



DMOKA®

FONDEMENTS DU TRAITEMENT DES PSYCHOTRAUMAS

et modes d'action comparés de la DMOKA® vs. EMDR, IMO et EFT

Auteurs : Pascale Chavance, créatrice de la méthode DMOKA®
et Thierry Dudreuilh, directeur clinique % Académie-ACP

Note liminaire — Genèse de ce document

Cette recherche a été suscitée par une hypothèse explicative de l'EMDR publiée le 15 mars 2026 par Paul Jorion sur son blog dans une suite de posts consacrés à GENESIS : "La science après GENESIS"¹ et GENESIS explique la technique psychothérapeutique EMDR, par Claude².

Cet article s'efforcera, en parallèle, de présenter la construction progressive des effets de la DMOKA®.

Problématique

L'EMDR, *Eye Movement Desensitization Reprocessing* et l'EMI *Eye Movement Integration* (en Français. IMO, Intégration par les Mouvements Oculaires), partagent avec la Méthode DMOKA® l'usage des stimulations visuelles.

Outre des différences de rythmes et de directions des mouvements oculaires, Pascale Chavance, créatrice de la Méthode DMOKA®, qu'elle a sans cesse perfectionnée depuis le début des années 2000, avance quatre observations cliniques importantes :

1. Comme son nom l'indique – DMOKA® signifie Déprogrammation par les Mouvements Oculaires, Kinesthésiques et Auditifs – la DMOKA® utilise quatre types de stimuli : **kinesthésiques, vocaux et auditifs simultanément,**

et oculaires en alternance. À la différence des méthodes unimodales, il s'agit donc d'une **méthode multimodale et séquentielle**.



2. Le couplage multimodal entre activation somatique, production vocale et stimulation rythmique, constitue un **mécanisme spécifique essentiel**, distinct de la simple stimulation visuelle, auditive ou kinesthésique.
3. La DMOKA® se distingue fondamentalement par **l'agentivité du sujet**, qui est **centrale** en DMOKA®.
4. La Méthode DMOKA® intègre enfin une phase dite de **reprogrammation positive, auto-générée** en séance **puis renforcée/consolidée** par l'action du sujet post-séance pendant une période significative.



Quel impact cela a-t-il sur les mécanismes neuro-somatiques prédictifs de l'efficacité, de la rapidité et de la tenue dans le temps de la « désensibilisation » du traumatisme ? C'est ce que nous explorerons ici.

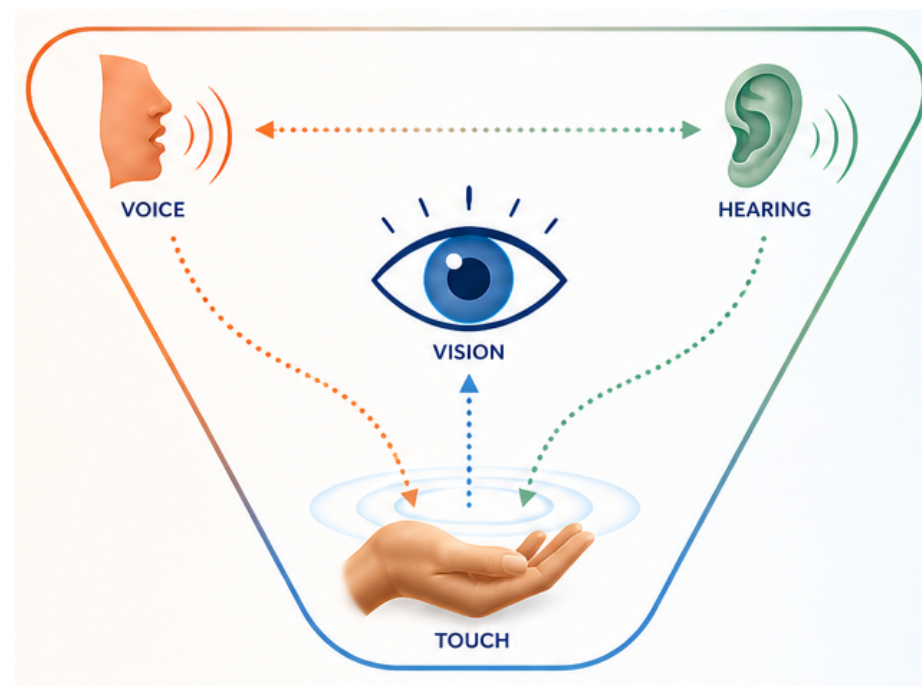
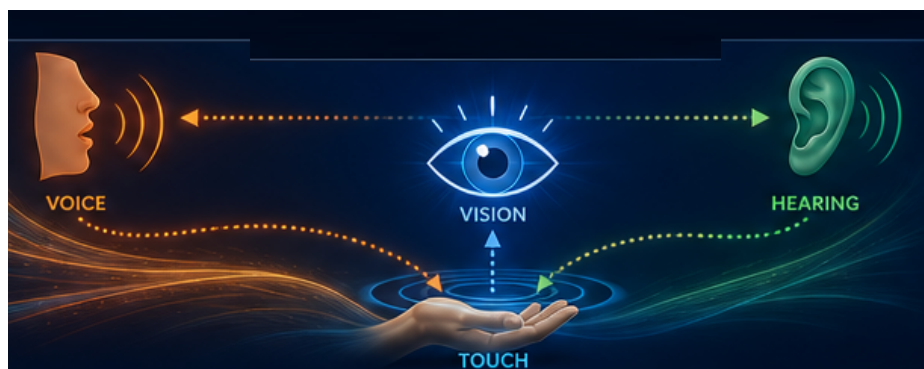
¹ <https://www.pauljorion.com/blog/2026/03/15/la-science-apres-genesis/>

² <https://www.pauljorion.com/blog/2026/03/17/genesis-explique-la-technique-psychotherapeutique-emdr-par-claude/>

Table des matières

Problématique	1	6.6. Séquençage adaptatif de la stimulation multimodale dans la méthode DMOKA®/TLEi	12
1. EEG et désensibilisation des traumatismes	4	7. Comparaison DMOKA® vs. EMDR vs. IMO	13
2. Rappel succinct de l'EMDR	4	7.1. Tableau récapitulatif	13
3. Ce qu'apporte la DMOKA® par rapport à l'EMDR	4	7.2. Lecture systémique	13
3.1. La voix du patient	5	8. Déroulé conceptuel d'une séance type DMOKA®	14
3.1.1. Impact direct sur le trauma	5	8.1. Étape 1 – Activation ciblée (sans immersion) et Cadre visuel	14
3.1.2. Boucle perception-action fermée	5	8.2. Étape 2 – Anamnèse et repérage somatique	14
3.1.3. Statut d'Agent	5	8.3. Étape 3 – Phase 1 TLEi : stimuli kinesthésique et vocal/auditif simultanés	14
3.2. Le choix des mots et la dimension vibratoire	5	8.4. Étape 3bis – Phase 1 ou 2 et en alternance : stimulus oculaire	14
4. La TLEi en détail, concept majeur de la DMOKA®	6	8.5. Étape 5 – Désactivation somato-émotionnelle	14
4.1. Architecture de la DMOKA®	6	8.6. Étape 6 – Ré-encodage et restructuration du Logos	14
4.2. Mécanisme de résonance vibratoire	7	8.7. Étape 7 – Reprogrammation positive	14
4.3. Satiation sémantique et restructuration du Logos	7	8.8. Étape 8 – Stimulus visuel de clôture	14
5. Schémas conceptuels intégrés	8	8.9. Étape 9 – Consolidation par le patient lui-même	14
5.1. Schéma 1 – EMDR standard (une modalité principale)	8	9. Hypothèses	15
5.2. Schéma 2 – DMOKA® (intégration de 3 stimuli alternés)	8	9.1. H1 – Hypothèse initiale : pourquoi la simultanéité de trois modalités renforce le retraitement	15
5.3. Modèle de traitement multimodale séquentiel en DMOKA®	8	9.2. H2 – Hypothèse centrale (intégrant la résonance vibratoire de la TLEi)	15
6. Impact neuro-fonctionnel de la DMOKA®	8	9.3. Hypothèses secondaires	15
6.1. Le trauma comme blocage du retraitement	8	9.4. Variables conceptuelles clés	15
6.2. Rôle fondamental de la stimulation bilatérale alternée	8	10. Conclusion générale	16
6.3. `Schéma 3 – DMOKA® (inclut Résonance Vibratoire & Oscillation Interhémisphérique)	9	11. Réponses aux objections scientifiques	16
6.3.1. Ce que change la résonance vibratoire	9	11.1. Objection 1 – « Il n'existe pas de preuve expérimentale de la supériorité de la multimodalité simultanée. »	16
6.3.1.1. Les mots comme vecteurs vibratoires incarnés	9	11.2. Objection 2 – « La voix n'est qu'un stimulus symbolique. »	16
6.3.1.2. La résonance comme mécanisme de désorganisation ciblée	10	11.3. Objection 3 – « Multiplier les stimuli risque de surcharger le patient »	16
6.3.1.3. Restructuration simultanée du Logos	10		
6.4. Schéma 4 – Schéma neuro-fonctionnel (synthèse TLEi)	10		
6.5. Mécanismes multi-niveaux du processus DMOKA®/TLEi	10		

11.4. Objection 4 – « Le choix de mots issus des sensations ne risque-t-il pas de renforcer la fixation somatique ? »	16
11.5. Objection 5 – « Ce modèle sort du cadre protocolaire validé. »	17
12. Articulation avec GENESIS (blog de Paul Jorion)	18
12.1. Le trauma comme couplage pathologique stabilisé	18
12.2. La TLEi comme perturbation interne compatible	18
12.3. La restructuration du Logos comme émergence	18
12.4. Synthèse GENESIS / DMOKA® TLEi	18



1. EEG et désensibilisation des traumatismes

L'Électro-Encéphalogramme (EEG) permet d'observer l'activité ondulatoire des cellules nerveuses dans le cortex cérébral. Les générateurs élémentaires de l'EEG sont des parcelles relativement petites de la membrane cellulaire, y compris plusieurs synapses et une membrane passive à travers laquelle le courant synaptique retourne dans la cellule.

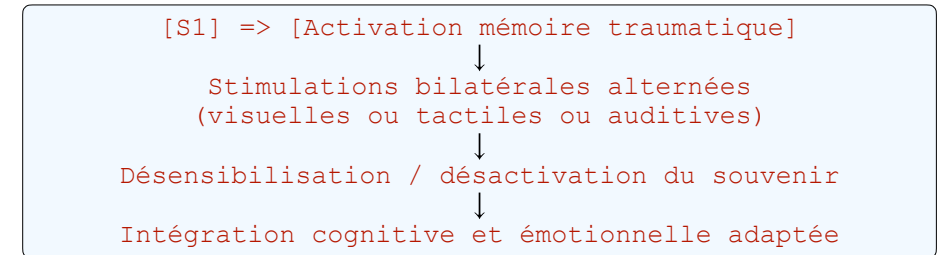
Il n'y a pas de preuve définitive quant à la taille approximative de ces générateurs unitaires et à leur distribution relative sur le corps cellulaire et les dendrites. L'analyse des relations entre l'EEG brut et l'activité ondulatoire des cellules nerveuses individuelles indique que l'activité globale est produite par la somme de l'activité synchronisée d'une fraction relativement petite de la population neuronale cérébrale. Bien que le reste de la population soit également actif, leurs contributions ne sont pas synchronisées et s'additionnent beaucoup moins efficacement, n'atteignant pas la limite de résolution des enregistreurs EEG.

Les implications de l'analyse informatique des données EEG pendant les séances de déprogrammation des traumatismes, y compris des traumatismes complexes, répétés ou prolongés, pourraient commencer à fournir des indications sur les modes d'action des différentes méthodes employées par les praticiens spécialisés dans la levée des psychotraumatismes. En attendant que de telles études existent, nous proposons ici une formulation hypothétique à partir de ce que l'analyse informatique EEG donne à comprendre dans d'autres contextes.

2. Rappel succinct de l'EMDR

L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) est une méthode thérapeutique structurée qui vise à retraiter des souvenirs traumatiques en permettant au système nerveux de désensibiliser ces événements grâce à des stimulations bilatérales alternées – habituellement visuelles, parfois tactiles ou auditives – pendant que le patient est focalisé sur un souvenir cible sélectionné par le thérapeute.

Ce processus repose sur l'idée que la stimulation bilatérale aide le cerveau à retraiter l'information émotionnelle et sensorielle du souvenir somato-psychique vers une intégration plus adaptative.



3. Ce qu'apporte la DMOKA® par rapport à l'EMDR

L'EMDR « classique » utilise une seule modalité principale – souvent visuelle avec option tactile ou auditive selon le praticien.

La DMOKA® (*Déprogrammation par les Mouvements Oculaires, Kinesthésiques et Auditifs*) agit par stimulation bilatérale alternée rythmée, organisées en deux phases séquentielles distinctes :

- Phase 1 – TLEi (simultanée, yeux fermés de préférence)
 - **Stimulation vocale/auditive** → répétition rapide de mots par la voix du patient, sur proposition du thérapeute, cadencée simultanément au rythme que les stimuli tactiles ;
 - **Stimulation kinesthésique/proprioceptive bilatérale alternée** → via le toucher de battements palmaires rapides par le thérapeute dans les paumes des mains du patient posées à plat dos sur un coussin couvrant cuisses et genoux.
- Phase 2 – **Stimulation oculaire** en alternance avec la TLEi, elle est introduite soit après une première TLEi lorsque le niveau de stress a suffisamment baissé, soit en première intention (Phase 1) pour diminuer le niveau d'activation d'une mémoire traumatique déjà très fortement mobilisée (grande peur, panique, phobie, agression, viol... traumas dits "simples")

- **Stimulation oculaire/visuelle bilatérale alternée** → horizontale (EMDR) mais aussi verticale et diagonale selon un cadrage visuel raisonné, mesuré en début de séance.

Ces deux phases ne sont pas juxtaposées mais séquencées fonctionnellement :

- la Phase 1 TLEi déstabilise l'engramme traumatique par résonance vibratoire ;
- la Phase 2 oculaire stabilise et intègre ce qui a été rendu labile.

3.1. La voix du patient

3.1.1. Impact direct sur le trauma

Beaucoup de traumas sont liés à l'impossibilité de parler, la sidération, la perte de la voix. Utiliser la voix du patient comme stimulus participe déjà à la déprogrammation.

3.1.2. Boucle perception-action fermée

La production vocale active simultanément cortex moteur (aire de Broca) et cortex auditif primaire (zone de Heschl, proche de l'aire de Wernicke), feedback somato-sensoriel et régulation autonome (respiration).

3.1.3. Statut d'Agent

Le patient n'est plus seulement récepteur mais **acteur du stimulus**. Cela engage les boucles motrices, auditives et proprioceptives en même temps.

On n'est plus dans une simple stimulation externe, mais dans une auto-régulation guidée. En d'autres termes, la DMOKA® ne se contente pas d'ajouter une modalité sensorielle : elle change le statut du sujet dans le processus.

3.2. Le choix des mots et la dimension vibratoire

Apport clinique central

La description serait incomplète si l'impact de la voix du patient était limité à la production d'un stimulus vocal et auditif. Il faut y ajouter la dimension décisive du mécanisme des résonances vibratoires³ :

- Les mots proposés au patient par le thérapeute sont choisis parmi les **sensations corporelles, proprioceptives et émotionnelles**, évoquées par le patient lui-même (tensions, oppression, gorge serrée, épaules lourdes, estomac noué, fourmillements, tremblement, difficultés respiratoires, sensation d'être perdu, tendu, vide, rien, je ne ressens rien, etc.) ;
- La répétition rapide et mécanique de ces mots produit une **interaction synchronisée entre représentations somatiques, traitement phonologique et stimulations sensorielles** ;
- Cette charge phonologique + engagement moteur + feedback sensoriel constitue une augmentation de la compétition de ressources pendant le rappel ;

³ Pascale Chavance évoque l'hypothèse explicative de la "résonance morphique", que suggère aussi la 'médecine quantique'. Plusieurs chercheurs ont en effet proposé des parallèles conceptuels entre les phénomènes de résonance vibratoire observés en thérapie somatique et la théorie des champs morphiques développée par le biologiste Rupert Sheldrake (Sheldrake, R., 1981 : « *A New Science of Life* ». Blond & Briggs ; Sheldrake, R., 2009 : « *Morphic Resonance: The Nature of Formative Causation* ». Park Street Press). Selon cette hypothèse, les systèmes auto-organisés – dont le système nerveux – hériteraient d'une mémoire de configurations antérieures similaires à travers des champs d'information non-matériels, et les régularités de la nature ressembleraient davantage à des habitudes qu'à des lois fixes. La résonance vibratoire produite par la TLEi (en Anglais RISE) – par laquelle des mots-sensations issus du patient entrent en résonance avec les engrammes somatiques du trauma – présente une analogie structurelle avec ce modèle : dans les deux cas, une vibration actuelle entre en contact avec une configuration mémorielle stabilisée pour en modifier l'organisation. Cette analogie reste néanmoins d'ordre conceptuel : le mécanisme de la TLEi / RISE est entièrement local et incarné – il opère dans le corps du patient, dans l'ici-et-maintenant de la séance – tandis que la résonance morphique de Sheldrake postule des effets non-locaux trans-temporels et trans-spatiaux. Ces deux niveaux de description ne se contredisent pas, mais ne se confondent pas. La théorie de Sheldrake, bien que controversée dans la science dominante et non encore validée par des protocoles répliquables, a trouvé des échos dans certains travaux de physique théorique, notamment le « principe de précedence » proposé par Lee Smolin dans le cadre de la physique quantique (Smolin, L., 2012, « *Time Reborn* » ; Houghton Mifflin Harcourt.

- Le résultat est une **désorganisation interhémisphérique** spécifique, suivie d'une réorganisation du souvenir et d'une restructuration du Logos (sensations-émotions-mots-sens-pensées).

Il ne s'agit donc pas seulement d'une stimulation vocale et auditive, mais d'un **couplage logo-somato-vibratoire** : la vibration endogène (émotionnelle et productive vocale) et exogène des mots entendus (sonore) et des battements palmaires (kinesthésique) entrent en résonance avec les traces somatiques du trauma, dénouent la fixation, et restructurent simultanément la signification.

4. La TLEi en détail, concept majeur de la DMOKA®

Le premier outil de la Méthode DMOKA®, la **Technique de Libération des Émotions inconscientes** (TLEi - en Anglais *RISE, Resonant Integration of Somatic Experience*), utilise les stimuli multimodaux simultanés, spécifiques à la DMOKA® et combine quatre dimensions actives :

- L'ancrage somatique dans les sensations et traces corporelles du trauma ;
- Les vibrations vocales et auditives (répétition par le patient de ses propres mots-émotions) et, simultanément, les vibrations kinesthésiques (battements palmaires bilatéraux alternés rapides du thérapeute dans les paumes des mains du patient), induisent :

- d'une part un phénomène de désorganisation et de décrochage de la fixation traumatique,
- d'autre part une satiété sémantique⁴ qui annule ou allège le poids du souvenir et de l'émotion ou de la perturbation comportementale qui y sont liées ;
- L'oscillation visuelle interhémisphérique, qui induit un effet (hypnotique) voisin de l'illusion d'optique de Titchener, puis les battements palmaires bilatéraux alternés lents associé à la répétition d'une phrase programmatique positive auto-générée facilitent la restructuration du Logos (mots-sens / signifiants-signifiés) ;
- La dimension dynamique, rythmique, processuelle, modulée par le praticien, agit par le patient.

TLEi / DMOKA® - 2 phases dynamiques

Avec la TLEi, la Méthode DMOKA® propose un continuum dynamique :

Retraitement Somatique Multimodal par Résonance Vibratoire
et Rééquilibrage Logique par Oscillation Interhémisphérique

4.1. Architecture de la DMOKA®

Les mots utilisés en DMOKA® ne sont pas neutres ou standardisés : ils sont :

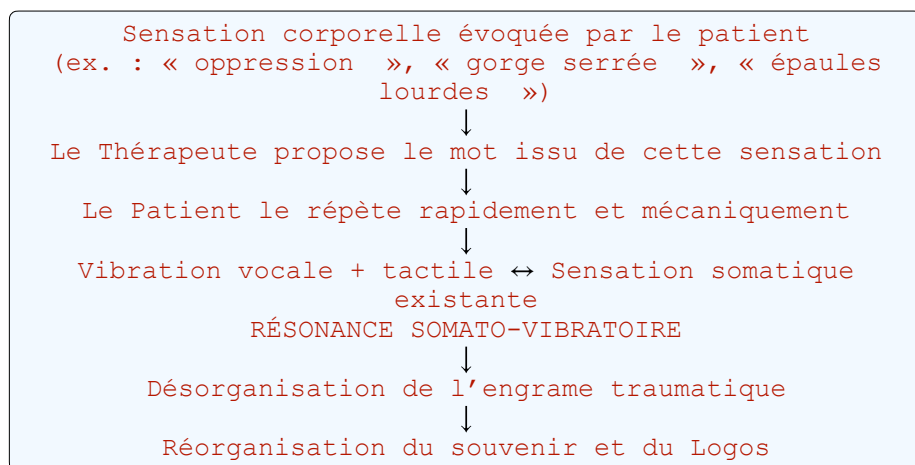
- Issus du patient lui-même : vocabulaire de ses propres sensations ;
- Prononcés mécaniquement : répétition rapide sans pause, sans délibération ;
- Simultanés aux battements palmaires kinesthésiques : les deux modalités s'amplifient mutuellement ;
- En résonance avec les zones somatiques concernées : la vibration sonore renforce et mobilise l'engramme corporel.

⁴ La satiété sémantique (ou saturation sémantique) désigne un phénomène psychologique caractérisé par la perte temporaire du sens d'un mot ou d'une expression après une répétition rapide et prolongée. Le terme a été formalisé par Leon Jakobovits James en 1962, bien que le phénomène ait été observé dès 1907 par Elizabeth Severance et Margaret Floy Washburn, puis théorisé par Edward Titchener en 1911.

4.2. Mécanisme de résonance vibratoire

La résonance vibratoire opère à plusieurs niveaux simultanément :

- **Niveau attentionnel** : la répétition mécanique du mot-sensation maintient l'attention sur la zone somatique concernée ;
- **Niveau proprioceptif** : la modulation de la hauteur et de l'intensité⁵ de la vibration se propage dans la cage thoracique, la gorge, les cavités cranio-faciales ;
- **Niveau acoustique** : les fréquences vocales des mots choisis entrent en résonance avec les zones de tension du corps ;
- **Niveau symbolique** : le mot est la sensation – le Logos se réincarne dans le Sôma.



4.3. Satiation sémantique et restructuration du Logos

La résonance vibratoire ne constitue pas l'aboutissement du processus : elle en est le déclencheur. Une fois l'engramme somatique mobilisé et décroché de sa fixation, un second mécanisme entre en jeu, complémentaire et indissociable : la **satiation sémantique**.

Sur le plan phénoménologique, la répétition entraîne une **désémantisation transitoire** : le mot reste perçu sur le plan phonétique ou visuel, mais **perd momentanément sa signification**, apparaissant comme une simple suite de sons ou de lettres.

Sur le plan neurocognitif, ce phénomène repose sur un mécanisme d'**habituation neuronale** (ou inhibition réactive). La répétition active de manière itérative les circuits du traitement du langage – notamment dans les régions temporales et frontales impliquées dans la compréhension et la production – ce qui conduit à une **diminution progressive de la réponse neuronale**. Cette réduction d'activité reflète un processus d'**économie cérébrale**, évitant de mobiliser inutilement des ressources face à un stimulus inchangé.

Ainsi, la satiation sémantique peut être comprise comme une **désactivation temporaire du lien entre forme et sens, résultant d'une suractivation répétée des réseaux neuronaux associés**.

La satiation sémantique n'est donc pas une anomalie du langage : c'est une ressource thérapeutique.

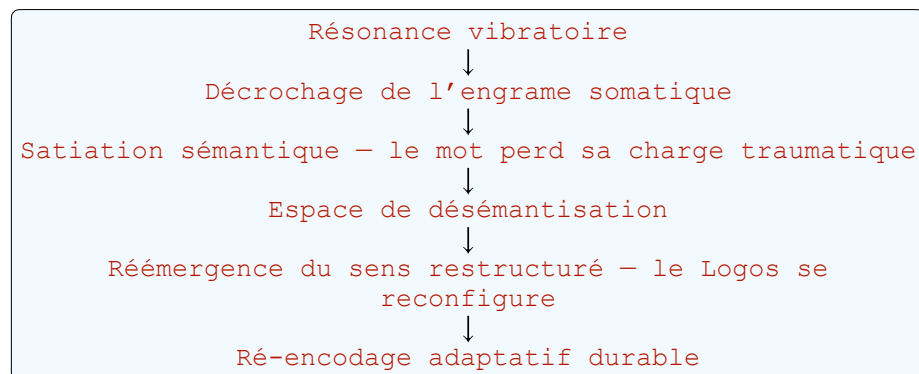
Dans la DMOKA®, les mots répétés ne sont pas choisis au hasard : ils **sont** la sensation, encodée linguistiquement. Leur répétition mécanique rapide produit donc une double action :

- elle **mobilise et décroche l'engramme somatique** par résonance vibratoire ;
- elle **vide progressivement le mot-émotion de sa charge traumatique** par satiation sémantique.

Cet espace de désémantisation n'est pas un vide : c'est une **ouverture**. Libéré de la signification figée qu'il portait, le mot peut être réinvesti d'un sens nouveau, moins chargé, plus intégré. Le Logos se restructure – non par instruction cognitive, mais par le mouvement lui-même.

⁵ cf. Marie-Louise Aucher :, Psychophonie

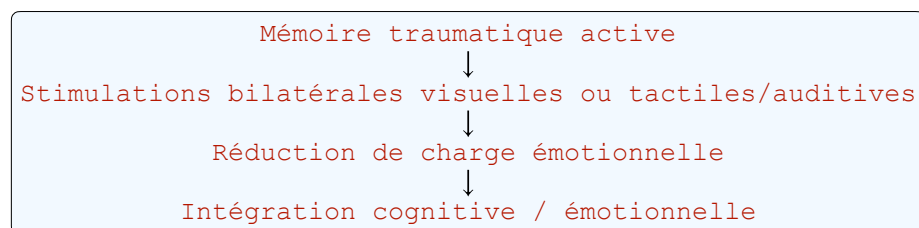
La chaîne causale du processus TLEi peut alors être formulée explicitement :



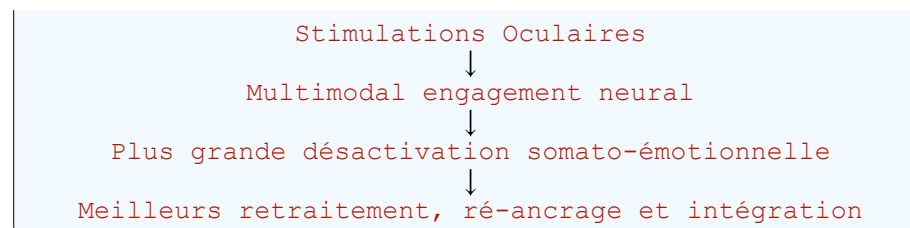
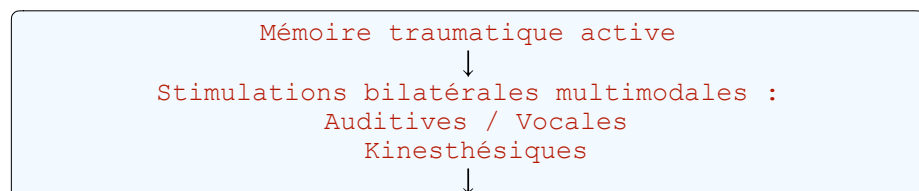
C'est en ce point précis que la DMOKA® dépasse la désensibilisation : elle ne supprime pas le souvenir, elle en transforme la signification. La guérison n'est pas l'oubli ; c'est la possibilité de nommer autrement.

5. Schémas conceptuels intégrés

5.1. Schéma 1 – EMDR standard (une modalité principale)



5.2. Schéma 2 – DMOKA® (intégration de 3 stimuli alternés)



L'utilisation de 3 modalités sensorimotrices bilatérales dont 2 simultanées crée une interface plus riche entre les réseaux perceptifs, émotionnels et mnésiques. Cet enrichissement sensoriel accélère le processus d'intégration en engageant une plus grande portion du cortex sensoriel et des voies interhémisphériques.

5.3. Modèle de traitement multimodale séquentiel en DMOKA®

(Figure page suivante)

6. Impact neuro-fonctionnel de la DMOKA®

6.1. Le trauma comme blocage du retraitement

Un choc traumatique peut être décrit comme une activation émotionnelle extrême, une suspension du traitement intégratif, une fixation sensorielle et corporelle du souvenir. Le cerveau ne parvient plus à faire circuler l'information entre les hémisphères, à relier le souvenir à une temporalité passée, ni à dissocier perception, émotion et réaction corporelle.

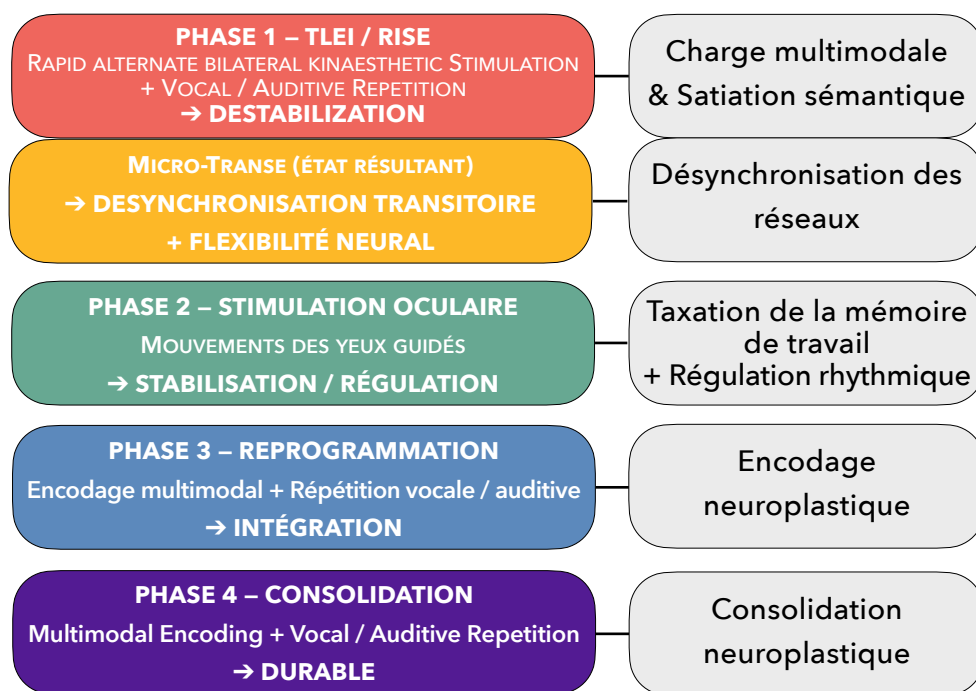
6.2. Rôle fondamental de la stimulation bilatérale alternée

La stimulation bilatérale alternée, quelle que soit la modalité, a trois effets majeurs :

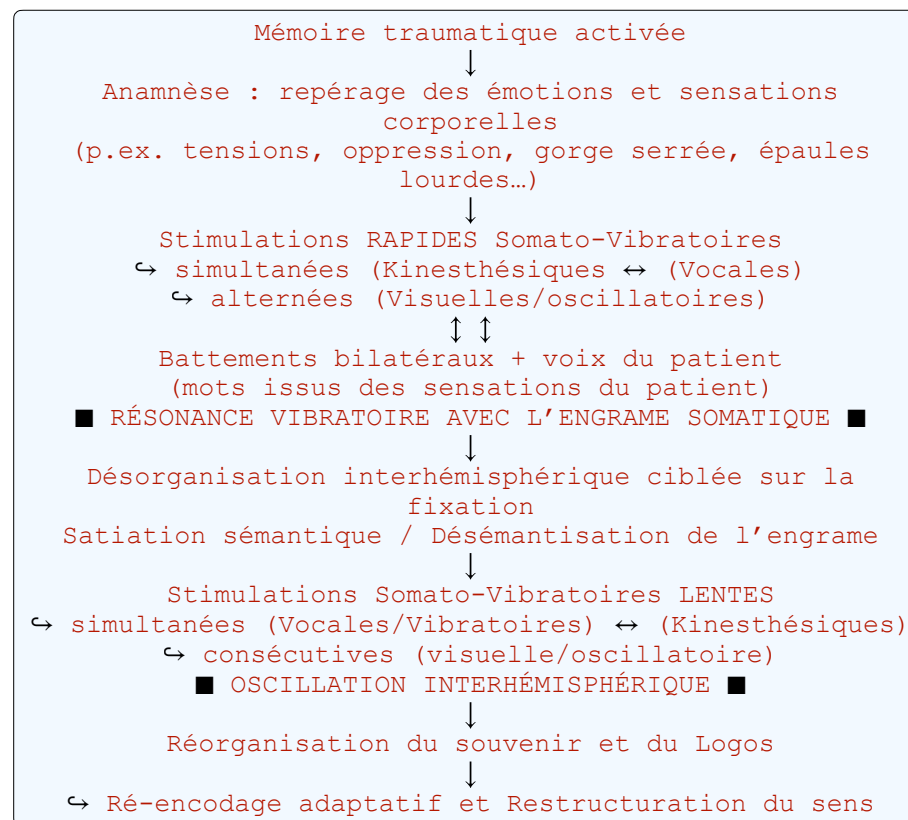
- **Réouverture de la communication interhémisphérique** : l'alternance droite/gauche crée une oscillation attentionnelle qui empêche la fixation rigide ;

- **Mise en concurrence attentionnelle** : le cerveau traite simultanément le souvenir traumatique et le stimulus, ce qui réduit mécaniquement la charge émotionnelle brute ;
- **Passage d'un état figé à un état dynamique** : le trauma est statique ; la stimulation alternée introduit du rythme et donc du temps.

Figure 5.3. – Processus Séquentiel



6.3. `Schéma 3 – DMOKA® (inclut Résonance Vibratoire & Oscillation Interhémisphérique)



6.3.1. Ce que change la résonance vibratoire

Dire que la simultanéité de deux modalités et l'alternance de la troisième produisent un « engagement multimodal neural », est exact mais insuffisant. Le mécanisme spécifique est le suivant :

6.3.1.1. Les mots comme vecteurs vibratoires incarnés

- Le thérapeute choisit les mots parmi les sensations évoquées par le patient ;

- Ces mots portent déjà une charge somatique du patient : ils sont sa sensation ;
- Leur répétition rapide produit une vibration vocale qui entre en résonance avec cette sensation.

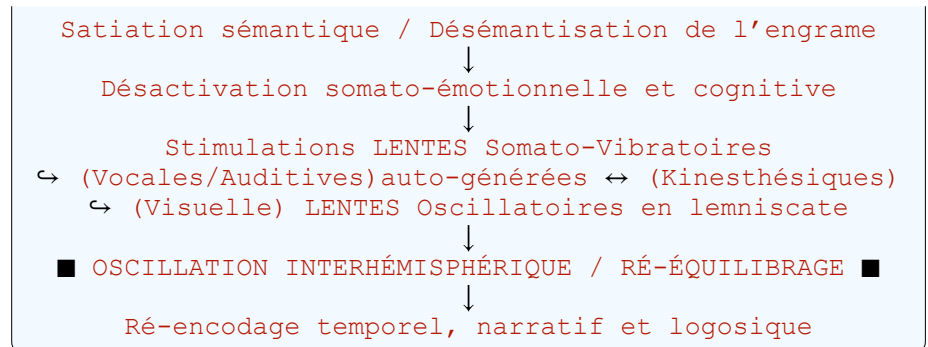
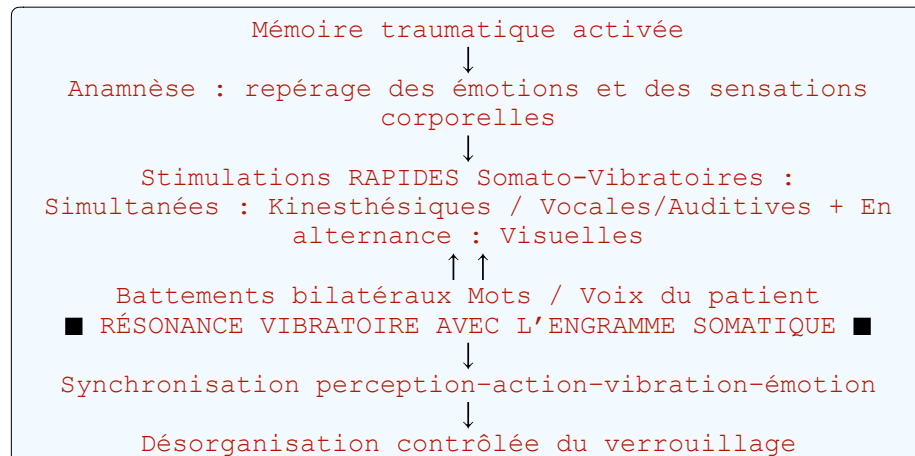
6.3.1.2. La résonance comme mécanisme de désorganisation ciblée

- La résonance vibratoire amplifie l'activation de l'engramme somatique ;
- Cette amplification, combinée aux battements palmaires kinesthésiques bilatéraux, crée une désorganisation contrôlée du verrouillage traumatique ;
- Le cerveau ne peut maintenir simultanément la fixation rigide ET la résonance vibratoire en mouvement.

6.3.1.3. Restructuration simultanée du Logos

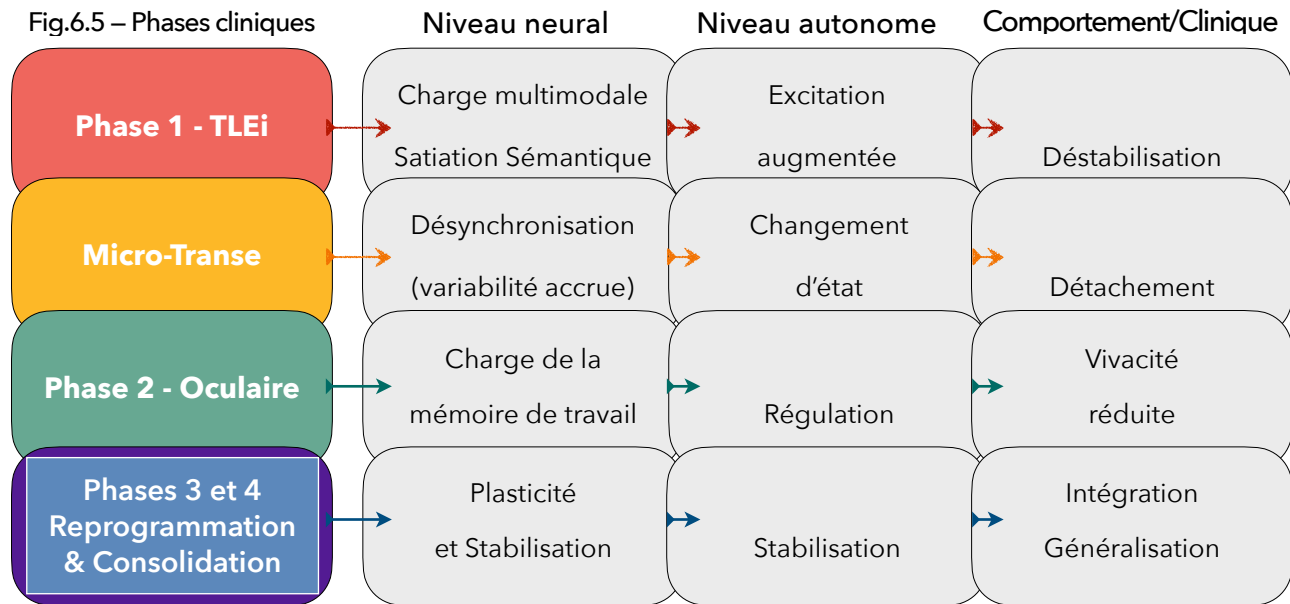
- Les mots répétés mécaniquement se désémantisent progressivement ;
- Cet espace de désémantisation permet une ré-émergence du sens : le Logos se restructure ;
- La guérison n'est pas seulement somato-émotionnelle mais aussi narrative et cognitive.

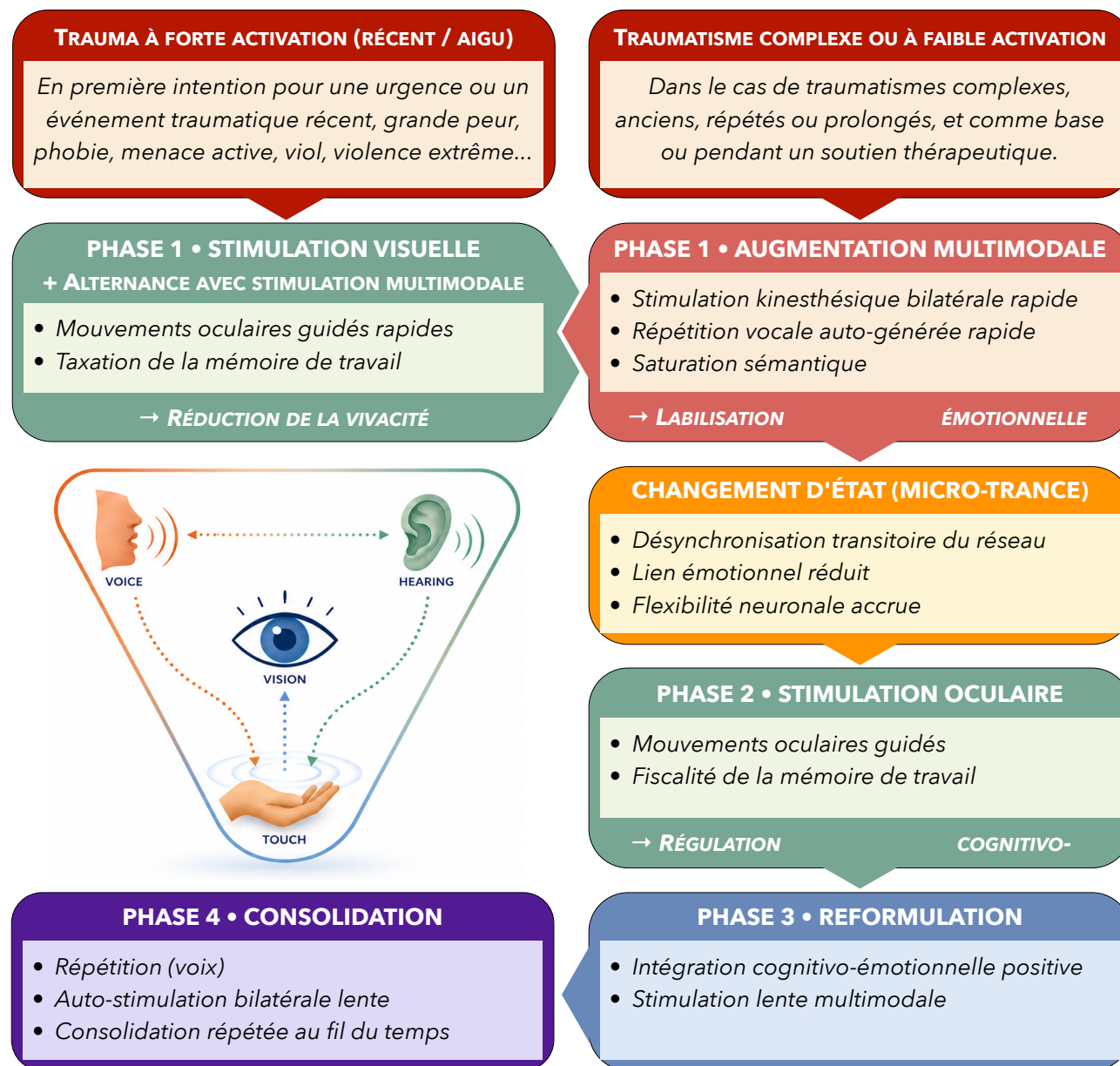
6.4. Schéma 4 – Schéma neuro-fonctionnel (synthèse TLEi)



6.5. Mécanismes multi-niveaux du processus DMOKA®/TLEi

(Figure page suivante)





6.6. Séquençage adaptatif de la stimulation multimodale dans la méthode DMOKA®/TLEi

La figure 6.6 illustre le séquençage adaptatif des modalités de stimulation sensorielle pendant le traitement du traumatisme dans le cadre de la méthode DMOKA®.

En cas de traumatisme à forte activation ou récent, la stimulation visuelle est initialement utilisée pour réduire la détresse et la vivacité, suivie d'une alternance dynamique avec une stimulation multimodale rapide (TLEi), combinant des composants tactiles, et vocaux / auditifs auto-générés.

En revanche, en cas de traumatisme complexe ou à faible activation, une stimulation multimodale rapide est introduite en premier, puis alternée avec une stimulation visuelle en fonction de la progression clinique.

Ce processus est associé à un changement d'état transitoire (« micro-transe »), caractérisé par une liaison émotionnelle réduite et une flexibilité neuronale accrue.

La séquence progresse ensuite par la stimulation oculaire (régulation), suivie d'une reprogrammation cognitivo-émotionnelle et d'une consolidation post-session, soutenant une intégration durable.

La séquence est ajustée dynamiquement en fonction du niveau d'activation émotionnelle.

7. Comparaison DMOKA® vs. EMDR vs. IMO

7.1. Tableau récapitulatif

Critères	EMDR	IMO	EFT	DMOKA® /
Modalité principale	Visuelle	Visuelle	Kinesthésique et vocale	Résonance Somato-Vibratoire Kinesthésique & Vocale /
Nombre de modalités	1 (2)	1	2	3 (2 simultanées)
Origine du stimulus	Thérapeute	Thérapeute	Auto-stimulation	Auto-stimulation
Résonance vibratoire	Absente	Absente	Faible à modérée	Centrale
Impact corporel	Indirect	Limité	Direct mais léger	Direct + Vibratoire
Voix du	Secondaire	Associative	Centrale	Centrale
Agentivité	Faible-	Moyenne	Élevée	Élevée
Boucle perception-	Partielle	Partielle	Complète	Complète, Vibratoire et

Critères	EMDR	IMO	EFT	DMOKA® /
Ancrage du Logos	Cognitif a posteriori	Narratif associatif	Cognitif et verbal	Incarné cognitif et verbal – désémantisation, reconfiguration,
Travail corporel	Indirect	Limité	Direct : tactile et proprioceptif	Direct : tactile, vocal proprioceptif

7.2. Lecture systémique

- **EMDR** : → le système est stimulé de l'extérieur pour se réparer ;
- **IMO** : → le système explore pour s'intégrer ;
- **EFT** : → le système s'auto-module par stimulation rythmique et verbalisation.
- **DMOKA® (triple stimulation)** : → le système agit pour se réorganiser ;
- **DMOKA® (triple stimulation, incluant l'effet de résonance vibratoire)** : → le système résonne avec lui-même pour se reconfigurer et restructurer son Logos.

La distinction fondamentale n'est pas dans le nombre de modalités stimulées, mais dans le fait que les mots utilisés **sont déjà le trauma somatique** – ils n'y font pas référence de l'extérieur, ils en sont l'expression corporelle directe. La résonance vibratoire opère de l'intérieur du système, pas depuis sa périphérie.

8. Déroulé conceptuel d'une séance type DMOKA®

8.1. Étape 1 – Activation ciblée (sans immersion) et Cadre visuel

Activer le réseau mémoriel traumatique sans saturation. Ce n'est pas le souvenir qui est travaillé directement, mais l'état dans lequel il est maintenu.

8.2. Étape 2 – Anamnèse et repérage somatique

Le thérapeute écoute attentivement le récit du patient et repère les **termes somatiques spontanés** : ces mots que le patient utilise pour décrire ses émotions et sensations corporelles sont les vecteurs de la TLEi.

- « J'ai l'impression d'avoir quelque chose de bloqué ici » → localisation et mot retenu possible : bloqué (ici) ;
- « Gorge serrée » → mot ou syntagme retenu possible : serré / ça me serre ;
- « Je sens quelque chose qui tremble » → syntagme retenu possible : ça tremble, je tremble, j'en tremble

8.3. Étape 3 – Phase 1 TLEi : stimuli kinesthésique et vocal/auditif simultanés

Stimulus TLEi kinesthésique bilatéral : les battements palmaires bilatéraux alternés rapides dans les paumes des mains activent le schéma corporel, la régulation autonome, l'ancrage sensorimoteur.

Stimulus TLEi vocal/auditif simultané : la répétition rapide et mécanique des mots-sensations du patient, au rythme imposé par le thérapeute, 1. produit une résonance vibratoire avec l'engramme somatique.

Le patient garde les yeux fermés – si possible, pour favoriser l'intériorisation et maximiser la résonance.

8.4. Étape 3bis – Phase 1 ou 2 et en alternance : stimulus oculaire

Stimulus oculaire bilatéral alterné : soit en première intention pour une urgence, un événement traumatique unique, dit "trauma simple", centré sur un événement circonscrit et identifiable (voir schéma page suivante), soit, dans les autres cas, après la TLEi, souvent lorsque le niveau de stress a baissé. Il n'est pas

simultané à la Phase 1 mais lui succède fonctionnellement et/ou en alternance. Il contribue à la stabilisation et à l'intégration de ce qui a été déstabilisé par la TLEi. Les mouvements oculaires alternés horizontaux, verticaux et diagonaux ouvrent la mémoire épisodique et désenclavent le focus figé.

8.5. Étape 5 – Désactivation somato-émotionnelle

Progressivement, la charge émotionnelle chute, les sensations corporelles se relâchent, le souvenir perd sa force intrusive. Ce n'est pas une disparition, c'est une perte de pouvoir.

8.6. Étape 6 – Ré-encodage et restructuration du Logos

La guérison n'est pas seulement somato-émotionnelle. La répétition mécanique des mots-sensations produit progressivement une désémantisation – les mots perdent en même temps leur charge émotionnelle – puis une réémergence du sens : le patient peut raconter autrement, penser autrement, nommer autrement ce qui lui est arrivé. Le Logos se restructure.

8.7. Étape 7 – Reprogrammation positive

Construction conjointe d'une phrase de reprogrammation (« Même si auparavant... / maintenant... »), répétée à voix haute, les yeux fermés, avec battements palmaires bilatéraux lents.

8.8. Étape 8 – Stimulus visuel de clôture

Répétition de la phrase de programmation positive, les yeux ouverts, en suivant l'objet auquel le thérapeute fait décrire le *Lemniscate* de Bernoulli (symbole de l'infini ou "8 couché").

8.9. Étape 9 – Consolidation par le patient lui-même

Le patient continue d'inscrire la phrase de reprogrammation en la répétant quatre à cinq fois (i.e. durant une à deux minutes), deux à trois fois par jour, pendant 21 jours, à voix haute, les yeux fermés, tout en faisant des battements palmaires lents bilatéraux alternés sur ses genoux/cuisses.

9. Hypothèses

9.1. H1 – Hypothèse initiale : pourquoi la simultanée de trois modalités renforce le retraitement

La proposition de la DMOKA® est que la simultanée ou la suite de stimuli visuels + auditifs/vocaux et kinesthésiques augmente l'efficacité dans la désactivation des chocs traumatiques.

- Le traitement des traumatismes nécessite l'accès simultané à plusieurs voies sensorielles et mémorielles : le visuel active la mémoire épisodique ; l'auditif/vocal engage le système langage-affect ; le kinesthésique relie le processus aux traces musculaires/somatiques ;
- Cette combinaison peut amplifier l'intégration interhémisphérique et le retraitement neurologique de l'événement traumatique ;
- En termes systémiques, l'ajout de modalités sensorielles supplémentaires et leur simultanée augmentent la redondance des signaux bilatéraux, favorisant une meilleure synchronisation cérébrale interhémisphérique.

9.2. H2 – Hypothèse centrale (intégrant la résonance vibratoire de la TLEi)

La stimulation Somato-Vibratoire – dans laquelle les mots-émotions répétés rapidement par le patient sont issus de ses propres sensations corporelles / émotionnelles – produit un mécanisme spécifique : la résonance vibratoire entre la vibration vocale et l'engramme somatique du trauma, en même temps que le choix des mots et la vitesse de répétition produisent une perte du sens ou désémantisation par effet de saturation. **Résonance et rythmes constituent le levier principal de la désorganisation du verrouillage traumatique et de la restructuration simultanée du Logos par oscillation.**

9.3. Hypothèses secondaires

- La résonance vibratoire est corrélée à une désactivation somato-émotionnelle plus profonde et plus rapide que la stimulation bilatérale externe.
- La désémantisation progressive des mots-sensations par répétition mécanique favorise la réémergence d'un Logos restructuré.
- L'agentivité du sujet (sa voix comme source du stimulus) amplifie les effets de la résonance vibratoire.
- Les effets se manifestent d'abord sur le plan somatique, puis narratif et cognitif.

9.4. Variables conceptuelles clés

- Variable indépendante principale : mots choisis parmi les sensations du patient vs. mots standardisés.
- Variable médiatrice : intensité de la résonance vibratoire (mesurable par activation somatique) ; ajouter Tonalité / fréquence / hauteur (psychophonie).
- Variables dépendantes : réduction somatique, restructuration narrative, stabilité des effets.
- Hypothèses plausibles restant à valider scientifiquement. Ces hypothèses sont plausibles du point de vue d'une neuro-théorie de l'intégration sensorielle, mais restent à démontrer scientifiquement de manière rigoureuse dans la littérature DMOKA® / EMDR / IMO...

On peut noter que le Yoga des yeux intègre la pratique des mouvements oculaires depuis plusieurs siècles et que l'Analyse psycho-somato-sociale selon Wilhelm Reich inclut aussi la pratique d'"Actings" visuels dont un très similaire aux mouvements oculaires de la DMOKA®, précisément dans le but de permettre la remontée de souvenirs archaïques, traumatiques, enfouis, à côté d'autres actings (mouvements ou positions du corps), le massage et un travail respiratoire (diaphragme) et vocal/sonore (son provenant du 'hara').

10. Conclusion générale

La présente description avait pour objectif d'apporter une contribution conceptuelle substantielle à la description des mécanismes de la DMOKA® :

- La stimulation auditive/vocale n'est pas seulement une troisième modalité s'ajoutant aux deux premières ;
- Les mots proposés par le thérapeute sont choisis dans le vocabulaire somatique du patient, ce qui les charge d'emblée d'une résonance avec l'engramme traumatique ;
- La vibration vocale de ces mots, simultanée aux battements palmaires tactiles/kinesthésiques, crée une résonance vibratoire logo-somatique spécifique ;
- Cette résonance est le mécanisme central de désorganisation du verrouillage traumatique ;
- Elle permet simultanément une désactivation somatique et une restructuration du Logos.

Le traumatisme est une immobilisation cohérente du système.

Le trauma ne se guérit pas seulement par l'oscillation bilatérale mais lorsque le corps reconnaît et vibre aux mots de ses propres émotions.

La guérison est une remise en mouvement auto-portée, synchronisée, rythmée et résonante.

© Pascale Chavance, orthoptiste DE, créatrice de la DMOKA®

– Présidente d'honneur de L'Académie DMOKA®

Et Thierry Dudreuilh, chercheur indépendant, analyste psycho-somato-social

– Directeur clinique % Académie-ACP•PCE-Academy mediation@mac.com

Académie DMOKA® pour le traitement du trauma et du trauma complexe
S'informer / Trouver un praticien / Devenir praticien : <https://www.DMOKA.fr>

11. Réponses aux objections scientifiques

11.1.Objection 1 – « Il n'existe pas de preuve expérimentale de la supériorité de la multimodalité simultanée. »

Réponse : L'hypothèse ne porte pas sur une supériorité quantitative, mais sur un mécanisme qualitatif spécifique – la résonance vibratoire. Des études en neurosciences de la résonance vocale et de la saturation sémantique par répétition offrent des bases empiriques partielles. Des protocoles EEG pendant des séances permettraient de tester directement l'hypothèse.

11.2.Objection 2 – « La voix n'est qu'un stimulus symbolique. »

Réponse : La vibration vocale est un phénomène physique mesurable (fréquences, résonances cavitaires). Les mots choisis parmi les sensations du patient ne sont pas symboliques – ils *sont* la sensation, encodée linguistiquement. Leur vibration entre en résonance directe avec l'engramme somatique, sans médiation symbolique préalable.

11.3.Objection 3 – « Multiplier les stimuli risque de surcharger le patient »

Réponse : La résonance vibratoire est synchronique, non additive. Elle réduit la charge en produisant une désémantisation progressive – les mots perdent leur charge traumatique par répétition mécanique. C'est le mécanisme inverse d'une surcharge.

11.4.Objection 4 – « Le choix de mots issus des sensations ne risque-t-il pas de renforcer la fixation somatique ? »

Réponse : C'est précisément l'inverse. En rendant audible et vibratoire ce qui était silencieusement figé dans le corps, la résonance vibratoire crée le

mouvement là où il y avait immobilisation. La résonance n'amplifie pas la douleur, elle la remet en mouvement.

11.5.Objection 5 – « Ce modèle sort du cadre protocolaire validé. »

Réponse : Il s'agit d'un cadre explicatif, non d'un protocole normatif. Il n'a pas vocation à remplacer les méthodes existantes, mais à rendre intelligible le mécanisme spécifique qui, dans la pratique clinique de la DMOKA®, produit des effets supérieurs à ceux de l'EMDR classique selon les praticiens formés aux deux méthodes.

© Pascale Chavance, orthoptiste DE, créatrice de la DMOKA®

– Présidente d'honneur de L'Académie DMOKA®

Et Thierry Dudreuilh, chercheur indépendant, analyste psycho-somato-social

– Directeur clinique % Académie-ACP•PCE-Academy  mediation@mac.com

Académie DMOKA® pour le traitement du trauma et du trauma complexe

S'informer / Trouver un praticien / Devenir praticien : <https://www.DMOKA.fr>

* * *

12. Articulation avec GENESIS (blog de Paul Jorion⁶)

12.1. Le trauma comme couplage pathologique stabilisé

Dans le cadre de GENESIS, un système pathologique n'est pas erroné : il est cohérent dans un état devenu inadapté. Le trauma correspond à un couplage stable entre l'événement sensoriel, l'état émotionnel d'urgence, et l'encodage somatique – couplage qui a produit une *progéniture* adaptative dans le contexte du trauma, mais devenue inadaptée hors de ce contexte

12.2. La TLEi comme perturbation interne compatible

Dans GENESIS, un système ne change pas par instruction externe, mais par perturbation interne compatible. La stimulation bilatérale introduit une oscillation qui empêche la stabilisation rigide.

La TLEi va plus loin : en choisissant des mots issus des sensations du patient, le thérapeute ne perturbe pas le système depuis l'extérieur ; il utilise les propres éléments du système (les mots-sensations) comme vecteurs de perturbation. La perturbation est endogène.

En termes GENESIS, la TLEi crée un couplage génératif entre le stimulus vibratoire (voix + mots + battements palmaires) et l'engramme somatique (la progéniture traumatique). Ce couplage produit une nouvelle progéniture : la reconfiguration adaptative

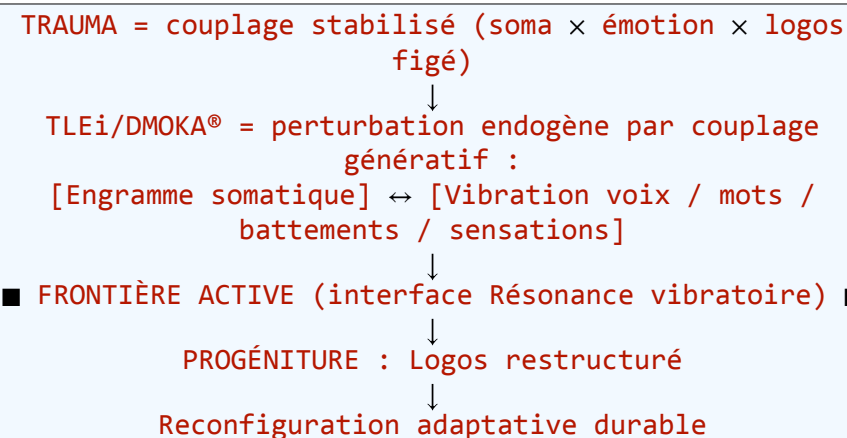
12.3. La restructuration du Logos comme émergence

Dans GENESIS, deux systèmes couplés produisent à leur frontière quelque chose d'irréductible à l'un ou l'autre. La répétition mécanique des mots-sensations crée une frontière active entre :

- le Sôma, porteur de l'engramme traumatique ;
- le Logos, porteur du sens, de la narration, de l'identité.

À cette frontière, dans le processus de Résonance Vibratoire Logo-Somatique, émerge une nouvelle structure : le sens reconstruit, le récit restructuré la possibilité de nommer autrement. C'est une progéniture au sens strict de GENESIS.

12.4. Synthèse GENESIS / DMOKA® TLEi



© Pascale Chavance, orthoptiste DE, créatrice de la DMOKA®

– Présidente d'honneur de L'Académie DMOKA®

Et Thierry Dudreuilh, chercheur indépendant, analyste psycho-somato-social

– Directeur clinique % Académie-ACP•PCE-Academy mediation@mac.com

Académie DMOKA® pour le traitement du trauma et du trauma complexe
S'informer / Trouver un praticien / Devenir praticien : <https://www.DMOKA.fr>

⁶ <https://www.pauljorion.com/blog/2026/03/17/genesis-explique-la-technique-psychotherapeutique-emdr-par-claude/>