

Evaluating the Effect of Eye Movements on Positive Memories Such as Those Used in Resource Development and Installation

Hellen K. Hornsveld

Jan. H. Houtveen

Max Vroomen

Immanuel Kapteijn

Dorienke Aalbers

Marcel A. van den Hout

Utrecht University, The Netherlands

Resource development and installation (RDI) is an eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)-related procedure developed to strengthen positive associations in positive and resourceful memories (Korn & Leeds, 2002). This study tested the assumption that bilateral stimulation (horizontal eye movements [EM]) in RDI “appears to lead to spontaneous, rapid increases in affective intensity . . . and to rich, emotionally vivid associations” (Korn & Leeds, p. 1469). This study also tested whether eye movement effects could be better accounted for by working memory or by interhemispheric interaction theory. Fifty-three undergraduate students each recalled three memories of pride, perseverance, and self-confidence. They provided pretest and posttest ratings of each memory for vividness, pleasantness, and experienced strength of the positive quality, before and after performing three simultaneous tasks during recall: horizontal EM, vertical EM, and recall only. Results were fully in line with working memory predictions, with significant *decreases* for all variables following *both* eye movement tasks. There was no support for the interhemispheric hypothesis. It is concluded that the effectiveness of bilateral stimulation in RDI is questionable. Clinical implications are discussed.

Keywords: EMDR; resource development and installation (RDI); eye movements; working memory; interhemispheric interaction

R*esource development and installation* (RDI) is described as a specific eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) protocol and is held to be an effective intervention to help clients with stabilization, affect regulation and coping skills, which may be necessary to tolerate trauma-focused therapy (Korn & Leeds, 2002; Leeds & Shapiro, 2000). The RDI protocol is used in the early phases of the treatment. During RDI, the person typically focuses on specific autobiographical positive memories (resources) that have no association with negative memories to be treated with EMDR and are chosen in such a way that they are helpful to overcome specific problems to be expected during EMDR treatment. Positive clinical experience and several single case studies (Korn & Leeds) appear to support

the usefulness of RDI as a procedure to strengthen self-capacities.

The following is a clinical example of the use of RDI at the beginning of treatment. “John” had a tendency to stop treatment to avoid the distress associated with trauma. RDI was initiated to increase his access to (the functional memory network of) “perseverance.” The resource was his memory of perseverance during high school. He had a learning disability but kept studying even in periods when he felt discouraged. A specific image of himself during that period was used in the RDI procedure to strengthen his feelings of perseverance and to make them more accessible in difficult times, especially during the EMDR treatment. (For a full description of the RDI procedure, see Korn and Leeds [2002].)

RDI originate from and is an extension of the “safe place procedure,” a standard part of the EMDR protocol (Shapiro, 1995, 2001). The safe place combines bilateral eye movements with an image of a place in which the individual feels safe. It is included in the standard EMDR procedure to increase feelings of control and safety necessary for trauma processing. The rationale for eye movements during the “safe place installation” stems from the observation that eye movements (and other bilateral stimulation) seem to facilitate information processing by producing vivid and adaptive associations, whether the memory is positive or negative (see also Shapiro, 2001, p. 31).

Leeds (1995) observed that many patients need more than calmness or safety, especially patients with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) who have limited access to adaptive coping abilities and lack positive role models, which make them more vulnerable in trauma treatment as well as in daily life. The lack of adaptive responses often leads to episodes of uncontrolled trauma processing and slow progress. Leeds (1995) developed a procedure that he called *resource development and installation*. It includes many elements from other resource strengthening and ego strengthening methods, especially from hypnotherapy and from the neuro-linguistic programming (NLP) approach. The use of bilateral stimulation is a characteristic for RDI.

RDI has become a standard therapeutic tool for EMDR therapists, and the teaching of it is included in the EMDR (Level II) training. Despite its widespread use (see Leeds, 2009), systematic studies on RDI are lacking. Korn and Leeds (2002) give a comprehensive description of two single-case studies of patients with complex PTSD who each received three 90 minutes of RDI. Measures were taken during a baseline period of 3 weeks, during the intervention period (3-weekly RDI sessions) and during a 4-week follow-up period, in which the patients received supportive treatment but no RDI. Both patients showed visible and significant improvement from baseline to treatment on all targeted behaviors (e.g., binge-eating episodes, negative self-statements, and angry outbursts) and on several subscales of a symptom checklist. Randomized trials are needed for definitive conclusions about the value of RDI as an intervention to help stabilize complex PTSD patients. Component analysis is also necessary to determine which elements are essential to the procedure and which are superfluous. It is striking that the additive value of the characteristic eye movements have never been established, neither for the safe place protocol nor for the standard RDI protocol.

Resource Development and Installation Procedure

Step 1, *identifying needed resources*, asks the client what personal positive qualities (e.g., confidence, perseverance) are needed. Step 2, *resource development—exploring various types of resources*, asks the client to identify a memory of experiencing that quality, or other resources related to that quality. Step 3, *resource development—accessing more information*, asks the client to access sensory information related to the memory or resource identified in the previous step. Step 4, *checking the resource*, checks to ensure that the memory/resource is a positive one. Step 5, *resource installation*, has the client focus on the memory/resource while experiencing several sets of 6–12 eye movements (or bilateral tones or taps), asking the client after each set what they are feeling or noticing. Step 6, *strengthening the resource—linking with verbal or sensory cues*, instructs the client to use words, imagery, and affect to further strengthen the resource. Step 7, *establishing a future template*, asks the client, while experiencing short sets of eye movements, to focus on using the resource in a future situation. (See Korn and Leeds [2002, pp. 1470–1471] for detailed instructions.)

Eye Movements in Resource Development and Installation

Eye movements in RDI have a shorter duration than in EMDR. Usually, 6–12 movements are used (Korn & Leeds, 2002), whereas in EMDR, the standard is about 24 eye movements per set (Shapiro, 2001). Korn and Leeds 2002 argue that shorter sets are needed to prevent associations to negative, trauma-related memory networks. With shorter sets, associations remain limited to the functional and “resourceful” memories (Korn & Leeds). The whole procedure of RDI—including the shorter sets of stimulation—is based on the idea that bilateral stimulation accelerates adaptive information processing (Shapiro, 2001) both in negative memories (EMDR) as well as in positive memory material (safe place; RDI).

Korn and Leeds (2002) assumed that some of the benefits of RDI are the results of the effects of eye movements used in the procedure. They wrote:

... the inclusion of the bilateral stimulation in the protocol appears to lead to spontaneous, rapid increases in affective intensity within an initially selected memory network and to rich, emotionally vivid associations to other functional (positive) memory networks. These increases in intensity of positive emotions and new functional

associations bring additional ego-strengthening material into consciousness. (p. 1469)

Korn and Leeds (2002) identified two benefits for eye movements in RDI: an increase in positive emotions and an increase in positive associations. Neither of these putative benefits has ever been studied. The research examines the role of eye movements on the positive emotions within three specific positive memories and investigates whether the working memory effects found in other research would be evident in memories selected for possible positive ego-strengthening content.

The Interhemispheric Interaction Account Versus the Working Memory Account

Two of the major accounts of how eye movements ameliorate *negative* reactions to autobiographical memories are the increased interhemispheric interaction account and the working memory account (for an overview, see Gunter & Bodner, 2008). Each of these accounts explains the effects of eye movements on negative memories completely different, resulting in opposite predictions for positive and resourceful memories.

The Interhemispheric Interaction Account

The interhemispheric interaction account is relevant for the use of bilateral stimulation in *positive and resourceful memories* of RDI and proposes that horizontal EM in EMDR are profitable because they create an increased interhemispheric interaction via the corpus callosum (Propper & Christman, 2008). In line with this hypothesis, saccadic eye movements (like those used in EMDR) have been shown in nonclinical samples to enhance episodic memory retrieval (Christman, Garvey, Propper, & Phaneuf, 2003), increase the accuracy of memories recalled (Christman, Propper, & Dion, 2004), and induce cognitive and semantic flexibility (Kuiken, Bears, Miall, & Smith, 2001–2002). Propper and Christman (2008) suggest that an increased interaction between brain hemispheres is the underlying mechanism for the benefits of eye movements in EMDR. According to this account, the increased interaction between the hemispheres enhances retrieval of (trauma) memories and associated content from long-term memory, which facilitates reprocessing (see also Gunter and Bodner, 2009). This type of processing is referred to by Korn and Leeds (2002) in their description of RDI as “new functional associations [that] bring additional ego-strengthening material into consciousness” (p. 1469). Thus, according to the interhemispheric interaction account, only horizontal EM will be effective, and this will *strengthen* positive and resourceful memories during RDI.

The Working Memory Account

According to the working memory account, the benefits of bilateral stimulation occur when a dual task (like eye movements) and recollection of an autobiographical memory both draw on the limited capacity of the working memory (Maxfield, Melnyk, & Hayman, 2008). All dual tasks that tax and disrupt working memory can potentially influence the vividness, pleasantness, and strength of an autobiographical memory when performed during its recollection. Recent findings have supported the working memory account in the desensitization of traumatic memories (Andrade, Kavanagh, & Baddeley, 1997; Gunter & Bodner, 2008; Hornsveld et al., 2010; Maxfield et al., 2008; van den Hout et al., 2010; van den Hout, Muris, Salemink, & Kindt, 2001). It was found that—compared to no task—a wide range of dual tasks other than horizontal EM (e.g., vertical EM, counting, drawing, computer games) also reduce the vividness and emotionality of a negative memory (see also van den Hout, Engelhard, Rijkeboer et al., 2011). It was also found that feared *future-oriented* images (flashforwards) become less vivid and less emotionally intense after recall plus eye movements compared to recall only (Engelhard, van den Hout, Janssen, & van der Beek, 2010).

Thus, according to the working memory account, vertical EM (or any other task taxing working memory) will be effective as well in reducing the vividness, pleasantness, and strength of negative autobiographical memories. The working memory account also implies that positive memories and images will become *less* vivid and *less* positive when retrieved with simultaneous eye movements, which is already supported by some previous studies (Barrowcliff, Gray, Freeman, & MacCulloch, 2004; Engelhard, van Uijen, & van den Hout, 2010; van den Hout et al., 2001). To summarize, the working memory account predicts that both horizontal and vertical EM will *reduce* the vividness, pleasantness, and strength of positive and resourceful memories during RDI.

Purpose

Studies on positive memories are highly relevant for the safe place protocol and RDI because these procedures concentrate on positive memory material. Positive memories are processed in both the safe place and RDI, and the aim is *not* to increase the vividness or positive valence of the memory but to strengthen the subjective experienced quality (resource).

The purpose of this study was to investigate the specific effect of eye movements on the types of positive memories used in RDI. To evaluate the sole effect of

eye movements, no other elements of the RDI protocol were applied; there was no elicitation of associations and no future application of the resource. However, to be more consistent with the RDI procedure, this study focused on memories that explicitly refer to three common positive qualities: pride, self-confidence, and perseverance. These were chosen because they are meaningful qualities often used in RDI to make patients more stable before EMDR therapy.

Hypotheses

To allow for a critical test of the two competing theories, we compared three conditions: recall with horizontal eye movements, recall with vertical eye movements, and recall only. According to the increased interhemispheric interaction hypothesis of eye movements, recall with horizontal eye movements will be superior to the two other conditions in that it will result in *increased* ratings of the subjective experienced strength of the desired quality (resource). According to working memory theory, recall with horizontal eye movements and recall with vertical eye movements will both *decrease* ratings of vividness, pleasantness, and subjective experienced strength of the resource, relative to the recall only condition.

Method

Participants

Fifty-three university undergraduates from diverse disciplines (35 female) with a mean age of 22.5 years ($SD = 2.6$) participated in exchange for course credit or money.

Design

The experiment was designed as a time (2) by condition (3) repeated measures within-subject design. All participants recalled three memories (memories representing pride, perseverance, and self-confidence, respectively) under three different conditions: two eye movement and one control condition. Dependent variables (see measures) were determined before and after each task. The experiment was conducted by three of the authors (Max Vroomen, Immanuel Kapteijn, and Dorienke Aalbers), who were undergraduate students at the time of the experiments. They were trained in the relevant parts of the RDI protocol by a senior EMDR consultant, the corresponding author (Hellen Hornsveld).

Procedure

The experimental procedure involved application of Steps 3, 4, and 5 of the Basic EMDR RDI Protocol

with substantial modifications. These modifications allowed for a full access of the positive memory related to each resource (Steps 3 and 4) and the processing of that memory using eye movements (Step 5). No associations were elicited because the study focused solely on the effects of eye movements on memory.

Steps 1 and 2 of the RDI protocol, *identification and exploration of the type of quality resource*, were skipped because the required qualities were determined by the experimenters prior to the experiment to equalize conditions for all participants. The memories of pride, self-confidence, and perseverance corresponded with three separate predetermined resources all participants were assumed to have possessed at least one time during the course of their lives.

In Step 3, *accessing more information*, the concerning memory was accessed according to the RDI protocol (Korn & Leeds, 2002) in which a participant identifies the most vivid visual image and is asked to actively visualize the moment when he or she felt the resource the most. For example, participants were asked, "Please recall an occasion in your life where you experienced exceptional pride. For example, this could concern winning a sports event or receiving a graduation certificate." A participant was then instructed to describe all sensory details concerning the memory that came to mind.

Step 4, *checking the resource*, to verify whether a patient can attend to and tolerate the connection to the resource without negative associations or affects (Korn & Leeds, 2002), was used without changes.

Step 5, *resource installation*, began by asking a participant to focus on the targeted memory and to engage in the eye movement task. The number of movements in each set and the speed of eye movements were according to the Basic EMDR RDI Protocol. This step was modified in that participants were not required to note any changes in their experience of the resource but were asked to keep their focus on the memory and the feeling of pride, perseverance, or self-confidence. The basic RDI protocol elicits associations by asking clients—after each set of eye movements—"What are you feeling or noticing now?" In this study, we chose to remove that mechanism of elicited association so that it would not confound the simple effects of eye movements. Step 6, *strengthening the resource*, and Step 7, *future template*, were not conducted for the same reason.

After Steps 3 and 4 (accessing the resource memory), participants were asked to close their eyes for 10 seconds and focus on the recalled memory, particularly keeping their focus on the experience of the resource. Pretest ratings were obtained at this time by means of visual analogue scales (VAS) described in the subsequent text. After this,

another 10-second focus period followed to ensure participant immersion with the memory and reduce scoring interference. Step 5, *resource installation* (the eye movement task, as described subsequently), was then performed. This was followed by a posttest focus period of 10 seconds and then posttest ratings. The order of the assignment to the three eye movement tasks (horizontal EM, vertical EM, no eye movements) was counterbalanced resulting in six separate order conditions. Participants were randomly assigned to one of these six conditions and tested individually. It was considered not necessary to randomize the order of the resource qualities; all subjects first retrieved a memory concerning pride, then perseverance, and then self-confidence. Between each of the three tasks, participants were asked to work for 3 minutes on a digit-search puzzle to reduce interference of affect between memories (Meissner, Brigham & Kelley, 2001).

Eye Movement and Control Tasks

Participants were instructed to keep their focus on the memory as much as possible. In the eye movement conditions, participants followed two fingers of the experimenter, during 5 sets of either 10 horizontal (left-to-right) or vertical (up-down) motions with a frequency of one cycle per second. The number of movements in each set and speed of eye movements were according to the Basic EMDR and RDI Protocol. In the recall only task, participants fixated at two nonmoving fingers of the experimenter, during 5 sets of 10 seconds. Between each set, participants were instructed to stay focused on the memory, its sensory details, and the experienced quality for 5 seconds.

Measures

Pretest and posttest ratings were obtained by means of three 10 cm VAS to measure vividness, emotionality, and subjective strength of the resource. These scales

related to the image representing the memory. The questions were “How vivid is the memory for you at this moment?” “How pleasant is the memory for you at this moment?” “To what extent do you feel you possess the quality (i.e., pride, perseverance, and self-confidence) right now?” The extreme left side of the scale represented 0 (*not at all vivid, pleasant, or strong*), and the extreme right side of the scale represented 10 (*very vivid, pleasant, or strong*). However, to prevent participants from discrete scoring, these numerical values were not visible on the actual scales. Participants were able to see their previous scoring of the memory and adjust their new scores according to a possible shift in their experience.

Data Processing and Statistical Analyses

The data for this experiment were processed using SPSS (v.16). First, 2 (pretest, posttest) \times 3 (horizontal EM, vertical EM, fixation) repeated measures analysis of variances (ANOVAs) were used to detect significant main and interaction effects. Second, pretest scores were subtracted from posttest scores to calculate difference scores per condition per dependent variable. Two-tailed paired *t* tests were conducted when a significant overall task effect was found in the repeated measures analyses, to compare the conditions. Effect sizes were computed and where necessary, corrected for dependence among means with Morris and DeShon’s (2002) equation.

Results

The mean prevalues and postvalues for vividness, pleasantness, and experienced strength of the quality of the targeted positive memory are presented in Table 1.

Vividness

The mean difference scores for the three eye movement tasks for the differences in vividness are depicted

TABLE 1. Means (SD) of Vividness, Pleasantness, and Strength of Quality Before and After Horizontal Eye Movements (EM), Vertical Eye Movements, and Recall Only

	Horizontal EM		Vertical EM		Recall only	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Vividness	7.5 (1.5)	6.1 (2.1)	7.6 (1.4)	6.0 (1.8)	7.4 (1.2)	7.0 (1.5)
Pleasantness	7.3 (1.6)	6.7 (1.6)	7.5 (1.5)	6.5 (1.6)	7.1 (2.2)	6.9 (1.8)
Strength of quality	6.8 (1.7)	6.1 (2.2)	6.7 (1.8)	5.9 (2.1)	6.9 (1.2)	6.6 (1.8)

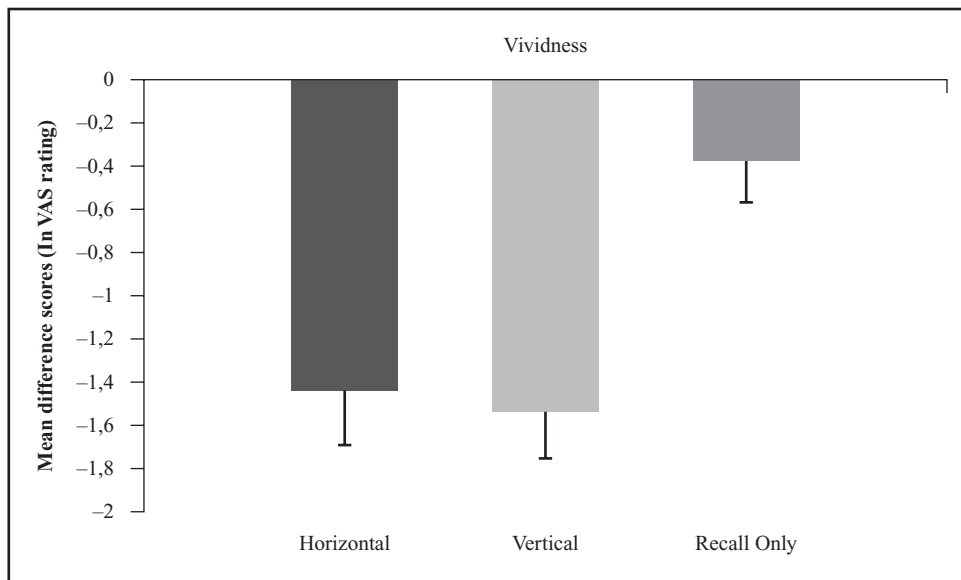


FIGURE 1. Mean difference scores (in visual analogue scales [VAS] rating) for vividness per condition (horizontal EM, vertical EM, recall only).

in Figure 1. The repeated measure ANOVA conducted on the premeasures and postmeasures for vividness revealed a significant main effect of time, $F(1, 52) = 40.35, p < .001$, partial eta-squared = 0.44, and a significant effect for the crucial time \times condition interaction $F(2, 51) = 16.35, p < .001$, partial eta-squared = 0.39. Compared to recall only, vividness scores showed a significant decrease for horizontal EM, $t(52) = 4.31, p < .001, d = 0.57$ and for vertical EM, $t(52) = 3.14, p < .001, d = 0.86$. The decrease in vividness did not

differ between the two eye movement conditions, $t(52) = 0.38, p = .704$.

Pleasantness

The mean difference scores for the three eye movement tasks for the pleasantness ratings are depicted in Figure 2. The repeated measures ANOVA for pleasantness revealed a main effect for time, $F(1, 52) = 30.58, p < .001$, partial eta-squared = 0.37, and a significant time \times condition interaction effect, $F(2, 51) = 4.28,$

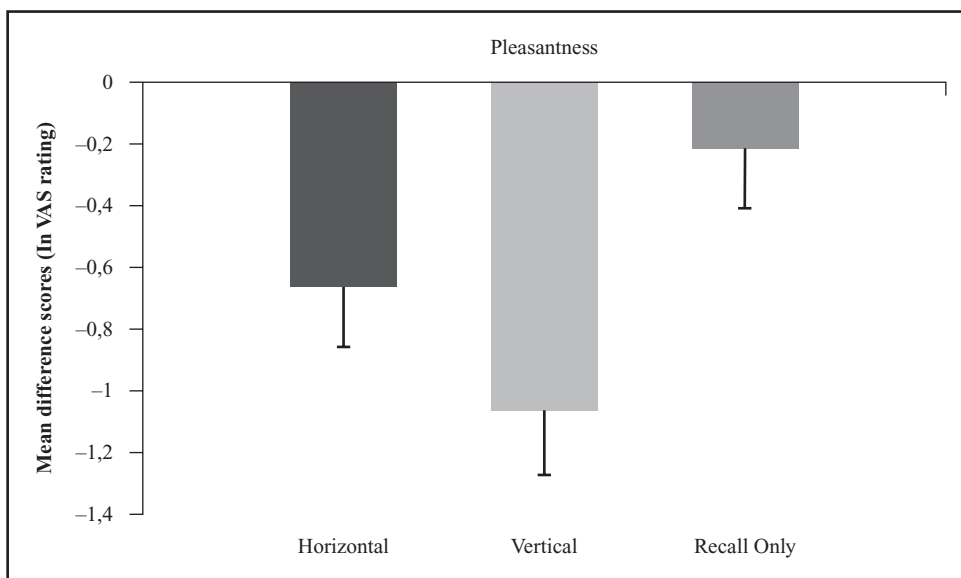


FIGURE 2. Mean difference scores (in visual analogue scales [VAS] rating) for pleasantness per condition (horizontal EM, vertical EM, recall only).

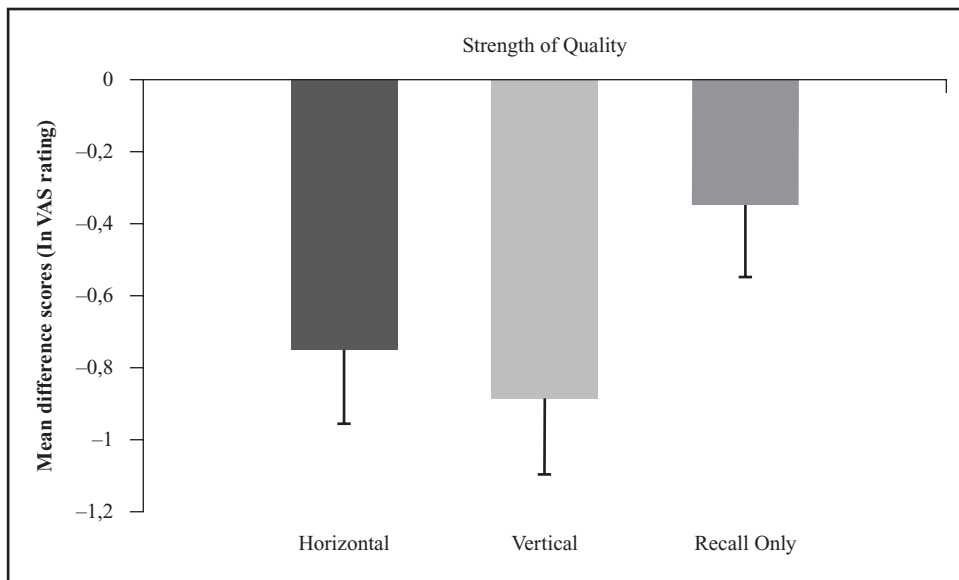


FIGURE 3. Mean difference scores (in visual analogue scales [VAS] rating) for strength of quality per condition (horizontal EM, vertical EM, recall only).

$p = .19$, partial eta-squared = 0.14. Paired t tests conducted on the difference scores for each condition showed that the decrease in pleasantness after vertical EM differed significantly from the condition with recall only, $t(52) = 2.95$, $p < .01$, $d = 0.42$. Horizontal EM did not differ from vertical EM, $t(52) = 1.43$, $p = .16$ or from recall only, $t(52) = 1.68$, $p = .10$.

Experienced Strength of the Quality

Mean difference scores for the three conditions of the subjective experienced strength of the quality are depicted in Figure 3. The repeated measures ANOVA conducted on the prescores and postscores showed a significant main effect for time, $F(1, 52) = 17.992$, $p < .001$, $d = 3.42$, but did not reach significance for the crucial time \times condition interaction, $F(2, 51) = 2.95$, $p = .57$. Paired t tests were used on the difference scores for each condition to examine the trend toward significance in the interaction effect. The tests showed that the decrease in strength of the quality after vertical EM differed significantly from the condition with recall only, $t(52) = 2.23$, $p < 0.05$, $d = 0.30$. The decreases did not differ between horizontal EM and vertical EM, $t(52) < 1$ and between horizontal EM and recall only $t(52) = 1.91$, $p = 0.06$.

Discussion

This study is unique because it focused on memories of positive qualities (resources) with either horizontal or vertical EM and compared the results to a no

eye movement control condition. It used a stripped down version of the RDI protocol to evaluate the effects of eye movements and to test whether the assumed effects of memory enhancement were actually produced. Results showed that eye movements did not enhance positive emotion nor lead to more functional associations. Instead, eye movement was found to decrease the vividness and pleasantness in these positive resource memories and to decrease the experienced strength of the resource. This study was also designed to compare the interhemispheric interaction account and the working memory account for the beneficial effects of eye movements in EMDR. The results unequivocally support a working memory explanation because both horizontal and vertical EM *reduced* vividness, pleasantness, and the subjective experienced strength of the resource, rather than *enhanced* it.

Evaluation of the Interhemispheric Interaction Account

The rationale for eye movements in RDI stems from the idea that bilateral stimulation activates information processing (see also Shapiro, 2001, p. 31.) regardless of whether these memories have a negative (EMDR) or positive (RDI) emotional valence. The interhemispheric interaction hypothesis (Propper & Christman, 2008) serves as a more specific theory on how horizontal EM and other bilateral stimuli can be beneficial in EMDR and RDI. It was predicted, according to this theory, that horizontal EM should

facilitate information processing as described by Korn and Leeds (2002):

. . . the inclusion of the bilateral stimulation in the protocol appears to lead to spontaneous, rapid increases in affective intensity within an initially selected memory network and to rich, emotionally vivid associations to other functional (positive) memory networks. These increases in intensity of positive emotions and new functional associations bring additional ego-strengthening material into consciousness. (p. 1469)

In our experimental protocol, we removed the mechanisms of eliciting associations and processing associative material. We created a variable to measure the interhemispheric interaction effect called *experienced strength of the quality*, and we hypothesized that interhemispheric interaction should strengthen this variable through the purported mechanism of horizontal EM. This variable consists of the answer to the question “To what extent do you feel you possess the quality (i.e., pride, perseverance, and self-confidence) right now?” We did not find that this variable was strengthened by horizontal (or vertical) eye movements at all. Instead, we found that eye movements systematically decreased the experienced strength of the resource. Our conclusion then is that if interhemispheric interaction is indeed increased by horizontal EM, it does not seem to be an important mechanism to strengthen adaptive responses during the resource development protocol.

Evaluation of the Working Memory Account

The results of this study are fully congruent with a working memory model to explain the benefits of eye movements in EMDR (Andrade et al., 1997; Gunter & Bodner, 2008; Maxfield et al., 2008; van den Hout et al., 2011). The working memory account of EMDR predicts a decrease in vividness and valence for both positive and negative memory images, and it predicts a decrease for horizontal EM to the same extent as for vertical EM. In the current RDI experiment, moving eyes vertically was as effective as horizontally, a finding that was already reported with respect to negative memories (Gunter & Bodner, 2008, Experiment 2). For all three dependent variables (vividness, pleasantness, experienced strength of the quality), vertical EM seemed even *more effective* than horizontal EM. It is possible that this reflects a slightly higher level of difficulty in the vertical EM, leading to higher working memory load and larger effect sizes. A dose response relationship between the working memory

load and changes in vividness and emotionality was already suggested by the results for negative memories by van den Hout et al. (2010) and by Maxfield et al. (2008).

Possible Relevance of the Findings to Resource Development and Installation

This study examined the effects of eye movements on the types of positive memories used as resources in RDI to determine if eye movements alone led to the intense increases in positive affect and facilitated access to more adaptive memory networks as posited by Korn and Leeds (2002, p. 1469). Our results did not find that eye movements led “to spontaneous, rapid increases in affective intensity” and to “increases in intensity of positive emotions.” Instead, we found that eye movements behaved the same way with positive memories as they do with negative memories, significantly decreasing vividness and emotion. Further, we did not find that eye movements led to “rich, emotionally vivid associations” or “new functional associations.” Rather, we found a significant decrease in the experienced strength of the resource.

We consider these findings to be of real importance to EMDR clinicians and researchers. The results on all measures indicate even these brief sets of horizontal EM seem to have an effect opposite to what was intended. Consequently, we have to question the usefulness of eye movements (or other bilateral stimuli) in RDI.

It is important to note that our research procedure did not provide the full RDI Protocol. We did not elicit associations or process associations. We investigated only the effects of eye movements. Although it is possible that a combination of eye movements and elicitation of associations may produce the effects claimed by Korn and Leeds (2002), we doubt that the other procedures used in RDI will alter the effects of eye movements on diminishing the qualities of the positive memories.

Although there is a lot more to RDI than eye movements, and the procedure as a whole may appear fruitful, it is tempting to speculate that this is *despite* the eye movements and not *due to*. How can RDI be improved? This study shows that in healthy, nonclinical subjects, positive memories can be retrieved that have certain vividness, pleasantness, and experienced strength of the resource quality. This study, however, also shows that mere recall during short periods (as in the recall only condition) did not strengthen these qualities because the dependent measures stayed rather unchanged after recall only. The effect of recall only

on memories has varied from study to study. Maxfield et al. (2008) found increases in vividness with recall only in negative memories. Others found no significant changes for recall only in negative memories (Andrade et al., 1997; Gunter & Bodner, 2008; Kavanagh et al., 2001; van den Hout et al., 2001; van den Hout et al., 2011). In positive memories, van den Hout et al. (2001) found a small increase in vividness for mere recall of the memory, although he found a decrease of vividness in the recall with eye movements condition. No significant changes were found for pleasantness of the positive memory after recall only. Consequently, further research is needed to investigate how best to achieve resource enhancement and to enhance and maximize its positive potential.

Possible Relevance to Eye Movement Desensitization and Reprocessing

The results of this study have some relevance for EMDR. Certainly, the effects of eye movements as a desensitization mechanism are again confirmed. Their utility in decreasing the vividness and emotionality of memories is a strong advantage when memories are negative.

However, this effect may be problematic for other parts of the EMDR procedure. During several phases of the EMDR protocol, eye movements are prescribed to expand positive responses such as the safe place, installing the positive cognition, and the future template (Shapiro, 2001). Our findings indicate that the use of eye movements in these procedures might be problematic. During the safe place exercise, clients focus on a positive image and/or memory in a procedure very similar to the one tested in this study. We predict that our findings should generalize to the safe place exercise, with that image becoming less vivid and less positive with the application of eye movements.

During the installation of positive cognition and the future template, clients are involved in the full EMDR protocol, which involves many other treatment elements, including the elicitation and processing of associations. Indeed, the treatment protocol has an integral component (validity of cognition ratings) to monitor the expected increase in the positive nature of the cognition. However, there has yet to be any determination of the mechanisms involved in the installation phase. Future research should be conducted to ascertain if eye movements alone increase the positive quality of the information being processed or if other elements are necessary. More knowledge on working mechanisms and more empirical data on the role of eye movements during

specific parts of the protocol will demonstrate whether the EMDR protocol can be improved by certain adaptations.

Limitations

This study compared the effect of recall with eye movements to recall only, on positive memories of personal resources, in a nonclinical sample, with experimenters who were unskilled in EMDR, and with a stripped down version of the RDI protocol. These are major limitations. The extent to which these findings apply to clinical practice is yet to be tested.

The fact that the experimenters were not skilled clinicians may have led to suboptimal retrieval of the memories and lower rates of vividness, pleasantness, and subjective experienced strength of the resource. However, there is no reason to suppose that more skilled guidance through the RDI protocol will change the nature of the results. Similarly, there is no ground to expect that eye movements will strengthen positive memories in a clinical sample when it weakens them in a nonclinical sample.

Conclusions

Because this study has shown that eye movements (horizontal and vertical) *decrease* the experienced strength of positive and resourceful autobiographic memories, the effectiveness of eye movements in RDI is questionable. It may even be counterproductive. More research is needed to investigate the role of associations in RDI and the combination of eye movements and associations. Nevertheless, it seems unlikely that with other instructions, the powerful effect of eye movements to desensitize positive memories will be different.

References

- Andrade, J., Kavanagh, D., & Baddeley, A. (1997). Eye-movements and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Clinical Psychology*, *36* (Pt. 2), 209–223.
- 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. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *15*(2), 325–345.
- Christman, S. D., Garvey, K. J., Propper, R. E., & Phaneuf, K. A. (2003). Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, *17*(2), 221–229.

- Christman, S. D., Propper, R. E., & Dion, A. (2004). Increased interhemispheric interaction is associated with decreased false memories in a verbal converging semantic associates paradigm. *Brain and Cognition*, *56*(3), 313–319.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Janssen, W. C., & van der Beek, J. (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of “flashforwards.” *Behaviour Research and Therapy*, *48*(5), 442–447.
- Engelhard, I. M., van Uijen, S. L., & van den Hout, M. A. (2010). The impact of taxing working memory on negative and positive memories. *European Journal of Psychotraumatology*, *1*, 5623. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v1i0.5623>
- Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(8), 913–931.
- Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2009). EMDR works . . . But how? Recent progress in the search for treatment mechanisms. *Journal of EMDR Practice and Research*, *3*(3), 161–168.
- Hornsveld, H. K., Landwehr, F., Stein, W., Stomp, M. P. H., Smeets, M. A. M., & van den Hout, M. A. (2010). Emotionality of loss-related memories is reduced after recall plus eye movements but not after recall plus music or recall only. *Journal of EMDR Practice and Research*, *4*(3), 106–112.
- Kavanagh, D. J., Freese, S., Andrade, J., & May, J. (2001). Effects of visuospatial tasks of desensitization to emotion memories. *British Journal of Clinical Psychology*, *40*(3), 267–280.
- Korn, D. L., & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(12), 1465–1487.
- 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.
- Leeds, A. M. (1995, June). *EMDR case formulation symposium*. Paper presented at the annual meeting of the International EMDR Association, Santa Monica, CA.
- Leeds, A. M. (2009). Resources in EMDR and other trauma-focused psychotherapy: A review. *Journal of EMDR Practice and Research*, *3*(3), 152–160.
- Leeds, A. M., & Shapiro, F. (2000). EMDR and resource installation: Principles and procedures for enhancing current functioning and resolving traumatic experiences. In J. Carlson & L. Sperry (Eds.), *Brief therapy with individuals and couples* (pp. 469–534). Phoenix, AZ: Zeig, Tucker, & Theisen.
- 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*(4), 247–261.
- Meissner, C. A., Brigham, J. C., & Kelley, C. M. (2001). The influence of retrieval processes in verbal overshadowing. *Memory & Cognition*, *29*(1), 176–186.
- Morris, S. B., & DeShon, R. P. (2002). Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. *Psychological Methods*, *7*(1), 105–125.
- Propper, R. E., & Christman, S. D. (2008). Interhemispheric interaction and saccadic horizontal eye movements: Implications for episodic memory, EMDR, and PTSD. *Journal of EMDR Practice and Research*, *2*(4), 269–281.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Rijkeboer, M. M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., Leer, A., et al. (2011). EMDR: Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(2), 92–98.
- van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Smeets, M. A. M., Hornsveld, H., Hoogeveen, E., de Heer, E., et al. (2010). Counting during recall: Taxing of working memory and reduced vividness and emotionality of negative memories. *Applied Cognitive Psychology*, *24*(3), 303–311.
- van den Hout, M., Muris, P., Salemink, E., & Kindt, M. (2001). Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *The British Journal of Clinical Psychology*, *40*(Pt. 2), 121–130.

Correspondence regarding this article should be directed to Hellen K. Hornsveld, Utrecht University, Clinical and Health Psychology, PO Box 80140, 3508 TC Utrecht, The Netherlands. E-mail: H.K.Hornsveld@uu.nl

The EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: Brief Report of an Application in a Human Massacre Situation

Ignacio Jarero

Susana Uribe

Asociación Mexicana Para Ayuda Mental en Crisis

Latin American & Caribbean Foundation for Psychological Trauma Research

México City, México

This ongoing field study was conducted subsequent to the discovery of clandestine graves with 218 bodies recovered in the Mexican state of Durango in April 2011. A preliminary psychometric assessment was conducted with the 60 State Attorney General employees who were working with the corpses to establish a triage criterion and provide baseline measures. The Impact of Event Scale (IES) and the short posttraumatic stress disorder (PTSD) rating interview were administered, and the 32 individuals whose scores indicated moderate-to-severe posttraumatic stress and PTSD symptoms were treated with the eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) Protocol for Recent Critical Incidents (EMDR-PRECI). Participants were assigned to two groups: immediate treatment (severe scores) and waitlist/delayed treatment (moderate scores). Each individual client session lasted between 90 and 120 minutes. Results showed that one session of EMDR-PRECI produced significant improvement on self-report measures of posttraumatic stress and PTSD symptoms for both the immediate treatment and waitlist/delayed treatment groups. This study provides preliminary evidence in support of the protocol's efficacy in a natural setting of a human massacre situation to a group of traumatized adults working under extreme stressors. More controlled research is recommended to evaluate further the protocol's efficacy.

Keywords: EMDR-PRECI; early EMDR intervention; EMDR and recent events; human massacre mental health; posttraumatic stress

The Merriam-Webster Dictionary (2011) defines a human *massacre* as the act or an instance of killing several usually helpless or unresisting human beings under circumstances of atrocity or cruelty. Records of human massacres date back to the year 61 A.D., when the Roman army destroyed the Celtic Druid stronghold on Anglesey, Britain (Wikipedia, 2011). The human massacres related to organized crime in Latin America had their origins in paramilitarism and narcotrafficking in Colombia during the 20th century when paramilitary groups controlled the large majority of the illegal drug trade of cocaine and other illegal substances (Human Rights Watch, 2011).

The *Mexican drug war* is an ongoing armed conflict taking place between the Mexican government forces who seek to combat drug trafficking and organized crime and the rival drug cartels, who also fight each other for regional control. Although Mexican drug cartels, or drug trafficking organizations, have existed for a few decades, they became more powerful and

more violent following the demise of Colombia's Cali and Medellín cartels in the 1990s. The government held a generally passive stance regarding cartel violence in the 1990s and early 2000s. That changed on December 11, 2006, when newly elected President Felipe Calderón sent 6,500 federal troops to the state of Michoacán to end drug violence there. This action is regarded as the first major operation against organized crime and is generally viewed as the starting point of the war between the government and the organized crime. As time progressed, Calderón continued to escalate his campaign, so that there are now about 45,000 troops involved, as well as state and federal police forces. The number of casualties has escalated significantly over time. By June 2011, casualties of this war were more than 50,000 persons, including organized crime members, soldiers, police officers, and innocent civilians (Los Angeles Times, 2011).

Since 2011, several clandestine graves have been found in several Mexican states. In April 2011, the

discovery of 183 bodies in 40 graves in the northeastern border state of Tamaulipas caused an international furor because families from the United States, Mexico, and Central America showed up in search of loved ones who had reportedly been pulled off buses, then vanished in the vast reaches of farmland near San Fernando; the scene of two mass killings in less than a year (MSN News, 2011).

Then, in the Mexican state of Durango, seven clandestine graves were found in the bustling urban areas of the city of almost 600,000 residents, with the recovery of 218 bodies since April 11, 2011. Officials only say that the mass graves probably hold the corpses of executed rivals from other gangs or possibly kidnapped victims or even some police. The region was written off long ago as narco-controlled territory. Some of the corpses in Durango have been in the ground for less than 3 months, buried since the Sinaloa cartel's internal dispute broke out; others have been there for as long as 4 years. In some cases, the remains are nearly skeletal after months or years in the desert-like conditions of Durango.

The task of body recovery was conducted by State Attorney General forensic personnel wearing masks and sterile suits. The sheer number of bodies outstripped the capacity of the city's morgue, and so the personnel worked in refrigerated trailers as they struggled to identify the corpses, by detecting individual features such as tattoos or fingerprints from the bodies that still retained some skin. Piles of cadavers in white plastic body bags were stacked along a wall of the trailers, awaiting examination (Time World, 2011). While working on the decomposing bodies, the workers stood on a carpet of live maggots, which were constantly falling from the cadavers. The stench in the room was overpowering.

To understand the magnitude of this unique scenario's stressful effect, it is necessary to describe the daily work: Day after day, the employees work with bodies—or body parts—in various states of putrefaction; some parts are unrecognizable. They use very thin gloves and are constantly exposed to horrific smells, live worms, and body parts tearing into pieces. The work environment is physically stressful because they move from the cold refrigerated trailers, to the non-air-conditioned morgue, to the heat of the desert. The employees often find themselves imagining the horror suffered in each death, as they examine the specific wounds and injuries. They also have to respond to the desperate family members looking for their loved ones. Meanwhile, they are constantly exposed to the power and cruelty of the cartels, they see new decapitated corpses being brought in, some of them

of coworkers that were tortured before execution, and they are afraid that they will also become victims. They have already suffered one organized crime attack to the General Attorney offices where the forensics are located. Some of them have received telephone calls threatening to kidnap and torture them (e.g., "We will cut out your tongue.") or their loved ones (e.g., "We will kidnap your 12-year-old daughter and abuse her in all possible ways and return her to you useless."). In addition, some employees have missing family members whom they dread to find in the clandestine graves.

Durango's State Attorney General asked the Mexican Association for Mental Health in Crisis to provide support for their forensic personnel who were working in the clandestine graves and in the morgue. The Mexican Human Rights Commission sponsored the clinicians' travel expenses. It was agreed that the treatment to be provided would be the eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) Protocol for Recent Critical Incidents (EMDR-PRECI; Jarero, Artigas, & Luber, 2011) and that the treatment would be provided using controlled research protocols. The purpose of the research was to evaluate the therapy's effectiveness in the treatment of employees exposed to the horrors of human massacre.

This was the first time that the EMDR-PRECI (Jarero et al., 2011) was used in an urban disaster context. The clinicians decided to use this protocol because of the continuum of stressful events in which the State Attorney General employees (forensic personnel, public prosecutors, psychologist, and administrative personnel) had been living since the original critical incident of April 11, 2001, when the first clandestine grave was uncovered.

EMDR Treatment of Acute Trauma

EMDR has established efficacy in the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD; see American Psychiatric Association, 2004; Bisson & Andrew, 2007) and is also applicable to a wide range of other experientially based clinical complaints (Shapiro, 2001; Solomon & Shapiro, 2008). There is an emerging body of research supporting the use of EMDR and modified EMDR protocols to treat acute trauma in both group and individual formats (Jarero et al., 2011). Standard EMDR has been investigated as a treatment for recent trauma in several studies. Fernández's (2008) case report showed that three EMDR sessions were sufficient to alleviate all symptoms, restore prior functions, and eliminate the acute PTSD diagnosis of an Italian citizen who had survived the 2004 tsunami in Thailand. Victims of Hurricane Andrew, who were

given one EMDR session 2.5 months following the disaster, showed significant improvement compared to waitlist controls (Grainger, Levin, Allen-Byrd, Doctor, & Lee, 1997). Ichii (1997) described successful EMDR treatment of two female survivors of the 1995 Hanshin-Awaji earthquake in Japan, with effects maintained at 5-months follow-up.

The EMDR Integrative Group Treatment Protocol (EMDR-IGTP) has been used in its original format or with adaptations to meet the circumstances in numerous settings around the world (Gelbach & Davis, 2007; Maxfield, 2008). Case reports and field studies have documented its effectiveness with children and adults after natural or man-made disasters and during ongoing war trauma (Adúriz, Knopfler, & Bluthgen, 2009; Jarero & Artigas, 2009; Jarero, Artigas, & Hartung, 2006; Jarero, Artigas, & Montero, 2008; Zaghrou-Hodali, Alissa, & Dodgson, 2008). Recent research by Jarero and Artigas (2010) successfully applied the EMDR-IGTP to adults in a situation of ongoing geopolitical crisis and violence, significantly reducing Impact of Event Scale (IES) scores, with effects maintained throughout the crisis.

EMDR-PRECI was evaluated in a study by Jarero et al. (2011) who compared immediate treatment and waitlist/delayed treatment groups with 18 adults who had been traumatized by a recent 7.2 earthquake in North Baja California, Mexico. Results showed that one session (lasting between 80 and 130 minutes) of EMDR-PRECI produced significant improvement of symptoms of posttraumatic stress for both the immediate treatment and waitlist/delayed treatment groups, with results maintained at 12-weeks follow-up.

Early EMDR intervention has a natural place in the Crisis Intervention and Disaster Mental Health Continuum of Care Context, and EMDR may be key to early intervention as a brief treatment modality (Jarero et al., 2011). Several protocols have been developed to provide modifications of EMDR to individuals in the acute phases after a critical incident. The primary reason for the modifications is that memory consolidation appears to change in the weeks and months following a critical incident (Maxfield, 2008; F. Shapiro, 2001, 2009; E. Shapiro & Laub, 2008).

Related stressful events can continue for an extended time (often more than 6 months) following the original critical incident (e.g., earthquake, flooding, landslides). This lack of a post-safety period prevents the consolidation in memory of the original critical incident. The continuum of stressful events with similar emotions, physical sensations, sensorimotor, and cognitive information does not give the

state dependent traumatic memory (van der Kolk & van der Hart, 1991) sufficient time to consolidate into an integrated whole. Thus, the memory network remains in a permanent excitatory state, expanding with each subsequent stressful event in this continuum like the ripples from a rock falling in the middle of a lake.

The traumatic incident may extend over time, into a continuum of events. For example, a time continuum could include events that occurred immediately before, during, and after the disaster; community responses such as violence or looting; the individual's personal reactions and emotions; regrets about what they did and did not do; various losses; medical issues; concerns about the food, water, and air contamination; current effect; present and future economic issues; and constant worry related to living in a threatening environment.

The EMDR Protocol for Recent Critical Incidents

EMDR-PRECI was developed in the field to treat original critical incidents (e.g., earthquake, flooding, landslides), where related stressful events continue for an extended time (often more than 6 months). It is a modification of Shapiro's (2001) Recent Traumatic Events Protocol. Although it is similar to her protocol, it is also different in several important ways in order to accommodate the extended time frame with its continuum of stressful events often along the themes of safety, responsibility, and choice. It contains some unique elements developed by Jarero and Artigas (Jarero et al., 2011), derived from their observations during their many years of experience working in the field with survivors of natural or human provoked disasters in Latin America and the Caribbean. Authors recommend the use of Francine Shapiro's Recent Traumatic Events Protocol for a single incident during the first three months following the initial event with a window of consolidation post-safety (e.g., for a rape victim who is safe and protected after the assault) because it assumed that the traumatic memory will not have been fully consolidated within that time period (Shapiro, 2001). As noted earlier, EMDR-PRECI has preliminary evidence supporting its efficacy in reducing symptoms of posttraumatic stress in adults and maintaining those effects despite ongoing threat and danger in a disaster mental health continuum of care context (Jarero et al., 2011).

EMDR-PRECI uses an 8-phased protocol (see Jarero et al., [2011] for a detailed description of the protocol). Phase 1 and 2 are the history taking and

preparation phases. In Phase 3, disturbing memory fragments are assessed with the client identifying the most disturbing image, related negative cognition (NC), emotion, ratings of subjective units of disturbance (SUD), and body sensation location, but no positive cognition (PC) or rating of validity of positive cognition (VOC). During Phase 4 (desensitization), the client focuses on the memory fragment, while simultaneously engaging in dual attention stimulation using eye movements (EM) as a first choice and the butterfly hug (BH) as an alternative bilateral stimulation (BLS); EMDR-PRECI uses the full power of standard EMDR free associative processing. Phase 5 is not conducted until all fragments have been processed with Phase 4, and the client identifies no further disturbance; then Phase 5 is applied to the entire extended event with a PC developed for the entire event. Installation of PC does not use frequent checking of VOC but full reprocessing doing BLS while information is moving. A supplement step is conducted in this phase to review the whole sequence holding the PC. Phase 6 uses standard procedures. Phase 7 uses Jarero and Artigas's postdisaster self-soothing strategies (Jarero et al., 2011), and Phase 8 uses standard procedures.

Method

Prior to treatment and to have a better understanding of the situation, the clinicians visited the morgue and the refrigerated trailers where the bodies were being stored. They also saw one of the clandestine graves still open and the house next door in which the victims were tortured to death in narco-satanic rituals before being buried. Security was a concern for the forensic employees, many of whom feared that organized crime members would kidnap and torture them or their loved ones to stop the investigations. For security reason, the clinicians worked inside the police academy and were provided with training on how to respond if an armed attack should occur. In preparation for their work, they asked the State Attorney General logistic coordinator for the following: private spaces, two comfortable chairs with arms (clients feel more secure if they can hold the chair arms), Kleenex tissues, trash cans without lid and plastic bag (in case of client's vomiting), fresh water, juice, and protein bars. To prevent traumatization, the clinicians followed Green Cross Academy of Traumatology Standards of Self Care (2008) and every day after work, they used the butterfly hug to stimulate their adaptive information processing system while mentally running a movie of the day's work.

Measures

The IES (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979) and the Short PTSD Rating Interview (SPRINT; Connor & Davidson, 2001; Vaishnavi et al., 2006) were administered at baseline (Time 1), pretreatment (Time 2), and posttreatment (Times 3 and 4), and will be administered again at follow-up (Times 5 and 6).

The IES is a 15-item widely used self-report questionnaire. It is a reliable measure of subjective posttraumatic stress to a stressful or traumatic life event. Responses are scored according to a Likert scale, where 0 = *not at all*, 1 = *rarely*, 3 = *sometimes*, and 5 = *often*. Scores between 0 and 8 are considered subclinical; scores between 9 and 25 are considered low or mild distress; 26–43 moderate distress; and 44–75 high or severe distress.

The SPRINT is an 8-item interview or self-rating questionnaire with solid psychometric properties that can serve as a reliable, valid, and homogeneous measurement of PTSD illness severity and global improvement, as well as a measure of somatic distress, stress coping, work, family, and social impairment. SPRINT performs similarly to the CAPS rating scale in the assessment of PTSD symptoms clusters and total scores, can be used as a diagnostic instrument. Each item is rated on a five-point scale: *not at all* (0), *a little bit* (1), *moderately* (2), *quite a lot* (3), and *very much* (4). Scores between 18 and 32 correspond to marked or severe PTSD symptoms; between 11 and 17 to moderate symptoms; between 7 and 10 to mild symptoms; scores of 6 or less indicate either no or minimal symptoms. The SPRINT also contains two additional items to measure global improvement according to percentage change and by severity rating. This questionnaire was translated from English to Spanish, back translated from Spanish to English, and reviewed and authorized by one of his authors.

Procedure

The research was conducted in four phases: Phase 1 was the baseline assessment; Phase 2 was the treatment and assessment of the immediate treatment group; Phase 3 was the treatment and assessment of waitlist/delayed treatment group; and Phase 4 is the follow-up assessment of both treatment groups.

Phase 1

At Time 1, from May 16 to 20, 2011, two independent mental health professionals administered the IES and the SPRINT to the 60 State Attorney General employees who were working with the 218 corpses found in the clandestine graves in Durango. The scores were used

to establish a triage criterion for the next phases and to determine baseline measures. Based on the screening scores, two groups were formed: those with severe scores were placed in the immediate treatment group ($N = 18$; 8 females, 10 males), and those with moderate scores were placed in the waitlist/delayed treatment group ($N = 14$; 8 females, 6 males). The focus on intense reactions, as opposed to reactions of moderate strength, addresses the concern that moderate levels of distress are expected after disasters and may resolve on their own or with less intensive interventions, such as crisis counseling (Norris et al., 2008).

Phase 2

From June 8 to 12, two EMDR clinicians travelled to the site and provided EMDR-PRECI treatment to the immediate treatment group. IES and SPRINT measures were taken pretreatment those days (Time 2). Posttreatment measures were administered on June 30 (Time 3).

Phase 3

From June 29 to July 2, three EMDR clinicians travelled to the site and provided EMDR-PRECI treatment to the waitlist/delayed treatment group. IES and SPRINT measures were taken pretreatment those days (Time 3). Posttreatment measures were administered on July 20 (Time 4).

Phase 4

Follow-up measures will be taken on September 30 (Time 5) and November 30 (Time 6), 2011. All measures will be taken by independent professionals, and the statistical analysis will be conducted by another independent professional.

Participants

Sixty State Attorney General employees completed the IES and SPRINT at baseline (Time 1). Participants in this study were the 32 individuals (16 females, 16 males) who scored higher than 24 on the IES measure and 14 or more on SPRINT measure. They continued to work on the forensic project during the duration of this study. Their attendance in treatment was not mandated by the employer and there were no dropouts in this study.

Treatment

EMDR-PRECI was administered to the 32 participants, using the EMDR-PRECI protocol (Jarero et al., 2011).

Each individual client session lasted between 90 and 120 minutes (Phases 1 and 2 last 30 to 35 minutes; re-processing phases last between 50 and 65 minutes); only one treatment session was provided to each participant.

Results

Phenomenological Data

At Pretreatment. During EMDR-PRECI's history taking (Phase 1), the participants described distress related to the following symptoms:

- *Flashbacks and intrusive images*
- *Nightmares* about violence or the dead persons (e.g., the client tells the dead persons to go and rest in peace, the client asks the dead persons their name to help them find their relatives, or the organized crime killers came into the client's home to kill the client)
- *Visual hallucinations* (e.g., seeing their relative's faces in the corpses' file pictures)
- *Cognitive symptoms*: repetitive thinking (e.g., fear of being infected by the cadavers; fear that the dead person's spirit had possessed the client; revenge desires), catastrophic thinking (e.g., "*Something very bad is about to happen.*"), impaired concentration, memory problems, death wishes (e.g., "*If I die, my love ones will be safe,*" or "*If I die today, it's ok.*"), or difficulty expressing ideas
- *Avoidance* of memories, places, or persons that are reminders of the incident
- *Emotional symptoms* (e.g., anxiety, anger, panic attacks, hypervigilance, waking up in the middle of the night with anxiety and fear, depression, apathy, numbing, loss of hope, desire to cry, irritability, intolerance)
- *Physical symptoms* (e.g., nausea evoked by memories of the cadaver smell; shortness of breath, loss of appetite and weight because food smells like cadaver; increase in appetite and weight for excessive carbohydrates to mitigate anxiety, headaches, dizziness, vomiting, diarrhea, constipation, hyperarousal, insomnia, sleep without rest, arrhythmia, palpitations, chest tightness, dermatitis, hands and feet are cold all the time, immunologic system depression, pain in neck, back, stomach, or chest, decrease of visual perception of colors and light intensity [e.g., seeing everything in grey])
- *Behavioral symptoms* (e.g., wash their hands repeatedly; increase in drinking alcohol and/or smoking or initiate this behavior for the first time in their lives; stop eating any type of meat, ketchup, or mustard; do not want to take a shower; do not want go to work; desire to sleep all the time; isolation;

wake up at night to check if their children are alive; avoidance of public places)

- *Spiritual symptoms* (e.g., anger with God, stop believing in God)

At Target Assessment. In Phase 3, the client identifies the dominant image and NC associated with the targeted event. In this study, the images of the targeted incidents were not always an image of the worst thing witnessed. Sometimes, the worst image was something they imagined might have happened (e.g., how a victim suffered when being killed); sometimes it was a future event they feared might happen (e.g., the killers coming into the office, shooting); and sometimes, it was a non-visual sensory perception such as the putrefaction smell or the tactile memory of the decomposing flesh.

Examples of NCs the clients mentioned were “I should have done something,” “I’m in danger,” “I’m not in control,” “I’m powerless,” “I should have known better,” “I cannot trust anyone,” “I’m vulnerable,” “I’m a failure,” “It is my fault and I’m guilty,” “I’m dishonest,” “I’m a bad person,” “I cannot protect myself,” “I’m not important.”

During Reprocessing Phases (4–6). Clinical observations during reprocessing phases (4–6) using the full power of standard EMDR free associative processing showed that adjusting the EM length of sets and speed to the client’s necessities or using the BH as an alternative BLS resulted in a non-stuck and a rapid progression of traumatic information processing in the perceptual, experiential and meaning processing levels in both groups.

Symptom Improvement

Baseline. The measures taken at baseline (Time 1) were used to create the two treatment groups. Participants with more severe scores were placed in the immediate treatment group and those with moderate scores in the waitlist/delayed treatment group.

A two-sample hypothesis test showed that there was a significant difference between scores at baseline, with higher scores in the immediate group on both IES, $t(30) = -15.47, p < .001$; and SPRINT, $t(30) = -5.77, p < .001$. See Table 1 for averages and standard deviations.

Treatment Effect for the Immediate Treatment Group. Researchers used one-way analysis of variance (ANOVA) tests to determine the differences in IES and SPRINT scores over the three time periods (baseline, pretreatment, and posttreatment), for the immediate treatment group. Results indicated that there was a main effect for the treatment because IES scores differed significantly across the three times, $F(2, 51) = 200.00, p < .0001$; as did SPRINT scores, $F(2, 51) = 68.02, p < .0001$. Tukey’s post hoc comparisons of the three times indicate that all average scores significantly differed from one another at the $p < .05$ level for both tests. The means and standard deviations are presented in Table 1.

In the approximate three-week period between baseline (Time 1) and pretreatment (Time 2), the immediate treatment group demonstrated a significant increase in scores on the IES and SPRINT measures, indicating a worsening of symptoms. This suggests that time alone was insufficient to produce an improvement in symptoms. Then, after EMDR treatment, there was a large decrease in the posttraumatic symptoms, with posttreatment scores (Time 3) significantly smaller than those at pretreatment (Time 2) for both IES and SPRINT (please see Figures 1 and 2).

Treatment Effect for the Waitlist/Delayed Treatment Group. One-way ANOVAS were also used to determine if there were differences in IES and SPRINT scores over the three time periods (baseline, pretreatment, and posttreatment) for the waitlist/delayed group. Results indicated that there was a main effect for the treatment on IES scores because scores differed significantly across the three times, $F(2, 39) = 75.25$,

TABLE 1. Means and Standard Deviations of Posttraumatic Stress Scores

	N	Baseline	Pretreatment	Posttreatment
Impact of Event Scale				
Immediate treatment	18	59.22 (5.41)	65.17 (5.90)	32.17 (4.41)
Waitlist/delayed treatment	14	31.29 (4.58)	38.21 (3.49)	21.71 (2.27)
Short PTSD rating interview				
Immediate treatment	18	23.83 (3.73)	26.39 (3.45)	14.83 (1.86)
Waitlist/delayed treatment	14	16.07 (3.83)	19.71 (6.58)	10.07(3.95)

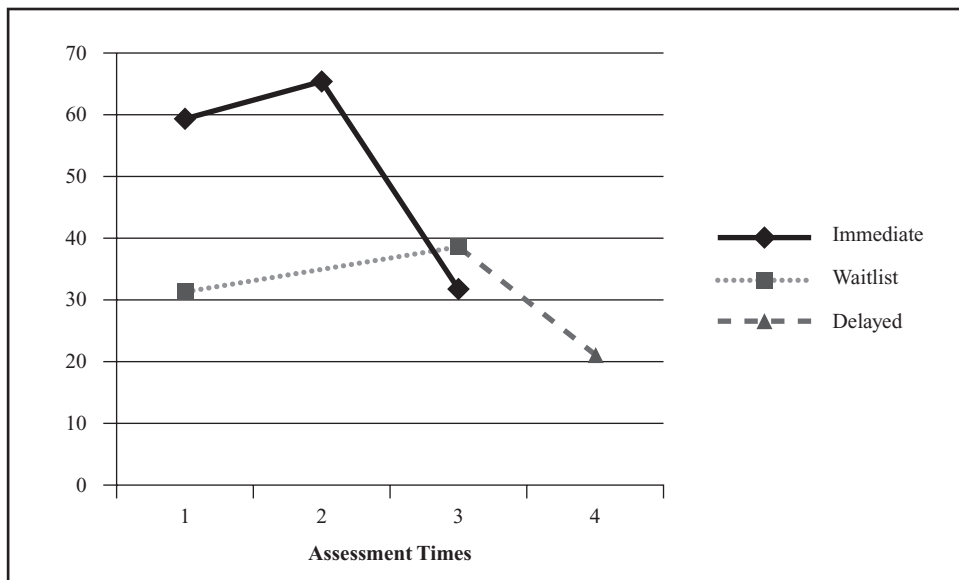


FIGURE 1. Mean scores on the Impact of Event Scale.

Note. Time 1 = baseline; Time 2 = pretreatment immediate group; Time 3 = pretreatment waitlist/delayed, posttreatment immediate group; Time 4 = posttreatment waitlist/delayed group.

$p < .0001$. Tukey's post hoc comparisons of the three times indicate that all scores significantly differ from one another at the $p < .05$ level.

For SPRINT scores, results demonstrated that there was also a main effect for the treatment, $F(2, 39) = 13.53, p < .0001$. Tukey's post hoc comparisons of the three times indicate that although the baseline and pretreatment scores did not significantly differ from

one another, the posttreatment score was significantly lower than both of those scores at the $p < .05$ level. The means and standard deviations are presented in Table 1.

Provision of EMDR-PRECI for the waitlist/delayed group, then, showed similar effects to that achieved in the immediate treatment group. The waitlist/delayed group also showed an increase in

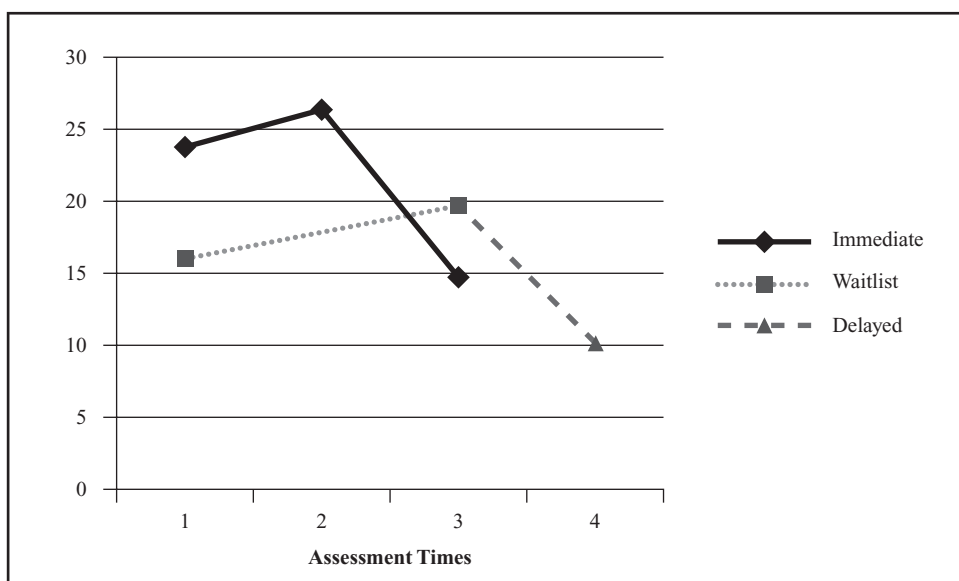


FIGURE 2. Mean scores on the short PTSD rating interview.

Note. Time 1 = baseline; Time 2 = pretreatment immediate group; Time 3 = pretreatment waitlist/delayed, posttreatment immediate group; Time 4 = posttreatment waitlist/delayed group.

TABLE 2. Statistical Comparisons Between Treatment Groups: Immediate Treatment Versus Waitlist/Delayed Treatment

	Time	Mean (SD)	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Impact of Event Scale					
Immediate posttreatment versus waitlist/delayed pretreatment	Time 3	32.17 (4.41)			
	Time 3	38.21 (3.49)	4.20	30	<.001
Immediate posttreatment versus waitlist/delayed posttreatment	Time 3	32.17 (4.41)			
	Time 4	21.71 (2.26)	8.68	26	<.001
Short PTSD rating interview					
Immediate posttreatment versus waitlist/delayed pretreatment	Time 3	14.83 (1.86)			
	Time 3	19.71 (6.58)	2.69	15	<.001
Immediate posttreatment versus waitlist/delayed posttreatment	Time 3	14.83 (1.85)			
	Time 4	10.07 (3.95)	4.16	17	<.001

scores between baseline (Time 1) and pretreatment (Time 3) 6 weeks later, indicating that time alone was insufficient to ameliorate posttraumatic symptoms and that symptoms worsened over time (please see Figures 1 and 2).

Comparison of Immediate Treatment and Waitlist/Delayed Groups. A two-sample hypothesis test of the two groups at Time 3 was conducted to compare the immediate posttreatment scores with the pretreatment scores of the waitlist/delayed group. The results show the immediate treatment group with significantly lower scores than the waitlist/delayed groups on the IES, $t(30) = 4.20, p < .001$; and SPRINT, $t(30) = 3.01, p < .01$. This finding is even more meaningful when one considers that at baseline, the initial scores of the waitlist/delayed treatment group were less severe than those of the immediate group. Results of this controlled comparison suggest that the decrease of symptoms for the immediate group may be attributed to the single session of EMDR-PRECI (see Table 2 and Figures 1 and 2).

Discussion

This study examined traumatized adults working under extreme stressors to which treatment was provided in a natural setting. These individuals were provided with EMDR-PRECI in two groups—immediate treatment and waitlist/delayed treatment.

Results indicated that IES and SPRINT scores increased in both groups between baseline and pretreatment administrations, showing a worsening of symptoms over that time period. Although some research (Norris et al., 2008) has suggested that symptoms of acute trauma remit naturally with time, that effect was not found in this study. This may be caused

by the continuum of stressful events and the ongoing threats faced by the participants in this study.

The posttreatment scores of the immediate treatment group were compared to the waitlist/delayed treatment group to evaluate the effects of treatment, with results demonstrating that the treated group had significantly lower scores than the waitlist group. This finding occurred even though the baseline scores of the waitlist/delayed treatment group were less severe scores than those of the immediate treatment group. Results also showed significant improvement on self-report measures of posttraumatic stress and PTSD symptoms for both the immediate and delayed treatment groups, providing preliminary evidence for the effectiveness of one session of EMDR-PRECI.

It is important to note that the posttreatment scores were not taken directly after completion of the intervention. Instead, the posttreatment measures were administered 3 weeks after the treatment was provided. During this 3-week interval, the participants continued to work on site—in the horrific work environment—and with ongoing threats. These results appear to provide support for the hypothesis deriving from Shapiro's (2001) Adaptive Information Processing (AIP) model: Thoroughly processing disturbing memory changes the way that the experience is stored in memory, so that distress is no longer triggered by similar events. The results indicate that the continued exposure to the traumatic work environment no longer elicited the same distressing symptoms after EMDR treatment. Although this suggests the development of possible resiliency, these effects and the prevention of chronic PTSD will be investigated in the follow-up testing that will be conducted in September and November, 2011.

Only one treatment session was provided to the participants. This limitation in treatment provision was a factor of the dangerous environment, and the clinicians' time on site was limited because of safety concerns. Although in this situation, the threats were of human origin, dangerous environments are often a concern for clinicians working in any disaster setting (e.g., earthquakes). Therefore, effective treatment for acute trauma must be brief and transportable.

The possibility of utilizing EMDR-PRECI as one component of a comprehensive system of postdisaster interventions has important global implications (Shapiro, 2009). Some of the benefits include transportability, and its ease of use for both new and experienced EMDR practitioners. Like the standard EMDR therapy protocol for PTSD (Maxfield, 2009), EMDR-PRECI seems to be equally cross-culturally effective, therapy can be done on consecutive days, and there is no need for homework between sessions. Unlike some other recent event protocols such as Shapiro and Laub's (2008) recent episode protocol, EMDR-PRECI does not restrict associations during desensitization but uses the full power of standard EMDR free associative processing. It is also time effective—only one session was needed to achieve resolution of posttraumatic symptoms. This is especially important given the high mobility of survivors in some disaster settings (see Silver, Rogers, Knipe, & Colelli, 2005).

This study lends support to the view that the EMDR-PRECI can be used effectively with adults as an early intervention in the acute phase of a critical incident, when there is no postsafety window of consolidation by reducing self-report measures of posttraumatic stress and PTSD symptoms. Future research is needed to investigate the effectiveness and utility of EMDR-PRECI.

References

- Adúriz, M. E., Knopfler, C., & Bluthgen, C. (2009). Helping child flood victims using group EMDR intervention in Argentina: Treatment outcome and gender differences. *International Journal of Stress Management*, *16*(2), 138–153.
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guidelines for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA: Author.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *18*(3): CD003388. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2001). SPRINT: A brief global assessment of posttraumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, *16*(5), 279–284.
- Fernández, I. (2008). Treatment of a tsunami survivor with acute posttraumatic stress disorder. *Journal of EMDR Practice & Research*, *2*(2), 156–159.
- Gelbach, R. A., & Davis, K. E. B. (2007). Disaster response: EMDR and family systems therapy under community wide stress. In F. Shapiro, F. W. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. 387–406). New York: John Wiley & Sons.
- Grainger, R. D., Levin, C., Allen-Byrd, L., Doctor, R. M., & Lee, H. (1997). An empirical evaluation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with survivors of a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, *10*(4), 665–671.
- Green Cross Academy of Traumatology. (2008). *Green Cross Academy standards of self care*. Camden, ME: Author. Retrieved August 15, 2011, from http://www.greencross.org/index.php?option=com_content&view=article&id=184&Itemid=124
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *41*(3), 209–218.
- Human Rights Watch. (2011). Retrieved July 20, 2011, from <http://www.hrw.org/en/home>
- Ichii, M. (1997). Application of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) to survivors of the great Hanshin-Awaji earthquake: Treatment with less stress for stress disorder. *Japanese Journal of Biofeedback Research*, *24*, 38–44.
- Jarero, I., & Artigas, L. (2009). EMDR integrative group treatment protocol. *Journal of EMDR Practice and Research*, *3*(4), 287–288.
- Jarero, I., & Artigas, L. (2010). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with adults during ongoing geopolitical crisis. *Journal of EMDR Practice and Research*, *4*(4), 148–155.
- Jarero, I., Artigas, L., & Hartung, J. (2006). EMDR integrative group treatment protocol: A post-disaster trauma intervention for children and adults. *Traumatology*, *12*(2), 121–129.
- Jarero, I., Artigas, L., & Luber, M. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Application in a disaster mental health continuum of care context. *Journal of EMDR Practice and Research*, *5*(3), 82–94.
- Jarero, I., Artigas, L., & Montero, M. (2008). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with child victims of mass disaster. *Journal of EMDR Practice & Research*, *2*(2), 97–105.
- Los Angeles Times. *Mexico under siege: The drug war at our doorstep*. Retrieved July 20, 2011, from <http://projects.latimes.com/mexico-drug-war/#/its-a-war>
- Massacre. (July 20, 2011). In *Merriam-Webster's online dictionary*. Retrieved from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/massacre?show=0&t=1311087135>
- Maxfield, L. (2008). EMDR treatment of recent events and community disasters. *Journal of EMDR Practice & Research*, *2*(2), 74–78.
- Maxfield, L. (2009). Twenty years of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, *3*(4) 211–216.

- MSN News. (2011). *Mexico mass graves of 219 signal major cartel rift*. Retrieved May 22, 2011, from <http://news.ca.msn.com/world/mexico-mass-graves-of-219-signal-major-cartel-rift>
- Norris, F., Hamblen, J., Btown, L., Schinka, B. (2008). Validation of the Short Posttraumatic Stress Disorder Rating Interview (expanded version, Sprint-E) as a measure of postdisaster distress and treatment need. *American Journal of Disaster Medicine*, 3(4), 201–212.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2009, December). *Treating victims of trauma worldwide*. Presentation given at the Evolution of Psychotherapy Conference, Anaheim, CA.
- Shapiro, E., & Laub, B. (2008). Early EMDR Intervention (EEI): A summary, a theoretical model, and the Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 79–96.
- Silver, S. M., Rogers, S., Knipe, J., & Colelli, G. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: A community-based intervention project in New York City. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 29–42.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanism of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315–325.
- Time World. (2011). *Durango's killing fields: The grave in the garden*. May 21, 2011. <http://www.time.com/time/world/article/0,8599,2072887,00.html>
- van der Kolk, B. A., & van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48(4), 425–454.
- Vaishnavi, S., Payne, V., Connor, K., Davidson, J. R. (2006). A Comparison of the SPRINT and CAPS assessment scales for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 23(7), 437–440.
- Wikipedia. (2011). *List of events named massacres*. Retrieved July 20, 2011, from http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_events_named_massacres
- 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 & Research*, 2(2), 106–113.

Acknowledgments. The authors give Jose Antonio Fernández, Alaide Miranda, and Martha Givaudan thanks for their work in this humanitarian project.

Correspondence regarding this article should be directed to Ignacio Jarero, Boulevard de la Luz 771. Jardines del Pedregal. Álvaro Obregón, México City, 01900. E-mail: nacho@amamecrisis.com.mx

EMDR Treatment of Migraine

Emre Konuk

Hejan Epözdemir

Şirin Hacıömeroğlu Atçeken

Yunus Emre Aydın

Asena Yurtsever

Institute for Behavioral Studies, Istanbul, Turkey

This pilot study was conducted at Gaziosmanpaşa Hospital, Istanbul, to investigate the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on migraine headache by specifically treating traumas related to headaches. The sample consisted of 11 Turkish participants with chronic daily headache: 9 women (mean age of 31.7 years) and 2 men (mean age of 30.5 years). Participants had a history of migraine ranging from 2 to 30 years (mean = 12 years). Variables included participant daily ratings of headache frequency, duration, and intensity; medication intake; hospital emergency room (ER) visits; and scores on the Symptom Assessment-45 Questionnaire. The results showed a significant decrease in headache frequency and duration with no reduction in pain intensity. There was a significant decrease in the use of painkillers and ER visits. All results were maintained at 3-month follow-up, providing some preliminary evidence that EMDR may be effective and useful as an alternative treatment for migraine.

Keywords: EMDR; migraine; EMDR headache protocol

Chronic headaches are one of the most common and disabling problems that a person can have. The World Health Organization (WHO, 2004) reports that up to 1 in 20 adults has a headache nearly every day, and that 3,000 daily migraine attacks occur per each million of the general population. The International Headache Society (IHS, 2004) categorized headaches as falling into two main categories: primary and secondary. Whereas primary headaches are known to have no organic causes as an underlying pathogenesis, secondary headaches have organic causes such as head trauma or a systemic illness. It was reported that 90% of headaches are primary headaches with the most common being the tension-type headache, migraine, and cluster headache (Saip, 2005). Although all these headaches cause substantial levels of disability and significantly disturb the quality and function of daily life, the high prevalence of migraine and its negative impact on the occupational, familial, and social areas are regarded as a major public health issue.

Migraines

The WHO (2004) reported that migraines usually start during adolescence and mostly affect adults aged 35–45 years. However, much younger people including children can suffer from them. European and American studies have shown that 6%–8% of men and 15%–18% of women suffer from migraines every year, with a similar pattern seen in Central and South America. Furthermore, research conducted by the Turkish Headache Epidemiology Study Group in several regions of Turkey showed a higher prevalence rate: 10.9% among men and 21.8% among women (as cited in Siva, 2002).

Worldwide, according to the World Health Organization Global Burden of Disease Study, migraine is the 20th leading cause of years of a healthy life lost to disability (YLDs) on a global level, accounting for 1.4% of total global YLDs. Furthermore, the study claims that the burden of migraine is higher for women (at 2% of total global YLDs), making it the ninth leading cause of disability for them (Leonardi & Mathers,

2003). Indeed, headaches inflict recognizable burden on patients, which sometimes include substantial personal suffering, impaired quality of life, and financial cost. Repeated headache attacks, and often the constant fear of the next one, damage family life, social life, and employment (WHO, 2004). Such attacks also cause a huge financial burden on employers through lost work productivity and absenteeism (Lipton, Hamelsky, Kolodner, Steiner, & Stewart et al., 2000; Von Korff, Stewart, Simon, & Lipton, 1998) and have cost the United States US\$1 billion annually for migraine care (Hu, Markson, Lipton, Stewart, & Berger, 1999).

Apart from its negative impact on social, occupational, and economical dynamics, migraine also has deteriorating effects on sufferers' psychological well-being. A vast amount of research indicates that migraine headaches are often highly associated with mood disorders and anxiety disorders such as depression, anxiety, panic disorder, and bipolar disorder (Beghi et al., 2007; Hamelsky & Lipton, 2006; Kececi, Dener, & Analan, 2003). In their population-based study, Breslau et al. (2000) found that the lifetime prevalence of major depression is about three times higher for people with migraines and other severe headaches. Radat and Swendsen (2005) also investigated the possible mechanisms of comorbidity and found that only phobic disorders seem to predict the onset of migraine, and that a bidirectional chronology exists between migraine and depression or panic disorder. Other research has found a meaningful relationship between chronic pain and posttraumatic stress disorder (PTSD; Asmundson, Norton, Allerdings, Norton, & Larsen, 1998; Chibnall & Duckro, 1994; Geisser et al., 1996; Otis et al., 2010).

Migraine Physiology

Migraine is essentially an episodic headache, usually accompanied by nausea, photophobia, and phonophobia, which may be preceded by focal neurological symptoms (aura) (Lance & Goadsby, 2005). It is considered primarily as a neuronal disorder contrary to its previous categorization as a vascular disorder (May & Goadsby, 1999). Positron emission tomography (PET) scan studies showing the activation of brain stem regions involved in the control of antinociception and vascular functions during spontaneous migraine support the existence of a brain stem "migraine generator" (Weiller et al., 1995). The sensory disturbances during the migraine aura that can precede migraine are now believed to result from a spreading depression or a transient inhibition of neuronal activity that passes across the cerebral cortex (Lauritzen, 1994).

Nicholson, Houle, Rhudy, and Norton (2007) claimed that most of the research and clinical work has focused on the biological factors. These efforts have resulted in important steps toward the treatment and prevention of headaches along with their related disability. This body of research has also revealed that biological factors alone not only fail to account for all aspects of headache and disabilities but they also underscore the importance of psychological factors (Lake, Rains, Penzien, & Lipchik, 2005; Nicholson et al., 2007).

Treatment of Migraine

Pharmacological Treatments

The most common treatment for migraine is pharmacological treatment. The development of acute and preventive treatments over the past 15 years had been a major advance in the management of migraine (Lance & Goadsby, 2005). Pharmacological treatments mainly consist of the following:

1. Prophylactic (preventive) treatment. The goal is to decrease the frequency, severity, and duration of headache attacks, to improve responsiveness to treatment of acute attacks, and to reduce disability by using regular medication for a specific length of time (e.g., 6 months or more). Prophylactic treatments are mostly thought to be suitable for patients having four or more attacks in a month, and antidepressants are the most commonly used medications (Saip, 2005).
2. Acute intervention. Medication is used to abort the headache attack when it is felt to be imminent (Saip, 2005). Even though pharmacological treatments help victims by reducing or aborting their headaches, side effects such as reduced energy, drowsiness, weight gain/loss, depression, parkinsonism, cognitive impairment, leg cramps, dizziness, tiredness, and so on (Lance & Goadsby, 2005), and contraindications because of patients' coexisting conditions can complicate their treatment. The trial-and-error method of determining which patients will respond to which medication is frustrating for the patients as well as physicians (Sprenger & Goadsby, 2009). The diversity of medications used in treating migraine is an indication that none is fully effective, and overusing medication can increase the risk of inducing migraines (Grazzi, Usai, & Bussone, 2007; Lance & Goadsby, 2005).

On the other hand, there is a cluster of patients who are not advised to use medication and/or for whom behavioral treatments may be particularly well suited. According to the U.S. Headache Consortium, these patients may be those who prefer behavioral approaches, those who cannot tolerate or use pharmacological

treatment for various reasons (e.g., during pregnancy), those for whom analgesic or acute medications can increase the severity of headache, or those with serious stressors and/or deficient stress-coping skills (Penzien, Rains, & Andrasik, 2002).

Behavioral Treatments

Behavioral headache treatments are based on the conceptualization of a headache as a psychosomatic disorder; this view emphasizes the important impact of psychological and environmental factors on physical disorders. Behavioral interventions are generally structured to teach various headache management skills in addition to the self-regulation of specific physiological responses through biofeedback or relaxation training (Penzien et al., 2002). On the other hand, cognitive behavioral treatments focus on behavior modification and also on modifying maladaptive patterns of thinking, self-monitoring, stress management, problem solving, and relaxation training (Lipchik, Smitherman, Penzien, & Holroyd, 2006).

Goslin et al. (1999), supported by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), conducted a meta-analysis of the behavioral treatment literature and results for 70 studies and found that relaxation training, thermal biofeedback combined with relaxation, electromyographic biofeedback, and cognitive behavioral therapy were all statistically more effective than wait list control. Other meta-analysis studies also support the former results (e.g., Blanchard & Andrasik, 1982, 1987; Blanchard, Andrasik, Ahles, Teders, & O'Keefe, 1980; Holroyd & Penzien, 1990; Penzien, Holroyd, Holm, & Hursey, 1985). Furthermore, in Blanchard and Andrasik's (1987) follow-up study, 91% of migraine sufferers remained significantly improved 5 years after completing behavioral headache treatment.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Chronic Pain

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) is an integrative approach of psychotherapy. Although it was originally developed to reduce or eradicate symptoms of unresolved traumatic memories, it has found a wide application beyond PTSD (Shapiro, 2001). A new area of research has been chronic pain and there have been promising results (e.g., de Roos et al., 2010; Grant & Threlfo, 2002; Mazzola et al., 2009; Schneider, Hofmann, Rost, & Shapiro, 2007, 2008; van Rood & de Roos, 2009).

van Rood and de Roos (2009) reviewed research that investigated EMDR as a treatment for patients with various medically unexplained symptoms, which

are somatic symptoms for which no treatable medical cause has been found or previous regular treatments has not improved the symptoms. They tentatively concluded that EMDR might be a beneficial treatment for medically unexplained symptoms on the condition that these complaints are trauma related (i.e., the present complaint is etiologically associated with or maintained by unprocessed traumatic events or negative life experiences). According to these studies, processing such memories using standard EMDR protocol may decrease related physical and psychological symptoms.

Grant and Threlfo (2002) and Mazzola et al. (2009) both showed the efficacy of EMDR in improving coping and reducing chronic pain and suffering. In another study, Schneider et al. (2008) applied EMDR in the treatment of five phantom limb sufferers and found that in about 3–15 EMDR sessions, 2 participants were symptom free and 3 experienced a significant decrease of pain, with results maintained at follow-up. De Roos et al. (2010) also studied the effect of EMDR treatment on chronic phantom limb pain using a trauma-focused psychological approach. The treatment processed traumatic memories and pain-related targets using standard EMDR and processed in-session experiences of phantom limb pain using a combination of standard EMDR and Grant's (1999) pain protocol. According to the results, participants showed a significant decrease in chronic phantom limb pain. Four of the 10 participants were considered totally pain free at 3 months follow-up, 4 reported a clinically significant decrease in pain intensity, and 2 did not improve.

Furthermore, Marcus (2008) developed a migraine-specific abortive treatment combining eye movements with diaphragmatic breathing and cranial compression although the full EMDR protocol was not used. Diaphragmatic breathing is used in integrated EMDR (IEMDR) to stimulate the parasympathetic nervous system to initiate the relaxation response. Cranial compression is used to help the migraine sufferer relax certain trigger points around the head and bilateral stimulation (one set of figure-eight pattern slow eye movements to facilitate abortive treatment for migraine). Results of the study showed that cranial compression and basic life support (BLS) were efficient in alleviating the headache for most of the participants, while providing fast return to normal functioning, with no reports of any adverse effects. The data also showed that the positive results were generally maintained over a 7-day period.

Although EMDR seems to be a very promising treatment for MUS and chronic pain, there is no research specific to the treatment of migraine headaches with EMDR, and this pilot study aims to fill the gap in this area.

Method

Purpose of the Study

The purpose of the study was to investigate the effectiveness of EMDR treatment on migraine. In this framework, the three objectives of this study were to investigate the effectiveness of EMDR (a) in reducing the frequency, intensity, and duration of the participants' headache, (b) on medication intake and visits to the hospital emergency room (ER), and (c) in decreasing psychological disturbances.

Design

The study was launched in January 2009 and was completed by September 2009, which included the 3-month follow-up period. Prior to treatment, participants were assessed over a 1-month period of baseline measures. EMDR treatment was then provided for 3 months, with a mean of eight treatment sessions. Follow-up was conducted over a 3-month period. A longer study had originally been planned, but the study ended when the neurologist left the program.

Participants

The study was conducted at Gaziosmanpaşa Hospital in Istanbul, Turkey, with 11 participants who had presented to the neurology department with chronic headache complaints. They all agreed to participate in the study and signed informed consent. The study sample consisted of 9 women with a mean age of 31.7 years ($SD = 10.7$; range = 18–50) and 2 men with a mean age of 30.5 years ($SD = 11.5$; range = 19–42). Participants had a history of migraine ranging from 2 to 30 years with a mean of 12 years. Six of the participants suffered from depressive complaints, 1 from agoraphobia symptoms, and 1 had obsessive thoughts although none were clinically diagnosed to have the aforementioned psychological disorders according to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000)*. Additionally, among the 9 women, 7 had some disabling complaints before and during their menstrual period giving signs of premenstrual syndrome (PMS).

Inclusion and Exclusion Criteria

Inclusion criterion was a referral from the neurologist with a diagnosis of severe migraine (high level of pain, long migraine history, frequent headache attacks). *Exclusion criteria* were serious psychiatric disorders or unstable mental states such as psychosis, major depression with suicide risk, anorexia nervosa, and drug addiction.

Measures

EMDR Headache Treatment Intake Form

This comprehensive intake form was developed by the research team to be used as a semistructured interview during the first session with the patient. It contained thorough questions about life history; health history; relationship history; headache history; current life stressors; traumatic events coinciding with the onset of the headache; other unrelated traumas; and the first, worst, and last headache attacks. Additionally, the form included three items assessing, during the previous 3 months, the number of painkillers used, the number of hospital ER visits, and medication intake for prophylactic treatment.

Structured Clinical Interview for *DSM-IV, Axis I*

The *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I (SCID-I)* is a semistructured clinical interview administered to diagnose psychiatric disorders according to *DSM-IV, Axis I* disorders (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997). The Turkish standardization of SCID-I was carried out by Corapcioglu and his colleagues in 1999. It was used as a screening tool in this study.

Symptom Assessment-45 Questionnaire

The *Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45)* is derived from the SCL-90 and consists of 45 items (5 items for every subscale); it measures nine psychiatric symptom domains (somatization, obsessive compulsive symptoms, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism). Additionally, 2 other index scores were included: The General Severity Index (GSI) and the Positive Symptom Total (PST). The items are rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 meaning *not at all* to 5, which stands for *extremely* (Strategic Advantage Incorporated [SAI], 2000). The Turkish standardization of SA-45 was done by Epözdemir (2009) and proved to be both valid and reliable for both the nonclinical ($N = 620$) and outpatient ($N = 2,481$) adult sample.

Weekly Headache Questionnaire

The Weekly Headache Questionnaire (WHQ), also developed by the research team, included seven sections—one for each day of the week. Participants filled out this form at home every day from the beginning to the end of the study. For each specific day, they rated the frequency, duration, and intensity of their

headaches, their medication intake, and if they had visited the ER. Intensity was rated on an 11-point Likert scale (where 0 = *no headache*, 10 = *the strongest*). Scoring produced two frequency items: the number of weekly headaches and the number of days per week that headaches were experienced. Weekly headache intensity was scored with two items: the mean intensity score and the highest intensity score for that week. Duration of headaches during the week was also assessed with two items: one measuring mean duration of daily headaches and the other measuring duration of the strongest headache.

Test Administration

Prescreening. The pretreatment evaluation was conducted during the 3-week baseline period including psychiatric examination and two treatment intake sessions. First, research assistants administered SA-45 to participants and then they were examined by the psychiatrist with SCID-I for *DSM-IV*, Axis I disorders to screen for exclusion criteria. The WHQ was given to the participants by the research assistants to be filled out at home on a daily basis between sessions. The participants' painkiller intake, the number of the ER visits, and medication intake for prophylactic treatment (in the previous 3-month period) were also evaluated during the intake sessions.

Posttreatment. At the end of the treatment, the SA-45 and the WHQ were administered, and the participants' medication intake and ER visits were re-evaluated.

Follow-up. During the 3-month follow-up period, every patient was called by the research assistants on a monthly basis to get information about their headache complaints, medication intake, and ER visits. In addition to this, the WHQ was sent at the beginning of each month so that the participants could fill out the forms and send them back.

Treatment

During EMDR treatment, participants continued using pain medication as needed and prophylactic medication as prescribed by their neurologist. No limits were set with regard to the number of EMDR sessions a client would receive. However, because the neurologist left the hospital, the study had to be terminated prematurely, and treatment duration was a total of 4 months. The first month was the baseline assessment period, and during the remaining 3 months, participants received an average of eight sessions of EMDR. Various reasons (e.g., absenteeism, serious headaches) prevented some sessions.

Treatment Planning Phase

The participants were randomly assigned to two clinical psychologists who were experienced and qualified; having completed their EMDR Level II training, they had been applying EMDR in their practice frequently for 3–4 years. The psychologists conducted two intake sessions during the pretreatment screening sessions to get detailed information about the participants and their headache history. Case conceptualization and treatment planning were conducted by the research team in collaboration with the treating psychologist. A treatment execution plan was developed for each participant with three steps: case formulation, sequencing of traumatic events, and identifying triggers. First, the team reviewed assessment reports, interviews, test results, headache characteristics, psychological state, history, and the clinical judgment of the therapist. Second, the team applied the EMDR Headache Protocol (see Table 1) to create a hierarchy of the traumas to work on with EMDR, with the first requiring immediate action. They were ranked in the following order: (a) traumatic events that were clearly connected to headaches, particularly the first experienced/remembered headache attack, (b) recalled traumatic events that took place “relatively close in time” to the first headache attack, and (c) traumatic headache attacks (first, worst, and last). Note that treatment did not specifically address other traumatic experiences that may have been related to the participants' psychological symptoms. Lastly, the team identified the triggers, which were responsible for the maintenance or pushed the onset of the participants' headache.

TABLE 1. The EMDR Headache Protocol

The EMDR Headache Protocol uses standard EMDR procedures and protocols to process the following targets, arranged in this hierarchical order:

1. Traumatic events that are clearly connected to headaches, particularly the first experienced/remembered headache attack
2. Recalled traumatic events that took place “relatively close in time” to the first headache attack
3. Traumatic headache attacks (first, worst, and last)
4. Triggers that are responsible for the maintenance or pushed the onset of the headache
5. Future template based on triggers
6. Other traumas that are not connected to headaches

Note. EMDR = eye movement desensitization and reprocessing.

Treatment Phase

The therapists provided EMDR following the steps of the standard EMDR protocol, targeting the traumatic events in hierarchical sequence, according to the EMDR Headache Protocol (see Table 1). Fifty-minute sessions were held on a weekly basis over a 3-month period. Although all participants processed the traumatic events at the high end of their hierarchy sequence, the early termination of treatment meant that some participants were unable to finish processing the headache triggers.

Treatment Fidelity

As a fidelity check, the research team held weekly meetings to discuss and keep in check the adherence of the treatment to sustain a standard. Furthermore, the weekly supervision of the therapists by a senior EMDR consultant provided a check on the standardization of the applications. For those participants who gave special permission, sessions were videotaped enabling the team and the senior EMDR consultant to observe and inspect each other's sessions.

Data Analysis

Data were collected on a weekly basis during pretreatment, treatment (interval), and follow-up for headache frequency, intensity, and duration; medication use; and ER visits. These data were combined for each variable to create four data points for each individual participant: mean pretreatment, mean interval, mean posttreatment, and mean follow-up.

Individual mean scores were then combined to create a composite mean score for all participants. Data analyses were conducted using SPSS version 11.00 for Windows. Because the results of Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests for normal distribution yielded a distribution, which was skewed to the right, a series of Friedmann tests were calculated instead of analysis of variances (ANOVAs) for the headache frequency, intensity, duration and medication, and ER visits variables to evaluate the effectiveness of the treatment. Similarly, a series of Wilcoxon Test was performed instead of *t* test to examine the psychological state variable.

Results

Headache Frequency

The application of Friedman's test showed statistically significant changes in the distribution of the number of weekly headaches over the four time points, $\chi^2 = 11.343$, $df = 3$, $p = .01$ (see Figure 1). There were also statistically significant changes in the number of days of pain over the four time points, $\chi^2 = 9.186$, $df = 3$, $p = .027$.

The frequency scores (number of weekly headaches, number of days) reported at pretreatment were significantly higher than scores reported at posttreatment and 3-month follow-up.

An interesting finding was an increase in the number of headaches during the treatment interval, followed by a decrease in frequency at posttreatment. Additionally, treatment effects appear to have been maintained with 3-month follow-up scores similar to those reported at posttreatment.

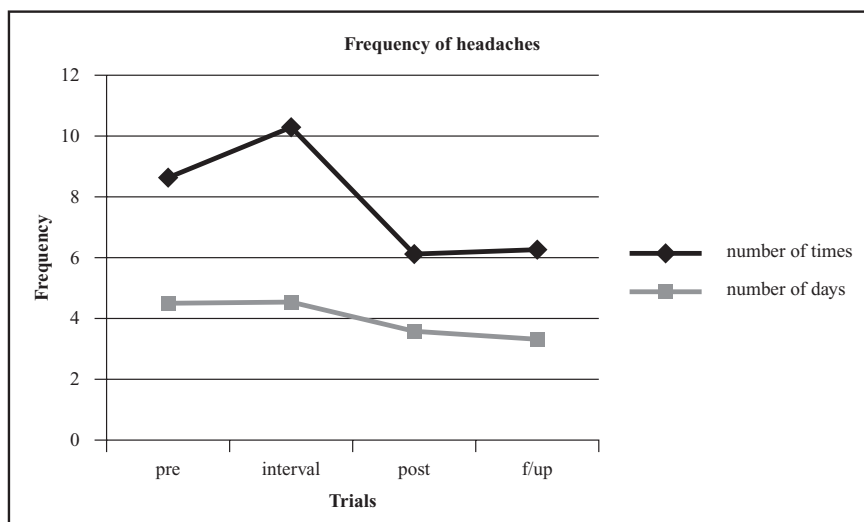


FIGURE 1. Frequency of headaches.

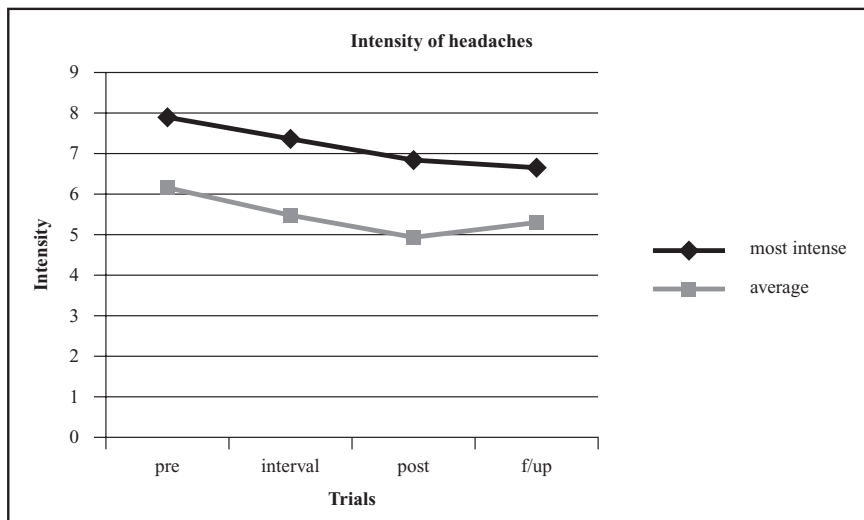


FIGURE 2. Intensity of headaches.

Headache Intensity

Although there was an apparent mild, downward trend in the average intensity of weekly headaches over the four time points, application of Friedman's test shows that this change was not statistically significant, $\chi^2 = 2.306$, $df = 3$, $p = .51$ (see Figure 2). Additionally, there was no change in the rating of the weekly most intense headache, $\chi^2 = 1.515$, $df = 3$, $p = .679$.

Headache Duration

The results of the Friedman's test demonstrated that there was a significant difference between the scores before and after treatment regarding the average duration (hours) of the headaches, $\chi^2 = 7.669$, $df = 3$, $p = .050$ (see Figure 3). However, a comparison of the rating of

the duration of the most intense headache was not statistically significant, $\chi^2 = 5.845$, $df = 3$, $p = .119$. On the other hand, when the scores of the duration of most intensive headaches were analyzed without the scores taken during treatment (interval), the results were found to be statistically significant ($p = .016$; $p < .05$), indicating a significant decrease between pretreatment scores and those at posttreatment and follow-up.

Medication and Emergency Room Visits

Results of Friedman's test show that there was a significant difference between the scores before and after the treatment and 3-month follow-up period for both the number of painkillers, $\chi^2 = 8.769$, $df = 2$, $p = .012$, and emergency visits, $\chi^2 = 10.800$, $df = 2$, $p = .005$ (see Table 2).

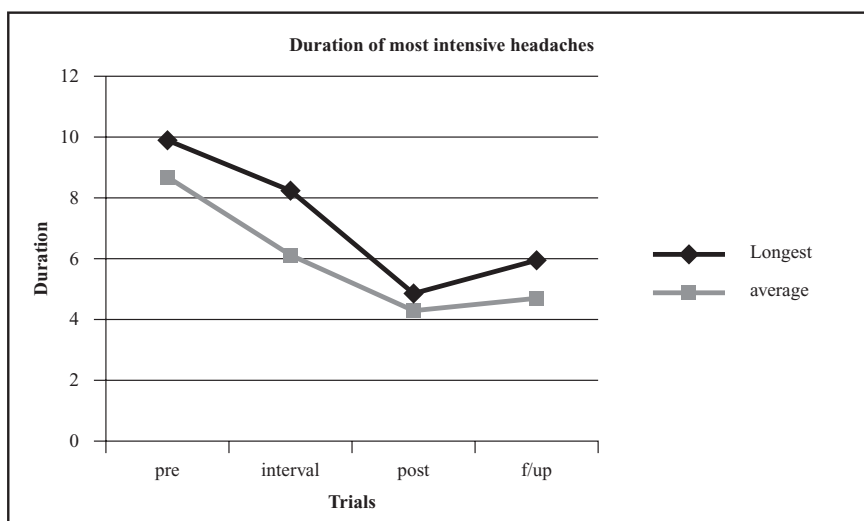


FIGURE 3. Duration of most intensive headache.

TABLE 2. Medication and ER Visit of Patients Over Time

	N	Painkillers N		Visits to ER		Prophylactic Treatment	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Pretest	11	129.36	136.89	2.18	2.99	0.52	0.52
Posttest	11	46.27	61.12	0.27	0.65	0.55	0.55
Follow-up	11	24.00	33.32	0.18	0.40	0.36	0.36
$\chi^2 (p)$		8.77*		10.8		1.60	

Note. Friedman's test. ER = emergency room.
* $p < .05$. ** $p < .01$.

In terms of the prophylactic treatment, there were some changes in the intake of medication. However, they were not significant statistically, $\chi^2 = 1.600$, $df = 2$, $p = .45$.

Psychological State

Test results on the SA-45 showed that overall, the participants had some moderate psychological distress. There was very little improvement with treatment (see Table 3), and the Wilcoxon test results indicated that there was no significant change in any subscale scores of SA-45 at posttreatment or at follow-up.

Discussion

EMDR is an integrative psychotherapy approach that was originally developed to reduce or eliminate the symptoms resulting from unresolved traumatic memories. EMDR is based on Shapiro's (2001) adaptive information processing model, and it is assumed that psychopathology stems from traumatic memories and related physical sensations, emotions, thoughts, and beliefs. Therefore, presenting symptoms are viewed as

resulting from disturbing past experiences that have not been adequately processed and have been encoded in state-specific and dysfunctional form. The core of EMDR involves the transmutation of the dysfunctional experiences into an adaptive resolution that fosters psychological health (Shapiro, 2001; Solomon & Shapiro, 2008).

EMDR has found a wide application beyond PTSD for which it was originally developed for (Shapiro, 2001). A new area of research has been psychosomatic disorders and somatic complaints such as chronic pain, medically unexplained symptoms, and phantom limb pain, and there have been some promising results (van Rood & de Roos, 2009).

The three goals of this study were to investigate the effectiveness of EMDR on (a) the main characteristics of participants' headaches (frequency, intensity, duration), (b) patients' ability to cope with pain shown by medication intake and ER visits, and (c) alterations of migraine patients' psychological state.

Effect of EMDR on Headache Characteristics

The first goal of the study was to assess the effectiveness of EMDR on headache characteristics of frequency,

TABLE 3. Test Results on the Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45)

Dimensions	N	Pretest		Posttest		Z
		M	SD	M	SD	
Anxiety	10	11.5	4.43	8.5	3.17	1.62
Depression	10	13.6	4.93	11	3.65	1.25
Hostility	10	11.80	5.81	9.9	3.21	0.95
Interpersonal sensitivity	10	9.90	4.09	8.5	3.37	1.02
Obsessive-compulsive	10	14.3	5.40	11.7	2.54	1.54
Paranoid ideation	10	10.5	5.19	9.6	4.42	0.89
Phobic anxiety	10	8.10	3.54	6.50	1.90	1.27
Psychoticism	10	8.3	3.23	6.30	1.34	1.84
Somatization	10	14.90	5.30	12.9	3.38	1.43

Note. Comparisons conducted using Wilcoxon Signed Ranks Test were not significant.

intensity, and duration. The results showed that following EMDR treatment, there was a significant decrease in headache frequency and duration, although there was no significant change in pain intensity. The findings of this study are important because they show a significant reduction in headache frequency and duration with the treatment of the distressing memories related to the migraine headache.

As mentioned previously, preliminary studies indicate that EMDR may be effective as an alternative treatment of somatic complaints such as medically unexplained symptoms, phantom limb pain, and chronic pain (e.g., de Roos et al., 2010; Grant & Threlfo, 2002; Mazzola et al., 2009; Schneider et al., 2007, 2008). In this sense, the results of this study are consistent with those of other studies. For instance, when the studies investigating the effects of EMDR on mixed group of chronic pain participants and phantom limb pain patients are compared, the results show that the pain intensity decreased more for phantom limb pain patients than for chronic pain patients with regard to the difference on the primary tasks (van Rood & de Roos, 2009). So, whereas the traumatic memories stemming from losing a limb were the main target in EMDR work with phantom limb pain patients, the actual pain sensations were the primary targets for the chronic pain patients in Mazzola et al.'s (2009) study. In this study, the target was the traumatic or disturbing memories associated with the headache.

It is noteworthy that frequency of headaches increased during the treatment period in this study. This increase may be related to working with traumas originally connected with the headaches, resulting in an increase in stress or anxiety during treatment. This increase in frequency declined at posttreatment, with a significant improvement maintained at follow-up. Further research is needed to investigate the course and role of headache frequency and how this is manifested during EMDR treatment of headache pain.

Headache intensity did not show any significant decrease with treatment. Perhaps this is a function of early termination of treatment for some participants who did not have the opportunity to process the triggers relating to the onset or context of their headache. Further research is needed to investigate this and to look at the course and association of the headache components (frequency, duration, intensity) during EMDR treatment.

Effect of EMDR on Medication Intake and Emergency Room Visits

The second goal of the study was to assess the effectiveness of EMDR on medication intake and ER visits. The results showed that the number of painkillers

and the number of ER visits dropped significantly after the treatment, and it continued during the 3-month follow-up period. These outcomes provide some preliminary evidence for the effectiveness of EMDR because they suggest that with the decrease in headache frequency and duration, participants were able to cope with them without as much medical intervention. This is consistent with the results of other research showing the efficacy of EMDR in improving patients' coping mechanisms and reducing chronic pain and suffering (e.g., Grant & Threlfo, 2002). In one study conducted by Mazzola et al. (2009), a larger sample size ($N = 38$) was used to explore the effectiveness of EMDR in the treatment of chronic pain, and it was reported that parallel to a general decrease in pain, there also was a significant reduction in medication intake. Despite the significant decrease of the number of the painkillers and ER visits, the same decrease did not apply for patients' medication intake for prophylactic treatment.

Effect of EMDR on Psychological State

The SA-45 Questionnaire, which has consistently yielded significant findings for the relationship between psychiatric disorders (particularly mood disorders and anxiety disorders) and primary headaches (Breslau & Davis, 1992; Merikangas, Merikangas, & Angst, 1993; Sheftell & Atlas, 2002), was used to assess the psychological symptoms of participants before and after the treatment as a third goal of the study.

The analysis shows that although the scores of all subscales of SA-45 decreased in the posttreatment, these differences were not statistically significant. It is important to note that this study did not target the specific traumatic experiences that may have been related to the patients' psychiatric disorders or psychological symptoms. The only treatment targets in this study were the traumatic/disturbing memories and triggers associated with the patients' headache. Also, it should be noted that there may have been an effect from the early termination of treatment. To systematically evaluate this finding, future research on migraine headaches should compare the effects of treating only headache-related memories to treating memories of all disturbing life incidents.

Conclusion

Overall, the results of this study show that both the frequency and the duration of the patients' headache attacks decreased significantly along with their painkiller intake and visits to the ER. This result may very well indicate that patients did not experience headaches as they had done before, and they were also able to devise better coping strategies compared to pretreatment. Finally, the study demonstrates the effectiveness of the

EMDR headache treatment, which means it may be an efficient alternative treatment for migraine and chronic daily headaches.

Although EMDR seems to be a promising treatment for medically unexplained symptoms and chronic pain, this pilot study is the first research to specifically investigate the treatment of migraine headaches with EMDR. However, there were some limitations with the research design: (a) lack of a control group and trauma-symptom specific measures, (b) small sample size, (c) restricted number of sessions, and (d) nonrandom selection of the patients. Furthermore, the premature termination of the study can be interpreted as an inherent weakness. Further studies can overcome certain limitations by using a larger sample size along with randomized clinical trials.

References

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). [E. Köroğlu, Trans.]. Washington, D. C.: Author.
- Asmundson, G. J., Norton, G. R., Allardings, M. D., Norton, P. J., & Larsen, D. K. (1998). Posttraumatic stress disorder and work-related injury. *Journal of Anxiety Disorders, 12*(1), 57–69.
- Beghi, E., Allais, G., Cortelli, P., D'Amico, D., De Simone, R., d'Onofrio, F., et al. (2007). Headache and anxiety-depressive disorder comorbidity: The HADAS study. *Neurological Sciences, 28*(Suppl. 2), S217–S219.
- Blanchard, E. B., & Andrasik, F. (1982). Psychological assessment and treatment of headache: Recent developments and emerging issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(6), 859–879.
- Blanchard, E. B., & Andrasik, F. (1987). Biofeedback treatment of vascular headache. In J. P. Hatch, J. G. Fisher, & J. D. Rugh (Eds.), *Biofeedback: Studies in clinical efficacy* (pp. 1–79). New York: Plenum Press.
- Blanchard, E. B., Andrasik, F., Ahles, T. A., Teders, S. J., & O'Keefe, D. (1980). Migraine and tension headache: A meta-analytic review. *Behavior Therapy, 11*(5), 613–631.
- Breslau, N., & Davis, G. C. (1992). Migraine, major depression and panic disorder: A prospective epidemiologic study of young adults. *Cephalalgia, 12*(2), 85–90.
- Breslau, N., Schultz, L. R., Stewart, W. F., Lipton, R. B., Lucia, V. C., & Welch, K. M. (2000). Headache and major depression: Is the association specific to migraine? *Neurology, 54*(2), 308–313.
- Chibnall, J. T., & Duckro, P. N. (1994). Post-traumatic stress disorder in chronic post-traumatic headache patients. *Headache, 34*(6), 357–361.
- de Roos, C., Veenstra, A. C., de Jongh, A., den Hollander-Gijsman, M., van der Wee, N. J., Zitman, F. G., et al. (2010). Treatment of chronic phantom limb pain using a trauma-focused psychological approach. *Pain Research & Management, 15*(2), 65–71.
- Epözdemir, H. (2009). *Turkish standardization of symptom assessment-45 questionnaire (SA-45)*. Unpublished master's thesis, Bilgi University, Istanbul.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders—clinical version (SCID-I)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Goslin, R. E., Gray, R. N., McCrory, D. C., Penzien, D. B., Rains, J., & Hasselblad, V. (1999). *Behavioral and physical treatments for migraine headache* (Technical Review No. 2.2; Prepared for the Agency for Health Care Policy and Research under Contract No. 290-94-2025; NTIS Accession No. 127946). Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
- Grant, M. (1999). *Pain control with EMDR*. Denver, CO: Mentor Books.
- Grant, M., & Threlfo, C. (2002). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of Clinical Psychology, 58*(12), 1505–1520.
- Grazzi, L., Usai, S., & Bussone, G. (2007). Chronic headaches: Pharmacological and non-pharmacological treatments. *Neurological Sciences, 28*(Suppl. 2), S134–S137.
- Hamelsky, S. W., & Lipton, R. B. (2006). Psychiatric comorbidity of migraine. *Headache, 46*(9), 1327–1333.
- Holroyd, K. A., & Penzien, D. B. (1990). Pharmacological versus non-pharmacological prophylaxis of recurrent migraine headache: A meta-analytic review of clinical trials. *Pain, 42*(1), 1–13.
- Hu, X. H., Markson, L. E., Lipton, R. B., Stewart, W. F., & Berger, M. L. (1999). Burden of migraine in the United States: Disability and economic costs. *Archives of Internal Medicine, 159*(8), 813–818.
- International Headache Society, Headache Classification Subcommittee. (2004). The international classification of headache disorders: 2nd edition. *Cephalalgia, 24*(Suppl. 1), 9–160.
- Kececi, H., Dener, S., & Analan, E. (2003). Co-morbidity of migraine and major depression in the Turkish population. *Cephalalgia, 23*(4), 271–275.
- Lake, A. E., III, Rains, J. C., Penzien, D. B., & Lipchik, G. L. (2005). Headache and psychiatric comorbidity: Historical context, clinical implications, and research relevance. *Headache, 45*(5), 493–506.
- Lance, J. W., & Goadsby, P. J. (2005). *Mechanism and management of headache* (7th ed.). New York: Elsevier.
- Lauritzen, M. (1994). Pathophysiology of the migraine aura. The spreading depression theory. *Brain, 117*(Pt. 1), 199–210.
- Leonardi, M., & Mathers, C. D. (2003). *Global burden of migraine in the Year 2000: Summary of methods and data sources (GBD 2000 working paper)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_migraine.pdf
- Lipchik, G. L., Smitherman, T. A., Penzien, D. B., & Holroyd, K. A. (2006). Basic principles and techniques of cognitive-behavioral therapies for comorbid psychiatric symptoms among headache patients. *Headache, 46*(Suppl. 3), S119–S132.

- Lipton, R. B., Hamelsky, S. W., Kolodner, K. B., Steiner, T. J., & Stewart, W. F. (2000). Migraine, quality of life, and depression: A population-based case-control study. *Neurology*, *55*(5), 629–635.
- Marcus, S. V. (2008). Phase 1 of integrated EMDR: An abortive treatment for migraine headaches. *Journal of EMDR Practice and Research*, *2*(1), 15–25.
- May, A., & Goadsby, P. J. (1999). The trigeminovascular system in humans: Pathophysiologic implications for primary headache syndromes of the neural influences on the cerebral circulation. *Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism*, *19*(2), 115–127.
- Mazzola, A., Calcagno, M. L., Goicochea, M. T., Pueyrrodón, H., Leston, J., & Salvat, F. (2009). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of EMDR Practice and Research*, *3*(2), 66–79.
- Merikangas, K. R., Merikangas, J. R., & Angst, J. (1993). Headache syndromes and psychiatric disorders: Association and familial transmission. *Journal of Psychiatric Research*, *27*(2), 197–210.
- Nicholson, R. A., Houle, T. T., Rhudy, J. L., & Norton, P. J. (2007). Psychological risk factors in headache. *Headache*, *47*(3), 413–426.
- Otis, J. D., Gregor, K., Hardway, C., Morrison, J., Scioli, E., & Sanderson, K. (2010). An examination of the co-morbidity between chronic pain and posttraumatic stress disorder on U.S. veterans. *Psychological Services*, *7*(3), 126–135.
- Penzien, D. B., Holroyd, K. A., Hom, J. E., & Hursey, K. G. (1985). Behavioral management of migraine: Results from five-dozen group outcome studies. *Headache*, *25*, 162.
- Penzien, D. B., Rains, J. C., & Andrasik, F. (2002). Behavioral management of recurrent headache: Three decades of experience and empiricism. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, *27*(2), 163–181.
- Radat, F., & Swendsen, J. (2005). Psychiatric comorbidity in migraine: A review. *Cephalalgia*, *25*(3), 165–178.
- Saip, S. (2005). Primary headaches. İ.Ü. Cerrahpaşa Medical Faculty ongoing medical education events. In A. Siva, S. Saip, & D. Kaynak (Eds.), *Neurology Book for Non-neurologists: No. 42* (pp. 35–62).
- Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2007). EMDR and phantom limb pain: Theoretical implications, case study, and treatment guidelines. *Journal of EMDR Practice and Research*, *1*(1), 31–45.
- Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2008). EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine*, *9*(1), 76–82.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Sheftell, F. D., & Atlas, S. J. (2002). Migraine and psychiatric comorbidity: From theory and hypotheses to clinical application. *Headache*, *42*(9), 934–944.
- Siva, A. (2002, May). Head, Neck, Waist Aches. İ.Ü. Cerrahpaşa Medical Faculty ongoing medical education events. Symposium Series No: 30.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model. *Journal of EMDR Practice and Research*, *2*(4), 315–325.
- Sprenger, T., & Goadsby, P. J. (2009). Migraine pathogenesis and state of pharmacological treatment options. *BMC Medicine*, *7*, 71.
- Strategic Advantage Incorporated. (2000). *The symptom assessment-45 questionnaire technical manual (SA-45)*. New York: Multi-Health System.
- van Rood, Y. R., & de Roos, C. (2009). EMDR in the treatment of medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of EMDR Practice and Research*, *3*(4), 248–263.
- Von Korff, M., Stewart, W. F., Simon, D. J., & Lipton, R. B. (1998). Migraine and reduced work performance: A population-based diary study. *Neurology*, *50*(6), 1741–1745.
- Weiller, C., May, A., Limmroth, V., Jüptner, M., Kaube, H., Schayck, R. V., et al. (1995). Brain stem activation in spontaneous human migraine attacks. *Nature Medicine*, *1*(7), 658–660.
- World Health Organization. (2004). *Head disorders (Fact Sheet No. 277)*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>

Acknowledgements. We would like to thank Gaziosmanpaşa Hospital, Istanbul, for providing us a space to carry out our study; Udi Oren, PhD, for his contributions to the study and the article; Dr. Basak Gurpinar for providing us with the participants and conducting their neurological assessments; Assistant Professor Canan Savran for her contributions regarding the statistics; Ersin Bayramkaya, MA, for helping shape the project; and Esra Kutlu, MSc, for editing and finalizing the article.

Correspondence regarding this article should be directed to Hejan Epözdemir, Adult and Family Center, Institute for Behavioral Studies, Valikonagi 173 Kat: 6/2 Nisantasi, 34363, Istanbul, Turkey. E-mail: epozdemir@dbe.com.tr

An Investigation Into Clinicians' Experiences of Integrating EMDR Into Their Clinical Practice

Timothy Dunne

University of Middlesex/Metanoia Institute, London

Derek Farrell

University of Birmingham, United Kingdom

This study was conducted in the United Kingdom at two major conferences to examine how therapists ($N = 83$) integrated eye movement desensitization reprocessing (EMDR) into their clinical practice. Data from a mixed methodology suggests that up to 40% of the sample experienced difficulties post-EMDR training. Results indicated that analytically trained and humanistic therapists experienced significantly more difficulties in integrating EMDR into the current clinical practice than integrative or cognitive behavioral clinicians. This study also ascertained that EMDR clinicians experienced workplace difficulties and challenges. Consideration is given to how the study findings may have implications for both the teaching and learning of EMDR and workplace issues.

Keywords: EMDR; integration; psychotherapeutic orientations; dissemination of empirically supported therapies

The gap that exists between research on psychotherapy and the clinicians who practice therapy has been highlighted by many experts, such as Goodheart, Kazdin, and Sternberg (2006); Høglend (1999); Kazdin (2008); and White (2000). A controversial perspective was offered by Seligman (1993) describing researchers as “simplophiles” who exclude complex problems from research, such as comorbid disorders, whereas clinicians tended to be “complophiles” who deal with complex cases in which comorbidity, socioeconomic, and medical factors are the norm. White purported that researchers tend to be interested in the overall effect of an intervention, whereas clinicians tend to be more interested in the effect of an intervention on an individual. Lebow (2010) argued that psychotherapy research literature is often unrepresentative of the kinds of problems that people bring to therapy. For example, most clients enter therapy not because they suffer from a psychiatric disorder but because of problems of everyday living—relationship difficulties, situational stressors that trigger strong affect, and multiple problems that fit no diagnostic category (Turner et al., 2005).

Whereas robust efficacy studies contribute toward evidence-based practice, nonetheless, clinicians often

use their considerable practice-based evidence to inform their personal clinical practice. Controlled outcome studies have limitations insofar because the number and type of cases examined must, of necessity, be limited, and the use of treatment is usually carefully prescribed. This means that much can be overlooked in such research approaches about the effects of the therapeutic approach in clinical situations, about the breadth of its applicability, and about the dangers or limitations of its use. As Poznanski and McLennan (1995) have noted, it is often not the actual interventions that clinicians make that distinguishes one psychotherapeutic approach from another, so much as “*the meaning the interventions have for the therapist*” (p. 428). This view is also expressed by Assay and Lambert (1999) who indicated that the therapeutic relationship is twice as effective as the psychotherapeutic model and technique used by the clinician. Norcross, Beutler, and Levant (2005) considered that the percentage of psychotherapeutic outcome variance attributable to therapeutic factors placed the treatment method at around 8% (Norcross et al., 2005; Norcross & Goldfried, 2005).

All of these issues in research on therapy mean that clinicians' interests and concerns are often overlooked

in the research literature on psychotherapy. The research on eye movement desensitization and reprocessing (EMDR; Shapiro, 1995, 2007) is no exception.

Research on the Perspective of the EMDR Therapist

Shapiro (2007) considers that the goals of therapy are often greatly influenced by the clinician's own paradigm and their personal world view. In relation to EMDR, several interesting questions emerge: Why do mental health clinicians seek EMDR training; how do they then integrate EMDR into their existing clinical practice; what impact does their EMDR training have on their own pre-EMDR clinical paradigm; and how does EMDR training affect the clinician's personal world view? Over the last 22 years, the research literature on EMDR has focused on several salient aspects, including studies exploring its efficacy, potential mechanisms of action, and dismantling investigations considering elemental parts within EMDR (Gunter & Bodner, 2009). However, it seems that there is little in the academic literature that considers how mental health clinicians integrate EMDR into their clinical practice.

An extensive, systematic search of *PsychInfo*, *Medline*, *EBSCO Journals*, *Science Citation Index*, *Science Direct*, *Cambridge Journals Online*, *Oxford Journals*, *Royal College of Psychiatrists Journals*, *Senate House Online Library*, *University of London*, and *Ovid* was undertaken on clinicians' views about EMDR, which summarily identified four significant contributions in this area (DiGiorgio, Arnkoff, Glass, Lyhus, & Walter, 2004; Lipke, 1995; Lyhus, 2003; Shapiro, 1989a, 1989b, 1995, 2007). One of these references cites a text by Shapiro in which she provides a rich contextual framework about how EMDR can best be integrated with other psychotherapeutic paradigms. These other three articles were distinct studies which explored the issue of integration from the EMDR clinician's perspective.

Lipke's Survey

Lipke's (1995) survey of the first 1,200 clinicians trained by Shapiro was conducted in 1992, and the final results were presented at the annual conference of the American Psychological Association in 1994. It was published as an Appendix (D) in Shapiro's (1995) book to make the results more widely available. Lipke's survey attempted to ascertain the type of cases in which there were beneficial effects with EMDR and the possible problems experienced during EMDR therapy. It consisted of 26 questions, with some requiring multiple responses. Lipke used structured questions to

enhance objectivity in interpretation, and these questions were supplemented by unstructured questions to allow for maximum expression. Lipke received a total of ($N = 443$) responses representing a response rate of 34%, a response rate consistent with survey research formats.

A major strength of Lipke's (1995) study was that it was a survey of all the first 1,200 therapists trained in EMDR of whom most had been trained by Shapiro herself. This makes this previous study fairly unique and difficult to replicate in any future research. An additional asset was that the respondents reported information on more than 10,000 patients, which is a greater number of patients than is possible to evaluate with controlled psychotherapy studies. However, his study had some limitations in that the results were not subjected to any statistical consideration or analysis. Although the response rate was consistent with survey research norms (Hicks, 2004; Scott & Mazhindu, 2005), there is a possibility that it was a potentially biased sample in that EMDR enthusiasts may have been more likely to have participated. Although it could be argued that Lipke overstated the findings regarding the efficacy for EMDR's application with various disorders, the criticism is not supported by either the methodology or data. Lipke's findings, which he considered representative, determined that most clinicians who had been trained in EMDR confirmed its value, and reported that its negative effects were no different from that of other procedures.

Lyhus's Survey

Lyhus (2003) conducted dissertation research to examine how EMDR was incorporated into clinical practice and used a web-based survey design to gather information from therapists who use EMDR. Unfortunately, the current authors were unable to obtain a copy of the dissertation, and so all comments here relate solely to the published abstract. The abstract did not provide important information, such as the recruitment of respondents or types of questions asked of respondents. Therefore, we cannot address the generalizability of the findings or the quality of the methodology. Nonetheless, this was an important survey because it was among the first to examine the process of "assimilative integration," and it had a large sample size ($N = 532$). The findings from Lyhus's survey demonstrated that integration varied according to the therapists' theoretical orientation, client factors, and therapists' commitment to EMDR. The findings suggested that therapists' theoretical orientation is an important factor in clinical practice of those who are

trained in EMDR, and that those therapists who are members of an EMDR association are more likely to not only integrate EMDR into their clinical practice, but also to use the full EMDR protocol.

DiGiorgio, Arnkoff, Glass, Lyhus, and Walter's Qualitative Study

DiGiorgio et al. (2004) conducted a small scale, exploratory study ($N = 3$) of therapists trained in EMDR to investigate several questions. Their primary interest was an integrative one: How do therapists trained in EMDR integrate that approach into their clinical practice? They also wanted to know how much of the EMDR protocol the therapists used regularly and whether this decision was influenced by the therapists' theoretical orientation. Thirdly, they investigated how integration of EMDR varied with different clients by each therapist. DiGiorgio et al. interviewed three therapists from each of the main approaches (psychodynamic, cognitive behavioral, and humanistic) who were recognized leaders in their respective fields in the United States. They used a qualitative methodology known as consensual qualitative research (CQR) to investigate what they termed "assimilative integration."

DiGiorgio et al. (2004) found that all three therapists deviated from the standard EMDR protocol to some degree, and that their decision to omit or change the EMDR protocol was greatly influenced by their theoretical orientation. For example, the psychodynamic and humanistic therapists tended to omit aspects of the EMDR protocol that did not fit with the therapists' theoretical orientation. For example, the humanistic therapist omitted the positive cognitions because he or she believed they were too artificial and may even distract the client in therapy, whereas the psychodynamic therapist admitted using interpretations and reflections on what happened for the client during the EMDR session. DiGiorgio et al. also found that the integration of EMDR into their clinical practice varied depending on the client. As the title of their study suggests, they were primarily interested in the process of assimilative integration of EMDR, and the method they chose to conduct their investigation of CQR appears to have been appropriate for the areas under investigation and also with the small sample size ($N = 3$) involved. Thus, the findings from this previous study suggest that EMDR appears to be used differently by clinicians from different theoretical orientations.

DiGiorgio et al. (2004) recognized certain limitations. The previous study was a small scale, exploratory, qualitative one using only three therapists and conducted in the United States, and these factors limit the

generalizability of their findings. Although qualitative studies often have small sample sizes so that the researchers gain a more in-depth understanding of the phenomena under investigation (Geertz, 1973), sample size is not always a hindrance to understanding phenomena better. As the authors admit that future studies that are based on interviews with a larger number of therapists could potentially yield findings that are much more representative (p. 250). There is also the possibility of cultural specificity in that all three respondents were Americans, which could limit their findings to an American culture only. Equally, they studied three therapists from different backgrounds, but the small sample size did not allow for the examination of possible differences in how therapists from similar theoretical backgrounds integrate EMDR with their own approaches, and the issue of within-group differences was not explored. The authors also suggest that future studies should have a wider number of theoretical approaches in the research design to examine how theoretical orientation may affect therapists' integration of EMDR into their clinical practice. Nonetheless, despite these limitations, this previous study appears to be the first in the literature to demonstrate that clinicians from different theoretical orientations do differ in their approach to EMDR in clinical practice. They also found that the therapists they studied integrated EMDR into their clinical practice in ways that are consistent with their theoretical models and the types of clients with whom they work.

Current Study

Although these three studies consider the issue of EMDR integration into clinical, psychotherapeutic practice, it seems that there are some questions still largely unexplored in terms of how clinicians trained in EMDR then incorporate EMDR into their practice, and, secondly, in exploring how certain paradigms or theoretical background can affect this. Consequently, it was felt that these questions are important and worth pursuing further using a mixed methodology. This study (Dunne, 2010) included EMDR clinicians from a wider background than the DiGiorgio study and was able to recruit from a greater diversity of countries including United States, Europe, Africa, and Australia. Consequently, the following research question was investigated: *Do therapists from different theoretical backgrounds experience difficulties in incorporating EMDR into their clinical practice?* Two experiments were conducted using a mixed methodology with both qualitative and quantitative approaches to address the shortcomings in prior studies.

Experiment 1

Participants

Respondents were recruited as part of an opportunity sample from those attending the 9th EMDR Europe Conference held in London, June 2008 ($N = 40$) and at the York EMDR Regional Annual Conference, United Kingdom, held in September 2008 ($N = 34$). This yielded a total response of 74 respondents, some of whom completed the questionnaire online ($N = 5$). To ensure informed consent, potential respondents were given an information leaflet and consent form prior to participation.

Material

The survey questionnaire was similar to that used by Lipke (1995) and Lyhus (2003) to enable comparisons to be drawn between current findings and previous studies in the field. It was developed through an iterative process with academic and professional colleagues who provided feedback and useful comments on the various questions used in the final draft. It contained 14 items. The first nine items were biodata (age, gender, academic degree, years practicing as a clinician, level of EMDR training, years practicing as an EMDR clinician, membership in EMDR organization, if so which one, and core profession). The remaining five items were as follows:

- 10.) How many clients were treated using EMDR?
- 11.) Therapist's theoretical orientation
- 12.) Explanations of how EMDR works
- 13.) Any difficulties experienced in integrating EMDR into clinical practice
- 14.) Elaborate on difficulties

Item 12 examined the clinicians' explanations for how EMDR works. The item listed possible mechanisms within categories of biological, cognitive, affective, and exposure explanations (see Tables 2 and 3). Each possible mechanism was identified with a word descriptor (e.g., facilitating), but no other description was provided. Participants were asked to respond "yes" or "no" to indicate if they endorsed each putative explanation.

Item 13 was a dichotomous item, asking participants to indicate whether they had any difficulties integrating EMDR into their clinical practice. Item 14 was an open-ended item, allowing participants to make personal comments.

Data Analysis

Several statistical techniques were applied to the data including an analysis of variance (ANOVA), which examined the contribution of different sources to the variance (i.e., groups of participants) observed in the

data for the dependent variable (DV). The test requires that the data are continuous and that the groups are independent. Because the questionnaire responses were varied, ANOVA was used to decide whether any group variable (e.g., theoretical orientation) significantly accounted for such variability. The means of each group were compared to see if they varied more than what would be expected by chance alone. Because the ANOVA is a single statistical test, it avoids the inflation of Type I error associated with conducting multiple comparisons of each mean. Two types of ANOVA tests were conducted on the data. Firstly, between subjects, ANOVA examined variation in responses that may be attributed to the effects of different levels of a categorical independent variable (IV). For example, does the orientation of the therapists influence their endorsement of a specific explanation for EMDR success? This is highlighted within Table 2.

Where a significant effect of the IV was found, subsequent Tukey's post hoc tests were conducted to determine which groups differed in relation to each other. Secondly, repeated ANOVA measures were used to examine differences within a group in relation to how the group answered the questions. Where a significant effect of the IV was found, subsequent Sidak post hoc tests were conducted to determine which means differed from each other (Scott & Mazhindu, 2005). In the analysis of the categorical data, chi-square tests were conducted to examine the frequencies of data observed in each category to determine if there are variations from the frequencies expected by chance alone. Any deviations from the pattern expected by chance indicate that there may be an association between the IV and the DV. For example, the association between gender, a categorical IV (male or female), and difficulty integrating EMDR, a categorical DV (difficulty experienced or no difficulty experienced) can be appropriately examined using chi-square tests. In undertaking comparison, statistical significance was set at 0.05 levels.

Experiment 1 Results

Biodata. Participants had a mean age of 52.2 years ($SD = 8.9$; range 32–78) and had been practicing therapy for an average of 17 years ($SD = 8.2$; range 1–35 years). Further background data is provided in Table 1. Results highlight that the EMDR clinicians in this survey were very experienced, mostly female (60%), average age of 52 years, average of 17 years working as therapists, with an average of 6 years practicing EMDR. The 99% of the respondents were trained to either Level 2 (United States/Europe) or Part 3 (Europe), and 97% were members of their own

TABLE 1. Background Data on Participants for Experiments 1 and 2

	Experiment 1 Quantitative N = 74	Experiment 2 Qualitative N = 9
Age		
Mean (SD)	52.22 (8.9)	53.44 (11.4)
Range	52 (51)	54
Median (Mode)	32–78	36–68
Therapist years		
Mean (SD)	17.23 (8.04)	15.22 (7.39)
Range	2–35	6–28
Median (Mode)	16 (15)	15
EMDR years		
Mean (SD)	6.13 (4.33)	6.56 (4.36)
Range	2–18	2–16
Median (Mode)	5 (3)	6
Gender		
Male	31 (42%)	6 (67%)
Female	43 (58%)	3 (33%)
Highest degree obtained		
Diploma	10 (13%)	1 (11%)
Primary degree	10 (13%)	0 (0%)
Masters	38 (52%)	5 (56%)
Doctorate	16 (22%)	3 (33%)
EMDR level		
Part 1/Level 1	1 (1%)	0 (0%)
Part 2	22 (30%)	3 (33%)
Part 3/Level 2	51 (69%)	6 (67%)
Membership in EMDR organization		
Yes	66 (89%)	7 (78%)
No	8 (11%)	2 (22%)
Orientation		
Integrative	26 (35%)	2 (22%)
Behavioral/cognitive	25 (34%)	3 (33%)
Humanistic/experiential	10 (13%)	2 (22%)
Analytic	8 (11%)	2 (22%)
Other	5 (7%)	0 (0%)

national EMDR association. EMDR clinicians who participated in this study self-estimated to have treated more than 4,500 patients. This compares favorably with Lipke's (1995) sample of 443 respondents who had treated 10,000 patients. Research respondents came from France, Germany, Holland, Denmark, Austria, Italy, United States, Canada, Israel, South Africa, Australia, United Kingdom, and Ireland.

Theoretical Orientation. The respondents were grouped according to theoretical orientation, and five groups were created:

- i. Integrative, $N = 26$ (35%);
- ii. Behavioral/Cognitive, $N = 25$ (34%);
- iii. Humanistic/ Experiential, $N = 10$ (13%);
- iv. Analytic, $N = 8$ (11%); and
- v. Other, $N = 5$ (7%)

There were no significant differences found between the theoretical groups in relation to age, years practicing, years using EMDR, gender, academic degrees, EMDR level of training, membership of a national association, or theoretical orientation. Because the respondents were effectively self-selecting, the aforementioned group is not necessarily a true representation of the demographic of EMDR clinician's theoretical orientation.

Explanations of How EMDR Works. The percentage of participants endorsing each possible explanation is shown in Table 2. Participants highlighted more than

one possible explanation. A percentage score for each category was derived in relation to ($N = 74$) of participants. As Table 2 indicates, the two most frequently endorsed explanations for how EMDR works were that it "facilitates communication between the limbic system and the frontal lobe" (77%) and also that of Shapiro's central tenet within EMDR of the "Adaptive Information Processing (AIP)" model. Although this is important, it is also worth highlighting that 8% considered EMDR to be no more than desensitization and 11% considered that treatment was placebo effect.

TABLE 2. Percentage of Explanations in Each Category Endorsed

Explanatory Category	$N = 74$
(A) Biological explanations	
Facilitating communication between limbic & frontal lobes	57 (77%) ^a
Activation of the orienting response	21 (28%)
Imitating REM sleep	30 (41%)
Increasing "true" memory & decreasing "false" memory	12 (16%)
Attending to somatic sensations within the patient	35 (47%)
(B) Cognitive explanations	
Adaptive information processing	54 (73%) ^a
Reframing of the trauma	40 (54%)
Correcting cognitive distortions	27 (37%)
Helping patients distinguish between past & present	33 (45%)
Dual focus of attention	37 (50%)
Integration of traumatic memory into semantic memory	41 (55%)
Desensitization alone	6 (8%)
(C) Affective explanations	
Affect regulation	43 (58%)
Emotional distancing	39 (53%)
Mindfulness	25 (34%)
Free association	29 (39%)
Strengthening the observing ego	21 (28%)
Therapeutic alliance between therapist & patient	40 (54%)
Sense of mastery thru practice in controlling & dismissing traumatic memory	25 (34%)
(D) Exposure explanations	
Flooding	7 (10%)
Reliving	22 (30%)
Imaginal exposure	45 (61%)
Reciprocal inhibition	9 (12%)
Habituation	22 (30%)
Placebo effect	8 (11%)
(E) EMDR has all the curative elements in one package	
	32 (43%) ^b

^amost frequently chosen item by the sample respondents.

^b $\chi^2(1, N = 74) = 6.38, p < .05$ for humanistic/integrative therapists.

TABLE 3. Differences Between Explanatory Categories

Explanation	Analytic M(SD)	CBT M(SD)	Humanistic M(SD)	Integrative M(SD)
Biological	1.88 (0.83)	2.04 (1.14)	2.90 (0.99)	1.83 (1.24)*
Cognitive	2.75 (1.75)	3.40 (1.91)*	4.10 (2.08)*	3.00 (2.28)*
Affective	3.25 (0.88)	2.36 (1.80)*	3.90 (2.42)*	3.00 (2.11)*
Exposure	1.38 (1.19)	1.80 (1.22)	1.50 (1.43)	1.17 (1.09)

* $p < .05$.

Association Between Theoretical Orientation and Explanation. An analysis was conducted to investigate whether clinicians with different theoretical orientations endorsed different explanatory categories. As Table 3 signifies, there were no significant differences between those of different theoretical orientation in their endorsement of specific categories of EMDR explanations.

A further analysis was then conducted to investigate the responses within each theoretical orientation using repeated measures. Although psychoanalytic therapists tended to favor affective explanations, there were no significant differences in explanation endorsement within this small group. Cognitive behavioral therapists favored cognitive explanations. However, there was a significant difference in explanation endorsement among those of cognitive behavioral orientation, between affective and cognitive explanations significantly ($p < .05$) more endorsed than exposure explanation. Humanistic therapists favored both cognitive and affective explanations. There was a significant difference in explanation endorsement among those of humanistic orientation with affective and cognitive explanations significantly ($p < .05$) more endorsed than exposure explanation. Interestingly, there was a significant difference in explanation endorsement among those of an integrative orientation with biological, affective, and cognitive explanations significantly ($p < .05$) more endorsed than exposure explanation.

Part E within Table 2 highlighted that just less than half of participants (45%) reported that EMDR contains all the curative components of other psychotherapeutic approaches. There was a significant association between orientation and endorsement, $\chi^2 (1, N = 74) = 6.38, p < .05$; compared to those of different orientation. Those of a humanistic/integrative orientation were more likely to favor the explanation that EMDR has all the curative elements with 60% humanistic/integrative therapists endorsing such an explanation compared with 30% of other therapists.

Reported Difficulties Incorporating EMDR Into Practice. Thirty participants (41%) reported experiencing difficulties in incorporating EMDR into clinical practice. There was a statistically significant association, $\chi^2 - (4, N = 74) = 10.3, p < .05$) between orientation and experiencing difficulties in incorporating EMDR into clinical practice (Table 4).

As evident in Table 4, Cognitive Behavioural Therapy (CBT) therapists found integrating EMDR into their existing clinical practice more straightforward than those clinicians from those with different psychotherapeutic backgrounds ($\chi^2 (1, N = 74) = 1.14, p = .29$). Psychoanalytic therapists were the group that found it the most difficult ($\chi^2 (1, N = 74) = 4.42, p < .05$). Humanistic/integrative therapists reported finding it more difficult to incorporate EMDR into their clinical practice than CBT therapists but easier than psychoanalytic therapists, $\chi^2 (1, N = 74) = 2.05, p = .15$). Those of analytic or humanistic/experiential orientation experienced more difficulties than those of behavioral/cognitive or integrative orientation.

Item 14 was an open-ended question, asking respondents to comment on any difficulties they were having integrating EMDR into their clinical practice.

TABLE 4. Association Between Therapeutic Orientation and Difficulties Incorporating EMDR Into Clinical Practice

	Difficulties		
	No	Yes	Total
Analytic	2	6(75%)*	8
Cognitive/behavioral	17	8(32%)	25
Humanistic/experiential	3	7(70%)*	10
Integrative	19	7(27%)	26
Other	3	2(40%)	5
Totals	44(59%)	30(41%)	75

* $p < .05$.

Responses to this item were subjected to a thematic analysis. Five distinct themes emerged in relation to integration of EMDR into clinical practice. These were the following:

- Time Constraints
 - “EMDR needs more than the usual allocated 1 hour.”
 - “I have to abandon my usual approach and way of working.”
 - “EMDR is difficult to incorporate with a 6-session contract in time-limited therapy.”
- Anxiety / Confidence
 - “Mainly due to my own anxiety/confidence”
 - “EMDR clinical supervision can be sparse.”
 - “Fear of retraumatizing client”
- Workplace Issues
 - “The service I worked for did not understand it and would not allow me to practice.”
 - “Disagreement from colleagues up to and including bullying and stopping referrals”
- Changes in EMDR Therapists Practice or Theories
 - “I talked too much, my supervisor gave me feedback, and it worked” or “The biggest difficulty was going straight in rather than letting the client take responsibility.” (integrative therapist)
 - “EMDR is at odds with analytic psychotherapy, and when successful, it is much harder to accept and adjust to.” (analytic therapist)
 - “EMDR is hostile to emotional theory.” (analytic therapist)
 - “EMDR is a technique, not a psychological theory of mind.” (analytic therapist)
 - “I have difficulty working systematically through a treatment plan. Long-term clients do not always want to stick with eye movements.” (analytic therapist)
- Client Characteristics
 - “EMDR can be tricky, it’s not what people expect.”
 - “Many clients are too unstable to process memories.”
 - “EMDR is difficult with people with chronic avoidance.”
 - “Some clients see EMDR as a therapist’s excuse for not listening. I know that EMDR is about listening but try telling that to some clients!” (integrative therapist)

Experiment 2

Participants

A total of nine people who were attending the 9th EMDR Europe Conference held in London, June 2008 ($N = 40$) and at the York EMDR Regional Annual Conference, United Kingdom, held in September 2008 agreed to be interviewed at a later date for the qualitative data.

Material

The semistructured interview questionnaire was developed with the assistance of academic and professional colleagues and consisted of 22 items with both open- and close-ended questions. The first nine items were the same as the questionnaire focusing on biodata for comparisons to be made between both groups in later analysis. Two items were concerned with theoretical orientation and numbers treated using EMDR. The remaining 11 items were concerned with how respondents integrated EMDR into their clinical practice and what, if any, difficulties they encountered.

Procedure

Interviews were conducted by the first author by telephone and transcribed directly to the semistructured interview format described subsequently. A copy of the completed interview schedule was then e-mailed to each respondent for their corrections and final approval before being included in the data for analysis.

Data Analysis

The qualitative data was subject to a content analysis independently by the first author and a psychologist colleague with a Master of Science in Psychology. There was a 90% agreement between both parties on categories, domains, and content.

Experiment 2 Results

Biodata. As seen in Table 1, there were few differences between the survey and interview participants. Table 1 indicates similarity between the interview and the questionnaire participants in relation to their experiences of integration of EMDR into their clinical practice. In undertaking an ANOVA, no statistically significant differences were found between both samples on the aforementioned variables. A somewhat surprising finding was that no statistically significant difference was found between the groups on the gender variable, given that the quantitative group was mostly female (60%), whereas the qualitative group was mostly male (67%). Because both groups were very similar on all of the major biodata categories, this gives us confidence that any differences which might emerge from the two different investigative methods are caused by real differences and not influenced by any of the biodata features of the two samples. It is also clear that both groups are very experienced EMDR clinicians with means of 17.2 and 15.2 years experience, respectively. This gives us further confidence that their opinions are those of people with a lot of experience who are not novices in their field.

Reported Difficulties Incorporating EMDR Into Practice. In relation to the issue of difficulties incorporating EMDR into practice, five of the nine participants (55%) reported no difficulty incorporating EMDR into their practice. Their theoretical orientations were mixed. In open-ended questions regarding their ease of application, they responded positively. Some examples are as follows:

- “I took on some clients who I thought might actually respond to EMDR; I made a clinical decision.” (analytic therapist)
- “It was quite easy really. I was sceptical about EMDR. During my training, I had an experience with it on a personal trauma, and it came up during the training session. Later, a client at the time had a cathartic experience using EMDR and that convinced me that there was something in this approach. That was what really sold it to me.” (CBT therapist)
- “In 2002, I started to take referrals and these were people with PTSD after RTA.” (humanistic therapist)

Of the four of the nine participants (45%) who reported difficulty incorporating EMDR into their practice, their theoretical orientations again were mixed. In open-ended questions regarding their facility of application, they responded negatively. Some examples are as follows:

- “The whole business of the protocol and confidence in following it. When I first started, I was getting into stuff about ‘am I getting this right?’ . . . Being a perfect driver.” (humanistic therapist)
- “It was the theoretical differences which spoil it for me. At that time, I didn’t know that much about interpreting the meaning of events, and I found my connection thru the kind of feeling you’ve got, like the body scan. A colleague who helped me with this was a very experienced EMDR therapist.” (experiential therapist)
- “The biggest difficulty to overcome if you’ve had some experience in exploratory therapy is the technique oriented approach. I’d be much more selective in how I use it but not with every patient.” (analytic therapist)

Specific Changes in EMDR Therapists Practice or Theories. The following are comments made by participants relating to ways in which the EMDR protocol presented challenges to how clinicians then integrated EMDR into their existing practice post EMDR training.

- “EMDR hindered me in being so focused and structured.” (analytic therapist)
- “I noticed that at my EMDR level 1 training that the words need to be absolutely spot on for the client and the opposite of the negative cognitions isn’t always the

obvious opposite; also to make sure that they are not talking about emotions.” (humanistic therapist)

- “It was a struggle—very hard indeed—because I’m a personal construct therapist, and because EMDR is CBT-based, it is hard to fit it in with personal construct therapy. When I did my EMDR training, I asked ‘was construct the same as cognition,’ and I was told categorically ‘NO’. It put me right off. It was difficult. . . . I had to look for a way of doing it.” (personal construct therapist)
- “It hindered me . . . because when I was trained, they stuck very, very closely to a CBT paradigm.” (experiential therapist)

Comparison of the Questionnaire and Interview Samples. As mentioned previously, the interview group was compared to the questionnaire group and both groups were found to have similar bio-data dimensions, including age, gender, experience as a therapist, experience of EMDR, membership of EMDR organizations, academic qualifications, and theoretical orientation (see Table 1).

As reported in Table 5, 45% of the interviewees reported difficulties in incorporating EMDR into their existing clinical practice. This was a very similar figure to the quantitative data which was 40%. The reasons that the interviewees gave for this included the EMDR protocol itself, original theoretical orientation of the therapist particularly for analytic therapists and also for humanistic and PCT therapists, personal style and workplace issues of nonacceptance of EMDR and bullying, patient characteristics, and therapist’s anxiety and confidence. This is an important finding which has not been highlighted by any of the previous surveys in the literature before now.

EMDR was reported to be faster, more flexible, and more holistic by the interviewees in line with similar findings by DiGiorgio et al. (2004). Overall, the interviewees reported a high degree of comfort with using the EMDR protocol. However, this varied by theoretical orientation in which therapists reported not using the full protocol depending on their theoretical orientation. Analytic therapists were less likely

TABLE 5. Percentage of Respondents Reporting Difficulty Integrating EMDR Into Practice

Interview	N (%)
Yes	4 (45%)
No	5 (55%)
Questionnaire	
Yes	30 (40%)
No	44 (60%)

to use the full EMDR protocol, which is consistent with the findings from previous surveys (DiGiorgio et al., 2004; Lyhus, 2003).

Discussion

Limitations and Strengths

The survey part of this study ($N = 74$) was small in comparison to earlier surveys such as Lipke's (1995), which had 435 participants, or Lyhus's (2003) study, which had 532 participants. Nevertheless, this study compares positively with these two previous studies insofar as these were an extremely experienced group of EMDR therapists who, self-reportedly, had treated more than 4,500 clients using EMDR. Both Lipke's and Lyhus's studies were undertaken in the United States, whereas participants in this study was more international, including France, Germany, Holland, Denmark, Austria, Italy, United States, Canada, Israel, South Africa, Australia, United Kingdom, and Ireland. Consequently, it is useful to obtain a more international perspective of this important issue of EMDR integration post-EMDR training.

A further limitation of this study is the small number of interviews carried out ($N = 9$). However, this is offset by the findings from the quantitative sample of $N = 74$ in which a similar number of therapists had difficulties integrating EMDR into their clinical practice. Although this qualitative sample was larger than DiGiorgio et al.'s (2004) study ($N = 3$), there is an argument to be made that more individual interviews would yield richer data and perhaps give more insights into the real workings of EMDR in practice by interviewing a greater range of therapists than was possible in this study. However, this study is somewhat unique in the literature. For example, all three previous surveys of EMDR trained therapists (DiGiorgio et al., 2004; Lipke, 1995; Lyhus, 2003) used either quantitative or qualitative data collection methods but not both, which this study did. The sample of respondents in both the quantitative and qualitative samples were compared in relation to age, gender, years of experience as a therapist, EMDR experience, level of EMDR training, academic qualifications, membership of EMDR associations, and theoretical orientation. Because the ANOVA found no statistically significant differences between both samples on the given variables; interesting comparisons were made between the quantitative and qualitative data confident.

An additional limitation of this study was the fact that all respondents were self-selected. It is possible that the sample was biased with EMDR clinicians who

held extreme views on integration of EMDR post training. This was unavoidable given the nature of the harvesting process of respondents.

Effect of Theoretical Orientation

What this study highlighted was that the previous training of clinicians prior to undertaking EMDR training had some bearing on how they explained EMDR to prospective client. CBT therapists tended to use cognitive and affective explanations, whereas analytical therapists tended not to favor any particular explanatory factor. This then raise a question about how mindful EMDR trainers to this aspect as part of the teaching and learning of EMDR? CBT therapists appeared to be the most amenable to integrating EMDR. An argument to support this may relate to the synchronicity between the technocratic elements of both EMDR and CBT paradigms.

Analytic and humanistic EMDR clinicians appear to be the group more likely to find integrating EMDR into their current clinical practice as the most difficult. This raises a further question about whether EMDR trainings need to more specifically consider the ways in which trainees integrate their new EMDR skills into their clinical practice. Potentially enhancing the provision and availability of EMDR clinical supervisions may go some way to assist this. However, more research is needed to explore this aspect in more detail. As one analytic clinician plaintively wrote "*Sometimes, it's better to send the patient to another therapist rather than to integrate two models.*"

This raises a further interesting question in that previously, EMDR has always been taught as an integrative paradigm, and yet, current consideration seems to support the view that EMDR is a distinct psychotherapeutic approach. This is an anomaly that potentially the EMDR teaching and learning community needs to consider. There is an argument that EMDR is a distinct psychotherapeutic approach, and the time spent undertaking EMDR training does not seem sufficient.

Difficulties in Integration

The findings from this study demonstrate clearly that integration of EMDR into clinical practice is a major issue for at least 40% of EMDR clinicians. This represents a significant finding which has not been highlighted in the existing literature to date. Again, this raises an interesting question. Which previous psychotherapeutic paradigm does EMDR potentially challenge the most? Or, which one potentially creates the largest shift for trainees? More research is needed to explore this further.

An important consideration in this argument relates to both the importance and availability of good, effective, and robust EMDR clinical supervision and consultation. Respondents did highlight limitations in the provision of EMDR clinical supervision/consultation and, therefore, this seems to restrict opportunities for newer EMDR clinicians to be more effectively supported in their EMDR practice development. The perceived paucity of provision may also have an effect on why some EMDR clinicians, who face workplace dilemmas or conflicts (e.g., bullying behavior), do not feel sufficiently supported, with the effect of potentially making EMDR clinicians feel more isolated. The lessons for EMDR associations seems to be in ensuring the availability of good quality EMDR clinical supervision/consultation that is robust, supportive, educative, and steadfastly adheres to sound—ethical practice. This is the environment where EMDR clinicians can be assisted the most with EMDR integration.

Another key finding from this study, not addressed within existing literature, related to workplace issues around managerial support systems for newly trained EMDR clinicians returning to their professional environments and then encountering behavior indicative of bullying. Several respondents reported that colleagues refused to allow them to use EMDR, or indicated that they could only use EMDR with patients with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and no other mental health condition. Although the United Kingdom National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) clinical guideline for PTSD (2005) lists both trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) and EMDR, respondents highlighted that there was a distinct bias toward only using TF-CBT declaring that this was more “mainstream” than EMDR. This phenomenon raises an important issue worthy of further research and investigation and potentially challenges the philosophical underpinning of evidence-based practice.

Suggestions for Future Research

Future research could focus on larger numbers of interviews with analytic or humanistic therapists, given that these were the groups which reported experiencing the greatest difficulties in integrating EMDR into their clinical practice. This line of inquiry could yield valuable insights into the nature of such integration difficulties than we have at present. Research could also be undertaken to examine the workplace difficulties which have been highlighted in this study. Findings from such investigations would be of assistance to

national and international EMDR associations responsible for EMDR training and standards. What this study potentially indicates is that more research and practical consideration needs to be given to the area of clinician’s experiences of integrating EMDR into clinical practice posttraining.

References

- Assay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Qualitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33–56). Washington, DC: American Psychological Association.
- DiGiorgio, K. E., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Lyhus, K. E., & Walter, R. C. (2004). EMDR and theoretical orientation: A qualitative study of how therapists integrate eye movement desensitization and reprocessing into their approach to psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 14*(3), 227–252.
- Dunne, T. (2010). *An investigation into therapists’ beliefs about how eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) works in clinical practice: Do the eyes have it?* Unpublished doctoral thesis, Middlesex University and Metanoia Institute.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Goodheart, C. D., Kazdin, A. E., & Sternberg, R. J. (2006). *Evidence based psychotherapy: Where practice and research meets*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2009). EMDR works . . . But how? Recent progress in the search for treatment mechanisms. *Journal of EMDR Practice and Research, 3*(3), 161–168.
- Hicks, C. M. (2004). *Research methods for clinical therapists: Applied project design and analysis*. London: Churchill Livingstone.
- Høglend, P. (1999). Psychotherapy research: New findings and implications for training and practice. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 8*(4), 257–263.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *The American Psychologist, 63*(3), 146–159.
- Lebow, J. (2010). Big squeeze. No research? No reimbursement. *Psychotherapy Networker, 34*, 32–33.
- Lipke, H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A quantitative study of clinician impressions of the effects and training requirements. In F. Shapiro (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Lyhus, K. E. (2003). Integration of EMDR with other therapeutic approaches: A survey investigation. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 63*(10-B), 4912. Retrieved May 12, 2008, from <http://ovidsp.uk.ovid.com/spb/ovidweb.cgi?&S>

- National Institute for Clinical Excellence. (2005). *Posttraumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: Author.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (2005). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Poznanski, J. J., & McLennan, J. (1995). Afterthoughts on counsellor theoretical orientations: Reply to Arnkoff (1995) and Gelso (1995). *Journal of Counselling Psychology*, 42(4), 428–430.
- Seligman, M. (1993). An interview with Martin Seligman. *Behavior Therapist*, 16, 261–265.
- Scott, I., & Mazhindu, D. (2005). *Statistics for health professionals: An introduction*. London: Sage.
- Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 199–223.
- Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(3), 211–217.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (Ed). (2007). *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Turner, M. A., Kiernan, M. D., McKechnie, A. G., Finch, P. J., McManus, F. B., & Neal, L. A. (2005). Acute military psychiatric casualties from the war in Iraq. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 476–479.
- White, J. M. (2000). *Treating anxiety and stress: A group psycho-educational approach using brief CBT*. Chichester, UK: Wiley.

Correspondence regarding this article should be directed to Derek Farrell, University of Birmingham, College of Medical & Dental Sciences, 52 Pritchatts Road, Edgbaston, Birmingham, UK. E-mail: D.P.Farrell@bham.ac.uk

L'EMDR, le Traitement Adaptatif de l'Information et la conceptualisation de cas

Francine Shapiro

EMDR Institute, Inc. Watsonville, CA

L'EMDR est une approche psychothérapeutique intégrative, centrée sur le client, qui met l'accent sur le système cérébral de traitement de l'information et sur les souvenirs d'expériences perturbantes en tant que fondations des pathologies qui ne sont pas causées par un déficit ou une blessure organique. L'EMDR aborde les expériences qui contribuent aux conditions cliniques ainsi que celles qui sont nécessaires pour accompagner le client vers un état de santé psychologique robuste. L'article apporte une synthèse de l'histoire, du développement et des recherches qui ont établi l'EMDR en tant que traitement soutenu empiriquement. Après l'explication du modèle de traitement adaptatif de l'information, un exemple de cas approfondi illustre la conceptualisation de cas recommandée en EMDR et les huit phases du protocole. Cette approche est utilisée pour traiter les souvenirs antérieurs qui sont à la base de la pathologie et les situations présentes qui déclenchent le dysfonctionnement, tout en apportant les scénarios pour une action future appropriée et les comportements permettant de combler les déficits développementaux et/ou les lacunes d'acquisition d'habiletés. Les bénéfices de l'intégration de l'EMDR avec les perspectives de la systémique familiale en vue d'apporter les effets thérapeutiques les plus complets sont décrits.

Mots-clés: EMDR ; modèle de traitement adaptatif de l'information ; souvenirs ; thérapie familiale systémique ; psychothérapie intégrative

Tout comme la beauté d'une chose dépend du regard que l'on porte sur elle, le dysfonctionnement clinique varie selon l'optique adoptée. Bien que certaines modalités symptomatiques soient reconnues de manière systématique en tant que troubles diagnostiquables, chaque approche psychologique est fondée sur un paradigme spécifique qui guide le clinicien dans une manière particulière de conceptualiser les plaintes cliniques. Ces paradigmes théoriques apportent une explication de la pathologie et préconisent des interventions destinées à éliminer les symptômes et à aider le client.

L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* : désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) ne déroge pas à la règle. En 20 ans, il a évolué depuis une simple technique en une approche psychothérapeutique intégrative avec un modèle théorique qui met l'accent sur le système de traitement de l'information du cerveau et considère les souvenirs d'expériences perturbantes comme constituant la base de la pathologie. Le traitement en huit phases aborde de manière très complète les expériences qui contribuent aux affections cliniques et celles qui permettent d'amener le client à un état solide de santé psychologique.

This article originally appeared as Shapiro, F. (2007). EMDR, Adaptive Information Processing, and Case Conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 68–87. French translation by Jenny Ann Rydberg.

Histoire de l'EMDR

L'EMDR a été introduit en 1989 par une étude randomisée contrôlée (Shapiro, 1989) évaluant les effets d'un traitement en une séance unique auprès d'individus traumatisés. A cette époque, le nom employé était EMD (*Eye Movement Desensitization* : désensibilisation par les mouvements oculaires) car le traitement était fondé sur une orientation comportementale et on pensait que les mouvements oculaires avaient la caractéristique unique de causer une désensibilisation efficace. De ce point de vue, les effets du traitement étaient principalement considérés comme une diminution de la peur et de l'anxiété résultant de la traumatisation.

Au cours des années suivantes, d'autres formes de stimulation bilatérale¹ (i.e., tapotements, sons) se sont également avérées efficaces (Shapiro, 1991b, 1994a). De plus, il est apparu que les changements au niveau de l'anxiété et de la peur, et même tout le processus de désensibilisation, étaient dérivés d'un retraitement complet de l'expérience. Pendant le traitement, les émotions négatives étaient remplacées par des émotions positives, des prises de conscience émergeaient, les sensations corporelles se modifiaient et de nouveaux comportements apparaissaient spontanément, accompagnés d'un nouveau sentiment de soi. En bref, les traumatismes étaient transformés en des expériences d'apprentissage qui se révélaient et renforçaient la victime qui devenait alors un survivant puis une personne épanouie. L'EMD est devenu l'EMDR, avec l'ajout du terme "retraitement" (reprocessing) (Shapiro, 1991a, 1994b) pour refléter ces changements. Ce concept de la transformation de l'expérience stockée à travers un processus d'apprentissage rapide est central dans la compréhension des fondements et de l'application de l'EMDR et de son modèle de Traitement Adaptatif de l'Information (Shapiro, 1995, 2001, 2002). Le but du présent chapitre est d'offrir une synthèse à la fois de la théorie et de la pratique.

Recherche contrôlée

Les soubassements neurobiologiques des effets thérapeutiques de l'EMDR ne sont pas connus actuellement, pas plus que pour n'importe quelle autre forme de psychothérapie. Bien que la stimulation bilatérale ne constitue qu'un élément procédural du traitement parmi plusieurs autres, c'est celui qui a attiré le plus d'attention en raison de son caractère unique. Les analyses de composantes des mouvements oculaires auprès de populations cliniques n'ont montré que des effets marginalement significatifs (Davidson & Parker, 2001) mais présentent des failles liées à l'inclusion de populations inappropriées

et une durée de traitement limitée (Chemtob, Tolin, van der Kolk & Pitman, 2000 ; Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2004 ; Perkins & Rouanzoin, 2002). Cependant, des études de laboratoire ont identifié des effets marqués des mouvements oculaires sur le recouvrement des souvenirs, la diminution des émotions négatives, la clarté des images et la flexibilité attentionnelle (e.g., Andrade, Kavanagh & Baddeley, 1997 ; Barrowcliff, Gray, Freeman & MacCullough, 2004 ; Christman Garvey, Propper & Phaneuf, 2003 ; Kavanagh, Freese, Andrade & May, 2001 ; Kuiken, Bears, Miall & Smith, 2001-2002 ; Van den Hout, Muris, Salemink & Kindt, 2001). L'efficacité de l'application de l'EMDR au traitement des traumatismes a été démontrée dans une vingtaine d'études contrôlées qui le comparaient aux produits pharmaceutiques (van der Kolk et al., sous presse) et à diverses formes de psychothérapie (e.g., Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund & Muraoka, 1998 ; Edmond, Rubin & Wambach, 1999 ; Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002 ; Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Dolatabadim & Zand, 2004 ; Lee, Gavriel, Drummond, Richards & Greenwald, 2002 ; Marcus, Marquis & Sakai, 1997, 2004 ; Power et al., 2002 ; Rothbaum, Astin & Marsteller, 2005 ; Scheck, Schaeffer & Gilette, 1998 ; Taylor et al., 2003 ; Vaughan et al., 1994). Par conséquent, tant les directives sur la pratique de l'Association Américaine de Psychiatrie (American Psychiatric Association, 2004) et les ministères des Anciens Combattants et de la Défense (Department of Veterans Affairs and Defense, 2004) ont placé l'EMDR dans la plus haute catégorie d'efficacité et de soutien empirique. Ce statut est également reflété dans de nombreuses directives internationales (e.g., Bleich, Kotler, Kutz & Shalev, 2002 ; Commission nationale néerlandaise pour les soins en santé mentale, 2003 ; National Institute for Clinical Excellence, 2005 ; Sjöblom et al., 2003). Plusieurs études neurobiologiques ont également démontré les changements pré-/post-traitement EMDR en lien avec la résolution des symptômes traumatiques (Lamprecht et al., 2004) ; Lansing, Amen, Hanks & Rudy, 2005 ; P. Levin, Lazrove & van der Kolk, 1999). L'évaluation d'études sur l'EMDR a montré que le degré d'adhésion aux procédures et aux protocoles de traitement est positivement corrélé avec la taille des effets du traitement (Maxfield & Hyer, 2002 ; Shapiro, 1999).

Les directives sur la pratique mentionnées ci-dessus ainsi qu'un certain nombre de méta-analyses publiées (e.g., Bradley, Green, Russ, Dutra & Westen, 2005 ; Van Etten & Taylor, 1998) ont documenté que l'EMDR est aussi efficace et durable que les méthodes de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) les plus étudiées. Cependant, contrairement à d'autres formes de thérapie pour les traumatismes

qui incluent de 30 à 100 heures de tâches prescrites à réaliser hors séance, les effets de l'EMDR sont réalisés seulement à partir du traitement en séance et avec moins d'exposition au traumatisme. Cette différence au niveau de la durée de l'exposition et des tâches à réaliser hors séance a été notée par les chercheurs d'une étude contrôlée financée par l'Institut National de Santé Mentale comparant l'EMDR (Shapiro, 2001) avec l'exposition prolongée (Foa & Rothbaum, 1998) ; les chercheurs ont déclaré : "Il sera important pour la recherche future d'explorer ces questions" (Rothbaum et al., 2005, p. 614).

Ce mode habituel de rétablissement dans les séances de traitement EMDR permet aux cliniciens de voir une progression rapide des connexions intrapsychiques alors que les émotions, les prises de conscience, les sensations et les souvenirs émergent et changent avec chaque nouvelle série de stimulation bilatérale. Les études de processus et les analyses qualitatives ont identifié des effets de traitement marqués (incluant la réduction rapide de la détresse subjective) qui différencient l'EMDR d'autres thérapies des traumatismes (Edmond, Sloan & McCarty, 2004 ; Lee, Taylor & Drummond, 2006 ; McCullough, 2002 ; Rogers & Silver, 2002 ; Rogers et al., 1999). En plus de la réduction de la perturbation émotionnelle et des symptômes manifestes, les clients en EMDR font l'expérience d'une variété de réactions qui indiquent l'émergence d'une réorganisation complète pouvant se traduire par des changements au niveau de la régulation des affects et des traits de personnalité (Brown & Shapiro, 2006 ; Korn & Leeds, 2002 ; Zabukovec, Lazrove & Shapiro, 2000), par l'arrêt de la douleur et d'autres réactions somatiques dysfonctionnelles (Grant & Threlfo, 2002 ; Gupta & Gupta, 2002 ; Ray & Zbik, 2001 ; Schneider, Hofmann, Rost & Shapiro, 2006) et par des modifications de l'organisation cognitive reflétées par le nombre de souvenirs positifs qui peuvent être évoqués après le traitement (Sprang, 2001). Bien que l'EMDR puisse être utilisé pour éliminer des symptômes manifestes liés à diverses affections cliniques (voir Shapiro, 2001), en tant qu'approche psychothérapeutique, son but principal est de traiter l'ensemble du tableau clinique afin de produire les effets thérapeutiques les plus complets.

Modèle de Traitement Adaptatif de l'Information

La large palette d'applications thérapeutiques de l'EMDR est fondée sur le modèle de Traitement Adaptatif de l'Information (TAI) qui guide sa pratique clinique. Au fond, l'EMDR permet de traiter

les facteurs qui contribuent aux dysfonctionnements et à la santé. Initialement utilisé pour le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT), il est apparu au fil du temps que les événements du critère A (e.g., une menace immédiate dirigée vers soi ou vers un proche, tel qu'un accident de voiture ou une agression physique ou sexuelle ; American Psychiatric Association, 2000) officiellement requis pour poser le diagnostic ce trouble constituaient une conceptualisation trop restrictive. Par exemple, si la mort soudaine de l'épouse d'un homme marié depuis 30 ans provoque des pensées intrusives, de la dépression et une perturbation du sommeil qui perdurent pendant des années, alors cet événement peut être reconnu comme traumatisme et il peut recevoir le diagnostic d'ESPT. Toutefois, si cet homme développe exactement les mêmes symptômes quand sa femme le quitte pour son professeur de danse, alors l'événement n'a pas le même poids et le diagnostic d'ESPT est exclu parce que l'événement déclenchant ne répond pas aux critères désignés.

Il est clair que des personnes sont hantées pendant des années par diverses expériences qui n'atteignent pas le niveau des événements du critère A. Dans le modèle TAI, elles sont désignées par le terme de traumatismes petit "t", non pas parce qu'elles sont moins traumatiques ou indélébiles mais parce qu'elles sont omniprésentes. Une étude récente de Mol et al. (2005) soutient cette conceptualisation. Une enquête réalisée auprès de 832 personnes a indiqué qu'il y avait plus de symptômes ESPT en lien avec des événements de vie qu'avec des événements du critère A. La conclusion de Mol et al. était que "Les événements de vie peuvent générer au moins autant de symptômes ESPT que les événements traumatiques" (p. 494). La reconnaissance de ce fait possède des implications extrêmement importantes pour le traitement.

Le modèle TAI permet d'expliquer des phénomènes cliniques, de prédire des effets de traitement positifs et de guider la pratique clinique. En cohérence avec les données neurobiologiques, l'hypothèse est formulée selon laquelle, pour donner du sens aux stimuli entrants, les expériences nouvelles sont assimilées au sein de réseaux mnésiques déjà existants. Par exemple, lorsque l'on nous tend une tasse, il faut des expériences "tasse" antérieures pour savoir quoi en faire. De manière similaire, l'échec d'une histoire amoureuse est assimilée dans des réseaux mnésiques associés aux relations et augmentent la base de connaissances concernant des choses telles que les attentes et des signes d'avertissement potentiel.

Chez un individu sain, à mesure que de nouvelles expériences sont traitées, elles sont "métabolisées"

ou “digérées”, et ce qui est utile est appris, stocké avec les émotions appropriées, et guide la personne à l’avenir. Par exemple, un enfant peut tomber de son vélo et pleurer, mais avec un réconfort et des soins appropriés, la peur se dissipe et l’enfant apprend ce qui est nécessaire pour mieux rouler à vélo à l’avenir. Cependant certains enfants deviennent anxieux par rapport au vélo et la détresse ne diminue pas. Cette anxiété persistante suggère que le système de traitement des informations a enregistré l’expérience sans le traitement de manière adéquate jusqu’à une résolution adaptative. Plutôt que de se rappeler les expériences de vélo antérieures agréables ou la disparition de la douleur physique, quand ils pensent au vélo, ils ne se souviennent que de la chute. L’événement est foncièrement figé dans le temps à l’instant de la peur et de la douleur. Ceci jette les bases de réactions inappropriées (dysfonctionnelles) futures à des événements similaires : il devient la pierre angulaire ou l’événement source pour toute expérience associée.

La pathologie selon le modèle de Traitement Adaptatif de l’Information

Le modèle TAI pose l’hypothèse selon laquelle la pathologie se produit lorsque des expériences non traitées sont stockées dans leur propre réseau neural, incapables de se relier à quelque chose de plus adaptatif. Par conséquent, la personne peut observer quantité de contre-exemples, ou suivre une thérapie pendant des années, recevant des recadrages constants, des alternatives et des exemples de réussite, sans que cela ne change les émotions impliquant les échecs personnels perturbants. Les nouvelles informations, les expériences positives et les affects ne peuvent pas être mis en lien avec ce réseau qui contient le matériel non traité.

Par exemple, une personne diagnostiquée comme ayant un trouble de la personnalité borderline peut avoir des sentiments positifs envers son thérapeute (ou amant) à certains moments, puis exploser de colère à d’autres. Le modèle TAI conçoit cette dichotomie de la manière suivante : les expériences positives sont stockées dans un réseau de mémoire, mais les expériences perturbantes d’abandon ou de maltraitements dans les premières années de vie se trouvent dans un réseau différent et peuvent être déclenchées par tout ce qui rappelle ces événements. Le même principe est valable, à des degrés variables, pour la plupart des couples explosifs. Que les événements antérieurs comportent des informations incorrectes ou des informations qui étaient correctes auparavant mais qui ne sont plus valides chez l’adulte (telles que l’impuissance

et l’absence de choix d’un enfant), l’apprentissage adaptatif ne peut pas avoir lieu à cause de ce qui est stocké de manière dysfonctionnelle.

Les phobies de l’enfance constituent un autre exemple de troubles qui sont considérées comme résultant d’expériences qui n’ont pas été traitées de manière adaptative. Les expériences stockées en mémoire (qu’il s’agisse du produit d’une confrontation directe, des modèles parentaux ou d’une traumatisation indirecte par une histoire ou une émission télévisée) contiennent les émotions et les sensations physiques des événements effrayants. Quand un événement similaire se produit dans le présent, il est automatiquement relié à ce réseau mnésique qui contient l’expérience antérieure non traitée, et les sensations physiques et les affects négatifs surgissent de manière involontaire. Peu importe le nombre d’exemples positifs qui les entourent, l’événement perturbant antérieur demeure inchangé.

Selon le modèle TAI, la perturbation inhérente sert également à bloquer l’accès aux autres événements positifs qui peuvent déjà exister dans les réseaux mnésiques. Par exemple, le décès d’un être cher peut causer l’irruption d’images perturbantes de douleur et de souffrance non résolues en empêchant l’accès à des souvenirs agréables. Le fait de compléter le traitement des événements permet d’augmenter le rappel de souvenirs positifs (Sprang, 2001). Le défaut de traitement laisse les souvenirs négatifs “à chaud” et susceptibles d’être activés à tout moment. Par conséquent, indépendamment du nombre d’expériences positives subséquentes qui peuvent survenir dans la vie d’une personne, des événements antérieurs non traités peuvent établir les fondements d’un sens identitaire et d’un sentiment d’efficacité personnelle amoindris.

Les chercheurs en neurobiologie pensent que ces expériences sont incorrectement stockées en mémoire (Siegel, 2002 ; Stickgold, 2002 ; van der Kolk, 1996, 2002). Ainsi, le système implicite en est un qui permet à une personne de rouler à vélo après une interruption de dix ans, parce que les sensations physiques sont stockées en mémoire. Cependant les sensations physiques ne sont pas utiles quand elles retiennent la douleur et la peur d’un viol, d’un accident ou d’une agression. Ces problèmes ne sont pas limités à des traumatismes exceptionnels. Être harcelé à l’école ou rabaisé par un enseignant constituent des expériences répandues de l’enfance. Mais quand les personnes se remémorent ces événements des décennies plus tard, beaucoup éprouvent encore l’intensité de leurs émotions et sentent leur corps se recroqueviller. Ceci indique que le souvenir n’a pas été traité et qu’il peut encore être à l’origine de divers problèmes psychologiques que la personne rencontre dans le

présent. Au fond, les émotions, sensations et perspectives de ces événements de l'enfance surgissent et influencent la perception qu'a l'individu du passé. En somme, le passé est présent.

Le modèle TAI distingue l'EMDR d'autres formes de psychothérapie en considérant la situation présente qui produit de la détresse comme un simple déclencheur d'un incident passé non traité. L'événement actuel stimulerait le réseau mnésique, causant l'émergence des émotions négatives, sensations physiques et perspectives stockées. Comme souligné auparavant, une situation actuelle, qui est similaire d'une quelconque façon à un événement antérieur se reliera avec le réseau mnésique dans lequel l'événement antérieur est stocké. Ces liaisons associatives sont nécessaires pour donner du sens au monde et typiquement elles se produisent sans contrôle conscient. Ainsi, que la personne soit ou non consciente de l'expérience antérieure non traitée, et qu'elle puisse ou non reconnaître la similitude avec la situation présente, les émotions, sensations physiques et perspectives stockées de manière dysfonctionnelle constituent des réactions réflexes aux événements actuels et guident les comportements de la personne.

Bien que ces expériences puissent se situer sous le seuil de la conscience, elles sont finalement responsables des comportements qui amènent la personne en thérapie. La plupart des clients ne viennent pas en thérapie parce qu'elles ont eu "une mauvaise enfance". Elles y sont plutôt parce que la vie est devenue ingérable. Elles sont poussées à faire des choses qu'elles ne souhaitent pas ou empêchées de faire les choses qu'elles souhaitent. Elles sont angoissées, ont l'impression d'avoir perdu le contrôle, sont malheureuses chez elles ou au travail ou dans leurs relations sociales. Certains problèmes sont propres à des situations particulières, telles qu'un environnement de travail dysfonctionnel ; beaucoup d'autres émanent des modes de pensée et des comportements habituels du client en interaction avec son entourage. Le modèle TAI conçoit ces modes habituels d'émotions, de sensations physiques et de perspectives dysfonctionnelles comme des symptômes plutôt que comme des causes. La cause serait les souvenirs non traités d'expériences antérieures qui poussent le client à adopter des réactions inappropriées dans le présent. Par exemple, une personne qui ne se sent pas "à la hauteur" agira d'une manière qui reflètera cette croyance dans le présent—d'une façon qui peut amener les autres à la considérer de la même manière. Elle peut interpréter même une attitude simplement distraite chez l'autre comme dédaigneuse et tendant à la diminuer, ce qui renforce son opinion négative

d'elle-même. La croyance "je ne suis pas à la hauteur" n'est pas la cause, mais le symptôme. La cause est l'expérience de vie antérieure non traitée qui contient l'affect et la perspective.

Les procédures EMDR ont été développées pour accéder aux expériences stockées de manière dysfonctionnelle et pour stimuler le système inné de traitement, lui permettant ainsi de transformer les informations jusqu'à une résolution adaptative, en déplaçant les informations vers les systèmes mnésiques appropriés (Siegel, 2002 ; Stickgold, 2002). Lorsqu'elles ont été entièrement traitées, les informations nécessaires sont assimilées et les structures mnésiques se sont accommodées de ces nouvelles informations. Bien que l'événement et ce qui a été appris puissent être exprimés verbalement, les affects négatifs et sensations physiques inappropriés ont été écartés et ne sont plus ressentis. Ce traitement, ou cet apprentissage rapide, sont au cœur de chaque traitement EMDR. Le clinicien s'efforce d'identifier les situations présentes qui déclenchent la perturbation, les expériences qui ont jeté les bases de ce dysfonctionnement et les expériences positives requises pour surmonter tout manque éventuel de connaissance ou de compétence.

Approche thérapeutique en huit phases

L'EMDR est une approche psychothérapeutique qui utilise un modèle de traitement en huit phases afin d'aborder toute la palette des plaintes cliniques causées ou exacerbées par des expériences négatives antérieures. C'est pourquoi, si un problème a une origine organique, comme dans certains troubles des apprentissages ou troubles cognitifs découlant d'un accident de voiture, l'EMDR ne serait pas le traitement de premier choix. Cependant l'EMDR peut être utilisé pour traiter les conséquences psychologiques d'un tel événement, afin d'aider la personne à faire face à ses nouvelles limites et à affronter les difficultés à constituer un nouveau sentiment identitaire et à trouver réponse aux éventuelles questions existentielles ou spirituelles qui peuvent émerger. Les huit phases de l'EMDR (voir le Tableau 1) apportent une manière systématique d'explorer et de traiter les expériences négatives qui contribuent au dysfonctionnement ainsi que les expériences positives nécessaires pour accompagner le client vers une pleine santé. Afin d'illustrer la méthodologie, nous présentons le cas d'une cliente de 15 ans, présenté par un clinicien lors d'une supervision.

Phase 1 – Histoire du client

Tara vient en thérapie sur la demande de sa mère, en raison d'une importante anxiété, de crises de panique et d'une phobie scolaire prononcée. La famille

TABLEAU 1. Aperçu général du traitement EMDR

Phase	Objectif	Procédures
Histoire du client	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir des informations sur le passé. • Vérifier l'adéquation du traitement EMDR. • Identifier des cibles de traitement parmi les événements positifs et négatifs de la vie du client. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer des questionnaires standard de recueil d'informations et d'anamnèse ainsi que des évaluations psychométriques. • Analyser les critères et les ressources. • Poser des questions concernant (a) les événements passés qui ont établi les bases de la pathologie, (b) les déclencheurs présents et (c) les besoins futurs.
Préparation	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer les clients appropriés au traitement des cibles par l'EMDR. • Stabiliser et augmenter l'accès aux affects positifs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter des informations concernant le tableau symptomatique. • Enseigner des métaphores et des techniques qui favorisent la stabilisation et un sentiment de maîtrise de soi et de contrôle personnel.
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Accéder à la cible pour le traitement EMDR en stimulant les aspects principaux du souvenir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eveiller l'image, la croyance négative actuelle, la croyance positive désirée, l'émotion actuelle, la sensation physique et les mesures de base.
Désensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter les expériences et les déclencheurs jusqu'à leur résolution adaptative (niveau SUD 0). • Traiter complètement tous les canaux pour permettre une assimilation complète des souvenirs. • Incorporer des scénarios-types d'expériences positives. 	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter le passé, le présent, le futur. • Utiliser les protocoles EMDR standard qui permettent l'émergence spontanée de prises de conscience, d'émotions, de sensations physiques et d'autres souvenirs. • Utiliser les tissages cognitifs pour relancer le traitement bloqué en suscitant l'émergence d'informations plus adaptatives.
Installation	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les connexions avec des réseaux cognitifs positifs. • Amplifier les effets de généralisation parmi les souvenirs associés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier la meilleure cognition positive (initiale ou émergente). • Renforcer la validité de la croyance positive désirée jusqu'à un VOC de 7.
Scanner corporel	<ul style="list-style-type: none"> • Compléter le traitement de toute perturbation résiduelle associée avec la cible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se concentrer sur et traiter toute sensation physique résiduelle.
Clôture	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la stabilité du client à la fin d'une séance EMDR et entre les séances. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser l'imagerie ou des techniques de contrôle de soi selon les besoins. • Informer de ce qui peut se passer entre les séances et inviter à tenir un journal de bord.
Réévaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les effets thérapeutiques. • Assurer un traitement complet au cours du temps. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorer ce qui a émergé depuis la dernière séance. • Réaccéder au souvenir de la dernière séance. • Évaluer l'intégration dans un système social élargi.

Source : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Training Manual*, F. Shapiro, 2005, Watsonville, CA : EMDR Institute.

se compose de Tara (15 ans) et de ses parents. Elle manifeste une estime de soi très faible, de l'anxiété sociale, un manque d'assurance extrême (son corps est recroquevillé et sa posture écrasée) ainsi qu'une idéation suicidaire. Elle se voit comme un "fardeau constant" pour ses parents, même s'ils nient avoir un tel ressenti.

Tara est née assez prématurément et ne pesait qu'un kilo. Elle est restée hospitalisée en pédiatrie avec une assistance respiratoire jusqu'à l'âge de quatre mois. Pendant son hospitalisation, elle a vécu des traumatismes quotidiens avec des moments de détresse cardiaque et respiratoire. Quand elle a enfin pu rentrer à la maison, elle a continué à recevoir de l'oxygène

pendant plusieurs semaines. La mère passait huit heures par jour à la surveiller ; le père rentrait du travail et lui consacrait également plusieurs heures. Par conséquent, la mère est devenue très surprotectrice. Au moment où elle a accompagné Tara en thérapie, la mère demeurait toujours traumatisée par l'expérience ; quand elle a tenté de compléter une tâche lui demandant de noter le récit des événements, elle a sangloté toute la nuit.

Quand Tara avait 5 ans, sa famille a déménagé. Tara explique que cela a été traumatisant pour elle, tout comme les disputes entre ses parents. La mère et le père se sont beaucoup disputés dans le passé mais depuis quelques années ils s'entendent plutôt bien. Tara raconte également qu'elle ne s'est jamais sentie à l'aise à l'école et qu'il lui était déjà arrivé de vomir pendant les cours. Elle ne le fait plus mais elle est toujours anxieuse et mal à l'aise, faisant parfois des crises de panique. Elle dit avoir quelques amis, mais elle a peu d'activités sociales extérieures à l'école. Elle ne semble posséder aucun sentiment de sécurité interne.

L'histoire de ce cas rudimentaire suscite plusieurs suggestions de gestion de cas. Le but général de l'EMDR est de produire les effets thérapeutiques les plus approfondis et les plus complets tout en maintenant la stabilité du client dans un système social équilibré. C'est pourquoi il importe d'évaluer le cas de manière systémique et individuelle afin d'identifier les cibles appropriées pour le traitement.

Sur le plan conceptuel, l'individu est façonné par l'interaction entre les facteurs génétiques et les expériences vécues. Les conditions prénatales qui incluent l'immersion hormonale dans les états émotionnels de la mère peuvent avoir un impact sur le fœtus qui se développe. Parfois les conditions physiques, dont la fatigue et la croissance, entrent en jeu. Certains systèmes de traitement de l'information peuvent être prédisposés de par leur constitution à être plus faibles ou plus forts, tout comme les systèmes cardiaque et respiratoire. Ceci pourrait expliquer pourquoi certains événements ont un impact plus important sur certains enfants par rapport à d'autres. D'autres facteurs comprennent les premières interactions de l'enfant qui forgent le sentiment de soi à travers lequel le reste du monde est interprété. Ces expériences précoces sont stockées en mémoire et deviennent la base des réseaux avec lesquels se lient les autres expériences. L'enfant élevé dans une famille qui engendrait le sentiment d'être inadéquat interagira avec ses camarades et à l'école en étant muni d'un ensemble très différent de comportements et d'émotions en comparaison de l'enfant encouragé à croire qu'il en vaut la peine et qui est estimé. Ces expériences précoces établissent les fondements soit d'une traumatisation supplémentaire soit d'une résilience.

En considération de l'histoire du cas tel qu'il nous a été décrit, nous avons une adolescente de 15 ans qui présente une anxiété sévère et une faible estime de soi. Une détresse néonatale prolongée a traumatisé la mère qui a adopté une attitude extrêmement surprotectrice. Tara percevait correctement qu'elle était physiquement "inférieure à la moyenne" et que sa condition troublait sa mère. Dans une perspective TAI, ceci a provoqué un sentiment interne inapproprié de défectuosité, un sentiment injustifié de responsabilité vis-à-vis de l'anxiété maternelle (incluant l'impression d'être un "fardeau constant") et une absence de sécurité physique. Ces sentiments étaient renforcés par la peur réflexe et les réactions anxieuses de ses parents en réponse à ses circonstances dans l'enfance. Les disputes parentales alors qu'elle était petite ont augmenté son sentiment d'instabilité et ont potentiellement pu exacerber les problématiques cruciales de responsabilité inappropriée, d'absence de sécurité et d'impuissance (voir Shapiro, 2001).

La faible estime de soi et l'anxiété élevée qui en découlaient chez Tara, accompagnées des manifestations physiques telles que sa posture voûtée, ont fortement restreint les possibilités d'une socialisation appropriée et l'acquisition de conduites interpersonnelles adéquates. L'anxiété a sans doute été intensifiée à l'école à travers les interactions avec ses pairs, causant des problèmes sociaux supplémentaires, du harcèlement et des humiliations. Ceci a ensuite engendré et maintenu son sentiment de ne pas avoir de valeur. Les crises de paniques résultantes ont encore exacerbé son sentiment de défectuosité et d'impuissance. Au fond, elle était enfermée dans un environnement familial et scolaire qui amplifiait ses difficultés en activant des sentiments répétés de défectuosité, d'absence de sécurité et de manque de contrôle ou de choix.

En des termes de traitement de l'information, les enfants grandissent dans un environnement composé d'expériences accumulées qui établissent les fondations du sentiment de soi. Chaque expérience constitue un événement distinct, mais le réseau mnésique s'accroît avec chaque nouvelle addition. Quand on grandit dans un environnement adaptatif, on développe un sentiment de soi flexible à mesure que les nouvelles expériences se déroulent et que les nouvelles informations sont incorporées dans les réseaux mnésiques existants. Un individu sain est une personne qui peut vivre des expériences positives et négatives, et en apprendre quelque chose. Toutefois, même des parents aimants (comme ceux de Tara) peuvent apporter une éducation qui résulte en un noyau définissant le soi constitué de souvenirs non traités stockés de manière dysfonctionnelle. Dans ce cas,

les nombreuses occasions où la mère surprotectrice de Tara a réagi avec peur et anxiété en sa présence ont eu un effet négatif. L'omniprésence des réactions de sa mère à toutes sortes de comportements, dont les tentatives de Tara de se différencier et d'acquérir une certaine autonomie (une démarche intrinsèque et câblée), a jeté les bases de sa perception "je suis défectueuse".

Lorsque ce type de réseau identitaire central a été forgé, il peut être renforcé par des expériences négatives mais il demeure généralement incapable de se relier à des informations différentes et adaptatives. Des expériences différentes et positives se produisent, mais elles sont stockées dans des réseaux séparés. Par exemple, Tara a pu être témoin du harcèlement d'une amie et ressentir de la colère et une envie de la protéger, parce qu'elle savait que ces comportements cruels étaient injustes et inappropriés envers les autres. Cependant, si elle a été harcelée elle-même, elle a pu se trouver incapable de se défendre parce que cette expérience se serait reliée à un noyau central de souvenirs dans lesquels elle s'est sentie médiocre et inférieure. Ces sentiments auraient surgi automatiquement dans son corps et dans son esprit. Il lui aurait été difficile de se rassurer ou de se défendre comme elle l'aurait fait avec une amie. Une dynamique similaire s'observe chez le vétéran de guerre qui a des souvenirs de combat non traités qui ne peut pas se pardonner des choses qu'il pardonne aisément à ses camarades.

Il importe de se rappeler que selon le modèle TAI, les réactions dysfonctionnelles dans le présent sont fondées sur des souvenirs stockés qui sont déclenchés par les conditions de vie actuelles. Le retraitement implique d'accéder à des souvenirs stockés (contenant les émotions négatives, les sensations physiques et les croyances) et de créer leur connexion subséquente à des réseaux plus adaptatifs. Pendant la phase de l'Histoire du client, il est important de vérifier s'il existe des réseaux adaptatifs. En d'autres termes, Tara a-t-elle eu des expériences de réussite pure dans un quelconque domaine de sa vie ? A-t-elle des souvenirs de moments où elle s'est sentie en sécurité, ou d'occasions où elle s'est sentie bien ? Sinon il faudra apporter ce type d'expérience de manière thérapeutique pendant la phase de Préparation.

Pendant la phase de l'Histoire du client, le clinicien emploie diverses techniques pour identifier les traumatismes grand et petit "t" ainsi que les déclencheurs qui doivent être traités. Les clients adultes sont invités à décrire les 10 souvenirs les plus perturbants de leur enfance ou de les placer sur une ligne du temps qui permet de représenter visuellement les événements les plus marquants depuis la naissance jusqu'à

aujourd'hui. On peut leur demander d'apporter des photos de leur famille d'origine ainsi que de personnes qui ont compté pour eux afin d'en parler avec le thérapeute. Celui-ci peut également construire un génogramme (Kitchur, 2005 ; McGoldrick, Gerson & Shellenberger, 1999) pour permettre d'identifier les questions systémiques et les contributions familiales. Il importe d'y ajouter des questions sur les pairs et sur les proches, puisque ce type d'interactions a également un impact majeur sur la psyché au cours de son développement. Des cibles spécifiques sont alors sélectionnées, en particulier lorsqu'elles comportent des indicateurs de maltraitance.

Les situations présentes sont évaluées pour le niveau de perturbation associé, en tenant compte de l'influence d'expériences antérieures. Les difficultés et symptômes particuliers qui caractérisent le client dans le présent sont énumérés ; il est invité à se rappeler la première fois qu'il a vécu quelque chose de similaire. S'il n'y parvient pas, il est encouragé à se souvenir de la dernière fois où cela s'est produit et de remarquer à quel endroit de son corps il le ressent, puis de laisser son esprit flotter en arrière dans le temps jusqu'à la première fois où il a ressenti la même chose (Shapiro, 1995). Ceci est parfois désigné sous le terme de "scanner d'affect" (Shapiro, 2005) ou de "pont d'affect" (Watkins & Watkins, 1997) mais cela ne comporte pas l'élément hypnotique ou de réminiscence associé avec cette dernière technique. Le but à ce niveau de la thérapie EMDR est simplement d'identifier les souvenirs marquants qui contribuent au dysfonctionnement et qu'il faut traiter.

Il est également utile de décrire les aspects spécifiques des situations présentes qui précèdent une réaction négative. La technique TCC d'analyse comportementale peut être employée à cette fin (Smyth & Poole, 2002). Ensuite, pour l'EMDR, les expériences, les affects et les pensées sont explorés afin d'identifier les événements antérieurs qui en ont établi les fondations. Une autre procédure utile consiste à proposer aux clients une liste de croyances négatives et de leur demander de cocher celles qui ressemblent aux leurs (voir Tableau 2). Il semble que les croyances les plus marquantes peuvent se diviser en celles qui impliquent la responsabilité ("Je suis mauvais/j'ai fait quelque chose de mal"), la sécurité et les choix (voir Shapiro, 2001). Puisque ces croyances négatives sont les manifestations des expériences stockées et qu'elles constituent des formulations des affects stockés, les clients sont alors invités à identifier le premier événement lors duquel ils ont ressenti la même chose. S'ils ne peuvent pas se rappeler une telle expérience consciemment, alors on peut leur demander d'effectuer un "floatback" (Browning, 1999) qui utilise

TABLEAU 2. Exemples de croyances négatives

Responsabilité (je suis défectueux)	Je suis décevant(e).	Je suis en danger.
Je ne mérite pas l'amour.	Je mérite de mourir.	Je ne dois pas ressentir (montrer) d'émotion.
Je suis une mauvaise personne.	Je mérite d'être misérable.	Je ne peux pas m'affirmer.
Je suis affreux(se).	Je suis différent (je ne suis pas à ma place).	Je ne peux rien laisser sortir.
Je suis sans valeur (inadéquat/e).		
Je suis indigne.	Responsabilité (j'ai fait quelque chose de mal)	Contrôle/choix
Je ne suis pas aimable.	J'aurais dû faire quelque chose.*	Je n'ai pas de contrôle.
Je ne suis pas à la hauteur.	J'ai fait quelque chose de mal.*	Je suis impuissant(e) (je ne peux pas obtenir d'aide).
Je ne mérite que de mauvaises choses.	J'aurais dû savoir.*	Je suis faible.
Je suis définitivement abîmé(e).		Je ne peux pas obtenir ce que je veux.
Je suis laid(e) (mon corps est détestable).	Sécurité/vulnérabilité	Je suis un(e) raté(e) (je rate tout).
Je ne mérite pas...	Je ne suis pas digne de confiance.	Je ne peux pas le supporter.
Je suis stupide (pas assez malin/maligne).	Je ne peux pas me faire confiance.	Je ne peux faire confiance à personne.
Je suis insignifiant(e) (je ne compte pas).	Je ne peux pas faire confiance à personne.	Je ne peux pas...*
	Je ne peux pas me protéger.	

* Qu'est-ce que ça dit de vous (e.g., est-ce que ça vous fait ressentir : je suis indigne/je suis stupide/je suis une mauvaise personne/je ne suis pas à la hauteur) ?

Source : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing : Basic Principles, Protocols, and Procedures*, deuxième édition, F. Shapiro, 2001, New York : Guilford Press.

la croyance négative pour effectuer une variation du scanner d'affect déjà décrit (voir Shapiro, 2001). Bien que la croyance négative (ou cognition négative) soit considérée comme étant le symptôme plutôt que comme la cause du dysfonctionnement, elle est extrêmement utile pour exprimer le problème et identifier l'événement étiologique antérieur (Shapiro, 1995, 1998).

Dans le cas de Tara, elle pouvait facilement identifier plusieurs expériences de son enfance qui lui donnaient le sentiment d'être inadéquate et d'être un fardeau pour ses parents. Parmi celles-ci se trouvaient plusieurs occasions où son père avait semblé l'ignorer et des instants où sa mère s'est précipitée pour la prendre dans ses bras ou semblait stressée par quelque chose qu'elle avait fait. A plusieurs moments de la thérapie de Tara, en guise de préparation avant d'aborder un problème particulier, différentes techniques ont été utilisées. Par exemple, un scanner d'affect a permis d'identifier une bonne cible concernant sa mauvaise posture. Les incidents remémorés et les *floatbacks* ont permis de retrouver des souvenirs en lien avec ses crises de panique, incluant ses sentiments de "je ne suis pas à la hauteur" et de "je ne peux pas me défendre" dans les situations scolaires. La phase de l'Histoire du client offre la première opportunité d'identifier ce que Tara aura besoin d'apprendre pour surpasser les

lacunes développementales découlant de sa traumatization et du manque de socialisation adéquate.

Phase 2 – Préparation

L'EMDR met l'accent sur la coparticipation entre le client et le clinicien. C'est pourquoi, particulièrement dans le travail avec les enfants, il est essentiel de renseigner l'enfant et ses parents sur le tableau clinique global. La réussite de la thérapie repose sur la compréhension de chacun des origines des problèmes (incluant les crises de panique), de ce qui les renforce dans le présent, des choix possibles, de ce que la thérapie peut accomplir et de l'importance de s'engager activement dans le traitement en identifiant les souvenirs et les déclencheurs.

Pour permettre la poursuite de la thérapie, le clinicien a enseigné des techniques d'autocontrôle à Tara lui permettant d'éliminer toute peur du traitement, de mettre fin à sa détresse pendant les séances et pour la gérer entre les séances. La capacité à utiliser des techniques d'autocontrôle à l'extérieur du cabinet du thérapeute a introduit un élément de maîtrise personnelle qui a renforcé son estime de soi et réduit l'impact de certains problèmes sociaux occasionnels dans l'environnement scolaire. De telles techniques de changement d'état (voir Shapiro, 2001, 2002)

rendent la vie davantage gérable pendant le déroulement du travail de retraitement. Le but de la thérapie EMDR est le changement de trait de telle sorte que les émotions et les sensations négatives ne surgissent plus de manière habituelle. Toutefois, tant que les événements originaux et les situations présentes n'auront pas été traités, les techniques d'autocontrôle demeurent utiles pour diminuer l'activation dans le présent. Ceci permet de prévenir que de nouvelles expériences négatives deviennent stockées à leur tour et étendent le réseau mnésique traumatique.

Diverses techniques d'autocontrôle peuvent s'avérer utiles (voir Shapiro, 2001). La technique du *Lieu sûr*, avec laquelle les clients peuvent faire revenir volontairement un sentiment de sécurité, de calme ou de courage, suffit généralement pour leur apporter un sentiment de contrôle. Mais quand les sentiments d'impuissance ou de désespoir émergent de souvenirs non traités, le client peut être impuissant à ce moment précis et demeurer incapable d'employer ces techniques. Le traitement des souvenirs peut être nécessaire pour dissiper la puissance des affects afin que l'auto-observation et l'utilisation des outils d'autocontrôle soient moins difficiles et que les situations présentes deviennent moins perturbantes.

Pendant le traitement des informations, le souvenir perturbant se relie avec des informations plus adaptatives afin de permettre les apprentissages. Si un individu ne possède pas suffisamment d'expériences positives et de contre-exemples stockés dans les réseaux mnésiques, alors le traitement EMDR ne peut avoir lieu. Le modèle TAI émet l'hypothèse que dans de telles situations, il est important d'établir des réseaux adaptatifs d'expériences positives grâce à la relation thérapeutique et au travail de ressources qui inclut l'incorporation d'expériences de maîtrise, avant de tenter un traitement complet. La technique du *Lieu sûr*, celle du *Développement et installation de ressources* (DIR ; Korn & Leeds, 2002) et d'autres techniques d'imagerie ont complété les expériences positives de Tara avec ses amis afin de permettre un traitement réussi. Il est essentiel de s'assurer qu'un nombre suffisant d'expériences positives provenant d'autres sources soit disponible, particulièrement quand les clients sont bloqués dans un environnement familial dysfonctionnel. Sinon les tentatives de retraitement seront prématurées et susceptibles d'échouer.

La stabilisation et l'autonomisation du client ainsi que la construction d'une relation thérapeutique solide constituent les éléments de base de la phase de Préparation. L'importance de la relation thérapeutique pour les clients est primordiale (Dworkin, 2005 ; Norcross, 2002). En des termes TAI, les réactions transférentielles correspondent clairement à l'interaction

entre les situations présentes et le matériel non traité du client ; le contre-transfert se produit lorsque les souvenirs personnels non traités du thérapeute sont stimulés. La capacité à être accordé et sensible aux besoins et indices non verbaux du client, d'offrir une considération positive inconditionnelle et d'incarner des valeurs relationnelles positives dépend de la capacité du thérapeute à rester présent, attentif et interactif de manière optimale. Divers questionnaires et techniques spécifiques ont été conçus pour aider les thérapeutes à identifier les sujets et souvenirs problématiques qui pourraient bénéficier d'un traitement (Dworkin, 2005).

Les clients dissociatifs et certains clients atteints d'un trouble de la personnalité pourraient avoir besoin d'une phase de Préparation étendue, mais dans la plupart des cas il n'est pas utile d'attendre que les clients soient capables de contrôler leur environnement par le biais de techniques. Ces techniques ne servent qu'à rendre la vie plus tolérable au cours de la thérapie. Si le client peut recourir à ces outils dans le cabinet du clinicien pour supprimer la "peur de la peur" et interrompre le retraitement quand il le souhaite, il est généralement possible d'entamer le traitement en toute sécurité (Korn, van der Kolk, Weir & Rozelle, 2004).

Phase 3 – Evaluation

Au cours de cette phase, la cible désignée est activée de manière contrôlée et ses composants sont cernés et mesurés. L'anxiété, la peur, la posture voûtée et les autres symptômes de Tara ont été conçus comme résultant d'expériences perturbantes stockées de manière dysfonctionnelle dans ses réseaux mnésiques. Celles-ci comprenaient de nombreuses réactions de la part de ses parents et de ses pairs qui n'ont pas soutenu favorablement son développement psychique. L'accès à ces événements et leur traitement devraient entraîner la transformation de l'information stockée et en la dissipation des attributs négatifs. Heureusement, bien qu'un grand nombre d'événements aient contribué au dysfonctionnement de Tara, il n'a pas été nécessaire d'aborder chacun d'eux. Dans de tels cas, des événements similaires sont regroupés en grappes puis un événement représentatif est choisi pour chaque sorte ; puisque tous les événements sont reliés à travers les réseaux mnésiques associatifs, les effets thérapeutiques positifs seront généralisés aux autres événements au sein de la même grappe. Lorsque c'est possible, les cibles devraient être traitées par ordre chronologique, en commençant par les plus anciennes, puisqu'elles ont établi les fondations de celles qui ont suivi. Dans tous les cas, le traitement EMDR implique de traiter les événements passés qui ont jeté

les bases du dysfonctionnement actuel, les situations présentes qui suscitent de la perturbation et les scénarios pour une action future appropriée.

Pour Tara, il apparaissait clairement que sa naissance prématurée et les réactions de ses parents à cette situation extrême ont établi les fondations d'un grand nombre de ses problèmes. Il n'était toutefois pas nécessaire de cibler spécifiquement les souvenirs précognitifs puisque tous les souvenirs sont regroupés dans des réseaux mnésiques reliés et associés somatiquement à des événements ultérieurs. Il est donc possible d'accéder aux souvenirs préverbaux tels que ceux de sa petite enfance en passant par des cibles qu'elle se rappelle ; ils seront généralement traités dans un canal associatif. Ces expériences précognitives peuvent se manifester au cours du traitement sous forme de changements somatiques sans verbalisation. Si un dysfonctionnement somatique persiste alors que toutes les cibles remémorées, tous les déclencheurs et tous les scénarios ont été traités et s'il existe un traumatisme néonatal, alors il peut être abordé en invitant Tara à imaginer les scènes décrites par ses parents (Lovett, 1999). Cependant le traitement somatique indifférencié n'est pas le premier choix stratégique.

Toute expérience dont le client se souvient peut constituer un point d'entrée dans le réseau mnésique en vue d'un traitement complet (Shapiro, 2001). Les situations présentes peuvent apporter cet accès. Tara avait plusieurs situations actuelles qui la perturbaient ; chacune a été explorée pour trouver l'origine de la réaction négative. Par exemple, elle a décrit comment elle s'est fait insulter par un camarade de classe plus tôt dans la semaine et qu'elle en a été très désemparée. Elle a été invitée à se remémorer l'événement perturbant du collègue. Ensuite elle a été encouragée à se centrer sur les émotions prévalentes, telles que l'humiliation, la peur, l'anxiété ou le manque de sécurité, et à laisser son esprit la ramener vers la première fois où elle se rappelait avoir ressenti la même chose. Ainsi, en plus des événements spécifiques identifiés pendant le recueil de l'Histoire, les déclencheurs présents ont permis d'identifier des événements précurseurs qui peuvent être ciblés dans le traitement initial.

L'accès à l'événement à traiter se fait de manière structurée, en évoquant les aspects pertinents de l'information stockée, en contenant les réactions et en guidant le client dans une évaluation complète. Tara a été invitée à identifier (a) une image qui représentait l'expérience ciblée (être humiliée au collègue) ; (b) la croyance négative, nommée la *Cognition négative*, qui exprimait ce qu'elle ressentait à son propre sujet (e.g., "je n'ai pas de valeur") ; la croyance positive désirée, nommée la *Cognition positive* ("j'ai de la valeur") ; (d) dans quelle mesure cette croyance positive est ressentie comme vraie sur l'échelle de

validité de la cognition (VOC : *Validity of Cognition* ; de 1 = complètement faux à 7 = complètement vrai ; Shapiro, 1989) ; (e) l'émotion suscitée lorsque le souvenir et la croyance négative ont été combinés ; (f) le niveau de perturbation ressentie tel que mesuré sur l'échelle d'unités de perturbation subjective (SUD : *Subjective Units of Disturbance* ; de 0 = aucune perturbation à 10 = le maximum de perturbation ; Shapiro, 1989 ; Wolpe, 1958) ; et (g) la localisation de la sensation physique éprouvée.

En tant qu'autre exemple, l'un des problèmes de Tara était son anxiété concernant le collègue. En retraçant son anxiété jusqu'au premier souvenir qu'elle se rappelait, elle a évoqué la cible primaire d'avoir vomi chaque matin en CE2.

Dans son ensemble, la phase d'Evaluation incluait :

Image : Vomir avant d'aller à l'école.

Cognition négative (croyance irrationnelle) : "Je ne peux pas le faire".

Généralement le clinicien recherche une croyance qui sous-tend un tel énoncé et qui indiquerait un sentiment de défectuosité (voir le Tableau 1.2). Toutefois, en considération du niveau de perturbation de Tara, l'énoncé a été accepté.

Cognition positive (croyance désirée) : "Je peux le faire".

De manière similaire, cette version simplifiée a été acceptée, comme elle était à 180° et qu'elle englobait les sentiments de Tara.

VOC : 2

Comme 1 est complètement faux et 7 complètement vrai, le chiffre 2 indique un niveau réduit de crédibilité de l'idée qu'elle puisse aller à l'école sans éprouver d'anxiété, mais c'était suffisant pour commencer le traitement.

Emotions : terreur, impuissance.

SUD : 10.

Il est important de noter que Tara a évalué l'événement cible comme un 10 sur 10 en termes d'anxiété alors qu'il ne s'agit pas d'un traumatisme grand "T" et que les incidents de vomissement se sont produits plus de 7 ans auparavant. Sensations physiques : dans le ventre et dans la tête.

Ces sensations correspondaient aux souvenirs somatiques qui faisaient partie de l'événement stocké. Lorsque le traitement s'est déroulé avec succès, elles ne devraient plus être présentes.

Phase 4 – Désensibilisation

Au cours de cette phase, le retraitement est effectué selon les procédures structurées qui engagent les processus associatifs du cerveau et qui stimulent les

réseaux mnésiques afin d'assurer que toute information pertinente soit abordée. Des prises de conscience émergent, de nouveaux souvenirs peuvent remonter, les émotions négatives sont remplacées par des positives et tout le souvenir s'assimile de manière adaptative dans des réseaux mnésiques plus vastes.

En termes TAI, chaque trait de personnalité est une constellation de réactions habituelles ou systématiques qui surgissent dans certaines circonstances particulières. Chaque ensemble de réponses émerge de réseaux mnésiques qui sont stimulés par les situations actuelles. Chacun de ces réseaux se compose d'expériences antérieures stockées. Quand un clinicien pose le diagnostic d'un trouble de la personnalité, ou tout autre type de syndrome clinique, c'est parce qu'il existe certaines réactions qui sont inadaptées. Ces réactions et ces traits de personnalité sont alimentés par des événements non traités qui résultent en des pensées, des émotions et des sensations physiques qui influencent de manière inappropriée les perceptions du présent de la personne et qui causent des réactions et des comportements dysfonctionnels. Pour libérer le client afin qu'il puisse avancer vers un état de santé mentale améliorée, il est essentiel d'identifier et de traiter les expériences anciennes qui ont établi les fondations de ces réactions. La personnalité n'est pas un monolithe immuable mais une accumulation de réactions fondées sur la mémoire qui peuvent être traitées.

Les procédures EMDR standard employées pour traiter les expériences perturbantes visent l'accès aux souvenirs dans l'état dans lequel ils sont actuellement stockés, la stimulation du système de traitement de l'information et le suivi de la transformation de l'information vers une résolution adaptative. Chaque série de stimulation bilatérale semble permettre l'établissement de nouvelles connexions entre les réseaux mnésiques. Au départ le client est invité à se concentrer sur le souvenir cible (image, croyance négative, sensation) en prêtant simultanément attention à la stimulation bilatérale. A la fin de chaque série de stimulation qui est ajustée à la réaction du client (voir Shapiro, 2001), le client rapporte toute nouvelle association qui a émergé. Selon la réponse, le clinicien peut indiquer au client de se concentrer sur la nouvelle information qui est apparue ou de revenir à la cible. Les divers canaux associatifs sont abordés jusqu'à ce que le client puisse revenir à l'expérience ciblée sans éprouver de perturbation (SUD 0). Contrairement aux thérapies d'exposition qui obligent le client à rester concentré sur l'événement ciblé pendant des périodes prolongées (Foa & Rothbaum, 1998), l'EMDR incorpore un processus associatif qui mène souvent

à une exploration étendue de souvenirs et de sujets (Rogers & Silver, 2002 ; pour des transcriptions détaillées, voir Shapiro, 2001, 2002).

Ainsi lors du traitement de son souvenir d'avoir vomé à l'école, Tara a été invitée à garder à l'esprit l'image, la croyance négative et les sensations physiques tout en suivant des yeux les doigts du clinicien. Elle a été encouragée à "laisser venir ce qui vient". A la fin de chaque série, le clinicien lui disait de "faire une pause/respirer" et lui demandait "qu'est-ce qui est là maintenant ?"

Après la première série de mouvements oculaires, Tara a rapporté : "Je suis différente, tout le monde me déteste." Ceci révélait le sentiment sous-jacent à "je ne peux pas" qui était "quelque chose ne va pas chez moi". Après avoir été invitée à se concentrer sur cet énoncé et avoir complété la deuxième série de mouvements oculaires, elle a déclaré : "Je veux rester à la maison et qu'on s'occupe de moi." En se concentrant là-dessus, après la troisième série, elle a dit : "Ma mère ne me comprend pas." Nous pouvons voir par cette déclaration que le souvenir commence à être assimilé à un contexte plus général. Même si elle souhaitait rester à la maison, elle n'y recevait pas ce dont elle avait besoin. Après une autre série, en se concentrant sur cette phrase, Tara a dit : "Une fois que je suis au collège, ça va ; c'est le juste le moment d'y entrer..." Ici nous voyons que les expériences positives stockées deviennent maintenant accessibles. Avec la poursuite du retraitement, Tara a pu dire : "J'apprécie de voir mes amis et la plupart des professeurs." Le retour sur la cible initiale a montré un niveau de SUD réduit ; le traitement a ensuite produit la réalisation qu'au collège il y avait des gens mieux accordés à ses besoins que ses parents ne l'étaient. En revenant encore au souvenir à la phase de Désensibilisation, lorsque le traitement était terminé, Tara le considérait comme appartenant au passé, avec un SUD de 0.

La transformation de l'expérience stockée en mémoire en une forme plus adaptée se produit grâce au traitement qui rassemble les informations pertinentes stockées dans les réseaux mnésiques du client. Tandis que de nombreux types de thérapie comptent sur le clinicien qui suggère des perspectives alternatives ou une action directe, ou encore qui recadre l'interprétation d'une croyance inhérente, l'EMDR utilise des procédures qui permettent à l'histoire et aux connaissances du client lui-même de refaçonner l'expérience ciblée. Les souvenirs additionnels qui ont besoin d'être abordés ou qui offrent des contre-exemples émergent spontanément pendant le traitement. Ainsi dans le cas de Tara, les souvenirs d'expériences positives avec des amis au collège ont

fait surface automatiquement dans la conscience sans l'intervention du clinicien. Les changements observés au niveau des images, des sensations, des croyances et des perspectives sont le résultat de la construction de nouvelles connexions entre réseaux mnésiques.

Les cliniciens EMDR sont formés pour rester à l'écart sans intervenir autant que possible, parce que le thérapeute ne sait pas quelles sont les meilleures connexions inconscientes qui ont besoin de s'établir. Quand aucun changement n'est observé après plusieurs séries consécutives de stimulation d'attention double, alors le clinicien peut utiliser un *tissage cognitif* et poser une question, proposer un énoncé ou suggérer une action destinée à susciter l'émergence de l'information suivante nécessaire pour continuer l'expérience d'apprentissage. Par exemple si le traitement de Tara s'était arrêté quand elle envisageait d'aller au collège (ce qui se serait manifesté par l'absence de changement cognitif, émotionnel ou sensoriel après plusieurs séries consécutives de mouvements oculaires), le clinicien aurait pu dire : "Je suis confus. Tu ne m'as pas dit que tu y avais des amis que tu appréciais ?" Puis, si Tara avait répondu par l'affirmative, elle aurait été invitée à penser à ça pendant une autre série. De manière similaire, si la victime d'un viol était coincée dans un sentiment de honte et de faute, le clinicien pourrait demander : "Voulez-vous dire que si votre nièce avait été violée, cela aurait été sa faute ?" Quand la victime du viol dit que non, elle est invitée à penser à cela pendant une autre série de stimulation. La seule chose nécessaire est un accord provisoire, même hésitant, ou la volonté de l'envisager. Ceci permet d'accéder à l'information adaptative stockée dans le cerveau dans un réseau mnésique séparé. Si l'information est pertinente, elle sera assimilée pendant la série suivante de mouvements oculaires. Une courte série de mouvements oculaires est utilisée afin que le client puisse indiquer si l'information lui semble juste.

Sur le plan conceptuel, le tissage cognitif imite le traitement spontané en accédant au réseau mnésique nécessaire ; ensuite le clinicien peut à nouveau se tenir à l'écart afin que les connexions neurologiques appropriées puisse s'établir (pour des transcriptions détaillées, voir Shapiro, 2001, 2002). L'accent est mis sur le fait de permettre le traitement qui résultera en un changement de trait plutôt qu'un simple changement d'état temporaire. Il existe plusieurs façons de stimuler le traitement bloqué (pour les paramètres détaillés, voir Shapiro, 2001). Cependant l'évocation de l'information positive n'est que le point de départ, puisqu'une compréhension intellectuelle superficielle de l'absence de faute ou de ressources potentielles ne constitue pas le but de la thérapie EMDR. Il est important de revenir à la

cible non altérée pour compléter le traitement afin que toutes les connexions pertinentes puissent s'établir.

La thérapie initiale de Tara a inclus le traitement de tous les traumatismes remémorés grands et petits "t", donc les interactions familiales qui ont contribué à son impression d'être défectueuse et en insécurité (e.g., sa mère courant vers elle pour la questionner de manière affolée quand Tara trébuchait ou rentrait essoufflée d'avoir joué ; ses cousins se moquant d'elle ; ses parents se disputant), mais aussi le déménagement qui l'a perturbée et toutes les réactions dénigrantes de ses pairs (e.g., moqueries, disputes, rebuffades).

Phase 5 – Installation

Cette phase renforce les connexions positives. Après qu'une cible donnée ait été traitée jusqu'à un niveau de SUD 0, le clinicien vérifie si la croyance positive désirée identifiée en début de séance est encore appropriée ou si une meilleure croyance a émergé. Il n'est pas rare qu'une nouvelle cognition positive (CP) s'applique mieux lorsque le traitement a permis d'éliminer la confusion et apporté une information positive. Dans le cas de Tara, "je peux le faire" ne s'appliquait plus quand elle a réalisé qu'elle avait déjà des liens positifs avec des personnes au collège qui la mettaient à l'aise. Sa CP plus appropriée était "je suis une bonne personne". Tara a alors été invitée à tenir ensemble la pensée d'avoir vomi en CE2 et les mots "je suis une bonne personne" et de les évaluer sur l'échelle VOC pour estimer la crédibilité ressentie de l'énoncé. Elle a rapporté un niveau ressenti de 5 (sur 7). Elle a alors été encouragée à garder l'image et l'énoncé à l'esprit et de suivre les doigts du thérapeute. Après chaque série subséquente, elle a été invitée à évaluer le VOC à nouveau et à décrire tout ce qui venait. Les séries consécutives ont ramené le VOC à 6,5. Après une série sans changement, la question lui a été posée : "Qu'est-ce qui empêche que ce soit un 7 ?" Tara a répondu : "Je dois voir comment je me sentirai demain." Ce désir d'un essai pour tester sa nouvelle confiance a été considéré comme étant écologiquement valide (i.e., réaliste et pratique, en considération des circonstances) et elle a été encouragée à donner des nouvelles la semaine suivante. Si elle avait dit : "Je ne peux pas aller bien en dehors de ce cabinet" alors un ciblage et un traitement supplémentaires auraient été indiqués.

Phase 6 – Scanner corporel

Lorsqu'un SUD 0 et un VOC 7 (ou 1 et 6 respectivement, si écologiquement valides) ont été atteints, la phase du Scanner corporel identifie toute sensation

physique résiduelle. Le client est invité à penser au souvenir cible, avec la CP, et à balayer mentalement son corps de la tête aux pieds en cherchant des sensations. Toute sensation est alors traitée lors de séries consécutives jusqu'à ce qu'elle disparaisse. Parfois une sensation s'avère être liée à une information dysfonctionnelle supplémentaire et un autre souvenir peut surgir. Si c'est le cas, il est ciblé et traité. A d'autres occasions, le client peut identifier une sensation agréable. Celle-ci est généralement liée à des affects positifs et peut être renforcée par la stimulation bilatérale. Cette phase est complétée lorsque le client a un scanner corporel tranquille, dépourvu de toute sensation négative.

Phase 7 – Clôture

Cette phase vérifie que le client se trouve dans un état d'équilibre approprié à la fin de la séance et qu'il est capable de maintenir cette stabilité entre les séances. Si le traitement est incomplet et que le client éprouve une quelconque détresse, l'une des techniques d'autocontrôle ou d'imagerie guidée est employée pour l'éliminer. Pour des clients comme Tara qui ont un déficit marqué au niveau du sentiment de valeur, il est utile de terminer chaque séance avec une imagerie positive et valorisante qui inclut un renforcement de son amour-propre ainsi que de son sentiment de sécurité et de contrôle.

Dans cette phase de la thérapie, les clients sont informés de ce à quoi ils peuvent s'attendre entre les séances et encouragés à utiliser leur journal "déclencheur, image, cognition, émotion, sensation (DICES)/SUD". Le journal est un cahier servant à identifier les expériences positives et négatives dans un format qui permet au client d'en apporter une description précise au clinicien. Si Tara était perturbée par la remarque d'un professeur au cours de la semaine suivante, elle l'indiquerait de la manière suivante :

Déclencheur	Image	Cognition	Emotion	Sensation/ SUD
Le prof a dit que je n'étais pas attentive	Son visage	Je suis stupide	Honte	Estomac noué SUD 7

L'expérience de Tara avec son professeur déclencherait un niveau élevé d'affects négatifs parce qu'elle se relierait à des expériences antérieures lors desquelles elle s'est sentie défectueuse et inférieure. Le rapport du journal permettrait à Tara et au clinicien d'observer des modes de réaction et l'information nécessaire pour traiter les déclencheurs et les événements

étiologiques. Après avoir noté ce qui s'était produit, elle devrait utiliser l'une des techniques d'autocontrôle pour se débarrasser des émotions négatives et des sensations physiques qui avaient pu surgir. La capacité à être attentif à soi-même et à recourir à une "aspirine" (une technique qui soulage temporairement la douleur) est importante, comme de nombreuses études sur la maîtrise de soi l'ont montré (Bandura, 1977, 2000 ; Peterson, Maier & Seligman, 1993 ; Seligman, 1972). Toutefois le but ultime de l'EMDR est de libérer les clients de ces réactions automatiques et de leur permettre d'évoluer vers un état de liberté et de bien-être qui soit en cohérence avec leur âge chronologique.

Tara aurait pu arriver à sa séance avec une liste de 10 choses dans son journal lors des premières semaines de sa thérapie. Au cours du temps, le traitement des souvenirs étiologiques aurait réduit le nombre de situations agissant comme déclencheurs. Au final, peu de réactions négatives habituelles seraient restées car les événements antérieurs qui contenaient les émotions, les sensations et les perspectives dysfonctionnelles auraient été traités. Alors que Tara est une adolescente et donc incapable de compléter son individuation en raison de son âge et de sa place dans la hiérarchie familiale, elle pourrait néanmoins acquérir un sentiment de valeur personnelle suffisant pour développer un concept de soi réaliste, un sentiment de résilience et la capacité à socialiser de manière appropriée.

En plus des événements antérieurs, les situations actuelles qui continuent à déclencher systématiquement de la perturbation sont traitées, puisqu'elles peuvent résulter d'un conditionnement de second ordre. En d'autres termes, si on entre dans une pièce 100 fois en étant anxieux, cette réaction peut conditionner de nombreux stimuli dans cette pièce à éveiller l'anxiété. Le traitement des événements passés qui ont établi les fondations du dysfonctionnement mais aussi des événements actuels qui suscitent de la perturbation, libère l'individu des réactions négatives forcées. Lorsque Tara sera libérée de ces expériences, les techniques d'autocontrôle pourront être employées à l'occasion, comme par tout un chacun, parce que la vie n'est pas toujours simple et qu'elle comporte parfois des surprises désagréables. Certaines choses provoquent de manière appropriée une certaine quantité de détresse ; même dans ces cas, la maîtrise de soi est importante et les techniques d'autocontrôle peuvent permettre de se sentir en contrôle et de prendre de meilleures décisions.

Phase 8 – Réévaluation

Cette phase démarre chaque séance subséquente au traitement initial. Il importe de s'assurer que les effets

thérapeutiques ont été maintenus et de déterminer si des nouveaux problèmes ont besoin d'être explorés. Si un souvenir a été traité avec succès, alors il aura été transformé au niveau de sa signification et des affects associés. Toutefois une nouvelle perspective peut avoir émergé et nécessiter un traitement. Par exemple Tara peut être apaisée par rapport à ses souvenirs d'avoir vomi en CE2, mais se rappeler maintenant un instituteur non soutenant qui amplifiait ses difficultés. Dans ce cas, ce souvenir devra être traité à son tour. Si le traitement était incomplet lors de la séance précédente, le souvenir serait évoqué à nouveau et complété. D'autres manifestations du dysfonctionnement stocké sont également abordées. Le client décrit peut-être un cauchemar perturbant ; il s'agit vraisemblablement d'une cible utile parce que les états oniriques correspondent à des périodes pendant lesquelles les expériences non résolues sont traitées ; les cauchemars révèlent un souvenir perturbant auquel il faut prêter attention (voir Shapiro, 2001). L'image du cauchemar est identifiée ainsi que la cognition négative, la cognition positive et les autres aspects décrits pendant la phase d'Evaluation et traités jusqu'à leur achèvement. Souvent le client acquiert des prises de conscience et une compréhension considérables au cours du traitement à mesure que le voile symbolique se lève et que le problème sous-jacent est mis à jour (Shapiro, 2001; Watchel, 2002).

L'un des objectifs de la phase de Réévaluation consiste à déterminer comment le client fonctionne maintenant dans les systèmes interpersonnels pertinents. A mesure que les expériences ciblées sont traitées, les réactions et comportements automatiques du client se transforment également. Les thérapeutes doivent être attentifs et observer si le dysfonctionnel est retraité, le positif augmenté et si le client a reçu suffisamment d'informations psychoéducatives et de soutien pour pouvoir surmonter les déficits antérieurs. Indépendamment des observations réalisées en cours de séance, l'atteinte de cet objectif ne peut être vérifiée que grâce aux descriptions de progrès suivant des expériences dans le monde réel.

A mesure que Tara continuait à traiter les événements étiologiques, non seulement son concept de soi devenait plus positif mais de nombreux autres comportements et attitudes positives ont émergé automatiquement, parallèlement à l'amélioration de son estime de soi. Cependant le niveau extrême d'anxiété et d'agitation qu'elle avait éprouvé au cours de son développement a empêché l'acquisition d'un nombre de compétences interpersonnelles. Ses rapports hebdomadaires au thérapeute ont rapidement révélé quelles habiletés sociales et conduites interactives

devaient lui être enseignées. Le clinicien pouvait alors servir de modèle, proposer des jeux de rôle, de la formation destinée à des groupes de personnes, des vidéos, ou tout autre moyen pédagogique. Ensuite, pour faciliter ce processus, Tara serait invitée à imaginer qu'elle adoptait ces nouveaux comportements à l'avenir tout en les ciblant avec des séries successives de mouvements oculaires. Ainsi par exemple, la première expérience de Tara d'assister à une fête dansante au collège a été précédée de cours de danse et de jeux de rôles simulant diverses interactions, depuis l'entrée dans le gymnase jusqu'à danser avec des amis et aux manières de répondre si un garçon l'invitait à danser. Toute la soirée a été visualisée avec une variété de scénarios, tout en effectuant des mouvements oculaires, afin d'inscrire un *scénario du futur* comprenant des réactions et comportements appropriés. Cette procédure lui a permis d'incorporer des réactions appropriées et d'explorer toute hésitation, distorsion cognitive ou préoccupation.

Il a été important, chaque semaine, de renforcer les techniques d'autocontrôle et, après avoir terminé le traitement des souvenirs étiologiques, de traiter les déclencheurs repérés dans le journal de Tara. De plus, le traitement a permis d'incorporer des scénarios-types pour une action future appropriée sur base des situations décrites dans son journal mais aussi pour la "vacciner" et la protéger contre un échec potentiel ("C'est OK de faire des erreurs"). Par exemple, après le traitement des événements étiologiques, une remarque humiliante prononcée par un professeur a été ciblée. Puisque Tara ne savait pas comment répondre si un tel événement se reproduisait, le traitement a été suivi par des jeux de rôle portant sur les manières possibles de réagir puis par un scénario du futur. Si Tara avait hésité à adhérer à un club au collège, cela aurait été ciblé, notamment par un jeu de rôles sur la façon de s'y prendre.

Lorsque les scénarios ont été traités, il est utile de suggérer au client de réaliser des actions en vue de tâches sociales réalisables avant la séance suivante. Il est également important d'évaluer le besoin d'apporter une aide supplémentaire, telle que des cours d'affirmation de soi, de maquillage, d'habillement, de danse, ainsi que d'autres façons d'encourager des intérêts physiques et sociaux ainsi que des loisirs supplémentaires. Le but est d'avoir une jeune femme heureuse et confiante, capable d'établir des relations affectives et d'être en lien avec les autres, et bien dans sa peau. Ces procédures seraient les mêmes que la thérapie concerne une adolescente ou un adulte.

En considération de l'âge de Tara, il importe toutefois de se rappeler qu'elle est ancrée dans des systèmes

familiaux et scolaires. Une partie de son anxiété et de son évitement était fondée sur la réalité, issue à la fois de la réactivité de ses parents et des humiliations subies à l'école. Pour faire face aux systèmes familiaux et scolaires qu'elle ne peut pas quitter ni contrôler, elle a appris des techniques d'autocontrôle pour gérer les réactions parentales injustes et celles de ses pairs. Après le traitement des déclencheurs potentiels, le clinicien a suggéré des comportements spécifiques pour gérer les situations difficiles et a aidé Tara à les apprendre en traitant et en incorporant des scénarios du futur. La relation clinicien-client était extrêmement importante puisque non seulement elle offrait un soutien émotionnel à Tara mais encore elle servait de modèle d'une bonne relation saine. Il était essentiel qu'elle vécût des interactions attentionnées et valorisantes avec le clinicien au sujet de la semaine écoulée afin de faire le débriefing des problèmes interactionnels et de souligner son progrès et son potentiel.

Tara a évolué personnellement avec la thérapie EMDR, perdant sa phobie sociale et scolaire. Après une séance de traitement centrée sur sa posture, elle a réalisé qu'elle se rétrécissait pour susciter la sympathie des autres, mais qu'elle n'avait pas besoin d'utiliser cette défense. Son apparence et son attitude se sont améliorées au point de susciter les commentaires de ses professeurs et du personnel du collège. Elle est passée d'un soutien social défaillant à de nombreux amis qui ont même organisé une fête surprise pour son anniversaire.

L'importance de la thérapie familiale systémique (TFS) est tristement soulignée dans ce cas, puisque la thérapie a été interrompue prématurément. Dans le travail avec les enfants et les adolescents, il est important d'aider les parents à anticiper et à soutenir les changements au niveau des comportements de leur enfant. Généralement les parents sont bloqués dans des réactions inadaptées aux attitudes et aux actions de l'enfant. Comme attendu, les traumatismes vécus par les parents de Tara concernant sa fragilité initiale a eu un impact puissant sur leurs émotions, leurs actions et leur attitude à son égard. Idéalement, pour permettre une thérapie la plus complète qui soit, la traumatisation de ses parents devrait être traitée, avec les déclencheurs associés, et les interactions familiales pourraient tirer profit d'un apport d'informations de psychoéducation et d'ajustements. Ainsi par exemple ses parents pourraient apprendre des façons plus soutenantes de communiquer leurs préoccupations à Tara ainsi que des techniques d'autocontrôle pour gérer leur propre anxiété et la capacité à accroître leur capacité à permettre à Tara de s'individualiser.

Malheureusement, le père croyait fortement en une organisation patriarcale et est resté détaché du parentage et du processus thérapeutique. Il était préoccupé par des questions d'affaires et se trouvait rarement à la maison. Lorsqu'il était présent, ses principales interactions avec Tara étaient dédaigneuses et dénigrantes. La mère de Tara avait abandonné tout espoir d'impliquer davantage son mari dans la vie familiale. Face à l'absence de son mari, elle se consacrait entièrement à ses enfants. Elle décrivait une histoire d'anxiété et de dépression mais elle refusait d'entamer une thérapie personnelle. Sans surprise, quand Tara est devenue plus affirmée, sa mère est apparue incapable de la laisser se différencier. Quand Tara voulait se faire couper les cheveux, la mère ne le permettait pas, disant : "Je les aime comme ça." Quand Tara souhaitait assumer plus de responsabilités en approchant l'âge du lycée, la mère ne l'autorisait pas et a commencé à saboter la thérapie. Finalement, malgré les objections de Tara, la thérapie a été interrompue. Le caractère poignant des problèmes non encore résolus ainsi que les prises de conscience de Tara au cours de la thérapie ont été formulés quand elle s'interrogeait sur son avenir : "Si je pars pour le lycée, qui veillera à la cohésion de la famille ?"

Protocole en trois temps (passé, présent, futur)

Chaque forme de psychothérapie se distingue par des ensembles particuliers de procédures ainsi que par le paradigme sous-jacent qui guide leur application. Bien que l'EMDR soit issu d'une tradition comportementaliste (Shapiro, 1989), un panel récent (Barlow, Shapiro & White, 2005) a souligné comment il a évolué au fil des ans vers une approche thérapeutique très différente. Les thérapies cognitives et comportementales tendent de gérer les problèmes actuels directement en essayant de modifier la pensée ou les comportements du client dans l'ici et maintenant. Le modèle TAI qui guide la pratique EMDR, par contre, considère les croyances et émotions négatives, telles que la peur et l'anxiété, non comme la cause des problèmes mais comme leur conséquence. La cause est conçue comme étant des souvenirs spécifiques d'événements antérieurs qui ont été stockés de manière inappropriée et qui contiennent la perspective et les affects qui se manifestent actuellement par des croyances exprimées, des émotions inappropriées et des comportements.² Tandis que la plupart des thérapies considèrent que les pathologies comportent un composant expérientiel, comme cela a déjà été montré, en EMDR les expériences sont conçues comme de l'information stockée dans le cerveau dans des réseaux mnésiques qui sont

stimulés par les situations actuelles. Sauf dans les cas de déficits organiques définis, le défaut de traitement adéquat de ces souvenirs antérieurs constitue la cause principale des réactions dysfonctionnelles actuelles.

Le paradigme spécifique de diverses psychothérapies fournit l'heuristique de la pratique clinique. C'est pourquoi, dans la thérapie EMDR, les phobies (ou les crises de panique telles que celles de Tara), ne sont pas traitées en forçant le client à rester exposé à des situations qui provoquent la détresse dans le présent, comme c'est le cas dans les thérapies cognitivo-comportementales (e.g., Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1992). En EMDR, ce sont plutôt les premiers, pires et derniers souvenirs de l'objet ou de l'événement redouté auxquels on accède et qui sont traités (de Jongh, ten Broeke & Renssen, 1999 ; Fernandez & Faretta, sous presse ; Shapiro, 1995, 1999). Ensuite, afin de gérer tout vestige du conditionnement secondaire, le client imagine et traite les situations actuelles qui ont pu déclencher la peur, tel qu'être coincé dans les embouteillages ou dans un ascenseur pour un claustrophobe. Lorsque le client n'éprouve plus de peur en imaginant la situation, un scénario futur est traité afin qu'il puisse imaginer affronter calmement l'événement qu'il craignait jusque là. La scène imaginée est ainsi stockée en mémoire et forme une configuration neurale à laquelle le client pourra accéder en quittant le cabinet et en rencontrant une situation dans la vie réelle. Ce ne sera qu'alors, quand le client n'aura plus peur, qu'il sera encouragé à s'exposer à l'événement ou à l'objet en question dans la vie réelle. A ce moment, l'interaction dans le monde réel pourrait fournir un retour d'information permettant d'identifier ce qui aurait encore besoin d'être traité.

Cette utilisation de cibles passées (les premières, les pires), présentes (les plus récentes, les déclencheurs) et futures (scénarios) caractérise le protocole générique qui sous-tend tous les protocoles EMDR spécialisés, tels que ceux adaptés au traitement de la douleur et des addictions (voir Shapiro, 2001). Il s'agit aussi du cadre utilisé pour évaluer le tableau clinique et déterminer le traitement adapté à toute plainte clinique. Si Tara était entrée en thérapie à l'âge de 30 ans plutôt qu'à 15 ans, ses symptômes auraient probablement inclus une phobie sociale, une faible estime de soi et une posture effondrée. Le traitement EMDR impliquerait l'identification des souvenirs d'enfance qui ont jeté les bases de la pathologie, les situations actuelles qui déclenchent la perturbation ainsi que ce dont elle aurait besoin pour combler les déficits découlant de son enfance anxieuse, en vue de pouvoir se surpasser dans ses systèmes sociaux actuels. Les souvenirs qui ont causé son incapacité à interagir de manière appropriée

pendant sa scolarité seraient également responsables de ses problèmes sociaux d'adulte. Les souvenirs qui ont provoqué l'effondrement de sa posture à l'école contiendraient également les sensations physiques expliquant son dos voûté à l'âge adulte. A cause de ces souvenirs, le passé est présent.

Heureusement, les souvenirs peuvent toujours être traités, même s'ils résident depuis longtemps dans le cerveau. Plus le client est âgé, plus important est le risque qu'il existe des conditions comorbides nécessitant un traitement. Toutefois la fonction de la thérapie EMDR sera toujours la même : délivrer le client des souvenirs stockés de manière dysfonctionnelle qui contiennent les affects et les perspectives qui génèrent la pathologie actuelle. Il est beaucoup plus aisé pour les clients d'améliorer leurs compétences sociales s'ils ne possèdent pas de souvenirs antérieurs non traités qui les amènent à se sentir défectueux et en insécurité. Par conséquent, le traitement EMDR procède depuis l'intérieur vers l'extérieur, s'occupant d'abord du monde intérieur avant d'utiliser l'excellent outil TCC du modelage ou la technique expérientielle des jeux de rôle en vue d'incorporer les ensembles d'habiletés qui aident à définir l'adulte sain.

Le traitement adaptatif de l'information et la dynamique familiale

Bien que la thérapie EMDR ait été développée à l'origine en tant que thérapie individuelle, le modèle TAI aide à renseigner les thérapeutes familiaux systémiques sur la contribution des expériences antérieures aux pathologies actuelles de leurs clients. Dès que des individus se rejoignent pour former un couple, leurs interactions sont susceptibles de déclencher des informations non traitées provenant des expériences dans chacune de leurs familles d'origine ou de leurs relations précédentes. Des modalités dysfonctionnelles d'interaction et de défense ne sont pas simplement le produit des situations actuelles mais elles puisent dans les expériences antérieures. Une évaluation est nécessaire pour identifier si la crise qui amène le couple en thérapie est le dernier exemple d'habitudes personnelles durables ou le résultat d'une nouvelle traumatisation. Par exemple, dans des cas d'infidélité ou d'abandon, le partenaire blessé peut être incapable de réconciliation parce qu'il ne peut pas effacer la tristesse, le manque de confiance et l'image mentale de la trahison. Indépendamment de ce qui peut se passer dans le présent et en dépit du remords considérable et des paroles rassurantes de son partenaire, des expériences antérieures ne permettent pas de sentiment de sécurité ou d'engagement renouvelé. Dans ce cas, l'EMDR permettrait de traiter l'expérience afin de libérer l'individu des événements perturbants antérieurs. Le clinicien EMDR évaluerait

et traiterait également les origines de la trahison antérieure en recueillant des informations sur l'histoire des deux partenaires. Quelles expériences antérieures ont établi les fondations de ses actions ? Quelle dynamique inhérente à la relation et/ou à son histoire antérieure a pu être à la source de ce qui s'est passé ?

Aucune relation de couple ne démarre en étant complètement neuve ; ces relations sont toujours influencées par les expériences qui ont forgé chez chacun un sentiment de soi et le sens des autres. Ainsi que le note Siegel dans son avant-propos, différents styles parentaux produisent des enfants avec des attachements sécurés, évitants, ambivalents ou désorganisés. A leur tour, ces enfants formeront des relations qui sont influencées par ces interactions d'attachement précoces, en attaquant, rejetant ou évitant peut-être leur partenaire. Malgré leur intention manifeste, les situations actuelles se relient automatiquement aux réseaux mnésiques dans lesquels sont stockées les expériences antérieures, et les affects et perspectives dysfonctionnels surgissent pour influencer les perceptions du présent (voir aussi Shapiro, 1998). Le geste d'un partenaire, dont l'intention est d'offrir un soutien, peut être interprété comme contrôlant ou dénigrant. Une simple distraction peut être comprise comme un abandon ou un mépris.

Le modèle TAI sensibilise les cliniciens au besoin de recueillir l'histoire de leur client afin d'identifier les souvenirs antérieurs qui ont jeté les bases du dysfonctionnement, puis à utiliser le processus EMDR afin de traiter ces facteurs expérientiels contributifs. Les modèles de TFS sont effectivement pertinents, puisque les interactions interpersonnelles au sein de la famille d'origine ou avec d'autres personnes importantes peuvent clairement constituer les événements perturbants non traités qui ont été stockés en mémoire. Les interactions interpersonnelles actuelles peuvent déclencher les souvenirs et la dynamique familiale peut maintenir et exacerber les symptômes. Cependant, dans une perspective TAI, la cause fondamentale est interne. Ainsi par exemple, les comportements contrôlants d'un mari sont conçus comme la conséquence d'expériences antérieures qui peuvent alimenter les peurs actuelles d'abandon ou d'insuffisance. Bien que ses conduites manifestes puissent être suscitées par sa manière de percevoir les actions de sa femme et exacerbées par ses réactions, la cause essentielle de ses perceptions erronées et de ses conduites inappropriées est conçue comme étant le matériel non traité. Cela signifie que même des conduites inoffensives chez sa femme ou des comportements qui seraient considérés par d'autres comme étant appropriés, peuvent éveiller des réactions affectives chez le mari et le rendre perturbé

et contrôlant. Certaines relations nécessitent seulement des interventions centrées sur le changement des interactions et de la communication habituelles. Cependant, dans le modèle TAI, les systèmes interactionnels chroniques et résistants sont conçus comme étant fondés sur les réactions pathologiques internes de l'individu.

De concert avec une évaluation systémique appropriée, le modèle TAI pose le principe de l'utilité du traitement des expériences passées de l'individu qui génèrent des comportements dysfonctionnels actuels. Par ce biais, le thérapeute familial peut mieux réussir à modeler et à enseigner les habiletés relationnelles et de communication nécessaires. Par exemple, de nombreux auteurs d'actes de violence familiale ont été témoins de ce type de comportements violents entre leurs propres parents et gardent en mémoire des affects de peur et de colère. Le traitement EMDR inclurait le traitement de ces expériences ainsi que l'enseignement des compétences de contrôle de soi et relationnelles nécessaires. Quelques descriptions de cas ont indiqué que le traitement des souvenirs d'enfance des auteurs de violences familiales les libérerait des réactions dysfonctionnelles automatiques, tout comme la recherche sur le traitement des expériences d'enfance des auteurs d'agressions sexuelles a révélé une interruption de la réactivité et de l'excitation physiologiques automatiques (voir Ricci, 2006 ; Ricci, Clayton & Shapiro, sous presse). De manière similaire, les rapports publiés indiquent que l'EMDR est utile pour traiter les dysfonctionnements conjugaux et sexuels des personnes qui peuvent alors progresser vers des relations beaucoup plus saines (Kaslow, Nurse & Thompson, 2002 ; Keenan & Farrell, 2000 ; C. Levin, 1993 ; Protinsky, Sparks & Flemke, 2001 ; Wernik, 1993).

Diverses conduites relationnelles dysfonctionnelles peuvent trouver leur source dans les expériences de l'enfance qui ont initialement apporté un sentiment de sécurité ou de contrôle à l'individu. Comme Siegel l'indique ("Avant-propos"), les enfants qui ont des attachements insécures montrent une réaction appropriée aux modes interactionnels dysfonctionnels de leurs parents ; la pathologie réside dans le fait que, chez l'adulte, ces modes interactionnels ne sont plus fonctionnels. Le modèle TAI encourage les cliniciens à traiter les interactions remémorées qui ont établi ces modes habituels et les prépare à reconnaître que les parents des clients peuvent être les victimes de leur propre traumatisation qui peut s'étendre sur plusieurs générations. Les réactions inappropriées à l'égard de leurs enfants proviennent des expériences perturbantes qui sont stockées dans leurs propres réseaux

mnésiques et qui ont besoin d'être traités. Bien que l'évolution ait programmé des réactions automatiques pour maintenir la survie de l'espèce, les traumatismes peuvent l'emporter sur cette programmation (Madrid, Kolek & Shapiro, sous presse ; Schore, 2003 ; Siegel, 1999). Par exemple, contrairement aux mères saines qui répondent automatiquement aux pleurs de leur enfant avec des soins et un soutien, la mère traumatisée peut devenir anxieuse et agitée. Par conséquent, l'enfant peut être évité ou manipulé rudement quand il pleure, entamant un cycle de réactions inappropriées de la mère face aux besoins de base du bébé qui peuvent se poursuivre pendant toute l'enfance.

Le modèle TAI attire l'attention des cliniciens sur la nécessité d'identifier et de traiter les souvenirs perturbants des parents afin de changer leurs réactions habituelles, en plus du travail avec les enfants pour traiter leurs propres expériences traumatisantes (pour des exemples détaillés de cas, voir Shapiro & Forrest, 1997). La TFS peut alors être employée pour enseigner les compétences parentales appropriées et aider à établir les limites saines et les interactions nécessaires afin d'aider la famille à s'épanouir. (La thérapie familiale structurelle pourrait constituer le traitement de choix). Si un thérapeute individuel travaille avec un adulte, les réconciliations familiales ne sont pas aussi importantes parce que le client a atteint l'âge où l'individuation et divers choix sont possibles. Par contre, lorsqu'un enfant se trouve au centre d'une dynamique familiale dysfonctionnelle, il est important en EMDR de travailler avec les parents afin d'aider à changer cette dynamique, tout en incorporant simultanément des expériences et des affects positifs ainsi que des ressources pour l'enfant.

Conclusions

Le sentiment de soi d'un enfant est créé par les interactions accumulées avec ses parents et constitue le filtre principal à travers lequel les autres expériences de la vie sont considérées. Par exemple, les parents de Tara la traitaient systématiquement d'une manière qui l'amenait à se sentir défectueuse et, à cause des affects qui surgissaient à partir de ces souvenirs non traités, d'autres événements étaient également vécus avec le sentiment "je suis sans valeur/inadéquate". Ceci serait le cas qu'elle soit arrivée en thérapie à l'âge de 15 ans ou à celui de 50. De manière similaire, la dépression chronique d'un client peut être causée par des réactions parentales qui ont instillé les affects et les croyances reliées "je ne suis pas assez bien" et "je n'ai pas de contrôle" pendant les années de la croissance, ou alors sa peur et son anxiété peuvent être

dues au style parental qui a causé un attachement ambivalent.

En tant qu'approche psychothérapeutique intégrative, l'EMDR a pour but de délivrer les clients de tout âge des facteurs contributifs expérientiels qui ont établi les fondations de la pathologie actuelle. Une évaluation complète du tableau clinique est réalisée pour déterminer les restrictions du corps, de l'esprit, des émotions et de la perspective existentielle. Le modèle TAI qui guide la pratique de l'EMDR pose l'hypothèse selon laquelle la plupart des pathologies sont influencées ou causées par des souvenirs d'expériences antérieures qui ont été stockés de manière inappropriée dans le cerveau ; une évaluation systématique est nécessaire pour explorer ces fondations et identifier les situations présentes qui exacerbent tout dysfonctionnement existant.

Que le client soit un enfant ou un adulte, il est primordial de se rappeler que les interactions interpersonnelles sont le produit de la rencontre entre plusieurs mondes intérieurs. Certaines relations peuvent être corrigées simplement par les apprentissages, mais beaucoup de clients ont besoin d'un réajustement psychique profond afin de rompre des habitudes qui se sont enracinées tout au long de leur vie et qui se traduisent par des réactions émotionnelles et cognitives dysfonctionnelles. La relation problématique n'est qu'un autre symptôme d'un monde intérieur blessé. Cet ouvrage propose des conseils cliniques aux thérapeutes individuels et familiaux en décrivant le traitement EMDR guidé par le modèle TAI en combinaison avec divers modèles de TFS. L'EMDR considère le monde intérieur de l'individu comme la principale fondation des comportements interactifs. Les multiples formes de TFS apportent des manières d'accroître les sélections de cibles et des procédures permettant d'affiner la compréhension et d'améliorer les interactions entre les membres d'une famille. Comme aucune personne n'existe en isolement total, l'importance d'une pratique intégrative ne peut être exagérée. Espérons que ce recueil de stratégies provenant de la pratique clinique en EMDR et en TFS pourra apporter une contribution à ce processus.

Notes

1. Également décrite comme la stimulation d'attention double.
2. Il est possible de cibler directement des situations actuelles (ce qui provoque souvent l'émergence d'événements antérieurs) mais il est généralement plus efficace et davantage garant de succès de cibler en premier les souvenirs précurseurs du passé (pour une explication détaillée, voir Shapiro, 2001).

Références

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Arlington, VA: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA: Auteur.
- 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.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191–215.
- Bandura, A. (2000). Self-efficacy: The foundation of agency. In W. J. Perrig & A. Grob (Eds.), *Control of human behavior, mental processes, and consciousness: Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer* (pp. 17–33). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Barlow, D. H., Shapiro, F., & White, M. (2005, décembre). *Supervision panel*. Présentation lors du congrès Evolution of Psychotherapy, Anaheim, CA.
- 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.
- Bleich, A., Kotler, M., Kutz, I., & Shalev, A. (2002). Un exposé de position du Conseil National (israélien) pour la Santé Mentale: *Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community*. Jérusalem, Israël: Conseil National pour la Santé Mentale.
- 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, S., & Shapiro, F. (2006). EMDR in the treatment of borderline personality disorder. *Clinical Case Studies, 5*, 403–420.
- Browning, C. (1999, September). Floatback and floatforward: Techniques for linking past, present, and future. *EMDRIA Newsletter*, pp. 12–13.
- 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.
- Chemtob, C. M., Tolin, D. F., van der Kolk, B. A., & Pitman, R. K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 139–155, 333–335). New York: Guilford Press.
- 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.
- Commission nationale néerlandaise pour les soins en santé mentale (Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care). (2003). Directive multidisciplinaire: Troubles anxieux. Utrecht, Pays-Bas: Institut Qualité Soins de Santé CBO/Institut Trimbos.
- Davidson, P. R., & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 305–316.
- De Jongh, A., Ten Broeke, E., & Renssen, M. R. (1999). Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Protocol, empirical status, and conceptual issues. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 69–85.
- Department of Veterans Affairs & Department of Defense. (2004). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress*. Washington, DC: Auteur.
- Dworkin, M. (2005). *EMDR and the relational imperative*. New York: Brunner-Routledge.
- Edmond, T., Rubin, A., & Wambach, K. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research, 23*, 103–116.
- Edmond, T., Sloan, L., & McCarty, D. (2004). Sexual abuse survivors' perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy: A mixed-methods study. *Research on Social Work Practice, 14*, 259–272.
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K., & Scholing, A. (1989). *Anxiety disorders: A practitioner's guide*. Chichester: Wiley.
- Fernandez, I., & Faretta, E. (2007). EMDR in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Clinical Case Studies, 6*, 44.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Grant, M., & Threlfo, C. (2002). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1505–1520.
- Gupta, M., & Gupta, A. (2002). Use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of dermatologic disorders. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery, 6*, 415–421.
- 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.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Dolatabadim S., & Zand, S. O. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 358–368.
- Kaslow, F. W., Nurse, A. R., & Thompson, P. (2002). Utilization of EMDR in conjunction with family systems therapy. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR and the paradigm prism: Experts of diverse orientations explore an integrated*

- treatment. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- 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.
- Keenan, P., & Farrell, D. (2000). Treating morbid jealousy with eye movement desensitization and reprocessing utilizing cognitive interweave: A case report. *Counselling Psychology Quarterly, 13*, 175–189.
- Korn, D. L., & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 58*(12), 1465–1487.
- Korn, D. L., van der Kolk, B. A., Weir, J., & Rozelle, D. (2004, Sept.). *Looking beyond the data: Clinical lessons learned from an EMDR treatment outcome study*. Présentation lors du congrès annuel de l'Association Internationale d'EMDR, Montréal, Canada.
- 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.
- Lamprecht, F., Kohnke, C., Lempa, W., Sack, M., Matzke, M., & Munte, T. (2004). Event-related potentials and EMDR treatment of post-traumatic stress disorder. *Neuroscience Research, 49*, 267–272.
- Lansing, K., Amen, D. G., Hanks, C., & Rudy, L. (2005). High resolution brain SPECT imaging and EMDR in police officers with PTSD. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 17*, 526–532.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of post-traumatic stress disorder: A comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1071–1089.
- Lee, C., Taylor, G., & Drummond, P. D. (2006). The active ingredient in EMDR: Is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 97–107.
- Levin, C. (July/August 1993). The enigma of EMDR. *Family Therapy Networker, 75–83*.
- Levin, P., Lazrove, S., & van der Kolk, B. A. (1999). What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) by eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 159–172.
- Lovett, J. (1999). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. New York: Free Press/Simon & Schuster.
- Madrid, A., Skolek, S., & Shapiro, F. (2006). Repairing failures in bonding through EMDR. *Clinical Case Studies, 5*, 271–286.
- Marcus, S., Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy, 34*, 307–315.
- Marcus, S., Marquis, P., & Sakai, C. (2004). Three- and 6-month follow-up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting. *International Journal of Stress Management, 11*, 195–208.
- Maxfield, L., & Hyer, L. A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 23–41.
- McCullough, L. (2002). Exploring change mechanisms in EMDR applied to “small t trauma” in short term dynamic psychotherapy: Research questions and speculations. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1465–1487.
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Shellenberger, S. (1999). *Genograms: Assessment and intervention*. New York: Norton.
- Mol, S. S. L., Arntz, A., Metsemakers, J. F. M., Dinant, G., 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.
- National Institute for Clinical Excellence. (2005). *Post traumatic stress disorder (PTSD): The management of adults and children in primary and secondary care*. London: Directives NICE.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Perkins, B. R., & Rouanzoin, C. C. (2002). A critical evaluation of current views regarding eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clarifying points of confusion. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 77–97.
- Peterson, C. Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press.
- Power, K. G., McGoldrick, T., Brown, K., et al. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring, versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 299–318.
- Protinsky, H., Sparks, J., & Flemke, K. (2001). Using eye movement desensitization and reprocessing to enhance treatment of couples. *Journal of Marital & Family Therapy, 27*, 157–164.
- Ray, A. L., & Zbik, A. (2001). Cognitive behavioral therapies and beyond. In C. D. Tollison, J. R. Satterhwaite, & J. W. Tollison (Eds.), *Practical pain management* (3e éd., pp. 189–208). Philadelphia: Lippincott.
- Ricci, R. J. (2006). Trauma resolution using eye movement desensitization and reprocessing with an incestuous sex offender: An instrumental case study. *Clinical Case Studies, 5*, 248–265.
- Ricci, R. J., Clayton, C. A., & Shapiro, F. (2006). The therapeutic effects of EMDR on deviant sexual arousal in child molesters. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 17*, 538–562.
- 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.
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 607–616.
- 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.
- Schore, A. N. (2003). Affect dysregulation and the disorders of the self. New York: Norton.
- Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine, 23*, 407–412.
- Servan-Schreiber, D., Schooler, J., Dew, M. A., Carter, C., & Bartone, P. (2006). EMDR for PTSD: A pilot blinded, randomized study of stimulation type. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies, 2*, 199–223.
- Shapiro, F. (1991a). Eye movement desensitization & reprocessing procedure: From EMD to EMD/R—a new treatment model for anxiety and related traumata. *Behavior Therapist, 14*, 133–135.
- Shapiro, F. (1991b). Stray thoughts. *EMDR Network Newsletter, 1*, 1–3
- Shapiro, F. (1994a). Alternative stimuli in the use of EMDR. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25*, 89.
- Shapiro, F. (1994b). EMDR: In the eye of a paradigm shift. *Behavior Therapist, 17*, 153–158.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Accelerated information processing and affect-driven constructions. *Crisis Intervention and Time-Limited Treatment, 4*, 145–157.
- Shapiro, F. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 35–67.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2e éd.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2002). *Paradigms, processing, and personality development*. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 3–26). Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Shapiro, F. (2005). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) training manual*. Watsonville, CA: EMDR Institute.
- Shapiro, F., & Forrest, M. S. (1997). *EMDR*. New York: Basic Books.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.
- Siegel, D. J. (2002). The developing mind and the resolution of trauma: Some ideas about information processing and an interpersonal neurobiology of psychotherapy. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 85–122). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Sjöblom, P. O., Andréewitch, S., Bejerot, S., Mörtberg, E., Brinck, U., Ruck, C., et al. (2003). *Regional treatment recommendation for anxiety disorders*. Stockholm: Commission du programme médical./Conseil municipal de Stockholm, Suède.
- Smyth, N. J., & Poole, D. (2002). EMDR and cognitive behavior therapy: Exploring convergence and divergence. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR and the paradigm prism* (pp. 151–180). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Sprang, G. (2001). The use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of traumatic stress and complicated mourning: Psychological and behavioral outcomes. *Research on Social Work Practice, 11*, 300–320.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 61–75.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lorell, K., & Orgodniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 330–338.
- 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.
- van der Kolk, B. A. (1996). Trauma and memory. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 279–302). New York: Guilford Press.
- van der Kolk, B. A. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 57–84). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Van der Kolk, B., Spinazzolla, J., Blaustein, M., Hopper, E., Korn, D., & Simpson, W. (2007). A randomized clinical trial of EMDR, fluoxetine and pill placebo in the

- treatment of PTSD: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 37–46.
- Van Etten, M., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126–144.
- Vaughan, K., Armstrong, M. F., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., & Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 25, 283–291.
- Wachtel, P. L. (2002). EMDR and psychoanalysis. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR and the paradigm prism* (pp. 123–150). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Watkins, J., & Watkins, H. (1997). *Ego states, theory and therapy*. New York: Norton.
- Wernik, U. (1993). The role of the traumatic component in the etiology of sexual dysfunctions and its treatment with eye movement desensitization procedure. *Journal of Sex Education and Therapy*, 19, 212–222.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Zabukovec, J., Lazrove, S., & Shapiro, F. (2000). Self-healing aspects of EMDR: The therapeutic change process and perspectives of integrated psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 189–206.

Envoyer toute correspondance concernant cet article à Francine Shapiro, PO 750, Watsonville, CA 95077.

Rupture et réparation dans la relation patient/thérapeute EMDR : moments urgents et moments de rencontre

Mark Dworkin

East Meadow, New York

Nancy Errebo

Department of Veterans Affairs, Missoula, Montana

Cet article avance l'idée qu'il serait avantageux de conceptualiser l'EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) comme une thérapie à deux personnes, c'est-à-dire une thérapie qui emploie le dialogue entre le thérapeute et le patient autour de la résonance, de l'accordage mutuel et de l'objectif de leur relation. Les recherches en cours sur le système des neurones-miroirs fournissent une possible base neurologique à cette proposition. Des exemples cliniques détaillés illustrent la rupture (moments urgents) et la réparation subséquente (moments de rencontre) de la relation thérapeutique au cours des huit phases EMDR. Nous exposons le risque élevé de rupture de la relation au cours de la thérapie EMDR. Nous faisons des propositions pour améliorer la pratique, la formation et les consultations d'EMDR en prêtant attention à l'expérience intersubjective entre le patient et le thérapeute, en particulier dans le travail avec des patients qui ont vécu des déceptions répétées et généralisées dans leurs relations amoureuses ou professionnelles.

Mots clés : EMDR ; relation thérapeutique ; thérapie intégrative ; moments urgents ; moments de rencontre

La théorie relationnelle, synthèse de divers champs des traditions psychothérapeutiques, est née d'études qui montraient que la qualité de la relation thérapeutique est un indicateur robuste de la réussite de la psychothérapie (Norcross, 2002). La Théorie Relationnelle soutient que le patient et le thérapeute sont en constante interaction au sein d'une matrice relationnelle invisible, et que le processus d'explicitation, de compréhension et de renforcement de cette matrice est une des sources principales du changement thérapeutique (Safran & Muran, 2002). Quels que soient les sujets qu'abordent le patient et son thérapeute, la théorie relationnelle considère que leurs cerveaux respectifs résonnent et s'accordent, simultanément et de façon tacite, l'un avec l'autre, qu'ils sont constamment engagés dans une interaction non verbale, implicite, où chacun évalue sans

cesse les intentions de l'autre (Siegel, 2007 ; Stern, 2004). Ce processus se fait en grande partie hors de la conscience, ce qui signifie qu'il se produit en dehors de l'attention consciente ; cependant, contrairement au matériel inconscient, on peut l'amener facilement à la conscience, et on peut y réfléchir dans le cours de la séance thérapeutique. De cette façon, des ruptures mineures dans le tissu relationnel en construction peuvent être détectées et réparées, et le tissage global sortir renforcé du processus (Stern, 2004).

La découverte des neurones miroirs a peut-être fourni une compréhension de la formation des liens entre deux personnes. Les propriétés réfléchissantes du cerveau d'un individu perçoivent les intentions du cerveau de l'autre personne et créent alors une action identique en se liant avec ses neurones moteurs. Les propriétés réfléchissantes du cerveau de l'autre

This article originally appeared as Dworkin, M. & Errebo, N. (2010). Rupture and Repair in the EMDR Client/Clinician Relationship: Now Moments and Moments of Meeting. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(3), 113-123. French translation by François Mousnier-Lompré.

personne répondent sur un mode identique. Gallese (2005, 2008, 2009) nomme cela une “simulation incarnée”. Ces liens peuvent créer de la résonance, de l’harmonie, de la sécurité émotionnelle et de l’empathie quand les intentions sont positives (Siegel, 2007). Cependant, lorsque les intentions sont hostiles ou rejetantes, ces liens peuvent être causes de dysharmonie, de désaccordage et de ruptures au sein de la relation. Heureusement, les ruptures relationnelles peuvent être réparées par l’explicitation de la communication implicite (Stern, 2004). Il faut encourager les patients à exprimer un point de vue différent et à affirmer les sentiments négatifs qu’ils ressentent envers leur thérapie. Le thérapeute doit adopter une attitude non défensive pendant qu’ils explorent ces ruptures (Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2002). Les thérapeutes bénéficient d’une formation qui leur a enseigné comment on peut reconnaître et résoudre les ruptures relationnelles (Norcross, 2002).

Les thérapies qui emploient le dialogue entre le thérapeute et son patient au sujet de la résonance, de l’harmonisation et de l’intention de leur relation sont appelées thérapies à deux. La thérapie à deux est une co-création du thérapeute et de son patient. Par opposition, dans une thérapie à une personne, le thérapeute crée le lien et la confiance avec son patient et applique un traitement ; dans les thérapies à une personne, l’interaction entre les cerveaux du thérapeute et de son patient reste implicite. Wachtel (2002) fait remarquer que la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) est enseignée et pratiquée comme une thérapie à une personne et suggère que l’EMDR serait améliorée si elle était enseignée et pratiquée comme une thérapie de deux personnes. Nous proposons ici que l’EMDR devienne explicitement une thérapie à deux personnes, afin que les ruptures dans la relation thérapeutique puissent être réparées à l’intérieur de la matrice intersubjective dans le cours de la séance de thérapie. Ce passage de l’EMDR d’une thérapie d’une personne à une thérapie de deux personnes pourrait être particulièrement important, en permettant l’élargissement du champ de l’EMDR : celle-ci passerait d’une forme de traitement des états de stress post-traumatique (ESPT) à une thérapie qui soulage la souffrance de ceux qui ont développé des *patterns* négatifs généralisés dans leur carrière professionnelle et leurs relations personnelles, suite à des expériences précoces perturbantes.

Des vignettes cliniques illustreront le processus de rupture et de réparation dans les huit phases de l’EMDR. Nous faisons des propositions pour intégrer la dimension intersubjective de la réparation des ruptures de l’accordage, propositions qui devraient

servir aux praticiens, aux consultants et aux formateurs EMDR.

La désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires

L’EMDR est une approche intégrative de la psychothérapie, inspirée par le modèle du Traitement Adaptatif de l’Information (TAI) de Shapiro (2001), qui postule que chez tous les êtres humains, il existe un système intrinsèque de traitement de l’information dont la fonction est de transformer, d’intégrer et de transformer les vécus perturbants en une résolution saine et adaptée. Normalement, ce système opère automatiquement, en dehors de l’attention consciente. Toutefois, un événement perturbant peut le déséquilibrer, le bloquer ou le submerger, avec pour résultat que le souvenir ou l’événement est emmagasiné dans le système nerveux sous sa forme dépendante d’état. L’EMDR considère que les souvenirs stockés de façon inadaptée sont le fondement de la psychopathologie. Les stimuli du présent ayant une ressemblance avec l’événement traumatique déclenchent des émotions, des sensations physiques et des comportements identiques à ceux qui étaient présents lors de l’événement originel. On pense que l’EMDR active le système intrinsèque de traitement de l’information de la personne et le maintient actif suffisamment longtemps pour qu’il puisse accomplir son travail de guérison.

L’EMDR est un modèle en huit phases (Shapiro, 1995, 2001). Dans la phase 1, le relevé de l’histoire du patient, un plan de traitement est développé ; il est fondé sur les symptômes du patient, ses difficultés présentes, les événements perturbants qu’il ou elle a rencontrés, et les résultats qu’il ou elle désire obtenir. Le passé, le présent et le futur constituent les trois axes du protocole EMDR. Les souvenirs perturbants sont désignés comme les cibles du retraitement EMDR. Les ressources internes et externes du patient sont évaluées, car elles déterminent le rythme de la phase 2, la Préparation. La phase 2 consiste à créer une alliance thérapeutique, à faire connaître l’EMDR au patient, et à développer les procédures de relaxation et de sécurisation nécessaires pour gérer les états émotionnels intenses qui peuvent se produire lors du retraitement d’un souvenir traumatique. Les phases 1 et 2 sont conduites sur plusieurs, voire de nombreuses séances de thérapie.

Les phases 3 à 7 ont lieu lors d’une seule séance de thérapie. En phase 3, l’Évaluation, les éléments du souvenir cible sont identifiés et on mesure l’intensité de la perturbation sur deux échelles subjectives. Les éléments du souvenir incluent une image représentative,

une cognition négative (CN) sur soi-même, qui est en rapport avec cette image, une cognition positive (CP) (qui remplacera la CN lors du retraitement), des émotions et des sensations physiques. La force de la CP est mesurée sur l'échelle de validité de cognition (VoC) où 1 est complètement faux et 7 est absolument vrai. L'intensité de l'affect perturbant est mesurée sur l'échelle d'unités subjectives de perturbation, ou échelle SUD (*Subjective Units of Disturbance*) où 0 est neutre et 10 est la pire perturbation imaginable.

Au cours de la phase 4, la Désensibilisation, le patient se concentre sur le souvenir cible tout en étant attentif simultanément aux stimulations bilatérales (SBL) – la plupart du temps des mouvements oculaires, mais parfois des tapotements ou des sons alternés – pendant environ 25 s. Après chaque « séquence » de cette attention double portée à la fois au souvenir et aux SBL, le thérapeute demande au patient : « Où en êtes-vous (ou que remarquez-vous) maintenant ? » Cette question délibérément ambiguë vise à susciter de la part du patient un compte-rendu des changements, au niveau visuel, sensoriel et cognitif, qu'il a ressentis pendant la séquence de SBL. Après que le patient a rapporté son expérience actuelle, le thérapeute dit : « Continuez avec ça », une déclaration délibérément ambiguë conçue pour encourager le patient à continuer d'observer ses expériences intérieures au cours de la séquence SBL suivante. Ce processus est répété de nombreuses fois pendant la séance. Tant que le patient rapporte des changements spontanés – c'est-à-dire des différences dans les images, les pensées et les sensations physiques –, que ces changements soient négatifs ou positifs, le thérapeute se retient d'intervenir dans le processus, sinon pour offrir son soutien et apporter ses conseils. Si, toutefois, le patient ne rapporte aucun changements après deux séquences SBL, le thérapeute pourra formuler une phrase brève, appelée Tissage Cognitif, afin de redémarrer le retraitement. La phase 4 est terminée lorsque l'intensité sur l'échelle SUD atteint zéro – émotionnellement neutre – lorsque le patient retourne au souvenir cible anciennement perturbant. Shapiro (2001) a postulé que la CN irrationnelle est la verbalisation de l'affect négatif autour du souvenir traumatique. Donc, d'après le TAI, lorsque l'affect du patient est neutre plutôt que témoignant d'une inquiétude émotionnelle à la pensée de l'événement traumatisant, la CN ne devrait plus être ressentie comme émotionnellement valable. A la place, le patient devrait croire complètement, viscéralement, sur l'échelle VoC de 1 à 7, où 1 est complètement faux et 7 absolument vrai, que la CP identifiée en phase 3 est absolument vraie, c'est-à-dire au niveau 7 sur l'échelle VoC.

En conséquence, la phase 5, l'Installation, est consacrée à renforcer la CP identifiée lors de la phase 3. La phase 5 est achevée lorsque la force de la croyance en la CP atteint 7 sur l'échelle VoC. En phase 6, le Scanner Corporel, le patient « scanne » son corps de la tête aux pieds et rapporte chaque sensation. Pour chaque sensation trouvée, on applique des SBL jusqu'à ce que la perturbation disparaisse. En phase 7, la Clôture, le patient retrouve son équilibre, pour faire la transition avec les activités de la vie ordinaire et il lui est demandé de tenir un journal des événements liés au travail thérapeutique. La phase 8, la Réévaluation, a lieu au début de la séance suivante quand le thérapeute demande à son patient de d'accéder de nouveau au souvenir cible afin de déterminer si les effets du traitement se sont maintenus. Le thérapeute et son patient décident ensemble de la direction future du plan de traitement.

Revue de la littérature EMDR sur la relation thérapeutique

Shapiro (2001, 2009a), la psychologue qui a développé l'EMDR, a dit que la création du lien thérapeute/patient et l'installation d'une alliance thérapeutique sont indispensables avant de commencer les phases de désensibilisation et d'installation de l'EMDR, et elle a décrit les manières pour le thérapeute d'être « interactif de manière optimale » (2007a, p. 76) lors du retraitement EMDR. Plusieurs auteurs ont abordé la question de la nécessité, pour les cas plus complexes ainsi que pour les patients souffrant d'un attachement insécure, d'un temps supplémentaire pour construire la confiance et le lien (Dworkin, 2005 ; Gelinas, 2003 ; Korn & Leeds, 2002 ; Leeds, 2009). Van der Kolk (2002) a fait l'hypothèse que des résultats positifs sont possibles avec l'EMDR même en l'absence d'une relation thérapeutique de confiance, même si, lors d'une communication personnelle avec M. Dworkin (2008, juillet), il a convenu que l'harmonisation et la résonance étaient des facteurs cruciaux pour la guérison des traumatismes. Edmond, Sloan et McCarty (2004) ont suggéré que le transfert et le contre-transfert pouvaient être des facteurs moins importants dans la thérapie EMDR que dans la thérapie éclectique. Marich (2009) a découvert que la relation du patient à son thérapeute EMDR était « cohérente avec les travaux de Dworkin (2005) sur l'impératif relationnel ». Silver et Rogers (2002) ont mis en lumière que la conscience de soi du thérapeute faisait partie intégrante du traitement des vétérans de guerre par l'EMDR. Alors que la plupart des descriptions de cas cliniques avaient mis l'accent sur la technique EMDR sans s'attarder beaucoup sur

la relation thérapeute/patient (Shapiro & Silk-Forest, 1997), plusieurs longues descriptions, par des patients, de leur thérapie EMDR, ont inclus de façon très détaillée leur relation avec leur thérapeute (Houston, 2000 ; Parnell, 1997, 2007 ; Scarf, 2004). La littérature EMDR sur la façon dont les relations thérapeutiques sont rompues et réparées est rare, même si Leeds (1996) a écrit sur l'installation de ressources pour sortir des impasses thérapeutiques, et si plusieurs auteurs ont parlé de la résistance et du contre-transfert en EMDR (Dworkin, 2005 ; Kaslow, 2007 ; Knipe, 1996 ; Leeds, 1996, 2009 ; Moore, 2007 ; Parnell, 2007 ; Snyker, 1996 ; Wachtel, 2002).

Moments urgents et moments de rencontre

La littérature et la formation EMDR fournissent peu de détails sur la formation de relations thérapeutiques sûres et confiantes, et décrivent rarement ces relations. Au contraire, la littérature sur la théorie relationnelle abonde en descriptions de la nature de la relation thérapeutique et de la façon de l'entretenir. Par exemple, Stern (2004) indique que la psychothérapie est en grande partie composée d'un thérapeute et d'un patient qui regardent, pendant un moment, le même paysage mental. Ces moments présents, où le thérapeute et le patient sont presque en train de lire l'esprit l'un de l'autre, deviennent de nouveaux souvenirs qui changent la perspective du patient et lui offrent la guérison et des moyens nouveaux d'être en relation au monde. La confiance, en thérapie, se construit en partie en testant la relation. Lors de ces tests, des ruptures relationnelles, sous forme de moments de désaccordage, se produiront presque certainement. Stern appelle ces ruptures "*moments urgents*"¹. Ces ruptures sont parfois subtiles, mais ne doivent pas être ignorées.

La reconnaissance d'une rupture commence avec la conscience qu'a le thérapeute de ses propres états affectifs et somatiques, reflétant cette danse sans fin du lien implicite permanent, dans laquelle les réseaux de souvenirs du patient affectent ceux du thérapeute, qui à leur tour affectent les réseaux de souvenirs du patient et ainsi de suite. En prenant conscience de ces signaux intérieurs qui lui indiquent que, de façon subtile, quelque chose va de travers dans la relation, le thérapeute partage cette information avec

son patient d'une façon authentique qui modifie le champ intersubjectif entre eux. Ce partage peut être non verbal, comme un regard ou un geste, ou ce peut être une invitation à s'engager dans un dialogue explicite concernant ce qu'il s'est passé dans le moment urgent. Dans ces interactions, que Stern (2004) nomme "*moments de rencontre*", la relation est réparée et le champ intersubjectif est élargi, créant un espace plus large et plus profond pour le changement thérapeutique.

Un moment urgent : une rupture de l'harmonie par le développement d'une croyance négative appropriée lors du relevé historique

Gary, un jeune homme célibataire de 28 ans, instituteur spécialisé, demanda à faire une psychothérapie après avoir eu une évaluation négative de son travail par un inspecteur. Il se sentait anxieux, se trouvait inepte et stupide, et avait peur de perdre son emploi. À partir de leur toute première rencontre, le thérapeute EMDR de Gary aborda le cas sous l'angle du TAI, c'est-à-dire qu'il fit l'hypothèse que les problèmes de Gary étaient enracinés dans des expériences passées, probablement dans son enfance, et qu'il avait formé une croyance négative sur lui-même, liée à un réseau de souvenirs négatifs. Lors de la phase 1, le relevé de l'histoire du patient, le thérapeute posa à Gary une série de questions scénarisées dans le manuel de formation de l'Institut EMDR (Shapiro, 2009a) dans le but d'aider Gary à verbaliser la CN associée au souvenir de son évaluation négative par l'inspecteur. Plus tard en phase 1, la CN aiderait Gary et le thérapeute à identifier les expériences antérieures associées à la même CN et à définir une série de souvenirs-cibles à retraiter en EMDR. La vignette suivante montre comment, lors de cette interaction, les réseaux de souvenirs négatifs du thérapeute sont activés, et comment, en réponse, les réseaux de souvenirs dysfonctionnels de Gary concernant son incompetence se trouvent activés aussi. Il en résulte un désaccordage, un moment urgent, qui devient une rupture thérapeutique.

Thérapeute : Quelle image représente la pire partie de cet incident ?

Gary : Je vois l'inspecteur froncer les sourcils.

Thérapeute : Quand vous pensez aux sourcils froncés de l'inspecteur, quelle opinion négative avez-vous à propos de vous-même ?

Gary : Je me déteste.

Le thérapeute cherche à obtenir de la part de son patient une croyance négative irrationnelle sur lui-

¹ Nous nous sommes conformé, pour traduire "*now moments*", à l'expression choisie dans l'édition française (Odile Jacob, 2003) du livre de Stern : "*moments urgents*" (N. d. T.)

même, associée au souvenir de l'air sévère de son inspecteur. Il ressent donc une légère frustration quand Gary exprime simplement ses émotions. Hors de la conscience du thérapeute, ses propres réseaux de souvenirs liés à l'échec et à l'incompétence ont été activés et produisent des tensions dans ses yeux, ses lèvres et ses mains. Il écarte ces sentiments négatifs et continue de suivre le scénario du manuel de formation EMDR.

Le thérapeute : Quelle croyance négative sur vous-même va avec ce sentiment de haine envers vous ?

Gary : En fait, je me déteste depuis tout petit.

Le thérapeute (irrité) : Pas ce que vous pensiez à ce moment-là, mais ce que vous pensez de vous-même maintenant.

Gary (anxieusement) : Je ne sais pas ce que je dois vous répondre. (*Les neurones-miroirs répondent à l'irritation du thérapeute ; Gary incarne l'anxiété.*)

Le thérapeute (plus irrité) : Gary, au pire moment, quand vous voyez votre inspecteur froncer les sourcils, quelle croyance négative avez-vous à propos de vous-même quand vous pensez à cet événement ?

Gary : Je fais tout de travers ici, n'est-ce pas ? (*l'augmentation de l'irritation du thérapeute active chez Gary un réseau de souvenirs d'asservissement aux figures d'autorité.*)

Un moment de rencontre : réparation de la rupture

Le système de neurones-miroirs du thérapeute remarque la peur de Gary. En réponse, il prend conscience que son irritation résulte de l'activation de ses propres réseaux liés à l'échec. A leur tour, des réseaux de souvenirs adaptés du thérapeute, contenant de la compassion, sont activés. La vignette suivante se situe hors du scénario du manuel, et nous la présentons afin d'illustrer une réparation de rupture.

Le thérapeute : Je sais que vous avez du mal à répondre à cette question à la façon dont je vous le demande ; est-ce que mes réponses ont pu vous donner l'impression d'échouer de nouveau ?

Gary : (*hausse les épaules et hoche la tête.*)

Le thérapeute : Alors peut-être que mes questions, ou la façon dont je les ai posées, vous ont fait vivre ici vos croyances négatives. Voyons si nous pouvons essayer encore, mais de façon un peu différente. Seriez-vous d'accord ?

Patient et thérapeute ressentent un soulagement au cours de ce moment de rencontre, et ils réparent la rupture. Implicitement, le thérapeute fait savoir à son patient (ainsi qu'à lui-même) que les dissonances peuvent être résolues de façon créative, et qu'elles ne sont donc pas des échecs. Le moment de rencontre devient un souvenir positif, qui est une ressource à la fois pour le thérapeute et pour son patient. En fait, le patient et le thérapeute ont co-créé ce que Siegel (1999) nomme une résonance d'état mental.

Moments urgents et moments de rencontre lors de la phase de préparation

La phase de préparation est pleine d'occasions de ruptures et de réparations de la relation thérapeutique, parce qu'elle présente au thérapeute et au patient des exigences spécifiques qui risquent d'activer les réseaux de souvenirs négatifs chez les deux. Dans les objectifs de la phase de préparation, on trouve l'explication du modèle TAI, une démonstration des mouvements oculaires, la création d'un lieu sûr dans l'imagination du patient, une définition des attentes du traitement, et une réponse aux peurs, aux questions et aux doutes du patient autour de l'EMDR (Shapiro, 2001). Ce qui est demandé au patient, c'est pour l'essentiel de montrer une capacité à changer d'états émotionnels. La capacité de passer d'un niveau élevé de détresse émotionnelle à un état de présence ancrée est en effet cruciale pour la réussite du traitement. Sans elle, le patient risque de passer en hyperactivation et d'être retraumatisé. L'exercice du Lieu sûr est un moyen d'aider le patient à acquérir cette capacité à changer d'états émotionnels. Des activations des réseaux de souvenirs dysfonctionnels peuvent cependant se produire lorsqu'on essaie de développer le Lieu Sûr, en particulier avec les patients qui ont rarement été en sécurité. Ces activations peuvent être frustrantes pour le patient comme pour le thérapeute.

C'était le cas de Gary, le patient de notre première vignette, avec son passé de soumission aux figures d'autorité.

Le thérapeute : J'aimerais que vous pensiez à un endroit que vous connaissez ou que vous imaginerez et qui soit calme ou sûr. Pendant que vous pensez à ce lieu, notez ce que vous voyez, entendez et ressentez, en ce moment. Que remarquez-vous ?

Gary : Je suis sur la plage. C'est une journée ensoleillée, le sable est chaud, et l'océan est calme.

Le thérapeute : Amenez en vous l'image de cet endroit calme, concentrez-vous sur les sensations agréables dans votre corps, et suivez mes

doigts. (*Le thérapeute fait avec Gary quatre lentes séquences de SBL*). Comment vous sentez-vous maintenant?

Gary : Je ne nage pas bien. Je me sens anxieux.

Le thérapeute (ressentant de la compassion, au souvenir des difficultés de Gary à développer une cognition négative) : Alors pensez à un autre endroit. Y a-t-il un autre endroit où vous vous sentez au calme et en sécurité ?

GaryZ : Les bois sont calmes et paisibles.

Le thérapeute (encore dans la compassion, mais espérant que celui-ci va marcher) : D'accord, observez les images, les sons, les odeurs, et les sensations dans votre corps et suivez mes doigts. (*Quatre lentes séquences de SBL*).

Gary : Je pense à un camp scout. Je n'arrivais jamais à allumer un feu et les autres se moquaient de moi. Je ne me sens pas vraiment en sécurité non plus dans les bois.

Le thérapeute : Vous vous sentez en sécurité en pratiquant du yoga ou dans une autre activité physique?

Gary : Pas vraiment. Non.

Tous les deux sont dans une impasse thérapeutique – un moment urgent. Le thérapeute, ne sachant quoi dire ni quoi faire, est frustré. Le système des neurones miroirs de Gary lit avec précision la détresse du thérapeute, et, en réponse, ses réseaux de souvenirs liés à l'échec sont activés. Tous les deux restent assis en silence pendant un moment. Gary, se sentant terriblement incompetent, envisage d'inventer un Lieu Sûr et de faire semblant de s'y sentir bien. Le thérapeute remarque une sensation d'engourdissement dans son corps et prend conscience qu'un de ses propres souvenirs, consistant en expériences où il s'est lui-même senti impuissant, a été activé. Le thérapeute utilise une technique brève de compartimentation (Dworkin, 2005) pour se stabiliser. Il prend une respiration purifiante, pense à son propre Lieu Sûr, tapote alternativement de ses gros orteils dans ses chaussures, et prend note mentalement de ce réseau de souvenirs lié à l'impuissance afin d'y revenir après la séance. Ainsi stabilisé, il est prêt à transformer ce moment urgent en moment de rencontre.

Le thérapeute : Je remarque que je viens de sentir un engourdissement partout dans mon corps. Je me demande si vous ressentez la même chose.

Gary : A vrai dire, oui. Je suis content que vous me le demandiez. Trouver un endroit sûr, c'est pourtant facile. Pourquoi est-ce que je n'y arrive pas ?

Le thérapeute : On dirait que le souvenir est sûr au début, puis qu'un souvenir désagréable s'y introduit et détruit votre sentiment de sécurité.

Gary : Je commence à réaliser que je ne sais pas ce qu'est que d'être en sécurité. J'ai l'impression que je ne me suis jamais senti en sécurité, nulle part, avec personne. Est-ce que cela veut dire que je ne me sentirai jamais en sécurité ? Est-ce que cela veut dire que je ne peux pas faire d'EMDR ?

Le thérapeute : Nous sommes en train de faire de l'EMDR. Mais avant de pouvoir passer à la phase de retraitement du trauma, on va vous aider à développer la ressource intérieure de pouvoir passer d'un état de détresse émotionnelle à un état émotionnel plus calme, plus détendu. Le souvenir d'un Lieu Sûr est un moyen simple d'y arriver. Mais chez les personnes qui n'ont pas de souvenir d'un Lieu Sûr, on peut travailler à développer cette ressource intérieure de sécurité. Ce travail peut être très intéressant.

Gary : J'ai bien envie de faire ça.

En utilisant les procédures de développement et d'installation de ressources (DIR) (Leeds, 1997 ; Shapiro, 2001) Gary et son thérapeute développent une ressource consistant à s'asseoir dans son appartement et à écouter Mozart. En utilisant cette ressource, il est capable de changer d'états émotionnels et de passer aux phases 3 à 8 de l'EMDR. Le souvenir d'avoir travaillé avec son thérapeute pour acquérir cette capacité est également une ressource intérieure pour Gary, comme aussi pour le thérapeute.

Moments urgents et moments de rencontre pendant la phase de désensibilisation

Dans le cas suivant d'exemple de traitement bloqué, un moment urgent se produit lorsque les stratégies enseignées en formation EMDR ne sont pas parvenues à redémarrer le retraitement. Le thérapeute et son patient arrivent à un moment de rencontre en se connectant à leurs réactions somatiques. Ils sont alors capables de reprendre le retraitement EMDR.

Robert, un travailleur social de 36 ans, avait été anéanti par le départ de sa petite amie. Il demanda à faire de l'EMDR car, après un an passé à parler avec son précédent thérapeute, il était toujours tourmenté par les mots d'adieu de son amie et par la croyance qu'il était irrémédiablement défaillant. Robert s'engagea facilement dans la thérapie, disant qu'il se sentait à l'aise parce que son thérapeute était « un homme plus âgé, gentil et compatissant ». Robert avait beaucoup

de ressources – une carrière réussie, de grandes capacités d'adaptation, des amis fidèles, et une bonne relation avec ses parents, en particulier avec son père. De sa mère, il disait : « J'aime ma mère, mais elle est un peu trop émotive à mon goût, comme la plupart des femmes ». Il rapportait avoir eu une enfance heureuse et un développement normal. Le thérapeute lui demanda de rechercher des souvenirs traumatiques antérieurs, petits ou grands, qui auraient impliqué un sentiment de rejet. Robert identifia un groupe de souvenirs concernant un rejet lors d'une compétition d'athlétisme, constituant des cibles appropriées pour le retraitement EMDR.

La phase de préparation avançait doucement. L'accordage et la résonance d'état mentales étaient forts. Le score sur l'échelle des expériences dissociatives de Robert (DES-T) était banal. Il était capable de changer d'état émotionnel en pensant à son Lieu Sûr, une randonnée en montagne. Bien que le thérapeute ait eu dans son corps une sensation de flottement en pensant à passer à la phase de désensibilisation EMDR, il ne voyait pas de raison pour que le retraitement des souvenirs traumatiques ne puisse pas avancer, étant donné que toutes les vérifications avaient été faites.

Le premier souvenir cible était celui des coéquipiers de son équipe qui refusèrent de lui parler après un match de championnat dans lequel il avait manqué deux balles au sol, ce qui avait permis à l'équipe adverse de gagner.

Image = Mes coéquipiers me tournent le dos.

CN = Je suis nul.

CP = J'ai fait du mieux que j'ai pu.

VoC = 3.

SUD = 8. (*Tristesse et culpabilité ressenties au niveau du cœur et de l'estomac.*)

Robert (après la troisième séquence de SBL) :

Je vois la balle au sol. Comme je vais pour la ramasser, je vois ma coéquipière, Lisa, à la 3ème base avec son gant, prête à l'attraper. Et je manque la balle.

Le thérapeute : Continuez avec ça. (SBL) Où en êtes-vous maintenant ?

Robert : Pendant l'entraînement, deux jours plus tôt, j'ai vu Lisa qui pleurait, et je lui ai demandé ce qui n'allait pas. Elle me dit que ma mère avait une liaison avec son père. Je me souviens que je suis resté là à la fixer. Je ne savais pas quoi lui dire, mais j'avais peur.

Le thérapeute : Continuez avec ça. (SBL) Où en êtes-vous maintenant ?

Robert : Bon sang, je sais ce qui s'est passé. Quand j'ai vu Lisa sur la troisième base, j'ai perdu ma concentration, et c'est pour ça que j'ai loupé la balle au sol. C'est incroyable. Je n'avais jamais fait le rapport.

Le thérapeute : Continuez avec ça. (SBL) Où en êtes-vous maintenant ?

Robert : Je vois mon père. Il pleure et je m'approche de lui pour le réconforter.

Le retraitement, qui jusqu'ici avait été fluide, se bloque alors.

Un moment urgent

Le thérapeute : Continuez avec ça. (SBL) Où en êtes-vous maintenant ?

Robert : Rien.

Le thérapeute : Continuez avec ça. (SBL) Où en êtes-vous maintenant ?

Robert : Rien.

Le thérapeute : Je vais changer la direction des mouvements oculaires en diagonale, comme nous l'avons pratiqué. (SBL – une séquence plus longue cette fois) Qu'obtenez-vous ?

Robert : Pas grand-chose. Vraiment rien.

Le thérapeute : Revenez à la cible. A quoi pensez-vous lorsque vous y retournez ?

Robert : Je n'arrive pas à voir mon équipe. Je vois mon père pleurer, et j'ai envie de le réconforter.

Le thérapeute : Notez ce que vous ressentez dans votre corps et l'image de votre père en train de pleurer et continuez avec ça. (SBL) Qu'est-ce que vous obtenez ?

Robert : Vraiment rien. Pas grand-chose.

Le thérapeute : Continuez avec ça. (SBL) Où en êtes-vous maintenant ?

Robert : Rien. Je n'obtiens rien.

Le thérapeute (y voyant un moment opportun pour un tissage cognitif) : Robert, je me demande ce qui se serait passé si votre meilleur ami, disons un garçon de 9 ans, avait essayé de réconforter son père mais qu'il n'avait pas pu. Que ressentiriez-vous envers lui ?

Robert : Je ressentirais de la compassion.

Le thérapeute : Continuez avec ça. (SBL) Où en êtes-vous maintenant ?

Robert : Je suis désolé, mais je n'arrive pas à me le représenter. Je ne vois ni ne ressens rien.

Prenant mentalement du recul, le thérapeute se demande si son système de neurones miroirs peut

être en train de sentir les souvenirs d'impuissance inconscients et non verbaux de Robert, et si lui, le thérapeute, n'est pas en train d'incarner ce sentiment d'impuissance.

Un moment de rencontre

Le thérapeute : Robert, en ce moment, mes pensées sont brouillées, et je ne sais vraiment pas quoi faire. Il m'est venu l'idée que vous êtes peut-être en train de faire la même expérience en ce moment et que vous aviez peut-être aussi fait la même expérience quand vous avez vu votre père pleurer, il y a si longtemps. Est-ce que ça vous dit quelque chose? (*Cette intervention du thérapeute, où il dévoile la confusion de sa propre expérience interne, est un exemple de tissage intersubjectif (Dworkin, 2009b).*)

Robert : C'est ça ! C'est ce que j'ai ressenti. J'avais tout oublié. Je n'arrivais pas à penser clairement et je suis resté vide.

Le thérapeute : Continuez avec ça. (SBL)
Où en êtes-vous maintenant?

Robert : C'est bizarre. Je me rappelle le CP, lors de ma première pièce de théâtre. J'oublie mon texte. Je cherche dans le public et je vois ma mère éclater en larmes.

Le thérapeute : Continuez avec ça. (SBL)
Où en êtes-vous maintenant ?

Robert : Je mouille mon pantalon.

Le thérapeute : Continuez avec ça. (SBL)
Où en êtes-vous maintenant ?

Plusieurs séquences de SBL suivirent, accompagnées d'intenses libérations émotionnelles – sanglots, nausée, respiration lourde – pendant que le thérapeute fournissait des phrases de soutien et d'encouragement.

Le thérapeute : Continuez avec ça. (SBL)
Où en êtes-vous maintenant ?

Robert : Toutes les femmes que je fréquente me critiquent. Pourquoi est-ce que je choisis ces femmes qui me critiquent ?

Le thérapeute : Continuez avec ça. (SBL)
Où en êtes-vous maintenant ?

Robert : Je vois mon père – sa douleur. Je voulais l'aider, mais je ne savais pas comment. Je crois que j'ai répété le même schéma que lui dans ma vie, en choisissant des femmes qui me rejetaient.

Une fois que ce bloc est détecté et retraité, Robert est capable de retraiter ses réseaux de souvenirs dysfonctionnels de manière adaptée, souvenirs qui étaient liés à un sentiment de lui-même mélangé à son père.

Le protocole en trois temps

Trois autres séances de 90 minutes furent nécessaires pour retraiter ses problèmes passés avec les femmes, la rupture sentimentale qui avait décidé Robert à consulter, ses référentiels actuels (sortir avec des femmes ayant des caractéristiques similaires à celles de sa mère), et son projet de trouver une partenaire plus appropriée. Robert a effectivement rencontré et épousé la femme qu'il avait visualisée dans ce projet à venir. Chaque année, le couple envoie au thérapeute des cartes postales avec des photos de leurs deux enfants.

Moments urgents et moments de rencontre lors des phases de conclusion et de réévaluation

Les vignettes et les descriptions de cas ci-dessous illustrent une rupture qui se produisit dans une relation thérapeutique à long terme.

Alexia, une jeune femme célibataire de 35 ans, travaillant comme programmatrice informatique, commença une thérapie après avoir découvert que Justin, son petit ami depuis un an, avait envoyé des e-mails à d'autres femmes, cherchant auprès d'elles des relations sentimentales et sexuelles. Justin lui avait laissé penser qu'il l'aimait et qu'un jour ils se marieraient, mais désormais elle savait qu'il était comme son père et comme tous les autres hommes qui l'avaient abandonnée. Lors de la séance, bouleversée, elle déversa ses sentiments concernant les liaisons extraconjugales de son père et les trahisons de ses petits amis. Le système de neurones miroirs du thérapeute résonnait avec empathie à la détresse d'Alexia, et il exprima son désir de l'aider à trouver l'amour. Alexia était ravie d'avoir trouvé un thérapeute masculin compréhensif. C'est ainsi qu'ils se lièrent, et ils commencèrent à travailler avec de grands espoirs.

Les objectifs de la phase de préparation furent vite remplis. Cependant, comme il arrive parfois quand le patient a fait des expériences répétées de rejet et d'humiliation, la phase de désensibilisation fut longue et laborieuse. Le premier souvenir-cible EMDR fut de voir son père embrasser une femme qui n'était pas sa mère. Le souvenir-cible était lié à d'autres souvenirs d'enfance ainsi qu'à des déceptions et des trahisons de toute une série de garçons qu'elle avait rencontrés avant Justin. Après 6 mois de retraitement EMDR, elle ne haïssait plus son père, elle avait laissé aller la souffrance liée aux comportements de ses anciens petits amis, et disait qu'elle apprenait de nouveau à faire confiance. Elle réalisa qu'elle avait fait des progrès, mais elle n'en avait pas fini avec Justin, et elle était encore trop vulnérable pour se lier à un autre homme.

Consciemment, le thérapeute essayait d'être compréhensif lorsqu'elle se plaignait que son « horloge

biologique tournait » pendant que la thérapie, elle, traînait. Suspectant qu'Alexia ne supporterait pas encore de se confronter aux croyances bloquées lui disant qu'elle avait un problème et qu'elle ne méritait pas d'être aimée, il compartimentait silencieusement sa propre douleur chaque fois qu'elle disait : "Tous les hommes sont des cochons". Sans qu'il en ait conscience, ses propres réseaux de souvenirs dysfonctionnels autour du rejet et de la défaillance avaient été activés par les plaintes et les critiques de la jeune femme. Sans qu'aucun d'eux n'en parle, le thérapeute et sa patiente étaient déçus du déroulement de la thérapie.

Au bout de sept mois de travail, ils ciblerent le souvenir de l'incident qui l'avait conduite en thérapie.

Image = Les e-mails sur l'écran d'ordinateur de Justin.

CN = Je ne peux pas avoir confiance.

CO = J'apprends à faire confiance.

VoC = 3.

Émotion = Colère.

SUD = 7.

Corps = Poitrine.

Lors de la phase de désensibilisation, il y eut de la rage, des torrents de larmes, et des prises de conscience autour de ses schémas relationnels négatifs. A sa surprise, vers la fin de la séance, des souvenirs et des sentiments positifs à propos de Justin firent surface.

Alexia : Vous savez, c'est drôle, mais je vois Justin qui me regarde. Il sourit, et j'ai envie de lui rendre son sourire.

Le thérapeute : Continuez avec ça. (SBL) Où en êtes-vous maintenant ?

Alexia : Je ne sais pas pourquoi, mais je me souviens avoir parlé à Justin d'un livre que j'étais en train de lire. Il m'a dit que mes idées étaient originales. Aucun autre garçon ne s'était intéressé à mes idées.

Le thérapeute, ravi de voir un signe positif de tolérance d'affect, décide d'encourager cette direction pour clore la séance.

Le thérapeute : Continuez avec ça. (SBL) Où en êtes-vous maintenant ?

Alexia : Maintenant je vois de nouveau les e-mails sur son écran d'ordinateur.

Le thérapeute : Nous arrivons au bout de l'heure. Seriez-vous d'accord pour commencer à débriefer cette séance ?

Alexia : Bien sûr. Je crois avoir vraiment fait des progrès cette fois.

Un moment urgent

Le thérapeute : J'ai remarqué que vous aviez fait l'expérience de sentiments positifs concernant Justin. C'est nouveau pour vous.

Alexia : Oui, nous avons partagé quelques bons moments avec Justin, mais en tombant sur ces e-mails envoyés à d'autres femmes, je n'ai plus cru un mot de ce qu'il m'avait dit. Tout était faux.

Le thérapeute : Alexia, je vois ici du progrès dans votre capacité à ressentir ces sentiments positifs, et je veux vous encourager à continuer dans cette direction. Cette semaine, j'aimerais que vous fassiez une liste des qualités de Justin et des bonnes choses concernant votre relation.

Alexia (se décomposant en détectant une note subtile de critique et d'hostilité) : Comment pouvez-vous me demander ça ? Justin s'est servi de moi. Il a tout fait pour que j'aie confiance en lui et puis il m'a rejetée. Vous ne voulez pas entendre ce que je ressens. Vous voulez seulement qu'on avance, alors vous me demandez d'avoir des pensées positives.

Un moment de rencontre

Le thérapeute (dépité) : Alexia, je vous entends. Je me rends compte que j'ai fait une erreur. Je suis désolé que cela arrive à la fin de la séance et que nous n'ayons plus le temps d'en parler. Je vais y réfléchir et nous en parlerons la prochaine fois. S'il vous plait, appelez-moi cette semaine si vous le désirez ou si vous en avez besoin. Nous pouvons aussi prévoir une séance supplémentaire pour cela, si ça peut aider. Qu'en pensez-vous ?

Alexia (impressionnée de voir le thérapeute reconnaître son erreur, et touchée par sa compassion) : Tout ira bien. Je sais que vous essayiez de m'aider. Je vous verrai la semaine prochaine. Je vous appellerai si j'ai besoin.

Au moment où elle quitte le bureau du thérapeute, elle se retourne et lui sourit. Il lui rend son sourire, et dans ce moment de rencontre, le champ intersubjectif entre eux s'élargit.

Introspection du thérapeute afin de préparer la réparation de la relation

A partir de sa connaissance du système neural miroir, le thérapeute accepta comme pertinente la perception d'Alexia d'une intention négative inconsciente de sa

part. Ainsi, il prenait la responsabilité du désaccordage, même si sa seule motivation consciente était le désir de soutenir la capacité de la jeune femme à tolérer les affects positifs envers quelqu'un qui l'avait blessée. Alors qu'il réfléchissait sur les critiques de la jeune femme concernant les hommes et ses plaintes au sujet de la lenteur de la thérapie, des souvenirs des critiques et de l'impatience de sa mère lui revinrent en cascade à la conscience. Il sut alors qu'il avait rejoué l'impatience de sa mère envers lui dans sa relation avec Alexia. Il commença à se réjouir à l'avance de réparer la relation thérapeutique lors de la séance suivante en reconnaissant le désaccordage qu'il avait créé, sans faire part à sa patiente du contenu de ses propres réseaux de souvenirs dysfonctionnels. La vignette suivante illustre le tissage relationnel de Dworkin (2005).

Réparation de la relation lors de la phase de réévaluation

Le thérapeute : J'ai beaucoup repensé à notre dernière séance. J'étais heureux de vous voir faire, pour la première fois, l'expérience d'émotions positives. Mais vous savez et je sais que j'ai eu tort de vous demander de faire une liste des qualités de Justin. Comment vous sentez-vous à propos de tout cela ?

Alexia : Eh bien, c'était bon de sentir que vous reconnaissiez m'avoir blessée. Je sais que vous voulez m'aider.

Le thérapeute : Nous avons beaucoup travaillé, pendant longtemps, et je pense qu'à essayer de faire avancer le traitement, j'ai fini par vous forcer et par vous dire quoi faire. Au lieu de cela, nous aurions dû avancer côte à côte.

Alexia : Vous savez, mes parents étaient autoritaires avec moi. Je devais faire ce qu'ils disaient quand j'étais petite, mais je me suis toujours dit que lorsque je serais grande, je ne me soumettrais plus jamais à l'autorité. Vous et moi n'avons jamais vraiment parlé de ça – je suppose que c'est parce que jusqu'à maintenant, vous ne m'aviez jamais dit ce que je devais faire. Mais j'ai vraiment horreur qu'on me dise ce que je dois faire.

Le thérapeute : C'est tout à fait logique. Et maintenant, où allons-nous ?

Alexia : J'y ai réfléchi. Depuis une minute, je ressens la même colère dans ma poitrine, dans ma gorge et dans mon corps que celle que je ressentais la semaine dernière et que je ressentais aussi quand j'étais enfant. On pourrait faire de l'EMDR là-dessus ?

Le thérapeute : Absolument. Continuez avec ça. (SBL) Où en êtes-vous maintenant ?

Alexia : Oh mon Dieu. Vous n'allez pas me croire. Je ne vous l'ai pas dit, mais j'ai plus ou moins commencé à sortir avec un garçon nommé Chad. Il tient plus à moi que je ne tiens à lui. Vous savez, il veut tout contrôler, et ça me rend folle. Oh mon Dieu. Je n'avais pas vu ça jusqu'à maintenant.

Le thérapeute : Continuez avec ça (SBL).

La semaine suivante, Alexia annonça qu'elle avait parlé à Chad de cette séance EMDR et de ce qu'elle ressentait quand il lui disait ce qu'elle devait faire. A son étonnement, Chad dit qu'il voulait comprendre pourquoi il était aussi directif, et il prit pour lui-même rendez-vous avec un thérapeute EMDR. Alexia et le thérapeute poursuivirent le retraitement du souvenir des e-mails de Justin à l'intérieur du champ intersubjectif élargi qu'ils avaient créé ensemble.

Discussion

L'EMDR a toujours été considéré comme une thérapie intégrative (Shapiro, 2001). Discutant de l'incorporation d'autres théories et d'autres techniques à l'EMDR, Norcross et Shapiro (2002) demandaient : "Comment la thérapie EMDR peut-elle être renforcée?" (p. 342). Une des réponses à cette question est que l'EMDR se verrait renforcée si on exploitait sa puissance pour soulager la souffrance de tout le monde, pas seulement celle des personnes qui correspondent aux critères du DSM-IV pour l'ESPT. Shapiro (1989), dans son étude contrôlée sur des survivants de traumatismes sexuels et sur des vétérans de guerre dont les flashbacks et les cauchemars avaient disparu en une à trois séance(s), présentait l'EMDR à la communauté de santé mentale. Depuis cette étude initiale, plus de 20 autres études contrôlées, corroborées par des milliers de rapports cliniques, ont établi l'EMDR comme un traitement fondé sur des preuves de l'ESPT. Les praticiens EMDR, impressionnés par les puissants résultats du traitement de l'ESPT, ont adopté l'hypothèse TAI selon laquelle les dysfonctionnements du présent sont enracinés dans des expériences passées, et ont utilisé le protocole EMDR en huit phases pour soulager la souffrance de patients ayant des diagnostics variés, de la phobie à la dépression en passant par les troubles d'anxiété généralisés, les troubles de la personnalité et les troubles dissociatifs.

Ironiquement, le traitement EMDR de souvenirs traumatiques d'événements catastrophiques qui ont engendré un ESPT est souvent plus rapide et soulage davantage que le retraitement des souvenirs courants

de rejet, de déception, d'invalidation, d'échec et d'humiliation, qui sont la cause de *patterns* de vie négatifs, produisant des vies vécues dans un désespoir tranquille, pour reprendre l'inoubliable terme de Thoreau. La douleur de ces patients est subtile, mais horrible dans son acharnement. Par comparaison, la douleur du patient atteint d'ESPT est aiguë. En conséquence, avec le traitement EMDR, le patient souffrant d'ESPT peut vivre un soulagement spectaculaire à partir d'une douleur émotionnelle aiguë, par comparaison aux améliorations à peine perceptibles de la douleur des patients qui ont fait des expériences plus ordinaires, mais émotionnellement dévastatrices. Les réseaux de souvenirs de rejet et d'échec du thérapeute peuvent être activés par résonance avec les souvenirs de douleur et de nostalgie du patient. En cela, le risque de rupture de l'accordage augmente quand le travail devient fastidieux et que le patient comme le thérapeute portent chacun leur douleur solitaire, ne mentionnant jamais à l'autre leur souffrance et leur désir d'être soulagé.

Le risque de rupture relationnelle en EMDR est très élevé. Premièrement, l'EMDR, en tant que thérapie structurée, comporte des tâches spécifiques lors des phases de préparation et de d'évaluation, susceptibles de mettre à l'épreuve les compétences à la fois du patient et du thérapeute, déclenchant ainsi chez l'un ou chez les deux un ensemble négatif de souvenirs, avec des images, des émotions, des sensations corporelles et des croyances négatives à propos de soi. Deuxièmement, des décennies de preuves cliniques ont montré qu'il est impossible de prédire où les pistes des associations vont nous conduire dans le retraitement EMDR d'un souvenir négatif. En conséquence, la phase de désensibilisation de l'EMDR requiert de se confronter à l'inconnu, position intrinsèquement effrayante. Les peurs respectives du patient et du thérapeute face à l'inconnu accroissent le risque de rupture relationnelle, en particulier si leurs peurs demeurent inconscientes. Troisièmement, pendant la phase de désensibilisation, un changement rapide des états émotionnels et une ouverture inattendue et soudaine de canaux augmentent la probabilité d'une sortie abrupte de la fenêtre thérapeutique, terme de Briere & Scott (2006) désignant l'état optimal d'activation pour le retraitement du souvenir traumatique. La fenêtre thérapeutique se situe entre l'accès inadapté aux réseaux de souvenirs, où peu ou pas de retraitement a lieu, et les accès excessifs aux réseaux de souvenirs, où le patient utilise des réponses d'évitement, telle que la dissociation, pour faire taire les émotions qui pourraient le submerger. La fenêtre de tolérance de Twombly (2000) décrit un processus similaire. Briere et Scott (2006) font observer

que, si l'évitement des souvenirs perturbants représente une perte de temps, d'argent et d'énergie pour un patient ayant les capacités de tolérer une exposition et un retraitement plus importants, il y a néanmoins une certaine sécurité et un certain confort à rester en deçà des limites de la fenêtre de tolérance en se focalisant continuellement sur le soutien et la validation. Ce genre de confort et de sécurité n'est cependant pas offert au thérapeute EMDR, car l'EMDR, par définition, est une thérapie de désensibilisation et de retraitement.

Lors de la formation EMDR, on enseigne aux participants à aider leurs patients à rester à l'intérieur de la fenêtre thérapeutique. Quand le retraitement ralentit ou s'interrompt, le thérapeute se sert de techniques conçues pour augmenter l'accès aux réseaux de souvenirs. Quand l'activation émotionnelle menace de devenir intolérable, le thérapeute utilise des techniques conçues pour ramener l'excitation à un niveau acceptable afin que le retraitement puisse reprendre. La pleine conscience qu'a le thérapeute EMDR de son propre état émotionnel est cruciale pour la relation thérapeutique. Un thérapeute dont les réseaux de souvenirs négatifs ont été activés par les changements émotionnels de son patient et la soudaine émergence d'un canal perturbateur pour lui, risque davantage de reculer, au lieu de traverser une tempête émotionnelle en continuant les SBL, ou bien de pousser un patient au-delà de sa tolérance émotionnelle, produisant ainsi une rupture de la relation thérapeutique.

En conséquence, les auteurs recommandent que cette expérience partagée de rupture et de réparation relationnelle – moments urgents et moments de rencontre – soit enseignée dans la formation et les consultations EMDR. Des exemples de cas, tels que ceux qui sont présentés dans cet article, pourraient servir à illustrer la manière dont la relation thérapeutique peut chanceler, et être rétablie.

De nombreux participants à la formation EMDR, bien au courant de la théorie relationnelle, ont fait part de leur crainte de devoir abandonner l'accordage émotionnel avec leurs patients au profit des procédures et des protocoles EMDR. Ce n'est pas l'intention des formations EMDR, mais beaucoup de participants se débattent avec cette crainte quand ils apprennent l'EMDR. Cet article suggère que la formation et la pratique EMDR pourraient être améliorées en y adjoignant un enseignement sur le repérage et la réparation des ruptures relationnelles, comme celles illustrées par les différents exemples cliniques présentés dans cet article. Cela pourrait apporter aux thérapeutes et aux patients un encouragement, un espoir, un soutien, un lien et une vision partagée, pour qu'ils continuent le retraitement par l'EMDR et n'abandonnent pas leur quête de la guérison.

References

- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. Los Angeles : SAGE.
- Dworkin, M. (2005). *EMDR and the relational imperative: The therapeutic relationship in EMDR treatment*. New York : Routledge.
- Dworkin, M. (2009a). The clinician awareness questionnaire. In M. Luber (Ed.), *EMDR scripted protocols: Basic and special situations* (pp. 401–408). New York : Springer Publishing.
- Dworkin, M. (2009b, September). *Solving transference and countertransference with dissociative disorders (slides 54–55): Steps for the intersubjective interweave*. Paper presented at the EMDRIA Conference 2009, Atlanta, GA.
- Edmond, T., Sloan, L., & McCarty, D. (2004). Sexual abuse survivors perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy. *Research on Social Work Practice, 14*, 259–272.
- Gallese, V. (2005). *Intentional attunement: mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations*. JAPA, 55, 131–176.
- Gallese V. (2008). *Empathy, embodied simulation and the brain*. JAPA, 56, 769–781.
- Gallese, V. (2009). Mirror neurons, embodied simulation, and the neural basis for social identification. *Psychoanalytic Dialogues, 19*, 519–536.
- Gelinas, G. (2003). Integrating EMDR into phase oriented treatment of trauma. *Journal of Trauma and Dissociation, 4*, 91–135.
- Houston, P. (2000). Seeing is believing. *Elle, 16*, 236–240.
- Knipe, J. (1996). It was a golden time...treating narcissistic vulnerability. In P. Manfield (Ed.), *Extending EMDR* (pp. 232–255). New York: Norton.
- Korn, D. L., & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1465–1487.
- Leeds, A. (1996). Lifting the burden of shame: Using EMDR resource installation to resolve a therapeutic impasse. In P. Manfield (Ed.), *Extending EMDR* (pp. 256–282). New York : Norton.
- Leeds, A. (2009). *A guide to the standard EMDR protocols for clinicians, supervisors, and consultants*. New York : Springer.
- Marich, J. (2009). EMDR in the addiction continuing care process. *Journal of EMDR Practice and Research, 3*(2), 98–108.
- Moore, P. (2007). Medical family therapy. In F. Shapiro, F. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.), *EMDR and family therapy processes* (pp. 365–384). New York : Wiley.
- Norcross, J. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York : Oxford.
- Norcross, J. C., & Shapiro, F. (2002). EMDR and integration. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 341–356). Washington, DC : American Psychological Association.
- Parnell, L. (1997). *Transforming trauma: EMDR*. New York : Norton.
- Parnell, L. (2007). *A therapist's guide to EMDR: Tools and techniques for successful treatment*. New York : Norton.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2002). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York : Guilford.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C., (2002). Repairing alliance ruptures. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. New York : Oxford.
- Scarf, M. (2004). *Secrets, lies, betrayals: The body/mind connection: How the body holds the secrets of a life, and how to unlock them*. New York : Random House.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (1re éd.). New York : Guilford.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2e éd.). New York : Guilford.
- Shapiro, F. (2007). EMDR adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research, 1*(2), 68–87.
- Shapiro, F. (2009a). *The EMDR approach to psychotherapy: Part 1 of the two part basic training*. Watsonville, CA : EMDR Institute.
- Shapiro, F. (2009b). *The EMDR approach to psychotherapy: Part 2 of the two part basic training*. Watsonville, CA : EMDR Institute.
- Shapiro, F., & Silk-Forrest, M. (1997). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. New York : Basic Books.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind*. New York : Guilford.
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain*. New York : Norton.
- Silver, S. M., & Rogers, S. (2002). *Light in the heart of darkness: EMDR and the treatment of war and terrorism survivors*. New York : Norton.
- Snyker, E. (1996). Into the volcano. In P. Manfield (Ed.), *Extending EMDR* (pp. 91–112). New York : Norton.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York : Norton. Trad. Fr. : Le moment présent : un monde dans un grain de sable. Ed. Odile Jacob, Paris, 2003
- Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with DID. *Journal of Trauma and Dissociation, 1*(2), 61–81.
- van der Kolk, B. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 57–83). Washington, DC : American Psychological Association.
- Wachtel, P. L. (2002). EMDR and psychoanalysis. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 123–150). Washington, DC : American Psychological Association.

Merci d'adresser toute correspondance concernant cet article à : Mark Dworkin, EMDR Instructor in Basic Training and Private Practice, 251 Mercury Street, East Meadow, NY 11554. Courriel : mdworkin@optonline.net