

# Université Claude Bernard – Lyon 1

A.E.U. EXPERTISE ET PEDAGOGIE APLLIQUEES A LA FORMATION MEDICALE  
CONTINUE ET A L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

année 2009-2010

## MÉMOIRE

**EXERCICE DE COURTAGE SUR LA PERNITENCE DE**  
**L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*)**  
**DANS LE TRAITEMENT DES NEVROSES POST-TRAUMATIQUES**

Soutenant: Dr Ladislav KISS

Directeur de Mémoire: Dr Gabriel MECHERI

Directeurs d'enseignement :

Pr Gilbert KIRKORIAN, Pr Jean-Pierre BOISSEL, Dr Jean STAGNARA

## SOMMAIRE

-MISE EN GARDE

-1) INTRODUCTION

-2) SUJETS ET METHODES

\*Définition du courtage de connaissances

\*Clinique de l'état de stress post-traumatique

\*Description de la technique de l'EMDR

\*Indications de l'EMDR

\*Mécanismes supposés de l'efficacité de l'EMDR

- 3) RESULTATS

-4) DISCUSSION : INTERETS ET LIMITES DE L'EXERCICE

-BIBLIOGRAPHIE

## MISE EN GARDE

L'époque des comparaisons globales des méthodes psychothérapeutiques, appliquées à des troubles psychopathologiques portant sur des volontaires n'est plus en vogue. La position actuelle est de comparer, en fonction de chaque trouble selon les manuels statistiques des troubles mentaux que sont l'ICD ou le DSM, des types de psychothérapie spécifiques entre elles ou face au placebo (liste d'attente) ou aux traitements médicamenteux. Il faut reconnaître qu'il est relativement facile d'étudier les thérapies cognitives et comportementales et la thérapie interpersonnelle vu le nombre des essais thérapeutiques contrôlés portant sur des troubles précis. En revanche, il s'avère beaucoup plus difficile d'étudier les thérapies familiales non cognitivo-comportementales, les thérapies psychanalytiques, l'hypnose ou les thérapies humanistes (Gestalt thérapie, analyse transactionnelle, thérapie rogerienne) bien qu'il existe un certain nombre d'essais contrôlés concluants pour ces différentes méthodes dans différentes indications. De toute manière, il est tout à fait illusoire de vouloir étudier scientifiquement toutes les formes de psychothérapie qui dépassent le seuil des 500 de nos jours (Kiss, 2002 ; Chambon, 2010). Il nous est apparu intéressant de nous pencher sur l'EMDR qui a su se faire une place de choix très récemment dans le panel des outils psychothérapeutiques tant dans les médias que sur le plan des publications scientifiques, bien que ses mécanismes d'efficacité ne soient pas très bien déterminés.

## **-1) INTRODUCTION**

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing ) ou méthode des Mouvements Oculaires de Désensibilisation et de Retraitement est un traitement actuellement largement utilisé dans la prise en charge d'une grande variété de désordres psychologiques et tout particulièrement dans le syndrome de stress post-traumatique ou PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder). Selon les pathologies, les patients et les méthodologies, il apparaît que l'application de cette thérapie produise des effets cliniques qui confirment et réfutent tout à la fois son efficacité.

Pour ses détracteurs l'EMDR semble prendre les atours de la scientificité mais manque manifestement de validation méthodologique rigoureuse. Devant la popularité croissante de l'EMDR, et de la tendance à user pour les troubles psychopathologiques et comportementaux des traitements non-scientifiques, le plus souvent mal ou non éprouvés, il nous a paru nécessaire d'examiner le cas particulier de la spécificité de l'EMDR.

Comme nous le savons par expérience, même si cette technique atteste d'une certaine efficacité, elle fait néanmoins partie des nombreux outils du champ des sciences « molles » ou humaines que sont la psychiatrie et la psychologie. Tout comme les chamanes, les psychothérapeutes disposent d'un choix important de techniques pour tenter de soulager ou de guérir des patients souffrant de divers troubles psychiques et comportementaux. Pourquoi choisir l'une ou l'autre ? (Hughelit et Chambon, 2010).

## **-2) SUJETS ET METHODES**

### **\* Définition du courtage**

Le courtage des connaissances est une démarche qui permet d'intégrer les formés ou au moins l'opérateur associatif dans l'élaboration d'un référentiel capable de répondre à des questions pratiques d'ordre médical énoncées par des professionnels. Dans ces conditions, le professionnel du courtage ne s'occupe que des opérations les plus spécifiques (recherche DAS, analyse critique, synthèse) (Boissel et coll., 2010).

En pratique le courtage est un processus qui se déroule selon les étapes suivantes:

- Un groupe de professionnels de soins identifie un problème de sa pratique pour lequel il n'est pas certain de la solution.
- Le courtier pousse le groupe à formuler son problème pour le transformer en une série de questions.
- Puis le courtier s'enquière de toutes les informations disponibles nécessaires afin de pouvoir donner des réponses étayées. Les réponses sont analysées et hiérarchisées selon leur niveau de preuve et présentées au final sous forme de synthèse.

Nous reprenons ici les conclusions de Mecheri et coll. (2009, 2010) qui montrent tout l'intérêt pratique du travail de courtage des connaissances en matière de pratique médicale face parfois à l'opacité plus ou moins dogmatique ou sérieuse des référentiels publiés par la littérature scientifique ou par des comités d'études plus ou impartiaux.

“De véritables référentiels, répondant aux besoins réels de qualité des soins, même s'ils ne sont pas vraiment «quantifiables», peuvent ainsi être établis par des groupes de professionnels, par exemple au sein d'associations de formation continue, à partir de ce type de synthèse obtenue en réponse à la question posée. Bien sûr, peu des professionnels de santé concernés disposent du temps et possèdent les moyens et les compétences nécessaires pour dérouler la démarche jusqu'à la synthèse comprise. D'où l'intérêt du courtier. Ce « courtage » semble possible, comme l'a montré une étude récente menée en France (Boissel et coll., 2010). Mais pour qu'il devienne réalisable en pratique et à grande échelle, il faudra lever les obstacles signalés : formation des courtiers, financement du processus, formation des professionnels. Le courtage en connaissances est par définition toujours intégré dans le fonctionnement d'un groupe de professionnels et assuré par des courtiers en connaissances qui ne doivent pas être experts sur le thème étudié afin d'assurer le maximum d'impartialité. Ce travail nécessite un questionnement d'un groupe de professionnel, un courtier, un accès informatique à des banques de données médicales et une méthodologie suivant un guide de courtage.

Dans ce mémoire nous allons donc émuler, au sein de l'association HUMANITAS, un groupe de professionnels, médecins généralistes, psychiatres se posant les questions de la pertinence de l'EMDR dans la prise en charge des patients présentant un stress post-traumatique.

Voici comment le courtier en connaissances thérapeutiques pourrait subdiviser le questionnement du groupe de professionnels:

-L'EMDR est-elle une méthode thérapeutique efficace pour traiter le stress post-traumatique?

-Quelle est la validité des mécanismes thérapeutiques imputés à l'EMDR?

-A-t-on suffisamment de recul, pour connaître la stabilité de l'EMDR dans la rémission des symptômes?

-Validité du thérapeute formé uniquement par cette méthode ?

\* Clinique de l'état de stress post-traumatique

Tout un chacun peut un jour ou l'autre être exposé à une foule de situations susceptibles de menacer sa vie ou son intégrité physique ou touchant autrui. Il s'agit d'un ensemble de réactions ou symptômes qui peut se développer chez une personne après qu'elle ait vécu, été témoin ou confrontée à un traumatisme, c'est-à-dire un événement qui a provoqué la mort ou de sérieuses blessures ou qui impliquait une menace de mort ou de graves blessures et qui a suscité une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

De telles situations de stress aigu peuvent déclencher une forte anxiété ou une réaction physique de peur intense avec sa décharge d'adrénaline (fréquence cardiaque élevée, respiration rapide, tremblements, frissons, faiblesse, sueurs, etc.) et de Corticotropin Releasing Factor (Posener et coll., 1994). Cette réaction psychobiologique doit être interprétée comme l'expression d'un mécanisme de défense qui participe à la survie de l'individu. Si cette expérience se résorbe généralement en quelques heures, il en va autrement pour certains sujets qui, dans les suites d'un stress, présentent de façon chronique des troubles, revécus avec la même intensité qu'à la première exposition à la situation traumatisante sous formes de rêves, de réminiscences (flash-back) ou si les sujets sont fortuitement exposés à une situation ou un contexte identique ou similaire. Généralement les sujets traumatisés tentent d'éviter systématiquement les situations ou les contextes qui lui rappellent le traumatisme.

Initialement identifié chez les militaires exposés au stress aigu de la guerre, l'état de stress post-traumatique, se retrouve dans plusieurs situations traumatisantes capables de déclencher une réaction de stress aigu chez la plupart des gens peuvent déclencher : terrorisme, guerre, cataclysme naturel(incendie, inondation, tempête... ), écrasement d'avion, agression sexuelle, vol de banque, prise d'otage, agression, viol, accident d'auto, etc.

Cette affection touche environ 8 % de la population au cours de la vie entière. De récentes estimations révèlent que l'expérience traumatique est un événement commun aux conséquences psychiques importantes, puisque 5 % des hommes et 10 à 12 % des femmes ont souffert d'un PTSD au cours de leur vie, parfois pendant plusieurs années. Plus la survenue du PTSD est ancienne, plus les chances de s'en départir semblent faibles dans un laps de temps donné. Environ 80 % des sujets ayant présenté un PTSD, souffrent de troubles psychiatriques concomitants. Dépression, anxiété généralisée, abus de drogues ou d'alcool sont fréquemment associés à l'état de stress post-traumatique (Mecheri, 2008).

Critères diagnostiques du F43.1 [309.81] du DSM IV r:

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

(1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;

(2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

NB. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.

NB. Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme ;

(2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.

NB. Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ;

(3) impression ou agissements soudains “ comme si ” l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).

NB. Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir ;

(4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause ;

(5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. évitement persistant des stimuli associé au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;

(2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme;

(3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme ;

(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;

(5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;

(6) restriction des affects (p. ex. incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;

(7) sentiment d'avenir " bouché " (p. ex. pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de vie).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ;

(2) irritabilité ou accès de colère ;

(3) difficultés de concentration ;

(4) hypervigilance ;

(5) réaction de sursaut exagérée.

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois ;

chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

Il existe cependant au diagnostic une limite qui ne permet pas d'inclure ce qu'appelle Anne Cécile Janin "les états de stress post-traumatique masqués". "Ainsi, au vu des connaissances actuelles, des données de la littérature et au travers de notre pratique clinique, les symptômes centraux décrits dans le DSM nous paraissent insuffisants pour englober toutes les formes cliniques d'ESPT. Nous proposons donc la notion d'«état de stress post-traumatique masqué » en référence au concept de dépression masquée. Lorsque ANGST décrit la dépression masquée, il note des symptômes somatiques au premier plan et des symptômes dépressifs à bas bruit masqués par une symptomatologie plus bruyante au premier plan et qui n'amène pas nécessairement le patient à une demande de soins en psychiatrie. Chez certains patients ayant souffert d'un traumatisme ayant fait effraction psychique, on peut retrouver des symptômes de la série dépressive masquant la symptomatologie classique de l'ESPT et qui échappent à la prise en charge qui semble la plus spécifique à savoir victimologique.

Par conséquent, nous avons adopté la définition suivante pour l'« état de stress post-traumatique masqué » :

Symptômes de la série dépressive quel que soit le temps de latence après le traumatisme (aigus ou chroniques au sens du DSM-IV)

Un événement traumatique (critère A du DSM IV) ayant fait effraction psychique et précédant les troubles

Les trois critères principaux à bas bruit de l'ESPT du DSM IV ) (s'ils sont absents il s'agit d'un équivalent d'ESPT).

Repérer au travers d'une symptomatologie dépressive l'existence d'un traumatisme et ses répercussions et pouvoir conclure à l'existence d'un ESPT en l'occurrence masquée dans notre perspective, offre un nouvel axe de travail qu'est l'approche victimologique, celle-ci modifie le statut du sujet qui passe alors de patient à victime .”

\*Description de la technique de l'EMDR

En tant que technique psychothérapique l'EMDR est une intervention thérapeutique assez récente qui vise à soulager les patients atteints de stress-post traumatique en l'aidant à se

débarrasser des souvenirs traumatisants. Cependant cette technique semble aussi efficace dans le traitement de plusieurs autres désordres psychologiques (Lohr, Lilienfeld, Tolin, & Herbert, 1999). Sa première et principale utilisation a pour ambition de neutraliser et résoudre les problèmes psychologiques provenant de souvenirs traumatisants.

Petite histoire de l'élaboration de la méthode à partir d'une intuition

En 1979, pendant qu'elle finalisait un doctorat en littérature anglaise à l'Université de New York, Francine Shapiro apprend qu'elle est atteinte de cancer. Tout en suivant ses traitements médicaux, elle s'intéresse les liens entre le stress, l'activité mentale et la maladie, notamment ceux mis en évidence par les nouvelles découvertes de la psychoneuroimmunologie. Participant à de nombreux séminaires et ateliers centrés sur la relation corps-esprit (mind-body) elle entreprend des études de psychologie et obtient son doctorat.

C'est une intuition, survenue pendant qu'elle se promenait dans un parc toute préoccupée à ruminer des idées noires, qui lui ouvre la voie de l'EMDR. En effet consciente d'un coup qu'elle projette nerveusement son regard de gauche à droite, elle se rend compte en même temps que le poids de ses pensées négatives vient de diminuer. Elle ose donc l'hypothèse d'un lien entre les deux événements. S'ensuivent quelques mois d'expérimentation sur elle-même, puis avec ses proches, et enfin avec ses patients en psychothérapie et ose finalement présenter sa théorie et sa pratique de l'EMDR fin 1987.

## LA PROCÉDURE EMDR

Au lieu de paraphraser la présentation de la technique EMDR, nous avons préféré citer celle David SERVAN-SCHREIBER sur le site [www.emdr-france.org](http://www.emdr-france.org).

“L'EMDR s'appuie sur de nombreux facteurs déjà utilisés par de nombreuses autres approches. Dans les TCC particulièrement, mais aussi dans les approches psycho-dynamiques et d'hypnose Ericksonienne. Pendant la séance d'EMDR, il est demandé au patient de bouger les yeux de gauche à droite, à un rythme régulier, tout en pensant à des éléments d'un souvenir traumatique ou d'un deuil non résolu. D'autres formes de stimulations (auditives ou tactiles par des tapotements sur les mains) sont parfois utilisées à la place de la stimulation visuelle.

Le patient doit spécifiquement évoquer dans son esprit l'image d'un des aspects pénibles de l'événement passé. Le thérapeute l'aide à focaliser son attention sur la dimension visuelle de

la représentation traumatique qui est la plus intensément associée avec l'affect. Le patient énonce alors une conviction (cognition) négative qu'il a de lui-même et qui résulte de cet événement (par exemple: «je suis impuissant», «je suis faible», «je ne peux pas prendre soin de moi », «je ne suis pas assez bon»). Le patient identifie également l'affect précisément relié à l'image (par exemple la peur, la colère, la tristesse) et évalue son intensité sur une échelle de 0 à 10 appelée le SUD (Subjective Unit of Distress: unité de détresse ressentie). En même temps le thérapeute l'aide à identifier les sensations physiques se manifestant dans son corps et qui accompagnent ces images, pensées et émotions.

Le thérapeute et le patient définissent ensemble une direction pour la thérapie en identifiant aussi une cognition positive. Cette cognition répond à la question:«quand vous vous voyez dans cette situation, que préféreriez-vous penser de vous-même à la place de la croyance négative que vous venez d'énoncer?» Le patient doit alors évaluer le degré de conviction qu'il associe à cette pensée positive: à quel point il la ressent comme vraie. Cette évaluation, ainsi que le SUD permettent au thérapeute d'estimer le degré atteint dans la résolution du trauma, et la progression au cours du traitement vers une interprétation plus adaptative de l'événement passé. À ce stade, rien dans cette procédure ne diffère fondamentalement d'une bonne psychothérapie d'un stress traumatique utilisant les ingrédients des approches déjà bien établies telles que la restructuration cognitive et l'utilisation de l'exposition imaginaire décrites par Hembree, Foa et coll. (2003).

Après cette phase initiale, le patient maintient dans son esprit l'image, la cognition, l'affect et les sensations physiques et suit des yeux le déplacement bilatéral de la main du thérapeute entre la gauche et la droite, (ou porte son attention sur un autre type de stimulation alternant de gauche à droite). Ces séries de mouvements latéraux durent de 20 secondes à quelques minutes, en fonction de la réaction émotionnelle du patient. Cette phase de stimulation bilatérale s'accompagne généralement d'une réponse de relaxation physiologique avec baisse de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque et de la conductance cutanée.

À chaque pause, entre chaque série de mouvements bilatéraux, le patient rapporte « ce qui lui est venu » pendant la période d'attention flottante qui accompagne les mouvements oculaires. Il peut s'agir d'images, de pensées, d'émotions ou de modification des sensations corporelles. Le patient porte alors son attention sur cette information nouvelle et le thérapeute commence alors une autre série de mouvements. Le thérapeute se retient de demander des clarifications ou des précisions sur ce que le patient rapporte. De même, il n'en donne aucune interprétation. Il continue simplement de ramener l'attention du patient sur le matériel révélé par la stimulation et amorce une nouvelle série de mouvements jusqu'à ce que les associations ne suscitent plus de changements ou jusqu'à ce que seulement des associations et sensations positives soient rapportées. En fonction de l'évolution du niveau de SUD donné par le patient et selon la force de la nouvelle cognition positive, le thérapeute peut ensuite décider de pousser plus loin le traitement de l'événement initial ou de commencer à traiter d'autres aspects du traumatisme. La succession des séries de stimulations tend à désamorcer les ruminations obsédantes couramment constatées chez les patients souffrant d'ESPT.

En une seule séance, il est fréquent que le patient revive de manière intense certains aspects du traumatisme. Un calme et un sentiment de compréhension nouvelle de l'événement accompagnent rapidement ces sensations et celui-ci n'est alors plus associé à des émotions douloureuses et des croyances négatives et dépréciatives sur soi. Les patients expriment

souvent de nouvelles convictions au sujet de l'événement traumatique telles que « ce n'était pas ma faute », en souriant, et avec une expression de soulagement et d'étonnement. Ou bien, ils se retrouvent, presque sans y croire, en train d'accepter une erreur passée qui les avait tourmentés pendant des décennies, avec des pensées nouvelles telles que « je n'avais vraiment pas d'autre choix à l'époque, j'ai fait du mieux que j'ai pu ».

Entre les séries de mouvements oculaires, le patient parle normalement au thérapeute, décrivant généralement ce qui s'est passé pour lui pendant la stimulation. Il ne semble pas être dans un état de transe. Il est typique que le patient décrive le courant de conscience traversé pendant la stimulation un peu comme s'il s'agissait d'une rêverie concentrée. Le travail est amorcé par un événement précis ou un affect particulier, mais au fur et à mesure des mouvements oculaires, d'autres associations à d'autres événements surgissent, des pensées sur soi ou même des scénarios imaginaires. L'état émotionnel se modifie rapidement, au rythme des changements d'associations cognitives.”

## L'EMDR VUE COMME UNE APPROCHE HUMANISTE ET INTÉGRATIVE DE LA RELATION PATIENT-THÉRAPEUTE

Même si une simple description de la procédure, nécessairement simplifiée, ne le laisse pas entrevoir, le protocole EMDR repose au fond sur un ensemble de principes qui sont essentiels à une approche humaniste et intégrative de la médecine et de la santé que l'on peut résumer à quelques niveaux d'action:

-La confiance dans la capacité d'auto-guérison propre à chacun reposant sur le postulat de l'existence d'un « système adaptatif de traitement de l'information » inhérent au cerveau, qui posséderait la faculté de transformer des souvenirs hautement chargés émotionnellement et les croyances négatives sur soi en des affects neutres et des convictions positives.

-L'importance de l'histoire personnelle du patient constituant souvent en elle-même une intervention thérapeutique particulièrement puissante, comme dans d'autres thérapies qui travaillent à partir du récit de vie du patient.

-Une approche centrée sur la personne poussant le patient dans une position d'auto-observation en focalisant son attention sur les détails de ses expériences intérieures. Dans ces conditions le thérapeute se retient de toute interprétation ou recadrage cognitif qu'il pourrait être tenté de proposer. Lors des séances le thérapeute s'efforce de faire émerger et de renforcer les évocations et sensations spécifiques à chaque patient ainsi que les ressources et forces originales amenées par lui pour faire face aux souvenirs les plus perturbants de son existence.

-Un pouvoir restauré par la mise en avant du rôle et du contrôle du patient au cours du processus de traitement, plutôt que les interventions du thérapeute. Il est en effet explicité très clairement et très directement au patient que la guérison découlera des connections qui s'établissent entre ses souvenirs passés et sa connaissance et sa sagesse personnelles. Le patient est incité à décrire ses expériences au thérapeute. Par ailleurs, le patient garde à tout

moment la possibilité de moduler la durée des séries de mouvements oculaires et est encouragé à les arrêter si son expérience lui devient trop inconfortable. Entre les séances, le patient est incité à la pratique d'exercices de respiration, de relaxation ou de méditation, à l'auto-observation et à la tenue d'un journal.

-L'importance du lien corps-esprit. En effet l'EMDR accorde une importance particulière à l'expression physique/somatique de la souffrance psychique mise en lien avec les sensations qui leurs sont associées et neutralisée par les séquences de mouvements oculaires.

Bien-être et amélioration des performances sont stimulés par l'EMDR qui renforce systématiquement les conceptions positives de soi tout au long du traitement au lieu de se concentrer exclusivement sur la dimension pathologique. Lorsque qu'il est demandé au patient de se focaliser sur un souvenir pénible, celui-ci est invité en même temps à associer des conceptions positives de soi avec ce souvenir.

Une dimension spirituelle personnelle qui n'est pas écartée. Il est assez fréquent lors des séances d'EMDR que des patients fournissent une interprétation spirituelle de leurs expériences comme un sentiment de connexion avec une dimension au delà d'eux-mêmes, une impression d'être protégé par une force invisible, un sentiment nouveau de pardon, l'émergence de significations nouvelles autour des événements de leur vie, une sensation nouvelle de « direction » dans la vie. Ces liens sont toujours renforcés et utilisés par le thérapeute à part entière dans le processus même s'ils ne correspondent pas au système de croyance du thérapeute.

Des outils d'intégration du lien corps-esprit. Hormis l'utilisation des mouvements oculaires, l'EMDR intègre dans son protocole 5 types d'interventions contenues dans les approches médicales humanistes ou « intégratives » qui postulent un rapport étroit entre les manifestations du corps et de l'esprit:

- 1. Une utilisation de l'imagerie mentale pour aider le patient à entrer en contact avec ses émotions sans intellectualisation.
- 2. Une formulation claire de la problématique, avec les mots du patient, en pointant qu'elle plus adapté au temps présent.
- 3. Une focalisation sur les aspects émotionnels des expériences passées et présentes.
- 4. Une attention portée aux liens entre pensées, émotions et sensations corporelles qui permet remonter jusqu'à des souvenirs critiques.
- 5. Un soutien et un renforcement du patient dans une capacité à pouvoir se représenter une vision de soi future autonome et efficace.

## Indications de l'EMDR

L'EMDR se veut aujourd'hui une thérapie intégrative, dialectique et comportementale qui utilise simultanément image, cognition et sensation corporelle à des fins thérapeutiques. Son utilisation dépasse maintenant largement le traitement des États de Stress Post-Traumatiques qui était la première indication de son application. Ainsi l'EMDR se voit proposé dans le traitement de nombreuses affections tels le deuil, les situations conflictuelles, le viol, les abus sexuels, les phobies, la dépression, les troubles de la personnalité, troubles du comportement alimentaire ou gestion de la douleur. On pourrait dire que ses multiples indications s'appliquent aux champs précédemment occupés par les thérapies cognitivo-comportementales et l'hypnose.

## Mécanismes supposés de l'efficacité de l'EMDR

Malgré un certain recul, les partisans de l'EMDR ont toujours un certain mal à expliquer rationnellement les bases physiologiques et fonctionnelles qui soutendent sa relative efficacité. Son action reposerait selon eux sur l'association de processus psychologiques et neurologiques (Servan-Schreiber D., 2000). Cette technique permet au patient de revisiter un événement traumatisant.

La stimulation sensorielle bilatérale faciliterait le traitement des émotions négatives par le cerveau, qui peuvent ainsi être « digérées » et ne plus envahir le patient.

- Francine Shapiro propose comme théorie que les mouvements oculaires rapides miment les saccades rapides des mouvements des yeux dans le sommeil (REM), et par la même comme le sommeil paradoxal faciliteraient la « digestion » des événements. L'attention centrée et répétée en EMDR induirait un état neurobiologique particulier similaire à celui trouvé pendant les REM du sommeil. Cet état prédisposant particulièrement à l'intégration corticale des souvenirs traumatiques (Wiley et coll., 2002).

\*Pour notre part nous adhérons à l'analyse de Olivier Cottencin et Yves Doutrelugne dans le parallèle qu'ils font entre la procédure de l'EMDR et celle de l'hypnose.

\*Pour conclure, nous pouvons affirmer aujourd'hui que l'EMDR n'est pas un gadget même si son fondement théorique a pu prêter à sourire. Le monde de la médecine fondée sur les preuves l'a bel et bien démontré : l'EMDR est efficace mais les études doivent être poursuivies à condition de faire attention aux pièges méthodologiques que sont l'enthousiasme et l'allégeance des chercheurs, mais également le nombre de patients inclus, l'homogénéité des groupes étudiés, le temps d'étude du devenir (toujours trop court), le score d'efficacité à unifier et également les techniques thérapeutiques examinées à homogénéiser.

Mais nous ne pouvons pas nous empêcher de constater que les liens entre l'hypnose et l'EMDR sont forts, autant que les liens entre l'hypnose et l'état de conscience modifiée du psychotraumatisme le sont. C'est pour ces raisons que nous pensons que l'EMDR, à défaut d'être une thérapie, est une technique de choix dans l'abord du traumatisme psychique pour un trouble dans lequel l'hypnose a été non seulement historiquement impliquée (avec Janet et Freud) mais également cliniquement impliquée comme chacun d'entre nous peut le constater par les phénomènes de sidération, par l'atteinte de la mémoire autobiographique (sémantique et épisodique) et part l'atteinte de tous les canaux sensoriels.

Alors à ceux qui sont sceptiques, l'académie Royale de Médecine nous a déjà répondu en 1784 en condamnant Franz Anton Mesmer : « Si l'imagination et son magnétisme produit des convulsions, le magnétisme sans l'imagination ne produit rien ! »

### **-3) RESULTATS**

Trois meta-analyses concluent à une efficacité de la thérapie EMDR:

-La première méta-analyse de Van Etten et Taylor (1998) regroupait 41 études contrôlées pour le stress post-traumatique et concernait divers traitements : antidépresseurs tricycliques, carbamazépine, IMAO (inhibiteurs de monoamine oxydase), IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine), benzodiazépines, pour les traitements pharmacologiques, thérapie comportementale, EMDR, relaxation, hypno-thérapie et thérapie psychodynamique, pour les psychothérapies et placebo, liste d'attente et thérapie de soutien pour les conditions contrôles.

Les auteurs retrouvaient 14 % de perdus de vue dans le groupe psychothérapie, contre 32 % dans le groupe traitement médicamenteux. Les traitements psychologiques et pharmacologiques avaient tendance à être supérieurs aux groupes contrôles.

Les TCC et l'EMDR étaient les traitements psychologiques les plus efficaces et les TCC étaient supérieures aux autres traitements (EMDR, IRS et carbamazépine) sur les symptômes du stress post-traumatique. Les effets des TCC et de l'EMDR se maintenaient sur un suivi de quinze semaines en moyenne.

- Sack, M., W. Lempa, & Lamprecht, F. (2001) est une étude qui a constaté que plus l'étude est rigoureuse, plus l'effet de la thérapie EMDR est important.

- Maxfield & Hyer (2002) dans une tentative pour réduire le « bruit » créé par des études de qualité douteuse, ont retenu seulement 12 essais dans leur méta-analyse pour constater également que la plus grande est la rigueur méthodologique de l'étude, plus l'effet envergure est en faveur de l'EMDR pour le SSPT. Les 12 essais ont été contrôlés études sur le traitement de résultats de celle mesurée EMDR contre les listes d'attente contrôles ou des traitements standards. Les résultats doivent donc être considérées avec prudence car la taille de l'effet peut être augmentée en raison à la fois à la comparaison de l'EMDR avec des traitements qui n'ont pas une grande pertinence pour SSPT et du fait du petit nombre d'essais étudiés.

Une méta analyse conclue en la non efficacité de cette technique:

-La méta-analyse réalisée par Davidson et Parker (2001) reprenait 28 études et ne concernait que l'EMDR. Elle concluait que l'EMDR était efficace dans le stress post-traumatique mais que la composante « mouvement oculaire » qui donne son nom à cette méthode n'était pas nécessaire au résultat et qu'elle n'était au bout du compte qu'une simple variante des méthodes comportementales d'exposition. L'étude randomisée et contrôlée de Brom et coll. (1989) comparait l'évolution de 29 patients traités par thérapie psychodynamique brève, de 9 patients traités par hypnose, de 31 patients traités par désensibilisation et de 23 patients en liste d'attente. Les sujets étaient évalués avant, après traitement et 3 mois plus tard.

Les auteurs retrouvaient une efficacité comparable des trois techniques psychothérapeutiques sur la symptomatologie de stress posttraumatique.

Nous écartons cependant de notre revue la méta-analyse de Sherman (1998) car, si elle concluait à l'efficacité des approches psychothérapeutiques individuelles et de groupe dans le syndrome de stress post-traumatique, elle ne permettait pas de distinguer l'efficacité des thérapies psychodynamiques de celle des thérapies cognitivo-comportementales. Elle incluait, de plus, parmi 17 études, l'étude de Brom et coll. (1989) que nous avons retenue.

-Dans une étude INSERM pour la DGS (Direction générale de santé) remontant à 2003 comparant les thérapies comportementales, EMDR et de traitements médicamenteux dans le traitement du stress post traumatique, il apparaît que les TCC (y compris l'EMDR) sont plus efficaces que le traitement médicamenteux sur les symptômes. Les effets de ces psychothérapies sont globalement maintenus après un suivi de 15 semaines en moyenne.

Une autre méta-analyse portant spécifiquement sur l'EMDR montre l'efficacité de cette technique (considérée comme une variante de la thérapie comportementale d'exposition) par rapport au groupe témoin.

-La recherche sur la base de données Cochrane sur le traitement psychologique du trouble de stress post traumatique (TSPT) se résume ainsi.

Il existe des preuves que des thérapies ou expositions cognitivo-comportementales individuelles ciblées sur le traumatisme (TFCBT), une intervention psychothérapeutique impliquant une désensibilisation et le retraitement de l'information utilisant notamment le mouvement des yeux (EMDR), la gestion du stress et les thérapies TFCBT en groupes sont efficaces dans le trouble de stress post traumatique (TSPT). Les autres traitements psychologiques non focalisés sur le traumatisme ne réduisent pas les symptômes de TSPT de manière significative.

Il existe quelques preuves que les interventions TFCBT et EMDR individuelles sont supérieures à la gestion du stress 2-5 mois après le traitement, et aussi que les interventions TFCBT, EMDR et la gestion du stress sont supérieures à d'autres traitements. Il n'existe pas de preuves indiquant si les traitements psychologiques ont des effets délétères. Il existe quelques preuves d'un abandon plus élevé des patients participant aux groupes de traitement actifs. Cochrane Review, Bisson 2007 Abstract and review. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD003388.

#### 4) DISCUSSION : INTERETS ET LIMITES DE L'EXERCICE

Avant d'entamer ce chapitre gardons à l'esprit qu'à coté de la répercussion des biais des essais, toute synthèse d'information est sujette à un biais qui lui est propre et qui est le biais de publication. En effet il est bien connu qu'un certain nombre de travaux ne font jamais l'objet de publication, notamment quand dans les essais les résultats sont négatifs. Cette censure a de multiples raisons qui peuvent provenir soit des comités de relecture, soit des firmes finançant l'étude, mais également des auteurs qui s'autocensurent. Par ailleurs, certains chercheurs pratiquent des alliances ou des cercles d'influences manifestes pour faire passer leur "idées". Il suffit pour cela de vérifier les noms des personnes retenues dans les comités d'études de référencement pour s'en convaincre. Facteur d'autant important qu'une méthode médicale présente le caractère d'un monopole. On sait parfaitement que si dans une méta-analyse, aucune recherche poussée de ces essais non publiés n'est entreprise, le risque couru est de ne prendre en compte que les essais positifs, attitude qui conduit à une surestimation de l'efficacité du traitement.

Soulignons aussi le concept de niveau de preuves, ici très instructif sur la scientificité des résultats.

#### NIVEAUX de PREUVE SCIENTIFIQUE & GRADES des RECOMMANDATIONS (HAS)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 (NP1) <ul style="list-style-type: none"><li>• Essais comparatifs randomisés de forte puissance.</li><li>• Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés</li><li>• Analyse de décision basée sur des études bien menées</li></ul>	Preuve scientifique établie A
Niveau 2 (NP2) <ul style="list-style-type: none"><li>• Essais comparatifs randomisés de faible puissance.</li><li>• Études comparatives non randomisées bien menées</li><li>• Études de cohorte</li></ul>	Présomption scientifique B

Niveau 3 (NP3)	Faible niveau de preuve  C
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Études cas-témoins</li> </ul>	
Niveau 4 (NP4)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Études comparatives comportant des biais importants</li> <li>• Études rétrospectives</li> <li>• Séries de cas</li> </ul>	

**En ce qui concerne l'effet thérapeutique de l'EMDR présente au mieux un niveau 2 correspondant à un grade B de présomption scientifique.**

Cette relativité de la preuve scientifique est donc bien consciente.

Dans la prise en charge du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), on assiste à une croissance importante de nouveaux protocoles thérapeutiques, du fait certainement de l'augmentation des conflits guerriers, dont le plus étudié est l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR). Cette pratique thérapeutique peut se comprendre comme une thérapie de traitement de l'information au cours de laquelle le patient raconte l'évènement traumatique au moyen de ses caractéristiques cognitives, affectives et physiologique tout en se concentrant visuellement sur des mouvements bilatéraux d'un stimulus externe jusqu'à ce que la détresse psychologique évoquée par les souvenirs traumatiques diminue ou disparaisse (Shapiro 2001). Les théoriciens de cette technique ont soutenu longtemps que les mouvements oculaires permettent de réduire la détresse associée aux souvenirs traumatiques et favorisent la reprogrammation du traitement des informations cognitives et émotionnelles relatives à l'évènement traumatique. L'EMDR pratiquée dans des études contrôlées à répartition aléatoire comportant une liste d'attente ou des groupes témoins placebo montre un effet thérapeutique certain (Bradley et coll. 2005). Deux études rigoureuses ont comparé l'EMDR à la thérapie par l'exposition. Dans l'une de ces études (Taylor et coll. 2003), la thérapie par l'exposition, comparativement à l'EMDR

- a produit de plus importantes réductions des symptômes d'évitement et de réviviscence,

- avait tendance à réduire plus rapidement les symptômes d'évitement
- avait tendance à produire une plus grande proportion de participants ne répondant plus aux critères de SSPT après traitement.

Dans une autre étude (Rothbaum et coll. 2005), tant la thérapie par l'exposition que l'EMDR ont produit d'importantes améliorations sur le plan clinique et statistique. Cependant un suivi de 6 mois en thérapie par l'exposition a permis d'obtenir des taux plus élevés d'amélioration que l'EMDR (soit 78 % et 35 %, respectivement).

Le principal avantage de l'EMDR réside dans la brièveté de l'application de cette technique. En effet, lorsqu'elle est bien indiquée, Elle s'avère généralement efficace en seulement 3 à 7 séances de 90 minutes chacune. Certains laissent entendre que sa faible dépendance aux récits verbaux du traumatisme et ses techniques de régulation de l'anxiété provoquent moins d'anxiété chez les patients qui la tolère mieux que la thérapie par l'exposition (American Psychiatric Association 2004; Pitman et al. 1996). En revanche, aucune étude n'a comparé la tolérance de ces traitements à ce jour. Une étude examinant les taux d'abandon dans le cadre de 25 études sur les traitements de l'ÉSPT n'a pas souligné de différence significative entre l'EMDR et la thérapie par l'exposition (soit 19 % et 20,5 %, respectivement) (Hembree et coll. 2003).

### **-l'EMDR est-elle une méthode thérapeutique efficace pour traiter le stress post-traumatique?**

Réponse : Oui selon l'étude des méta-analyses. Elle s'avère statistiquement à très court et moyen termes aussi efficace que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) qui sont supérieures au traitement psychotrope seul ou aux approches psychodynamiques. Sur le très long terme, il semblerait que toutes les approches psychothérapeutiques se valent.

### **-Quelle est la validité des mécanismes thérapeutiques imputée à l'EMDR?**

Réponse: bien qu'efficace, l'EMDR reste une technique hétéroclite dont l'efficacité principale reposerait sur une composante de désensibilisation systématique et une composante de restructuration cognitive qui se rapprochent fortement de celles proposées dans les thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Ces deux composantes seraient à rattacher respectivement aux théories du conditionnement et aux théories du traitement de

l'information? D'ailleurs l'étude Inserm de 2003 considère l'EMDR comme une variante des TTC.

**-A-t-on suffisamment de recul, pour connaître la stabilité de l'EMDR dans la rémission des symptômes ?**

Réponse: l'EMDR a démontré tout comme les TCC sur des études randomisées sa supériorité sur les approches médicamenteuses et les thérapies psychodynamiques dans la limite d'un suivi à très moyen terme (15 semaines). Aucune étude sérieuse n'a pour l'instant étudié la stabilité dans le temps de la rémission symptomatique.

**-Validité du thérapeute formé uniquement par cette méthode?**

Réponse: Il apparaît que cette méthode puisse former un thérapeute débutant (médecin ou non médecin) en une quarantaine d'heures, ce qui représente un avantage certain en ces temps de pénurie de médecins psychiatres ou de psychothérapeutes spécialisés dans la prise en charge du stress post-traumatique. De surcroît, il semblerait que le thérapeute formé à l'EMDR n'ait pas vraiment besoin d'une grande expérience pour aider et traiter des patients atteints de névrose post-traumatique à la condition de suivre scrupuleusement le protocole thérapeutique précisément enseigné lors des formations et d'être supervisé par un thérapeute confirmé. C'est pourquoi il est utile avant de prescrire une thérapie par EMDR de s'enquérir de la qualité du praticien comme le préconise l'Association EMDR-France sur son site Internet au chapitre "Précautions avant d'entreprendre un traitement EMDR".

Comme toute thérapie puissante, l'EMDR doit être manié avec précaution par des spécialistes formés, évalués et supervisés. C'est pourquoi l'Association EMDR-France exige tout d'abord des pré-requis, avant d'accepter en formation des candidats (Voir la rubrique « Formations »), puis ensuite vérifie la légitimité de chaque accréditation.

## CONCLUSION

Notre travail semble mettre en évidence que l'EMDR n'est peut-être pas la méthode la plus appropriée en toutes circonstances dans le traitement du stress post-traumatique. Cependant

nous n'avons pas encore assez travaillé le traitement statistique approfondi nécessaire au courtage de connaissances (Boissel et coll., 2010 ; Mecheri et coll., 2009).

-Que ses effets dans le temps sont peut-être moins prolongés que les thérapies cognitivo-comportementales, mais l'EMDR ne dispose pas autant d'études à long terme que les TCC.

-Que ses bases scientifiques de ses mécanismes d'actions restent floues, partageant seulement de façon probante reconstruction cognitive et désensibilisation avec les TTC.

-Qu'il a l'avantage d'être assez facile à enseigner en relativement peu de temps et demande peu de séances pour constater une efficacité à court et moyen terme. La simplicité est parfois une vertu...

Dans l'Évangile, Lazare ressuscite, mais autour de lui tout paraît changé. Le monde semble plus menaçant, plus agressif : les autres ne le voient pas, ne le comprennent pas et se détournent. En réalité, c'est lui qui a changé. Ils sont nombreux à se sentir ainsi incompris après avoir vécu un accident, une agression, une catastrophe. Le syndrome de Lazare est ce dérèglement relationnel prolongé entre une personne qui a traversé une épreuve traumatique et l'environnement familial et professionnel qu'elle retrouve ensuite. Le traumatisme est là, impossible à oublier et déterminant pour la suite. Mais des exemples existent aussi qui montrent qu'en mobilisant leurs ressources psychiques et affectives, (et l'EMDR est une de ses manières même s'il n'est pas prouvé de ce soit la meilleure dans toutes les circonstances), les patients peuvent parvenir à le dépasser et même à le transcender (Clervoy P., 1987).

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Angst J. : La dépression masquée du point de vue transculturel. in Kielholz P. : La dépression masquée. Paris, Masson, 1973.
- Barrois C. : Le traumatisme second : le rôle aggravant des milieux socio-professionnel, familial, médical, dans l'évolution du syndrome psychotraumatique, Annales médico-psychologiques, Paris, Masson, vol. 156, N°7, 1998 : 487-92.
- BMJ-Publishing-Group. Clinical Evidence - Mental Health. London, British Medical Journal Publishing Group, 2002
- Boissel JP, Riondet O., Cucherat M., Stagnara J., Wazné H., Nony P. Le courtage de connaissances en thérapeutique. Une étude pilote de faisabilité. Pratiques et Organisations des Soins. 2010 : 41, 55-64.
- Brom D, Kleber RJ, Defare PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorder, Journal of Consulting and Clinical psychology, 1989 : 57, 607-612.
- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. 2005. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. American Journal of Psychiatry 162(2):214-227.
- Chambless D, M. Baker, et al. Update on Empirically Validated Therapies, II. The Clinical Psychologist, 1998 : 51(1): 3-16.
- Chambon O. Les bases de la psychothérapie. Dunod, 2010. Sous presse.
- Chemtob CM, Tolin DF et al. Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) : in Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress, 200
- Clervoy P. Le syndrome de Lazare. Albin Michel. 1987.
- Cottencin O & Doutrelugne Y. Journal International De Victimologie 20 (Tome 7), numéro 1 Avril 2009.

- Crocq L. : Critique du concept d'état de stress post-traumatique. Perspectives Psychiatriques, volume 36, n°5, Nov-Déc 1996 : 363-76
- Cucherat M, Lecture critique d'une méta-analyse. [www.spc.univ-lyon1.fr/polycop](http://www.spc.univ-lyon1.fr/polycop), Faculté de Médecine Lyon – Laennec, Mis à jour : août 2009
- 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.
- DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> éd. Paris : Masson, 1996 (traduction française de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed. Washington DC : APA, 1994)
- Hembree EA, Foa EB, Dorfan NM, Street GP, Kowalski J, Tu X. 2003. Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? Journal of Traumatic Stress 16(6):555-562.
- Hughelit L.& Chambon O. Dialogue entre un chaman et un psy. Mama Editions ,2010.
- Inserm: « Psychothérapie, trois approches évaluées » Éditions Inserm, ISBN 2-85598-831-4, 568 pages, Février 2004
- Janin, A-C. [France] Le concept d'état de stress post-traumatique masqué. Journal International de Victimologie7 (Tome 2, numéro 3 - Juillet 2004)
- Kiss L. Des processus de changement. Editions Karpathos, 2002
- 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.
- Mecheri G. Troubles anxieux généralisés. Formation Professionnelle Conventiionnelle 2008.
- Mecheri G., Boissel J-P, Amsallem E., Stagnara J. Répondre « factuel » aux questions de l'exercice quotidien. Comment s'appropriier les données actuelles de la science. Quel«courtage»? Médecine, 2009,5 (7),327-333.
- Mecheri G., Quaranta A., Chambon O. Psychedelics in medicine : current data for science. Communication at the MAPS Congress, San Francisco, april 2010.

- Pitman RK, Orr SP, Altman B, Longpre RE, Poire RE, Macklin ML. 1996. Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry* 37(6):419-429.
- Posener J., Schildkraut J., Williams G., Gleason G. , Salomon M., Mecheri G., Schatzberg A. (1994) Acute and Delayed Effects of Corticotropin-Releasing Hormone on Dopamine Activity in Man. *Biological Psychiatry*, 36, 616-621.
- Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. 2005. Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress* 18(6):607-616.
- Sack M, Lempa W et al. , 2001, Study quality and effect-sizes - a meta-analysis of EMDR-treatment for posttraumatic stress disorder. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 51(9-10): 350-355.
- Schapiro F. (2001) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Guildford Press 2001.
- Servan-Schreiber, D. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing: Is psychiatry missing the point? *Psychiatric Times*, 17, 36-40.
- Sherman J. Effects of Psychotherapeutic Treatments for PTSD: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Traumatic Stress*, 1998, 11 (3), 413-435.
- Taylor S, Thordarson DS, Maxfield L, Fedoroff IC, Lovell K, Ogrodniczuk 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(2):330-338.
- U.K-Department-of-Health The Evidence Based Clinical Practice Guideline, Department of Health, United Kingdom, 2001
- Van Etten ML, Taylor S. Comparative Efficacy of Treatments for Post-Traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1998 : 5: 126-144

-Wiley J, and sons, 2002, inc J Psychol 58:61-75.