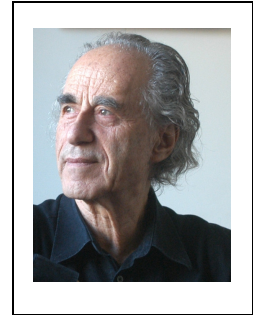




Fédération Française de Psychothérapie et Psychanalyse
Membre de l'Association Européenne de Psychothérapie (EAP)
et du Conseil Mondial de la Psychothérapie (WCP)

L'EMDR, une approche intégrative

par Serge Ginger ¹



Deuxième séminaire universitaire de recherche EMDR Metz, 25-26 novembre 2010

Introduction

Je me suis longuement formé, notamment, à la psychanalyse, au psychodrame, à la Gestalt-thérapie et à l'EMDR et je me suis initié à plusieurs autres approches psychothérapeutiques. Je pratique la *Gestalt-thérapie* depuis plus de trente cinq ans (je l'ai introduite en France au début des années 70) ; je la pratique en séances individuelles, en thérapie de couples et en groupes continus thérapeutiques. Je développe une variante intégrant les dimensions *corporelles et émotionnelles*, et je me suis intéressé de près aux phénomènes psychobiologiques et neurophysiologiques concomitants, analysés par les recherches des neurosciences contemporaines.

J'ai d'ailleurs détaillé ces aspects – insuffisamment explicités dans la littérature gestaltiste traditionnelle – dans deux ouvrages, traduits aujourd'hui en une quinzaine de langues. Dès 1985, j'ai présenté aux États-Unis une conférence sur le thème : « *Is Gestalt Therapy "Chemotherapy" Without Knowing It?* »² – où je développais l'idée que la Gestalt entraînait de rapides modifications biochimiques du fonctionnement du cerveau (nouvelles liaisons synaptiques et modifications des neurotransmetteurs), expliquant en partie son efficacité rapide.

Lorsque j'ai aperçus, par hasard, au cours de l'un de mes déplacements aux USA, l'ouvrage de Francine Shapiro : (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Basic Principles, Protocols, and Procedures*, 1995) qui venait de paraître, je l'ai acheté donc sans hésiter, et je le parcourus avidement le soir même.

Au moment où une formation sérieuse à l'EMDR s'est mise en place en France avec le Pr David Servan-Schreiber, je me suis donc formé tout naturellement, en janvier 2003, à cette approche nouvelle – qui prenait délibérément en compte l'activité cérébrale (même si elle n'a pas encore réussi à l'analyser de manière scientifique explicite).

Aujourd'hui, il m'arrive fréquemment d'introduire une série de sessions d'EMDR

¹ S. Ginger, psychologue clinicien, psychothérapeute didacticien, formé à la psychanalyse, au psychodrame, à la Gestalt-thérapie et à l'EMDR. Fondateur de l'EPG (*École Parisienne de Gestalt*) ; président-fondateur de la FORGE (*Fédération internationale des Organismes de Formation à la Gestalt*) ; membre du Conseil d'Administration d'EMDR-France ; secrétaire général de la FF2P (*Fédération Française de Psychothérapie et Psychanalyse*) ; membre du Conseil exécutif de l'EAP (*European Association for Psychotherapy*) ; « registrar » responsable du CEP (*Certificat Européen de Psychothérapie*) et président du TAC (*Training Accreditation Committee*), chargé d'agréeer les instituts de formation à la psychothérapie dans les 41 pays membres de l'EAP.

² Publiée par la suite dans la *Gestalt Review*, Vol. 6, Numb. 32 (2002).

dans le suivi d'un client – notamment lorsqu'émerge dans l'anamnèse un traumatisme psychologique majeur : décès, suicide ou accident grave d'un proche (ou du client lui-même), agression, attentat, viol, annonce d'une maladie grave, séparation brutale, etc., ou – inversement – il m'arrive de prendre des clients en EMDR, puis de poursuivre et d'élargir éventuellement la psychothérapie, en Gestalt.

Je ne m'attarderai pas sur la description de la Gestalt-thérapie, puisqu'il s'agit d'une méthode maintenant largement connue – bien que les styles en soient assez variés. J'ai, pour ma part, développé une approche *holistique* prenant en compte les *cinq dimensions* principales de l'être (physique, émotionnelle, cognitive, sociale et spirituelle). Je voudrais signaler, au passage, que la Gestalt-thérapie est devenue aujourd'hui l'une des méthodes les plus pratiquées au monde ; ainsi, en France, elle a conquis *aujourd'hui le 2^e rang*, après la psychanalyse, et bien avant les TCC (thérapies cognitivo-comportementales), les thérapies familiales et les autres thérapies humanistes.

Je vais donc partager avec vous quelques réflexions sur une telle pratique *combinée*, intégrant ces deux approches et montrer, d'une manière plus générale, en quoi l'EMDR peut être considérée comme une approche *intégrative*, associant plusieurs courants devenus traditionnels de la psychothérapie, tels que, par exemple : la psychanalyse, la Gestalt-thérapie, les TCC, la thérapie familiale, l'hypnose, l'analyse transactionnelle, etc.

EMDR... ou SBA

EMDR sont les initiales de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, mais en réalité, il serait sans doute moins limitatif de parler aujourd'hui de « *Stimulation Bilatérale Alternée* » (SBA), puisqu'on peut, le cas échéant, remplacer (ou compléter) les mouvements oculaires par des stimulations *auditives* (alternées devant les deux oreilles) ou *kinesthésiques* : *tapping* (ou tapotements) sur les mains, les genoux, les épaules.

On peut même avoir recours à des stimulations spontanées de *la plante des pieds*, telles que celles provoquées par un banal *jogging* : ce dernier favoriserait les liaisons synaptiques, harmonisant l'hémisphère *gauche* (rationnel et analytique) avec l'hémisphère *droit* (émotionnel et synthétique), ainsi que le niveau *cortical* et *cortico-frontal* d'intégration et de décision, avec le niveau *limbique* profond du cerveau émotionnel. Cela pourrait expliquer son effet *stimulant* pour la réflexion et la synthèse, qui s'ajouterait à son effet *apaisant* lié à la production d'endorphines... ainsi que semblent l'avoir intuitivement compris certains de nos dirigeants politiques !

Poursuite oculaire

Cependant, plusieurs études ont montré une efficacité nettement supérieure des *mouvements oculaires* (MO) sur le *tapping* (Lee et Drummond, Australie, 2007). C'est aussi mon expérience clinique personnelle. On peut donc s'interroger sur la *spécificité* des MO.

On sait que pendant chaque phase de « sommeil paradoxal » (phases de rêves), les yeux sont animés de mouvements rapides (*Rapid Eye Movement*, ou REM) sous les paupières closes. L'explication scientifique précise des REM, tout comme l'effet produit par différentes SBA est toujours en débat, et les recherches scientifiques de laboratoire se poursuivent régulièrement. Ces stimulations sensorielles superficielles entraînent, semble-t-il, une stimulation plus profonde de diverses zones du cerveau et une potentialisation de son activité – dont le détail nous est encore mal connu.

On sait aussi que la *poursuite oculaire* a été considérée par plusieurs chercheurs comme un marqueur génétique de la schizophrénie, puisqu'elle se trouve durablement perturbée chez 52 à 86 % des schizophrènes (et 32 à 50 % des apparentés), contre 6 à 8 % des personnes normales (Campion, Thibaut *et al.*, 1992 ; Peretti, 2003 ; Ross, 2004), voire même chez 96 % (sic !) des schizophrènes (Laplante *et al.*, Québec, 1992). J'ai donc été particulièrement intéressé par les travaux actuels de Zoï Kapoula (2010) sur les liens entre les troubles de la poursuite oculaire et la schizophrénie, l'autisme, ainsi que la dyslexie, et par la diminution

des *saccades* de rattrapage au profit d'une plus grande *fluidité* des mouvements des yeux. Je rappelle, au passage, que pour Perls, le fondateur de la Gestalt, la fluidité est la caractéristique principale de la bonne santé mentale.

Pourrait-on faire l'hypothèse d'une action directe de régulation du fonctionnement neuronal cortico-frontal par les MO ? La difficulté de suivre le déplacement d'un objet dans l'espace serait-elle liée à une carence de concentration de l'attention entre le *monde intérieur* du patient et les événements de *l'environnement*, donc d'une rupture de contact avec la réalité extérieure ?

EMDR : hypothèses et métaphores

On peut supposer que ces stimulations induisent des *associations synaptiques* entre les deux *hémisphères* et entre le *cortex* et les *structures profondes du cerveau limbique* émotionnel – où sont engrammées et traitées les émotions vécues (amygdale et zones orbito-frontales d'interprétation et de décision), et qu'elles favorisent une *intégration plus fluide* entre la représentation *imaginaires* du traumatisme et la *réalité* de la présence du psychothérapeute « ici et maintenant ».

Entre chaque séquence de « balayage », d'une durée ne dépassant pas une minute, le client est invité à exprimer spontanément « ce qui lui vient » à la conscience : images, sons, paroles, mouvements, sensations physiques, etc.

J'effectue, pour ma part, à certains moments, des balayages en « huit horizontal », avec l'hypothèse qu'ils favorisent des liaisons « verticales » entre diverses couches du cerveau *cortical et limbique*, et pas seulement des liaisons horizontales entre les deux hémisphères. De plus, le mouvement est alors « fluide » et non saccadé.

Ce « balayage cérébral » accélère, de manière souvent spectaculaire, des *associations d'idées et de sentiments*, parfois inattendues, associations entre certains événements dramatiques et d'autres, en apparence anodins, éventuellement espacés dans la vie du sujet. Par exemple, un sentiment massif *d'impuissance* lors d'une agression physique, sexuelle ou d'une menace de mort, et des sentiments d'impuissance ou de honte – plus discrets et moins conscients, mais parfois répétitifs – subis dans la vie quotidienne face à ses parents, à des enseignants, à son partenaire, à ses enfants adolescents, à ses collègues de travail, etc.

On assiste ainsi, en quelque sorte, à une « *défragmentation*³ du disque dur » de notre mémoire émotionnelle, rassemblant et reclassant les séquences enregistrées, dans un ordre nouveau. C'est un peu comme si on rangeait complètement notre *bibliothèque de souvenirs* (conscients et inconscients) – ce qui procure un sentiment certain d'apaisement : tout ce dont je peux avoir besoin est maintenant à ma portée, sans effort. J'ai *rangé mes dossiers personnels* archivés, rassemblé les éléments comparables, séparé les informations parasites, mis de côté les documents inutiles ou périmés, et mis en apparence sur le dessus du dossier, les informations essentielles. Je n'ai pas vraiment *jeté* des souvenirs importants, mais les ai *reclassés* d'une manière fonctionnelle. *J'ai mis de l'ordre dans mon stock d'informations*, modifiant ainsi ma perception cognitive de ma place dans le monde.

On peut encore assimiler métaphoriquement ces mouvements latéraux rapides des yeux, d'une part, au « gommage » de la composante émotionnelle de passages traumatisants, devenus obsolètes, inutiles, voire encombrants et, d'autre part, au « surlignage » des passages importants de mon roman intérieur, avec des feutres de diverses couleurs. Le texte devient ainsi plus clair, plus accessible et mieux exploitable. Le fait – à première vue paradoxal – que le *même* mouvement produise des effets *opposés* (supprimer ou souligner), n'a rien d'exceptionnel : l'accélération du cœur peut engendrer la panique ou, au contraire, mobiliser les ressources biologiques ; une même sanction peut provoquer la révolte ou bien une saine adaptation ; l'amour peut induire une dépendance excessive ou bien favoriser la maturation et l'auto-

³ On sait que les données enregistrées sur le disque dur informatique le sont dans un ordre *chronologique*, ce qui répartit chaque version successive d'un même document en plusieurs séquences séparées. La « défragmentation » consiste à rassembler les fragments dispersés, à remettre de l'ordre dans les « souvenirs » imprimés.

nomie...

L'EMDR : une approche *intégrative*

L'EMDR – dont je ne détaillerai pas ici davantage les techniques et procédures – s'apparente par plusieurs aspects à *diverses approches* plus traditionnelles de psychothérapie.

Une *enquête nationale*, menée en octobre 2009, auprès de 379 praticiens EMDR, membres de l'Association EMDR France, a montré que, parmi les 101 répondants :

- 50 % des praticiens EMDR ont une formation initiale de *psychanalystes* (freudiens, jungiens ou lacaniens) ;
- 36 % ont suivi une formation centrée sur le *corps* ; 10 % une formation en *Gestalt-thérapie* et 7 % en *psychodrame* – soit un total de 53 % de *thérapies psychocorporelles*.
- 35 % ont été formés en *hypnothérapie*, (essentiellement ericksonienne) ;
- 26 % viennent de la *thérapie familiale* ou systémique ;
- 25 % pratiquaient les *TCC* ;
- 25 % ont suivi une formation *centrée sur la personne* (C. Rogers) ;
- 18 % la *PNL* ;
- 15 % l'*Analyse transactionnelle* ;
- 11 % la *sexothérapie* ;

(on dépasse largement les 100 % car plusieurs choix étaient possibles pour chaque praticien).

Nous allons essayer de souligner rapidement quelques *points commun entre l'EMDR et ces diverses méthodes* :

1 • Comme la **psychanalyse**, l'EMDR favorise les *associations libres* et réveille de nombreux souvenirs, enfouis dans le préconscient ou l'inconscient. Le patient est invité à évoquer ces associations « dans le désordre », telles qu'elles émergent à son esprit. En revanche, elles ne font l'objet d'*aucune interprétation*, en référence à aucune théorie préétablie. On constate avec surprise que le processus associatif est considérablement « boosté ». L'importance des *traumatismes sexuels* – infantiles ou plus récents – est évidente.

Les mécanismes *transférentiels* sont à l'œuvre dans l'alliance thérapeutique.

2 • Comme dans les **psychothérapies à médiation corporelle**, l'*émotion* est d'emblée présente, de même que l'attention à la *respiration*, le « scanner » du corps, les sensations d'oppression, d'étouffement, ainsi que diverses *somatisations*. Le thérapeute lui-même mobilise son corps et ne se contente pas d'échanges verbaux, ponctués de silences. La proximité physique des deux partenaires (selon le « setting » conseillé) permet un échange inconscient de *phéromones*, via l'OVN (organe voméro-nasal, directement relié aux zones limbiques inconscientes), favorisant l'instauration d'une *empathie*.

Comme la **Gestalt-thérapie**, l'EMDR encourage l'*expression des émotions* et le revécu du trauma (y compris dans ses connotations *corporelles*), mais cela dans le cadre sécurisant d'une *alliance thérapeutique* chaleureuse, induite par l'empathie du thérapeute. Elle tend souvent à clore les « Gestalts *inachevées* » de la vie passée du client. Elle exploite les « polarités » de ses choix – délibérés ou inconscients – polarités opposées, ou plutôt *complémentaires*, telles que besoin concomitant de sécurité et d'indépendance, de tendresse et d'assertivité, image négative de soi (« cognition négative ») et image idéalisée que le sujet désire atteindre (« cognition positive »). Elle combine l'intérêt aux phénomènes *internes* (représentations imaginaires intra-psychiques) et aux relations avec le monde *externe* (communication inter-psychique), à travers la « frontière-contact » entre l'organisme et son environnement, dans « l'ici et maintenant ». Elle procède régulièrement à des estimations du *ressenti corporel* (« bodyscan »).

Comme en **Psychodrame**, certaines séquences peuvent être *remises en scène* au cours de la séance, accompagnées d'éventuelles *catharsis* émotionnelles, et pas toujours simplement évoquées *verbalement*.

3 • Comme l'hypnothérapie, l'EMDR entraîne un *état de conscience modifiée*, et exploite la « dissociation » mentale entre divers niveaux de perception de la réalité. Ces deux méthodes permettent au patient d'entrer en contact avec son *monde intérieur* encore inconnu. Tout comme en hypnose ericksonienne, on considère que chaque individu possède en lui-même les *ressources* nécessaires à son évolution, à sa transformation, que la « cicatrisation » spontanée des blessures psychiques est un phénomène naturel.

4 • Comme en thérapie familiale systémique, on s'intéresse à la situation d'ensemble, au système de communication et d'information, aux relations *inter-psychiques* et pas seulement aux phénomènes intra-psychiques individuels.

5 • Comme les TCC, l'EMDR implique des *procédures* précises et une évaluation périodique chiffrée du vécu intérieur subjectif : estimation personnelle de l'intensité du désarroi (*SUD, ou Subjective Units of Disturbance*) et validité des convictions positives du sujet (*VOC, ou Validity of Cognition*). Elle propose une alternance entre une « exposition » ou immersion mentale dans la problématique, et une *désensibilisation* progressive (*Joseph Wolpe, 1915-1997*).

6 • Comme dans l'approche centrée sur le client de Carl Rogers, le psychothérapeute s'abstient de toute interprétation et de toute directive sur le contenu, laissant l'entière initiative à son client, dans une « *acceptation inconditionnelle* » de tout « ce qui vient dans la tête » du client, et cela dans un climat *d'empathie* explicite.

7 • Comme en PNL thérapeutique (PNLt), l'attention du thérapeute se porte sur le traitement de l'information ; lorsque le souvenir est une image, on essaye de la modifier par « *zooming* » avant ou arrière, et de modifier sa clarté ; on focalise sur les sensations corporelles ; sur les ressources et *croyances positives* ; on surveille le mouvement des yeux ; on a recours à des « recadrages » et « ancrages »...

8 • Comme en analyse transactionnelle, l'EMDR travaille avec les divers « états du moi » (Parent, Adulte, Enfant), permettant de transformer les « scénarios de vie » enregistrés dès l'enfance par des « redécisions ».

9 • Comme en Sexothérapie, les thèmes *d'abus sexuels*, récents ou anciens, réels ou craints, agis ou simplement *verbalisés* (humiliations et injures) émergent régulièrement.

Ainsi, le protocole EMDR et ses techniques spécifiques de *retraitement de l'information* s'insèrent fort bien dans diverses autres approches – auxquelles elles ajoutent une dimension *neurophysiologique* – non encore entièrement élucidée.

Rappelons que l'EMDR n'est enseignée qu'à des professionnels *déjà psychothérapeutes* par ailleurs, et il n'est donc pas surprenant que la plupart des praticiens *combinent* leur méthode de référence habituelle avec les techniques originales de l'EMDR – qui les potentialisent d'une manière parfois spectaculaire.

Quelques vignettes cliniques

1. Stéphanie a 30 ans ; elle « ne vit plus » depuis qu'elle a été victime d'un braquage au guichet de la banque où elle travaillait. Menacée d'un revolver sur la tempe, elle se voyait déjà morte, avec le brusque sentiment que le monde continuerait à tourner à l'identique : en fait, elle réalise d'un seul coup « qu'elle était inutile, qu'elle ne servait à rien » ! Depuis ce traumatisme, il y a déjà **cinq ans**, elle ne sort plus : ne supporte plus la rue, la foule, les magasins, le restaurant ; elle est atteinte d'*agoraphobie* majeure. Elle se méfie de tout et de tous. Aucune distraction. Elle a perdu tous ses amis. Elle est devenue *boulimique* et a pris... 30 kg. En fait, elle « survit » comme « une morte en sursis ». Outre son agoraphobie aliénante et sa boulimie quotidienne, elle souffre de *cauchemars* à répétition, et tout cela, *malgré une psychanalyse* deux fois par semaine et *plusieurs antidépresseurs et anxiolytiques*...

Je réalise *deux* séances d'EMDR d'une heure et demie chacune, espacées d'une semaine, centrées l'une sur l'agression elle-même et ses diverses séquences dramatiques, l'autre sur la confrontation vécue à la Cour d'Assises avec son jeune agresseur – qu'elle hésite, tour à tour, à « condamner à mort »... ou bien à pardonner ! Devant sa famille et tous les auditeurs du procès, les experts psychiatres ont étalé publiquement tous ses troubles : elle était décrite comme « folle », morte de honte et ne supportait plus le regard de quiconque...

Au début de la 1^{re} séance d'EMDR, le mal-être est massif : elle transpire à grosses gouttes et étouffe. Sur une échelle subjective de désarroi (SUD) – de 0 à 10 – elle cote son malaise à... 18 !

À la 3^e séance, Stéphanie arrive désemparée : « Ça va mal ! Je me sens perdue ! Je ne me reconnais plus ! Plus personne ne me reconnaît d'ailleurs : mes parents se demandent ce qui m'arrive ; mon ami ne sait plus quoi faire : je ne suis plus du tout la même !... ».

En l'entendant, je suis moi-même un peu inquiet, mais n'en laisse rien paraître. Et voici la surprise : son nouveau désarroi vient de sa guérison « brutale » et totalement inattendue ! Elle fait ses emplettes tout naturellement dans les magasins, invite au restaurant son ami qui s'était éloigné d'elle, chante à voix haute dans l'appartement de ses parents, comme elle avait coutume de le faire avant l'attentat... Elle est brusquement redevenue totalement normale et *n'a pas eu le temps de s'habituer à cette métamorphose* inattendue et inespérée ! Voilà donc le nouveau malaise : le « traumatisme » d'une guérison « miraculeuse » en deux séances, qu'elle baptise « un conte de fées ». Je l'ai revue deux fois pour la rassurer et consolider les nouveaux acquis.

Plusieurs mois plus tard, elle m'apprenait qu'elle s'était portée au secours d'une voisine agressée, bâillonnée et dévalisée, dans son immeuble... Elle a pris en charge, avec beaucoup de sang froid, l'organisation des secours, matériels et psychologiques !

Je demeure souvent surpris non seulement des améliorations immédiates, mais surtout de leur persistance dans la durée. Mais après tout, lorsqu'on a découvert un nouveau chemin, pourquoi l'abandonner ? Lorsqu'on a dégagé un obstacle sur sa route, pourquoi reviendrait-il de lui-même ? Le processus naturel de « cicatrisation » d'une plaie mentale, une fois entamé, n'a pas de raison de s'inverser spontanément.

Cependant, des incidents peuvent intervenir :

2. Madeleine, 70 ans, vient me voir après une chute sur la tête, suivie d'une paralysie partielle. Les premiers examens neurologiques n'ont rien dévoilé, mais depuis plusieurs mois, elle peut à peine marcher, en titubant, avec un *déambulatoire* et toujours accompagnée d'une jeune aide-soignante qui la soutient par le coude. À la fin de la 2^e séance d'EMDR, elle se lève, toute souriante, *oublie son déambulatoire*, et se rend d'un pas allègre à la salle d'attente, récupérer son aide-soignante.

Celle-ci, une jeune Martiniquaise, tombe à genoux, les mains jointes et s'écrie « Seigneur, un miracle : elle marche ! ». Puis, elle se précipite sur moi et m'embrasse la main, avec dévotion...

La semaine suivante, Madeleine annule son rendez-vous : « Tout va bien, je suis gué-

rie, je n'ai plus besoin de rien ». Deux semaines plus tard, coup de théâtre : elle avait repris toutes ses activités, seule, sans canne, avec un excès évident de confiance... mais, brutalement, elle a fait un faux pas, a perdu l'équilibre et est tombée à nouveau sur la tête, de la même manière qu'il y a quelques mois ! Les symptômes ont repris immédiatement : impossibilité de marcher, accompagnée d'une perte totale de confiance en elle-même. Une série de séances d'EMDR n'ont pas permis, cette fois-ci, de réduire les symptômes. De nouveaux scanners laissent planer un doute sur une atteinte neurologique.

Décidément, les guérisons miracles ne sont pas toujours de bon aloi !

3. Je voudrais partager un autre cas – en cours de traitement – celui d'une cliente que j'appellerai **Charlotte**. Ce cas repose sur une hypothèse de *traumatisme prénatal*. Charlotte n'était pas désirée par son père – qui a tenté de faire avorter sa mère à plusieurs reprises pendant la grossesse. Il était particulièrement *violent* et l'a frappée à plusieurs reprises sur le ventre, à coups de poings et de pieds, tout en proférant des injures. On sait que le fœtus, au cours de la seconde moitié de la grossesse, perçoit à la fois les contacts physiques et les sons, à travers la paroi abdominale. Il semble bien que *l'amygdale* fonctionne déjà pendant la vie intra-utérine et peut enregistrer des traumatismes émotionnels – même si leur traduction en souvenirs verbalisables n'est pas encore possible, du fait de l'immaturation de l'hippocampe. Ainsi, je fais l'hypothèse que les traces traumatiques de coups et de hurlements ont été enregistrées dans les couches archaïques du psychisme et peuvent expliquer, en partie, les symptômes actuels de phobies, peur incoercible de l'obscurité et de bruits inattendus. Je pense que des recherches méritent d'être poursuivies sur le traitement de traumatismes *durant la vie fœtale et périnatale* (cf. les recherches de S. Grof sur les « matrices périnatales »).

4. Je terminerai cette évocation rapide de quelques cas, par **Sabine** — que je suis maintenant régulièrement depuis *plus de deux ans*. Lorsque Sabine a appris soudainement qu'elle avait une forme grave de cancer, son traumatisme fut massif. Elle remit en cause tout son mode d'existence : ses nombreuses activités, ses relations amicales, familiales, conjugales. Je l'accompagnais avec des séances de Gestalt, centrées sur la reconquête de son assertivité, de son indépendance, et l'élaboration d'un nouveau projet de vie. Mais nous avons ajouté des séances de *visualisation positive* de lutte contre son cancer et d'acceptation d'une lourde *chimiothérapie*. Le tout, émaillé de sessions d'EMDR pour renforcer ses ressources et pour tenter de conserver notamment, malgré une longue série de séances de chimiothérapie, ses magnifiques cheveux longs jusqu'à la taille, auxquels elle tenait beaucoup. Elle avait déjà acheté une collection coûteuse de perruques, mais, à la surprise de ses médecins traitants, ses *longs cheveux brillants sont restés intacts*, et, par ailleurs, son cancer est entré en phase de rémission depuis plusieurs mois. Elle multiplie à nouveau les activités sportives, artistiques et sociales, et fourmille de projets.

Je cite ce dernier exemple pour illustrer un traitement *long et combiné*, inspiré à la fois de la Gestalt et de l'EMDR.

Conclusion

Dans ce rapide exposé, j'ai voulu montrer d'une part, la « révolution thérapeutique » apportée par l'EMDR et d'autre part, sa *complémentarité* avec la plupart des approches traditionnelles – et notamment la Gestalt-thérapie.

Selon le cas, je reçois des clients *traumatisés* (récemment ou plus anciennement) pour quelques séances d'EMDR (de 3 à 7 séances, la plupart du temps) et je leur propose *éventuellement* de poursuivre la psychothérapie selon la méthode Gestalt qui m'est chère, afin d'harmoniser l'ensemble de leur personnalité, d'épanouir leur potentiel personnel, en profitant de l'élan initial.

Ou bien, à l'inverse, je reçois des clients désireux d'entreprendre une thérapie complète et approfondie, en Gestalt-thérapie, *et j'insère occasionnellement, par la suite*, quelques séances d'EMDR, dans le décours de la thérapie, notamment lorsque sont évoqués des traumatismes de l'enfance ou des traumatismes actuels.

Il va de soi, que selon la demande du client, il m'arrive de me limiter à une seule de ces approches, mais je n'ai jamais constaté d'incompatibilité entre elles, bien au contraire.

Et voici, pour terminer, une **brève statistique sur mes 100 derniers clients** :

- 42 % n'ont effectué *qu'une seule ou deux* séances de 90 minutes (mais 28 % d'entre eux signalent cependant de nets progrès) ;
- 47 % (soit environ la moitié) ont effectué de 3 à 6 séances (de 90 min.)
 - parmi eux, 32 % (soit un tiers) ont vu leurs troubles disparaître
 - 32 % (soit un autre tiers) notent une amélioration significative
 - 20 % une amélioration sensible
 - soit un total de... 84 % de résultats \pm positifs !
- 10 % ont effectué *plus de 7 séances* (généralement, de 7 à 10)
 - (avec 90 % de succès).

Je vous remercie de votre attention.

Serge Ginger

Brève bibliographie

**Cet article a été publié - en partie - en anglais dans la revue :
International Journal of Psychotherapy (IJP), Volume 12, N° 2 (Juillet 2008)**

- GINGER S. (1987). *La Gestalt, une thérapie du contact*. Hommes et Groupes, Paris, 9^e édit. 2009, 550 p. (publié en 6 langues : français, allemand, italien, espagnol, portugais, russe)
- GINGER S. (1995). *La Gestalt, l'art du contact*. Marabout, Paris, 10^e édition : 2009. 290 p. (publié en 14 langues : français, anglais, italien, espagnol, portugais, russe, polonais, ukrainien, roumain, letton, macédonien grec, chinois et japonais).
- GINGER S. & A. (2008). *Guide pratique du psychothérapeute humaniste*. Dunod, Paris, 256 p., 2^e éd. 2009. (publié en russe et polonais ; sous presse en anglais, italien, espagnol et portugais)
- GROF S. (2000). *Pour une psychologie du futur. Le potentiel de guérison des états modifiés de conscience. Psychology of the Future*, State University, New York. Trad franc. Dervy Poche, 2002, 2^e édit. 2009.
- KAPOULA Z. (2010). *EMDR Effects on Pursuit Eye Movements*. Plos One, Vol. 5, Issue 5.
- LEE W. & DRUMMOND P. (2008). *Effets comparés des mouvements oculaires et des consignes thérapeutiques sur le traitement des souvenirs perturbants*, in *Journal of Anxiety Disorders*, 22, Perth, Australie.
- ROQUES J. (2004). *EMDR, une révolution thérapeutique*. La Méridienne, D. de B., Paris, 400 p.
- ROQUES J. (2007). *Guérir avec l'EMDR*. Le Seuil, Paris, 330 p.
- ROQUES J. (2008). *Découvrir l'EMDR*. InterEditions, Paris, 160 p.
- SERVAN-SCHREIBER D. (2003). *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*. Laffont, Paris, 302 p.
- SHAPIRO F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. The Guilford Press, New York, 400 p.
- SHAPIRO F. (1997). *Des yeux pour guérir. EMDR : la thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes*. Le Seuil, Paris, 492 p. (édition originale : 1997).
- SHAPIRO F. (2001). *Manuel de l'EMDR*, InterEditions, Paris, 2007, 566 p.

Serge Ginger

Psychologue clinicien, psychothérapeute

Praticien accrédité EMDR et Membre du Conseil d'Administration d'EMDR-France

Enseignant de Neurosciences appliquées à la Psychothérapie à la *Sigmund Freud University* (SFU)

Fondateur de l'*École Parisienne de Gestalt* (EPG), de la *Société Française de Gestalt* (SFG)

et de la *Fédération internationale des Organismes de Formation à la Gestalt* (FORGE)

Secrétaire général de la *Fédération Française de Psychothérapie et Psychanalyse* (FF2P)

Président de la *Commission européenne d'accréditation des instituts de formation à la Psychothérapie*

Contact avec l'auteur : Mél : s.ginger@noos.fr Tél : +331 53 68 64 58 Fax : +331 53 68 64 57

Site : sergeginger.net/ Mob.: +336 09 76 26 51