

La thérapie EMDR dans la prise en charge des auteurs de violence sexuelle sur des enfants : intérêt et questions à propos d'un cas

EMDR therapy in the treatment of child molesters themselves victims of abuse: a case study

C. de Beaufrepaire*, F. Haour**



C. de Beaufrepaire



F. Haour

Les effets psychopathologiques des traumatismes subis au cours de l'enfance par les auteurs d'agression sexuelle modifient leur état mental, émotionnel et cognitif, et favorisent les comportements sexuels déviants. C'est sur cette base que nous avons entrepris de traiter un auteur d'agressions pédophiliques dont nous présentons brièvement ici l'histoire et le protocole thérapeutique.

Rôle du trauma sur l'organisation psychique

On connaît les effets pathogènes des expériences traumatiques précoces – faible estime de soi, démotivation, tendance à l'isolement, doute et identification à l'agresseur, mais aussi dissociation, confusion, dépendance et impulsivité – et la fréquence des troubles émotionnels, thymiques et addictifs qui en découlent. Ce contexte psychopathologique favorise les comportements violents et, dans les cas de traumatismes sexuels précoces, l'apparition de troubles divers du comportement sexuel (3-6). Ces "séquelles" traumatiques ont été bien décrites par de nombreux auteurs, qui les retrouvent chez les auteurs de violences sexuelles (4).

M.F. Schwartz et W.H. Masters ont identifié une organisation psychique compulsive et addictive

s'exprimant sur un mode sexuel déviant chez les agresseurs sexuels exposés dans l'enfance à des expériences traumatiques sévères et/ou complexes (7). Le repérage et le traitement des traumatismes précoces et de leurs séquelles réduisent les processus compulsifs et addictifs, les intrusions mnésiques et cognitives et les comportements agressifs et violents (7). P.C. Datta et J. Wallace ont montré que le traitement EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) d'adolescents incarcérés pour des faits d'agression sexuelle, ayant eux-mêmes vécu des traumatismes sexuels infantiles, permet de rompre le classique "cycle d'abus" (8). T. McMulin, insistant sur le fait que des traumatismes de l'enfance, non traités, sont susceptibles d'engendrer ultérieurement des comportements inadaptés, compulsifs et addictifs (9, 10), inclut ainsi l'EMDR dans un programme de prévention de la récurrence (10). L'ensemble de ces données a été abordé et développé par R.J. Ricci à propos d'un cas (11).

Cas clinique

Jean, 41 ans, chauffeur livreur, a 2 filles d'un premier mariage (18 et 13 ans), et un fils de 8 ans de sa femme actuelle, institutrice. Excellent père pour ses 3 enfants, il n'est actuellement soumis à aucune obligation judiciaire.

* Hôpital de Maison-Blanche, Paris.

** Association EMDR France, Paris.

Résumé

Nous rapportons les modalités et les résultats du traitement par la thérapie EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) des traumatismes infantiles d'un auteur d'actes pédophiles, plusieurs fois incarcéré, traité par 2 antiandrogènes, victime lui-même d'expériences traumatiques complexes dans l'enfance : l'EMDR a eu un impact favorable, après 8 mois de traitement, non seulement sur l'état de stress post-traumatique, mais sur le comportement pédophilique persistant sous antiandrogènes. Le niveau d'anxiété (score BAI-21 [1]) s'est normalisé en 5 séances de thérapie, et l'indice de satisfaction de la qualité de vie (*Schwartz Outcome Scale* [2]) a été multiplié par 5. Le protocole EMDR semble ainsi prometteur pour la prise en charge des auteurs de violence sexuelle.

Mots-clés

Agresseurs sexuels
Pédophilie
Traumatisme psychique
Stress post-traumatique
Thérapie EMDR

Histoire personnelle

Deuxième d'une fratrie de 3 garçons, de famille modeste, Jean n'a pas fait d'études brillantes, et il a choisi d'entrer rapidement dans la vie active en tant que chauffeur de poids lourds et d'autocars. Ayant eu une enfance douloureuse, une mère violente et dépressive et un père également dépressif, Jean est timide et anxieux, il se lie difficilement avec ses camarades, et dit avoir été terrorisé par sa mère et son frère aîné.

Histoire traumatique

L'histoire traumatique de Jean est lourde et complexe, marquée par des violences physiques, sexuelles et émotionnelles précoces, prolongées au cours de l'enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte :

- les violences émotionnelles consistent en des brimades maternelles ; sa mère envoie Jean, énurétique diurne et nocturne, à l'école sans culotte et le fait dormir dans le couloir avec le chien ;
- les violences sexuelles : depuis que Jean a 5-6 ans, son frère aîné le soumet à des jeux sexuels, rapidement quotidiens et tyranniques pendant près de 10 ans, attouchements, fellations et pénétrations. Jean est dans un état de soumission et d'impuissance (en raison de la complicité entre sa mère et son frère aîné et du silence de son père). Il ne parviendra qu'à l'âge de 15 ans à faire cesser cette relation. À 11 ans, il avait été agressé par un inconnu dans un terrain vague, et violé par sodomie sous la menace d'un couteau fortement appuyé sur sa gorge, visage enfoui dans la terre mouillée. Il s'agit pour lui du traumatisme le plus bouleversant et le plus actif, mais il dit être affectivement marqué "à vie" par son expérience de soumission incestueuse fraternelle ;
- Jean est à plusieurs reprises confronté à la mort : accidents de voiture à 20 ans, suicide de son père, Jean le découvrant mort, assis sur son lit, lettre sur la table et affaires en ordre, après l'annonce par le médecin du cancer du poumon de son épouse ; la mère de Jean en décéda 2 ans plus tard ;
- ses 2 filles connaissent plusieurs épisodes graves : tentatives de suicide pour l'aînée, troubles anxieux majeurs pour la seconde, suivie en pédopsychiatrie.

L'atmosphère traumatique infiltre l'existence quotidienne de Jean : par exemple, lors du décès de sa mère, il retrouve son frère et a une attaque de panique ; il évite les hommes adultes à l'exception de son beau-père ; il lui est impossible de manipuler de la terre à la suite du viol ; il est quasi incapable de conduire – c'est pourtant son métier –, tant il a de visions envahissantes de ses accidents.

Vie affective

Secrètement amoureux de chanteuses dont le fantasme déclenchait une excitation sexuelle, mais trop timide avec les filles de son âge, il a tenté des aventures homosexuelles passives, insatisfaisantes et angoissantes. Puis il a noué une relation houleuse avec la mère de ses filles. Sa femme actuelle est patiente, compréhensive, attentive, ils aimeraient avoir un second enfant. Observons que les relations sexuelles n'ont abouti qu'avec le recours à des fantasmes pédophiles.

Histoire pédophilique

Il y a 20 ans, il a été surpris par une attirance brutale pour un garçon inconnu d'une dizaine d'années, au point de le suivre et de tenter d'obtenir un contact physique avec lui. La pulsion, très forte, l'a sidéré, et l'a conduit à plusieurs réitérations par semaine, parfois par jour, avec d'autres enfants d'une dizaine d'années qui "accrochaient" sa vue, de manière "hypnotique" ou "magnétique". Le fantasme de l'enfant ou de son archétype, brun, sec, nerveux, cheville dénudée, tendons visibles, peu à peu envahissant, obsédant, taraudant, urgent, le contraint, dans une sorte d'état second, à sortir dans la rue dans la pénombre, "en chasse". Lors de rencontres furtives, le contact peut aller plus loin, jusqu'à une fellation et une pénétration, ce qui le laisse anéanti. Cette activité compulsive suit des séquences stéréotypées – violentes crises d'angoisse, insomnie, cauchemars, puis irruption d'un fantasme prégnant, puis compulsion irrésistible et quête d'un enfant – toujours associées à des états émotionnels de dépression et d'échec. Jean a été incarcéré

Summary

This case report concerns the results of EMDR therapy for a victim of complex sexual abuse, who became himself a child molester, which has led him to imprisonment and antiandrogen therapy. After a 8-month EMDR treatment focused on his childhood traumas, with only 5 sessions, anxiety (BAI-21 score [1]) decreased and quality of life scores (SOS[2]) increased five-fold, while the patient related the vanishing of his sexual interest for young children, still present despite a 2-year intensive antiandrogen treatment. Clinical improvement remained stable. EMDR is therefore a promising approach for the treatment of child molesters.

Keywords

Sexual abusers
Child molesters
Paedophilia
Traumatic events
Complex trauma
Post traumatic stress disorder
EMDR therapy

3 fois. Il a toujours reconnu les faits, n'a jamais fait l'objet de soins auxquels il aurait été pénalement contraint, et c'est à l'issue de sa dernière incarcération qu'il a volontairement rejoint une étude Inserm multicentrique visant à comparer 2 antiandrogènes avec imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf). Il a été suivi 2 ans (de 2008 à 2009) dans ce cadre, recevant un traitement injectable mensuel par leuproréline (Enantone[®]) associé à un traitement par acétate de cyprotérone (Androcur[®]). Parallèlement, il a suivi une psychothérapie individuelle avec une psychologue psychothérapeute. Les soins ont été poursuivis, à l'issue de l'étude, de 2009 à 2011.

De 2008 à fin 2010 :

- sur le plan sexuel, l'excitabilité génitale disparaît ainsi que les fantasmes, les pulsions anxiogènes et les phases compulsives de quête d'enfants ;
- sur le plan psychique, il y a une instabilité émotionnelle, anxieuse et thymique majeure, des moments dépressifs, des attaques de panique et quelques épisodes autoagressifs ;
- sur le plan thérapeutique, Jean est hospitalisé 6 fois, au début de l'hiver et de l'été, pour des paroxysmes anxieux avec automutilations et hallucinations verbales nécessitant un lourd traitement psychotrope, associé aux 2 antiandrogènes.

Peu à peu, le contexte étiologique de ses troubles psychiques complexes apparaissant nettement comme étant de nature traumatique, le traitement a été orienté vers celui de ses traumatismes infantiles. La thérapie EMDR a été choisie et entreprise en décembre 2010, après une nouvelle hospitalisation psychiatrique de 4 semaines, avec le maintien de sa prise en charge médicamenteuse et psychologique.

Psychothérapie EMDR : protocole et déroulement

Développé depuis 1989 par F. Shapiro pour le traitement des états de stress post-traumatique chez les soldats (12-14), le protocole de psychothérapie EMDR a été validé par de nombreuses études cliniques randomisées et méta-analyses confirmant son efficacité dans le traitement des stress post-traumatiques (15-19) et des stress émotionnels (14), puis par l'ensemble des organismes chargés des recommandations dans le domaine médical (20-22). Le traitement se fonde sur un processus de retraitement de l'information, facilité par des stimulations bilatérales alternées qui peuvent être oculaires, auditives ou tactiles.

Après 2 ou 3 séances initiales – évaluation diagnostique, mise en confiance du patient, explications psychopédagogiques et installation d'une alliance thérapeutique –, commence le traitement proprement dit des manifestations traumatiques. Les "cibles", situations traumatiques relatées par le patient, sont traitées en 8 phases de désensibilisation et de retraitement mnésique, au cours de séances de 60 à 90 minutes qui incluent de courtes périodes de stimulations bilatérales alternées destinées à favoriser le retraitement du souvenir. Durant ces phases, le patient se focalise sur un souvenir "cible", émotionnellement perturbant et/ou traumatique. Deux échelles d'autoévaluation sont utilisées pour caractériser l'état initial et l'évolution du patient au cours de la séance : la SUD (*Subjective Unit of Disturbance*, cotée de 0 à 10, la valeur optimale étant le 0) [23] et la VOC (*Validity of Cognition Scale*, cotée de 1 à 7, la valeur optimale étant le 7) [24]. Pour une cible donnée, une ou plusieurs séances permettent d'atteindre les scores qui attestent du retraitement du souvenir traumatique, donc de l'efficacité du traitement pour la cible considérée. Pour le traitement EMDR des traumatismes complexes, l'utilisation du protocole inversé (*reverse protocol*), du futur au passé, semble être une bonne approche (25). L'évaluation diagnostique initiale de Jean fait état d'une pédophilie homosexuelle (DSM-IV [26] : 302.2 ; CIM-10 [27] : F65.4), d'un trouble de personnalité mixte, borderline, évitant, dépendant et dépressif (PDQ4 [28]), d'un stress post-traumatique élevé – *Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale* (PCLS) [29], d'un score élevé de dissociation – *Dissociative Experience Scale* (DES [30]), d'un score très élevé d'anxiété généralisée (BAI-21), et d'une faible estime de soi – *Schwartz Outcome Scale* (SOS) [2]. Ces 2 derniers instruments seront utilisés au cours du traitement EMDR pour évaluer l'évolution. En contrepoint, Jean dispose d'une bonne stabilité professionnelle et familiale, avec adhésion thérapeutique.

Au cours des 6 premiers mois du traitement EMDR, 11 sessions ont eu lieu. Jean choisit généralement la cible traumatique, celle-ci est traitée en 1 ou 2 séances.

Lors des sessions 1 et 2, l'histoire clinique est rétablie, les principes de la thérapie sont expliqués à Jean, les techniques de relaxation lui sont enseignées, et il y a une évaluation diagnostique.

La session 3 correspond au premier protocole EMDR. La cible est un coup de téléphone reçu par Jean de son frère. Le patient doit formuler une "cognition négative" (CN) et une "cognition positive" (CP) se rapportant à la cible. La CN est "je suis en danger", la

CP est "je suis en sécurité". Le score SUD (détresse) témoigne du malaise du patient. Le score VOC (validité de la cognition positive) est bas. Les émotions sont la peur, l'humiliation et la tristesse. Le thème de la séance est la sécurité. La séance est complète (le score d'anxiété SUD est égal à 0, et le score de validité cognitive VOC est maximal, c'est-à-dire égal à 7); le patient repart calme, fatigué, mais content. La session 4 est le deuxième protocole EMDR. La cible est un épisode dans lequel la mère de Jean l'oblige, à 11 ans, à aller à l'école les fesses nues pour le punir de faire pipi dans sa culotte pendant la journée. La CN est "je suis impuissant", la CP est "je peux faire des choix". Les émotions sont la colère, la honte et la tristesse. Le thème est la possibilité de faire un choix. La séance est incomplète (l'amélioration des scores d'anxiété et de validité cognitive demeure partielle), l'aspect "honte et estime de soi" de la cible sera retraité.

La session 5 correspond au troisième protocole EMDR. La cible est l'incarcération de Jean à l'âge de 33 ans. La CN est "je suis en danger", la CP est "je peux apprendre à me protéger". Les émotions sont la peur, la honte et la tristesse. Le thème est la sécurité. À l'issue de la séance, complète (SUD = 0, VOC = 7), le patient est épuisé mais satisfait; il part en vacances en famille le lendemain.

La session 6 est le quatrième protocole EMDR. La cible est le viol par un inconnu lorsque Jean avait 11 ans, couteau sur sa gorge. La CN est "je suis impuissant", la CP est "je peux trouver un moyen de m'en sortir". Les émotions sont la tristesse, la peur, la honte et la colère. Le thème est la possibilité de faire un choix. Les scores initiaux sont: VOC = 5 et SUD = 8. La séance est complète (VOC = 7, SUD = 0), et le patient détendu. La session 7 est le cinquième protocole EMDR. La cible est le viol de Jean, son violeur est derrière lui, Jean a la tête enfouie dans la terre. La CN est "je suis impuissant", la CP est "je peux réagir". Les scores initiaux sont: VOC = 3 et SUD = 10. Les émotions sont la peur, la colère et la tristesse. Le thème est la possibilité d'un choix. La séance est incomplète. La session 8 correspond au sixième protocole EMDR. Le patient a pu jardiner pour la première fois sans être dérangé par l'odeur de la terre mouillée; la séance 7 semble avoir permis à Jean de se désensibiliser quant à cet aspect traumatique. Les résultats des tests SOS et BAI-21 sont normalisés. Le niveau d'anxiété (BAI-21 = 10) est dans la zone des valeurs normales et le score SOS, de 31 (la valeur maximale étant 60), a été multiplié par 3. On poursuit le traitement de la cible "viol à 11 ans". La CN est "je ne peux pas faire confiance aux hommes"; la CP est "je peux apprendre à faire confiance aux autres". Les émotions

sont la peur, la tristesse et l'angoisse. Les scores initiaux sont: VOC = 3 et SUD = 5. Le thème est la sécurité. La séance est complète (scores finaux: VOC = 7, SUD = 0). La session 9 est le septième protocole EMDR. La séance 8 est réévaluée: le viol ne produit plus de stress. On propose de compléter la séance 6, concernant la honte et l'estime de soi. La cible demeure l'épisode durant lequel sa mère le force à sortir les fesses nues, à 11 ans, pour aller à l'école. La CN est "je suis mauvais", la CP est "je suis quelqu'un de bien". Les scores initiaux sont: VOC = 5 et SUD = 5. Les émotions sont la honte et la tristesse. Le thème est l'estime de soi. La séance est complète (VOC = 7, SUD = 0).

La session 10, huitième protocole EMDR, réévalue la séance précédente. Le patient dit que "le pipi dans la culotte, c'est fini". Il choisit de travailler sur ses relations avec son frère aîné: il a 6 ans, son frère l'entraîne dans sa chambre pour jouer "à la piscine" et le déshabille. L'attouchement sexuel du frère dans sa chambre constitue la cible. La CN est "je suis impuissant", la CP est "je peux faire des choix". Les scores initiaux sont: VOC = 1, SUD = 5. Les émotions sont la tristesse, la colère, l'humiliation, la révolte et la haine. Le thème est la possibilité d'un choix. La séance est complète (scores finaux: VOC = 7, SUD = 0).

Lors de la session 11, la réévaluation de la séance 10 indique la désactivation de la cible. Le patient est content de la vie, le score SOS, de 55 sur 60, est lié à la diminution importante et stable de l'anxiété (BAI-21 = 10). Il y a disparition des fantasmes pédophiles, et l'évaluation clinique est satisfaisante. Le couple manifeste le désir d'un second enfant. Le psychiatre du patient, en accord avec le thérapeute EMDR, entreprend, 3 mois après le début de la thérapie EMDR, la diminution du traitement antiandrogène en même temps que celle de l'Androcur®.

Six mois après le début de la thérapie EMDR et 3 mois après le début de la diminution de son traitement pharmacologique, Jean part en vacances d'été avec le traitement suivant:

- ▶ Enantone® 3,75 mg (leuproréline): 1 injection mensuelle d'une demi-ampoule;
- ▶ Seropram® (citalopram): 2 comprimés/j;
- ▶ Seresta® 50 mg (oxazépam), 2 comprimés/j;
- ▶ Risperdal® (rispéridone), 4 mg/j, en seul cas de besoin.

Au cours des 3 derniers mois ont donc été supprimés le Risperdal Consta® 50 mg, le Risperdal® p.o. 8 mg/j, l'Androcur® 4 comprimés/j, la Depakine® (valproate de sodium) 4 cp/j; quant à l'Enantone®, il a été diminué de moitié. Jean est calme, non anxieux, normothymique; il n'a plus aucune préoccupation

Pour en savoir plus...

- » Soberman G, Greenwald R, Rule D. A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems. *J Aggression Maltreatment Trauma* 2002;6(1):217-36.
- » Taylor S, Thordarson D, Maxfield L, Federoff I, Lovell K, Ogrodniczuk J. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(2):330-8.
- » Chemtob CM, Tolin DF, van der Kolk BA, Pitman RK. Eye movement desensitization and reprocessing. Dans : EB Foa, TM Keane, M Friedman, eds. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: International Society for Traumatic Stress, 2000:333-5.

pédophile et participe à toutes les activités sociales et familiales. Depuis la suppression de l'Androcur®, il a retrouvé une discrète excitabilité sexuelle, le couple semble satisfait sans aucun recours à une fantasmagorie pédophile.

À la fin de ses vacances, survient une attaque de panique probablement déclenchée par une lecture. Jean appelle son psychiatre ainsi que sa thérapeute EMDR et contrôle son état d'angoisse. Puis, de retour de vacances, il est de nouveau envahi par une angoisse généralisée, qu'il est impuissant, cette fois, à contrôler. Il identifie un déclencheur, un fait divers (viol suivi de meurtre), et fait de nouveau appel à son psychiatre en urgence. Il souhaite être hospitalisé, a des idées autoagressives, mais ne souffre d'aucune intrusion pédophile. Une hospitalisation de courte durée a lieu dans l'établissement habituel, le psychiatre constate le changement, ne modifie pas son traitement, mais choisit de le garder quelques jours. La problématique de Jean à ce stade de son traitement n'est plus d'ordre pédophile mais traumatique. Jean reprend son travail, apaisé : "La crise est passée", dit-il.

Bilan et discussion

L'histoire traumatique de Jean est complexe, précoce et prolongée. L'évitement et la dépendance n'ont endigué ni l'anxiété traumatique ni la dépression. Il a développé des mécanismes compulsif et addictif, mis en œuvre régulièrement lors de réactivations anxieuses, avec, dans les cas d'expériences trau-

matiques physiques et sexuelles, identification à l'agresseur, conformément aux données de la littérature (7, 12-14). Ses affects et émotions traumatiques, associés à ses compulsions – peur, impuissance et colère – ont été traités par la thérapie EMDR. Le soulagement, l'amélioration spectaculaire de son bien-être, la disparition de la solution pédophilique et la projection dans le futur attestent de l'efficacité de la thérapie. Cependant, ses rechutes anxieuses posent plusieurs questions, parmi lesquelles celle du remplacement de ses modalités défensives pathogènes habituelles par de nouveaux aménagements, non pathogènes, face à une anxiété traumatique peu à peu libérée.

Conclusion

Huit mois après le début d'une thérapie EMDR chez un auteur de violences pédophiliques victime de traumatismes précoces et complexes, on observe la disparition du comportement pédophilique, autorisant une diminution dans des proportions importantes du traitement antiandrogène, sans rechute. La thérapie EMDR a confirmé l'hypothèse de l'efficacité du traitement des traumatismes infantiles sur les mécanismes compulsifs et addictifs des comportements pédophiliques. Il reste à traiter des "cibles" traumatiques encore très actives et à évaluer l'état des ressources et de la capacité de résilience de Jean. Dans ce but, l'association de techniques thérapeutiques variées paraît requise. ■

Références bibliographiques

1. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-7.
2. Blais MA, Lenderking WR, Baer L et al. Development and initial validation of a brief mental health outcome measure. *J Pers Assess* 1999;73:359-73.
3. Finkelhor D. A sourcebook on child sexual abuse. Beverly Hills, CA: Sage, 1986.
4. Finkelhor D. The trauma of child sexual abuse: Two models. Dans : GE Wyatt, GJ Powell, eds. *Lasting effects of child sexual abuse*. Newbury Park, CA: Sage, 1988:61-2.
5. Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *Am J Orthopsychiatry* 1985;55(4):530-41.
6. Rasmussen LA, Burton JE, Christopherson BJ. Precursors to offending and the trauma outcome process in sexually reactive children. *J Child Sex Abuse* 1992;1(1):33-48.
7. Schwartz MF, Masters WH. Integration of trauma-based, cognitive behavioral systematic and addiction approaches for treatment of hypersexual pair-bonding disorder. *Sexual Addiction and Compulsivity* 1994;1(1):57-76.
8. Datta PC, Wallace J. Enhancement of victim empathy along with reduction in anxiety and increase of positive cognition of sex offenders after treatment with EMDR. Paper presented at the annual conference of the EMDR International Association, Denver, 1996.
9. McMullin T. Unresolved grief and compulsive-addictive behaviors: The connection (Professional training seminar developed for the University of Missouri's professional addiction counselor training series, 1994).
10. McMullin T. Combining EMDR with relapse prevention in treatment of sex offenders. *EMDRIA Newsletter* 1998;3(2):20-5.
11. Ricci RJ. Trauma resolution using eye movement desensitization and reprocessing with an incestuous sex offender. An instrumental case study. *Clinical Case Studies* 2006;5:248-65.
12. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J Traumatic Stress Studies* 1989;2(2):199-223.
13. Shapiro F. EMDR: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford, 1995.
14. Meignant I. Se souvenir sans reviviscence et sans souffrance. Dans : *Réminiscences*. Paris: Érès, 2010.
15. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD003388.
16. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. Multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry* 2005;162:214-27.
17. Sack M, Lempa W, Lamprecht F. Study quality and effect-sizes – a meta-analysis of EMDR-treatment for posttraumatic stress disorder. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2001;51:350-5.
18. Seidler GH, Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med* 2006;36:1515-22.
19. Van Etten M, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 1998;5:126-44.
20. Inserm. *Psychothérapie: trois approches évaluées*. Paris: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, France, Paris, 2004.
21. American Psychiatric Association. *Practice guidelines for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2004.
22. National Institute for Clinical Excellence. *Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*, 2005.
23. Wolpe J. *The Practice of Behavior Therapy*. Pergamon Press: New York, 1969.
24. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress* 1989;2:199-223.
25. Hofmann A. EMDR in the treatment of complex PTSD patients. *Conférence EMDR Europe, Bruxelles*, 2005.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*.
27. CIM-10: classification internationale des maladies, 10^e édition OMS. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 2000.
28. Hylers SE, Skodol AE, Kellman HD, Oldham JM, Rosnick L. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-revised: comparison with two structured interviews. *Am J Psychiatry* 1990;147:1043-8.
29. Yao SN, Cottraux J, Note I, De Mey-Guillard C, Mollard E, Ventureyra V. [Evaluation of Post-traumatic Stress Disorder: validation of a measure, the PCLS]. *Encephale* 2003;29(3 Pt 1):232-8.
30. Bernstein E, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986;174:727-35.