

Supervision de cas : une femme enceinte traumatisée

Carol Forgash

Smithtown, New York, Etats-Unis

Andrew Leeds

Santa Rosa, Californie, Etats-Unis

Claire A.I. Stramrood

Centre médical universitaire, Groningen, Pays-Bas

Amy Robbins

Atlanta, Géorgie, Etats-Unis

Supervision de cas est une nouvelle rubrique régulière du *Journal of EMDR Practice and Research*, où un thérapeute demande de l'aide au sujet d'un cas difficile et où des réponses sont apportées par trois experts. Dans cet article, Amy Robbins (Atlanta, Géorgie), une thérapeute certifiée de la désensibilisation et du retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) décrit brièvement le cas difficile d'une femme enceinte qui souhaite traiter un traumatisme subi au cours d'une tornade. La clinicienne demande s'il est indiqué de faire de l'EMDR et quels sont les précautions qu'elle devrait avoir à l'esprit. Le premier expert, Carol Forgash, fournit des informations générales sur la grossesse et la psychothérapie et expose les considérations, les soucis et les contre-indications relatifs au traitement EMDR dans ce cas. Elle recommande que, si le choix se porte sur le traitement EMDR, le thérapeute utilise le protocole de traumas récents pour cibler spécifiquement les souvenirs traumatiques de l'épisode récent de la tornade. Le second expert, Andrew Leeds, commente l'absence d'essais contrôlés randomisés (ECR) ou d'autres rapports scientifiques explorant la sécurité du traitement EMDR chez les femmes enceintes. Il estime que les femmes enceintes présentant des symptômes de stress post-traumatique doivent comprendre qu'il y a de fortes chances pour que l'EMDR améliore leur qualité de vie et que les risques d'effets indésirables sur la stabilité de la grossesse sont probablement faibles, mais qu'ils demeurent cependant inconnus. Le troisième expert, Claire Stramrood, explique que les rares études de cas ayant évalué l'EMDR pendant la grossesse ont rapporté des effets positifs, mais qu'elles concernaient des femmes souffrant d'un état de stress post-traumatique (ESPT) suivant un accouchement. Elle fait valoir qu'après consultation de l'obstétricien, une fois que les femmes ont été informées des risques et bénéfices potentiels, et qu'elles ont donné leur consentement éclairé, elles doivent être en mesure de choisir de commencer ou non la thérapie EMDR au cours de leur grossesse.

Mots-clés : EMDR ; stress post-traumatique ; trouble de stress aigu ; tornade ; grossesse

Demande de la thérapeute

Une patiente, Judy, m'a été adressée par son thérapeute principal pour de l'EMDR. Elle est enceinte de 7 mois. Elle s'est retrouvée prise, quelques mois auparavant, dans une tornade qui a entièrement rasé sa maison ; le placard dans lequel sa famille et elle

avaient cherché abri a été aspiré dans la tornade, et ils ont été projetés dans la rue. Tous ont été blessés.

Judy est devenue obsédée, complètement paniquée, terrifiée... comme vous voudrez... à propos de la météo. Elle a acheté des casques de protection pour tous les membres de sa famille. Même quand le temps

This article originally appeared as Forgash, C., Leeds, A., Stramrood, C.A.I., & Robbins, A. (2013). Case Consultation: Traumatized Pregnant Woman. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(1), 45-49. Translated by François Mousnier-Lompré.

n'est que légèrement pluvieux et orageux, elle entre dans de véritables crises de panique, obligeant tout le monde à se mettre à l'abri, se renseignant sur la météo plusieurs fois par jour et ne pouvant plus penser à autre chose quand on annonce du mauvais temps.

Judy a entendu parler de l'EMDR et veut absolument en faire pour résoudre ces problèmes. Je lui ai expliqué les risques du traitement sur une femme enceinte et elle a répondu : "Ça ne m'inquiète pas : ce que je fais vivre à mon bébé [c'est-à-dire un stress extrême] est bien pire que de faire de l'EMDR." Et elle m'a donné son consentement éclairé. Qu'en pensez-vous ? Feriez-vous de l'EMDR avec elle ?

Réponse de l'expert n°1, Carol Forgash

J'aimerais commencer par quelques remarques générales concernant la grossesse et la psychothérapie. Chez la plupart des femmes, on considère la *grossesse* comme un état normal et sain, où la femme porte un embryon de sa conception à sa mise au monde. Bien que, jusqu'au dernier quart du XX^e siècle, elle ait été souvent pathologisée par la profession médicale, la grossesse n'est pas une maladie.

Ayant moi-même traité de nombreuses femmes enceintes, je suis à l'aise par rapport à l'utilisation de l'EMDR avec des patientes dans cette situation. Cependant, au sein de la communauté EMDR, j'ai observé que le fait de traiter des femmes enceintes reste un souci pour de nombreux thérapeutes. Je fonde cette affirmation sur le grand nombre et la fréquence des questions posées sur la mailing-list de l'*EMDR Institute* concernant l'utilisation de l'EMDR avec des patientes enceintes.

Si les cliniciens sont d'accord pour considérer la grossesse comme une situation normale, il devient plus aisé d'exercer un jugement clinique clair. Cela pose le problème du contre-transfert : si une thérapeute a eu elle-même une grossesse difficile, elle peut avoir besoin de supervision, parce que son propre état d'esprit peut influencer sa décision d'employer ou non l'EMDR avec des patientes enceintes. Les thérapeutes masculins dont l'épouse ou une proche a connu des problèmes lors de sa grossesse pourraient également profiter d'une supervision autour de ces difficultés. Fournir des informations à l'obstétricien ou à la sage-femme concernant l'EMDR et obtenir leur consentement peut également alléger les inquiétudes du thérapeute. Je recommanderais également que le thérapeute ait un entretien avec le médecin et se fasse donner des informations sur toutes les difficultés qui pourraient affecter le travail thérapeutique. De plus, le thérapeute peut faire savoir au médecin qu'il

comprend les implications d'un état de stress post-traumatique (ESPT) sur la santé de la patiente, et lui expliquer la nécessité d'un traitement du traumatisme.

Dans le cas de Judy, où nous n'avons que peu d'informations concernant son état d'avant-grossesse et sa santé actuelle, je dirais ceci : dans des circonstances normales, si la patiente est en bonne santé, que sa grossesse est stable et que le thérapeute a reçu l'accord de l'obstétricien pour la traiter en EMDR, je lui ferais confiance et je respecterais sa décision de suivre le traitement EMDR. Un niveau élevé d'hormones de stress est nuisible à la fois pour la femme enceinte et pour son bébé (Poggi, Davis & Sandman, 2006), car l'ESPT peut avoir des effets négatifs sur la santé de la mère et du fœtus. Il apparaît que Judy est extrêmement stressée depuis cette tornade et qu'elle a des symptômes intrusifs d'ESPT. Elle a raison quand elle dit qu'elle a besoin de résoudre ce trauma (Harvey & Ramirez, 2010), car l'ESPT peut avoir des effets négatifs sur la santé de la mère et du bébé. Lors de l'entretien avec le médecin, faites-lui savoir que vous comprenez les implications de l'ESPT sur la santé de votre patiente et expliquez-lui la nécessité de traiter le traumatisme.

Personnellement, je relèverais avec soin l'histoire de Judy avec les incidents de santé ou les événements traumatiques qu'elle a pu connaître, avec ses antécédents de grossesse et de fécondité, ses attitudes envers la grossesse, et tout symptôme d'ESPT, de trouble panique, d'anxiété ou de dépression. Il serait également important de rechercher une possible contre-indication au traitement, par exemple un trouble dissociatif instable ou une psychose. Une autre préoccupation pourrait être autour d'une absence marquée de partenaire/d'époux/de soutien familial. Sa relation avec le médecin ou la sage-femme est également un élément important à prendre en compte. Au plan médical, a-t-elle une maladie quelconque qui mette sa santé en danger ?

En dehors de ces troubles éventuels, et dans la mesure où il reste très peu de temps avant l'accouchement, je procéderaï en établissant un plan de traitement, en apportant à Judy des informations concernant l'EMDR, des stratégies (si nécessaire) d'autoapaisement et de réduction du stress, et enfin en définissant et en traitant une cible en lien avec ses expériences concernant la tornade.

Si Judy, après son accouchement, souhaitait continuer la thérapie en raison d'un important passé traumatique, je lui expliquerais maintenant que ses autres traumas pourront être traités plus tard. L'accent du traitement en cours serait mis sur la tornade et sur ses effets.

En outre, parce que la tornade ne s'est produite que quelques mois auparavant, je travaillerais avec un protocole EMDR de traumatismes récents plutôt qu'avec le protocole EMDR standard. La détresse continue dont souffre cette patiente, en rapport avec l'expérience de la tornade, indique clairement que les effets de l'événement originel se poursuivent dans le présent. J'utiliserais le Protocole de l'épisode traumatique récent (*Recent Traumatic Episode Protocol* [R-TEP]; Shapiro & Laub, 2008). Ce protocole a pour but d'intégrer les parties non-traitées d'un épisode traumatique dans son ensemble : l'événement, les expériences qui ont suivi l'événement et le changement possible de signification de l'événement d'origine jusqu'à présent. Le R-TEP travaille sur les images perturbantes, sur l'événement, sur les diverses cibles au sein de l'événement et sur le thème de l'épisode dans son ensemble. Il a la capacité de limiter les associations à l'épisode seul, en utilisant la désensibilisation par les mouvements oculaires (EMD; Shapiro, 1989), avec des retours répétés à la cible. L'objectif serait ici de fermer la porte à tout trauma antérieur.

Le R-TEP met aussi l'accent sur des stratégies de préparation et de confinement comme les exercices d'autoapaisement et de réduction du stress mentionnés plus haut. Dans l'approche R-TEP, la patiente fait un récit chronologique du trauma en utilisant la stimulation bilatérale. L'étape suivante consiste à scanner l'événement et à relever les points de perturbation (*Points of disturbance* [PoD]). Une cible (c'est-à-dire l'image, une cognition négative [CN], une cognition positive [CP], la validité de la cognition positive [VOC], les unités subjectives de perturbation [SUD], et la sensation corporelle) est définie autour de chaque PoD. Pour Judy, certains points de perturbation possibles pourraient être la scène de la maison qui se fait raser, les blessures infligées à sa famille ou une journée pluvieuse. Chacun de ces points serait traité. Finalement, l'épisode dans son ensemble serait traité. Pour cette patiente enceinte en particulier, cette approche serait tout à fait appropriée.

Réponse de l'expert n°2, Andrew M. Leeds

La question concernant la sécurité de l'EMDR pour les femmes enceintes n'a pas été explicitement abordée par la littérature scientifique. Nos recherches sur les bases de données en ligne (PubMed, PsycINFO et la Bibliothèque Francine Shapiro) n'ont trouvé aucune publication qui indiquerait un quelconque danger du traitement EMDR. Au contraire, Stramrood et al. (2012) ont rapporté des résultats cliniques positifs dans une série de cas de trois femmes enceintes

qui avaient développé des symptômes de stress post-traumatique après des expériences traumatiques au cours de leur première grossesse. Dans les trois cas, le traitement EMDR a été mené au cours de la seconde grossesse, dans des cas adressés pour traitement par le gynécologue-obstétricien qui les suivait.

En tant que formateur en EMDR, au cours des 20 dernières années, j'ai reçu un petit nombre de rapports personnels isolés où des femmes s'étaient plaintes de grossesses difficiles à la suite de séances d'EMDR. Ces femmes croyaient que le traitement EMDR avait contribué à la nécessité, ensuite, de rester allongées et d'un suivi médical (Leeds, 2009, p. 88). Ces rapports ne peuvent pas être considérés comme une preuve scientifique d'un risque, mais ils ne doivent pas non plus être négligés. Les femmes ayant rapporté ces expériences auraient peut-être développé des difficultés de grossesse même si elles n'avaient pas participé à des séances de traitement EMDR. Au fil de nombreux groupes de supervision et de séminaires, j'ai observé que la peur de traiter des femmes enceintes avec l'EMDR est assez répandue. Cela peut être causé par des "facteurs de risque" potentiels qui avaient été identifiés dans les manuels standards de formation en EMDR à partir de 1991. (Des peurs infondées similaires semblent s'appliquer au fait de proposer l'EMDR à des personnes qui affrontent des procédures judiciaires ou à celles souffrant de crises d'épilepsie authentique). Ainsi, il est possible qu'un clinicien, estimant de manière erronée que l'EMDR est trop "dangereux" pour une femme enceinte, n'envisage même pas de prendre l'avis du gynécologue-obstétricien de cette dernière.

On connaît la très grande efficacité du traitement EMDR des symptômes de stress post-traumatique (Bisson & Andrew, 2007). En l'absence d'étude scientifique sur la sécurité du traitement EMDR pour les femmes enceintes, il faut évaluer les bénéfices probables sur la qualité de vie de la mère (et en termes de réduction du stress pour le fœtus en développement), face à un risque inconnu. Jusqu'à la publication d'ECR sur un échantillon suffisant de femmes enceintes, il serait approprié d'indiquer que le risque sur la stabilité de la grossesse est probablement bas mais pas forcément nul, alors que les bénéfices potentiels et probables pour les femmes avec des symptômes de stress post-traumatiques (et leur fœtus) sont élevés. Jusqu'à ce qu'il y ait des ECR pour fournir de nouvelles orientations sur cette question, une approche prudente suggérerait que le retraitement EMDR ne devrait être employé avec des femmes enceintes qu'après consultation du médecin traitant ou si la patiente est adressée par celui-ci. A l'heure actuelle, il semblerait que les mêmes risques

généraux s'appliquent aux femmes enceintes qu'aux autres personnes adultes. Il faudrait faire, comme toujours, un examen approprié des facteurs de risque, comme par exemple un grave trouble dissociatif. Dans le cas de Judy, les informations fournies dans le résumé sont insuffisantes pour déterminer clairement si elle est prête à faire de l'EMDR. En particulier, on n'a aucune information sur ses antécédents, sur une éventuelle histoire clinique de trouble anxieux ou sur un éventuel dépistage par la thérapeute de symptômes dissociatifs. Dans une véritable supervision de cas en EMDR, on demanderait ce genre d'informations. Une fois ces problèmes clarifiés et le consentement éclairé obtenu des patientes, l'EMDR devrait être proposé aux femmes qui sont ou qui pourraient être enceintes, lorsque ces dernières souffrent de symptômes pour lesquels l'EMDR est reconnue comme efficace.

La patiente est très désireuse de suivre le traitement EMDR. Il n'existe aucun risque identifié, défini, qui s'opposerait au traitement EMDR de Judy ou des femmes enceintes en général. En l'absence de facteurs de risques particuliers, non révélés dans le résumé du cas, il serait honteux de la laisser souffrir simplement parce qu'elle est enceinte. De plus, au moment de la naissance, ses symptômes d'ESPT non traités pourraient avoir un impact défavorable sur sa capacité à développer un lien mère- bébé (Liotti, 1992 ; Madrid, Skolek & Shapiro, 2006), ce qui compliquerait le traitement subséquent et affecterait potentiellement son nouveau-né. Dans ma propre pratique clinique, à supposer qu'elle remplisse les critères généraux montrant qu'elle y est prête, ma réponse est "oui", je proposerais à Judy le traitement EMDR. Si elle ne m'était pas adressée par son obstétricien (ou en cas d'antécédent de grossesse difficile), je suggérerais d'abord qu'elle discute avec son médecin de son désir de suivre le traitement EMDR ; mais qu'elle ait ou non cette discussion, les bénéfices du traitement EMDR dépassent de loin les risques généraux du traitement.

Réponse de l'expert n°3, Claire A. I. Stramrood

Dans de nombreux cas de problèmes psychologiques en cours de grossesse (stress, dépression, anxiété), médecins et thérapeutes ont à choisir entre deux maux : utiliser des traitements potentiellement dangereux pour le fœtus, ou laisser se poursuivre un état mental pathologique avec de possibles effets indésirables sur le fœtus (ainsi que sur la mère enceinte).

En réponse à cette supervision de cas, je mettrai en avant plusieurs arguments en faveur de l'utilisation de l'EMDR pendant la grossesse. Toutefois, dans ce cas

particulier, je discuterais des risques et bénéfices pour Judy, puis je la laisserais libre de décider.

Dans les directives de bonnes pratiques nationales et internationales, la thérapie cognitive comportementale axée sur le trauma et l'EMDR sont recommandés comme des traitements de choix pour des victimes de trauma souffrant d'ESPT ou de trouble de stress aigu (Association psychiatrique américaine [APA], 2004 ; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2005). Les informations fournies, dans le cas de Judy, sont brèves, mais on y trouve des éléments de ces deux troubles.

Un diagnostic précis des symptômes de Judy serait une première étape nécessaire. Une fois qu'il a été établi, d'après ses symptômes, qu'elle pourrait tirer bénéfice de l'EMDR, la question est de savoir si le traitement doit être appliqué pendant sa grossesse. Dans son livre sur l'EMDR paru en 2001, F. Shapiro recommande la prudence, car l'éventualité d'une hyperactivation et d'une aggravation du stress, après le traitement, peut affecter négativement la mère et le fœtus (p. 96).

Malheureusement, les risques et les bénéfices potentiels de l'application de l'EMDR au cours de la grossesse n'ont pas fait l'objet de recherches suffisantes. Deux études pilotes ont été publiées concernant des femmes souffrant d'ESPT à la suite de la naissance de leur enfant. Une étude a utilisé l'EMDR sur trois femmes enceintes (Stramrood et al., 2012), et l'autre étude portait sur quatre femmes, dont une enceinte (Sandström, Wilberg, Wikman, Willman & Högberg, 2008). Les deux études portaient sur des femmes souffrant d'ESPT après la naissance d'un enfant. En d'autres termes, l'accouchement précédent avait été l'événement traumatique.

La première étude était conduite par le groupe de recherche dont je fais partie et a eu lieu dans un hôpital universitaire des Pays-Bas. Les trois femmes avaient été traumatisées au cours de leur accouchement précédent et elles avaient toutes trois développé un ESPT lié à la naissance de leur enfant. Enceintes de nouveau, elles présentaient des symptômes d'ESPT et exprimaient de la peur devant l'accouchement à venir. Le traitement EMDR a produit une réduction du stress, une diminution des symptômes de stress post-traumatique et une confiance plus grande vis-à-vis de l'accouchement de leur deuxième enfant. De plus, en dépit de complications pendant leur deuxième accouchement, les trois femmes sur lesquelles l'étude portait en ont gardé ensuite une expérience positive. Soit ces femmes nous étaient adressées directement par l'obstétricien, soit nous avons un échange avec celui-ci, et il s'agit là, selon moi, d'un élément crucial.

Dans le cas de Judy, son trauma et son stress ne sont pas liés à une grossesse ou à une naissance, mais à une tornade qui a affecté sa famille. Considérant le fait que Judy est déjà enceinte de sept mois, je peux voir des arguments pour repousser le traitement EMDR après la naissance de son bébé : certes, le stress est connu pour affecter négativement le neurodéveloppement du fœtus (O'Donnell, O'Connor & Glover, 2009), mais, selon toute probabilité, la plupart des effets indésirables liés au stress de Judy se sont déjà produits au cours de ces sept premiers mois de gestation. Un autre argument serait que l'EMDR elle-même pourrait être source de stress, avec des conséquences négatives possibles sur la grossesse, comme le mentionnait Shapiro (2001). Cependant, que le traitement ait été appliqué ou non devient une question pertinente lors de la période du postpartum parce qu'un trauma non résolu et l'ESPT peuvent affecter négativement le lien mère-enfant (Parfitt & Ayers, 2009) et handicaper la création d'un attachement sûr chez l'enfant (Liotti, 1992).

Du point de vue de Judy, je peux tout à fait comprendre que le fait de vivre quotidiennement un tel stress par rapport à la météo soit une charge si lourde pour elle que toute solution aux effets potentiellement rapides est plus que bienvenue. Sous cet angle, l'EMDR serait indiscutablement une option dans la mesure où beaucoup de gens en tirent des effets positifs en seulement quelques séances.

En conclusion, l'utilisation de l'EMDR au cours de la grossesse a jusqu'ici été étudiée sur une petite échelle, avec des effets très positifs sur des femmes souffrant d'ESPT à la suite de leur précédent accouchement. Dans ces cas, je recommanderais absolument l'EMDR. Bien qu'il n'y ait pas de recherches sur le traitement EMDR de femmes dont le trauma n'est pas lié à une grossesse et à un accouchement antérieurs, la cause de l'ESPT n'est pas importante et ce n'est pas une raison suffisante pour déconseiller ou refuser l'EMDR pendant la grossesse. À partir du moment où elles sont adressées par leur obstétricien ou qu'un échange avec lui a eu lieu, les femmes ont été informées des risques et des bénéfices potentiels ; ayant donné leur consentement éclairé, elles doivent être capable de prendre elles-mêmes la décision.

Références

- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guidelines for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA: Auteur.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD003388.
- Harvey, L., & Ramirez, A. (2010). *Hurricane trauma: The effects of prenatal stress on child development*. Téléchargé depuis http://uwf.edu/argojournal/admin/body/Research_Paper-Harvey_&_Ramirez_Submission_for_Argo_Journal.pdf
- Leeds, A. M. (2009). *A guide to the standard EMDR protocols for clinicians, supervisors, and consultants*. New York, NY: Springer Publishing.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5(4), 196–204.
- Madrid, A., Skolek, S. & Shapiro, F. (2006). Repairing failures in bonding through EMDR. *Clinical Case Studies*, 5(4), 271–286.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2005). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London, United Kingdom: Auteur.
- O'Donnell, K., O'Connor, T. G. & Glover, V. (2009). Prenatal stress and neurodevelopment of the child: focus on the HPA axis and role of the placenta. *Developmental Neuroscience*, 31(4), 285–292.
- Parfitt, Y. M., & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(2), 127–142.
- Poggi-Davis, E. & Sandman, C. A. (2006). Prenatal exposure to stress and stress hormones influences child development. *Infants and Young Children*, 19(3), 246–259.
- Sandström, M., Wiberg, B., Wikman, M., Willman, A. K. & Högberg, U. (2008). A pilot study of eye movement desensitization and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery*, 24(1), 62–73.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211–217.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures* (2^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, E. & Laub, B. (2008). Early EMDR intervention (EEI): A summary, a theoretical model, and the recent traumatic episode protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 79–96.
- Stramrood, C. A. I., van der Velde, J., Doornbos, B., Paarlberg, K. M., Weijmar Schultz, W. C. M. & van Pampus, M. G. (2012). The patient observer: Eye-movement desensitization and reprocessing for the treatment of posttraumatic stress following childbirth. *Birth*, 39(1), 70–76.

Les experts

Carol Forgash est travailleuse sociale clinique, pratiquant en privé à Smithtown, NY, et spécialisée dans le trauma complexe. Elle est consultante/superviseuse approuvée par l'association internationale d'EMDR (EMDRIA) et anime des ateliers approuvés par EMDRIA. Elle est co-éditrice et contributrice elle-même de l'ouvrage *Healing the heart of trauma and*

dissociation with EMDR and ego state therapy (Springer, 2008), et a écrit plusieurs articles et chapitres de livre au sujet de l'EMDR. Elle a été présidente du programme EMDR d'assistance humanitaire (HAP).

Dr Andrew M. Leeds est psychologue ; il vit en Californie. Il est directeur de formation pour l'Institut de formation à la psychothérapie Sonoma, à Santa Rosa, en Californie. Il est consultant/superviseur et formateur approuvé par EMDRIA et EMDR Europe. Il est l'auteur de *A guide to the standard EMDR protocols for Clinicians, Supervisors, and Consultants* (2009) et a écrit plusieurs chapitres de livre et des articles sur l'EMDR, dont une étude sur le développement et l'installation de ressources (DIR).

Dr Claire A. I. Stramrood est gynécologue-obstétricienne à Utrecht, aux Pays-Bas. Elle a récemment terminé une thèse de psychologie sur des femmes souffrant d'ESPT suite à leur accouchement. Elle était l'auteur principal d'une étude pilote, publiée en 2012, portant sur le traitement EMDR de l'ESPT survenu à la suite d'un accouchement, et a participé à l'élaboration d'un modèle de soin intégré pour les femmes qui ont peur de l'accouchement.

Toute correspondance concernant cet article peut être adressée à Carol Forgash, LCSW, BCD, 353 North Country Road, Smithtown, NY 11787, Etats-Unis. Courriel : cforgash@optonline.net