalents qu'il s'agisse ou non d'un événement répondant au critère A. De manière indépendante, une enquête récente de Mol et de ses collègues a indiqué que les événements de vie peuvent provoquer autant sinon

plus de symptômes traumatiques que ces événements répondant au critère A.

Luber : Que pouvez-vous nous dire des possibilités d'application de l'EMDR pour d'autres problèmes que celui du traitement du trauma ?

Shapiro : L'EMDR n'est pas simplement un traitement du trauma. Il s'agit d'une forme de psychothérapie distincte des TCC ou des approches psychodynamiques. D'un point de vue général, nous constatons que la peur, l'anxiété, le sentiment d'impuissance ou d'insécurité, ou "Je ne suis pas aimable", la dépression, l'anxiété, la colère, la honte – toutes ces choses – accompagnent de nombreux types de souvenirs non retraités, et je pense qu'il s'agit là de quelque chose que l'EMDR peut offrir au domaine de la psychologie. C'est une formulation TAI simple que de dire que les divers souvenirs non retraités constituent la cause réelle d'un large éventail de symptômes, incluant les croyances négatives, les émotions, les sensations et les comportements qui composent la plupart de nos diagnostics.

En conséquence, l'EMDR est utilisé par de nombreux cliniciens pratiquant la thérapie familiale, par exemple, pour débloquer des impasses cliniques en retraçant des souvenirs anciens à cause desquels des individus sont incapables de se sentir reliés aux autres ou réagissent continuellement par la colère, en favorisant de manière prépondérante certains comportements et attitudes et en empêchant d'autres. C'est le retraitement de ces souvenirs anciens qui permet une intégration avec plusieurs autres formes de psychothérapie, parce que, par exemple, si on vient d'une approche psychodynamique, cela instruit le choix des souvenirs qui doivent être ciblés et traités afin de libérer le patient. Certains psychiatres qui travaillaient à l'ancienne clinique Menninger m'ont dit : "L'EMDR me permet de me servir de ce que je sais." Alors, plutôt que de maintenir les principes psychodynamiques principalement en tant que perspective théorique ou de demander des interactions qui devaient se dérouler sur plusieurs mois ou années, ils pouvaient se servir de leur connaissance des processus et des défenses intrapsychiques afin d'utiliser l'EMDR en conséquence et de traiter les souvenirs qui étaient à l'origine du dysfonctionnement. La même chose est vraie pour les cliniciens avec une approche TCC. La bascule vers l'EMDR permet une redéfinition de la source de la pathologie mais ne dénigre pas le point de vue des autres approches.

Je pense que l'EMDR permettra aux cliniciens de toutes orientations d'utiliser – d'une manière très ciblée et efficace – la sagesse de la formation dont

ils ont bénéficié dans leur domaine. C'est là, la force de l'EMDR en tant qu'approche psychothérapeutique intégrative.

Luber : Pendant les premières années de l'évolution de l'EMDR, le protocole EMDR a connu plusieurs modifications au gré de nos apprentissages fondés sur les expériences des cliniciens formés à l'EMDR. Maintenant que l'EMDR est établi à travers le monde et qu'il existe de nombreuses associations EMDR, comment pouvons-nous intégrer ce que nous avons appris de nos expériences accumulées afin que le protocole soit maintenu à jour ?

Shapiro : Eh bien, je pense que cela se passe déjà grâce aux congrès et aux différents rapports cliniques, et aussi par le biais des revues EMDR. Par exemple, une revue EMDR démarre au Japon, et il y a aussi le *Journal of EMDR Practice and Research* d'EMDRIA qui est diffusé à échelle internationale.

Le partage de nos expériences a joué un rôle fondamental depuis le début. Lors des premières années d'existence de l'EMDR, nous avons un Réseau EMDR associatif et un bulletin d'informations, afin de nous assurer que les cliniciens formés pouvaient revenir, se rencontrer, et partager leurs expériences, et cela continue aujourd'hui. Ce qui est important, toutefois, c'est d'utiliser la recherche afin de vérifier que toute suggestion de protocole ou de modification des procédures puisse produire des effets au moins équivalents, sinon supérieurs, aux effets actuellement observés.

Les choses peuvent se diluer suite à des changements hasardeux des procédures au nom de la créativité. Nous devons nous rappeler que chaque individu apporte ses caractéristiques uniques à la situation. Alors ce qui peut fonctionner admirablement pour un clinicien individuel peut être causé par des éléments dont il n'a pas conscience.

En effet, quand j'utilisais l'EMD dans ce premier centre d'anciens combattants, je filmais les séances et les autres cliniciens observaient les cassettes. Je me souviens avoir dit : "Tout ce que je fais, ce sont des mouvements oculaires." Et ils m'ont répondu : "Non, ce n'est pas vrai. Vous faites beaucoup plus que ça." Il fallait vraiment que je fasse attention à tous les autres éléments en jeu, et c'était merveilleux de bénéficier du retour d'autres personnes car cela a développé ma conscience de toutes les autres choses que j'apportais à la situation mais qui étaient simplement naturelles pour moi. C'était simplement la personne que j'étais.

En prenant du recul, et en considérant tous les aspects qui pouvaient contribuer aux résultats, par

exemple, l'intégration d'éléments qu'on appelle maintenant la "pleine conscience" en psychothérapie. Depuis les tout premiers jours, on proposait aux patients EMD et EMDR : "Notez simplement et laissez venir ce qui vient". Actuellement, ceci serait considéré comme une intégration active d'un aspect de la formation à la pleine conscience, qui est maintenant utilisée et accentuée dans des thérapies comme la DBT (*dialectic behavior therapy*). Cependant, il y a 22 ans, je ne savais pas qu'il s'agissait de quelque chose d'unique ou de différent ou de spécial, parce que c'était simplement ma façon d'envisager ce que devaient faire les patients, et je ne me rendais pas compte qu'il s'agissait d'un ingrédient actif. Jusqu'à ce jour, plusieurs aspects de l'EMDR n'ont jamais été évalués parce que tout fonctionne en synergie. Dans mon manuel, on trouve une liste des différents éléments qui contribuent aux effets, avec les différents protocoles et procédures qui contribuent aux résultats du traitement, mais si un nouvel élément est proposé comme nouveauté ou changement, il faut que cela fasse l'objet d'une recherche et d'une évaluation afin de montrer que cela apporte effectivement un plus.

Luber : Que pensez-vous de la contribution énorme des praticiens EMDR qui interviennent auprès d'individus et/ou de groupes après des désastres d'origine humaine et des catastrophes naturelles ?

Shapiro : Eh bien, je pense que ce qui se passe là est extrêmement important. La recherche montre clairement les effets du trauma sur les hommes et les femmes. Les femmes tendent plutôt à devenir déprimées. Les hommes tendent à se mettre en colère. Ce que nous observons dans un bon nombre de ces pays, ce sont les effets intergénérationnels continus parce que les femmes sont trop déprimées pour créer des liens avec leurs enfants, et nous connaissons les effets négatifs de l'absence de liens d'attachement sur les individus, et la colère produit encore plus de violence.

Alors, qu'il s'agisse de projets humanitaires HAP (*EMDR Humanitarian Assistance Programs*, <http://www.emdrhap.org>) ou de réponses individuelles de cliniciens qui travaillent dans des contextes de violence ethnopolitique ou d'autres encore qui interviennent après des désastres d'origine humaine ou naturelle, vous libérez des adultes et des enfants qui ont été traumatisés et vous vous assurez que les liens d'attachement pourront se créer entre individus dans les années qui suivent. Vous mettez aussi fin à la violence instinctive qui apparaît dans les familles et dans les communautés.

Il n'y a pas de séparation entre l'individu, la famille, la communauté et l'échelle globale. De ce point de

vue, nous sommes tous reliés dans le monde. Il est essentiel qu'aucune nation, aucune communauté, aucun groupe ne soit relégué aux oubliettes. Ainsi le travail réalisé par les organisations HAP et par des cliniciens individuels auprès de populations défavorisées, avec des vétérans de guerre, avec des individus à travers le monde qui ont été traumatisés soit par des événements soit indirectement au travers de proches ou par le service armé, tout cela est extrêmement important afin de prévenir les dégâts émotionnels qui se perpétuent.

Luber : Quel est votre espoir pour l'EMDR à l'avenir ?

Shapiro : Aux Etats-Unis, j'aimerais que l'EMDR soit davantage intégré au sein du Ministère de la défense (DoD) et du Ministère des anciens combattants (DVA) dans leur travail auprès des vétérans de guerre. L'EMDR semble trop peu utilisé dans de nombreux domaines.

La recherche et les tailles d'effet ne permettent pas nécessairement d'apprécier la situation dans son ensemble. A l'exception de l'analyse des processus d'une séance isolée, il n'y a pas eu d'études randomisées comparant directement les traitements EMDR et TCC auprès de vétérans de guerre américains. En fait, il n'y a aucune étude de résultats des traitements auprès de vétérans réalisée par le DVA depuis que l'étude Carlson de 1998 a démontré 77% de rémission pour le diagnostic d'ESPT. Bien qu'il existe un certain nombre de comparaisons entre l'EMDR et les thérapies d'exposition dans des études de résultats auprès de civils et dans des méta-analyses, les données concernant des tailles d'effet comparables ne devraient pas être extrapolées au travail réalisé auprès de vétérans ni être considérées comme donnant une image complète de la situation. Par exemple, les études récentes auprès d'anciens combattants indiquent que la thérapie d'exposition prolongée et la thérapie par le traitement cognitif ne montrent qu'un taux de rémission de 40% du diagnostic d'ESPT chez les vétérans, et nous savons que les résultats sont meilleurs avec une population civile.

Les méta-analyses ne reflètent pas non plus le fait qu'avec l'EMDR, le patient n'est pas obligé de décrire son trauma en détail, qu'il n'y a pas d'exercices à réaliser entre les séances, ni qu'on observe une baisse immédiate du SUD dans la première séance, comme démontré par l'analyse des processus, en comparaison avec la thérapie d'exposition lors de laquelle on observera une augmentation du SUD. Alors, potentiellement, on pourrait s'attendre à avoir plus de vétérans motivés à suivre un traitement et à continuer à y adhérer. Il existe une quantité de bénéfiques

potentiels pour le traitement des vétérans et j'aimerais que l'EMDR soit mieux utilisé dans ce domaine. Il existe déjà des rapports publiés sur son utilisation à proximité des combats ou en première ligne de front. Puisque l'EMDR ne requiert pas d'exercices à réaliser entre les séances, j'aimerais que soient effectuées des études contrôlées investiguant l'utilisation de l'EMDR lors de jours consécutifs, afin qu'il puisse être utilisé davantage sur le champ de bataille. En fait, la possibilité d'utiliser l'EMDR lors de journées consécutives devrait être évaluée pour les interventions faisant suite à des catastrophes tout comme pour la possibilité d'accélérer le traitement pour tous les diagnostics. Par exemple, cela pourrait aider à maintenir une plus grande stabilisation pour nos patients les plus abimés en traversant le retraitement des souvenirs difficiles en quelques jours plutôt qu'en quelques semaines. D'autres traitements, qui demandent de réaliser des exercices quotidiens, nécessitent des séances hebdomadaires. L'EMDR n'exige pas que les séances soient ainsi espacées, et cela peut avoir des implications importantes dans des contextes où la durée du traitement est limitée.

J'aimerais aussi que soit davantage reconnu, dans le domaine de la psychologie, l'impact des "traumas petit t", qu'on devrait peut-être nommer des "expériences de vie perturbantes étiologiques". Par exemple, l'EMDR pourrait être plus souvent utilisé dans le système scolaire pour les enfants qui sont rejetés, harcelés, isolés. Ces types d'expériences peuvent avoir des conséquences négatives durables et le fait que nous minimisions des événements qui sont très répandus, et les situations perturbantes sont nombreuses dans l'enfance, ne signifie pas que ces événements ne soient pas dommageables. J'aimerais que l'on reconnaisse davantage le rôle de ce type de souvenirs en tant que base de la pathologie et que l'EMDR soit plus répandu, afin de libérer les enfants pour qu'ils ne doivent plus porter inutilement ces pathologies pendant des années.

J'aimerais que l'EMDR soit rendu accessible dans chaque communauté à travers le monde, simplement parce qu'il faut reconnaître que les dégâts ne sont pas seulement causés par les privations physiques mais aussi par les effets sur la santé mentale de tous ces désastres d'origine humaine ou naturelle qui se produisent aux quatre coins de la planète. J'aimerais que de la recherche soit effectuée sur tous les types de diagnostics afin que nous puissions évaluer convenablement les effets des traitements – non seulement au niveau des symptômes manifestes, mais aussi sur le plan des indicateurs du développement personnel – et

que l'EMDR soit utilisé partout où son efficacité a été démontrée et qu'il soit rendu accessible à tous ceux qui peuvent en avoir besoin.

Luber : Quels sont les écueils à éviter à mesure que l'EMDR évolue ? Que pouvons-nous faire à titre préventif ?

Shapiro : Je pense que les écueils proviendraient soit d'une orthodoxie excessive soit de son contraire. Ce que je veux dire par là, c'est soit le fait d'adhérer coûte que coûte à quelque chose, même quand les modifications de procédures proposées s'avèrent plus efficaces, soit l'inverse, le fait de permettre à l'EMDR d'être tout ce que chacun pense qu'il devrait être. Il y eut une époque où les gens dénommaient EMDR toute technique impliquant des mouvements oculaires, et ce n'est tout simplement pas approprié. Les mouvements oculaires ou toute autre forme de stimulation bilatérale ne forment qu'un aspect parmi d'autres.

Il nous faut des directives cohérentes et conséquentes en termes de ce qu'est l'EMDR, d'évaluation de la fidélité, et de supervision pour vérifier que les cliniciens l'utilisent convenablement ; ceci doit être envisagé comme un service rendu aux cliniciens et comme un service apporté à leurs patients, pas comme quelque chose de pénible. Les protocoles et les procédures doivent être évalués, et si de nouvelles suggestions sont formulées et qu'elles s'avèrent supérieures en termes de résultats, alors elles devraient être intégrées et diffusées par les différentes organisations et par les congrès et les revues.

Je pense qu'en adhérant à des standards scientifiques rigoureux et en vérifiant que les changements sont évalués de manière appropriée, nous pouvons éviter ces écueils. Je ne parle pas seulement des éléments procéduraux, mais de la manière dont le modèle TAI est considéré. Les modèles psychothérapeutiques définissent comment les procédures sont appliquées et ils définissent aussi les limites d'application. Si d'autres modèles sont proposés pour guider le traitement en EMDR, ils recommanderont nécessairement des changements au niveau des procédures, et ces changements doivent être évalués. Si les procédures sont incompatibles avec le TAI, alors que leurs effets sont supérieurs à ceux obtenus en suivant le modèle TAI, alors tant les procédures que le nouveau modèle devront être adoptés. Si ce n'est pas le cas, alors il ne faut pas les adopter. Je pense donc qu'il importe de vérifier continuellement que ce que nous faisons est évalué. C'est de cette manière que nous pouvons garantir que la pratique de l'EMDR

est guidée de manière appropriée et que les patients reçoivent la meilleure qualité de soins.

Luber : *Vous avez toujours su transmettre votre synthèse de ce qui se passe en EMDR en vous exprimant de vive voix ou par écrit. Après votre voyage de 20 ans avec l'EMDR, quels sont d'après vous les éléments les plus importants que devraient prendre en considération les praticiens et les chercheurs en EMDR dans leur travail ?*

Shapiro : Je pense que nous devons nous rappeler que la santé mentale implique davantage qu'une absence de souffrance. L'EMDR a commencé en tant qu'EMD avec une concentration première sur l'élimination des symptômes manifestes. L'arrivée de l'EMDR et du modèle de traitement adaptatif de l'information a vraiment déplacé l'attention vers la croissance intérieure. La réduction des symptômes manifestes est considérée comme un effet dérivé du retraitement alors que l'individu assimile de nouvelles informations, élargit sa conscience, améliore sa capacité de régulation émotionnelle et développe tous ces facteurs que nous utiliserions pour qualifier un individu sain. L'EMDR en tant qu'approche psychothérapeutique considère le patient de manière systémique et tient compte du tableau clinique entier.

Je pense qu'il importe de rester interdisciplinaire dans notre approche en y intégrant toute la sagesse des autres orientations psychothérapeutiques ainsi que les connaissances disponibles dans les nombreux domaines scientifiques qui étudient le développement humain. Par exemple, alors que cette idée a rencontré de fortes résistances au départ, il existe des preuves claires en faveur de la neuroplasticité adulte et de procédures nouvelles qui favorisent la récupération des personnes atteintes de lésions traumatiques physiques. Cela signifie que l'espoir existe même pour ceux qui sont les plus gravement atteints par des blessures psychiques. Nous savons qu'ils peuvent récupérer mais la question est dans quelle mesure ils peuvent retrouver une santé optimale. La recherche actuellement en cours tend à montrer que l'EMDR peut être utilisé avec des personnes qui ont un passé caractérisé par des carences et une absence d'attachement, avec des personnes diagnostiquées avec un trouble de la personnalité borderline ou des troubles dissociatifs. Ce que nous cherchons à identifier, ce sont les façons les plus efficaces et les plus efficaces de reconstruire – ou de construire – l'infrastructure psychique afin de permettre le plein développement d'un être humain en bonne santé. Il ne s'agit pas d'une thérapie à court terme, mais en

tant que profession, il relève de notre responsabilité de chercher les solutions afin que personne ne soit laissé de côté.

Luber : *De ce point de vue, quels sont les préoccupations et les objectifs que nous devrions garder à l'esprit quand nous travaillons avec ces patients les plus fragilisés ?*

Shapiro : Je pense que quand nous avons affaire aux personnes les plus fragilisées, il est essentiel d'intégrer les connaissances des autres domaines. Le but serait d'essayer d'utiliser systématiquement les connaissances dans le domaine du développement de l'enfance, concernant le développement étape par étape d'un enfant en bonne santé qui grandit pour devenir un adulte sain, résilient, capable d'être en relation avec les autres, de créer des liens, d'éprouver de l'empathie, ressentant le désir de se rendre utile, recherchant un sens qui dépasse son intérêt personnel, toutes ces choses auxquelles nous penserions aux côtés de Maslow. Quels sont les types d'expériences que vit un enfant, moment par moment, qui permettent le développement sain de cette infrastructure ?

Le TAI propose de considérer la relation thérapeutique différemment et d'utiliser l'EMDR comme une partie intégrante du processus interactif. En termes TAI, cette investigation interdisciplinaire permettrait un codage plus systématique de nouveaux souvenirs au travers d'interactions thérapeutiques et d'un traitement ciblé qui établiraient les meilleures fondations pour de futures relations saines. Par exemple, lorsque nous connaissons mieux les types d'expériences impliquées, alors un clinicien pourra les intégrer dans la séance thérapeutique. En termes TAI, il faut se rappeler que chacune des interactions du thérapeute avec le patient inscrit de nouveaux souvenirs dans le cerveau. Ces souvenirs peuvent alors être évoqués et encore renforcés avec l'EMDR pour servir de fondation à une structure intérieure et à des relations futures saines.

Par exemple, les premières étapes avec les patients atteints de troubles dissociatifs impliquent un travail systématique et de nombreuses interventions de stabilisation puis d'élimination des symptômes manifestes tels que le passage rapide d'une partie de personnalité à une autre, la déréalisation et la dépersonnalisation. Cependant, comme nous le savons tous, la santé c'est plus que l'absence de symptômes manifestes. Ce que je suggère c'est de développer une meilleure compréhension de ce qui doit être incorporé, des expériences que le clinicien doit engendrer au cours de la thérapie et qui peuvent inscrire un sens de ce qu'est une interaction saine ainsi que la capacité

d'entretenir des relations saines. Des expériences thérapeutiques qui permettraient aux patients de vivre tout ce qui leur a été nié dans l'enfance, tel que l'attachement positif, le sentiment d'être relié à autrui et l'amour inconditionnel. Ces expériences thérapeutiques pourront alors être solidement inscrites et renforcées dans leurs réseaux de mémoire par le biais du retraitement EMDR.

Plus nous apprenons des autres disciplines, plus nous pourrions devenir efficaces et efficaces. Avec ce savoir et avec la présence attentive d'un thérapeute en accordage avec son patient, nous serons d'autant plus préparés à reconnaître ces besoins et ces moments de connexion intérieure chez le patient et à élargir ces réseaux positifs par un traitement ciblé. Cela nous permettra aussi d'utiliser plus pleinement les scénarios du futur qui constituent une troisième étape importante de chaque protocole EMDR. Les cliniciens ne doivent pas seulement étudier les symptômes qui définissent la pathologie mais s'intéresser au développement personnel global de l'individu.

Luber : Que pouvons-nous faire pour soutenir le développement personnel de nos patients et la résolution des problématiques qui sous-tendent souvent les symptômes qu'ils présentent ?

Shapiro : Il est important pour les patients que les cliniciens ne se laissent pas séduire par une simple diminution des symptômes manifestes. J'ai trop souvent entendu parler de cas de patients disant : "Eh bien je ne suis jamais descendu à zéro mais je me sentais beaucoup mieux à deux." En d'autres termes, ils ne se font plus matraquer mais ils ne s'attendent aucunement à pouvoir atteindre une prise de conscience élargie, un sentiment d'autonomie ou une acceptation de ce qui leur est arrivé en tant qu'expérience d'apprentissage plutôt que comme quelque chose qui va les perturber pour le restant de leurs jours. Les cliniciens se laissent souvent séduire par le fait que le patient se sent beaucoup mieux. Ils doivent se rappeler que les patients ne possèdent pas une bonne base de comparaison en termes de ce qu'ils peuvent atteindre. Nous constatons souvent que si le clinicien est prêt à encourager le patient à continuer à aller de l'avant et à poursuivre le retraitement, il peut en ressortir tant de choses, tout comme il est important de terminer les trois temps du protocole standard et de cibler le passé, le présent et le futur – et non seulement le traitement des souvenirs.

Nous devons nous assurer que nous effectuons un suivi à long terme avec nos patients. Un point fort de la recherche consiste à effectuer un suivi après 6 mois ou un an, et c'est quelque chose qui devrait inspirer les

cliniciens. Il est important de reprendre contact avec les patients sur le long terme et de vérifier si de nouvelles perspectives sont apparues qui nécessiteraient un traitement ou s'il persiste des questions qui doivent être résolues, si c'est possible dans le cadre de la thérapie. Il est également essentiel de garder à l'esprit que si le patient n'a pas atteint une résolution adaptative complète qui serait écologique et appropriée pour lui, il persistera un risque de rechute. Nous devons chercher un niveau de résilience complète, plutôt que de laisser le patient à un niveau de vulnérabilité. Dès lors, faire disparaître les symptômes ESPT chez un patient donné ne devrait pas suffire. Si nous ne pouvons pas insister pour qu'un patient poursuive son travail, le clinicien devrait au moins pouvoir lui expliquer clairement que, de manière générale, une minorité d'individus développera un ESPT complet après un trauma, souvent à cause d'une vulnérabilité antérieure. Si nous ne nous occupons que des symptômes ESPT, sans prêter attention aux souvenirs antérieurs qui constituent les fondements de la pathologie, alors nous laissons le patient dans un état de vulnérabilité. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'un service suffisant pour le patient. Nous devons nous assurer que le patient est informé des différentes options. Je pense que nous devons accroître la conscience de cette question dans le domaine de la psychologie, de manière continue.

Luber : Aimerez-vous ajouter quelque chose ?

Shapiro : Je suis très heureuse du nombre de personnes que j'ai rencontrées à travers les années, qui privilégient les services rendus à autrui et qui cherchent à utiliser l'EMDR pour le bien de l'humanité.

Je me souviens que, lors des premiers temps de l'EMDR, certains disaient après avoir suivi la formation : "Je peux en percevoir le potentiel. Je voudrais vraiment que d'autres collègues cliniciens puissent l'apprendre et l'offrir à leurs patients." C'est grâce à eux que l'EMDR s'est répandu à travers les Etats-Unis puis à travers le monde. Cela fait toujours extrêmement plaisir de voir toutes ces personnes qui ont pris de leur temps pour partager leurs expériences lors de congrès et dans des articles, et toutes celles qui sont engagées dans leur volonté d'alléger la souffrance dans le monde à travers des organisations professionnelles et humanitaires.

Je me sens tout simplement très reconnaissante d'avoir pu faire partie de tout ce processus.

Références sélectionnées

Aduriz, M. E., Bluthgen, C., & Knopfler, C. (2009). Helping child flood victims using group EMDR intervention in

- Argentina: Treatment outcome and gender differences. *International Journal of Stress Management*, 16, 138–153.
- Andrade, J., Kavanagh, D., & Baddeley, A. (1997). Eye movements and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 209–223.
- Bae, H., Kim, D., & Park, Y. C. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression. *Psychiatry Investigation*, 5, 60–65.
- Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., Freeman, T. C. A., & MacCulloch, M. J. (2004). Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15, 325–345.
- Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., MacCulloch, S., Freeman, T. C. A., & MacCulloch, M. J. (2003). Horizontal rhythmic eye-movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 289–302.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, Issue 3. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.
- Boudewyns, P. A., & Hyer, L. A. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 185–195.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214–227.
- Brown, K. W., McGoldrick, T., & Buchanan, R. (1997). Body dysmorphic disorder: Seven cases treated with eye movement desensitization and reprocessing. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 203–207.
- Brown, S., & Shapiro, F. (2006). EMDR in the treatment of borderline personality disorder. *Clinical Case Studies*, 5, 403–420.
- Carlson, J., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., & Muraoka, M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3–24.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Cris-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3–16.
- Cousins, N. (1979). *Anatomy of an illness*. New York: Norton.
- Cousins, N. (1989). *Head first: The biology of hope*. New York: Dutton.
- Christman, S. D., Garvey, K. J., Propper, R. E., & Phaneuf, K. A. (2003). Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, 17, 221–229.
- Davidson, P. R., & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 305–316.
- Department of Veterans Affairs & Department of Defense. (2004). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress*. Washington, DC: Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense.
- Elofsson, U. O. E., von Scheele, B., Theorell, T., & Söndergaard, H. P. (2008). Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 622–634.
- Fernandez, I., & Faretta, E. (2007). EMDR in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Clinical Case Studies*, 6, 44–63.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (Eds.). (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2008). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for post-traumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449–480.
- Gauvreau, P., & Bouchard, S. P. (2008). Preliminary evidence for the efficacy of EMDR in treating generalized anxiety disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 26–40.
- Gelbach, R. (2008). Trauma, research, and EMDR: A disaster responder's wish list. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 146–155.
- Grant, M., & Threlfo, C. (2002). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1505–1520.
- Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 913–931.
- Hilbert, D. (1902). Mathematical problems. *Bulletin of the American Mathematical Society*, 8, 437–479.
- Institute of Medicine. (2008). *Treatment of posttraumatic stress disorder: An assessment of the evidence*. Washington, DC: National Academies Press.
- Ironson, G. I., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113–128.
- Jarero, I., Artigas, L., & Lopez-Lena, M. (2008). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with child victims of mass disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 97–105.
- Jensen, J. A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 25, 311–325.

- Kavanagh, D. J., Freese, S., Andrade, J., & May, J. (2001). Effects of visuospatial tasks on desensitization to emotive memories. *British Journal of Clinical Psychology, 40*, 267–280.
- Kazdin, A. E., & Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 138–147.
- Konuk, E., Knipe, J., Eke, I., Yuksek, H., Yurtsever, A., & Ostep, S. (2006). The effects of EMDR therapy on post-traumatic stress disorder in survivors of the 1999 Marmara, Turkey, earthquake. *International Journal of Stress Management, 13*, 291–308.
- Kuiken, D., Bears, M., Miall, D., & Smith, L. (2001–2002). Eye movement desensitization reprocessing facilitates attentional orienting. *Imagination, Cognition and Personality, 21*(1), 3–20.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapist, 10*, 224, 242.
- Lang, P. J. (1979). A bioinformational theory of emotional imagery. *Psychophysiology, 16*, 495–512.
- Laub, B., & Bar Sade, E. (2009). The Imma EMDR group protocol. In M. Luber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basics and special situations* (pp. 289–296). New York: Springer.
- Lee, C. W., & Schubert, S. (2009). Omissions and errors in the Institute of Medicine's report on scientific evidence of treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of EMDR Practice and Research, 3*, 33–38.
- Marish, J. (2009). EMDR in the addiction continuing care process: Case study of a cross-addicted female's treatment and recovery. *Journal of EMDR Practice and Research, 3*, 98–106.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Maxfield, L., Melnyk, W. T., & Hayman, C. A. G. (2008). A working memory explanation for the effects of eye movements in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*, 247–261.
- McGoldrick, T., Begum, M., & Brown, K. W. (2008). EMDR and olfactory reference syndrome: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*, 63–68.
- Mol, S. S. L., Arntz, A., Metsemakers, J. F. M., Geert, J. D., Vilters-Van Montfort, P. A. P., & Knottnerus, A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry, 186*, 494–499.
- Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 898–907.
- Parker, A., Buckley, S., & Dagnall, N. (2009). Reduced misinformation effects following saccadic bilateral eye movements. *Brain and Cognition, 69*, 89–97.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. New York: Liveright.
- Pelletier, K. R. (1977). *Mind as healer, mind as slayer*. New York: Delacorte.
- Peniston, G. E. (1986). EMG biofeedback-assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans post-traumatic stress disorder. *Clinical Biofeedback Health, 9*, 35–41.
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Altman, B., Longpre, R. E., Poire, R. E., & Macklin, M. L. (1996). Emotional processing during eye-movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic post-traumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry, 37*, 419–429.
- Renfrey, G., & Spates, C. R. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: A partial dismantling procedure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25*, 231–239.
- Rogers, S., & Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 43–59.
- Rogers, S., Silver, S., Goss, J., Obenchain, J., Willis, A., & Whitney, R. (1999). A single session, controlled group study of flooding and eye movement desensitization and reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam war veterans: Preliminary data. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 119–130.
- Russell, M. (2006). Treating combat-related stress disorders: A multiple case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with battlefield casualties from the Iraqi war. *Military Psychology, 18*, 1–18.
- Russell, M. C. (2008a). Scientific resistance to research, training and utilization of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in treating post-war disorders. *Social Science and Medicine, 67*, 1737–1746.
- Russell, M. C. (2008b). Treating traumatic amputation-related phantom limb pain: A case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) within the armed services. *Clinical Case Studies, 7*, 136–153.
- Sack, M., Lempa, W., Steinmetz, A., Lamprecht, F., & Hofmann, A. (2008). Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)—results of a preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 1264–1271.
- Scheck, M., Schaeffer, J. A., & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 25–44.
- Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2008). EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine, 9*, 76–82.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Resick, P. A., et al. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 297*, 820–830.

- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress, 2*, 199–223.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research, 1*, 68–87.
- Shapiro, F., Kaslow, F., & Maxfield, L. (Eds.). (2007). *Handbook of EMDR and family therapy processes*. New York: Wiley.
- Sharpley, C. F., Montgomery, I. M., & Scalzo, L. A. (1996). Comparative efficacy of EMDR and alternative procedures in reducing the vividness of mental images. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 25*, 37–42.
- Silver, S. M., Rogers, S., & Russell, M. C. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of war veterans. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 64*, 947–957.
- Solomon, R. W., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*, 315–325.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 61–75.
- Stickgold, R. (2008). Sleep-dependent memory processing and EMDR action. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*, 289–299.
- Van den Hout, M., Muris, P., Salemink, E., & Kindt, M. (2001). Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *British Journal of Clinical Psychology, 40*, 121–130.
- Wesselman, D., & Potter, A. E. (2009). Change in adult attachment status following treatment with EMDR: Three cases. *Journal of EMDR Practice and Research, 3*, 178–191.
- Wilensky, M. (2006). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for phantom limb pain. *Journal of Brief Therapy, 5*, 31–44.
- Wilson, S., Becker, L., & Tinker, R. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 928–937.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Zaghrou-Hodali, M., Alissa, F., & Dodgson, P. W. (2008). Building resilience and dismantling fear: EMDR group protocol with children in an area of ongoing trauma. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*, 106–113.

Merci d'envoyer toute correspondance concernant cet article à Marilyn Luber, Medical Tower Building, Suite 804, 255 S. 17th Street, Philadelphia, PA 19103, Etats-Unis. Email: marluber@aol.com