

En réponse au D^r Gagnon

John A. O'Neil, MD, FRCPC

Volume 31, numéro 2, automne 2006

Ethnopsychiatrie

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014828ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014828ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

O'Neil, J. A. (2006). En réponse au D^r Gagnon. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 269–271. <https://doi.org/10.7202/014828ar>



En réponse au Dr Gagnon

John A. O'Neil*

En tant que psychanalyste, je recoure avec chaque patient à une approche générale psychodynamique, mais j'inclus aussi soit l'hypnose soit l'EMDR (ou les deux) lorsque cela est indiqué. J'estime que l'hypnose est aussi importante que l'EMDR, parfois même plus importante dans la résolution de la pathologie de certains patients, surtout pour les conditions qui semblent avoir une dimension auto-hypnotique, comme la dissociation. Mais je n'insiste pas sur l'approche psychodynamique. Il y a des praticiens qui prennent soit l'hypnose soit l'EMDR comme approche thérapeutique. Avec le temps, ces approches sont devenues graduellement plus riches et plus nuancées afin de s'accommoder aux complexités des patients réels (tout comme la thérapie cognitive); elles ont «redécouvert» des dimensions psychanalytiques (par exemple le transfert, etc.).

Mais, commençons par souligner les points sur lesquels je suis d'accord avec le Dr Gagnon : 1. l'impuissance de nombreuses approches thérapeutiques pour certaines pathologies, surtout les pathologies post-traumatiques au sens large, ce qui inclut le trouble de stress aigu, l'état de stress post-traumatique, les troubles dissociatifs, une grande partie des troubles de personnalité limite, une portion significative des troubles somatoformes et des troubles alimentaires, etc. ; 2. L'importance d'un éclectisme thérapeutique, qui est plus facile à réaliser au sein d'une équipe thérapeutique interdisciplinaire que dans une pratique privée. Le Dr Gagnon est formé en psychiatrie, en psychanalyse et en thérapies familiale-systémique et cognitivo-comportementale. Mon répertoire inclut surtout la psychanalyse, l'hypnose et l'EMDR — voilà la pertinence des collègues qui font les autres thérapies.

J'ai moins d'expérience relativement à la large panoplie clinique du Dr Gagnon. Ma pratique concerne surtout des adultes victimes d'agressions physiques et sexuelles pendant leur enfance, et qui ont reçu un diagnostic de Trouble de stress post-traumatique chronique et complexe ou de Trouble dissociatif, surtout le Trouble dissociatif de

* MD, FRCPC, Psychiatre, psychanalyste, Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université McGill; Psychiatre traitant, Centre hospitalier de St. Mary, Montréal; Membre, Société psychanalytique canadienne; Membre, American Society of Clinical Hypnosis.

l'identité. Catherine Fine et Berkowitz (2001) ont bien documenté les effets de l'utilisation de l'EMDR dans une thérapie pour de tels patients.

J'emploie la méthode « officielle » de l'EMDR pour des cas d'ESPT assez classiques, et aussi un appareil, le « Tac-Audio Scan », (qui sonne à chaque oreille et vibre à chaque main en alternance) comme ajout aux séances psychothérapeutiques et/ou hypnothérapeutiques. En décrivant son expérience, un de mes analysants a fait mention de l'association libre « on speed » (sous l'effet de l'amphétamine). J'ai plusieurs autres exemples d'une perlaboration accélérée. Le patient ajuste le volume, le degré de vibration et la vitesse à son goût, et normalement les patients sont très spécifiques sur leurs goûts.

J'estime que la simplicité de l'EMDR est la raison principale pour laquelle des experts de d'autres domaines, compliqués et difficiles, le rejettent (comme Peter Fonagy). Comme si leur longue et complexe formation était menacée par la perspective de l'inefficacité et de la redondance.

La formation à l'EMDR (et à l'hypnose) implique la combinaison de la théorie et de la pratique d'une manière immédiate et concrète, ce qui n'est pas possible dans la formation aux autres modalités psychothérapeutiques. Concernant les expériences pendant la formation, je me rappelle comment j'atteignais une autocritique sur certains conflits au travail en 5-10 minutes ; grâce au praticien qu'était le Dr George Fraser d'Ottawa, clinicien chevronné, mais qui était aussi débutant que moi en EMDR.

Concernant le « Projet » de Freud, je trouve que les « confirmations » d'une théorie sont toujours moins intéressantes que la découverte des erreurs, qui nous aident à améliorer la théorie. Le Projet s'est basé sur l'hypothèse d'Emil du Bois-Reymond que la transmission par axones ressemble à celle d'un circuit de courant direct, une idée réfutée par Julius Bernstein en 1902 (Seyfarth, 2006). En tout cas, en ce qui concerne l'imagerie cérébrale des patients post-traumatiques et dissociatifs, je recommande les recherches de Lanius et al. (2005) de l'Université Western de London, Ontario.

Concernant Freud, Damasio et Ledoux, et la proposition que l'émotion prévaut sur la cognition, rappelons que la psychologie philosophique d'antan soulignait deux facultés de base : la perception et l'appétition. Günter Wächtershäuser (1987) a montré comment les cellules de nos rétines ne voient que la lumière « comestible », parce que ces cellules ont leur origine chez des organismes photosynthétiques. L'appétition prévaut sur la perception, puis, avec l'émotion, ces trois

prévalent sur la cognition. Donc, en thérapie je suis un « conativiste » plutôt qu'un cognitiviste.

Je doute qu'on puisse conclure où et comment l'EMDR fonctionne. La présence de plusieurs explications indique qu'on ne sait pas. Un écart ou un blocage entre le système limbique et le néocortex est sans doute important. Il y a d'autres écarts ou blocages : entre les hémisphères droit et gauche ; entre l'hippocampe et l'amygdale ; entre la mémoire procédurale et la mémoire déclarative. En pratique, je note comment, avec l'EMDR, une mémoire somatique (une douleur) se transforme en mémoire représentationnelle (images et sons), puis finalement en récit verbal, et je peux imaginer une progression de l'amygdale aux hippocampe et lobe limbique puis au néocortex. Mais je ne prends pas mon imagination comme réalité...

Références

- FINE, C. G., BERKOWITZ, A. S., 2001, The wreathing protocol : The imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 275-290.
- SEYFARTH, E. A., 2006, JULIUS BERNSTEIN (1839-1917) : pioneer neurobiologist and biophysicist, *Biological Cybernetics*, 94, 2-8.
- LANIUS, R.A., WILLIAMSON, P.C., BLUHM, R. L., et al., (2005), Functional connectivity of dissociative responses in Posttraumatic Stress Disorder : An FMRI investigation, *Biological Psychiatry*, 57, 873-84.
- WÄCHTERSCHÄUSER, G., 1987, Light and life ; On the nutritional origins of sensory perception. in Radnitzky, G. et Bartley III, W.W., eds, *Evolutionary Epistemology, Rationality, and the Sociology of Knowledge*, chapitre 6, LaSalle, IL, Open Court.