

Communication

Application de l'EMDR en sexotraumatologie : évolution de la comorbidité psychopathologique à propos d'un cas d'agression sexuelle

EMDR applied to sexual traumatology: Evolution of psychopathological comorbidity in the case of sexual aggression

F. Negadi^{a,*}, A. Pelissolo^b, R. Jouvent^a, J.-F. Allilaire^b

^a UMR 7593, Laboratoire de Vulnérabilité, Adaptabilité, et Psychopathologie, Pavillon Clérambault, Hôpital de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^b Service de Psychiatrie adulte, Hôpital de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

Disponible sur internet le 02 août 2007

Résumé

L'abord thérapeutique des patients victimes d'agression sexuelle s'inscrit souvent dans une double perspective qui est de traiter l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) et l'évitement sexuel. Par rapport à la forme légère ou modérée de l'ESPT, il existe des formes complexes où la comorbidité est plus avérée, et le taux d'échec thérapeutique important. Actuellement, les méthodes psychothérapeutiques à base d'exposition donnent de bons résultats dans le traitement de la symptomatologie traumatique et, notamment l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* ou Thérapie par les Mouvements Oculaires), considérée comme une thérapie brève. Peu d'études sont consacrées à l'évolution psychopathologique au cours de la thérapie EMDR des patients ayant subi des agressions sexuelles. Nous rapportons, dans le cadre d'une étude de cas, des éléments en faveur d'une évolution rapide de la symptomatologie traumatique, de l'évitement sexuel et la régression de l'expression des signes de comorbidité psychopathologique.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The therapeutic access of patients victims of sexual aggression is often through a double perspective: That of treating Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and of sexual avoidance. In light or moderate PTSD cases, there are complex forms in which co-morbidity is more evident and the rate of therapeutic failure is more important. At present active treatment methods based on exposure, more particularly EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) considered as a brief and active therapy, give good results in the treatment of traumatic symptomatology. Few studies have been undertaken on the psychopathological evolution of patients having suffered from sexual attacks and who are being taken care of by EMDR. Within the framework of a case study, the authors discuss elements indicating a rapid evolution of traumatic symptomatology, of sexual avoidance and of regression of the expression of the co-morbidity signs.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : EMDR ; Sexothérapie ; Thérapie brève ; Trauma sexuel

Keywords: Brief Therapy; EMDR; Sexotherapy; Sexual trauma

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : negadi.fethi@neuf.fr (F. Negadi).

1. Introduction

Depuis une dizaine d'années, l'intérêt grandissant pour les thérapies basées sur les mouvements oculaires l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) dans le traitement de l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) a conduit à la multiplication des travaux d'évaluation en comparaison avec d'autres approches thérapeutiques, notamment les thérapies cognitivocomportementales (TCC). Il reste cependant nécessaire de poursuivre les recherches pour étudier l'impact de ces thérapies sur le trouble traumatique central, et les comorbidités qui peuvent lui être associées. L'EMDR est une technique psychothérapeutique assez récente, développée par Francine Shapiro [20,21,23], initialement destinée à traiter des sujets ayant vécu des expériences traumatisantes [22,23]. Elle s'est développée par la suite pour trouver des indications dans le traitement de plusieurs troubles psychopathologiques [6,16, 21,22]. Parmi les troubles qui peuvent constituer une indication pour l'EMDR figure l'évitement post-traumatique à la suite d'un abus sexuel [8]. Cet article a pour objectif de décrire la symptomatologie comorbide et son évolution à partir d'une étude de cas.

2. État de la question

Les agressions sexuelles sont devenues un souci majeur en santé publique, car la prise en charge et le suivi thérapeutique tant des agresseurs que des agressés sont complexes. En 2001, 7101 détenus exécutaient une peine pour viol ou autres agressions sexuelles (exhibition exclue). Cette population représentait environ 20 % des détenus condamnés ; ils étaient un millier dans les années 1980 [27]. L'approche thérapeutique des agresseurs sexuels est extrêmement difficile et un bon nombre d'auteurs la considèrent comme inaccessible, surtout quand le diagnostic est celui d'une perversion avérée et d'un trouble profond de la personnalité [5]. Ceux ou celles qui subissent ces agressions sexuelles doivent passer par un long cheminement thérapeutique [28], ils doivent à la fois se battre contre eux-mêmes, leurs angoisses, leur culpabilité, leurs souvenirs obsédants, mais aussi et surtout contre leur impuissance en face d'un événement qui souvent a fait basculer leur vie et leurs repères. Ils doivent aussi affronter l'incompréhension de leur entourage et le regard de l'autre.

L'événement traumatique est une situation qui se définit par la brutalité et la soudaineté de son avènement, il constitue une menace pour la vie et l'intégrité aussi bien physique que psychique de l'individu. C'est une expérience qui se situe hors du champ humain habituel. Les principaux événements traumatiques sont la conséquence de catastrophes naturelles ou humaines, collectives ou individuelles [18]. Les adultes ayant subi dans leur enfance des abus sexuels sont plus vulnérables aux maladies (obésité, problèmes gastro-intestinaux, douleurs chroniques, dysfonctionnements sexuels, dépression, chirurgies multiples, anxiété, culpabilité, épisodes de dissociation, etc.) [14,17]. Chez l'adolescent, les séquelles psychologiques et les

problèmes liés à des difficultés d'adaptation familiale et sociale sont au premier rang de la symptomatologie traumatique [26].

Les études contrôlées concernant le traitement des agressions sexuelles sont nombreuses, et les méthodes d'intervention sont très diverses [3,18,28]. Des thérapies de groupe aux thérapies psychodynamiques, en passant par les TCC, elles convergent toutes, même si leurs méthodologies sont différentes, vers la réduction de la symptomatologie post-traumatique, dans le but d'initier un processus réparateur qui permettra aux victimes d'exprimer leur souffrance et de « digérer » l'événement traumatique, afin de vaincre *in fine* l'indicible [19]. Une méta-analyse de Paolucci *et al.* [17] a montré qu'il existe un lien direct entre un abus sexuel dans l'enfance et des conséquences négatives à court et long terme sur le développement [11]. Batten *et al.* [2] ont montré qu'à l'âge adulte, les enfants ayant subi des agressions sexuelles adoptent des comportements sexuels à haut risque, et notamment des rapports sans protection. Koopman *et al.* [14] ont repéré, chez 54 femmes ayant subi des agressions de ce type dans leur enfance, un état de stress permanent. Cette étude montre qu'en grande proportion, ces femmes qui ont présenté un ESPT à la suite de leurs expériences sexuelles traumatisantes, sont extrêmement fragiles face aux événements stressants de tous les jours, et ont un besoin permanent d'assistance et de réassurance pour faire face à leurs symptômes. Ces agressions entraînent une pathologie de victimisation qui s'instaure dans une relation dynamique entre trois dimensions : le choc direct de la situation traumatique, la réaction à la fois intersubjective et intrapsychique du sujet, et enfin la formation réactionnelle des symptômes propre à chaque individu à la suite de l'événement [24].

3. EMDR

Parmi les techniques psychothérapeutiques actuellement utilisées, une nouvelle méthode de traitement, utilisant les mouvements oculaires (MO) ou d'autres stimulations (auditives ou tactiles), semble ouvrir des perspectives aussi bien théoriques que cliniques [13]. Peu d'études utilisant cette technique ont cependant été publiées en ce qui concerne l'ESPT à la suite d'une agression sexuelle. L'EMDR a beaucoup de similitudes avec les méthodes classiques des TCC ; plusieurs auteurs la considèrent comme une simple variante de celles-ci [1,5,12] puisque l'exposition est l'un des éléments actifs de cette technique qui date de la fin des années 1980. Elle présente par ailleurs beaucoup de points communs avec l'hypnothérapie : la fixation de l'attention, l'induction d'un état de conscience légèrement modifié à partir de stimuli monotones et répétitifs, l'utilisation de la double attention (un pied dans le passé, l'autre dans le présent), l'alternance de périodes d'un état de conscience modifiée et d'un état plus vigilant, ce qui correspond en hypnothérapie à l'induction fractionnée [7].

Dans ce travail, nous rapportons le résultat d'un cas clinique avec diagnostic d'ESPT suite à une agression sexuelle. La technique de l'EMDR a été pratiquée. Elle consiste à introduire le patient à la technique et à installer un lieu sûr qu'il déterminera et qui servira ponctuellement d'espace et de repère sécu-

risants au cours de la thérapie. Thérapeute et patient conviennent d'un signal d'arrêt auquel ce dernier peut recourir s'il en sent le besoin. Après une préparation du patient à la relaxation et à des techniques de gestion du stress, l'entrée dans le vif de la thérapie commence alors par la définition de la cible thérapeutique (représentation du souvenir traumatique), puis le patient est invité à verbaliser la cognition négative (CN) relative à l'expérience traumatique. À l'opposé, il doit trouver une cognition positive désirée (CP) à atteindre pendant le processus thérapeutique. Cette CP est évaluée sur une échelle analogique (VOC) de 1 = complètement faux à 7 = complètement vrai. Le patient est ensuite invité à décrire l'émotion qu'il ressent en repensant à la CN en relation avec la cible à traiter. Évaluer la tension sur une échelle analogique (SUD de 0 = aucune tension à 10 = la tension la plus forte) permet de situer la perturbation émotionnelle et l'inconfort physique. Enfin, le patient localise la sensation corporelle qui accompagne cet état. À partir de ces éléments, la désensibilisation peut commencer [13].

4. Présentation du cas clinique

4.1. Histoire du trouble

Mlle C. est hospitalisée du début novembre 1995 jusqu'au début décembre 1995 pour anorexie dans un service de gastro-entérologie en isolement total. En trois mois, elle a perdu 21 kg. À la suite d'un passage à l'acte (mutilation), elle est hospitalisée en urgence. Le diagnostic de schizophrénie est retenu et un traitement est prescrit.

Quinze jours après, elle est à nouveau admise *in extremis* aux urgences après une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse. Elle récidive quelques mois plus tard en se brûlant très gravement le sein gauche. C'est dans ce contexte qu'elle est hospitalisée dans notre service pour ESPT avec automutilations.

4.2. Bilan et prise en charge psychothérapeutique

Nous avons utilisé une série d'échelles diagnostiques évaluant la symptomatologie traumatique et psychopathologique avant, après le traitement psychothérapeutique, puis à un mois et un an de distance :

- la Version 5 du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) [15] ;
- l'échelle de trauma Impact of Event Scale (IES) [10] ;
- l'échelle Hospital Anxiety And Depression Scale (HAD) [29] ;
- l'échelle d'anxiété Trait-État (STAI) [25] ;
- l'échelle de Stress Perçu (ESP) [4] ;
- l'échelle Impressions Cliniques Globales (ICG) [9].

L'évaluateur est un clinicien qui n'a pas participé à la thérapie, conduite par un autre clinicien formé à la technique EMDR (Niveaux I et II).

L'évaluation et les entretiens confirment que ces automutilations chez cette patiente s'inscrivent dans un contexte d'ESPT ; elle souffre de cauchemars, de pensées intrusives, et dès qu'elle sort de chez elle, elle est sur le qui-vive ; elle a aussi des conduites d'évitement. Elle est reçue en consultation pour un entretien, dans la perspective d'un traitement par l'EMDR. Le contact est bon, mais elle répond de façon laconique aux questions qui lui sont posées, son regard est très fuyant et effarouché. Tout ce qu'elle veut bien livrer à ce stade se résume à des pensées intrusives, et d'horribles cauchemars, elle se sent bloquée et est persuadée qu'elle n'a aucun avenir. C'est alors qu'elle est prise de tremblements intenses, son corps se raidit, elle est complètement recroquevillée sur elle-même, ses jambes sont parcourues par des mouvements saccadés et incontrôlés, elle a la tête complètement enfouie dans ses mains et est ponctuellement secouée par des spasmes.

Très vite, à partir du troisième entretien elle se met à parler d'un viol qu'elle a subi à 12 ans par quatre garçons plus âgés. Elle a été violée pendant plus de quatre heures. Ils ont abusé d'elle individuellement et collectivement, et toutes ces « horribles scènes » ont été filmées. De temps à autre, ils s'arrêtaient pour fumer ou boire et visionner ce qu'ils avaient enregistré, c'est alors que sous la menace elle était obligée de regarder et d'entendre l'insoutenable. La culpabilité est au centre de la problématique psychopathologique ; depuis son agression elle est persuadée qu'elle mérite ce qui lui est arrivé pour avoir accepté l'invitation et puis, pourquoi n'a-t-elle pas crié, ne s'est-elle pas débattue, pour quelle raison n'a-t-elle rien révélé une fois chez elle ? Et puis n'avaient-ils pas raison quand ils la traitaient de « salope », de « chienne », qu'elle aimait bien tout ce qu'ils lui faisaient ? La preuve est que sur la vidéo, elle voyait bien qu'à un certain moment elle avait du plaisir, et qu'elle avait bel et bien éprouvé pendant un instant une certaine jouissance. Toutes ces questions et bien d'autres n'ont cessé de la miner, elle devait garder pendant toutes ces années pour elle les réponses qui aboutissaient toutes à la même conclusion, elle était responsable et donc coupable.

La première séance d'EMDR a permis de travailler sur des souvenirs qui tournaient autour des premières minutes de l'agression. La cible à traiter représentait le moment où sous la menace d'un couteau de cuisine, elle était obligée de les satisfaire. La cognition négative est : « Je suis une salope, souillée à jamais. » La cognition positive est : « Que pouvais-je faire, ils étaient quatre, plus âgés et plus forts que moi, je suis pure et innocente. » Peu à peu la cognition négative (je suis une salope) évolue, car l'émergence de certains détails pendant l'EMDR la persuade qu'elle était plutôt une victime d'une bande de « lâches et de salauds », et que par conséquent le sentiment de culpabilité n'était plus aussi aigu. Cette première séance fut très pénible, mais l'évolution des échelles de mesure allait dans le bon sens.

À la deuxième séance, le matériel perturbant qu'elle livre se rapporte à une déferlante de cauchemars en rapport direct avec certaines séquences du viol, qu'elle avait totalement occulté pendant toutes ces années. C'est lors de cette séance, que pour la première fois, elle a pu vraiment se laisser aller à pleu-

rer, grâce au tissage cognitif (qui s'apparente à la restructuration cognitive dans les TCC), ce qu'elle n'arrivait pas à faire depuis son viol. Il lui a été expliqué qu'il existe, dans certaines situations, des réactions orgasmiques physiologiquement déterminées, dues à des mécanismes réflexes, mécaniques. À partir du moment où elle a accepté cette explication, elle a pu accéder à une abréaction émotionnelle, la cognition positive est devenue : « Maintenant je me sens plus forte, je peux mieux me défendre. » À partir de cette dernière séance, la psychothérapie a évolué assez rapidement, des détails de plus en plus précis ont commencé à se préciser, le matériel qu'elle rapportait a été traité. La résurgence d'autres souvenirs fait ressortir que la pathologie dont elle souffre ne semble pas relever d'un traumatisme unique, mais s'inscrit aussi dans une problématique de séparation mal vécue, due au divorce de ses parents dans des conditions extrêmement difficiles.

5. Discussion

Le traumatisme est un désorganisateur qui se répercute sur différents aspects de l'évolution de l'individu. La patiente qui fait l'objet de cette discussion en a subi les conséquences, à un moment crucial de sa psychogenèse, ce qui a impliqué que le développement du Moi s'est fait avec des distorsions. Des mécanismes d'aménagement adaptatifs du Moi ont permis *in fine* à cette patiente de survivre, en intégrant des éléments du traumatisme central qui a fait l'objet de la psychothérapie. Les réseaux des souvenirs dysfonctionnels ont fait l'objet d'une désensibilisation systématique. Le travail psychothérapeutique a déterminé au préalable les déclencheurs spécifiques des problématiques actuelles. La désensibilisation, sur le plan de l'évolution de la symptomatologie post-traumatique, a permis un travail en profondeur sur les souvenirs relatifs à l'agression sexuelle, ainsi que les différents réseaux mnésiques dysfonctionnels reliés entre eux. L'exposition à tout ce matériel selon la méthodologie préconisée par la technique EMDR a permis une amélioration aussi bien sur le plan cognitif que sur le plan comportemental (meilleure estime de soi, réinvestissement de sa féminité, reprise d'une activité sexuelle dans le cadre d'une relation amoureuse). D'un point de vue psychopathologique, se pose le problème du diagnostic. Il est vrai que la symptomatologie actuelle correspond à un trouble de la personnalité dans le cadre d'une pathologie limite ; dans ce cas, la déclinaison traumatique est la répé-

tition de la problématique originelle, en rapport avec des distorsions et des perturbations précoces dans le fonctionnement de la sphère familiale, entre autres. Les automutilations qui constituent le motif principal des différentes hospitalisations interviennent sur un fond de dissociation non psychotique. Ce clivage du Moi est déclenché par des résurgences soudaines d'images en relation avec l'agression sexuelle, il est donc non structurel ; c'est dans ce cadre que la régression se traduisant par des actes d'automutilation coïncidait avec l'apparition de troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Par ailleurs, l'organisation comportementale de la personnalité autour de cet événement traumatique était aggravée par la conviction symbolique et réelle de la patiente de sa culpabilité.

Sur le plan clinique, l'évaluation post-cure (après dix séances d'EMDR), à partir des échelles a montré une amélioration positive et significative de la symptomatologie traumatique et dépressive (Tableau 1). L'évitement qui consistait à fuir toute idée de fréquenter un garçon a pu, à la suite de la thérapie, s'estomper ; actuellement la patiente vit avec un jeune homme, elle rapporte que peu à peu, elle a retrouvé des sensations corporelles, et qu'effectivement elle peut faire maintenant la différence entre un « orgasme subi et un orgasme voulu ». Concernant les automutilations, puis les TOC, ils sont devenus de plus en plus rares et minimes, pour disparaître, mais sur ce plan il demeure une grande fragilité liée à une problématique plus complexe, probablement relative à une pathologie limite de sa personnalité, et que seule une psychothérapie adaptée à la suite de l'EMDR pourrait juguler.

6. Conclusion

De plus en plus, l'aide aux victimes s'oriente vers des préoccupations d'ordre psychothérapeutique car, pendant longtemps les souffrances, surtout psychologiques étaient occultées par des considérations d'ordre pénal, et qui souvent constituaient une victimisation secondaire en l'absence de toute prise en charge globale tant sur le plan psychothérapeutique que social, associatif et juridique. Ces dernières années, des travaux pour une meilleure connaissance de la psychopathologie et de la neurophysiologie des psychotraumatismes ont permis de développer plusieurs approches thérapeutiques ; notamment les techniques issues des travaux des comportementalistes et des cognitivistes. L'EMDR, qui est proche de ces techni-

Tableau 1
Évaluation psychopathologique

Échelles avec étendue des scores	Avant traitement	Après traitement	Suivi à un mois	Suivi à un an
SUD 0–10	10	0	0	0
PSS 14–70	48	28	20	18
HAD (anxiété) 0-21	19	12	10	10
HAD (dépression) 0-21	18	14	12	12
STAI-A 20-80	63	35	35	32
STAI-B 20-80	67	59	55	54
IES 0–75	70	50	25	5
CGI (sévérité) 0–7	7	4	3	2
CGI (amélioration) 0–7	0	2	3	3

ques, s'est de plus en plus imposée pour devenir un traitement de référence dans l'ESPT. Cette méthode psychothérapeutique qui s'inscrit dans la lignée des psychothérapies humanistes, met l'accent sur la capacité de chaque individu à mettre en marche des mécanismes d'autogénération. Le protocole qu'elle initie permet le cheminement vers cette capacité de « digérer » les événements traumatiques par un retraitement de l'information dysfonctionnelle, à la base de la symptomatologie traumatique [19]. Nous rapportons dans ce travail, le résultat positif d'une étude de cas d'une patiente présentant un ESPT avec automutilation, à la suite d'une agression sexuelle.

Références

- [1] Barlow D, Rapee R, Brown T. Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Ther* 1992;23:551–70.
- [2] Batten SV, Folette VM, Aban IB. Experimental avoidance and high-risk sexual behavior in survivors of child sexual abuse. *J Child Sex Abus* 2001;10:101–20.
- [3] Ciavaldini A, Balier C. Aggressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire. Paris: Masson; 2000.
- [4] Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;24:385–96.
- [5] Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. 4^e édition. Paris: Masson; 2004.
- [6] De Jongh A, Ten Broeke E, Ressen M. Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Protocol, empirical status, and conceptual issues. *J Anxiety Disord* 1999;13:69–85.
- [7] Doureligne Y, Cottencin O. Thérapies brèves : principes et outils pratiques. Paris: Masson; 2005.
- [8] Edmon T, Rubin A. Assessing long-term effects of EMDR: Results from an 18 month followup study with adult female survivors of CSA. *J Child Sex Abus* 2004;13:69–86.
- [9] Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville (USA): National Institute of Mental Health, Publication Number 76-336; 1976.
- [10] Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of event scale: A measure of subjective distress. *Psychosom Med* 1979;41:209–18.
- [11] Hulme PA. Theoretical perspectives on the health problems of adults who experienced childhood sexual abuse. *Issues Ment Health Nurs* 2004; 25:339–61.
- [12] Inserm. Psychothérapie : Trois approches évaluées. Expertise Collective (O. Canceil, J. Cottraux, B. Fallissard, M. Flament, J. Miermond, M. Teherani, JM. Thurin). Inserm (2004). Résumé en ligne sur www.inserm.fr.
- [13] Institut Français d'EMDR & EMDR Institute Incorporation, USA. Manuel de formation, (Niveau II). Séminaire de formation EMDR du 15, 16 et 17 octobre, 2004. Paris.
- [14] Koopman C, Gore-Felton C, Classen C, Kim P, Spiegel D. Acute stress reactions to everyday stressful life events among sexual abuse survivors with PTSD. *J Child Sex Abus* 2001;10:83–99.
- [15] Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Armorer P, Benora I, Sheehan K, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), a short diagnostic interview: Reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997;12:232–41.
- [16] Lohr JM, Tolin DF, Kleinknecht RA. Eye Movement Desensitization of medical phobias: Two cases report. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1995; 26:141–51.
- [17] Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol* 2001;1:17–36.
- [18] Saouraud-Séguin A. Revivre après un choc : comment surmonter le traumatisme psychologique. Paris: Odile Jacob; 2001.
- [19] Shapiro F, Silk Forest M. Des yeux pour guérir. EMDR : la thérapie pour surmonter l'anxiété, le stress et les traumatismes. Paris: Le Seuil; 2005.
- [20] Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press; 2002.
- [21] Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *J Anxiety Disord* 1999;13:35–67.
- [22] Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J Trauma Stress* 1989;2:199–223.
- [23] Shapiro F. Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1989;20:211–7.
- [24] Simonet E, Daunizeau XWB. In: Psychothérapie des victimes. Sous la direction de G. Lopez & A. Sabouraud-Séguin. Paris: Dunod; 1999.
- [25] Spielberger C. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1983.
- [26] Steel J, Sanna L, Hammond B, Whipple J, Cross H. Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abused-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect* 2004;28: 785–801.
- [27] Thurin JM, Allilaire JF. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle. Paris: Collection Fédération Française de Psychiatrie; 2002.
- [28] Tyson A, Goodman A. Group treatment for adult women who experienced childhood sexual trauma: Is telling the story enough? *Int J Group Psychother* 1996;46:535–42.
- [29] Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–70.

Discussion

Dr J. Charbit – Quel est l'effet spécifique des mouvements oculaires ?

Réponse du Rapporteur – Depuis son élaboration, l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), en tant que technique psychothérapeutique brève, a suscité des études aussi nombreuses que diverses. S'inscrivant dans différentes perspectives, les auteurs de ces recherches ont axé leurs travaux soit pour démontrer l'efficacité de cette technique par rapport à d'autres traitements aussi bien pharmacologiques que psychothérapeutiques, soit pour souligner l'importance de certaines composantes spécifiques à l'EMDR comme la bilatéralisation des mouvements oculaires (MO) [ou d'autres stimuli], soit,

enfin, pour jeter les bases d'un modèle neuropsychologique pouvant constituer un cadre théorique explicatif. La revue de la littérature fait globalement ressortir deux tendances quant à l'efficacité de l'EMDR : d'une part, ceux qui considèrent que cette technique n'a pas apporté de valeur ajoutée puisque s'appuyant essentiellement sur l'exposition, comme c'est le cas dans les thérapies cognitivocomportementales (TCC), et que les MO sont superflus, et ceux qui par ailleurs, la considèrent comme une thérapie originale et un traitement de choix de l'état de stress post-traumatique (ESPT), et que les MO augmentent l'efficacité de façon significative par rapport à l'exposition ou la restructuration cognitive sans MO, ou même par rapport à d'autres stimulus alternatifs utilisés en EMDR

(sonore ou tactile). Néanmoins, une littérature de plus en plus abondante, dont quatre méta-analyses, montre que l'EMDR est un traitement efficace dans l'ESPT.

La confrontation des propositions sur les mécanismes neurophysiologiques pouvant étayer les effets cliniques de l'EMDR sur la base du modèle du traitement accéléré de l'information ne permet pas actuellement la mise au jour de façon claire des

mécanismes spécifiques comme les MO qui permettent de potentialiser les effets thérapeutiques de ce processus. Cependant, des hypothèses sont proposées, mais elles demeureront spéculatives tant qu'on ne disposera pas d'études expérimentales spécifiques permettant de valider de façon robuste ces modèles neuropsychologiques. Mais dans ce domaine, cette assertion est valable pour toutes les approches psychothérapeutiques.