

L'EMDR

**Préserver la santé et prendre
en charge la maladie**

Chez le même éditeur

TCC chez l'enfant et l'adolescent, par L. Vera, 2^e édition, 2014, 384 pages.

La psychothérapie : approches comparées par la pratique, par C.-E. Rengade, M. Marie-Cardine, 2014, 248 pages.

Thérapies brèves : principes et outils pratiques, par Y. Doutrelugne, O. Cottencin, J. Betbèze, 3^e édition, 2013, 256 pages.

Soigner les addictions par les TCC, par P. Graziani, L. Romo, 2013, 272 pages.

Applications en thérapie familiale systémique, par T. Albernhe, K. Albernhe, 2^e édition, 2013, 248 pages.

Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives, par J. Palazzolo, 3^e édition, 2012, 288 pages.

Remédiation cognitive, par N. Franck, 2012, 328 pages.

Psychothérapie de soutien, par Laurent Schmitt, 2012, 256 pages.

Soigner par l'hypnose, par G. Salem, É. Bonvin, 5^e édition, 2012, 352 pages.

Gestion du stress et de l'anxiété, par D. Servant, 3^e édition, 2012, 248 pages.

Sexualité, couple et TCC. Volume 1 : les difficultés sexuelles, par F.-X. Poudat, S. Aubin, F. de Carufel, P. de Sutter, N. Jarrousse, G. Trudel, 2011, 248 pages.

La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques, par D. Servant, 2009, 188 pages.

L'EMDR

**Préserver la santé et prendre
en charge la maladie**

Cyril Tarquinio
Pascale Tarquinio



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2015, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-73882-1

e-book ISBN : 978-2-294-73925-5

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Liste des collaborateurs

Cyril Tarquinio est professeur de psychologie de la santé, psychologie clinique à l'université de Lorraine (site de Metz), où il dirige l'équipe de recherche EPSAM/APEMAC 4360. Il est également responsable du master « Psychologie de la santé et psychologie clinique » et du diplôme d'université « Psychotraumatisme et EMDR ». Il dirige de nombreuses recherches dans le domaine de la psychologie de la santé et de la prise en charge des malades chroniques. Les premières thèses françaises de psychologie sur la psychothérapie EMDR ont été soutenues dans le cadre de son laboratoire. Cyril Tarquinio est également psychothérapeute et pratique la psychothérapie depuis dix-sept ans. Psychothérapeute et superviseur accrédité EMDR-Europe, il fait partie de l'équipe pédagogique de l'Institut français d'EMDR.

Pascale Tarquinio est psychologue, psychothérapeute. Formée à l'art-thérapie, elle s'est spécialisée dans la prise en charge des enfants, des adolescents et des familles. Psychothérapeute accrédité EMDR-Europe, elle a contribué à de nombreuses publications dans le domaine et s'attache avec son mari à problématiser la question de la prise en charge psychothérapeutique des malades chroniques.

Remerciements

Une pensée à nos trois enfants, Charlotte, Camille et Clément, les soleils de notre vie. Nous avons glissé un jeu de piste dans ce livre que vous seuls avez le pouvoir de décrypter...

À mon père Jean-Claude Mousel, je sais que tu serais fier...

À ma grand-mère Nina Telatin, tu aurais lu ce livre et j'en aurais été tellement touchée... Merci à vous, pour nous, pour tout.

À ma grand-mère Consolina.

À tous ceux que nous aimons, famille, amis, collègues... richesse dans notre vie.

Remerciements pour leur relecture attentive et éclairée de certains chapitres à Hélène Dellucci, Michelle Depré, aux Dr Jean-Pierre Houppé et François Ramseyer, à Jenny Rydberg.

Merci Jeanne Dugour (Home Buro) pour son travail de mise en forme préalable du manuscrit

Un grand merci également à Michel Silvestre et Jean-Louis Pedinielli pour avoir préfacé cet ouvrage. Dans le contexte actuel du développement de l'EMDR, c'est un acte de reconnaissance important !

Préfaces

Voilà un ouvrage qui est bon pour l'EMDR. Les auteurs Cyril et Pascale Tarquinio, tous deux psychologues, non seulement posent brillamment les questions fondamentales concernant la thérapie EMDR et le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI), mais partagent aussi avec nous leurs expériences cliniques de la pratique de l'EMDR avec différentes problématiques, de l'optimisation du bien-être et des performances, à la prise en charge de malades atteints par le cancer en passant par la gestion du stress, les difficultés sexuelles, la douleur physique chronique et les maladies cardiovasculaires.

Ce livre fait du bien car il resitue la thérapie EMDR dans une perspective historique, éclaire et souligne la dimension éclectique de cette thérapie. Le ton est donné dès le début : « *Qu'on le veuille ou non, la position prise par les tenants actuels de la psychothérapie EMDR, ne s'éloigne pas beaucoup de celle initialement développée par Freud au début de la psychanalyse...* ». Les auteurs nous bousculent, mettent en mots les questions que beaucoup se posent et proposent très adroitement des pistes de réflexion. On sent le regard universitaire habitué à questionner, fouiller, clarifier et non plus seulement celui du thérapeute. C'est une bonne nouvelle pour l'EMDR.

Depuis le début de l'EMDR en France, j'ai œuvré avec d'autres, sous l'impulsion de David Servan Schreiber, au développement de l'enseignement de l'EMDR au sein de l'université. Grâce au professeur Cyril Tarquinio, nous avons maintenant au sein de l'université de Lorraine une formation complète à la thérapie EMDR dont Martine Iracane-Coste est responsable de la formation générique et dont je suis responsable de la spécialisation enfants et adolescents. Les thèses citées dans ce livre de Martine Regourd-Laizeau en 2013 sur l'articulation théorique et scientifique entre l'EMDR et la psychologie positive et de Marie-José Brennstuhl en 2014 sur l'utilisation de la thérapie EMDR dans le cadre de la douleur chronique valident le projet de faire entrer l'EMDR à l'université.

Cet ouvrage est un véritable travail de contextualisation, de mise en lien qui donne à l'EMDR une perspective, une profondeur, un sens et l'éloigne de cet aspect mécanique auquel les stimulations bilatérales alternées et une application aveugle du protocole standard peuvent parfois nous enfermer.

Avec beaucoup d'intelligence, les auteurs insistent sur l'importance de l'analyse clinique du thérapeute et nous invitent à mettre en pratique notre créativité, notre flexibilité tout en gardant notre rigueur dans l'application du protocole standard. « *La psychothérapie EMDR ne doit pas se réduire à une psychologie procédurale articulée autour d'une myriade de*

protocoles rigides. La perspective serait alors restrictive, résumant l'approche à un catalogue de protocoles à la disposition du praticien. La psychothérapie qu'elle soit EMDR ou non ne peut pas se réduire à une recette de cuisine qui s'appliquerait de façon rigide dans toutes les situations... »

Ceci souligne la grande difficulté de la thérapie EMDR à tricoter le respect du protocole standard avec la problématique clinique. Il est bon de se rappeler que la thérapie EMDR n'est pas indépendante du thérapeute qui existe derrière les stimulations oculaires.

Par le mouvement d'allers et retours entre positions théoriques et applications pratiques, les auteurs inscrivent la thérapie EMDR dans une réflexion globale qui donne les moyens d'une compréhension plus précise des processus en jeu.

Voici un livre à lire et à relire et à conseiller à tous les praticiens EMDR, aux étudiants en psychologie et en psychiatrie tant il est riche en informations. Par son travail d'articulation avec d'autres disciplines et de contextualisation, il sort l'EMDR de la seule sphère de la pratique et des praticiens EMDR. C'est une bouffée d'air frais nécessaire au développement de la thérapie EMDR.

Michel Silvestre, psychologue

Thérapeute familial, Praticien et formateur EMDR enfant et adolescent

Quel curieux mot, « EMDR » ! Prononcé par un francophone, il associe, dans ses premières syllabes, des sons doux, dotés de sens, puis se termine sur une tonalité plus dure. Mais entendu par un analyste, il agence de curieux signifiants « euh » ?, « eux » ?, « aime » ?, « des » ?, « dé » ?, « air » ? « aire » ?... Peu de personnes savent ce que représentent ces initiales, souvent utilisées comme un substantif (l'EMDR) et l'on retient seulement cette curieuse suite de sons. Pourtant, cette série désigne une expression imagée, appellation d'une méthode psychothérapique originale et, désormais, largement diffusée : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, mots très forts évoquant un vocabulaire médical, physiologique ou informatique. L'ouvrage de Cyril et Pascale Tarquinio, par son effort de discussion et de synthèse, par ses nombreuses observations cliniques, permet d'interroger cet intitulé et montre que cette méthode s'étend bien au-delà de ce qu'ils désignent. La lecture de cet excellent livre m'invite à des remarques de naïf en matière d'EMDR, remarques s'organisant autour de deux axes : l'épistémè d'EMDR (traitons le comme un nom propre !) et l'extension du champ originaire, notamment vers la « psychopathologie du somatique ».

L'interrogation critique à laquelle procède l'ouvrage introduit la réflexion sur ce qui opère dans cette méthode. L'expression « *Eye Movement*

Desensitization and Reprocessing » et son aspect presque magique, correspond très imparfaitement à ce qui se produit : les mouvements oculaires ne sont plus l'unique médiateur, leur importance neuropsychologique est remise en cause, la « désensibilisation », métaphore du traitement de l'allergie, semble ne pas rendre compte des opérations de transformation. Quant à la reprogrammation, image cette fois informatique, elle n'est pas le mécanisme le plus intéressant. Et évidemment, la relation de subordination entre ces trois actions, recouvre de multiples mécanismes psychologiques qu'il convient de restituer. Si le schéma général a pu être pensé, au départ, comme le mouvement oculaire produisant une désensibilisation aux effets émotionnels du traumatisme et une reprogrammation efficace du traitement de l'information, Cyril et Pascale Tarquinio montrent bien que cette équation originaire n'est plus aussi nucléaire et heuristique qu'il y paraît. D'autres techniques sont employées, laissant l'oculaire de côté, et le modèle du TAI (traitement adaptatif de l'information) qui rend compte des mécanismes neuropsychologiques, ne semble pas suffisant pour fournir une explication scientifique de l'efficacité de la méthode. Cette carence épistémologique, que les auteurs soulignent bien, montre sans doute que le positivisme et la soumission à l'essor de la neurologie, qui préside à la légitimation théorique de l'EMDR, a produit une théorie plus mythique que prédictive, ce que le livre montre clairement en évoquant le rôle de la métaphore dans la présentation théorique de l'EMDR et en procédant à une lecture théorique et épistémologique attentive. Le débat engagé à propos des critères de la scientificité et des garanties autres que méthodologiques est particulièrement bienvenu.

On mesure sans peine l'embarras des théoriciens de l'EMDR confrontés à ce que Popper avait repéré : les faits sont vérifiables, les hypothèses sont validables, mais les théories sont improbables (au sens où elles constituent un système dont seuls quelques segments peuvent faire l'objet de validations ou d'expérimentations). La question est posée : à quoi sert une théorie dans notre domaine et de quelle nature est-elle ? Sans doute n'est-elle qu'une thèse (ou un ensemble de thèses), appuyée sur une doctrine mais dont la « vérité » est de logique inductive et non pas déductive : elle explique plus que les précédentes, rend compte de plus de phénomènes et, ce faisant, se heurte à d'autres problèmes qui finissent par produire rupture, voires, révolution. Son impact culturel et scientifique, sa diffusion, les effets des pratiques qu'elle soutient, contribuent aussi à son statut. Les conceptions de Kuhn sur la diffusion des paradigmes scientifiques sont assez bien illustrées par le développement spectaculaire de l'EMDR.

Pour Shapiro (2007), nous rappelle ce livre, le modèle du TAI « *pose le fait que tous les stimuli entrant sous forme de nouvelles expériences sont assimilés dans les réseaux de mémoire déjà existants... Chez un individu en bonne santé,*

ces nouvelles expériences sont traitées, elles sont “métabolisées” ou “digérées” et ce qui est utile est appris, stocké avec des émotions appropriées, et mis à disposition pour guider la personne dans ses expériences à venir ». Belle image, comme celle de l'Esquisse (1895) de Freud... mais résistera-t-elle à l'imagerie fonctionnelle ? Curieusement, l'EMDR se veut insérée dans le logos d'une « vraie » science – la neurologie et ses déclinaisons (neurobiologie, neuropsychologie cognitive, neuro-anatomie...) – mais elle participe de ce que Foucault nomme, dans *Les mots et les choses*, l'épistémè, qui est constituée de tous les phénomènes de rapports entre les différents discours dans les secteurs scientifiques d'une époque. Chaque période de l'histoire est caractérisée par l'existence de conditions de vérité qui encadrent ce qui est possible et acceptable, dans le discours scientifique notamment. Il estimait qu'il y avait eu trois épistémès : l'épistémè de la Renaissance, l'épistémè classique et l'épistémè moderne. Dans cette épistémè moderne, les sciences humaines occupent une place particulière en ce qu'elles se donnent pour objet la *représentation* à laquelle sont rapportés les savoirs positifs émanant des sciences physiologiques, économiques, linguistiques. L'EMDR, sa théorie, posent cette question : sommes-nous dans la neurologie ou bien dans le modèle représentatif, psychologique ? Or, l'EMDR relève bien des sciences humaines, à savoir la production d'un « Homme », objet de science, homme ici de mémoire troublée et d'émotions mal contenues et mal programmées.

La présence constante de la représentation est clairement affirmée, par exemple, lorsque Cyril et Pascale Tarquinio, discutant une technique, disent : « *On peut définir le flash-forward comme une sorte de représentation mentale d'un événement négatif futur redouté et improbable. Précisons que la procédure du flash-forward n'est pas réductible à un scénario du futur, en ceci qu'il est plus centré sur le niveau de perturbation que provoque chez le patient un scénario catastrophe, alors que le scénario du futur a pour finalité d'installer dans le futur un comportement ou une cognition adaptée à un futur envisagé en des termes positifs. En outre, le scénario du futur se met en œuvre une fois toutes les cibles traitées.* » Mettre l'accent sur la représentation – et le rôle de la parole (en EMDR, il faut savoir écouter les patients, mais aussi leur parler) – constitue une alternative fiable au neurologisme des premiers mythes théoriques et situe l'EMDR dans une épistémè qui ne se confond pas avec le positivisme naturaliste.

Le domaine originaire, historique, de l'EMDR est constitué par les effets pathologiques des événements traumatiques puis, comme dans toutes les psychopathologies et thérapeutiques, l'intérêt théorique et les pratiques se sont déplacés vers d'autres états de souffrance, mais les leçons du traumatique marquent fortement les approches de ces objets nouveaux. Ainsi, l'EMDR participe d'une mutation post-moderne de la psychopathologie,

plus exactement du phénomène nucléaire générateur de la pathologie, de sa cause ou, au moins, d'un des facteurs déterminants. Comme le rappellent les auteurs de cet ouvrage, Freud a mis au premier plan le traumatisme, héritier de la conception de l'hystérie traumatique, notion acquise de son expérience auprès de Charcot et de sa pratique clinique avec des névrosés, pour ensuite assigner au fantasme sexuel et au conflit, le rôle déterminant. Puis, à partir de la seconde topique (1920), la question du « trauma » est réinstallée au centre de la théorie du trouble. Mais, pour Freud, c'est le sexuel qui est traumatique et non l'événementiel.

- A. Ferenczi revient à la rupture qui fait du trauma et de ses effets (catastrophe intrapsychique) le ressort de la pathologie. Le *trauma* doit être considéré comme *résultant d'une réponse inadéquate ou d'une absence de réponse de l'objet face à une situation de détresse*, laquelle absence entraîne une *autodéchirure*, un clivage, une sidération du Moi... Ces traumas précoces maintiennent une souffrance psychique, une sensation de détresse primaire, qui se réactivent à la moindre occasion. La parenté avec certaines observations ou interprétations de l'EMDR est saisissante, bien que les modes de référence et les pratiques, notamment relationnelles, soient totalement distincts. Mais, notre télescopage historique entre l'EMDR et Ferenczi, les conceptions qu'il a inspirées dans la psychanalyse actuelle, a vocation d'illustration de ce mouvement épistémologique qui fait de la réaction à l'événement producteur d'émotions ingérables l'essence de la psychogenèse, le trouble, la souffrance, psychiques apparaissant comme déclenchés par le réel responsable d'une activation émotionnelle a-sensée et inintégréable, se répétant à chaque fois comme actuelle (revivre le drame, c'est vivre le drame). L'EMDR donne une approche, une direction, à cette question en rompant la spirale d'un « archaïque » de plus en plus éloigné et mythique (cf. B. Golse).

La mise au premier plan du traumatisme dans la genèse de la pathologie rend nécessaire une grande prudence, car le trauma, au sens psychologique, ne se réduit pas au choc. Il y a entre l'événement et ses effets, même lorsqu'il s'agit de réactions « à chaud » (Trouble « Stress Aigu » par exemple), des temps successifs qui produisent le phénomène psychique et qui sont sous la dépendance de mécanismes psychologiques qu'il convient de restituer, plus encore lorsqu'il s'agit de troubles structurés comportant une autonomie et un cours comme le PTSD. C'est bien dans cette voie que doit s'orienter l'EMDR.

Parmi les extensions, hors du domaine du traumatisme, celles concernant les personnes atteintes de maladies somatiques (cancer, douleurs chroniques, troubles cardiovasculaires...) est particulièrement intéressante. En effet, deux composantes sont interrogeables : la (psycho)genèse du trouble et la condition psychologique de malade. La première recoupe

la question psychosomatique c'est-à-dire la participation de facteurs psychologiques au déclenchement ou à l'évolution d'un trouble somatique authentifié. Les événements déplaisants, au pouvoir traumatique, les émotions suscitées, non représentées, non gérées, sont deux facteurs essentiels. Nos deux auteurs ont donc toute légitimité pour s'intéresser à l'intervention préventive sur certains types de dynamiques psychiques qui, à terme, facilitent le recours à la voie somatique. Certes, la maladie n'est pas exclusivement produite par le choc, le trauma, et la gestion malheureuse des émotions, mais ces derniers peuvent contribuer à sa production et les interventions de type EMDR, chez ces sujets à la verbalisation difficile, sont une avancée encourageante. La répression émotionnelle, l'alexithymie, l'absence de vie imaginaire, d'opérateurs permettant de donner du sens aux événements, mais aussi les personnalités de type C, les traumatismes infantiles préverbaux, etc., sont autant de facteurs favorisant la réponse somatique au même titre que les PTSD. Or, une part de ces facteurs représente des « cibles historiques » de l'EMDR, mais ce livre va plus loin en ce qu'il propose des interventions plus ciblées sur les maladies elles-mêmes.

La seconde composante de la maladie concerne les effets subjectifs (émotionnels et représentatifs) consécutifs à l'apparition du trouble : traumatismes du diagnostic, du traitement, conditions de vie, rencontre avec l'ordre médical, vécu de la maladie, de la thérapeutique, modification de l'image de soi, des relations aux autres et du statut social... font de la vie du malade une suite de moments souvent difficiles, vécus dans une atmosphère inquiétante. Leriche (puis Canguilhem) appelait « la maladie du malade », qui s'oppose à la représentation médicale, un ensemble d'émotions, d'images, de croyances, susceptibles de produire une reviviscence d'autres expériences, parfois traumatiques.

En dépassant les particularités subjectives de la douleur chronique, des maladies cardiovasculaires et du cancer, nous retrouvons des éléments que l'écoute des patients nous a rendus familiers : les effets subjectifs de la douleur physique, la chronicité de la maladie et sa temporalité, l'angoisse de mort et l'anticipation négative, les croyances, la perte de l'estime de soi, la relation ambivalente aux traitements, la dépendance... Nous postulons qu'il existe un « travail de la maladie », c'est-à-dire un ensemble de phénomènes psychiques, qui, à l'instar du travail de deuil, permet au patient, lorsqu'il s'accomplit, de dépasser le choc psychologique, subjectif, du diagnostic et/ou de la thérapeutique, le repli sur soi, l'effroi, pour, graduellement, réinvestir son propre corps et l'avenir, restaurer ou maintenir une identité psychique, corporelle, et sociale mise en cause par la maladie... et la médecine. Ce long processus est souvent bloqué par des mécanismes de défense, des formes d'aliénation au regard médical, mais

aussi des croyances, des impossibilités d'élaboration des affects, de symbolisation. Notre problématique, nos concepts, nos références théoriques sont certes radicalement différentes de celles des auteurs, pourtant, notre souci est commun et, surtout, nous ne convenons pas de laisser le malade psychologiquement seul face à la maladie et aux effets du discours médical et nous leur proposons des méthodes adaptées.

Notre lecture de ce livre, loin d'entraîner à une confrontation de paradigmes, suscite intérêt et reconnaissance dans la mesure où il interroge avec rigueur les coordonnées épistémologiques de l'EMDR et dessine, dans une pratique clinique illustrée et soucieuse des sujets et non pas simplement de leurs troubles, de nouvelles directions thérapeutiques originales.

Jean-Louis Pardinielli

Professeur Émérite de psychopathologie et psychologie clinique,
Laboratoire de Psychopathologie Clinique : Langage et Subjectivité (EA 3278),
Aix-Marseille Université

Sommaire

Liste des collaborateurs	V
Remerciements	VII
Préfaces	IX
Introduction	1
1 La psychothérapie EMDR : une psychothérapie pas comme les autres	9
Introduction	9
De la sérendipité à la reconnaissance de la psychothérapie EMDR. . .	10
Traitement adaptatif de l'information : un modèle qui n'en est peut-être pas un !	14
Le modèle proprement dit (14). Des fondements théoriques à préciser (20). Une psychopathologie à construire ? (25).	
Finalement, que dit la recherche ?	26
Du caractère magique des mouvements oculaires et de leur action. . .	27
Le temps de la reconnaissance	28
Les dimensions éclectiques ou intégratives de la psychothérapie EMDR ?	30
Les éléments d'une activité physiologique (32). La piste du sommeil paradoxal (35). La contribution de la théorie de la reconsolidation (41). La mémoire de travail (44).	
La neurobiologie, le fonctionnement cérébral et l'EMDR	48
Des mouvements oculaires vraiment utiles ?	49
Conclusion	50
2 Planification des prises en charge et plans de ciblage.	61
Introduction	61
Les approches et les perspectives temporelles dans la prise en charge des malades	63
Les plans de ciblage	67
Les questions directes et l'entretien cognitif (67). La méthode classique du <i>Float-back</i> (70). L'approche des deux méthodes développée par de Jongh et al. (2010) : des symptômes aux cibles (SAC) et des croyances fondamentales aux cibles (CFC) (71).	
Conclusion	79
3 Optimiser le bien-être et les performances avec la thérapie EMDR.	83
Introduction	83
Une approche positive de la santé et de la psychothérapie	84
Le bien-être et la santé ! (84). L'idée de psychothérapie positive (86).	

	Les protocoles de potentialisation des ressources utilisées par l'EMDR	86
	Le protocole de développement et d'installation de ressources (DIR) de Leeds (1995) (88). Le protocole EMDR Peak Performance (96). Le Protocole d'optimisme (99).	
	Les usages de ces protocoles et les précautions à prendre.	104
	Ce qu'il y a de commun à tous ces protocoles ?	105
	Premier principe (108). Deuxième principe (108). Troisième principe (108).	
	Pour une autoapplication : une pratique de développement de ressources pour soi.	108
	Le Protocole général autoappliqué de développement des ressources (109). Auto booster ses performances (110).	
	Conclusion	111
4	Psychopathologie de la vie moderne : stress et EMDR	115
	Introduction	115
	La notion de stress	116
	Une conception globale du stress (116). L'idée de stress perçu (118). Le stress, une transaction entre l'individu et l'environnement (119). Le stress, la santé et la maladie (120).	
	L'EMDR et la gestion du stress : une contribution	121
	La méthode du Lieu sûr (122). Les « quatre fantastiques » : la technique des Quatre éléments d'Elan Shapiro traduite par François Mousnier-Lompré en 2010 et adaptée par nos soins (126).	
	La colonne vertébrale de la psychothérapie EMDR : le Protocole standard (129). Application du Protocole standard (136).	
	Le Body Scan du Mindfulness et des compléments EMDR adaptés à la gestion du stress (138).	
	Conclusion	146
5	L'EMDR en sexologie : prise en charge des difficultés sexuelles	149
	Introduction	149
	Les difficultés sexuelles et l'EMDR	153
	Je suis impénétrable ! (154). Je ne peux pas la pénétrer ! (165).	
	La prise en charge de femmes victimes de violence sexuelles.	172
	L'EMDR et la prise en charge immédiate des victimes d'agressions sexuelles (173). Contribution avec la psychothérapie EMDR à la prise en charge globale des victimes d'agressions sexuelles (179).	
	Conclusion	181
6	Soulager la douleur physique chronique avec la psychothérapie EMDR	185
	Introduction	185
	La problématique de la douleur physique	185
	Définir la douleur (185). Quelques données épidémiologiques (188).	
	Du lien entre douleur et souffrance psychique	189
	La prise en charge de la douleur et l'EMDR	190

	La prise en charge de la douleur et de la sensation du membre fantôme avec l'EMDR (191). L'EMDR et le syndrome du sein fantôme (209). L'EMDR et la fibromyalgie (212).	
	Conclusion	231
7	Maladies cardiovasculaires et EMDR	237
	Introduction	237
	Les maladies cardiovasculaires et leurs conséquences psychiques : des aspects souvent occultés.	237
	La prise en charge des MCV avec la psychothérapie EMDR.	242
	La prise en charge précoce d'un infarctus du myocarde : urgence et psychothérapie (243).	
	Conclusion	262
8	Cancer et EMDR : la prise en charge d'un présent à l'avenir incertain	267
	Introduction	267
	Les dimensions psychopathologiques du cancer.	269
	La dépression, les symptômes dépressifs et le cancer (270).	
	Les troubles anxieux (271). Psychotraumatisme et cancer : dimensions symptomatiques et existentielles (272). Une ouverture pour le traumatisme dans le domaine du cancer (273).	
	La contribution de la psychothérapie EMDR à la prise en charge des malades atteints par le cancer.	276
	Du choc de l'annonce à l'accompagnement du malade lors des différentes phases du traitement (279). De la rémission à la peur de la récurrence et EMDR : éléments problématiques (290).	
	L'ultime accompagnement : les soins palliatifs (291).	
	La perspective globale de la prise en charge des malades du cancer avec la psychothérapie EMDR.	294
	Conclusion	299
	Index	303

