

Traitement EMDR du trouble obsessionnel compulsif : étude préliminaire

John Marr

Finchale Training College, Durham, Royaume-Uni

Cet article rapporte les résultats de deux expériences qui examinent chacune un protocole EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) différent pour le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), chacune avec deux jeunes participants masculins adultes présentant un TOC sans rémission de longue date. Deux adaptations du protocole pour la phobie de Shapiro (2001) ont été développées à partir de la perspective théorique selon laquelle le TOC est un trouble qui s'autoperpétue, avec des compulsions et des obsessions TOC ainsi que des déclencheurs présents qui renforcent et maintiennent le trouble. Les deux adaptations commencent par viser les obsessions et compulsions actuelles, plutôt que de travailler sur des souvenirs passés ; l'une des stratégies retarde la phase d'installation cognitive tandis que l'autre utilise la lecture mentale d'une vidéo dans la désensibilisation des déclencheurs. Les quatre participants ont bénéficié de 14–16 séances d'une heure, sans tâche à effectuer entre les rendez-vous. Ils ont été évalués à l'aide de l'Echelle obsessionnelle compulsive de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* [Y-BOCS]), avec des scores lors du prétraitement dans la gamme extrême (moyenne = 35,3). Une amélioration des symptômes était rapportée par les participants après 2 ou 3 séances. Les scores lors du post-traitement étaient dans la gamme infraclinique/légère pour tous les participants (moyenne = 8,5). Des évaluations de suivi ont été réalisées après 4–6 mois, indiquant le maintien des effets thérapeutiques (moyenne = 7,5). La diminution des symptômes était de 70,4% lors du post-traitement et de 76,1% lors du suivi pour le protocole EMDR adapté pour les phobies et de 81,4% lors du post-traitement et du suivi pour le protocole EMDR adapté pour les phobies avec lecture vidéo. Les implications théoriques sont examinées et des recherches futures sont recommandées.

Mots-clés : EMDR ; trouble obsessionnel-compulsif (TOC) ; recherche sur les résultats thérapeutiques ; adaptation du protocole EMDR pour la phobie ; adaptation du protocole EMDR pour la phobie avec lecture vidéo

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est une condition psychologique associée à l'anxiété et au stress, présente chez environ 1 adulte sur 60, 1,6% de la population mondiale (Kessler et al., 2005). Il peut affecter des enfants à un âge aussi jeune que 6 ou 7 ans et apparaît souvent pour la première fois lors de l'adolescence (Heyman, Mataix-Cols & Fineberg, 2006). Il ne semble pas y avoir de différence entre hommes et femmes pour l'incidence du TOC. Certaines recherches montrent que le TOC aurait une dimension héréditaire et qu'une prédisposition génétique pourrait jouer un rôle dans le développement du trouble (Brady, 2003 ; Nauert, 2006). L'Organisation

mondiale de la santé (2011) fait figurer le TOC parmi les 20 maladies les plus invalidantes au monde.

Le TOC se caractérise par la présence d'obsessions et/ou de compulsions récurrentes qui interfèrent considérablement avec le fonctionnement quotidien (American Psychiatric Association, 2000). Les *obsessions* sont "persistantes... intrusives et inappropriées... et causent une anxiété ou une détresse marquée" (American Psychiatric Association, p. 457). Elles peuvent prendre diverses formes telles que des pensées, des images, des impulsions et des doutes pénibles. Des exemples d'obsessions incluent une focalisation sur l'ordre et la symétrie, des pensées concernant la

This article originally appeared as Marr, J. (2012). EMDR Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Preliminary Research. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(1), 2–15. Translated by Jenny Ann Rydberg.

contamination, des craintes de se nuire ou de nuire à autrui, ainsi que des doutes à savoir si une action a été achevée ou non. Les compulsions sont “des conduites ou des actions mentales répétitives dont le but est de prévenir ou de réduire l’anxiété ou la détresse” (American Psychiatric Association, p. 457). Des exemples de compulsions incluent le ménage, le lavage des mains, le rangement, les vérifications, le comptage excessifs et les compulsions mentales. Elles sont souvent effectuées dans une tentative d’apaiser les obsessions intrusives et de réduire la peur, mais en réalité elles augmentent l’anxiété (Heyman et al., 2006). Un diagnostic de TOC requiert que les obsessions et/ou les compulsions consomment beaucoup de temps et empiètent sur les activités quotidiennes importantes.

La recherche suggère que le TOC pourrait être lié à des problèmes de communication entre l’avant du cerveau et les structures beaucoup plus profondes dans lesquelles la sérotonine est utilisée comme messager (Atmaca et al., 2011). On peut penser qu’un niveau réduit de sérotonine constitue un facteur contributif dans le développement du TOC et les médicaments antidépresseurs sont souvent utilisés dans son traitement.

Traitement du trouble obsessionnel compulsif

En 1966, Victor Meyer a décrit le traitement réussi, utilisant l’exposition et la prévention de la réponse, de deux individus ayant des rituels de lavage. Depuis, ce traitement s’est établi comme la thérapie de choix pour le TOC (e.g., National Collaborating Centre for Mental Health, 2006). De nombreux essais cliniques randomisés montrant son efficacité, la thérapie d’exposition avec prévention de la réponse (EX/PR) demeure le traitement le plus fréquemment proposé pour le TOC (Deacon & Abramowitz, 2004 ; Fisher & Wells, 2005 ; Franklin & Foa, 2011). Une méta-analyse des thérapies pour le TOC a été effectuée par Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca, Gómez-Conesa et Marín-Martínez (2008). Ils ont rapporté que l’EX/PR, la thérapie de restructuration cognitive ou une combinaison des deux étaient efficaces pour la réduction des symptômes et montraient une efficacité similaire. Ils ont noté que la simplicité de l’EX/PR en fait le traitement de choix pour le TOC et que d’autres recherches sont nécessaires pour la thérapie cognitive.

L’EX/PR implique d’exposer l’individu à la situation redoutée et d’empêcher le recours aux compulsions pour réduire son anxiété, à la fois lors d’activités pendant la séance et lors de tâches à réaliser quotidiennement (Foa & Kozak, 1997 ;

Steketee, 1996 ; Steketee & White, 1990). Ce cycle d’exposition et de prévention de la réponse est répété jusqu’à ce que l’individu soit désensibilisé par rapport à l’anxiété obsessionnelle et qu’il ne réalise plus de compulsions ritualisées. Franklin et Foa (2011) ont décrit les traitements EX/PR actuels comme incluant typiquement :

une exposition prolongée à des indices obsessionnels, des procédures destinées à bloquer les rituels et des discussions informelles sur les croyances erronées qui sont souvent menées dans l’anticipation des exercices d’exposition. Les expositions sont le plus souvent réalisées dans un contexte de vie réelle (in vivo) et impliquent un contact prolongé avec les stimuli spécifiques craints, externes (e.g., surfaces contaminées) ou internes (e.g., images d’avoir un rapport sexuel avec des personnages religieux), que le patient décrit comme perturbants. (pp. 232–233)

Bien que la thérapie EX/PR puisse être très efficace pour environ 50% des personnes qui complètent le traitement, elle comporte un certain nombre d’inconvénients (Maher et al. 2010). Les individus atteints d’un TOC trouvent la thérapie difficile pour plusieurs raisons. Ils peuvent trouver trop effrayant d’affronter leurs pires peurs ; l’EX/PR requiert beaucoup d’efforts et la réalisation de tâches entre les séances ; les individus peuvent ne pas être prêts à changer des comportements habituels qui existent depuis longtemps ; et, la thérapie EX/PR pourrait être moins efficace pour les individus qui font l’expérience d’obsessions sans compulsions.

Evaluation du trouble obsessionnel compulsif

L’Echelle obsessionnelle compulsive de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* [Y-BOCS] ; Goodman et al., 1989) est considérée comme le meilleur instrument d’évaluation du TOC. Elle a été développée sous forme d’une mesure administrée par le clinicien, destinée à évaluer la sévérité et les types de symptômes. L’Y-BOCS utilise une échelle en 10 items, chaque item étant évalué entre 0 (*pas de symptôme*) à 4 (*symptômes extrêmes*). Les résultats du questionnaire sont classés pour donner un score pour les compulsions et un autre pour les obsessions ; ceux-ci sont additionnés pour obtenir le score Y-BOCS total. Un score total de 0–7 est considéré infraclinique ; 8–15 léger ; 16–23 modéré ; 24–31 sévère ; et 32–40 extrême.

Le pourcentage de réduction des scores Y-BOCS est régulièrement utilisé pour estimer l’amélioration.

Le pourcentage de réduction est calculé en divisant la différence entre les scores prétraitement et post-traitement par le score prétraitement. De nombreux essais cliniques TOC ont utilisé des seuils de pourcentage de réduction sur l'Y-BOCS pour déterminer la réponse thérapeutique, avec des seuils indiquant une bonne réponse symptomatique dans les essais médicamenteux entre 20% et 40% et des seuils dans les essais sur la thérapie cognitive comportementale (TCC) de 50% de réduction (Tolin, Abramowitz & Diefenbach, 2005).

Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires

La désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) est une thérapie dans laquelle une approche structurée est utilisée pour aborder les aspects passés, présents et futurs de souvenirs perturbants. Le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI) de Shapiro (2001) qui fournit la théorie de la thérapie EMDR conceptualise les troubles psychiatriques comme une manifestation de souvenirs traumatiques ou perturbants non résolus. L'EMDR est reconnu comme une thérapie fondée empiriquement pour le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT), avec une vingtaine d'essais cliniques randomisés qui soutiennent son efficacité pour l'ESPT. Diverses méta-analyses (e.g., Bisson & Andrew, 2007/2009 ; Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005) ont montré que l'EMDR possède un effet équivalent à celui des approches cognitives comportementales telles que la thérapie d'exposition et la thérapie de restructuration cognitive dans le traitement de l'ESPT. L'EMDR, la thérapie d'exposition et la thérapie de restructuration cognitive sont tous identifiés comme des approches de première ligne pour le traitement de l'ESPT dans de nombreuses directives internationales (e.g., National Collaborating Centre for Mental Health, 2005 ; U.S. Department of Health and Human Services, 2011).

L'EMDR est administré selon une procédure standard en huit phases (Shapiro, 1995, 2001). Le traitement commence par les phases de recueil de l'histoire, de préparation et d'évaluation du souvenir. Si le patient a du mal à identifier un souvenir étiologique, le thérapeute peut le guider dans une technique de *floatback* pour l'aider à se rappeler des événements antérieurs avec des affects ou des cognitions similaires (Browning, 1999). Ensuite, le patient se concentre sur des aspects du souvenir ciblé tout en exécutant des mouvements oculaires pendant environ 24 secondes, ce qui évoque des associations avec

d'autres éléments (e.g., souvenirs, affects, cognitions, perceptions). Cette procédure est répétée plusieurs fois au cours de la séance et typiquement, ces associations deviennent plus adaptatives avec le temps. Lorsque le souvenir a été désensibilisé (tel que reflété par l'évaluation entre 0 et 10 sur l'échelle SUD [*Subjective Units of Disturbance* : unités subjectives de perturbation]), la procédure se poursuit en se concentrant sur le retraitement de cognitions négatives liées afin de renforcer une cognition positive choisie. Le souvenir est considéré comme retraité lorsqu'il n'éveille plus de détresse affective ou somatique et quand le patient indique que la cognition positive a une validité importante, tel qu'évaluée sur l'échelle VOC (*Validity of Cognition* : validité de la cognition).

Les souvenirs sont ciblés de manière séquentielle, au cours du déroulement des séances, lors desquelles les procédures déjà mentionnées sont appliquées suivant un protocole à trois volets (Shapiro, 1995, 2001). D'abord sont résolus les souvenirs passés pénibles considérés comme étant étiologiques par rapport à la perturbation. Ensuite sont traités les déclencheurs actuels qui sont des stimuli environnementaux qui provoquent toujours une détresse. Enfin, le traitement aborde les aspects futurs du trouble en incorporant un modèle positif pour une action future adaptative.

Traitement EMDR des troubles anxieux

Shapiro (2001) a développé des applications spécialisées de l'EMDR pour les troubles anxieux et les phobies (Luber 2009a, 2009b ; Shapiro, 2001, p. 228). Les deux applications ordonnent les cibles selon le protocole à trois volets, les souvenirs passés étant traités en premier, suivis des déclencheurs actuels, puis de l'action future ; chaque incident est entièrement traité selon la procédure standard. Pendant la procédure du scénario futur dans le *protocole EMDR pour la phobie* de Shapiro (Luber, 2009b), le thérapeute demande au client de "faire défiler une vidéo mentale" (p. 173) de l'action future imaginée pour "incorporer un modèle positif d'une action future exempte de peur" (p.171).

Bien que l'EMDR soit établi comme un traitement efficace pour l'ESPT, il existe beaucoup moins de recherches sur son application avec les troubles anxieux (Shapiro, 2001). Dans leur revue complète, de Jongh et ten Broeke (2009) avancent l'idée selon laquelle la base solide de recherches soutenant les TCC pour les troubles anxieux pourrait ne présenter qu'un intérêt limité dans l'exploration et l'investigation de l'EMDR et d'autres traitements possibles. Aussi, avec sa concentration sur les souvenirs traumatiques, l'EMDR

peut ne pas avoir été pris en considération comme traitement viable pour autre chose que l'ESPT, même si des événements perturbants peuvent avoir joué le rôle de catalyseur dans l'apparition initiale de certains troubles. Par exemple, les troubles anxieux commencent souvent après un événement de vie stressant (de Silva & Marks 1999 ; Kleiner & Marshall, 1987) et McNally et Lukach (1992) ont énoncé que beaucoup de patients souffriront de symptômes de type ESPT résultant directement de leur première crise de panique. D'après de Jongh et ten Broeke, l'EMDR pourrait être efficace dans le traitement de troubles anxieux dans lesquels il existe une étiologie perturbante ou traumatique particulière – par exemple, le traitement d'une cynophobie suite à la morsure d'un chien.

Il existe un certain soutien préliminaire en faveur de l'efficacité de l'EMDR dans le traitement des troubles anxieux. Des recherches limitées sur le traitement EMDR du trouble panique ont montré de bons effets (e.g., Feske & Goldstein, 1997 ; Goldstein & Feske, 1994). Cependant, la recherche sur le trouble panique avec agoraphobie a donné des résultats mitigés (e.g., Fernandez & Faretta, 2007 ; Goldstein, de Beurs, Chambless & Wilson, 2000), avec la possibilité suggérée qu'il faut peut-être plus de travail dans la phase de préparation de l'EMDR afin que les patients anxieux puissent mieux tolérer l'exposition à leurs peurs au cours du traitement du trauma. Dans un essai clinique randomisé évaluant le traitement EMDR de l'anxiété au test, Maxfield et Melnyk (2000) ont trouvé qu'en comparaison de la liste d'attente contrôle, un groupe d'étudiants universitaires traités en une seule séance d'EMDR montraient une amélioration significative avec le maintien des effets lors du suivi et une diminution des scores sur l'Inventaire d'anxiété au test (*Test Anxiety Inventory*) du 90^e au 50^e percentile.

Plusieurs études de cas ont rapporté le traitement EMDR réussi de phobies spécifiques (e.g., de Jongh, van den Oord & ten Broeke, 2002). Récemment, un essai clinique randomisé à grande échelle (de Jongh, Holmshaw, Carswell & van Wijk, 2010) a comparé l'EMDR (avec une exposition in vivo de sa propre initiative) avec la TCC centrée sur le trauma (exposition imaginaire, avec des éléments de restructuration cognitive, de relaxation et de gestion de l'anxiété) pour 184 personnes souffrant de la peur des déplacements et d'une phobie des voyages suite à des accidents de la route. Les participants des deux groupes étaient encouragés à confronter des stimuli anxiogènes entre les séances. Le nombre moyen de séances était de 7,3 et les deux traitements ont produit des effets équivalents, avec une diminution significative des symptômes

d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique ainsi que de l'évitement des déplacements.

EMDR et le traitement du trouble obsessionnel compulsif

S'il y a eu quelques rapports anecdotiques et d'occasionnelles présentations à des congrès (e.g., Allemagne, 2009) sur le traitement EMDR du TOC, il existe peu de recherche sur cette application. Bae, Kim et Ahn (2006) ont présenté deux cas cliniques de TOC pour lesquels ils n'ont pas pu démontrer de succès mesurable avec l'EMDR. Les participants étaient deux hommes, avec un diagnostic de TOC chronique, qui n'avaient pas répondu aux interventions pharmacologiques ou psychothérapeutiques. Bae et al. ont proposé le protocole EMDR modifié de Parnell (2007) aux deux patients, identifiant et résolvant les souvenirs qui alimentaient les symptômes, en accord avec le modèle théorique TAI de Shapiro (2001) qui considère que de travailler sur les événements étiologiques diminuera les symptômes du patient. Les symptômes TOC n'ont pas été modifiés par le traitement.

Böhm et Voderholzer (2010) ont décrit une recherche de Bekkers qui en 1999 a rapporté une réduction significative des symptômes chez 4 sur 5 patients compulsifs traités en EMDR. Böhm et Voderholzer ont ajouté la mise en garde que Bekkers avait effectué l'EX/PR en même temps que l'EMDR, "dans des séquences non rapportées, rendant difficile l'attribution d'effets à un élément thérapeutique particulier" (Böhm & Voderholzer, 2010, p. 176). Bekkers aurait décrit la contribution de l'EMDR comme consistant à permettre l'accès à l'émotion et de créer des prises de conscience, avec des liens associatifs entre les affects, les compulsions et leur but apparent. L'EMDR aurait été considéré par Bekkers non comme une thérapie pouvant être utilisée seule mais comme un complément utile à la thérapie EX/PR.

Böhm et Voderholzer (2010) ont investigué les effets de l'EX/PR + EMDR pour trois adultes ayant reçu le diagnostic de TOC alors qu'ils bénéficiaient de 8–12 semaines d'hospitalisation. Les deux premiers patients recevaient d'abord un traitement soit d'EMDR soit d'EX/PR, puis ils recevaient le traitement alternatif. Cette conceptualisation permettait l'évaluation des effets incrémentiels de chaque traitement. Le Y-BOCS (Goodman et al., 1989) était administré lors du prétraitement, après la fin du premier type de traitement, et lors du post-traitement. Le premier participant était un homme de 34 ans avec des compulsions de vérification. Il a reçu six semaines d'EMDR, ciblant des expériences traumatiques d'abandon dans l'enfance, mais

apparemment sans aborder de déclencheur actuel ou d'action future en EMDR. Son score Y-BOCS a diminué de 36 à 32. Ceci a été suivi de l'administration de l'EX/PR, avec une réduction du score Y-BOCS score de 32 à 9. Les effets étaient maintenus lors du suivi et il rapportait que le bénéfice de l'EMDR était une meilleure compréhension de ses compulsions, avec la capacité résultante de tolérer la thérapie d'exposition.

Le deuxième participant était une femme de 24 ans avec des obsessions agressives et sexuelles. Elle a d'abord suivi 7 semaines d'EX/PR, avec une réduction du score Y-BOCS (pensées obsessionnelles seulement) de 16 à 12. Ceci a été suivi de l'administration de 4 semaines d'EMDR, centrées sur une chute traumatique dans l'enfance puis sur une image obsessionnelle. Après l'EMDR, son score Y-BOCS (obsessionnel) avait diminué de 12 à 8. Même si lors du suivi, le score Y-BOCS avait augmenté jusqu'à 11, elle décrivait un fonctionnement considérablement amélioré. Le troisième participant était un homme de 27 ans avec des compulsions de classification et de vérification, ainsi qu'une peur de perdre certains de ses biens. Il a reçu 10 semaines de séances alternées EMDR et EX/PR. Il ne rapportait aucun événement traumatique dans son histoire. Ses séances EMDR ne suivaient pas les procédures standard. Au lieu de cela, une stratégie que les auteurs appelaient "la technique d'absorption EMDR (développement de ressources)" (Böhm & Voderholzer, 2010, p. 180) était appliquée, dans laquelle ils exécutaient des mouvements oculaires en imaginant simultanément qu'il réussissait à résister aux comportements compulsifs. Son score Y-BOCS a diminué de 35 lors du prétraitement à 16 lors du post-traitement, avec des effets maintenus lors du suivi. Böhm et Voderholzer (2010) recommandent l'utilisation de l'EMDR comme une méthode de potentialisation de l'EX/PR qui aide les patients à maîtriser leurs émotions.

Etude actuelle

La littérature montre que les patients traités en EX/PR voient leurs symptômes TOC diminuer de 60 à 80%. Environ 25% des patients choisissent de ne pas s'engager dans ce genre de thérapie quand ils réalisent qu'ils devront affronter leurs peurs. Par conséquent, lorsque quatre patients ont été référés pour un traitement TOC alternatif, il a été décidé de développer une approche thérapeutique utilisant l'EMDR. Les quatre cas avaient été traités auparavant pour leur TOC par des professionnels de la santé mentale et n'avaient pas pu s'engager favorablement auprès du praticien TCC. Il n'était pas possible de déterminer si ceci était parce

que le patient n'était pas prêt à changer ou parce que le traitement n'avait pas été appliqué de manière optimale ; quelle qu'en soit la cause, les participants se débattaient toujours avec des symptômes TOC sévères et était peu disposés à/incapables de participer à une autre thérapie TCC. Soit ils avaient interrompu leur traitement soit leur thérapeute individuel avait estimé que la thérapie EX/PR ou cognitive ne leur était pas indiquée. En effet la source de la référence a rapporté que les symptômes TOC dans les quatre cas semblaient avoir été exacerbés par le recours antérieur à l'EX/PR et/ou à la thérapie cognitive.

L'hypothèse a été formulée selon laquelle l'EMDR peut offrir une option thérapeutique viable et réaliste pour les personnes souffrant de TOC et que le traitement des peurs envahissantes et des comportements ritualisés à l'épicentre du TOC peut en réduire les symptômes. Ces hypothèses étaient fondées sur les résultats de la recherche montrant qu'un trauma probable dans le passé du patient peut être directement lié à l'apparition du TOC. Elles se basaient également sur le principe théorique principal du modèle EMDR TAI qui pose le principe que la résolution des souvenirs perturbants permettra celle des symptômes associés (Shapiro, 2001).

De plus, dans l'expérience du thérapeute, le TOC est maintenu par les pensées et les comportements actuels. Il considère qu'il s'agit d'un trouble qui se perpétue lui-même, composé de comportements, de pensées et d'événements complexes associés multiples, se produisant au temps présent. Il a posé l'hypothèse que ce schéma de comportements qui se perpétuent et se renforcent eux-mêmes peut être abordé efficacement en traitant d'abord les déclencheurs, obsessions et compulsions actuels, avant de cibler les événements traumatiques historiques.

Deux adaptations du protocole pour la phobie de Shapiro (2001) ont été développées par l'auteur, l'adaptation du protocole EMDR pour la phobie et l'adaptation du protocole EMDR pour la phobie avec lecture de vidéo. Elles ont été testées dans cette étude. Chaque expérience fournissait le traitement à deux individus qui n'avaient pas tiré profit du traitement TCC antérieur pour le TOC.

Expérience 1

Méthode

Traitement. Le thérapeute était l'auteur ; il s'agit d'un thérapeute qualifié détenant une formation avancée en TCC ; au moment de cette étude, il avait été formé en EMDR et le pratiquait depuis plus de 2 ans. Seize séances ont été réalisées avec chacun des

participants. Comme avec l'EMDR standard, un recueil complet de l'histoire a été effectué, apportant au thérapeute une compréhension des problèmes du patient. Puis dans la phase de préparation, les patients étaient préparés selon les procédures EMDR standard avec un lieu calme et avec l'ajout d'une figure imaginaire affectivement soutenante, forte ou protectrice si nécessaire. Le signal stop a été enseigné et un premier essai de la thérapie a été mené en utilisant un petit problème avec peu de détresse subjective. Les phases de recueil de l'histoire et de préparation ont été complétées en deux séances.

Les phases de traitement EMDR ont été administrées en utilisant le protocole EMDR spécialisé développé par l'auteur : *l'adaptation du protocole EMDR pour la phobie*. Dans cette adaptation, les cibles sont désensibilisées en suivant la séquence suivante : d'abord les déclencheurs actuels (compulsions et obsessions TOC), puis le scénario futur (imaginer une action future réussie) et enfin les souvenirs perturbants passés associés (s'il en existe). Après la désensibilisation de toutes les cibles, la cognition positive est développée et installée.

Evaluation. Le Y-BOCS a été administré par l'auteur lors du pré- et du post-traitement. L'administration de suivi a été réalisée par un psychologue non traitant indépendant 4-6 mois post-traitement. Les participants n'ont plus eu de contact avec le thérapeute après la fin du traitement.

Participants. Tel que décrit précédemment, deux hommes ayant des diagnostics de TOC ont été référés en traitement parce qu'ils n'avaient pas répondu au traitement TCC antérieur pour le TOC. James avait 28 ans ; Michael en avait 24. Les informations personnelles des participants ont été modifiées pour protéger leurs identités.

Cas 1 – James

James avait 28 ans, était diplômé de l'université et vivait chez l'un de ses parents. Ses obsessions concernaient les infections et la propagation des maladies ; ses compulsions associées comprenaient des contrôles pour les infections sexuellement transmissibles (IST) tous les 4 mois. D'autres compulsions incluaient un lavage excessif des mains ; l'évitement de contact direct avec les poignées de portes, les interrupteurs ou les sièges de toilettes. De plus, il était incapable de toucher une autre personne sans se sentir infecté. Cette dernière compulsion le préoccupait beaucoup car il aspirait à avoir une petite amie et plus tard à fonder une famille. Pendant le recueil de l'histoire, James a rapporté que son TOC envahissait presque

chaque instant de ses journées. Une technique de floatback (Browning, 1999) a permis d'identifier des événements étiologiques possibles. Ainsi il a été découvert que ses peurs avaient probablement été causées par des commentaires prononcés à l'époque des premières campagnes d'information sur le VIH et le sida ; il avait environ 13 ou 14 ans et a entendu qu'il fallait faire attention aux personnes et aux choses qu'il touchait pour ne pas attraper le sida. Alors que cet événement survenu dans sa jeunesse, qu'on pourrait appeler "le problème présenté", aurait été considéré comme la cible primaire dans la thérapie EMDR standard, il a été décidé d'administrer l'adaptation du protocole EMDR pour la phobie et de ne cibler cet événement que quand tous les déclencheurs auraient été traités.

Une liste d'évitement actif des stimuli craints a été dressée pour chaque aspect de son TOC, et ceci est devenu la liste des déclencheurs à cibler. Chaque déclencheur a été abordé comme un événement unique. Le premier stimulus TOC traité était sa peur d'attraper des microbes en touchant une poignée de porte : l'image cible était "les millions de microbes qui vivent dans la saleté" ; son émotion était la peur avec une sensation corporelle de nausée. Quand la perturbation liée à cet événement avait été réduite à 0, le stimulus TOC suivant à traiter était le contact peau-à-peau : l'image cible était de lui en train d'essayer d'embrasser une femme qui l'attirait ; son émotion était une peur envahissante d'attraper une maladie s'ils se touchaient, avec une sensation corporelle décrite comme une pierre dans sa gorge.

Après la désensibilisation de tous ses déclencheurs actuels (stimuli craints), James a pu construire une relation avec une jeune femme. Se tenir la main, une action impossible à envisager en début de traitement, était maintenant facile pour James. Il demeurait toutefois anxieux à l'idée des baisers et des rapports sexuels ; le scénario futur fut réalisé. Ensuite, les premiers avertissements concernant le VIH/SIDA furent traités, abordant ses craintes qui le poussaient à éviter le contact physique pour ne pas attraper le SIDA. Lors de la 10^e séance, la cognition positive fut développée et installée selon les procédures EMDR standard. Cette cognition déclarait : "Je suis en sécurité".

Après avoir effectué 10 séances EMDR et installé la cognition positive, James a rapporté qu'il avait pu embrasser sa petite amie et avait même pu avoir un rapport sexuel. Avant l'EMDR, ceci aurait provoqué une abréaction sévère et le besoin de récurer sa peau, de brûler sa literie et de réaliser tous deux des tests pour vérifier qu'aucune infection n'avait été partagée. Lors du suivi, James a annoncé qu'il n'utilisait plus de gel

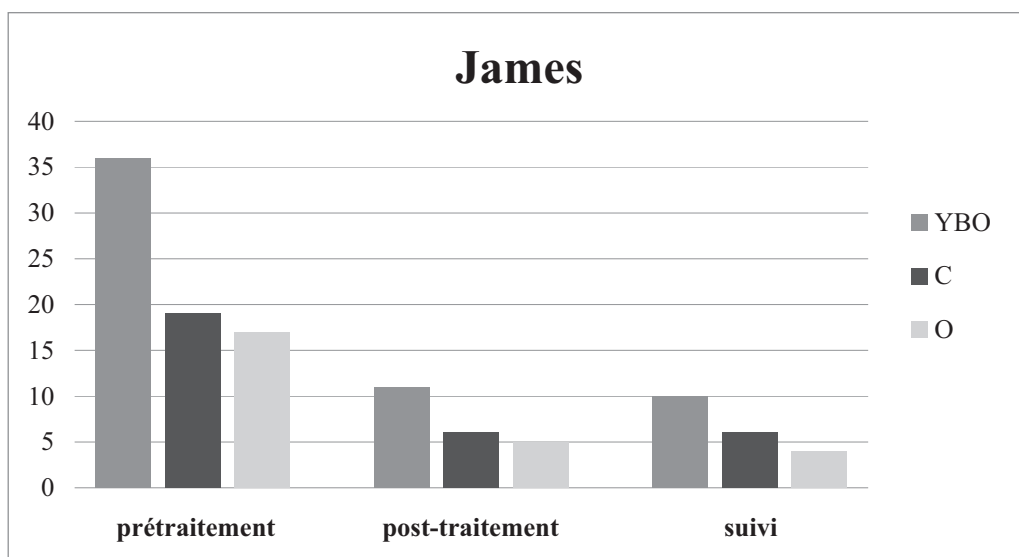


FIGURE 1. Scores Y-BOCS de James.

Note. Y-BOC = score Y-BOCS total ; C = score Y-BOCS sur la sous-échelle des symptômes compulsifs ; O = score Y-BOCS sur la sous-échelle des symptômes obsessionnels.

désinfectant pour les mains et qu’il se sentait maintenant à l’aise avec le contact physique dans le cadre d’une relation. Les scores Y-BOCS de James reflétaient des diminutions substantielles, depuis la gamme extrême jusqu’à la gamme légère, avec des effets thérapeutiques maintenus lors du suivi (voir Figure 1).

Cas 2 – Michael

Michael était un homme de 24 ans qui ne parvenait pas à garder un emploi. Il avait eu divers emplois mais ne travaillait plus depuis 4 ans. Le TOC de Michael se concentrait autour de pensées obsessionnelles. Il avait aussi une compulsion de rangement et de séquençage ; il lui fallait tout aligner sur son bureau et il alignait les objets sur le bureau d’autrui. Le temps représentait également un problème important : les moments de début et de fin devaient être définis avec précision. Il fut décidé d’administrer l’adaptation du protocole EMDR pour la phobie.

Au cours du recueil de l’histoire de la phase 1, Michael rapporta que ses deux parents, avec lesquels il vivait toujours, possédaient certains traits TOC. Sa mère avait défini un jour particulier pour chaque tâche dans la maison et refusait de s’écarter de son planning. Son père organisait tout au travail et à la maison : “Une place pour chaque chose et chaque chose à sa place”. Michael identifia quelques problèmes passés qui pouvaient être abordés, mais aucun ne semblait relié à son TOC. La technique du floatback fut employée, mais aucun incident précipitant n’a été remémoré.

Le protocole EMDR pour l’anxiété fut employé avec Michael. Le traitement a démarré avec la désensibilisation de tous les événements TOC actuels causant de la détresse. Le premier événement TOC qui fut traité était sa crainte que si les objets tels que des papiers ou des stylos n’étaient pas rangés dans un ordre précis, il serait désavoué par sa famille et une solitude inacceptable s’en suivrait.

Au cours des séances EMDR, le traitement éveilla plusieurs souvenirs oubliés, apportant une compréhension de plusieurs aspects de ses habitudes comportementales obsessionnelles. A mesure que le traitement progressait, il apparut au thérapeute, au client et à d’autres que ses pensées obsessionnelles habituelles se calmaient.

Sa croyance centrale obsessionnelle correspondait au besoin de démontrer à son père qu’il était doué pour quelque chose. Cette obsession n’a été ciblée que lorsque tous les autres événements TOC avaient été désensibilisés. Avant cela, il a été observé que Michael avait développé une clarté de pensée et que les obsessions avaient perdu de leur pouvoir. Bien que le besoin de traiter ce domaine ne semblât pas nécessaire à ce moment-là, le protocole a été appliqué. Puisqu’il s’agissait du dernier événement à cibler, la procédure standard complète fut appliquée. L’image représentant son obsession était la déception de son père lorsqu’une remarque sur son bulletin scolaire décréta qu’il était incapable de se concentrer ; la cognition négative et la cognition positive étaient “je ne suis bon à rien” et “je suis fier de moi” ; son émotion

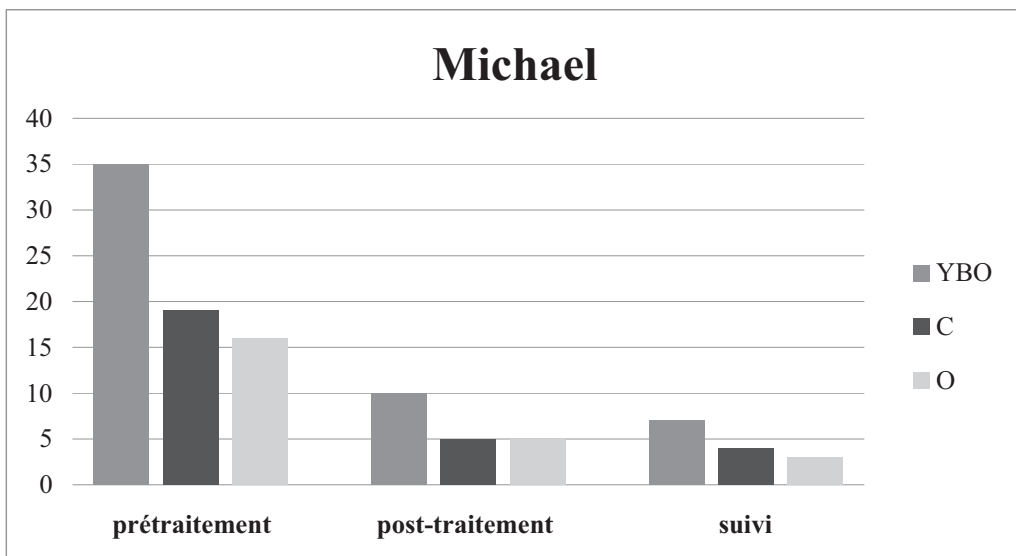


FIGURE 2. Scores Y-BOCS de Michael.

Note. Y-BOC = score Y-BOCS total ; C = score Y-BOCS sur la sous-échelle des symptômes compulsifs ; O = score Y-BOCS sur la sous-échelle des symptômes obsessionnels.

était “perdu”. Le traitement de cette cible a éveillé des suites de souvenirs concernant le besoin de rappeler à ses parents de faire des choses, de réfléchir pour les autres et d’être conscient de ses propres actions et de celles des autres.

Lors du suivi, Michael rapporta qu’il était maintenant salarié dans une boutique caritative et qu’il aimait travailler dans cet endroit désorganisé. Il avait pu parler à sa famille qui avait exprimé sa fierté de le voir se poser. Les scores Y-BOCS de Michael reflétaient des diminutions considérables, depuis la gamme extrême jusqu’à la gamme légère, avec des effets thérapeutiques maintenus et se situant dans la gamme infraclinique lors du suivi (voir Figure 2).

Expérience 2

Méthode

Traitement. Le thérapeute était le premier auteur ; il s’agit d’un thérapeute qualifié possédant une formation avancée en TCC et, au moment de cette étude, il était formé en EMDR depuis plus de deux ans. Quatorze séances ont été réalisées avec chacun des participants. Les phases de recueil de l’histoire et de préparation se sont déroulées selon les procédures EMDR standard tel que décrit auparavant dans l’Expérience 1. Elles ont été complétées en deux séances pour le cas 3, tandis que le cas 4 nécessita quatre séances pour le recueil de l’histoire.

Les participants ont reçu un traitement en accord avec le protocole EMDR spécialisé développé par l’auteur : *l’adaptation du protocole EMDR pour la phobie avec lecture de vidéo*. Dans ce protocole TOC, les cibles sont complètement traitées en respectant la séquence suivante : d’abord les déclencheurs actuels (compulsions et obsessions TOC), puis les souvenirs perturbants associés du passé (s’il en existe) et enfin le scénario futur (en imaginant une action future réussie).

Évaluation. Le Y-BOCS était administré par le thérapeute lors du prétraitement et du post-traitement. L’administration de suivi était réalisée par un psychologue indépendant 4 à 6 mois après le traitement. Les contacts des participants avec le thérapeute se sont arrêtés à la fin du traitement.

Participants. Tel que décrit auparavant, deux hommes possédant un diagnostic actuel de TOC avaient été envoyés en traitement parce qu’ils n’avaient pas répondu favorablement au traitement TCC antérieur pour les TOC. Robin avait 19 ans ; Alex en avait 26. Notez que les informations permettant d’identifier les clients ont été modifiées pour protéger l’identité des participants.

Cas 3 – Robin

Robin était un homme de 19 ans qui habitait chez sa mère. Son histoire était complexe et a nécessité quatre séances pour le recueil EMDR. Quand Robin

avait 13 ans, il y a une séparation familiale violente suivie d'une exacerbation de ses symptômes TOC préexistants. Son TOC est devenu beaucoup plus apparent et limitant à cette époque et s'est maintenu sans tirer aucun bénéfice des tentatives antérieures de traitement TCC.

Robin avait peur de serrer la main à quelqu'un ou de toucher la peau nue, et il s'inquiétait constamment au sujet des prises électriques et de l'eau courante. Il débranchait tous les appareils dès qu'il quittait une pièce et vérifiait que les robinets étaient fermés et qu'ils ne fuyaient pas. Les bouchons des éviers et de la baignoire étaient attachés au robinet de sorte à ne pas pouvoir tomber et de bloquer l'écoulement d'eau. Toutes les portes étaient verrouillées et il contrôlait leur fermeture en comptant le nombre de clics de la clé dans la serrure et en vérifiant la poignée 20 fois de chaque main. S'il était interrompu à un quelconque moment de ses rituels, il lui fallait recommencer tout le processus. Il estimait qu'il pouvait avoir besoin d'environ une heure et demie avant de pouvoir quitter la maison. Il transportait du gel désinfectant pour les mains dont il se servait environ 20 fois par jour.

L'adaptation du protocole EMDR pour la phobie avec lecture de vidéo a été utilisée. Robin a choisi de démarrer le travail par sa peur de serrer la main qui l'empêchait d'après lui d'obtenir un emploi. La technique de la lecture de vidéo permet d'abord d'observer le premier souvenir dans lequel Robin a eu peur de serrer une main. Il a fait défiler la vidéo dans son esprit, et quand il prenait conscience d'un ressenti de stress, il s'arrêtait. A ce moment, il identifiait l'image, la cognition négative, la cognition positive, le VOC, l'émotion, le SUD et la sensation corporelle. Les procédures standard ont été employées pour traiter le souvenir. La lecture de vidéo a permis de suivre la désensibilisation et d'identifier d'autres incidents. En trois séances EMDR, Robin était capable de serrer la main de certaines personnes, en se servant ensuite du gel désinfectant. Ceci s'est ensuite modifié en la capacité de serrer des mains sans employer de gel désinfectant.

Après sa peur de serrer la main, son obsession concernant les prises électriques, les robinets et les bouchons d'évier a été abordée de la même manière. Il faisait défiler la vidéo mentale de sa routine consistant à tout vérifier, et lorsqu'il ressentait une forme de stress ou d'anxiété, il le signalait au thérapeute qui suivait alors les procédures EMDR standard pour traiter l'événement. Lorsque le stress ou l'anxiété avaient disparu pour ce moment-là, il reprenait la lecture vidéo. De nouveau, en trois ou quatre séances, il a rapporté une amélioration significative.

Il pouvait maintenant réaliser une vérification visuelle rapide avant de quitter la maison, sans avoir besoin de brancher et de débrancher les prises électriques ou d'ouvrir et de fermer les robinets. Son obsession concernant la vérification au cours du verrouillage des portes a exigé davantage de séances mais a également connu une amélioration substantielle. Plutôt que de devoir compter les clics de la clé dans la serrure et de vérifier la poignée 20 fois de chaque main, il pouvait maintenant simplement verrouiller la porte et vérifier la poignée deux fois de chaque main.

Robin a découvert un événement source au cours du traitement de son TOC autour de la séparation familiale violente qu'il avait subie. Quand Robin et sa mère avaient tenté de fuir la maison familiale, ils s'étaient trouvés bloqués par une porte verrouillée. L'image cible qui venait à l'esprit était celle de son attente terrifiée de voir son père rentrer et les confronter tandis qu'ils tentaient de s'échapper. Sa cognition négative pour cet événement était : "C'est ma faute". Sa cognition positive était : "Je suis libre". L'émotion que Robin attachait à ce souvenir était la panique, avec un SUD de 5 ; et il le ressentait au niveau de sa vessie et d'un besoin d'uriner fréquemment. Il s'agissait du dernier problème à être traité et il a été complètement résolu à l'aide du protocole standard.

Lors du suivi, Robin a rapporté qu'il ne vérifiait plus les prises électriques, les robinets ou les bouchons d'évier, et qu'il n'éprouvait plus le besoin d'utiliser du gel désinfectant pour les mains. Il s'était découvert un intérêt pour le canoë en eaux ouvertes. Ses scores Y-BOCS révélaient des diminutions considérables, depuis la gamme extrême jusqu'à la gamme infraclinique, avec des effets thérapeutiques maintenus lors du suivi (voir Figure 3).

Cas 4 – Alex

Alex était un jeune homme de 26 ans, vivant seul, qui était resté au chômage presque tout le temps depuis qu'il avait quitté l'école. Il s'était récemment séparé de sa partenaire et de leur jeune enfant ; il maintenait un contact régulier avec son enfant ainsi qu'un contact limité avec sa partenaire. Une histoire complète a été recueillie. Le recours à la technique du floatback a révélé que son TOC avait essentiellement commencé lors de ses 13 ans quand il a découvert que l'homme qu'il avait toujours pris pour son père n'était pas son père biologique.

Le TOC d'Alex avait un impact sur divers aspects de sa vie, depuis la propreté de son propre corps, consacrant une heure au nettoyage et à la désinfection d'une baignoire ou d'une cabine de douche avant

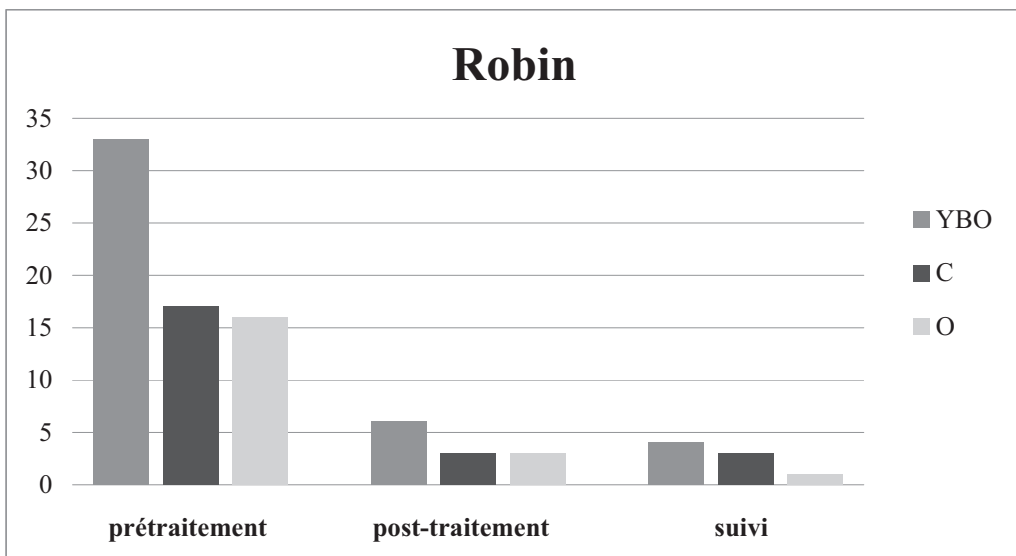


FIGURE 3. Scores Y-BOCS de Robin.

Note. Y-BOC = score Y-BOCS total ; C = score Y-BOCS sur la sous-échelle des symptômes compulsifs ; O = score Y-BOCS sur la sous-échelle des symptômes obsessionnels.

de pouvoir s'en servir, et devant encore nettoyer et désinfecter la baignoire après l'avoir utilisée. Il transportait ses affaires personnelles les plus précieuses avec lui et conservait tous ses vêtements et ses objets personnels dans des boîtes d'entreposage en plastique pendant la nuit. Tout en étant obsédé par l'idée de bâtir des amitiés ainsi qu'une vie sociale, il était également obsédé par le fait de ne pas faire confiance aux autres et d'évaluer les personnes selon des critères très exigeants.

L'adaptation du protocole EMDR pour la phobie avec lecture de vidéo a démarré avec le traitement de déclencheurs TOC. Le premier événement TOC traité en EMDR était la compulsion de nettoyer la baignoire ou la cabine de douche à l'eau de javel. Alex y a bien réagi grâce à la technique de la lecture de vidéo, ce qui a résulté en une diminution considérable des comportements de nettoyage et d'utilisation de l'eau de javel. Il ne nettoyait plus la baignoire/la cabine de douche avant leur usage, à moins qu'elles aient été utilisées par autrui, et son temps de nettoyage après son bain ou sa douche a été réduit de 60 à 5 ou 10 minutes.

La cible suivante était sa peur de perdre ses objets préférés et son comportement compulsif consistant à les emporter partout avec lui. De nouveau le protocole TOC a été utilisé avec succès. Il a commencé à laisser quelques petits objets chez lui, puis des objets plus grands, tels que son téléviseur et sa chaîne stéréo, qu'auparavant il aurait transportés jusqu'à la maison de ses parents s'il devait quitter son domicile.

La cible suivante était son obsession concernant le tissage de liens amicaux et des questions de confiance. Ceci a été traité en faisant défiler une vidéo mentale de la dernière fois qu'il avait rencontré quelqu'un qui selon lui aurait pu être un ami. Dans l'image, il laissait cette personne entrer chez lui puis il découvrait qu'elle l'avait volé. L'image était forte et vive ; l'émotion associée était celle de la perte, presque comme un endeuillement, avec une sensation corporelle de vide au creux de l'estomac. Enfin, le traitement s'est centré sur des souvenirs perturbants de son père.

Ceci a été suivi par l'installation d'un scénario futur dans lequel Alex a pu imaginer un emploi satisfaisant et gratifiant ainsi que des interactions sociales agréables avec des amis fiables. Ensuite il s'est imaginé pouvoir avoir un impact sur et une implication dans la vie de son fils.

Lors du suivi, Alex rapportait qu'il ne transportait plus ses possessions avec lui et qu'il pouvait parler avec des personnes sans avoir l'impression de devoir se répéter. Ses scores Y-BOCS montraient des diminutions considérables, depuis la gamme extrême jusqu'à la gamme infraclinique/faible avec des effets thérapeutiques maintenus lors du suivi (voir Figure 4).

Discussion

Ce qui est frappant dans cette étude, c'est le fait que les quatre participants ont décrit avoir connu une amélioration des symptômes dans la période des deux ou trois premières séances. Ces individus souffraient

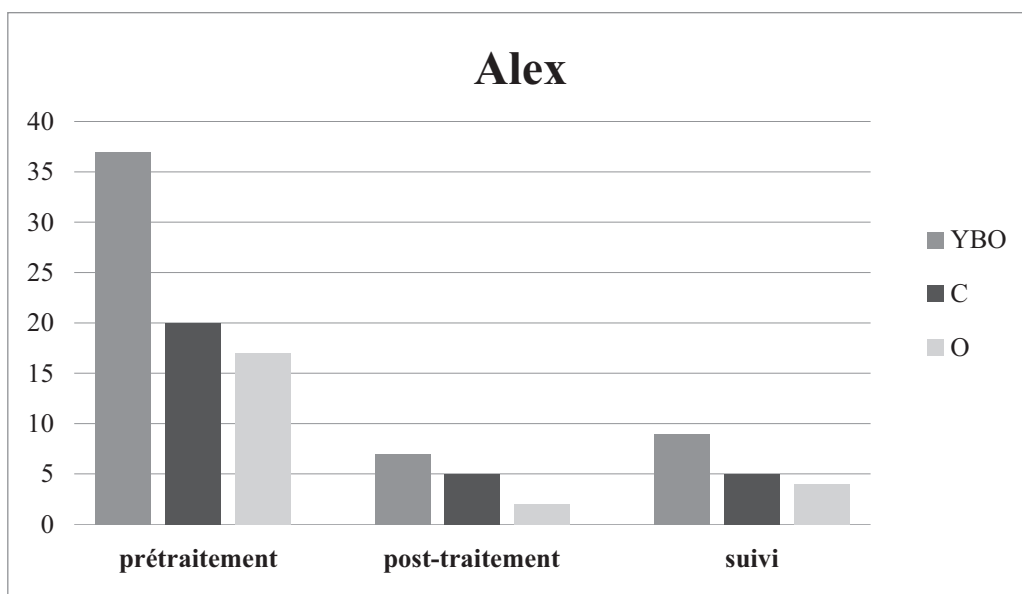


FIGURE 4. Scores Y-BOCS d'Alex.

Note. Y-BOC = score Y-BOCS total ; C = score Y-BOCS sur la sous-échelle des symptômes compulsifs ; O = score Y-BOCS sur la sous-échelle des symptômes obsessionnels.

d'un TOC invalidant depuis de nombreuses années et avaient tenté diverses autres thérapies TCC sans connaître de soulagement. Après 14–16 séances EMDR individuelles, adaptées, chaque participant rapporta une amélioration considérable de ses symptômes et une importante diminution de sa détresse, avec des effets thérapeutiques maintenus lors du suivi après 4–6 mois. Chaque jeune homme avait également apporté des changements conséquents dans son fonctionnement et ses activités, atteignant et maintenant plusieurs buts personnels importants.

Le pourcentage de réduction des symptômes dans cette étude est comparable à celui décrit avec le XE/PR. Les participants bénéficiant du protocole EMDR adapté pour la phobie ont rapporté une réduction des symptômes de 70,4% lors du post-traitement et de 76,1% lors du suivi. Les participants bénéficiant du protocole EMDR adapté pour la phobie avec lecture de vidéo ont rapporté une réduction des symptômes de 81,4% lors du post-traitement et de 81,4% lors du suivi. Cependant, contrairement au XE/PR, le traitement EMDR ne requiert pas de tâche à réaliser entre les séances et la confrontation des peurs est gérable plutôt que débordante.

Conceptualisation du TOC et de son traitement

Shapiro (2001) considère les symptômes et troubles actuels comme la manifestation d'événements

traumatiques passés non traités et ses procédures EMDR standard se fondent sur l'idée que le traitement de ces événements antérieurs éliminera les symptômes présentés. Malheureusement, pour ceux qui travaillent avec les problématiques complexes telles que les TOC, cette approche simple et directe paraît souvent insuffisante. Certains clients nient les événements précoces ; pour d'autres, le traitement d'événements précoces ne semble pas modifier les comportements TOC ritualisés et profondément ancrés. Il est souvent difficile pour les thérapeutes de découvrir une méthode pour gérer les problématiques qui paraissent avoir peu ou pas de fondement traumatique ou logique.

Bien que les TOC puissent trouver leur origine parmi les expériences précoces, ils semblent constituer un trouble qui s'autoperpétue. L'auteur émet l'hypothèse selon laquelle les TOC se comprennent le mieux en tant que séries d'événements entremêlés qui se perpétuent eux-mêmes, ou en tant qu'événement multiple complexe. Chaque déclencheur actuel – chaque obsession et compulsion – est considéré comme un "événement traumatique" récent distinct relié à d'autres événements et à des souvenirs passés de sorte à renforcer et à maintenir des patterns perturbants multidimensionnels de pensées et de comportements. Les TOC ne constituent pas un événement continu mais plutôt un nombre d'événements entremêlés qui à la fois s'entretiennent et se ré-endoctrinent.

Par conséquent, il est recommandé que le traitement démarre en abordant les événements actuels. Les interventions thérapeutiques qui commencent par aborder les incidents passés seront presque toujours remis en cause par des événements TOC plus récents. Le traitement des TOC connaîtra le plus de succès lorsqu'il est centré d'abord sur la diminution du pouvoir des expériences présentes. En gérant les déclencheurs individuels du présent, les événements sous-jacents deviennent souvent apparents ; ils peuvent même se dissiper sans être directement affrontés. Les incidents passés associés et les événements fondamentaux sont naturellement révélés au cours du traitement des déclencheurs actuels, et leur signification et leur pertinence dans la vie courante devient apparentes et affaiblies. Les souvenirs perturbants passés perdent de leur puissance et ils deviennent davantage malléables au traitement après la résolution des événements TOC actuels.

Les protocoles EMDR adaptés à la phobie

Deux adaptations différentes du protocole EMDR pour la phobie ont été utilisées. Dans les deux protocoles, les déclencheurs actuels (compulsions et obsessions TOC) constituaient les premières cibles traitées en EMDR.

Dans la première expérience, employant l'adaptation du protocole EMDR pour la phobie, les participants faisaient venir une image d'un déclencheur actuel et identifiaient la partie la plus perturbante, comme dans le protocole EMDR standard, mais sans cognitions identifiées. Le traitement commença en se centrant sur l'image, l'émotion et la sensation corporelle. Quand un déclencheur actuel avait été désensibilisé, le suivant était retraité, jusqu'à la désensibilisation de tous les déclencheurs. Le scénario futur était alors installé, puis les souvenirs passés désensibilisés. Lorsque la désensibilisation avait été complètement réalisée, la cognition positive était installée. A certains égards, cette procédure peut être comprise comme traitant tous les déclencheurs, toutes les peurs et tous les souvenirs en tant qu'un événement multiple complexe, chaque aspect représentant une partie du tout, et comme désensibilisant toute cette cible avant de passer à l'installation cognitive. Dans ce protocole, le travail cognitif est laissé jusqu'à la fin à cause du risque potentiel que des pensées obsessionnelles empêchent le traitement émotionnel et somatique.

Il est attendu que cette adaptation soit la plus efficace pour les patients dont les obsessions semblent accablantes et lorsqu'existe une inquiétude qu'une déstabilisation et une perte des gains se produiraient

au cas où les phases cognitives de l'EMDR étaient entamées avant la désensibilisation complète de tous les déclencheurs. L'emploi de ce protocole désensibilise les déclencheurs et réduit l'anxiété de telle sorte que le patient diminue son implication au niveau de ses obsessions et de ses compulsions, permettant des changements comportements réussis. Ceci semble réduire la puissance des obsessions principales (cognition négative), désamorçant leur pouvoir avant que le patient ne doive les confronter directement. Des recherches sont nécessaires afin d'investiguer ces hypothèses.

Dans la deuxième expérience, la lecture mentale de vidéo du déclencheur récent fournit une méthode au patient permettant d'éprouver les émotions et les sensations corporelles liées au déclencheur dans un environnement sûr et protégé. Dans l'EMDR standard, l'événement ciblé est réévalué de nombreuses fois au cours de la séance en demandant au patient de revenir à l'incident et de rapporter ce qu'il remarque. Dans ce protocole, le patient est invité à revenir à la lecture de vidéo et à faire défiler le film encore et encore, en s'arrêtant dès qu'il remarque une perturbation. Le traitement subséquent utilise les procédures EMDR standard pour continuer la désensibilisation et l'installation cognitive jusqu'à la résolution complète du déclencheur, quand, au cours de la lecture vidéo, le patient ne rapporte aucune détresse et adhère pleinement à la cognition positive. Ce processus est répété avec le déclencheur suivant. Lorsque tous les déclencheurs ont été complètement traités, l'EMDR est utilisé pour traiter les souvenirs passés puis pour installer le scénario futur.

Il est attendu que l'adaptation du protocole EMDR pour la phobie avec lecture de vidéo pourrait être la plus efficace pour les patients dont les obsessions et les compulsions TOC sont complexes, impliquant des activités multiples. Elle divise l'anxiété en parties réduites gérables et le patient ne doit se centrer que sur une seule petite étape à la fois. La lecture de vidéo permet une désensibilisation détaillée de chaque aspect de l'événement TOC, éliminant les peurs et rendant le patient plus fort. Des recherches sont nécessaires pour investiguer ces hypothèses.

Le traitement de l'anxiété sévère

Dans une étude investigant l'EMDR dans le traitement du trouble panique avec agoraphobie (Goldstein et al., 2000), la réponse des participants n'était pas optimale. Les chercheurs ont émis l'hypothèse selon laquelle la faible réponse pouvait être causée par le besoin des participants d'une préparation plus

étendue en raison d'une difficulté à tolérer les affects intenses qui peuvent être éveillés au cours de l'EMDR (Shapiro, 2001). Il est possible que la séance unique consacrée au recueil de l'histoire et à la préparation dans cette étude était insuffisante à cet égard. Dans une étude récente du cas unique d'une femme atteinte d'un trouble panique avec agoraphobie, Fernandez et Faretta (2007) ont fourni trois séances de recueil d'histoire et trois séances de préparation, suivies de 12 séances de retraitement, résultant en la rémission du diagnostic. Ils ont attribué sa capacité à s'engager avec succès dans le traitement en séance au travail approfondi de préparation.

Dans cette étude, le recueil de l'histoire a été réalisé en deux séances pour trois participants, le quatrième participant nécessitant quatre séances en raison d'une histoire complexe. Contrairement à Fernandez et Faretta (2007) qui ont enseigné des "techniques d'autocontrôle" à leur patiente (p. 51), dans cette étude, aucune stratégie spécifique de gestion de l'anxiété n'a été enseignée. La préparation apportée était celle de l'introduction standard à l'EMDR, utilisant la procédure du lieu sûr/calme et un premier essai avec une cible insignifiante.

Il est important de noter que l'anxiété des participants était gérée dans les adaptations du protocole EMDR développées par l'auteur. Ces procédures dosent l'anxiété, la rendant gérable et tolérable dans chaque séance. Chaque élément effrayant des déclencheurs, obsessions et compulsions des participants était divisé en parties réduites et gérables, systématiquement ciblées et désensibilisées par le processus thérapeutique. Il s'agissait d'un processus hautement tolérable qui n'a pas suscité d'anxiété extrême. Les participants ont plutôt vécu une désensibilisation rapide des cibles avec un soulagement subséquent et le retraitement du matériel associé. En conséquence de cette procédure efficace, les participants ont décrit le développement d'un sentiment de maîtrise et modifié leurs comportements associés avec une diminution notable des symptômes.

Limites de l'étude actuelle

Aucune conclusion définitive ne peut être tirée de cette recherche préliminaire. Les limites de cette étude comprennent la conceptualisation d'étude de cas. Il existe toujours la possibilité de réponses particulières basées sur la personnalité individuelle, les origines et les événements de vie. Ceci est une étude préliminaire et les résultats ne peuvent pas nécessairement se généraliser à d'autres patients. Cependant, la conceptualisation par étude de cas permet d'examiner en détail

la réponse individuelle ainsi que le processus thérapeutique. Il devrait être noté que ces participants présentaient un TOC de longue date qui n'avait pas répondu à un traitement TCC antérieur ; que l'amélioration avec les protocoles TOC était apparente après seulement deux ou trois séances ; et que les résultats étaient maintenus lors du suivi après 4–6 mois.

Deux adaptations différentes du protocole EMDR pour la phobie ont été développées et testées dans une conceptualisation d'étude de cas. Les adaptations étaient fondées sur la perspective théorique selon laquelle le TOC est un trouble qui s'autoperpétue avec des comportements TOC et des déclencheurs actuels qui renforcent et maintiennent le trouble. Il n'est pas possible de déterminer à partir de cette étude si les deux adaptations ont été également efficaces, ni si une approche était plus adaptée que l'autre à un type particulier de présentation. Des recherches futures sont nécessaires pour investiguer ces questions.

Les procédures et protocoles EMDR standard ont été modifiés pour tenir compte de cette compréhension du TOC. Le traitement commence en abordant les obsessions et compulsions actuelles, plutôt qu'en travaillant sur des problèmes passés, même si cette dernière approche constitue la procédure EMDR standard. Diverses autres modifications ont été apportées aux procédures standard, incluant notamment le report de l'installation cognitive et la lecture mentale de vidéo.

Une autre limite de cette étude provient du fait que le premier auteur était également le thérapeute ; il a également réalisé les évaluations Y-BOCS lors du pré- et du post-traitement. Toutefois tous les participants sont arrivés avec un diagnostic de TOC posé par un professionnel indépendant prescripteur qui déclarait que les symptômes TOC des participants n'avaient pas connu de rémission lors de thérapies antérieures. Les évaluations de suivi ont été réalisées par des assessseurs indépendants.

Recherches futures

Des recherches futures sont nécessaires pour investiguer l'efficacité des deux adaptations présentées pour la première fois dans cette étude : l'adaptation du protocole EMDR pour la phobie et l'adaptation du protocole EMDR pour la phobie avec lecture de vidéo. Il est espéré que cette recherche pourra éclairer et clarifier l'approche EMDR la plus efficace pour aider les patients présentant des troubles tels que le TOC, dans lequel le fonctionnement est entravé par les modes habituels de pensées obsessionnelles et de comportements compulsifs qui s'autoperpétuent.

Il est possible que ces protocoles soient adaptés à d'autres troubles dans lesquels le lien avec des traumatismes antérieurs est secondaire et peu pertinent et dans lesquels la manifestation symptomatique actuelle semble exister de son propre chef, se renforçant et se perpétuant elle-même. Certains exemples pourraient en être la phobie sociale et le trouble panique avec agoraphobie, dans lesquels l'évitement par le patient des situations redoutées renforce l'anxiété. Les protocoles pourraient s'avérer utiles avec d'autres troubles qui sont considérés comme relevant du spectre TOC, tels que la dysmorphophobie. Il est également possible que des symptômes dépressifs tels que la rumination et le retrait comportemental puissent répondre à ces protocoles. Des recherches futures sont recommandées pour investiguer ces possibilités.

Références

- Allemagne, K. L. (2009, August). *The use of EMDR with treatment resistant patients suffering from chronic obsessive-compulsive disorder*. Poster presented at the annual meeting of the EMDR International Association, Atlanta, GA.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e éd.)*. Washington, DC: Auteur.
- Atmaca, M., Onalan, E., Yildirim, H., Yuce, H., Koc, M., Korkmaz, S., et al. (2011). Serotonin transporter gene polymorphism implicates reduced orbito-frontal cortex in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(5), 680–685.
- Bae, H., Kim, D., & Ahn, J. (2006). A case series of post-traumatic obsessive-compulsive disorder: A six month follow-up evaluation. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association, 45*(5), 476–480.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007/2009). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*, CD003388. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>
- Böhm, K., & Voderholzer, U. (2010). *Use of EMDR in the treatment of obsessive-compulsive disorders: A case series [Einsatz von EMDR in der Behandlung von Zwangsstörungen: Eine Fallserie]*, 175–181. Téléchargé le 1er octobre 2011 depuis http://content.karger.com/ProdukteDB/miscArchiv/000/319/439/000319439_sm_eversion.pdf
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A Multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *The American Journal of Psychiatry, 162*(2), 214–227.
- Brady, P. (2003, November). *Genetics may help explain OCD*. Téléchargé le 16 septembre 2008 de Yale Daily News Website: <http://www.yaledailynews.com/news/2003/nov/04/genetics-may-help-explain-ocd/>
- Browning, C. J. (1999). Floatback and float forward: Techniques for linking past, present and future. *EMDRIA Newsletter, 4*(3), 12, 34.
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology, 60*(4), 429–441.
- de Jongh, A., Holmshaw, M., Carswell, W., & van Wijk, A. (2010). Usefulness of a trauma-focused treatment approach for travel phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.680>
- de Jongh, A., & ten Broeke, E. (2009). EMDR and the anxiety disorders: Exploring the current status. *Journal of EMDR Practice and Research, 3*(3), 133–140.
- de Jongh, A., van den Oord, H. J., & ten Broeke, E. (2002). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of specific phobias: Four single-case studies on dental phobia. *Journal of Clinical Psychology, 58*(12), 1489–1503.
- de Silva, P., & Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 37*(10), 941–951.
- Fernandez, I., & Faretta, E. (2007). Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Clinical Case Studies, 6*(1), 44–63.
- Feske, U., & Goldstein, A. J. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(6), 1026–1035.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy, 43*(12), 1543–1558.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2011). Treatment of obsessive compulsive disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 229–243.
- Goldstein, A. J., de Beurs, E., Chambless, D. L., & Wilson, K. A. (2000). EMDR for panic disorder with agoraphobia: Comparison with waiting list and credible attention-placebo control conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 947–956.
- Goldstein, A. J., & Feske, U. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing for panic disorder: A case series. *Journal of Anxiety Disorders, 8*, 351–362.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., et al. (1989). The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46*(11), 1006–1011.
- Heyman, I., Mataix-Cols, D., & Fineberg, N. A. (2006). Obsessive-compulsive disorder. *British Medical Journal, 333*(7565), 424–429.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593–602.

- Khouzam, H. R., Emes, R., Gill, T., & Raroque, R. (2003). The antidepressant sertraline: A review of its uses in a range of psychiatric and medical conditions. *Comprehensive Therapy*, 29(1), 47–53.
- Kleiner, L., & Marshall, W. L. (1987). The role of interpersonal problems in the development of agoraphobia with panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders*, 1(4), 313–323.
- Luber, M. (2009a). Current anxiety and behavior. Scripted by Marilyn Luber (Francine Shapiro, 2001, 2006). In M. Luber (Ed.), *EMDR scripted protocols: Basic and special situations* (pp. 133–141). New York: Springer Publishing.
- Luber, M. (2009b). Phobia protocol. Scripted by Marilyn Luber (Francine Shapiro, 2001, 2006). In M. Luber (Ed.), *EMDR scripted protocols: Basic and special situations* (pp. 155–173). New York: Springer Publishing.
- Maher, M. J., Huppert, J. D., Chen, H., Duan, N., Foa, E. B., Liebowitz, M. R., et al. (2010). Moderators and predictors of response to cognitive-behavioral therapy augmentation of pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 40(12), 2013–2023.
- Maxfield, L., & Melnyk, W. T. (2000). Single session treatment of test anxiety with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *International Journal of Stress Management*, 7(2), 87–101.
- McNally, R. J., & Lukach, B. M. (1992). Are panic attacks traumatic stressors? *The American Journal of Psychiatry*, 149(6), 824–826.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4(4), 273–280.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2006). *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: National clinical practice guideline number 31*. Leicester, United Kingdom: British Psychological Society & the Royal College of Psychiatrists.
- Nauert, R. (2006). *Genetic link for OCD discovered*. Téléchargé le 16 septembre 2008 de Psych Central Website: <http://psychcentral.com/news/2006/07/27/genetic-link-for-ocd-discovered/>
- Parnell, L. (2007). *A therapist's guide to EMDR: Tools and techniques for successful treatment*. New York: Norton.
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A., & Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1310–1325.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Steketee, G. (1996). *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. New York: Guilford Press.
- Steketee, G., & White, K. (1990). *When once is not enough: Help for obsessive compulsives*. Oakland, CA: New Harbinger Press.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., & Diefenbach, G. J. (2005). Defining response in clinical trials for obsessive-compulsive disorder: A signal detection analysis of the Yale-Brown obsessive compulsive scale. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(12), 1549–1557.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2011). *SAMHSA's national registry of evidence-based programs and practices*. Washington DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Téléchargé le 1er octobre 2011 de <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=199>
- World Health Organization. (2011). *Global burden of obsessive-compulsive disorder in the year 2000*. Téléchargé le 16 juin 2011 de http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_obsessivecompulsive.pdf

Toute correspondance concernant cet article peut être adressée à John Marr, Finchale Training College, Durham, County Durham, DH1 5RX, Royaume-Uni. Courriel : john.marr@finchalecollege.co.uk ou g4wui@kelloe.plus.com