

Place de la thérapie EMDR face à la dimension spirituelle

Place of EMDR therapy in relation to the spiritual dimension

Dalila Zouad Admane^{*1}

Centre Universitaire de Tipaza, zouad.dalila@cu-tipaza.dz

Réception: 06-01-2022

Acceptation: 05-04-2022

Publication: 12-06-2022

Résumé

Cet article traite la question de l'importance du rôle des variables culturelles et plus précisément spirituelles et religieuses dans la prise en charge psychothérapeutique globale des patients issus d'une société islamo conservatrice présentant des troubles psychiques, notamment lorsqu'il s'agit de pratiquer les thérapies occidentales telles que la thérapie (EMDR).

L'objectif principal de l'article est d'évaluer l'efficacité de l'EMDR (qui est une pratique occidentale à l'origine), à aborder la dimension spirituelle dysfonctionnelle souvent indissociable des troubles psychiques ainsi que son mécanisme d'intégration de cette dimension dans le processus psychothérapeutique de deux vignettes cliniques (enfant & adulte), les résultats qualitatifs montrent l'adaptabilité de la thérapie dans ce contexte d'exercice.

Mots clés : Thérapie EMDR; croyances religieuses ; troubles psychiques, sociétés islamo conservatrices.

Abstract

This article deals with the question of the importance of the role of cultural and more precisely spiritual and religious variables in the overall psychotherapeutic care of patients from a conservative Islamic society with mental disorders, in particular when it comes to practicing Western therapies such as therapy (EMDR). The main objective of the article is to assess the effectiveness of EMDR (which is originally a Western practice), to address the dysfunctional spiritual dimension often inseparable from mental disorders as well as its mechanism of integration of this dimension in the psychotherapeutic process of two clinical vignettes (child & adult), the qualitative results show the adaptability of the therapy in this context of exercise.

Key words : EMDR therapy; religious beliefs ; mental disorders, conservative Islamic societies.

*Auteur correspondant

1. Introduction:

La thérapie est née depuis que l'homme existe, elle peut être spirituelle, traditionnelle, psychanalytique ou neuro-émotionnelle...etc. il est parfois Difficile pour les thérapeutes d'avoir une technique valable pour tous les sujets, c'est pourquoi, les psychothérapies intégratives ont tendance à prouver leur efficacité, car elles prennent le patient dans sa totalité et dans le respect de son existence ; Bruner (1990) pense que l'esprit et l'existence sont des reflets de laculture et de l'histoire.

L'interaction du sujet avec les différentes instances régulatrices de la société (traditions, rites, religions...), forme un socle pour l'expression du comportement aussi normal ou pathologique soit-il, si le normal est considéré comme tout comportement adapté, accepté et toléré socialement, le pathologique est ce qui sort de l'ordinaire. Cette distinction entre le normal et le pathologique peut disparaître lorsque le trouble est interprété à partir des éléments socio-culturels et dépendra essentiellement de la conception qu'à le sujet de sa maladie et du contexte dans lequel il évolue. D'ailleurs, on le voit dans certaines sociétés conservatrices, où les croyances religieuses attribuent aux troubles psychiques un sens autre que celui de la maladie mentale, le trouble est systématiquement externalisé sur le registre des forces maléfiques (Jinns, mauvais œil, ou dû à un acte de sorcellerie); c'est alors, que les troubles passeront du registre « pathologique » au registre « mystique », et devient alors banalisé malgré le fait qu'il traduit en réalité le débordement psychique et le déni de toute forme de vulnérabilité de l'être.

A ce sujet, la psychanalyse, prétend que le recours à la croyance est une forme de régression de la pensée vers l'illusion (Freud, 1920, 1930)

Rares sont les auteurs qui se sont intéressés à cette question, notamment en Algérie, A.SiMoussi voit que ces patients sont tellement fragiles qu'ils adoptent une position de toute puissance en projetant leur incapacité sur la personne du thérapeute en le mettant en échec, notamment, lorsqu'ils attribuent leurs souffrances à une malédiction divine, devant laquelle toute action ou intervention humaine ne peut être que vaine. A cet effet, il recommande aux psychothérapeutes d'«assumer» et de comprendre

l'émergence d'un tiers dans une relation thérapeutique donnée, ceci est nécessaire pour l'installation et le maintien du processus d'aide. (In De Gaulejac & Roy, 1993, p.251)

L'objectif de ce travail est de démontrer à travers deux vignettes cliniques tirées de notre pratique, combien la thérapie EMDR est capable de prouver l'efficacité de son processus universel dans le traitement adaptatif de l'information traumatique chez des patients appartenant aux cultures reniant dans un sens cette thérapie.

L'auteur, à travers sa longue expérience de thérapeute EMDR, vise à mettre la lumière sur l'impact de la thérapie EMDR sur les croyances mystiques des patients qui se plaignent d'être dominés par des forces maléfiques.

Le sujet qui a stimulé le plus notre réflexion, c'est l'inscription de ces patients, (dans la double dimension psychologique & spirituelle), et leur insistance à se faire accompagner par un psychothérapeute pour des plaintes (mal être, échec, trouble du sommeil, attaque de panique..etc) et qui sont toujours attribuées selon eux aux atteintes maléfiques citées précédemment afin de ne pas remettre en cause le travail effectué par le (Raki) pour retrouver la paix intérieure et soulager l'impact de ces plaintes.

Pour répondre à ces questionnements, l'auteur s'interroge sur la place des croyances mystiques dans le processus psychothérapeutique, entravent-elles l'évolution des soins ? ou au contraire, constituent-elles un moteur pour l'avancement de la thérapie ?

Nous émettons l'hypothèse que les croyances mystiques traduisent un débordement fantasmatique archaïque survenant chez certains sujets prédisposés dont le poids des interdits familiaux, sociologiques et religieux met en faillite leur système défensif.

La toile de fond utilisée pour expliquer les résultats est le modèle (TAI) le traitement adaptatif de l'information que nous expliquerons plus loin; il est important de souligner que face à l'inscription de nos patients à ce dualisme (spirituel et psychologique), nous avons choisi d'adopter une attitude contenante, ouverte et neutre, permettant d'accueillir le matériel que nous ramène le patient et de travailler avec ; dans le respect de cette entité mystique et du système de croyances des patients tout en s'abstenant à les influencer à suivre ou à laisser tomber cette piste du mystique.

Cette attitude contenant lutte contre tout clivage du dualisme qui séparerait radicalement le spirituel du psychologique, mais elle reste une attitude risquée, toutefois on doit garder à l'esprit la différence qui distingue ces deux volets pour éviter de sombrer dans des confusions dangereuses qui peuvent dans certains cas basculer l'ordre des choses, nous faisons allusion ici au cadre thérapeutique et tout ce qu'il porte en lui comme notion fondamentale régulatrice de la relation thérapeutique.

Le choix de prendre le patient dans sa globalité est étayé par les propos de Yalom (2008) qui pense que la religion dans son usage positif, peut entrer en jeu dans un champ important de la vie de chacun en donnant du sens. Ceci est consolidé par les travaux de (Pekins& al, 2012) qui stipulent que la religion peut donner des réponses aux grandes questions de la vie, donc d'aider le patient à élaborer les conflits.

Mais il arrive parfois, que dans certains cas, cette même culture traces des lignes rouges à ne pas franchir et rend ses adeptes vulnérables, passifs et incapables de maîtriser les phénomènes internes qui se produisent (maladies) ou externe (l'environnement), nous recevons souvent ce type de plaintes **« je suis Possédé par un Jinn ; j'ai eu un mauvais œil ; je suis victime d'un acte de sorcellerie... »** ; et dans ces cas, une question se pose, face à ces patients, comment adapter l'EDMR à ces croyances religieuses.

Les patients, dès lors l'installation de ces croyances qu'on qualifierait de limitantes, deviennent impuissants et incapables de gérer leurs état interne et externe, puis régressent et cumulent les expériences d'échecs, cette catégorie de patients pense directement à demander l'aide d'un Raki pour expérimenter les mystères des séances de Rokia, mais cela ne suffit pas chez la quasi-totalité des patients que nous recevons ; Ces séances les soulagent certes, mais les symptômes gênants demeurent toujours intenses.

2.Définition des concepts :

Avant d'apporter une analyse pratique de l'usage de l'EMDR à travers la présentation des cas cliniques, il serait judicieux de définir les concepts sur lesquels notre travail est basé pour une meilleure compréhension de cette problématique complexe.

-La croyance :

La croyance est utilisée ici selon Pouillon (1993) : « comme une logique qu'il faut accepter, habiter, faire fonctionner pour dénouer les conflits et faire advenir de nouveaux sens ». (Bouznah & Lewertowski, 2013, p. 262).

Nous l'abordons dans ce présent exposé pour signifier toute forme d'adhésion à des convictions qu'il est impossible de justifier leur véracité ni sur le plan théorique ni empirique.

-La culture :

Sue et Sue (2012) définissent la culture comme «les pensées, les croyances, les pratiques et les comportements d'une ou de plusieurs personnes dans les domaines de l'histoire, de la religion, de l'organisation sociale, de l'organisation économique, de l'organisation politique et de la production collective» (DiNardo et al, 2019, p.133)

3. La logique de l'EMDR et ses fondements théoriques:

l'EMDR, signifie (E) Eyes, (M) Movement (D) Desensitization, (R) Reprocessing, sa traduction en français est (l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires), c'est une technique inventée par Francine Shapiro aux Etats Unis en (1987).

L'efficacité de l'EMDR a été scientifiquement prouvée depuis (1989) par de nombreuses études contrôlées «elle reconnue notamment par l'INSERM en France (2004), l'American Psychiatric Association (2004), le National Institute for Clinical Excellence du RoyaumeUni (2005) ; Depuis (2013) l'O.M.S la préconise pour le traitement des troubles psychotraumatiques chez l'enfant et l'adulte, avec l'évolution des travaux son application a été élargie sur plusieurs troubles ». (Roques, 2012, p.30)

C'est une approche intégrative basée essentiellement sur l'approche neuro-émotionnelle, et sur le modèle TAI (Traitement adaptatif de l'information) en intervenant directement sur : « la cause de l'anxiété qui représente le dysfonctionnement des informations stockées dans les réseaux neurophysiologiques, à travers la désensibilisation, les prises de conscience, la restructuration cognitive et les associations avec des affects positifs et des ressources» (Shapiro, 2001, p.7)

L'utilisation des mouvements oculaires dans le traitement de l'information constitue le pont entre le système limbique (siège des émotions) et le cortex (siège des cognitions), lorsque l'intensité de l'information dépasse les

capacités du cerveau, ce lien est temporairement suspendu, c'est pour cela « qu'il consiste à revisiter le souvenir afin de le rattacher à des informations déjà stockées en mémoire profonde. L'intégration des souvenirs dans le système cortical est, par conséquent, logiquement optimal durant la phase REM (Rapid Eye Mouvement), c'est-à-dire, pendant le rêve qui s'observent au cours de la phase paradoxale du sommeil au cours de laquelle le sujet rêve intensément » (Stickgold, 2002, p.61).

Le modèle TAI constitue la reproduction du système naturel de la guérison du fonctionnement du cerveau, il suppose que ces réactions sont causées par des expériences non résolues et stockées de façon dysfonctionnelle dans leurs propres réseaux neuronaux. Et qui sont entièrement distincts des réseaux adaptatifs et ne parviennent pas à se connecter à ceux-ci. (Croitoru, 2014).

4. Présentation des cas :

- **A. Vignette clinique, Mohamed, 45 ans .**

Il est utile de rappeler que nous n'allons pas exposer le plan thérapeutique global des cas présentés, mais juste les résultats qui sont en lien avec notre objectif.

Il s'agit de Mohamed âgé de 45ans, marié, père d'un enfant, il nous a été orienté par son psychiatre pour une prise en charge, il a également bénéficié de quelques séances de Rokia (thérapie spirituelle) mais son problème persiste toujours, il s'est présenté à la consultation dans l'espoir de pouvoir reprendre sa vie d'avant.

L'histoire du trouble a commencé par un fait banal ou Mohamed était loin d'imaginer qu'il est la source de son malheur ; Un jour, son épouse lui fait part d'une discussion qu'elle a eu avec sa voisine du palier qui a qualifié Mohamed d'homme idéale, parce qu'elle le trouve responsable et attentionné envers sa famille ; A l'époque, Mohamed n'a pas trop réagit à cela, mais il confie avoir eu un pincement au cœur en écoutant ces révélations, petit à petit, et au fil du temps, sa vie a complètement basculé, il a développé des attaques de panique associées à sa croyance qu'il était victime d'un acte de sorcellerie de la part cette voisine, depuis, il évite de sortir seul et de prendre sa voiture de peur qu'il lui arrive un malheur.

Il souhaite traiter ses peurs pour retrouver une vie normale. Après avoir établi le plan thérapeutique global en respectant les étapes de la thérapie EMDR, nous lui avons administré la technique des Flashforward qui veut dire projections futures ; C'est une procédure efficace, administrée aux peurs vécues au présent et déclenchées par des pensées anticipatives négatives et irrationnelles (Logie& de Jongh. 2014)

Il est vrai que l'utilisation des Flashforward est recommandée une fois que tous les événements traumatiques du passé sont traités, mais notre patient présente un trauma complexe, donc face à l'incapacité d'identifier les événements traumatiques qui sont à l'origine de ses préoccupations actuelles, nous avons opté pour le choix de cette technique puissante afin d'atténuer l'impact des symptômes gênants et des peurs irrationnelles.

Cette technique consiste donc à demander au patient d'imaginer le pire scénario qui puisse lui arriver tout en indiquant l'image qu'il redoute le plus.

- La situation à traiter : « si je franchis le seuil de la porte, la voisine me jette l'eau de la toilette mortuaire » en arabe : "الماء الذي يغسل به الميت"
- Image : « accident de circulation »
- La cognition négative « je suis en danger de mort »
- La cognition positive « je suis en sécurité »
- Validité de la cognition (VOC : 1/7)
- Sentiment : « panique et peur »
- Sensation corporelle : « d'être vidé et spolié de mes capacités vitales »
- l'Echelle d'unités subjectives de perturbation (SUD :10/10)

Nous avons entamé le traitement, mais le sujet a manifesté un blocage traduit par un niveau de perturbation émotionnelle élevé, vu l'impact de la croyance ancrée au fin fond de son système subjectif : « terrifié à l'idée d'être touché par l'eau de la toilette mortuaire », le patient adhère à l'idée d'une mort imminente ; pour l'aider à dépasser cette boucle, nous avons eu recours au tissage cognitif des états imaginaires du Moi en faisant appel à la sagesse intérieur et une ressource externe, tout en continuant la désensibilisation.

-le thérapeute : « existerait-il une solution ou quelqu'un qui pourrait vous aider à éliminer le mauvais sort ? »

-Le patient : « je demanderai au Raki de purifier ma maison et je réciterai les versets coraniques pour me protéger avant de sortir »

-Le thérapeute : « d'accord, faites comme si » et il continue la désensibilisation par les mouvements oculaires jusqu'à ce que cette représentation catastrophique soit résolue et le corps apaisé.

Selon Francine Shapiro « Le tissage cognitif est utilisé pour stopper une mise en boucle abréactive ou un processus bloqué, aussi bien que pour permettre l'assimilation d'une nouvelle formation pour pouvoir disposer de comportement futur adapté » (Shapiro, 2007, p.201)

• 2. Vignette Clinique: Rafik, 07ans

Rafik est un enfant âgé de 07 ans, il s'est présenté à la consultation accompagnée de sa maman pour un trouble d'énurésie secondaire associé à une nyctophobie (peur du noir), en établissant la liste des situations gênantes, Rafik nous énumère plusieurs cibles, nous présentons celle qui répond à notre objectif de recherche.

La cible : « j'ai peur de m'endormir à la tombée de la nuit », de cette situation nous lui demandons d'extraire l'image qui le perturbe le plus.

Image: « le voyant rouge de la télévision »,

CN : « j'ai peur »

Sensation corporelle « la tête »

SUD :8/10

En demandant à Rafik en quoi le voyant rouge lui fait peur, nous étions loin d'imaginer que cette lumière rouge représentait dans son esprit « Satan », cela nous a un peu surpris.

Nous lui demandons ensuite, de nous dessiner cette image de « Satan » exactement comme elle est représentée dans son esprit, comme le témoigne le dessin (N°1).

Il est à noter qu'avec les enfants, l'utilisation du dessin comme médiateur, permet la projection de l'espace imaginaire et inconscient de l'enfant.



Dessin (N°1) : Image de Satan attribuée au voyant rouge

Le thérapeute décide d'utiliser un tissage cognitif « alors que faut-il faire à ton avis pour qu'il s'en aille ? », Rafik rétorque : « ...il faut lui réciter la phrase suivante « Je cherche refuge auprès d'Allah contre Satan maudit », traduite en Arabe ainsi : "أعوذ بالله من الشيطان الرجيم" ; Nous avons fait des SBA (désensibilisation par les mouvements oculaires) jusqu'à ce que le SUD est retombé à zéro, et nous redemandons un dessin de ce qu'il ressent après le traitement de la cible, comme le témoigne le dessin (N° 2)



Dessin (N°2) : Etat de Rafik après désensibilisation de la Cible

Si on regarde de près cette image après désensibilisation, nous constatons que la taille de Satan s'est rétrécie, libérant un espace dans sa psyché, et Rafik qui reprend le contrôle avec une image de Soi plus au moins sereine. A travers cette vignette, nous découvrons comment une simple lumière rouge peut prendre forme d'une représentation implicite, complexe et surtout phobogène dans l'esprit de l'enfant, entraînant une anxiété et un désordre psychique. Par ailleurs, Le tissage cognitif religieux auquel Rafik a eu recours tire ses racines de son système familial et culturel.

5. Analyse et discussion :

Nous constatons à travers ces vignettes cliniques, que c'est très réductionniste d'isoler la culture de la thérapie EMDR, il est nécessaire de rappeler que cette approche a du génie qui se caractérise dans sa créativité, notamment lorsqu'il s'agit d'affronter les blocages, à la seule condition que le thérapeute doit jouir d'une humilité qui l'aide à découvrir le système de croyance de son patient. Sans cette attitude, il ne pourra pas comprendre le sens que les symptômes prennent dans l'économie psychique de l'être et comment ils interagissent avec son environnement, ni d'ailleurs à avancer dans un travail thérapeutique pour trouver le chemin des issues libératrices de ce Soi Hanté.

Dans le cas Rafik, qui pourrait deviner ce qui se tramait dans la mémoire implicite de cet enfant ? l'EMDR de par la particularité de ses techniques a pu démystifier cette représentation énigmatique. L'illustration de ce cas, montre clairement comment cette approche a réussi à conserver son efficacité lorsqu'elle est appliquée à une population dont la culture est pourtant non occidentale et de surcroît conservatrice voire même parfois rigoriste et combien même elle s'adapte aux enfants et répond à leurs besoins.

D'un point de vue éthique, nous pensons qu'elle n'exige pas vraiment des compétences culturelles dans la prestation psychothérapeutique, contrairement aux recommandations de (Sue & Sue, 2012); Par contre, elle exige une ouverture d'esprit et une prédisposition à accepter le patient et son monde imaginaire. Elle exige ce que nous nommons une sorte de « **curiosité thérapeutique** », comme processus né de l'envie d'aider le patient à dépasser les désordres psychiques auxquels il fait face avec une attitude attentive et bienveillante.

Ceci dit, une fois notre curiosité du système subjectif du patient est satisfaite, nous ne devons pas l'abandonner au milieu du chemin thérapeutique, si on arrive à ce stade c'est qu'il y a une relation de confiance qui s'est établie, il ne nous reste plus qu'à faire de la matière récoltée un moteur pour faire progresser la thérapie.

Cette curiosité doit s'étendre à tous les phénomènes qui ne sont pas compris dans le cercle socioculturel habituel du thérapeute, c'est la capacité du

thérapeute à comprendre les manifestations conscientes et inconscientes de son patient, à affronter sereinement les émotions intenses du patient et à valider sa souffrance.

Carriere (2014) stipule dans son étude que sur 20 ans de recul en contexte interculturel, cette thérapie a montré sa capacité à maintenir l'efficacité de son processus universel de soin par le traitement adaptatif de l'information traumatique, tout en s'ajustant aux spécificités culturelles des populations impactées (Amara, 2017, p.195)

Nous reprenons la citation de Freud à ce sujet : « Il existe beaucoup de façons et de moyens de pratiquer la psychothérapie et tous ceux qui aboutissent à la guérison sont bons [...]. Je ne rejette aucune de ces méthodes et en ferais usage si quelque occasion favorable s'en présentait. » (Quinodoz, 2004, p.122-149)

Zimmerman(2014) a soulevé suite à son expérience en tant que formatrice des praticiens appartenant à diverses cultures des problèmes liés aux écarts culturels qui pourraient rendre nécessaires certains ajustements du protocole précisément à la phase 3 relative à la notion de cognition.(Amara, 2017)

Nous ne pouvons appliquer le protocole à la lettre, ni le traduire car il est connu que toute traduction est une trahison, comme l'affirme Berman (2001) « Parler de traduction, [...] c'est parler du mensonge et de la vérité, de la trahison et de la fidélité »(Berman, 2001, p.17).

Pour éviter les zones d'ombre et d'obscurité, nous sommes contraints de comprendre le symptôme depuis son origine afin d'accéder au sens et au rôle qu'il joue dans la vie psychique de l'individu et pour ce faire, il est impératif d'être attentifs en tenant compte des propos du patient et de leur résonances dans sa langue maternelle et dans son système de représentation culturelle, pour un traitement thérapeutique efficace.

Spierings (1999) propose de faire appel à la culture du patient pour traiter les blocages en s'appuyant sur le rapport au corps, à la sensorialité et aux ressources spirituelles et religieuses « qu'en penserait votre protecteur/Dieu, que vous dirait-il dans cette situation ? », « si vous aviez la force divine/de votre protecteur avec vous, que feriez-vous dans cette situation ? » (Tarquinio, 2019, p.423)

Nous souhaitons rajouter que grâce à la puissance de l'EMDR, nous nous sommes autorisés à traiter les croyances dysfonctionnelles et à aller de l'avant malgré leur degré de profondeur dans le système subjectif du patient, Thierry Ripoll (2020) voit à ce sujet que : « les croyances ont une dangerosité intrinsèque absolument effrayante quand elles deviennent si intenses qu'elles parviennent à justifier l'insoutenable » (Ripoll, 2020, p.74) Certains auteurs comme Turner (1967) pensent que l'exposition constante à des maladies hideuses et à des morts subites contribuent à la formation des croyances effroyables et irrationnelles, ceci rejoint la théorie de la dissociation sur le traumatisme de Pierre Janet (1897) qui a été reprise dans les travaux d'Onno van der Hart (2017).

6-Conclusion :

La maladie comme construction socioculturelle ne peut avoir un sens sans la prise en considération de la culture qui influe non seulement sur son apparition et son évolution, mais, elle est considérée également comme un élément crucial qui détermine le succès ou l'échec du processus thérapeutique.

L'auteur propose dans cet article une ébauche de réflexion sur l'adaptabilité de la thérapie EMDR et sa compatibilité avec une culture autre qu'occidentale, afin de contribuer à l'élaboration d'un instrument de travail ou du moins à établir les règles de base à prendre en compte dans l'intervention thérapeutique face à la diversité culturelle comme vecteur d'une identité, d'un état et d'une façon d'être.

Pour conclure, L'efficacité d'une thérapie dépend essentiellement de son adaptation au trouble du patient et de la perspicacité du thérapeute, de son ouverture et de sa capacité à contenir les angoisses les plus archaïques du patient.

Ceci rejoint, la notion de la compétence interculturelle qui s'appuie sur les qualités humaines manifestées explicitement par une ouverture d'esprit, un réel intérêt et une considération pour l'autre, selon (Spierings, 1999) la compétence interculturelle est : « Une manière structurée de construire une relation thérapeutique avec des patients de culture différente, d'installer la

confiance et de compenser les différences dans la façon de gérer l'information et d'exprimer ses émotions. » (Tarquinio& Al, 2019 p.423)
Le but final, est de proposer une analyse à visée de recherche, d'une boîte à outils des tissages spirituels permettant d'aborder les problèmes cliniques afin d'avoir une vision plus claire sur la dimension spirituelle de nos patients, leur permettant une meilleure harmonisation (corps/esprit) et une libération des parties émotionnelles hors contrôle jusque-là afin de favoriser leur intégration.

7. Liste Bibliographique:

• Livres :

- Berman, A. (2001) .Au début était le traducteur , *TTR : traduction, terminologie, rédaction*, 14. 2, p. 15-18.
- Bouznah, S, Lewertowski, C., Quand les esprits viennent aux médecins, 7 récits pour soigner, Paris, Editions in Press, 2013
- Croitoru, T. (2014). The EMDR revolution : change your life one memory at a time, New York, Morgan James Publishing.
- Freud, S. (1953) De la psychothérapie. In A. Barman (Trans.), La technique psychanalytique (pp. 9–22.), 2001 Paris, PUF.
- Perkins, H.S ; Cortez, J.D ; Hazuda, H .P. (2012). Diversity of patients beliefs about the soul afterdeath and their importance in end-of-life care. *South Med J*;105:266–72.
- Quinodoz, J. (2004). « Le maniement de l » . Dans : *Lire Freud: Découverte chronologique de l'œuvre de Freud* (pp. 129-141). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Ripoll, T. (2020).pourquoi croit-on : psychologie des croyances ; Éditions Sciences Humaines.
- Sue, D. & Sue, D. (2012). Counseling the culturallydiverse: Theory and practice (6th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.

Tarquinio, C. & Al. (2019). Aide mémoire EMDR en 46 fiches, DUNOD
Turner, V. W. (1967). *The Forest of Symbols : Aspects of Ndembu Ritual*, Ithaca, N.Y., Cornell University Press.

Van der Hart, O., Ellert, R.S., Nijenhuis, Kathy, S. (2017) carrefour des psychothérapies: Le soi hanté Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique, Dunod.

Yalom, I. (2008). Thérapie existentielle. Paris: Galaade Éditions.

• **Article du Journal :**

Amara, P. (2017). La thérapie EMDR en contexte interculturel. *European Journal of Trauma & Dissociation* 1 (2017) 183–195.

DiNardo, J. & Marotta-Walters, S. (2019). Cultural Themes and Discourse in EMDR Therapy, *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 13, Number 2.

Logie, R., & de Jongh, A. (2014). The flashforward procedure: Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 25–32.

• **Sites web :**

Carriere, R. C. (2014). Scaling up what works: Using EMDR to help confront the world's burden of traumatic stress. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4), 187–195. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.8.4.187>.

Consulté le 19.09.2019

Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211–217. [Google Scholar CrossRef PubMed Web of Science](#), Consulté le 20.11.2020

-Shapiro, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.). New York: Guilford. [Google Scholar](#), Consulté le 03.03.2021

-Shapiro, R. (2006). The two-hand interweave. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions: Pathways to healing* (pp. 160–166). New York: W.W. Norton. [Google Scholar](#), Consulté le 10.11.2020.

[Stickgold](#), R. (2001). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. First published: 12 December <https://doi.org/10.1002/jclp.1129>. Consulté le 13.12.2020.

Zimmermann, E. (2014). EMDR humanitarian work: Providing trainings in EMDR therapy to African clinicians. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4), 240–247. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.8.4.240>, consulté le 09.09.2021.