

# **Intégration par les Mouvements Oculaires (I.M.O.) une psychoneurothérapie des émotions associées au traumatisme.**

Integration by Ocular Movements (I.O.M) : neurotherapy in trauma related emotions.

Integracion por los movimientos oculares (I.M.O). Neuroterapia de las emociones asociadas del trauma

**Lesœurs G\*., Domenach A.\*\* , Martinez M.\*\*<sup>1</sup>**

Cette communication a fait l'objet d'une présentation orale lors du Congrès Mondial de Psychothérapie à L'UNESCO à Paris le 26 juillet 2017. Elle est le fruit du travail d'un groupe de trois psychothérapeutes provençaux formés et certifiés par Danie Beaulieu, PhD. Montréal. Le texte ci-dessous présente le processus de la méthode I.M.O. et l'illustre par une vignette clinique.

## **Le psychotraumatisme**

Le psychotraumatisme, selon Danie Beaulieu, initiatrice de l'IMO correspond à « toute expérience traumatisante qui continue à porter des empreintes négatives et récurrentes dans un ou des systèmes sensoriels et/ou sur les plans cognitif ou émotif ». Le psychotraumatisme est dû à l'effraction dans l'existence d'une personne du Réel de manière brutale et dénuée de sens. Il se produit une sidération de l'Imaginaire et du Symbolique avec un grand retentissement émotif et sensoriel. Longtemps après, le psycho-traumatisme, tel un séisme émotif et sensoriel, reproduit des répliques qui ont un effet délétère sur l'humeur et l'estime de soi. Ces mini-séismes ravivent la peur, l'angoisse, la colère, la culpabilité éprouvées lors de l'événement initial avec un ensemble de sensations et de cognitions négatives. Il peut exister des troubles psychosomatiques divers qui rendent l'existence difficile avec des états anxieux et dépressifs et des attaques de panique. Ce bloc d'informations traumatiques (sensations, émotions, images) est comme « enkysté » de manière dysfonctionnelle dans le cortex. Ce ressenti revient quelquefois très longtemps après.

De nombreuses approches psychothérapeutiques existent avec des résultats divers.

La première option est de conscientiser l'événement traumatique passé et de le parler à l'aide du raisonnement néocortical afin d'essayer de lui donner du sens. On peut aussi tenter de faire appel à l'Imaginaire et au Symbolique pour apurer l'expérience mal vécue. Ces approches peuvent induire un ressassement improductif et une exacerbation de la charge émotif.

La seconde option est recruter le pouvoir réparateur intrinsèque du cerveau et, en quelque sorte, de réinscrire dans la mémoire l'événement traumatique sans le quantum excessif de sensations, d'émotions, d'images et de cognitions, c'est l'hypothèse sur laquelle se fondent les psycho-neuro-thérapies.

---

<sup>1</sup>\*Psychothérapeute-psychanalyste, sexothérapeute, praticien certifié IMO 2, 13520 Paradou.

\*\*Psychothérapeute-psychologue clinicienne-sexologue, superviseur certifié IMO2, 13006 Marseille.

\*\*\* Psycho-praticienne, praticienne certifiée IMO 2, 84120 Pertuis.

## Les psycho-neuro-thérapies

Il est possible, en effet, de réduire de manière notable les conséquences psychologiques et somatiques d'un traumatisme passé avec les techniques neuro-thérapeutiques qui débloquent le verrou émotionnel et sensoriel au niveau sous-cortical (limbique notamment).

A l'heure actuelle, il existe trois techniques psycho-neuro-thérapeutiques qui utilisent les mouvements oculaires afin de réduire le retentissement psychique et somatique des traumatismes même après une longue période :

- IMO (Intégration par les Mouvements Oculaires), (S et C. Andreas, D. Beaulieu, 1990)
- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), (F. Schapiro, 1987)
- Brainspotting<sup>®</sup>, (D. Grand, 2003).

L'IMO est une approche neurothérapeutique qui a été initiée en 1990 aux Etats Unis par Steve et Conrae Andréas à partir de la PNL et de l'hypnose ericksonnienne et développée et affinée par Danie Beaulieu.

### Hypothèse de l'IMO

L'hypothèse scientifique de l'IMO est basée sur le fait que tout événement traumatique est contenu dans un réseau neuronal perturbé. Quand l'effraction traumatique se produit, la totalité du cerveau est concernée du tronc cérébral au cortex frontal provoquant une sidération notamment au niveau du cortex limbique qui ne peut plus gérer l'émotion c'est à dire qu'il ne peut pas la stocker dans sa mémoire neuronale profonde.

Pour illustrer le concept, on peut penser à l'image d'un circuit électrique mis en trop haute tension et qui disjoncte. C'est pourquoi les effets du trauma réapparaissent et polluent la vie psychique du patient. Les mouvements oculaires codifiés de l'IMO permettraient de favoriser le phénomène naturel d'élaboration par le cerveau des expériences, même anciennes, afin de les intégrer dans la mémoire à long terme.

### Processus de l'IMO

Le processus de base de l'IMO consiste en ce que le patient garde constamment présente à l'esprit (*« Restez en contact avec cette expérience... »*) la scène traumatique et que, simultanément, il suit les doigts du thérapeute IMO dans la fenêtre visuelle thérapeutique<sup>2</sup>. Ses ressources mentales sont alors focalisées sur la représentation de la scène avec les images, les pensées, les sensations et les émotions associées.

1. Le thérapeute, tout en pratiquant les mouvements oculaires, demande au patient de rester en contact avec la scène traumatique. Le patient suit des yeux, sans bouger la tête, les mouvements des doigts du thérapeute.

---

<sup>2</sup> Cadre visuel défini par le thérapeute et le patient où s'effectuent les mouvements oculaires en même temps que le patient se remémore la scène traumatique mal vécue.

2. Le patient accède à l'information préoccupante mémorisée sensorielle, cognitive et émotionnelle.
3. Le patient l'exprime brièvement, au cours de la « récolte » qui a lieu après chaque série de mouvements oculaires.
4. Le souvenir traumatique est mis à distance comme si la scène se déroulait sur un écran avec prise de recul.

### **Alliance thérapeutique**

Il est bien entendu que le thérapeute ne démarre pas d'emblée par une première séance d'IMO. Lors de l'entretien inaugural, au cours de l'anamnèse, le thérapeute établit l'alliance thérapeutique avec le patient et l'aide à déterminer la scène traumatique « cible », à savoir ce qui a fait ou fait effraction dans la « peau psychique » (D. Anzieu) du patient.

Très souvent, l'évocation d'un symptôme (phobie, fixation etc.) peut cacher ce qui a produit l'effraction initiale comme nous allons le voir dans la vignette clinique que nous allons détailler dans le paragraphe suivant.

Avant d'exposer ce cas, nous tenons à préciser deux points importants :

- lors de la séance de mouvements oculaires, le patient reste silencieux et concentré sur son vécu sensoriel, émotionnel et cognitif.
- le thérapeute indique, au début, qu'il y aura un temps de recueil bref de ce que le patient a vécu pendant l'exécution du mouvement au plan cognitif, visuel, émotionnel et kinesthésique sans toutefois entrer dans des explications trop longues de sa part notamment sur les raisons qui ont amené ces réactions. D'autre part le thérapeute se gardera de toute interprétation.

### **Vignette clinique : « Anna-Lise a peur de prendre l'avion »**

Anna-Lise<sup>3</sup> est une femme d'une cinquantaine d'années qui travaille dans le domaine médico-social. Elle doit effectuer un voyage en Thaïlande dans le mois qui vient et elle est paniquée comme chaque fois à l'idée de devoir prendre l'avion, ce pourquoi, elle vient consulter.

Au cours de l'entretien, en premier lieu, il apparaît qu'Anna-Lise appréhende de perdre le contrôle, de ne plus être maîtresse d'elle-même et d'être suspendue dans le vide sans possibilité d'action. Nous rencontrons souvent cette explication : le fait de confier son existence entière à une tierce personne et, *a fortiori*, une machine, angoisse les personnes sujettes à cette phobie courante. Anna Lise a déjà pris l'avion et cela a été un véritable calvaire.

Nous sommes très attentif aux symptômes éprouvés et décrits. Quand elle en parle, son corps se fige et elle tremble. Elle dit éprouver un sentiment de mort imminente et la sensation que son corps et son esprit sont comme anesthésiés. Nous lui demandons si elle a déjà ressenti une telle impression : ce qu'elle confirme finalement.

Avec une certaine difficulté, elle se souvient d'avoir déjà vécu cet état de panique et de sidération quand elle avait environ 7 ans. Elle avait alors coutume de faire la sieste avec sa sœur les après-midis d'été. Dans la pénombre, son oncle entrait doucement dans la chambre

---

<sup>3</sup> Prénom fictif d'un cas réel de notre clinique.

et s'approchait de leur lit. Immobiles, sous le drap, elles faisaient semblant de dormir : elles avaient très peur et ne bougeaient plus. L'oncle s'allongeait à côté d'elles, les embrassait autour des oreilles et les tripotait. Anna Lise était comme pétrifiée, elle s'arrêtait de respirer et subissait les attouchements de son oncle. Depuis, elle avait refoulé cette scène au fond de sa mémoire pensait-elle mais à la faveur de son prochain voyage en avion, la scène resurgissait avec acuité.

A l'évocation de ce souvenir désagréable et enfoui, Anna Lise fait le lien avec sa peur de l'avion où elle ressent exactement la même angoisse et les mêmes symptômes, à savoir de devoir faire la morte, de séparer son corps de victime passive de sa pensée sidérée, d'être suspendue dans le vide sans pouvoir rien faire, comme pétrifiée.

Il nous apparaît que le traumatisme est encore bien présent dans la mémoire d'Anna-Lise et que toutes les sensations, émotions, images, cognitions liées à la scène incestueuse sont, des dizaines d'années après, encore présentes et de manière intense.

Nous proposons à Anna-Lise que notre second rendez-vous soit consacré à une séance d'IMO en évoquant la scène de la sieste.

Lors de cette seconde séance, nous rappelons à Anna-Lise en quoi consiste l'approche IMO à l'aide d'un cerveau anatomique en plastique afin de lui montrer que l'action des mouvements oculaires se focalise sur la partie sous-corticale. Je lui explique comment nous allons procéder.

Anna-Lise est assise en face du thérapeute. Nous déterminons la fenêtre visuelle thérapeutique. Nous lui précisons que la séance durera environ 90 ' et qu'elle comportera deux séquences :

- celle du suivi par son regard du mouvement de mes doigts (sans bouger la tête) où nous évoquerons la scène « cible » traumatique avec des mots-clés et pendant lequel elle se projettera dans la scène de la sieste avec ce qu'elle ressent au présent dans son corps, et les images qui lui viennent.
- celle de la pause ou du recueil des images et sensations vécues qu'elle pourra exprimer.

Notre phrase-cible est toujours la même dans chacun des 21 mouvements oculaires que nous effectuons : *« Restez en contact avec celle qui fait la sieste avec sa sœur. Son oncle arrive, se couche près d'elle. Elle ne bouge plus, ne respire plus »*.

Lors du recueil, nous lui demandons, de manière neutre et sans aucune interprétation, les images qui lui sont venues, les pensées, les émotions et les sensations corporelles. Le recueil est assez court de manière à rester au niveau sous-cortical et ne pas commencer à faire réfléchir outre mesure.

Nous observons quelques abréactions qui se produisent selon les mouvements avec des sanglots, des déglutitions et des tremblements incontrôlés de la jambe. Nous repérons ces zones d'activation forte et nous y revenons avec le mouvement approprié jusqu'à ce que l'activation se calme.

Anna-Lise explore, de manière consciente et intégrative, l'événement traumatique de son enfance liée avec sa peur de prendre l'avion.

La séance dure environ une heure trente minutes. Idéalement, elle devrait se reproduire après un temps de latence d'une à deux semaines. En l'occurrence, dans le cas d'Anna Lise, vu le temps très court, nous ne réalisons qu'une seule séance d'IMO de laquelle Anna-Lise part, fatiguée mais détendue. Elle a affirmé « être soulagée d'un gros poids » et sans doute

prête à prendre l'avion car elle se sent suffisamment maîtresse d'elle-même même si elle doit confier son existence à un commandant de bord et à une machine. Elle a pris effectivement pris l'avion pour ce long voyage et n'a pas eu d'appréhension majeure à l'aller et au retour.

Nous sommes amenés à prendre en charge des cas similaires où la peur de la perte de la maîtrise est très prégnante, par exemple dans le cas d'une anesthésie pour une intervention chirurgicale.

## **Applications cliniques de l'IMO**

Les applications cliniques de l'IMO sont larges et concernent toute personne qui a vécu des épreuves difficiles et qui en éprouve des répercussions gênantes dans sa vie.

L'IMO trouve une place indéniable dans les syndromes de stress post-traumatique (viols, agressions, attentats ou témoin de catastrophes) et dans des traumatismes tels qu'un deuil récent, une rupture amoureuse, un divorce, une dispute avec des parents, un accident de la route, l'échec à un examen....

Parfois, on ne peut qu'observer la partie visible de l'iceberg, en quelque sorte la « cicatrice émotionnelle » qui handicape la personne sans que le traumatisme soit clairement évoqué. Il faut alors plusieurs séances afin d'identifier le traumatisme cible.

L'IMO peut aussi aider à mieux accepter une situation difficile comme une maladie personnelle ou celle d'un proche, un rôle d'aidant d'un parent malade ou handicapé ou une épreuve à venir (examen, annonce d'un diagnostic). Dans ce cas, le thérapeute IMO aidera à recruter des ressources positives avec un protocole spécifique appelé IMO Ressources.

Comme l'EMDR ou les TCC qui exposent le patient à la réalité évoquée ou virtuelle de la scène traumatique l'efficacité de l'IMO est relative. Trente à quarante pour cent des patients peuvent rechuter. Dans ces cas, la reprise du protocole peut produire des résultats.

## **Précautions d'emploi**

L'IMO doit être pratiqué par un psychothérapeute établi et expérimenté, formé et certifié par D. Beaulieu et supervisé régulièrement. La seconde précaution d'emploi est le confort du patient. Le troisième impératif est que le thérapeute soit expérimenté et capable de gérer des réactions sensorielles, émotionnelles excessives.

L'IMO sera évité chez les personnes ayant des problèmes cardio-vasculaires et cérébro-vasculaires ainsi que chez la femme enceinte. Chez les patients psychotiques comme dans les addictions, l'IMO comme l'EMDR fera l'objet de protocoles spécifiques.

On n'utilisera pas l'IMO chez les épileptiques et en général toute personne fragile (burn-out, fatigue excessive). On n'utilisera pas non plus l'IMO dans les dépressions sévères ni dans le sevrage des antidépresseurs ou des anxiolytiques.

## **Conclusion**

La pratique de l'IMO nous fait progresser tous les jours au contact des patients, en supervision et en séminaires avec Danie Beaulieu qui se rend régulièrement en Europe.

Bien entendu, l'EMDR est pour l'instant plus connue que l'IMO. C'est pourquoi il nous a semblé important de partager notre expérience de cette méthode dans les cas où une

psychothérapie « classique » TCC, analytique ou autre peut avoir ses limites ou s'inscrire sur un trop long terme.

L'IMO est une neuro-thérapie qui est en évolution et fait l'objet d'études théoriques et cliniques approfondies. Il reste de nombreuses recherches à conduire pour vérifier les hypothèses neuropsychologiques et notamment mieux comprendre lien entre le mouvement des yeux et les structures corticales d'un point de vue neurologique.

A côté de l'EMDR et du Brainspotting<sup>R</sup>, l'IMO, technique neurothérapeutique qui allie l'écoute du patient avec la mise en route d'un processus cortical de libération et de réinscription des émotions et sensations nous semble d'un apport intéressant en psychothérapie.

Juillet 2017

### **Information complémentaire**

La certification IMO (niveau 1 et niveau 2) est réservée aux psychothérapeutes et psychopraticiens.

- Une supervision régulière est nécessaire et obligatoire
- D. Beaulieu enseigne la méthode dans le monde entier et se rend fréquemment en Europe.
- Il existe des formations complémentaires en ligne complétées par des supervisions effectuées par des superviseurs agréés.
- En France, une trentaine de professionnels sont des praticiens IMO dûment certifiés par D. Beaulieu et régulièrement supervisés (liste sur [www.academieimpact.com](http://www.academieimpact.com)).

Pour toute information sur l'I.M.O., consulter les auteurs de la communication et **[www.academieimpact.com](http://www.academieimpact.com)**

### **Bibliographie**

**Beaulieu D.**, (2003) *Eye Movement Integration Therapy: the comprehensive clinical guide*. Crown House Publishing Wales UK & Willinston USA, 2003

**Beaulieu, D.** (2005). An introduction to Eye Movement Integration Therapy. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6(3), 2-11.

**Beaulieu, D.** (2007). *Eye Movement Integration Therapy*. Paper presented at the 10th International Congress on Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy, 6/12/ 2007, Phoenix Arizona, USA.

**Van der Spuy.J.**, (2015) Treating trauma in early childhood by Eye Movement Integration Therapy. Master in Social Class, Johannesburg.

**Shapiro, E.** (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

**Struwig, E.**, (2008) An Exploratory Study on the Usefulness of EMI in Overcoming Childhood Trauma. Johannesburg, 2008, (not published).

**Van der Spuy.**, (2015) *Treating trauma in early childhood by Eye Movement Integration Therapy*. Master in Social Studies, Pretoria. (not published)

**World Health Organization** (1992). *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, WHO.