

Psychothérapies

Sous la direction de **Cyril Tarquinio**

Marie-Jo Brennstuhl • Hélène Dellucci • Martine Iracane

Jenny Ann Rydberg • Michel Silvestre • Eva Zimmerman

Pratique de la psychothérapie EMDR



- Fondements et concepts de base
- Approfondissements pratiques et psychopathologiques

DUNOD

Sous la direction de
Cyril TARQUINIO

Pratique de la psychothérapie EMDR

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage. Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements	d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).
	

© Dunod, 2017
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-076091-6

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>REMERCIEMENTS</i>	XXI
<i>LISTE DES AUTEURS</i>	XXIII
<i>PRÉFACE</i>	XXIX
Isabelle Fernandez	
<i>INTRODUCTION</i>	1
Cyril Tarquinio	
1. Du guérisseur au psychothérapeute : des dispositifs de soins par la parole	3
Alain Blanchet	
La guérison par l'action divine	5
La guérison par l'action du thérapeute	5
La guérison par la parole du patient	7
Bibliographie	10
2. Qu'est-ce qu'une psychothérapie ?	11
Edmond Marc	
Définition	11
<i>Complément, 12 • Caractéristiques, 12 • Psychothérapie et techniques thérapeutiques, 13</i>	
Généalogie	13
<i>L'hypnose, 13 • La psychanalyse, 14 • L'analyse existentielle, 14 • Les thérapies humanistes, 15 • Autres courants, 15</i>	
Unité et diversité	16
<i>Une diversité réelle, 16 • Une unité tendancielle, 17</i>	

Bibliographie	18
3. Les principes de base de la psychothérapie	19
Nathalie Steffens	
Frédéric Verhaegen	
Une relation interpersonnelle	20
<i>L'alliance thérapeutique, 20 • L'empathie, 21 • L'intersubjectivité, 22</i>	
L'expertise du thérapeute et sa mise en oeuvre	22
<i>Le savoir du thérapeute, 22 • L'adaptation permanente du thérapeute à son patient : l'art du thérapeute, 23 • L'éthique du thérapeute, 24</i>	
Un objectif : l'amélioration de l'état psychique du patient sous-tendue par un processus de changement	25
<i>De l'évaluation du changement à la compréhension des mécanismes de changement, 25</i>	
<i>• Contribution méthodologique d'appréhension des mécanismes de changement, 26</i>	
Bibliographie	27
4. Le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI)	29
Ludwig Cornil	
Le TAI comme hypothèse de travail	29
<i>Technique ou thérapie ?, 30 • TAI comme modèle de traitement d'information, 31 • Un système de traitement d'information inné, 32</i>	
Informations stockées de façon dysfonctionnelle	33
<i>Les réseaux neuronaux à la base de la santé et de la pathologie, 34 • Limites du mécanisme inné de traitement de l'information, 35 • Une expérience trop difficile ?, 36</i>	
<i>• Le TAI comme explication pour l'efficacité de l'EMDR, 38</i>	
Les limites du modèle TAI	39
Traitement accéléré ou adaptatif ?	41
Bibliographie	42
5. Indications et contre-indications de l'EMDR	45
Emmanuel Augeraud	
Indications	45
Contre-indications	47
Réactions indésirables possibles	47
Bibliographie	49

6. De la conceptualisation de cas au plan de traitement	59
Martine Iracane	
Contours et objectifs de la conceptualisation de cas	60
<i>Conceptualiser le cas à la lumière du TAI, 60 • Les objectifs de la conceptualisation, 61</i>	
Quelles bases de données pour la conceptualisation ?	62
<i>L'entretien clinique, 62 • Examiner la stabilité dans le présent, 65 • La relation thérapeutique, 65 • La capacité au changement, 66 • Le type de présentation clinique, 66</i>	
De la conceptualisation de cas au plan de traitement	69
<i>Le renforcement des ressources, 69 • La réduction symptomatique, 70 • La psychothérapie intégrale, 72</i>	
Bibliographie	73
7. Protocoles et procédures EMDR	75
Jenny Ann Rydberg	
Les huit phases de la psychothérapie EMDR	75
La procédure EMDR standard en onze points	78
Le protocole EMDR standard en trois volets	80
Bibliographie	81
8. Le plan de ciblage standard	83
Martine Iracane	
Comprendre la structure du plan de ciblage standard et sa finalité thérapeutique	84
Construire le plan de ciblage standard	85
<i>La problématique du présent, 86 • Les cibles du passé, 87 • Le troisième temps du traitement : le futur, 90 • Synthèse, 90</i>	
Remarques importantes	92
Le plan de ciblage standard : autres possibilités de recherche du souvenir source	92
Les plans de ciblage spécifiques	93
Bibliographie	94
9. Les cognitions dans la thérapie EMDR	95
Helene Dellucci	
Gabrielle Bouvier	
Définition : la cognition c'est ...	95
Les différents types de cognitions	96

Comment faire pour établir une bonne cognition négative et positive ?	98
Les cognitions du plan de ciblage	99
Les cognitions dans la phase d'évaluation	100
Les cognitions fondamentales	101
Faut-il toujours établir des cognitions ?	102
Cognitions et enfants, adolescents, personnes déficitaires, grand âge	103
Cognitions et traumas complexes, dissociation et chronicité	104
Bibliographie	105
10. Les protocoles des scénarios du futur de la thérapie EMDR	107
Eva Zimmermann	
Les scénarios du futur : développement du protocole	107
<i>Les scénarios du futur - débuts de l'EMDR (années 1990-2012), 107 • Les scénarios du futur : enseignement actuel, 108</i>	
Autres techniques utiles pour les scénarios du futur	110
<i>Technique de l'absorption ou de l'éponge, 110 • Scénarios futurs : utilisation du protocole des phobies, 111</i>	
Problèmes non-reconnus dans les procédures habituelles	112
<i>Généralités, 112 • Le flashforward, 113 • Les scénarios du futur A - B - C, 114</i>	
Bibliographie	116
11. Protocoles EMDR spécialisés	117
Jenny Ann Rydberg	
Une première source de confusion : la méconnaissance de l'EMDR	118
Les types de protocoles et procédures spécialisés	119
Les protocoles EMDR spécifiques originels	120
Stratégies pour accélérer ou décélérer le traitement	120
Variations standard	123
Bibliographie	126
12. Anamnèse et préparation de la thérapie EMDR pour les cas complexes	129
Andrew M. Leeds	
Dolores Mosquera	
Anamnèse et préparation de la thérapie EMDR dans les cas complexes	129
<i>Définition des cas complexes, 130 • Définition de l'ESPT complexe, 130</i>	

Les bases de formulation des cas EMDR dans les cas complexes. Phase 1 – Stabilisation et anamnèse	132
Théorie de l'attachement	134
Théorie de la dissociation structurelle de la personnalité	134
Reconnaître et travailler avec l'attachement évitant, ambivalent et désorganisé	135
<i>Classification et caractéristiques de l'attachement issues du Questionnaire sur l'attachement chez l'adulte (QAA), 135 • Phase I du traumatisme complexe. Collecte d'informations, 137</i>	
Bibliographie	138
13. Les blocages du traitement	141
Martine Iracane	
Généralités sur les blocages	141
<i>Définition, 141 • Les causes des blocages, 142 • Quand surviennent les blocages ?, 144 • Les abréactions, 145</i>	
Comment intervenir en cas de blocages	146
<i>Les stratégies alternatives, 146 • La gestion des abréactions, 148 • Le tissage cognitif, 149</i>	
Bibliographie	155
14. Les mouvements oculaires seulement ?	157
Nicolas Desbiendras	
Les stimulations d'attention double	157
Différentes stimulations pour différents patients ou différents problèmes ?	158
Recherches scientifiques sur les stimulations d'attention double	159
Recommandations de Francine Shapiro	161
Bibliographie	163
15. Corrélats neurobiologiques de la thérapie EMDR : résumé des études de neuro-imagerie fonctionnelle et structurelle	165
Sara Carletto	
Marco Pagani	
Tomographie par émission monophotonique	166
Imagerie par résonance magnétique et Imagerie par résonance magnétique fonctionnelle	168
La spectroscopie proche infrarouge	170
L'électroencéphalographie	171

Bibliographie	175
16. Guérir avec l'EMDR	177
Maxime Bériault	
Serge Larivée	
Rigueur méthodologique	177
<i>Étude initiale de Shapiro (1989), 177 • Études de cas, 178 • Études randomisées, 179</i>	
Utilité des mouvements oculaires	180
<i>Études cliniques, 180 • Études en laboratoire, 181</i>	
EMDR et autres psychopathologies	182
Comparaison TCC et EMDR	182
Considérations éthiques	183
EMDR et pseudo-science	184
<i>Pouvoir thérapeutique illimité, 184 • Renversement du fardeau de la preuve, 184 •</i> <i>Utilisation d'un langage hermétique, 185 • Argument de l'holisme, 185</i>	
Bibliographie	186
17. Histoire du psychotraumatisme	189
Evelyne Josse	
De l'antiquité au XVII ^e siècle : premiers récits historiques et scientifiques	189
Du XVIII ^e au milieu du XIX ^e siècle : premières observations scientifiques et premières hypothèses étiologiques	190
Fin du XIX ^e siècle : vers une étiologie psychogénique	191
Le XX ^e siècle : l'évolution de la notion de traumatisme	191
<i>La guerre russo-japonaise de 1904-1905 : les premiers soins psychologiques immédiats, 192 • La guerre 14-18, 192 • La deuxième guerre mondiale, 193 • La guerre du Vietnam de 1964-1975 : vers la reconnaissance du traumatisme, 194 • La fin du XX^e siècle, 195</i>	
Bibliographie	196
18. Conception classique du psychotraumatisme	197
Evelyne Josse	
Les définitions du traumatisme psychique	197
Victimes et événements traumatogènes	199

Les réactions face à un événement traumatisant	200
<i>La symptomatologie psychotraumatique, 200 • Chronologie des troubles psychotraumatiques, 200 • Les paramètres influençant le développement des syndromes psychotraumatiques, 201 • Les facteurs prédictifs d'un psychotraumatisme, 202</i>	
Le psychotraumatisme selon les nosographies internationales	202
<i>Les états de stress aigu, 203 • Les états de stress post-traumatiques, 204</i>	
Bibliographie	206
19. Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'œuvre	207
Muriel Salmona	
Les violences sexuelles : quelles réalités ?	207
Les violences sexuelles : quelles conséquences psychotraumatiques ?	209
<i>Les mécanismes neurobiologiques à l'origine des psychotraumatismes, 210 • Dissociation et mémoire traumatique à l'œuvre, 211 • Quand les victimes sortent de leur état dissociatif, la mémoire traumatique prend le relais, 212 • Les stratégies de survie : conduites d'évitement et conduites dissociantes, 213 • Des risques d'auto-agressions, de suicides, et de subir à nouveau des violences ou d'en reproduire, 215</i>	
Les violences sexuelles : quels soins ?	215
Bibliographie	217
20. Corrélats neurobiologiques des traumatismes et de l'état de stress post-traumatique	219
Sara Carletto	
Marco Pagani	
Amygdale	220
Cortex préfrontal médian	221
Interactions amygdale/cortex préfrontal médian	222
Hippocampe	223
Insula	224
Centre moteur de Broca	226
Cortex rétrosplénial	226
Thalamus et noyau caudé	226
Cervelet	227
Connectivité du réseau	228
Bibliographie	231

21. Le traumatisme complexe	235
Evelyn Josse	
La typologie des traumatismes	235
<i>Traumatismes de type I, II et III, 235 • Traumatismes simples et complexes, 236</i>	
Spécificité des événements à l'origine d'un traumatisme complexe	236
Les paramètres influençant le développement d'un traumatisme complexe	237
La spécificité clinique des traumatismes complexes	238
Les tableaux spécifiques du traumatisme complexe	241
Bibliographie	244
22. Dissociation et mémoire traumatique	245
Onno van der Hart	
Conceptualisation restreinte et large de la dissociation	246
La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité	248
Bibliographie	250
23. Dissociation structurelle et carences précoces	253
Joanna Smith	
Construction des capacités de régulation émotionnelle	253
<i>Le psychisme est associatif, 253 • Rôle de l'attachement sécure sur les capacités d'intégration psychique, 254 • Genèse des tendances dissociatives, 256</i>	
Symptomatologie, anamnèse et démarche diagnostique et thérapeutique orientées sur le dépistage de la dissociation	256
<i>Symptomatologie, 256 • Anamnèse et démarche diagnostique, 257 • Démarche thérapeutique, 257</i>	
Illustration du traitement des troubles dissociatifs par le traitement des carences précoces avec l'intégration du cycle de la vie	258
Bibliographie	260
24. Quelle est la relation entre la dissociation et la psychose ?	261
Andrew Moskowitz	
Qu'entendons-nous par dissociation et psychose ?	261
La relation entre la dissociation et les symptômes psychotiques	263
Comment la dissociation est-elle liée au diagnostic de schizophrénie ?	265
Bibliographie	266

25. Les traumatismes vicariants	269
Gabrielle Bouvier	
Hélène Dellucci	
Définition	269
Symptomatologie	271
Concepts reliés	272
Prévenir le traumatisme vicariant	273
Traiter un traumatisme vicariant	275
Bibliographie	277
26. La dynamique familiale	279
Michel Silvestre	
Comment définir la dynamique familiale ?	279
<i>Le sous-système parental, 280 • Le sous-système du couple, 280 • Le sous-système de la fratrie, 281</i>	
Quelles sont les différentes étapes du cycle de vie ?	282
Bibliographie	284
27. L'attachement	285
Laura Vismara	
Cyril Tarquinio	
Les origines de l'attachement	285
Les développements de la théorie de l'attachement	287
<i>L'attachement au cours de la vie, 287 • Mentalisation et fonction de réflexion, 289</i>	
Attachement et psychopathologie	290
Attachement désorganisé et dissociation	291
Bibliographie	296
28. Outils d'évaluation de l'attachement	299
Laura Vismara	
Cyril Tarquinio	
Évaluation de l'attachement dans la petite enfance et l'enfance	300
Évaluation de l'attachement chez les adolescents et à l'âge adulte	305
Bibliographie	313
29. Violences domestiques, troubles de l'attachement et dissociation	317
Hélène Dellucci	
Michel Silvestre	
La prévalence des violences domestiques	317

Les auteurs de violences, qui sont-ils ?	318
Les effets des violences domestiques sur les enfants	318
Les effets des violences domestiques sur la structure familiale	319
Les troubles dissociatifs, une clé pour comprendre les effets des violences domestiques à l'âge adulte	320
La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité	321
Les attachements nocifs	323
Conceptualisation et plan de traitement dans un contexte de violences domestiques	324
La stabilisation et la phase de préparation en EMDR	325
Le travail spécifique avec l'auteur de violences	326
Le travail avec la famille	326
Bibliographie	327
30. Les traumatismes transgénérationnels	329
Hélène Dellucci	
Les traumatismes transmis	329
Les traumatismes transgénérationnels : comment les comprendre ?	330
Les traumatismes transgénérationnels et le modèle TAI	331
Les traumatismes transgénérationnels dans le plan de ciblage	332
Les traumatismes transgénérationnels : comment les déceler ?	333
Les symptômes d'une souffrance transgénérationnelle	334
Les traumatismes transgénérationnels :	336
<i>Comment les traiter ?, 336 • Comment prévenir la transmission de traumatismes aux générations futures, 337</i>	
Bibliographie	339
31. Thérapie familiale et EMDR : une approche intégrative et contextuelle	341
Michel Silvestre	
Bibliographie	345
32. La thérapie EMDR avec les enfants	347
Michel Silvestre	
Bibliographie	352

33. EMDR et thérapie des états du Moi	353
Olivier Piedfort-Marin	
Concepts théoriques de la thérapie des états du Moi	353
<i>La théorie des états du Moi, 354 • Les différents types d'états du Moi, 354 • Théorie des états du Moi et théorie de la dissociation structurelle de la personnalité, 356 • De l'utilité de la psychothérapie des états du Moi dans la psychothérapie EMDR, 357</i>	
Intégration de la thérapie des états du moi et de l'EMDR	358
<i>Théorie des états du Moi pendant la phase 1 : anamnèse et conceptualisation, 358 • La thérapie des états du Moi pendant la phase 2 : préparation et stabilisation, 360 • Thérapie des états du Moi lors du retraitement EMDR (phases 3 à 8), 362</i>	
Bibliographie	370
34. Les empreintes précoces	371
Hélène Dellucci	
Les empreintes précoces : des souvenirs avant tout corporels	372
Indications pour le traitement des empreintes précoces	372
Les empreintes précoces dans le plan de traitement	373
La préparation avant d'aborder les empreintes précoces	374
Le protocole des empreintes précoces : comment concrètement ?	375
<i>La phase fœtale, 375 • La phase néonatale, 377 • La phase de zéro à trois ans, 378 • Tissages utiles, 378</i>	
Changements observés après le retraitement des empreintes précoces	379
Particularités à prendre en compte dans le travail autour des empreintes précoces	380
Lorsque le retraitement des empreintes précoces se bloque	381
Bibliographie	383
35. Le Protocole des Lettres : retraiter en douceur des « affaires relationnelles non terminées »	385
Hélène Dellucci	
Les traumatismes du lien, une vaste affaire	385
La découverte du protocole de la lettre en EMDR : vignette clinique	387
Le protocole des lettres : comment concrètement ?	390
<i>L'écriture de la lettre, 390 • En séance : 8 étapes, 390 • La Réévaluation, 392 • Reprise d'une séance incomplète, 393 • Après le travail avec le protocole de la lettre, 394 • La lettre du futur (Yvonne Dolan), 394</i>	

Différents types de lettres	395
Soigner les blessures du lien : trois dimensions à considérer	396
Bibliographie	397
36. La Boîte de Vitesses : une structure de traitement EMDR intégrative	401
Hélène Dellucci	
Situation initiale	402
État des lieux des stratégies de traitement face à des traumatismes complexes et chroniques	403
Une structure de traitement intégrative : la Boîte de Vitesses	405
<i>Structure de la Boîte de Vitesses, 406 • La Boîte de Vitesses : comment concrètement, 408 • La Feuille de route : une stratégie pour naviguer dans la Boîte de Vitesses, 411</i>	
De la Boîte de Vitesses vers un modèle d'intervention bi-axial	413
Bibliographie	419
37. Les techniques d'oscillation : construire une attention double	423
Hélène Dellucci	
Une méthode de confrontation douce	424
L'attention double	424
Les différents auteurs ayant proposé des techniques d'oscillation	425
<i>Peter Levine, 425 • Joanne Twombly, 425 • Fine et Berkovitz, 425 • Jim Knipe, 426</i>	
Quelques techniques d'oscillation	426
<i>Le CIPOS en 10 étapes, 426 • L'oscillation, concrètement, 427 • Plus près des ressources : la technique de l'éponge, 428</i>	
Bibliographie	429
38. Le protocole EMDR standard inversé	431
Hélène Dellucci	
Des traumas simples aux traumas complexes, avec ou sans troubles dissociatifs : différents tableaux cliniques	432
<i>La réaction de stress aigu, 432 • Le trauma simple, 432 • Les traumas multiples, 432 • Les traumas complexes, 433 • Les troubles dissociatifs, 433</i>	
L'amnésie, les phobies et une mauvaise tolérance à l'affect : une réalité à prendre en compte dans la thérapie des traumas complexes	434
Le protocole inversé : une piste pour aborder les traumas complexes	435

Notre expérience avec le protocole inversé	437
Vignette clinique : désensibilisation de peurs émergentes hors trauma	438
Discussion	440
Les limites du protocole inversé	441
Bibliographie	442
39. Traiter les troubles de personnalité borderline par la thérapie EMDR	445
Dolores Mosquera Andrew M. Leeds	
La prise en charge du TPB à travers le protocole standard EMDR	446
<i>Phase 1 - Anamnèse, 446 • Phase 2 - Préparation, 446 • Retraitement du trauma : phases 3 à 7, 447</i>	
Sélectionner des cibles	447
Les caractéristiques du patient guident le séquençage de la cible	449
Vignettes cliniques	449
<i>Cas N° 1 : Trouble de l'attachement avec préparation prolongée, une « cible test » et une restructuration des défenses, 449 • Retraitement des souvenirs traumatiques, 449 • Cas N° 2 : Troubles de l'attachement avec retraitement EMDR standard, 451 • Conceptualisation du cas et plan de traitement, 451</i>	
Bibliographie	453
40. Traiter les troubles narcissiques par la thérapie EMDR	455
Dolores Mosquera Jim Knipe	
La thérapie EMDR pour les patients avec des troubles narcissiques (d'après Mosquera et Knipe, 2015)	456
<i>Plan de traitement, sélection des cibles et plan de ciblage, 456 • Phase 1 de la thérapie EMDR avec des individus narcissiques : anamnèse, 459 • Phase 2 de la thérapie EMDR : préparation, 460 • Phase 3 : évaluation, 462 • Phase 4 : désensibilisation, 463 • Phase 5 : installation, 464 • Phase 6 : scanner corporel, 464 • Phase 7 : clôture, 465 • Phase 8 : réévaluation, 465</i>	
Bibliographie	467
41. Syndrome de Munchausen Par Procuration (SMPP) et EMDR	469
Eric Binet	
Rappels sur le syndrome de munchausen par procuration	469
Syndrome de munchausen par procuration et états dissociatifs	471
Vignette clinique EMDR d'une adulte ayant vécu un SMPP enfant	472

SMPP et traitements EMDR : quelles spécificités ?	474
Bibliographie	476
42. EMDR et psychologie positive	477
Martine Regourd-Laizeau	
Joanic Masson	
la psychologie positive	477
<i>Genèse, 477 • De l'EMDR à la psychologie positive (ou le contraire), 478</i>	
Une intégration réussie	478
<i>Protocole de développement et d'installation de ressources de Korn et Leeds (2002), 479</i>	
• <i>Protocole DeTur (Popky 2005) (traduction F. Mousnier Lompre), 479</i>	
• <i>Protocole EMDR d'optimisme (Regourd-Laizeau, 2013 ; Regourd-Laizeau et al., 2012), 479</i>	
• <i>Le duo dynamique » d'Ann Marie McKelvey (2009), 483</i>	
• <i>Psychothérapie positive, 490</i>	
• <i>Thérapie EMDR du Tournesol, Regourd-Laizeau (2016), 490</i>	
Bibliographie	494
43. EMDR et Coaching	497
Martine Regourd-Laizeau	
Joanic Masson	
Ingrid Petitjean	
Définition	497
Coaching et psychologie	499
Compétences du coach	499
EMDR et coaching	500
Étapes du coaching EMDR	502
Protocole « partir du bon pied » (Kinowski, 2003)	503
Protocole de performance optimale (Foster et Lendl, 1996)	503
Protocole de développement et d'installation de ressources modifié, Fischer (2001)	503
Protocole des quatre éléments (Shapiro, 2012)	510
Bibliographie	511
44. Traiter dans l'immédiat	513
Jenny Ann Rydberg	
L'intervention psychologique précoce	513
<i>Définition, 513 • Arguments, 514</i>	

Protocoles d'urgence	516
<i>Procédure de réponse aux urgences, 516 • Protocole EMDR des urgences, 516 •</i>	
<i>Protocole EMDR modifié abrégé, 517 • Protocole URG-EMDR, 518</i>	
Bibliographie	520
45. L'approche R-TEP	523
Jenny Ann Rydberg	
Concepts clés	524
<i>Épisode traumatique, 524 • Récit de l'épisode avec stimulations d'attention double (SAD) continues, 524 • Recherche Google ou scanner, 524 • Traitement focalisé, 524</i>	
Adaptation des phases du protocole EMDR standard	525
<i>Exercices de stabilisation et d'autorégulation du R-TEP, 525 • Comparaison des protocoles EMDR standard et R-TEP, 527</i>	
Applications sur le terrain	527
Discussion	530
Bibliographie	532
46. Traiter les peurs et les phobies spécifiques avec l'EMDR	535
Ad de Jongh	
Que sont les peurs et les phobies ?	535
L'apparition des peurs et des phobies	537
Le traitement des phobies spécifiques	538
Le traitement EMDR pour les phobies spécifiques	539
<i>Évaluation et planification du traitement, 539 • Déterminer un objectif de traitement adéquat et réalisable, 540 • Identifier les souvenirs adéquats, 540 • Préparation, 541 • Appliquer le protocole standard pour toutes les cibles qui ont été identifiées comme contribuant à l'état actuel, 542 • Vérifiez si le patient a (toujours) une image catastrophique de l'avenir (ce que l'on appelle une « projection dans l'avenir »), 542 • Mettre en place un modèle futur, 543 • Contrôle vidéo, 544 • Confrontations in vivo, 544</i>	
Bibliographie	545
47. La prise en charge du deuil et deuil bloqué	547
Martine Iracane	
Du deuil sain au deuil pathologique	548

La conceptualisation de cas	551
<i>Cadre du travail thérapeutique et plan de traitement, 552 • La psychoéducation et la stabilisation, 554</i>	
Vers l'élaboration d'un plan de ciblage et les retraitements des cibles	556
<i>Le deuil traumatique et post traumatique, 556 • Certains aspects psychologiques et ressentis génèrent des blocages en dehors de toute effraction traumatique, 558 • Synthèse : les cibles du plan de ciblage, 559 • La survenue de blocages durant le traitement des deuils compliqués et la gestion des abréactions, 560</i>	
Le modèle spécifique du deuil compliqué selon T. Rando et R. Solomon	561
Bibliographie	563
48. Le potentiel de la thérapie EMDR en gynécologie et obstétrique	565
Eva Zimmermann	
La prise en charge en gynécologie	565
<i>Généralités, 565 • Les protocoles EMDR en gynécologie, 566</i>	
La prise en charge en obstétrique	567
<i>Généralités, 567 • Les protocoles EMDR en obstétrique, 568 • Cas spécial : Le protocole EMDR avec des femmes enceintes, 569</i>	
Les couples infertiles ou inféconds	571
<i>Généralités, 571 • Les protocoles EMDR afin d'assister les couples infertiles ou stériles, 571 • Exemple de cas, 572 • Utilisation de l'exercice des 4 éléments pour une femme désirant une grossesse (Adaptation du protocole des 4 éléments de Elan Shapiro et Laub, 2013), 573</i>	
Bibliographie	575
49. L'EMDR dans le traitement de la dépendance aux substances	577
Michael Hase	
La théorie de la mémoire de dépendance	578
Découvertes de la recherche fondamentale	578
L'EMDR dans le traitement de dépendants	579
Le processus concret dans la séance EMDR	581
Expériences issues de la pratique	582
Bibliographie	583

50. EMDR et troubles psychosomatiques	585
Patrick Zillhardt	
Définition et évolution du concept de troubles psychosomatiques	586
Quelques protocoles EMDR en médecine psychosomatique	591
<i>Préalable au traitement EMDR, 592 • Exemples de traitement EMDR adapté à l'hypocondrie et à la fibromyalgie, 593 • L'EMDR et les autres applications, 596</i>	
Bibliographie	597
51. La prise en charge de la douleur chronique	599
Marie-Jo Brennstuhl	
Cyril Tarquinio	
Définition et composantes de la douleur chronique	599
Douleurs physiques et douleurs psychiques	601
EMDR et douleur chronique	603
<i>Identifier les cibles, 604 • Protocole EMDR douleur aiguë : prendre en charge la sensation douloureuse, 604 • Protocole de prise en charge approfondi : utiliser la sensation douloureuse pour découvrir son origine, 607</i>	
Bibliographie	610
52. EMDR et difficultés sexuelles : une illustration avec le vaginisme	613
Cyril Tarquinio	
Pascale Tarquinio	
Laura Vismara	
Difficultés sexuelles et EMDR	615
<i>Le cas vaginisme, 615</i>	
Bibliographie	626
53. Maladies cardiovasculaires et EMDR	627
Cyril Tarquinio	
Pascale Tarquinio	
Laura Vismara	
Psychopathologie des maladies cardiovasculaires	627
Prise en charge précoce d'un infarctus du myocarde	631
<i>Présentation du cas Antoine, 631</i>	
Bibliographie	644

Remerciements

Ce livre a vu le jour grâce à l'engagement de tous les co-éditeurs qui ont su, par leurs relations au niveau européen, trouver et convaincre les auteurs de tous ces chapitres. Le Centre Pierre Janet de l'Université de Lorraine (Site de Metz) a permis le travail de traduction en français de nombreux des textes initialement écrits pour ce livre en anglais, allemand ou italien.

Un immense merci à Mme Jeanne Dugourd pour le travail de secrétariat assuré sur l'ensemble des textes.

Une reconnaissance et un immense merci à Pascale Tarquinio pour sa lecture finale et critique de tous les chapitres de l'ouvrage.

Enfin, je dédie ce livre au regretté David Servan-Schreiber qui fut l'inspirateur et le moteur du développement de l'EMDR en France et à l'Université de Lorraine. Il n'est pas étranger à la dynamique universitaire qui a encadré la production de ce projet éditorial d'une rare richesse.

À Charlotte, Camille, Clément...ainsi qu'à Consolina et Nina qui nous ont quittés.

Liste des auteurs

Sous la direction de :

Cyril TARQUINIO

Psychologue, Professeur à l'Université de Lorraine Metz ; superviseur EMDR à l'Institut Français d'EMDR, responsable de l'équipe APEMAC/EPSAM EA 4360 ; responsable de la spécialité de Master 2 « Psychologie de la santé et Psychologie clinique », directeur et fondateur du Centre Pierre Janet de l'Université de Lorraine ; Rédacteur en Chef de *l'European Journal of Trauma and Dissociation*, cyril.tarquinio@univ-lorraine.fr

Coéditeurs :

Marie-Jo BRENNSTHUL

Psychologue, Docteur en Psychologie, Docteur clinicienne de la Santé, thérapeute EMDR accréditée Europe, chargée de cours à l'Université de Lorraine, Centre Pierre Janet, mjo.b@live.fr

Hélène DELLUCCI

Psychologue ; Docteur en Psychologie, consultante EMDR Europe, superviseur et formatrice à l'Institut Français d'EMDR ; chargée de cours à l'Université de Lorraine, Centre Pierre Janet, helene.dellucci@wanadoo.fr

Martine IRACANE

Psychologue clinicienne exerçant en Centre Hospitalier Psychiatrique ; formatrice et superviseur EMDR à l'Institut Français d'EMDR ; chargée de cours à l'Université de Lorraine et de Lyon, Centre Pierre Janet, martine.iracane@hotmail.fr

Jenny ANN RYDBERG

Psychologue ; superviseur EMDR, chargée de cours à l'Université de Lorraine, Centre Pierre Janet, jarydberg@gmail.com

Michel SILVESTRE

Psychologue ; Docteur en Psychologie, thérapeute familial ; formateur et superviseur EMDR Enfant à l'Institut Français d'EMDR; chargé de cours dans les Universités d'Aix-Marseille et de Lorraine, Centre Pierre Janet de l'Université de Lorraine, silvestre.michel@free.fr

Eva ZIMMERMANN

Psychologue clinicienne ; psychothérapeute FSP en cabinet privé ; formatrice et superviseur EMDR à l'Institut Romand de Psychotraumatologie, ancienne chef de clinique psychologue en gynécologie et obstétrique à l'Hôpital Cantonal de Fribourg, Suisse, eva.zimmermann@bluewin.ch

Avec la participation de :**Pascale AMARA**

Psychologue clinicienne, superviseur EMDR, chargée de cours Université de Lorraine, pascale.amara@gmail.com

Emmanuel AUGERAUD

Psychiatre des hôpitaux, psychothérapeute, praticien EMDR, enseignant en TCC, addictologue, emmanuel.augeraud380@orange.fr

Maxime BÉRIAULT

Psychologue clinicien, Québec Canada, maxime.beriault@umontreal.ca

Eric BINET

Psychologue clinicien, chargé de cours Université Paris V, Université de Lorraine, Centre Pierre Janet, ebinet@wanadoo.fr

Alain BLANCHET

Professeur de psychologie à l'Université Paris VIII, alablanchet@gmail.com

Gabrielle BOUVIER

Psychiatre FMH, praticienne et superviseur EMDR en Europe, pratique en cabinet privé, Genève g.bouvier@bluewin.ch

Sara CARLETTO

Hôpital universitaire San Luigi Gonzaga, Orbassano (Turin) Italie, saracarletto@hotmail.com

Ludwig CORNIL

Psychologue clinicien, formateur EMDR, directeur du centre de formation « Intégrativa »
ludwig.cornil@telenet.be

Nicolas DESBIENDRAS

Psychologue clinicien, docteur en Psycholinguistique, praticien et superviseur EMDR Europe,
desbiendras.nicolas@gmail.com

Isabelle FERNANDEZ

Psychologue clinicienne à Milan, présidente de l'Association EMDR Europe, isabelf@tin.it

Ad DE JONGH

Professeur Ph.D. ; Centre Universitaire d'Odontologie d'Amsterdam (ACTA) ; Département des Sciences Comportementales, Université d'Amsterdam et Université Libre (VU) d'Amsterdam
Gustav Mahlerlaan 3004, 1081 LA Amsterdam, Pays-Bas, a.d.jongh@acta.nl

Evelyne JOSSE

Psychologue, Psychothérapeute EMDR, Belgique, evelynejosse@gmail.com

Andrew M. LEEDS

Docteur en Psychologie, formateur EMDR, Sonoma Psychotherapy Training Institute (Institut de Formation à la Psychothérapie de Sonoma), Santa Rosa, Californie, aleeds@theleeds.net

Edmond MARC

Psychologue, Docteur en Psychologie, Professeur Émérite des Universités, formateur et superviseur, emarc75@gmail.com

Michael HASE

Psychiatre, formateur EMDR, Allemagne, mi.hase@arcor.de

Jim KNIPE

Docteur en Psychologie, Formateur EMDR, États-Unis, jsknipe44@earthlink.net

Serge LARIVÉE

Professeur à l'Université de Montréal, Québec Canada, serge.larivee@umontreal.ca

Joanic MASSON

Psychologue, psychothérapeute EMDR, Maître de Conférences (HDR) en Psychologie clinique et pathologique, centre de Recherche Psychologie, Université de Picardie Jules Verne,
joanic.masson@bbox.fr

Andrew MOSCOWITZ

Professeur de Psychologie clinique à l'Université Aarhus, Danemark, andrew@psy.au.dk

Dolores MOSQUERA

Psychologue, praticienne et consultante EMDR Europe, chargée de cours à l'Université UNED à Madrid - Institute for the Research and Treatment of Trauma and Personality Disorders (Institut pour la Recherche et le Traitement du Traumatisme et des Troubles de la Personnalité) (INTRA-TP), La Coruña, Espagne, doloresmosquera@gmail.com

Marco PAGANI

Institut des Sciences et des Technologies Cognitives, CNR, Rome, Italie ; Service de Médecine Nucléaire, Hôpital Karolinska, Stockholm, Suède, marco00198@yahoo.com

Ingrid PETITJEAN

Coach, Formatrice MT. Cosynergie, Fondatrice et experte de la méthode Target, ingridpetitjean@co-synergie.com

Olivier PIEDFORT-MARIN

Psychologue, Psychothérapeute FSP/Fédéral en Cabinet Privé à Lausanne, Suisse, Formé à la Thérapie Cognitivo-comportementale, Superviseur EMDR Europe, Facilitateur de l'Institut EMDR. olivier.piedfort@gmail.com,

Martine REGOURD-LAIZEAU

Psychologue, Psychothérapeute à Clermont-Ferrand, Docteur en Psychologie de la santé, chargée de cours Université de Lorraine, martine.laizeau@orange.fr,

Muriel SALMONA

Psychiatre, Psychothérapeute, Présidente de l'Association Mémoire Traumatique et Victimologie, Auteure de : Le livre noir des violences sexuelles, drmsalmona@gmail.com

Joanna SMITH

Psychologue Clinicienne, Praticienne EMDR, Formatrice en ICV, Enseignante à l'École de Psychologues Praticiens, Centre Pierre Janet de l'Université de Lorraine, smith@psylegale.com

Nathalie STEFFENS

Psychologue clinicienne, Doctorante Université de Lorraine EPSAM/APEMAC EA4360 nathalie.steffens@univ-lorraine.fr

Pascale TARQUINIO

Psychologue, Psychothérapeute (accréditée EMDR Europe), Superviseur EMDR en formation, chargée de cours Université de Lorraine, Centre Pierre Janet, pascaletarquinio@aol.com

Onno VAN DER HART

Psychologue, Professeur Honoraires de Psychopathologie des traumatismes chroniques à l'Université d'Utrecht, Psychothérapeute au Centre de Santé Mentale Sinai d'Amstelveen ; onnovdh@planet.nl

Frédéric VERHAEGEN

Maître de Conférence en Psychologie Clinique Cognitive, Université de Lorraine EPSAM/APEMAC EA4360, frederic.verhaegen@univ-lorraine.fr

Laura VISMARA

Professeur de Psychologie Clinique à l'Université de Cagliari (Italie), Spécialiste de la prise en charge des familles et des troubles de l'attachement, Centre Pierre Janet de l'Université de Lorraine, vismara@unica.it

Patrick ZILLHARDT

Psychiatre, Psychothérapeute, Superviseur et Facilitateur EMDR, Anatomopathologiste et Médecin Légiste, Référent pendant plus de dix ans dans les domaines de la psychotraumatologie et de l'addictologie à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, zillhardt.patrick@noos.fr

Préface

Isabelle Fernandez

L'Association EMDR Europe a été créée en 1999. Durant les 16 années passées depuis sa fondation, nous avons assisté à des changements et des révolutions incroyables dans le domaine de la psychothérapie.

Tout a démarré en 1987, année où Francine Shapiro « découvrit » lors de sa célèbre promenade dans le parc ce qui allait devenir la méthode thérapeutique la plus utilisée dans la résolution des traumatismes.

Les étapes qui ont été franchies jusqu'en 1999, puis de cette date à aujourd'hui, sont innombrables. Je souhaiterais en partager certaines, celles qui ont véritablement marqué l'histoire de notre association européenne et qui ont contribué à faire parvenir la connaissance de l'EMDR et sa diffusion aux niveaux qu'elle connaît aujourd'hui.

En Europe, les premiers commentaires concernant l'efficacité de l'EMDR n'arrivèrent qu'en 1991, année qui vit la programmation des premiers cours de formation pour les professionnels de la santé mentale dans quelques villes, comme Amsterdam et Paris, et il faudra attendre 1994 pour le premier atelier en Angleterre. Par la suite, de nombreux pays européens se sont intéressés à l'EMDR et ont commencé à demander que les cours de formation soient menés aussi sur leur territoire.

Entre-temps, la recherche scientifique concernant l'EMDR n'a connu aucune pause et en quelques années, de nombreux articles scientifiques comme des études contrôlées visant à valider l'efficacité de cette méthode ont été publiés.

Nous pouvons comptabiliser à ce jour au moins 24 études randomisées et contrôlées qui ont évalué l'efficacité de cette approche sur des patients atteints de traumatismes. La plupart de ces études ont confronté la méthode EMDR à une autre approche thérapeutique considérée comme efficace dans le traitement du traumatisme. Cependant, ces études ont mis en évidence que la thérapie EMDR est plus rapide et supérieure par rapport aux TCC en matière de résolution des symptômes (Jaberghaderi *et al.*, 2004 ; de Roos *et al.*, 2011 ; Nijdam *et al.*, 2012). La prédominance de l'EMDR

a surtout été déterminée par la rapidité avec laquelle cette méthode est en mesure de soulager les patients victimes de traumatismes : en effet, après 8 à 10 séances, les symptômes liés à un cadre post-traumatique diminuent sensiblement, sans que le sujet ait besoin de passer par l'exposition en imagination ou réelle ou encore par l'exécution d'exercices à la maison.

Il convient de mentionner une étude importante et qui montre bien l'efficacité du traitement EMDR, celle menée par le Keiser Permanente qui met en évidence que 100 % des victimes de traumatismes simples soumises au traitement EMDR ne présentent plus de symptômes d'ESPT après une moyenne de 6 séances de 50 minutes chacune. Une récente méta-analyse menée par Watts *et al.*, (2013) souligne de plus que les TCC et l'EMDR sont les typologies de traitement les plus étudiées et qu'elles se sont toutes deux montrées efficaces dans le traitement de l'ESPT. Ces deux approches thérapeutiques sont par conséquent considérées comme des traitements de choix pour cette typologie de troubles. À la lumière de telles évidences scientifiques, de nombreuses organisations, y compris l'*American Psychiatric Association* (2004), le Département de la Défense (2010) et l'Organisation Mondiale de la Santé (2013), recommandent la thérapie EMDR en tant que traitement efficace chez les victimes de traumatismes. La *Guidelines for the Management of Conditions That Are Specifically Related to Stress* de l'OMS de 2013 soutient que si les thérapies cognitivo-comportementales et EMDR sont recommandées dans le traitement de l'ESPT chez les enfants, les adolescents et les adultes, la thérapie EMDR vise à réduire le trouble subjectif et à renforcer les cognitions adaptatives associées à l'événement traumatique.

Après de telles découvertes et reconnaissances de la part de la communauté scientifique, une problématique est apparue : pourquoi devoir créer des associations dans ces pays ? L'intérêt et l'étonnement vis-à-vis du traitement EMDR ont été si soudains et se sont si vite répandus ces dernières années que les thérapeutes formés à cette méthode ont ressenti le besoin d'être représentés par une entité pouvant en quelque sorte contrôler et garantir la qualité et les standards élevés de formation et de pratique clinique.

C'est donc dans ce climat d'innovation que les premières associations européennes ont commencé à se structurer, s'inspirant de l'Association Internationale d'EMDR (EMDRIA). Les statuts de l'Association EMDR Europe, qui est une fédération d'associations nationales des différents pays européens mentionnent : « EMDR Europe est un organisme professionnel officiel qui regroupe les associations EMDR nationales. Partout en Europe, il définit, fait respecter et soutient les normes d'excellence et d'intégrité les plus élevées en matière de pratique, de recherche et d'enseignement de l'EMDR. » L'objectif principal de cette association est toujours par conséquent de promouvoir l'utilisation de l'EMDR en tant que méthode privilégiée dans le traitement de traumatismes et souvenirs d'événements traumatiques, et pour cela elle soutient et encourage chaque pays européen à former des associations nationales, dans le but précis de favoriser la divulgation de la méthode EMDR et garantir un échange permanent d'idées et de réflexion au sein de la communauté européenne.

À ce jour, 24 États européens ont fondé leur propre association et suivent ces mêmes principes. Celles-ci sont en première ligne dans la diffusion de l'utilisation de l'EMDR auprès des thérapeutes de tous les pays européens. Elles s'engagent à soutenir les professionnels de la santé mentale formés à l'EMDR et les accompagnent pendant tout le parcours de formation, qui ne se limite pas exclusivement à la fréquentation des niveaux de base de formation. L'organisation spécifique à chaque association, et plus particulièrement celle de l'Association EMDR Europe a pour but de garantir un véritable *leadership* permettant de guider les thérapeutes membres dans une pratique clinique

appropriée et consciencieuse. Cependant, chaque association nationale reflète et tient compte des spécificités de sa population et organise sa propre structure justement sur la base de ces caractéristiques. Conserver l'unicité et les différences culturelles de chaque État ayant organisé sa propre association est de toute première importance pour l'Association EMDR Europe. L'utilisation de l'EMDR auprès de populations différentes s'enrichit de ces différences, qui permettent d'intégrer la pratique clinique dans les cadres spécifiques à chaque communauté. Cependant, ce n'est qu'à travers une supervision attentive des standards élevés requis à chaque membre des associations nationales que l'EMDR a pu, ces dernières années, se faire connaître en tant que méthode rigoureuse et efficace dans le traitement des contextes traumatiques. C'est là un des rôles les plus importants que mène l'Association EMDR Europe. Pour réellement comprendre les spécificités de l'Association EMDR Europe, il est nécessaire de souligner les caractéristiques qui la différencient de l'autre grande Association EMDR jouant un rôle prédominant au niveau international, soit l'EMDRIA. L'EMDRIA, à la différence de l'Association EMDR Europe n'est pas configurée en tant que conglomérat de différents pays apportant au sein de l'association leurs individualités particulières. En effet, l'EMDRIA est un organisme unique auquel se réfèrent tous les thérapeutes aux États-Unis. Une autre de ses différences réside dans l'organisation interne de cette association. En effet, l'EMDRIA a tendance à répartir entre différents organismes les fonctions les plus importantes pour le développement de l'EMDR : pratique clinique, recherche et interventions humanitaires. À ce sujet, des associations spécifiques ont été créées au fil des ans, avec pour objectif de mener à bien un programme/mandat particulier. L'*EMDR Research Foundation* pour la recherche et l'*Humanitarian Assistance Program* pour tout ce qui concerne les interventions de secours et le domaine humanitaire. La politique de l'Association EMDR Europe se fonde au contraire sur la centralisation des programmes concernant la pratique clinique, la diffusion de l'EMDR et la recherche, au sein d'un même organisme. La motivation qui sous-tend à cette décision est celle de parvenir à uniformiser toutes les interventions et favoriser la communication entre les différents départements qui ont pour objectif de toujours plus développer le domaine de connaissances et application de l'EMDR.

De plus, c'est essentiellement grâce à des personnes qui maîtrisent en profondeur la pratique EMDR qu'une communication efficace est possible, non seulement pour qui « met la main à la pâte », mais aussi pour le grand public. Chaque association organise des manifestations, des cours gratuits avec les personnalités les plus importantes du domaine de la psychothérapie EMDR et fait en sorte que la connaissance scientifique sur le thème soit toujours mieux divulguée. Tout cela ne peut advenir que grâce à l'engagement de nombreux thérapeutes qui pratiquent l'EMDR jour après jour avec leurs patients et qui, grâce à leur expérience clinique, sont en mesure de structurer des protocoles d'intervention efficaces, qui peuvent par la suite être transmis et enseignés aux thérapeutes EMDR de toute l'Europe. Dans ce cadre, les congrès européens qui sont organisés tous les ans offrent un terrain très fertile d'où piocher des informations précieuses pour la pratique clinique et des idées pour de nouvelles voies de recherche ayant pour objectif de vérifier l'efficacité de l'EMDR sur de nombreuses pathologies.

INTERVENTIONS HUMANITAIRES

Les associations européennes sont en première ligne même en ce qui concerne les interventions humanitaires. De nos jours, nous assistons de plus en plus fréquemment à des événements catastrophiques ou des crises impliquant de nombreuses personnes voire des communautés entières. La connaissance du traumatisme et de ses effets a mené vers une prise de conscience : après un événement traumatique, il est nécessaire d'intervenir immédiatement, pour que les symptômes liés aux syndromes post-traumatiques ne puissent pas se mettre en place.

Cette nouvelle vision de l'urgence est de fait toujours plus adoptée dans les contextes de crise. De plus en plus fréquemment, qui travaille au quotidien dans ce délicat domaine, peut se rendre compte du caractère fondamental d'agir, même au niveau psychologique, tout de suite après un événement traumatique, afin d'empêcher que les bases du développement de troubles psychologiques se créent.

Au vu de ces considérations et s'appuyant sur l'efficacité prouvée de l'EMDR dans la résolution des traumatismes, nous constatons depuis quelques années une disposition toujours plus grande des organismes et des forces publiques à faire appel à l'EMDR et ses thérapeutes après la survenue d'un événement traumatique.

Les associations de chaque pays offrent dans ces circonstances une organisation parfaite. Cette structure est conforme aux recommandations de l'OMS (2013) portant sur une diffusion plus large des techniques EMDR. Pour expliquer cette demande grandissante, on invoque le fait que l'EMDR commence à être connue des psychologues et des cliniciens en général. Quand une catastrophe frappe un groupe, une communauté, une école, etc., ces professionnels se rapprochent des associations, des équipes ou des cliniciens EMDR, et leur demandent d'intervenir. Ce phénomène prouve que l'efficacité de l'EMDR est de plus en plus reconnue, particulièrement quand un événement terrible survient. À ce moment-là, les différentes organisations et institutions demandent directement une intervention EMDR en soutien psychologique. Cette démarche intervient parfois tout de suite après le drame, dans la même journée ou le lendemain. Elle permet de mettre en place et d'organiser l'intervention EMDR afin de débiter la thérapie dès le premier stade des réactions de stress. Il est également utile de commencer à planifier l'intervention à moyen et long terme, et ce dès le tout début. Le travail EMDR est facile à mettre en œuvre auprès de l'ensemble de la communauté et des différentes populations exposées à l'événement (parents et famille, voisins, personnel des écoles, autorités, responsables, etc.), et de la collectivité en général. Pour ce faire, il est essentiel de se coordonner avec le service de santé national, la mairie, les hôpitaux et les écoles, afin d'organiser des réunions, informer, atteindre la population et lui expliquer que toute personne ayant besoin d'aide psychologique peut en recevoir. D'un autre côté, les institutions sont en contact avec la majeure partie de la population touchée, et elles peuvent

organiser des groupes et des réunions avant les interventions EMDR. Sur le terrain, un échange constant d'informations par toutes les parties impliquées, ainsi que la planification des actions est nécessaire afin d'adapter les techniques EMDR aux différents besoins qui peuvent survenir dans ces contextes instables. Au vu des recommandations de l'OMS, et compte tenu des expériences que la communauté EMDR a développées dans les différents continents et régions, il est très probable que dans un avenir proche, les interventions EMDR deviennent un moyen classique de traiter les populations confrontées à une expérience bouleversante, par exemple une catastrophe, et ce lors des différentes phases de l'événement.

Pour que ce type d'interventions puisse être réalisé, il est nécessaire que chaque pays puisse compter sur des thérapeutes formés pour le traitement EMDR et pouvant intervenir dans les moments de crise. C'est justement pour cette raison que certaines associations EMDR en Europe ont accompagné et conseillé certains États afin que cela devienne possible. Nous avons pour exemple l'Association EMDR Italie qui a été en mesure au fil du temps d'aider à la formation des thérapeutes et à la constitution d'une association nationale dans de nombreux pays européens comme par exemple l'Espagne ou la Pologne.

C'est là l'objectif principal que se donne avant toute chose l'Association EMDR Europe : diffuser les connaissances concernant l'EMDR et faire en sorte que le plus grand nombre de thérapeutes soient formés à son utilisation. L'Europe a fait de gros efforts dans cette direction, afin de garantir même aux pays ayant un statut socio-économique très bas de pouvoir bénéficier de la formation dans ce domaine. Des cours à coûts fortement réduits ont été mis en place à cet effet, pour permettre aux thérapeutes locaux d'y participer. Dans d'autres cas, la formation a été entièrement gratuite et a permis à de nombreux thérapeutes d'apprendre à utiliser l'EMDR, mais aussi de connaître les modalités d'utilisation avec des typologies spécifiques de patients. Ce sera uniquement de cette manière en effet que nous pourrons créer une culture du rôle du traumatisme sur la santé mentale et de l'aide d'urgence psychologique dans ces pays.

L'EXEMPLE DE L'ASSOCIATION EMDR ITALIE

L'Association EMDR Italie a vécu en première ligne cet important changement de cap depuis ces dernières années. Depuis plus de dix ans en effet, le réseau qui est activé au lendemain d'un événement catastrophique a compris l'importance d'impliquer également du personnel spécialisé dans le soin des blessures psychologiques. C'est pour cette raison que l'association est contactée toujours plus régulièrement en cas de nécessité et elle est prête à réagir de manière très organisée. Elle dispose en effet d'un vaste réseau de thérapeutes qui sont disposés à quitter leurs occupations quotidiennes pour se rendre sur les lieux où cette aide spécialisée est demandée. Le tout de manière gratuite et bénévole. Cette procédure s'est déjà vérifiée en Italie à de nombreuses reprises, mettant en œuvre un grand nombre de « forces de

travail », que ce soit lors de catastrophes comme par exemple des tremblements de terre ou des éboulements de terrain ou lors d'interventions plus ciblées et limitées comme dans les cas de violence familiale, deuils graves ou accidents ayant impliqué des communautés entières. L'intervention menée par les thérapeutes EMDR est très structurée. En effet, ils sont directement coordonnés par l'association, proposent des interventions de psychoéducation sur les conséquences d'un événement traumatique sur une personne, ils travaillent aussi bien en séances individuelles qu'en thérapies EMDR de groupe, en fonction de la demande et de la gravité de l'événement lui-même.

Outre le fort engagement dans le domaine des urgences, nombre de nos thérapeutes s'occupent également de manière toujours plus organisée de poursuivre leurs recherches. À ce jour, l'Italie compte une grande quantité de projets qui ont pour objectif d'évaluer l'efficacité de la méthode EMDR dans différents domaines et appliquée à différents troubles psychopathologiques. Soulignons-le encore une fois, tout cela est possible grâce au réseau de collaboration entre l'Association EMDR Italie et EMDR Europe qui s'occupe, depuis des années désormais, de garantir des fonds et du soutien pour que la connaissance scientifique concernant l'EMDR puisse continuer à évoluer.

LA CONTRIBUTION DES AUTRES PAYS EUROPÉENS

Les différentes associations qui composent l'Association EMDR Europe ont apporté une importante contribution dans différents domaines. Elles se sont distinguées en ce qui concerne l'engagement en première ligne dans différents projets humanitaires. Elles se sont impliquées et investies dans la formation de thérapeutes EMDR dans différentes parties du monde, dans le but de leur apporter la connaissance relative à l'EMDR et la possibilité de l'appliquer même dans les pays les plus en difficultés.

Depuis 2006 par exemple, des formateurs et inspecteurs de l'Institut EMDR Autriche ont dirigé et mené des cours de formation EMDR et de techniques de stabilisation en Ukraine. De plus, les collègues d'Ukraine ont participé à la formation spécifique EMDR à Vienne (sur invitation de l'Institut EMDR Autriche et EMDR Allemagne). Les 22 journées de séminaires programmées pour cette population se sont notamment penchées sur l'enseignement des bases de la psycho-traumatologie, sur la stabilisation, les cours de formation de base sur l'EMDR, les rencontres de supervision, les séminaires concernant les traumatismes complexes, les troubles dissociatifs, le traumatisme aigu et la formation EMDR avancée. À ce jour, 73 psychothérapeutes ont été formés via ce projet. Un inspecteur a été formé à Londres, soutenu par EMDR UK et Irlande et par l'Institut EMDR Allemagne.

L'Association EMDR Ukraine a été fondée en 2009 et ses membres ont également participé aux congrès EMDR Europe. La procédure de mise en place d'une association autonome, la

certification et les échanges avec l'Association EMDR Europe ont été soutenus et accompagnés par l'Institut EMDR Autriche et par HAP Autriche (2010-2013). Il s'agit d'une collaboration et d'une procédure toujours en cours. Actuellement, l'éducation à la psycho-traumatologie, à la thérapie sur le traumatisme et les cours de formation EMDR sont d'une extrême importance si l'on considère également la crise frappant l'Ukraine en cette période.

Dans les pays baltes, HAP Suède a mené des cours de formation EMDR en Estonie, incluant des participants d'Estonie et de Lettonie. En parallèle au développement des pays baltes et grâce à la formation HAP, l'Association EMDR en Estonie fonctionne désormais de manière autonome.

Recherche scientifique, pratique clinique et interventions humanitaires sont les trois grands axes qui caractérisent l'excellence de l'Association EMDR Europe dans le monde. L'engagement permanent envers ces aspects ainsi que les surprenants résultats qui jour après jour sont obtenus par qui pratique l'EMDR en première ligne, contribue à jeter les bases pour un avenir riche en nouvelles et toujours plus grandes satisfactions.

Depuis 2013, l'OMS soutient l'utilisation de l'EMDR en tant que traitement de choix pour l'ESPT. Cette reconnaissance pourrait mener à l'avenir à une augmentation des demandes d'interventions EMDR dans des contextes d'urgence. En effet la WHO recommande l'EMDR comme traitement avancé dans les traumatismes et soutient que ce traitement devrait être disponible sur une plus vaste échelle, et que de plus importants efforts dans le domaine de la recherche sont nécessaires, comme dans la formation de cliniciens et inspecteurs. Étant donné le nombre croissant de catastrophes naturelles ou artificielles au niveau mondial, la communauté EMDR a le devoir de faire face à des défis significatifs dans la diffusion de la formation et de l'intervention immédiate. La plupart des pays où l'intervention des thérapeutes EMDR est la plus urgente sont en effet souvent les pays où les ressources et les thérapeutes font le plus défaut.

Chaque événement traumatique, qu'il soit dû à un désastre naturel ou à un acte de violence commis par l'homme est unique et implique des défis uniques. La planification du traitement doit par conséquent prendre en considération différents aspects, comme la collaboration et les échanges avec la communauté frappée, la collaboration avec les fonctionnaires locaux, une analyse approfondie de l'événement traumatique et de la population frappée, une évaluation des niveaux de stress et leur stabilisation, ainsi que la détermination et mise en place d'un traitement spécifique et approprié. Il est en outre nécessaire d'envisager une surveillance permanente des groupes de suivi afin de vérifier, dans le temps, le bien-être des survivants.

Il est important de développer une infrastructure de recherche pour comprendre quels protocoles sont les mieux adaptés dans des situations déterminées, pour quelle population et quel est le meilleur moment pour intervenir. Créer par exemple une liste d'attente ou de contrôle peut s'avérer utile dans ces situations, mais il est nécessaire d'établir des instructions claires aux cliniciens qui généralement ne s'occupent pas de recherche, afin d'obtenir ces résultats. Dans la mesure où la plupart des cliniciens ne sont pas des chercheurs, les lignes directrices de la recherche doivent être suffisamment claires, précises et détaillées afin de pouvoir recueillir les données sans avoir à interférer avec les

aides humanitaires offertes. Par conséquent, un kit d'outils d'évaluation simple à utiliser devrait être mis à la disposition des associations nationales et humanitaires EMDR, pour que les données puissent être recueillies, codifiées et insérées dans une banque de données partagée au niveau mondial dans le but de faire progresser la recherche sur l'efficacité de la thérapie EMDR sur les traumatismes en phase aiguë. Une collaboration internationale est actuellement en cours pour développer cette ressource. En parallèle à ces considérations sur la recherche, la préoccupation envers les victimes doit rester une priorité.

Garantir le financement pour le traitement des personnes frappées par une catastrophe, pour la formation des cliniciens et pour les recherches menées a une importance fondamentale. Les initiatives décrites ici montrent la générosité des cliniciens et des membres de la communauté EMDR. Pour offrir la possibilité à des personnes, des groupes et des nations de surmonter les expériences traumatiques et soulager les souffrances, la douleur ou la colère qui pourraient engendrer le développement de pathologies psychiatriques. Voici la mission d'EMDR Europe : atteindre le plus de personnes et de populations possibles pour donner la possibilité de vivre sans souffrir indûment des conséquences d'événements traumatiques, et pour préserver la santé des générations futures. Un autre défi important qu'entend mener l'Association EMDR Europe est celui de la collaboration toujours plus active avec les forces de l'ordre, la défense civile et les services de santé nationaux des différents pays. Ce sera en effet grâce à cela que nous pourrons assurer une intervention toujours plus réactive dans les contextes de crise.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2004) *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington, VA : American Psychiatric Association Practice Guidelines

DE ROOS C., GREENWALD R., DEN HOLLANDER-GIJSMAN M., NOORTHOORN E., VAN BUUREN S., DE JONGH A. (2011) A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children, *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 10, 3402-5694.

DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS, DEPARTMENT OF DEFENSE (2010) *VA/DoD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress*, Washington, DC : Veterans Health Administration.

JABERGHADERI N., GREENWALD R., RUBIN A., DOLATABADIM S., ZAND S.O. (2004) A comparison of CBT and EMDR for

sexually abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 358-368

NIJDAM M.J., GERSON B.P., REITSMA J.B., DE JONGH A., OLFF M. (2012) Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder : randomised controlled trial, *The British Journal of Psychiatry*, 200, 3, 224-31.

WATTS B.V., SCHNURR P.P., MAYO L., YOUNG-XU Y., WEEKS W.B., FRIEDMAN M.J. (2013) Meta-Analysis of the Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 6, 541-550.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013) *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva, Switzerland.

Introduction

Cyril Tarquinio

À LA JONCTION entre les sciences médicales, cognitives et psychologiques, la psychothérapie EMDR est une révolution dans le champ de la prise en charge psychologique des patients. Alors que cette thérapie est aujourd'hui reconnue au regard de la prise en charge des troubles du stress post-traumatique, des questions importantes se posent quant à son action dans la prise en charge d'autres troubles psychiques tels que les états anxieux, troubles dépressifs, traumas complexes, troubles du comportement alimentaire, etc. Dans les années 1920, alors que le débat sur la physique quantique faisait rage en Europe, un journaliste a un jour demandé au professeur Heisenberg, un des fondateurs de la mécanique quantique, combien de temps il faudrait attendre pour que les grands départements de physique du monde entier acceptent enfin cette révolution dans leur manière de penser le monde. Heisenberg aurait répondu : « Il faudra attendre que les tenants des grandes chaires de physique d'aujourd'hui soient tous à la retraite. » De deux choses l'une, soit les plus ardents opposants sont à la retraite, soit cette psychothérapie commence vraiment à s'imposer et à convaincre. Quand je relis l'ensemble des chapitres qui structurent cet ouvrage je sais que c'est la seconde alternative qui est la plus juste. On ne peut plus réduire cette psychothérapie au simpliste (mais utile) protocole standard en 8 phases. Les textes proposés dans cet ouvrage montrent en quoi tout un champ de la psychopathologie est venu enrichir l'approche, voir s'est développé en articulation avec la mise en œuvre de l'EMDR. L'utilisation d'interventions variées, l'adaptation à la clinique du sujet ou l'étude des corrélats neurologiques impliqués en EMDR sont autant d'arguments qui aujourd'hui font entrer cette approche dans la famille des psychothérapies majeures dont il va devenir difficile de faire l'économie !

Pour la première fois, un ouvrage fait la synthèse de 20 ans de développement de la psychothérapie EMDR. Regroupant les meilleurs experts européens, ce manuel vise à transcender

une littérature dans le domaine souvent disparate, dogmatique et hétérogène. Ainsi, il sera possible à tous les étudiants, les chercheurs, les praticiens novices ou avancés de trouver dans ce manuel tout ce qui est nécessaire de comprendre et de savoir sur les fondements de la psychothérapie EMDR, ses limites, ainsi que ses nouveaux champs d'application et les nouveaux objets pour lesquels cette approche s'avère être une réponse pertinente. La ligne éditoriale de ce livre est ouverte et intégrative en ce sens que la psychothérapie EMDR est envisagée dans une dialectique constructive avec d'autres approches complémentaires comme la psychothérapie familiale, les TCC ou le mindfulness. Sur le plan théorique, cet ouvrage s'inscrit dans des champs théoriques variés qui vont de la psychologie positive, à la psychopathologie du psychotraumatisme, en passant par les théories de l'attachement. Les thèmes proposés sont issus d'un regard critique de la littérature existante souvent insuffisante et non-didactique ; mais également de ce qui se dit au sein des réseaux professionnels de l'EMDR où les interrogations sont souvent récurrentes (comment faire avec la maladie chronique, comment procéder quand ça bloque, comment faire avec un patient alcoolique ou psychotique....) Ce livre est une réponse pratique à la clinique et aux difficultés que de nombreux praticiens sont amenés à rencontrer dans le cadre de leur exercice du métier. À vrai dire, ce manuel va bien au-delà de l'EMDR, car il nous offre un regard nouveau sur une psychothérapie moderne et ouverte pour que chacun puisse exercer son métier de psychothérapeute de manière convenable et efficiente. Résolument pragmatique, la plupart des chapitres ont été rédigés par des praticiens soucieux de transmettre leurs savoirs et leur savoir-faire sans pour autant tomber dans la caricature de la « recette de cuisine. » Cet ouvrage sera un soutien incontournable non seulement pour la formation initiale des psychothérapeutes EMDR, mais également pour la formation permanente des professionnels curieux de faire évoluer en permanence leurs pratiques et leurs réflexions.

Chapitre 1

Du guérisseur au psychothérapeute : des dispositifs de soins par la parole

Alain Blanchet

Les psychothérapies sont des situations professionnelles dans lesquelles un ensemble d'actes sont accomplis par un praticien à l'encontre d'une personne, actes qui concourent à améliorer l'état corporel ou/et mental de cette personne nommée « suppliant¹ », « malade », « client », « consultant » ou « patient. » Cet ensemble d'actes est, en général, conforme à une certaine conception que le praticien se fait des raisons pour lesquelles son client lui demande de l'aide de même que cet ensemble se doit d'être cohérent avec un certain modèle psychopathologique qui envisage globalement d'expliquer le trouble, l'angoisse, la détresse, le malheur et leurs effets d'affliction corporelle et mentale.

Le praticien est un professionnel. Cela ne signifie pas qu'il soit salarié, vacataire ou employé d'une institution ou déclaré comme profession libérale, cela signifie qu'il se revendique comme tel et qu'il est perçu comme tel par son entourage, voire le corps social au sein duquel il exerce son art. Il est également perçu comme professionnel par les autres praticiens de cette discipline. Ainsi, l'agriculteur qui pratique la manipulation corporelle, le magnétisme, le soin par les plantes ou toute forme de « guérissage », pour autant que cette activité ait « pignon sur rue », peut être considéré comme un professionnel.

Le fait que l'homme de l'art se réfère à une conception de la maladie signifie qu'il s'agit d'une pratique associée à des théories, des idéologies, des ensembles de croyances. La pratique

1. Expression empruntée à la tragédie grecque.

soignante vise à répondre à des demandes venant de personnes considérées par leur entourage ou elles-mêmes comme souffrantes. La psychothérapie est donc un dispositif de prise en charge d'une souffrance plus ou moins exprimée et plus ou moins expliquée par le client. Le praticien agit. Il agit sur l'état corporel et mental du sujet, non pas comme le médecin qui objective la maladie et la traite, mais comme une « éminence intime » qui guide le client à se considérer différemment que ce qu'il croit être. Ainsi, alors que le médecin peut encore agir lorsque le patient est sous anesthésie, le praticien a besoin de l'engagement de son patient, engagement qui peut aller de la simple compliance (par exemple dans certaines thérapies cognitives « TCC ») à l'abandon total de soi (par exemple dans les états hypnotiques et les trances).

Mais cet engagement doit prendre la forme d'une acceptation du cadre d'expérience de la thérapie. Ainsi, une attention excessive portée par le patient sur lui-même, une mise en cause de la légitimité du cadre et de ses principes ou encore une réticence à s'exposer dans la thérapie, peuvent aussi être considérées comme des freins à sa guérison ; Freud insiste sur la nécessaire distraction attentionnelle de celui-ci de sorte qu'il laisse venir à lui des pensées incidentes. Les praticiens de l'hypnose moderne induisent directement une distraction attentionnelle chez les patients afin qu'ils soient amenés à se dissocier de leur conscience, ce qui pourrait s'apparenter à une sorte d'anesthésie de la pensée et du corps¹.

Les psychothérapies sont cohérentes avec un modèle psychopathologique. Mais cette cohérence nécessaire à la compréhension des actes posés par les participants au dispositif (thérapeute et patient), est toujours approximative pour deux raisons. La première raison tient au modèle lui-même qui reste comme toutes les théories psychopathologiques très spéculatif et métaphorique. La pratique peut toujours être interprétée comme conforme à une conception dont la généralité ne permet pas d'y opposer des arguments de fait. La seconde raison tient à la diversification apparente des pratiques en particulier dans le monde occidental.

Les psychothérapies ne sont pas nées en 1900 avec la publication de la « *Traumdeutung* » de Freud. Les fondements religieux et sacrés de ces dispositifs thérapeutiques traditionnels constituent la source des modernes comme le souligne le fondateur de la psychanalyse (Freud, 1953) :

« Laissez-moi vous rappeler que la psychothérapie n'est nullement une méthode curative nouvelle. Bien au contraire, c'est la forme la plus ancienne de la thérapeutique médicale. [...] La plupart des méthodes médicales primitives font partie du domaine de la psychothérapie ; on commençait à mettre le malade en état de « foi expectante », comme nous continuons encore aujourd'hui à le faire dans le même but. »

Rendre compte de la diversité des pratiques de soins psychologiques n'est pas chose simple tant existent une multitude de formes plus ou moins semblables ou différentes depuis les

1. L'hypnose est également un moyen d'anesthésier les patients lors d'opérations chirurgicales.

origines de l'humanité. Toutefois pour bon nombre d'entre elles, il est possible d'en rendre compte à partir de certaines caractéristiques communes. Ces caractéristiques les plus fondamentales sont les principes actifs que ces psychothérapies revendiquent comme étant à l'œuvre dans les effets de guérison qu'elles constatent. Trois principes actifs fondamentaux peuvent être ainsi distingués dans ces pratiques diverses et variées (Blanchet, 2016) ce sont :

- La guérison par l'action divine ;
- La guérison par l'action du thérapeute ;
- La guérison par l'action du patient.

LA GUÉRISON PAR L'ACTION DIVINE

La mantique, le chamanisme, la possession (dont découle l'exorcisme chrétien) constituent les trois grandes psychothérapies source, que l'on retrouve aujourd'hui, couramment pratiquées dans les sociétés traditionnelles ou encore pratiquées marginalement dans les sociétés modernes.

Les thérapies religieuses sont fondées sur une conception de l'homme soumis aux *aléas* de la nature, des dieux et des démons. Ce qui apparaît comme incontrôlable pour une personne donnée, la maladie, l'angoisse, le désespoir, etc. sont perçus comme la conséquence d'un déséquilibre entre le monde humain, profane, et le monde sacré (domaine des dieux et de la nature). Les esprits, les dieux et les ancêtres peuplent ce second monde. Le retour à l'équilibre passe donc nécessairement par une invocation selon différents moyens de ce second monde. Dans le cas de la mantique, cette invocation s'exprime à travers le rêve et procède de la divination.

LA GUÉRISON PAR L'ACTION DU THÉRAPEUTE

La guérison par l'action du thérapeute est revendiquée par de nombreuses pratiques contemporaines, les esprits, les dieux et les ancêtres ont été relégués dans le monde des légendes, alors que l'action humaine, sa capacité à comprendre le monde, le développement phénoménal des sciences de la nature au XVII^e siècle modifie considérablement la conception de la guérison par la parole. La parole n'est plus celle d'une entité d'un autre monde, mais celle présente d'un homme s'adressant à un homme. C'est à la fin du XVIII^e siècle que naît la première psychothérapie « laïque » avec Mesmer et le magnétisme, c'est ensuite vers le milieu de XIX^e siècle que naît la pratique de l'hypnose.

Il y a de l'hypnose dans toutes les thérapies et les multiples constructions des artisans des modèles thérapeutiques modernes ne sont que des habillages du principe « pur. » Il

reste une question concernant la compréhension du mécanisme psychologique déclenché par l'événement traumatisant qui conduit à l'installation de ces symptômes si spectaculaires et douloureux : expérience d'un soi aliéné, impossibilité de donner un sens à l'événement traumatisant et surtout bouleversement de la temporalité.

Quelle que soit la psychothérapie (chamanique, magnétique, hypnotique, psychanalytique, de pleine conscience, etc.) une certaine conception du mal dont souffre le patient reste toujours la même : le patient souffre d'être « plus tout à fait lui-même », « divisé », « dissocié » et cet état de conflit intérieur semble indépassable tant la pensée ou le moi originaire semble également touché par cette division. Comment soigner son moi divisé avec un moi divisé ? Une aporie !

C'est l'attention du patient défocalisée du problème, du symptôme et de l'actualisation de l'événement à l'origine d'un trauma psychique qui rend possible ce traitement du moi par le moi devenant un « Moi autre », c'est-à-dire un « soi » en restituant au sujet son pouvoir d'agir, sa réflexivité. S'agissant des patients souffrant de traumatismes psychologiques, leur capacité à retrouver l'intuition originaire du temps et de la chronologie se trouve restituée. Le moi « interne » n'est d'aucune aide pour le patient, au contraire, il l'égare et contribue à sa perte.

C'est hors de ce moi bouleversé que s'instaure dans la relation de co-pensée avec son thérapeute cette nouvelle capacité à s'envisager comme un autre et à venir habiter ce nouveau soi en construction. Cette vision synthétique s'actualise selon les pratiques dans des actes thérapeutiques qui peuvent sembler différents.

Ainsi, dans l'EMDR (Tarquinio et Tarquinio, 2015) comme dans tout projet psychothérapeutique, nous retrouvons la protection, l'intensification de la relation, la recherche de la concordance du corps, de la parole et de la vérité de soi, l'appel à la réflexivité et au décentrement par rapport au problème et enfin l'abandon des défenses et croyances erronées.

Ainsi, dans le projet et le protocole EMDR, l'instauration d'un lieu sûr (comme pour l'hypnose) évoque l'imaginaire protecteur créé par le récit du conte pour endormir l'enfant. La relation intense au thérapeute s'instaure en même temps que la recherche d'une congruence entre le corps et la parole (comme dans les thérapies humanistes). Ainsi des consignes spécifiques énoncées par le clinicien induisent cette attention à soi : « remarquez les changements dans votre corps. » Cette parole ou cette pensée qui doit prendre corps instaure chez le patient une recherche constante de vérité de soi. Par exemple, des consignes comme : « qu'est-ce que cela dit de vous ? » activent un décentrement du moi. Les stimulations perceptives (les fameuses stimulations bilatérales de l'EMDR) qui accompagnent ces pensées sont des bercements, des tuteurs et des soutiens qui semblent agir comme des distracteurs attentionnels et éventuellement des inducteurs hypnotiques. L'abandon du moi divisé et souffrant est requis pour se reconstruire entier. Enfin, les enquêtes chiffrées (à la manière des thérapies cognitives et

comportementales), menées auprès du patient pour évaluer l'adéquation de ses propos avec son corps et ses pensées ainsi que du degré de la souffrance encore active, médiatisent la communication du thérapeute à son patient sur ses sujets incommunicables. Par exemple suite à la permanence d'une souffrance chiffrée sur l'échelle, l'énoncé « qu'est-ce qui fait encore ce chiffre ? » inscrit la douleur dans un registre d'objet négociable.

LA GUÉRISON PAR LA PAROLE DU PATIENT

Le renversement opéré par Freud est décrit comme l'abandon de la suggestion du thérapeute faite au patient et subséquemment, le rôle princeps donné à la parole du patient dans le processus de sa guérison. Il serait plus exact de dire « l'effacement » de la suggestion du thérapeute dans le processus d'engagement du patient à la recherche de sa propre parole.

Il convient en effet dans cette nouvelle psychothérapie de donner au patient une maîtrise de sa parole dans un cadre lui-même maîtrisé par le thérapeute. En ce sens, la psychanalyse est une psychothérapie qui tend à rétablir un certain équilibre dans l'interaction alors que l'hypnose semble donner toute autorité au thérapeute. En ce sens, cette évolution est conforme à l'évolution des mentalités au début du XX^e siècle telle que l'a décrit Leclerc (1979) dans l'enquête sociale. En particulier, dès les années 1860, les premiers sociologues comme Le Play (1862) posent déjà un principe qui consiste à associer la personne interviewée à la démarche d'enquête et à poser comme condition première de tout entretien son consentement. Il écrit par exemple :

(Il ne faut pas s'astreindre trop rigoureusement aux questions prévues dans l'interrogatoire). « L'ouvrier sera naturellement porté à s'étendre sur certains sujets : il aimera à se reporter aux souvenirs de sa jeunesse et à raconter l'histoire de sa famille. Il faut se garder de l'interrompre pour ne pas laisser échapper des renseignements qu'il est utile de recueillir. Les questions trop multipliées le fatigueraient d'ailleurs, si elles n'excitaient pas chez lui de l'ennui ou de la méfiance, en lui rappelant à tout instant l'enquête qu'il subit. Mieux vaut écouter qu'interroger, surtout dans le cas fréquent où une différence dans le dialecte ou dans le langage habituel rend difficile, des deux côtés, l'intelligence des questions et des réponses. » (Le Play, 1862)

La relation trop inégalitaire entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé, l'excès d'autorité attribué au premier et de soumission au second, donne au premier une fonction de « surmoi » qui rend difficile au patient l'intégration des expériences sous hypnose à son état de conscience. Peut-être même que les états hypnotiques de type transe-hystérique observés à la fin du XIX^e siècle sont la conséquence de cette soumission volontaire comme on peut l'observer dans les rituels chamaniques et de possession. Mais, le changement de paradigme freudien correspond également à une extension des prises en charge à bien d'autres pathologies que

la pathologie traumatique, voire à l'abandon des pathologies traumatiques au profit du tout venant de la névrose ordinaire.

Dans la psychanalyse, le thérapeute s'efface derrière une écoute attentive et interprétative qui lui laisse malgré tout une avance dans la compréhension d'un éventuel sens à donner aux paroles du patient. Il conserve ainsi une expertise qu'il communique à bon escient (dans le meilleur des cas) à son patient. Ce faisant, il procède indirectement à un certain transfert de savoir ou d'une façon plus problématique à un transfert de non-savoir. Le non-savoir étant tout ce qui le constitue en dehors de sa propre conscience et ce qui le fait agir et composer ses interprétations. La question qui se pose est la suivante : le thérapeute dans ces thérapies du « faire dire » peut-il prendre conscience des suggestions indirectes qu'il diffuse à travers ses interventions ou doit-il se donner corps et âme à son patient pour établir une expérience unique et nouvelle : celle de l'intersubjectivité patient-thérapeute ?

Dans le premier cas, Roustang (1978) montre que l'influence du psychanalyste est due à la diffusion indirecte de son savoir au moyen de ses interprétations et de l'attitude générale d'écoute silencieuse propre au faire dire de cette psychothérapie. Dans ce cadre d'expérience de la psychanalyse, le poids des mots du thérapeute prend une dimension quasi magique. L'élément essentiel qui donne cette dimension aux dires du thérapeute psychanalyste est contenu dans sa posture énonciative. Alors que chacun dans une conversation courante s'adresse à l'énonciateur qui lui fait face, dans l'expérience de la psychanalyse, chacun s'adresse à un autre que cet énonciateur ; le thérapeute à la partie occultée du sujet-patient et le patient à des interlocuteurs fantômes qu'il projette sur son thérapeute. Le dire de ce dernier, par sa parole ou ses silences n'a donc pas d'énonciation identifiable ; il s'agit du dire d'un « Autre. » Et à cet égard, le thérapeute psychanalyste énonçant une parole qui n'est pas la sienne mais celle d'un « Autre, » ou d'un « il » impersonnel, s'inscrit dans la tradition des intercesseurs thérapeutes. Lacan (1966) se pose la question de l'origine de cette impression de « magie » sans donner de réponse claire. Mais Roustang remarque que si ces paroles peuvent conduire à l'indépendance du patient, parce qu'elles ont une force magique, elles ont également l'effet inverse qui consiste à « lier » encore davantage le patient à son thérapeute. Outre cet effet transférentiel, le patient reçoit et assimile avec ces paroles « efficaces » tout ce dont elles sont inconsciemment porteuses. « Les mots servent ici de médium à la communication des inconscients » (Roustang, 1978). Même si l'analyste choisit de se taire, son silence porte un dire parfaitement perceptible par le patient. C'est ainsi que la psychanalyse serait non seulement fille de l'hypnose, mais une fille fidèle et douée, susceptible d'effacer les traces de la suggestion hypnotique qu'elle met en œuvre indirectement. Ce faisant, son action est moins clairement définissable que celle des thérapies qui revendiquent le principe de la dissociation comme étant la cause du soin.

Dans le second cas, guidé par une idéologie égalitaire, une conception irénique ou une véritable compréhension du phénomène de guérison, ce sont les psychothérapies de type

humaniste qui érigent comme principe fondamental la guérison par le seul patient mis en situation de prendre conscience par lui-même de ses états internes. Le rôle du thérapeute sera de créer et de maintenir une relation thérapeutique :

« ...réelle, authentique, dans laquelle le client se sentira compris, accepté et respecté, bref, une relation centrée sur le client et ses ressources. Le changement thérapeutique est alors davantage lié à l'expérience relationnelle du client qu'aux techniques les plus sophistiquées ou aux explications intellectuelles de patterns relationnels » (Lecomte et Drouin, 2007).

Rogers ne présente pas la radicalité de son projet comme une révolution, mais comme une évolution dont l'origine doit être située dans la psychanalyse (Rogers, 1977).

« Nous semblons avoir abouti à cette conclusion que la psychanalyse à son début a tendu à obtenir une relation dans laquelle le thérapeute s'efforce de ne pas laisser ses propres valeurs influencer le patient, et que ces vingt dernières années ont vu d'autres psychothérapies se diriger vers le même idéal » (Rogers, 1977).

Psychothérapie nouvelle venue, après la Seconde Guerre mondiale, l'humanisme s'est largement développé dans trois courants principaux : la thérapie rogorienne, la gestalt-thérapie et la thérapie existentielle.

Comme la psychanalyse rompait avec la relation apparemment autoritaire de l'hypnose, au début du siècle, les thérapies humanistes ont souhaité rompre avec le savoir attribué au thérapeute et mis en acte dans ses interprétations. Les thérapies humanistes ont mis au centre de leur principe la relation intersubjective égalitaire. Le principe rencontré dans les années 1960 le renouveau des idéaux de liberté, d'égalité et de démocratie qui a vu fleurir les communautés et manifestations diverses. D'autres influences ont contribué à renforcer le point de vue humaniste et en particulier la référence à la philosophie phénoménologique.

Il ne s'agit plus, pour le thérapeute d'exercer son expertise dans la transmission de son savoir sur le patient, mais de créer, pour le client, un environnement relationnel facilitant qui lui permet d'être lui-même l'expert de sa propre expérience (Lecomte et Drouin, 2007). L'écoute de son expérience interne, en particulier émotionnelle par le client est un soutien au développement de la conscience de soi. Mais, c'est pour autant que cette sensibilité à soi est susceptible d'être symbolisée dans un « dire » du client que le « faire dire » du thérapeute prend une importance particulière. Le cadre d'expérience qui facilite cette écoute de soi et sa symbolisation dans un dire est entièrement constitué par la relation « authentique » que nouent client et thérapeute. Cette conception et cette pratique du soin psychologique s'inscrivent dans le courant phénoménologique appliqué : les psychothérapies n'agissent que parce qu'elles sont des systèmes d'actions qui reprennent les actions que les hommes exercent couramment et partout les uns sur les autres.

« Dans toute forme de psychothérapie médicale, deux hommes se font face, deux hommes, d'une façon ou d'une autre, « se réfèrent l'un à l'autre en une réciproque dépendance », deux hommes, d'une manière ou d'une autre, « s'expliquent l'un avec l'autre. » (Binswanger, 1947)

À la question « Comment la psychothérapie peut-elle agir ? », Binswanger répond :

« La possibilité de la psychothérapie ne repose donc pas sur un secret ou sur un mystère, comme on pouvait l'entendre, en somme sur rien de nouveau ou d'inhabituel, mais au contraire sur un trait fondamental de la structure de l'être-homme en tant qu'être-dans-le-monde (Heidegger), l'être avec et pour l'autre. »

C'est ainsi que les psychothérapies ont cherché l'explication de leur efficience dans l'action des dieux, puis dans les mécanismes de la nature extérieure aux hommes, puis dans la mise à jour d'un mystère intérieur à la psyché pour, aujourd'hui, comprendre que ces dispositifs de guérison de l'esprit mettent en jeu des processus qui sont de simples cas particuliers des fonctionnements banals et quotidiens des hommes en relation les uns avec les autres.

BIBLIOGRAPHIE

BINSWANGER L. (1947) *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Les éditions de minuit.

BLANCHET A. (2016) *Les psychothérapies sont-elles rationnelles ? Dire, faire dire et guérir*, Grenoble, Presses

FREUD S. (1953) De la psychothérapie. In A. Berman (Trans.), *La technique psychanalytique* (pp. 9–22.) Paris, PUF.

LACAN J. (1966) *Ecrits*, Paris, Seuil.

LECLERC G. (1979) *L'Observation de l'homme ; une histoire des enquêtes sociales*, Paris, Seuil.

LECOMTE C., DROUIN M.S. (2007) Psychothérapies humanistes. In S. Ionescu et A. Blanchet (Eds.), *Psychologie*

clinique, psychopathologie et psychothérapie (pp. 407–435), Paris, PUF.

LE PLAY F. (1862) *Instruction sur la méthode d'observation dite des monographies de famille*, propre à l'ouvrage intitulé « *les ouvriers européens* », Paris, Société d'économie sociale.

ROGERS C. R. (1977) *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris, E.S.F. (Oeuvre originale 1942.)

ROUSTANG F. (1978) Suggestion au long cours, Nouvelle Revue de Psychanalyse « *La Croyance* », 18, 169–192.

TARQUINIO C., TARQUINIO P. (2015) *L'EMDR : Préserver la santé et prendre en charge la maladie*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

Chapitre 2

Qu'est-ce qu'une psychothérapie ?

Edmond Marc

Aujourd'hui les psychothérapies sont très nombreuses. Et le profane peut avoir de la peine à s'orienter dans cet univers foisonnant. Pour y voir plus clair, une première question s'impose : qu'est-ce qu'une psychothérapie ? Toutes celles qui revendiquent cette appellation la méritent-elles ?

Une seconde question est : d'où viennent-elles ? Comment ont-elles été élaborées ?

Si l'on adopte un point de vue historique, le paysage s'ordonne. On voit que les psychothérapies se situent dans des relations de filiation, de dérivation, d'opposition, de rupture et d'hybridation. De cette généalogie, se dessinent quelques grandes familles dont on précisera les caractéristiques essentielles qui définissent leur identité et leurs différences (Marc, 2002, 2008).

Mais ces familles se sont aussi rencontrées, ont vu des mariages s'opérer entre elles, ont fait des enfants métissés. Si bien qu'actuellement nombreuses sont les thérapies qui résultent de ces croisements et qui présentent certaines caractéristiques communes.

La psychothérapie s'affirme ainsi peu à peu comme une discipline originale faite à la fois d'unité et de diversité.

DÉFINITION

On peut partir de la définition assez simple proposée par le psychanalyste Didier Anzieu (1991) dans le *Dictionnaire de psychologie* (PUF) : « Méthode de traitement des souffrances psychiques par des moyens essentiellement psychologiques. Selon la démarche utilisée, la psychothérapie cherche soit à faire disparaître une inhibition ou un symptôme gênant pour le patient, soit à remanier l'ensemble de son équilibre psychique. »

► Complément

Cette définition demande cependant à être complétée ; car certaines thérapies visent bien à soulager les souffrances psychiques mais aussi celles d'origine psycho-somatique. Quant aux moyens psychologiques, ils peuvent s'allier à des interventions plus corporelles comme dans la pratique bioénergétique. C'est pourquoi on parle aujourd'hui des « thérapies psycho-corporelles. » Mais ces démarches se distinguent de certaines pratiques proprement corporelles (comme le yoga ou le shiatzu) ou de certaines médecines parallèles (comme l'ostéopathie ou la réflexologie) par leurs visées psychothérapiques. Cependant, les frontières entre ces différentes pratiques ne sont pas toujours aussi claires, et quelques techniques corporelles peuvent être utilisées dans un but de thérapie psychologique (comme dans le massage sensitif ou les techniques de relaxation).

► Caractéristiques

Mais cette définition est-elle suffisante ? D'autres caractéristiques semblent nécessaires pour qu'on puisse parler vraiment de psychothérapie.

Il faut d'abord qu'elle comporte un *modèle psychologique* de l'homme fondé sur des connaissances attestées et validées dans ce domaine. Par exemple, les thérapies comportementales et cognitives s'appuient sur les théories du conditionnement et de l'apprentissage développées par la psychologie expérimentale.

Il convient ensuite qu'elle propose une *psychopathologie*, c'est-à-dire qu'elle distingue le pathologique du normal, qu'elle définisse les troubles auxquels elle s'adresse et en propose une conceptualisation cohérente et reconnue. La psychanalyse a été l'une des premières à établir une typologie cohérente des névroses et des psychoses, fondée sur la métapsychologie freudienne.

Enfin, elle doit présenter une certaine codification de *techniques d'intervention* qu'elle préconise et qui sont capables d'engendrer un processus de changement chez le patient. Ces techniques doivent être en cohérence avec les modèles psychologiques et psychopathologiques précédents. Par exemple, l'analyse du transfert en psychanalyse découle logiquement de la conception de schémas relationnels construits dans l'enfance (comme le complexe d'Œdipe) et qui ont tendance à se fixer et à se reproduire dans les relations ultérieures, notamment dans la relation thérapeutique. Cette dernière va ainsi révéler, par exemple, les conflits entre pulsions du Ça et défenses du Surmoi, générateurs de névroses selon la psychopathologie psychanalytique.

Les démarches qui se présentent comme psychothérapiques ne satisfont pas toutes à ces exigences. Plusieurs sont des pratiques empiriques qui ne reposent que très partiellement sur un modèle psychologique et psychopathologique. Par exemple, l'hypnose à ses débuts n'était

qu'une technique pragmatique et ce n'est que peu à peu qu'elle a cherché à comprendre et expliquer les processus et les effets qu'elle produisait.

Autre cas : les approches systémiques pourraient sembler ne pas avoir élaboré de psychopathologie dans le sens où elles ne proposent pas de nosographie des troubles mentaux. Cependant, elles reposent bien sur une théorie psychopathologique dans le sens où elles critiquent de telles nosographies et situent l'origine des troubles non dans l'individu mais dans le réseau de communication dans lequel il évolue.

► Psychothérapie et techniques thérapeutiques

Il convient enfin de distinguer les *psychothérapies* — qui répondent à la définition proposée et aux critères que l'on vient d'énoncer — et les *techniques thérapeutiques* qui sont de simples instruments opératoires qui, souvent d'ailleurs, peuvent être utilisés dans le cadre de démarches différentes. Par exemple, les techniques de relaxation ne constituent pas en elles-mêmes une psychothérapie mais elles peuvent s'inscrire dans plusieurs démarches comme la psychanalyse ou les TCC. Il en est de même de la méditation ou de la visualisation.

Un cas complexe est celui des thérapies de groupe. Au départ, elles pouvaient se présenter comme de simples variantes techniques de telle ou telle démarche (psychanalytique, humaniste, comportementale...) Mais aujourd'hui, elles ont élaboré une théorisation originale et des techniques qui leur confèrent une identité propre et les situeraient du côté des psychothérapies, même si elles gardent en même temps une empreinte différentielle liée à leurs théories originelles de référence (Marc et Bonnal, 2014).

L'EMDR est-elle une technique ou une psychothérapie à part entière ? C'est à l'ensemble de cet ouvrage de répondre à cette question.

GÉNÉALOGIE

Les psychothérapies modernes s'inscrivent dans une histoire qui débute en Europe à la fin du XIX^e siècle (Marc, 2008).

► L'hypnose

Un des premiers à proposer le terme de psychothérapie est Hyppolyte Bernheim (1840-1919), professeur de médecine à Nancy qui utilise l'hypnose à des fins thérapeutiques. C'est auprès de lui que Freud fait un stage en 1889 et se forme à la pratique de l'hypnose qui sera sa première démarche et lui fait découvrir la notion d'inconscient et de refoulement.

On sait que par la suite, Freud abandonne cette pratique pour élaborer sa propre approche thérapeutique à laquelle il donne le nom de psychanalyse. Cependant l'hypnose n'a pas disparu. Elle est représentée à l'époque en France par la personnalité éminente de Pierre Janet (1859-1947), neurologue et psychologue qui donne à l'hypnose une base scientifique appuyée sur une théorie élaborée du fonctionnement mental et de ses pathologies.

Aux États-Unis, le psychiatre Milton Erikson (1901-1980) renouvelle la technique hypnotique en préconisant une transe légère et en s'éloignant de la suggestion traditionnelle pour lui préférer des stratégies thérapeutiques plus subtiles.

► La psychanalyse

Après des débuts difficiles, la psychanalyse connaît un rayonnement croissant et s'impose, pendant la première moitié du XX^{ème} siècle, comme la psychothérapie dominante en Europe et en Amérique (notamment aux États-Unis). Cependant, elle va se fragmenter très vite en différents courants qui, tout en conservant la notion fondamentale d'inconscient, vont s'éloigner de certaines hypothèses freudiennes. C'est le cas des premiers disciples que furent les psychiatres Alfred Adler (1870-1937) et Carl Gustav Jung (1875-1961).

Une autre scission importante est celle de Wilhelm Reich (1897-1957), proche disciple de Freud qui se sépare de lui dans les années trente. Car Reich met de plus en plus l'accent sur l'unité psychosomatique, sur l'importance du corps et de la sexualité génitale. C'est le père des *thérapies psycho-corporelles* dont l'*analyse bioénergétique* fondée par son disciple américain Alexander Lowen (1910-2008) est la plus importante.

► L'analyse existentielle

Elle naît d'une autre dissidence, celle du psychiatre suisse Ludwig Binswanger (1881-1966). Disciple de Jung et de Freud, il s'éloigne peu à peu de la psychanalyse sous l'influence de la philosophie phénoménologique et existentielle (Vinot et Marc, 2014). Il fonde alors sa propre méthode, l'*analyse existentielle*. L'analyse existentielle entend redonner à la conscience et à l'expérience vécue une place centrale. Contre la vision déterministe de la psychanalyse, elle défend les notions de liberté, de volonté et de responsabilité de l'homme, sa capacité de choix et de décision. Dès lors, les idées de projet et de sens de la vie deviennent essentielles et font que la démarche thérapeutique est orientée autant vers l'avenir que vers le passé. L'analyse existentielle rencontrera un très grand succès aux États-Unis dans les années soixante et sera à l'origine de la *psychologie humaniste* dont les porte-parole éminents sont Rollo May (1909-1994), Abraham Maslow (1908-1970) et Carl Rogers (1902-1987). C'est ce dernier qui donne une formulation précise à la démarche thérapeutique existentielle, conçue comme une rencontre interpersonnelle fondée sur l'empathie, l'authenticité et la congruence.

Aujourd'hui un représentant de ce courant aux États-Unis est le psychiatre Irvin Yalom.

► Les thérapies humanistes

Une nouvelle vague de dissidence a lieu aux États-Unis dans les années cinquante. Le psychanalyste Friedrich Perls (1893-1970), sous l'influence de Wilhelm Reich (1897-1957), de la Gestalt-theorie, du psychodrame de Jacob Moreno (1889-1974) et de la psychologie humaniste, fonde une nouvelle démarche : la Gestalt-thérapie. Celle-ci est centrée sur l'« ici et maintenant », sur le « comment » plus que sur le « pourquoi » et accorde une attention particulière aux modalités de contact du sujet avec son environnement.

Eric Berne (1910-1970) s'éloigne lui aussi de la psychanalyse pour élaborer l'*Analyse transactionnelle* centrée sur le fonctionnement du Moi et la communication. Elle propose une grille d'analyse des transactions interpersonnelles construites à partir des notions d'« états du moi », de jeux et de scénarios. Ces « nouvelles thérapies », qui elles-aussi s'inscrivent dans le courant de la psychologie humaniste, atteindront l'Europe au début des années soixante-dix.

► Autres courants

Mais toutes les thérapies ne se sont pas constituées par filiation, dérivation ou rupture à partir de la psychanalyse. Il en est d'autres qui s'inscrivent dans des paradigmes complètement différents.

C'est le cas des thérapies comportementales et cognitives (TCC), qui se sont appuyées sur la psychologie comportementale (ou *behaviorism*) fondée au début du XX^e siècle par le psychologue américain John Watson (1878-1958). Les TCC se réfèrent donc à la psychologie expérimentale et notamment aux théories des réflexes conditionnés et de l'apprentissage.

C'est le cas aussi des thérapies systémiques qui reposent principalement sur la théorie des systèmes et de la communication de Gregory Bateson (1904-1980), inspirateur de l'« école de Palo Alto. » Celle-ci, fondée aux États-Unis dans les années soixante, a promu notamment les thérapies familiales (Picard et Marc, 2015). Elle s'appuie sur la proposition que l'unité de base n'est pas l'individu mais le système d'interactions et de communications dans lequel celui-ci est inscrit (comme la famille). La pathologie individuelle ne fait que refléter celle du système.

Ajoutons qu'aujourd'hui, tout un courant de la psychothérapie tend à s'inspirer des travaux des neurosciences (Vinot et Marc, 2014).

Tous ces différents courants se sont souvent opposés les uns aux autres ; mais ils se sont aussi interinfluencés, croisés et combinés. Ce qui rend singulièrement complexe la physionomie actuelle du champ des psychothérapies.

UNITÉ ET DIVERSITÉ

La diversité des psychothérapies est bien réelle. Elles n'ont ni les mêmes conceptualisations, ni les mêmes visées, ni les mêmes pratiques. Cela n'empêche pas certaines convergences et la constitution de la psychothérapie en tant que discipline spécifique et originale.

► Une diversité réelle

Cette diversité résulte d'abord de l'histoire. Comme on l'a vu, les psychothérapies se sont souvent définies et élaborées par rupture et opposition à celles qui les ont précédées. Ainsi, l'analyse existentielle s'est détachée de la psychanalyse en affirmant la primauté de la conscience et de l'expérience vécue ; mais aussi en s'opposant, notamment aux États-Unis, au courant comportementaliste qui négligeait les phénomènes de conscience, traités comme une « boîte noire. »

Les différentes thérapies reposent donc sur des théorisations divergentes, voire antagonistes. Mais ces divergences conceptuelles existent aussi au sein d'une même famille : par exemple, l'Inconscient jungien n'est pas assimilable à l'Inconscient freudien ou à l'Inconscient lacanien, même si le terme est semblable.

Les thérapies ont des visées différentes. Certaines, comme les TCC., tendent, pour une large part, à supprimer un symptôme gênant (comme une phobie). D'autres ont, elles aussi, une *visée suppressive*, mais beaucoup plus large, comme la réduction d'une névrose dans la psychanalyse freudienne. D'autres encore ont une visée plus *instaurative* : c'est le cas des thérapies humanistes qui cherchent avant tout à relancer un processus de développement et à épanouir les potentialités du sujet.

Très logiquement, les thérapies qui s'étaient sur des conceptualisations différentes et qui se fixent des objectifs variés se distinguent aussi par leurs pratiques cliniques : elles ne proposent pas le même cadre, ne suivent pas les mêmes démarches et n'utilisent pas les mêmes techniques.

Cependant, la diversité des psychothérapies n'est pas un problème mais une ressource. Elle permet de répondre de façon ajustée à la fois à la multiplicité des troubles et à la variété des demandes. Le patient a ainsi le choix entre des démarches contrastées parmi lesquelles il va trouver celle qui correspond le mieux à la nature de ses troubles, à ses attentes et à ses capacités.

Ce que l'on peut regretter, c'est que, trop souvent, elles se sont opposées les unes aux autres ; chacune affirmant sa prétention à être la seule légitime et déniait aux autres toute valeur. On le voit dans la petite guerre entre psychanalystes et praticiens des TCC. qui tourne

fréquemment au dénigrement et à la caricature alors qu'elle relève en grande partie de la méconnaissance réciproque.

Heureusement, nombreux sont aussi les psychothérapeutes qui sont ouverts au dialogue et sont prêts à confronter leurs conceptions et leurs pratiques à celles des praticiens appartenant à d'autres écoles. C'est à travers un tel dialogue, qu'au-delà de la diversité, peut s'affirmer peu à peu une certaine unité du champ de la psychothérapie.

► Une unité tendancielle

Cette unité tient d'abord à la reconnaissance du fait que la psychothérapie constitue une discipline spécifique et originale

Elle ne se confond ni avec la psychiatrie, ni avec la psychologie. La psychiatrie est une spécialité médicale qui emprunte ses modèles, ses méthodes et ses pratiques à la médecine. Bien sûr, certains psychiatres ont pu être, et sont encore, psychanalystes ou praticiens d'autres psychothérapies ; mais alors, ils renoncent, en se plaçant dans cette position, à leur démarche médicale (par exemple, un psychiatre menant une psychanalyse avec un patient ne lui prescrira pas de médicaments).

La psychothérapie a de nombreux liens avec la psychologie ; mais cette dernière n'a pas nécessairement une vocation de soin ; elle cherche à construire des connaissances validées sur le psychisme et les comportements humains sans avoir le plus souvent une visée thérapeutique. On constate, par exemple, que les TCC., tout en s'appuyant sur la psychologie expérimentale, ont dû construire leurs propres modèles et techniques pour répondre à leur vocation thérapeutique.

Ce qui caractérise avant tout la psychothérapie, c'est qu'elle est d'abord une pratique de soin. Et que, tout en s'étayant sur les apports de la psychiatrie et de la psychologie, c'est à travers cette pratique qu'elle a élaboré ses concepts, ses méthodes et ses techniques.

La clinique thérapeutique a été ainsi un immense laboratoire favorisant une production considérable de connaissances qui ont enrichi depuis plus d'un siècle la psychiatrie et la psychologie (considérons, par exemple, tout ce que les psychanalystes ont apporté à la psychologie de l'enfant).

Mais l'unité de la psychothérapie ne se réduit pas au fait d'appartenir à une même discipline. Elle résulte aussi d'une tendance « intégrative » qui s'affirme comme un courant de plus en plus puissant dans le champ de la discipline (ainsi, aux États-Unis, la majorité des psychothérapeutes se réclament de ce courant, Norcross et Goldfield, 1998). L'orientation intégrative ne vise pas une illusoire synthèse qui fonderait les différentes écoles en une seule. Elle est d'abord une position épistémologique qui incite à sortir de la « pensée unique » et dogmatique et prône l'ouverture, le dialogue et la confrontation scientifique.

Elle cherche aussi à dégager les éléments transversaux aux différentes démarches tant au niveau conceptuel qu'au niveau des pratiques. Elle propose encore l'articulation raisonnée, dans certaines situations thérapeutiques, d'éléments (théoriques ou pratiques) empruntés à des psychothérapies différentes (ainsi la psychothérapie familiale a permis de combiner approche systémique et approche psychanalytique (Lemaire, 1989)). Il est relativement fréquent aujourd'hui de proposer, pour une même personne, une pratique de thérapie individuelle et une thérapie de groupe.

Ces stratégies thérapeutiques « intégratives » permettent une meilleure réponse à la complexité de chaque patient et une plus grande efficacité (Marc, 2002).

La diversité des psychothérapies est le fruit d'une histoire. Elle reflète, pour une part, la complexité de l'humain, de ses fonctionnements et de ses troubles. Car aucune démarche ne peut à elle seule, rendre compte de cette complexité (Pagès, 1993). Elle traduit aussi la multiplicité des courants théoriques qui parcourent le champ de la psychologie. Elle présente l'avantage d'apporter des réponses ajustées aux différentes formes de pathologie et de demande.

Mais cette diversité, si elle veut être un atout plus qu'un obstacle, doit impliquer le dialogue entre praticiens et entre écoles. Il ne s'agit pas de réduire la diversité mais de mieux prendre en compte la complexité et de rendre les différentes approches complémentaires plus que concurrentes. Le dialogue ne vise pas une synthèse hors de portée mais tend à dégager les points de convergence et de divergence entre approches. « Ce n'est pas un aboutissement qui est attendu, mais la résistance à la clôture que créent l'hyperspécialisation et la pseudo-scientificité. Est visée une capacité accrue à assumer le doute sans sombrer dans la confusion, dans la simplification réductrice ou le renoncement (Delourme, 2001). »

BIBLIOGRAPHIE

ANZIEU D. (1991) : *Dictionnaire de la psychothérapie*, Paris, PUF.

DELOURME A. (2001) *Pour une psychothérapie plurielle*, Paris, Retz.

LEMAIRE J. (1989) *Famille, amour, folie*, Montrouge, Bayard.

MARC E. (2008) *Guide pratique des psychothérapies*, Paris, RETZ.

MARC E. (2002) *Le changement en psychothérapie. Approche intégrative*, Paris, Dunod.

MARC E., BONNAL C. (2014) *Le groupe thérapeutique. Approche intégrative*, Paris, Dunod.

NORCROSS J., GOLDFRIED M. (1998) *Psychothérapie intégrative*, Paris, Desclée de Brouwer.

PAGES M. (1993) *Psychothérapie et complexité*, Paris, Desclée de Brouwer.

PICARD D., MARC E. (2015) *L'école de Palo Alto*, Paris, PUF.

VINOT M., MARC E. (2014) *Les fondements des psychothérapies*, Paris, Dunod.

Chapitre 3

Les principes de base de la psychothérapie

Nathalie Steffens
Frédéric Verhaegen

La pratique psychothérapeutique semble exister depuis tout temps. Si la pérennité de son existence semblait jusqu'alors justifiée tant par la tradition que par la culture et l'engouement social qu'elle suscite, une révolution s'est opérée au cours des dernières décennies vers la recherche active d'une justification scientifique et la nécessité d'apporter des preuves des effets supposés produits par ce « traitement psychologique. » Or, l'appréhension des principes de base de la psychothérapie reste difficilement accessible. Ceci est en lien avec la multiplicité des conceptions théoriques et des pratiques, des problèmes de définitions, des conceptions diverses du conflit, du normal et du pathologique, du changement, voire du sujet. Cependant, le recours à des concepts, axiomes et modèles issus de disciplines connexes semble fournir des pistes prometteuses sur le plan heuristique pour contribuer à faire la lumière de ce qui constituerait le socle de cette pratique en apparence emprunte d'hétérogénéité.

La psychothérapie consiste en un ensemble de pratiques portées par une grande diversité de théories psychologiques et psychopathologiques. La définition de l'objet psychothérapie suscite de nombreuses controverses. Il n'y a pas de consensus autour du terme psychothérapie. Cet état de fait est en partie le corollaire de l'absence de définition univoque des notions de santé mentale et de maladie, du normal et du pathologique. Les réflexions et les questionnements, aussi passionnants et heuristiques soient-ils, à l'appui de progrès considérables réalisés ces dernières décennies dans le domaine des sciences cognitives et des neurosciences (électrophysiologie, imagerie cérébrale, voire de la psychologie cognitive) et d'efforts conceptuels tangibles pour ériger une psychothérapie dite intégrative, ne suffisent pas à apporter les réponses escomptées concernant les éléments vraiment efficaces et thérapeutiques ; de sorte

qu'aujourd'hui, tenter de dégager les principes de base de toutes psychothérapies semble hors de portée. Néanmoins, les avancées et l'accroissement des connaissances dans ce vaste domaine, loin d'être négligeables, ainsi que les apports de disciplines connexes ont probablement relégué certains mystères entourant cette pratique au rang de problèmes, concept plus approprié à l'investigation scientifique, de sorte qu'un certain nombre de caractéristiques communes ont été identifiées. Ces pratiques :

- Se déroulent dans un cadre institué par la rencontre interpersonnelle entre un thérapeute et un patient ;
- Mobilisent des moyens mis en œuvre par un thérapeute formé et supposé détenir un savoir hors du commun sur le conflit qui tourmente le patient ;
- Visent un objectif, un processus de changement en lien avec l'amélioration de l'état psychologique du patient.

UNE RELATION INTERPERSONNELLE

On considère aujourd'hui que la psychothérapie s'inscrit dans l'ère « de la psychologie à deux personnes où l'accent est mis sur la relation intersubjective, l'implication mutuelle et la co-construction dialogique du sens » (Delourme et Marc, 2014). Ainsi, la réalité psychothérapeutique découle de la rencontre entre un thérapeute et son patient. C'est leur relation qui de fait institue le cadre de la psychothérapie. Le cadre permet de définir le pendant formel de la psychothérapie, c'est-à-dire son organisation (l'objectif, le lieu, l'heure, la durée, le coût des séances) et les comportements des acteurs en présence (savoir et savoir-être du thérapeute, engagement du patient dans la thérapie). Le cadre est un terrain de jeu qui prête ses coordonnées spatiales et temporelles à la relation thérapeute-patient.

En psychothérapie, c'est davantage le jeu subtil de l'adéquation entre un thérapeute et son patient que les résonances de la dynamique transférentielle et contre-transférentielle qui marque la relation. Cette relation thérapeute-patient a souvent pour synonyme le concept d'alliance thérapeutique. C'est pourquoi nous commencerons par présenter ce concept, pour ensuite aborder la notion d'empathie qui nous conduira à nous pencher sur le phénomène d'intersubjectivité.

► L'alliance thérapeutique

Selon Horvarth et Bedi (2002), l'alliance thérapeutique constitue « la quintessence du terrain commun que se partagent la plupart des psychothérapies. » Elle peut se définir comme la collaboration mutuelle entre le patient et le thérapeute dans le but de tendre vers des objectifs fixés.

Dans les recherches sur l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies, l'alliance thérapeutique est présentée comme l'un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue thérapeutique (Luborsky *et al.*, 1985). Elle s'appréhende tel le point nodal de l'efficacité des psychothérapies (Roth et Fonagy, 2005 ; Horvath *et al.*, 2011). Les études interrogent aujourd'hui les mécanismes qui sous-tendent cet effet (Falkenström *et al.*, 2014). Les situations qui mettent à mal l'alliance thérapeutique (par exemple, en cas de désaccord temporaire entre le thérapeute et son patient) et leurs résolutions seraient perçues comme de puissants leviers de changements.

D'autres facteurs entrent en jeu dans la réussite d'une psychothérapie. Nous retenons ici la notion d'empathie dont les échelles sont corrélées avec les outils mesurant l'alliance thérapeutique (Reynolds et Scott, 1999).

► L'empathie

Selon la psychothérapeute von Franz (2014), c'est le fait que le thérapeute éprouve de la compassion qui est décisive pour le patient. Pour Winnicott (1970), « il s'agit pour le soignant de se mettre dans la peau du patient¹ pour s'adapter à la spécificité de ses besoins de dépendance » (Marin et Worms, 2015).

Ces préconisations recourent les nombreuses propositions pour définir le concept d'empathie. Nous retenons ici deux caractéristiques essentielles, à savoir que c'est à la fois une capacité cognitive d'adopter le point de vue de l'autre et une réponse affective en lien avec un partage émotionnel. L'empathie est un composant crucial dans la relation thérapeutique (Rogers, 1980 ; Reynolds et Scott, 1999). Elle serait sous-tendue par des bases neurobiologiques qui étayent notre aptitude à partager les états mentaux d'autrui et peut être considérée comme la pierre angulaire sur laquelle se fonde l'intersubjectivité (Decety, 2002). On parle aujourd'hui, du concept d'empathie clinique, comme de « la compétence socio-émotionnelle d'un clinicien capable de comprendre la situation d'un patient, son point de vue et ses émotions, de communiquer sa compréhension au patient, de vérifier son exactitude et d'agir avec le patient à partir de cette compréhension de façon thérapeutique » (Mercer et Reynolds, 2002).

L'empathie favorise l'intersubjectivité, espace créateur de pensées nouvelles.

1. « *standing in the other person's shoes.* »

► L'intersubjectivité

Le concept d'intersubjectivité fait l'objet de travaux récents dans des domaines qui se croisent au sein de la théorie et de la pratique psychothérapeutique (aussi bien en sciences du développement, qu'en sciences cliniques et en neurosciences cognitives).

L'intersubjectivité « résulte d'une interaction ou co-action psychique entre soi et autrui » (Georgieff, 2013). Elle peut être considérée comme une activité psychique qui résulte de la rencontre entre deux activités mentales, c'est une réalité propre « de nature dialogique » (*Ibid.*). Cette modalité psychique qui s'élabore entre le thérapeute et son patient est un espace de travail pour « copenser » à deux (Widlöcher, 1996), au service de la transformation et de la construction identitaire du patient.

La relation entre un thérapeute et son patient est de nature multidimensionnelle et dynamique, en perpétuelle redéfinition au service du mieux-être du patient. Dans cet élan vers la guérison, traversé par une tension qui résulte d'un processus d'influence et d'un phénomène auto-réparateur, le thérapeute occupe une place d'expert.

L'EXPERTISE DU THÉRAPEUTE ET SA MISE EN OEUVRE

« La forme psychothérapeutique s'établit toujours autour du lien si particulier qui se noue entre le thérapeute et le patient et s'établit par le type de transmission qui est engagé dans cette relation » (Ionescu et Blanchet, 2007). La réalisation d'une transmission s'effectue grâce aux moyens thérapeutiques que le thérapeute met en œuvre pour apporter de l'aide à son patient. Cette transmission s'appuie sur un référentiel théorique issu d'une formation universitaire, *a minima*, et d'une école de pensée à laquelle le thérapeute appartient. Cependant, le thérapeute doit veiller à être flexible dans l'art de son action thérapeutique, afin de s'adapter toujours au mieux à son patient. Enfin, nous verrons que les moyens déployés par le thérapeute sont guidés par des règles de déontologie et une réflexion liée à son éthique.

► Le savoir du thérapeute

Le patient s'adresse à un psychothérapeute en tant qu'il considère ce dernier comme un expert de sa souffrance et de sa résolution. Le thérapeute « maîtrise une théorie abstraite, complexe, paraissant énigmatique » (Nathan, 1998).

Dans notre société, ce savoir est en lien avec l'exercice d'une profession. En effet, le psychothérapeute est un professionnel qui a une certaine conception des raisons pour lesquelles son patient s'adresse à lui. L'acquisition de cette expertise repose à la fois sur un parcours

universitaire, un choix d'une ou plusieurs des écoles de pensée, une expérience professionnelle et un développement personnel.

En France, c'est un cursus universitaire incluant une formation en psychopathologie qui donne accès au titre de psychothérapeute (décret de mai 2012). Or, à quelques exceptions près, on peut difficilement écrire que l'université dispense une solide formation théorique et pratique à une psychothérapie spécifique. De fait, il appartient à chaque praticien d'acquérir formation et expérience indispensables à un exercice déontologique et éthique de la psychothérapie.

C'est pourquoi un psychothérapeute inscrit son apprentissage et son travail en s'alliant à un modèle de psychothérapie qu'il aura choisi. Le bénéfice pour le psychothérapeute est double. D'une part, Marc rappelle que « si les références d'école prennent autant d'importance pour les praticiens, c'est qu'elles ont pour eux une valeur identitaire. Elles leur donnent le sentiment d'appartenir à une communauté ; ce qui, en retour, leur confère une légitimation. » (Marc, 2014). D'autre part, le champ dans lequel le psychothérapeute a été formé lui permet de penser son patient, de disposer d'un modèle explicatif du fonctionnement de la personne du patient. Il lui permet également de *panser* son patient en lui proposant un chemin vers un mieux-être.

Dans ce cheminement, le thérapeute devrait éviter d'endosser une position dogmatique, et pour ce faire, il pourra par exemple adopter une stratégie éclectique, pour être à même de répondre de manière la plus appropriée à la diversité des pathologies, des personnalités et des demandes auxquelles il est confronté.

À ce qui s'apprend s'ajoute encore, ce qui s'éprouve : la pratique fait aussi le thérapeute, aussi bien dans sa rencontre avec ses patients que lors des séances de supervision.

Enfin, ce savoir-faire s'accompagne d'un savoir-être de la personne du thérapeute qui devra veiller à son propre fonctionnement psychique et interactionnel. Ainsi, le thérapeute sera attentif à développer ses qualités personnelles. Il doit conduire sa pratique tel un artiste, à savoir, être créatif.

► **L'adaptation permanente du thérapeute à son patient : l'art du thérapeute**

Le parcours épistémique, professionnel et personnel du psychothérapeute est le socle sur lequel le soignant invente son rôle de créateur. Tel un sculpteur, il façonne son bagage au gré de l'état et de l'évolution du patient.

La psychothérapie doit être aussi efficace que possible. Pour aller dans ce sens, le psychothérapeute tend à être flexible dans l'application de ses référents théoriques et pratiques. Pour ce faire, Norcross et Lambert (2011) avancent la notion de réactivité qui représente le processus par lequel le praticien adapte son intervention au patient et à sa situation

particulière. L'exercice de cet art est un lieu d'inventivité sans cesse renouvelée. L'action psychothérapeutique s'aligne sur les rythmes de l'existence de chacun des acteurs de la psychothérapie. Cette créativité est propre à chaque psychothérapeute, elle est en lien avec l'imagination. C'est au thérapeute de paginer les images du patient, avec soin, pour réordonner et redonner du sens, relier la construction identitaire du patient.

Le déploiement de l'expertise du thérapeute auprès de son patient devrait toujours se faire avec une attention toute particulière. Winnicott préconise de faire résonner le *care*¹ dans le *cure*, autrement dit d'inscrire l'attention à autrui au cœur de la relation thérapeutique en tant qu'elle est la condition même de l'efficacité réelle du soin (Marin et Worms, 2015). En effet, le thérapeute doit continuellement apprécier avec soin les forces du patient afin de l'aider à s'aider lui-même dans le contexte de vie qui est le sien. Il est amené à prendre en compte la personne du patient dans l'entièreté de sa singularité propre et dans ses particularités, comme, par exemple, sa culture d'origine qui conduira alors le thérapeute à moduler le travail psychothérapeutique de manière transculturelle.

Enfin, le respect du patient est en lien avec la responsabilité morale du thérapeute dans sa mise en œuvre thérapeutique. « Étant le moteur des changements en thérapie, l'action psychothérapeutique doit aussi se faire selon les principes ou les règles éthiques, la psychothérapie étant elle-même une entreprise éthique » (Nguimfack, 2015).

► L'éthique du thérapeute

Nous l'avons vu, le psychothérapeute est un professionnel. Il se plie donc aux règles du code de déontologie qui régissent sa profession. Quelle que soit la formation initiale du psychothérapeute (médecine, psychologie), le code de déontologie énonce des principes généraux qui visent à respecter la personne du patient et établir les devoirs moraux et professionnels du thérapeute.

Ainsi, la déontologie fournit des règles pour l'action. Cependant, ce qui reste au cœur de cette charte est la question de la responsabilité du thérapeute. Cette question ne peut pas être entièrement résolue par la déontologie, elle est avant tout sous-tendue par une réflexion éthique qui doit être conduite par le praticien.

Dans cette perspective, il serait pertinent que le thérapeute réfléchisse au rapport épistémique qu'il entretient avec le savoir qu'il met à la disposition du patient. En contexte psychothérapeutique, le savoir du thérapeute est en lien avec le psychisme. Or, la psyché n'est pas actuellement un 'continent' découvert et colonisé. De fait, nous pensons qu'une réflexion liminaire sur l'exigence d'une responsabilité scientifique serait souhaitable. Une façon d'y parvenir est que le thérapeute soit au clair avec les fondements épistémologiques du modèle auquel il adhère.

1. Cure au sens de traitement de la maladie et Care au sens d'attention pour la maladie.

UN OBJECTIF : L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT PSYCHIQUE DU PATIENT SOUS-TENDUE PAR UN PROCESSUS DE CHANGEMENT

Toutes les formes de psychothérapies sont des interventions non médicalisées sur l'humain. Elles ont pour dénominateur commun d'impliquer un processus de changement. Elles visent l'amélioration de l'état psychologique du patient et l'atténuation de sa souffrance. Ces changements peuvent être décrits de différentes manières et appréhendés sur la base d'indicateurs plus ou moins observables directement. Indissociables des théories étiologiques, ils peuvent concerner tout autant le traitement des troubles mentaux (réduction symptomatique) qu'être approchés en termes de modifications neurologiques. Il peut s'agir de la résolution des problèmes et des difficultés, de la recherche d'un état d'équilibre du patient dans son rapport à lui-même, aux autres, et à son contexte de vie. Ils peuvent également concerner le traitement de la tension interne (relation au stress, tolérance affective), les mécanismes de défenses et d'ajustements, le développement personnel (une meilleure connaissance de soi pour une meilleure adaptation future). De manière générale, toutes capacités et aptitudes susceptibles de rendre compte du fonctionnement psychologique et social du patient dont le traitement pourra conduire à l'atténuation de la souffrance.

► De l'évaluation du changement à la compréhension des mécanismes de changement

La recherche en psychothérapie s'est développée dans deux directions principales. La première concerne l'étude de l'efficacité de ces traitements psychologiques (*outcomes studies*) et la deuxième, l'étude des mécanismes de changements (*process studies*).

Les études d'efficacité ont cherché à démontrer que les diverses psychothérapies produisent des effets bénéfiques propres, comparativement à la rémission spontanée ou à d'autres types de prises en charge (Bergin et Garfield, 1994). Il s'agit ici d'étudier l'efficacité de la psychothérapie comme un « médicament de l'âme. » Ce type d'études conduit à des résultats fiables parce qu'elles sont réalisées sur la base d'une méthodologie reproductible mettant en jeu des variables observables et mesurables. Si ces études permettent de répondre aux questions « ce traitement marche-t-il ou non ? » et « ce traitement est-il plus efficace que tel autre ? », elles n'apportent pas de réponses à la question « comment ça marche ? »

Les études dites du processus tentent de circonscrire les mécanismes internes de la psychothérapie qui sont associés à une évolution favorable ou défavorable. On s'intéresse ici aux propriétés « de telles molécules » en jeu dans le processus de changement. Ces recherches tentent d'appréhender la rationalité des processus qui sous-tendent les phénomènes observables. Elles relèvent le plus souvent d'approches interprétatives et si elles peinent à satisfaire les conditions qui fournissent la preuve concernant les hypothèses avancées, elles conduisent

à des résultats toujours riches d'enseignement. Elles ont par exemple ouvert un champ d'étude sur les « facteurs communs » aux différentes écoles (Lambert et Bergin, 1994).

La question du changement reste une question éminemment complexe. Les théories sont à ce jour encore lacunaires et des avancées épistémologiques et méthodologiques sont nécessaires.

► Contribution méthodologique d'appréhension des mécanismes de changement

Compte tenu de la multiplicité des modes de prises en charge - Duruz en recense entre 250 et 400 (1994) - une recherche objective et comparative semble de fait impossible. Un certain nombre de chercheurs se sont intéressés aux vecteurs techniques et communicationnels susceptibles d'en expliquer l'efficacité. Leur contribution est essentiellement méthodologique et ils proposent une autre perspective pour appréhender cet objet qu'est la psychothérapie. Ils se centrent sur ses propriétés en tant qu'événement de parole en vue de déceler les caractéristiques des (ou du) processus qui, dans la dynamique dialogique, peut impulser un changement.

Le développement depuis les années 1960 de l'approche dite pragmatique, les progrès réalisés par la psychologie du langage et les théories de la pensée fournissent un cadre heuristique pour affiner notre compréhension du dispositif psychothérapeutique lui-même et de notre compréhension du fonctionnement mental. Les travaux d'Alain Blanchet *et al.*, (2005) ou encore de Nadine Proia-Lelouey (1998, 2012) sont les plus caractéristiques en la matière, et s'inscrivent dans la tradition inaugurée par Labov et Fanshel avec la publication de leur ouvrage « *Therapeutic Discourse* » en 1977.

L'approche pragmatique en psychologie qui s'intéresse au contexte dans lequel la relation thérapeutique se produit est susceptible de favoriser l'émergence d'un processus thérapeutique.

La psychothérapie au sens de Blanchet (1998) est un ensemble d'actes de langage accomplis par un psychothérapeute à l'encontre d'un patient et ces actes concourent à améliorer l'état corporel ou/et mental de cette personne. L'entretien psychothérapeutique devient ainsi le lieu d'observation privilégié des pensées et de leur dynamique, de leur évolution sous l'influence d'interventions thérapeutiques (au sens d'actions comportementales et linguistiques du thérapeute) dont on sait repérer aujourd'hui les effets en termes de modification du discours du patient et corrélativement de son état psychologique.

En raison d'un réel problème d'hétérogénéité des pratiques rangées sous le vocable « psychothérapie » et le caractère parfois imprécis de ce terme et de ce à quoi il renvoie, force est de reconnaître qu'il n'a pas été possible à ce jour de circonscrire quels sont les éléments vraiment efficaces et thérapeutiques. La nature même de cette pratique ne semble avoir de cesse de se dérober en dépit d'un effort de recherche considérable mettant en œuvre les ressources toujours renouvelées des sciences biologiques, d'importants progrès technologiques, de l'avancée des sciences psychologiques et d'une psychothérapie dite intégrative. Cela ne doit en aucun cas représenter une faiblesse. Au contraire, cela constitue la richesse du domaine et incite les chercheurs et les cliniciens à déployer leur potentiel créatif. Un nouveau corps de connaissances issu de la pragmatique s'est constitué il y a plusieurs années maintenant, et permet un regard nouveau sur cette pratique. Son approche transversale, de part son niveau d'analyse et d'observation des phénomènes auxquels elle s'intéresse, laisse entrevoir la possibilité d'élaborer une théorie unifiée de l'action thérapeutique et de ses effets. Ces connaissances pourraient être utilisées dans le cadre de la formation à la psychothérapie sensibilisant les jeunes cliniciens aux contraintes de l'objet « langage », dont ils se serviront quotidiennement dans leur pratique.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGIN A.E., GARFIELD S.L. (1994) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^e édition), New York, John Wiley and Sons, Inc.
- BLANCHET A. (1998) « L'interaction thérapeutique » In *Psychothérapies*, Nathan T., Blanchet A., Ionescu S., Zajde N., Paris, Odile Jacob.
- BLANCHET A., BATT M., TROGNON A., MASSE L. (2005) « Language and Behaviour Patterns in a Therapeutic Interaction Sequence » In *The hidden structure of social interactions, From genomics to culture patterns*, Anolli L., Duncan S., Magnusson G. Riva, Amsterdam, IOS Press B.V.
- DECETY J. (2002) « Naturaliser l'empathie », *L'Encephale*, 28, 9-20.
- DELOURME M., MARC E. (2014) *Pratiquer la psychothérapie*, Paris, Dunod.
- DURUZ N. (1994) *Psychothérapie ou psychothérapies ? Prolégomènes à une analyse comparative*, Neuchâtel et Paris, Delachaux et Niestlé.
- FALKENSTRÖM F., GRANSTRÖM F., HOLMQVIST R. (2014) « Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement », *Psychotherapy Research*, 24, 146-159.
- GEORGIEFF N. (2013) « Intersubjectivité et subjectivité en psychopathologie », In *Psychopathologie de l'intersubjectivité*, cliniques et modèles, Georgieff N., Speranza M., Paris, Elsevier Masson.
- HORVATH A.O., DEL RE A.C., FLÜCKIGER C., SYMONDS D. (2011) « Alliance in individual psychotherapy », *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 48, 9-16.
- HORVATH A.O., BEDI R.P. (2002) « The Alliance », In *Psychotherapy Relationships That Work : Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, Norcross J., New York, Oxford University Press.
- IONESCU S., BLANCHET A. (2007) *Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie. Nouveau cours de psychologie*, Paris, Presses universitaires de France.
- LABOV W., FANSHEL D. (1977) *Therapeutic Discourse : Psychotherapy as Conversation*, New York, Academic Press.
- LAMBERT M.J., BERGIN A.E. (1994) « The effectiveness of psychotherapy », In *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Bergin A.E., Garfield S.L., (4^e édition), New York, John Wiley & Sons, Inc, p. 143-189.
- LUBORSKY L., McLELLAN A.T., WOODY G.E., O'BRIEN C.P., AUERBACH A. (1985) « Therapist success and its determinants », *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.

- MARC E. (2014) « Conclusions », In *Les fondements des psychothérapies, De Socrate aux neurosciences*, Vinot-Coubetergues M., Marc E., Paris, Dunod.
- MARIN C., WORMS F. (2015) *À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses universitaires de France.
- MERCER S.W., Reynolds W.J. (2002) « Empathy and quality of care », *The British Journal of General Practice*, 52, 9-12.
- NATHAN T. (1998) « Éléments de psychothérapie » In *Psychothérapies*, Nathan T., Blanchet A., Ionescu S., Zajde N., Paris, Odile Jacob.
- NGUIMFACK L. (2015) « Psychothérapeute en action, quelle action en psychothérapie ? » *Psychothérapies*, 2, 35, 131-139.
- NORCROSS J.C., LAMBERT M.J. (2011) « Psychotherapy relationships that work II », *Psychotherapy*, 48, 4-8.
- PROIA-LELOUEY N. (1998) « Analysis of the first therapy interview : objectives and methods. » *Pragmatics* (Clinical interviews as verbal interactions : a multidisciplinary outlook), 8, 2, 185-201.
- PROIA-LELOUEY N. (2012) *L'entretien en psychologie clinique* (2e édition), Paris, In press.
- REYNOLDS W.J., SCOTT B. (1999) « Empathy : a crucial component of the helping relationship », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 5, 363-370.
- ROGERS C. (1980) *A way of being*, Boston, Houghton Mifflin.
- ROTH A., FONAGY P. (2005) *What works for whom ? A critical review of psychotherapy research* (2^e édition), New York, The Guilford press.
- VON FRANZ M.L. (2014) *Psychothérapie : l'expérience du praticien*, Paris, Dervy Editions.
- WIDLÖCHER D. (1996) *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*, Paris, Odile Jacob.
- WINNICOTT D.W. (1970) « Cure » In *Home Is Where Start From*, Winnicott C., Sheperd R., Davis M., London, Penguin, 1986, 113-122.

Chapitre 4

Le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI)

Ludwig Cornil

Depuis 25 ans Francine Shapiro a complètement changé le domaine de la psychothérapie. Ce n'est pas tant la découverte de la stimulation bilatérale pour traiter les souvenirs difficiles qui est l'élément le plus important. On pourrait dire que cette découverte est partiellement une question de chance, due notamment à l'histoire de vie de Francine Shapiro. Le mérite de Francine Shapiro réside surtout dans ce qu'elle a fait de cette découverte dans les années qui ont suivi. Aujourd'hui, l'EMDR est une psychothérapie reconnue capable de soigner les victimes du psychotraumatisme et au-delà. Elle mobilise des chercheurs et des praticiens dans tous les pays du monde et la dynamique intellectuelle et scientifique autour de cette nouvelle approche psychothérapeutique ne fait que commencer.

LE TAI COMME HYPOTHÈSE DE TRAVAIL

Lorsqu'elle a été confrontée à des résultats positifs de sa nouvelle intervention, Shapiro a été contrainte de chercher un cadre théorique pour expliquer les guérisons spontanées qu'elle a vues à plusieurs reprises sous ses yeux. La force de son modèle théorique, qu'elle a nommé le Modèle de Traitement Adaptatif de l'Information, réside dans sa simplicité. Comme tous les modèles théoriques, le Modèle de Traitement Adaptatif n'est ni vrai ni faux, mais il est seulement une approche approximative à la réalité.

Pendant des siècles, le rasoir d'Occam a été un principe directeur dans la science : si plusieurs théories expliquent les mêmes phénomènes, sélectionnez la théorie qui est la plus simple et contient le moins d'hypothèses et d'éléments.

Bien sûr, ce principe n'est pas toujours tenable. Envisagez l'évolution de la physique newtonienne à la complexité de la physique quantique. Même s'il est recommandé de donner la préférence à des explications simples pour des phénomènes complexes, il faut faire attention de ne pas trop simplifier. Ceci est l'une des critiques qui ont été exprimées parfois : le modèle de Shapiro est trop simple pour être vrai. Mais comme il ne s'agit jamais de la vérité quand on parle d'un modèle de la réalité - juste d'une approximation de cette réalité - la question de la vérité peut être laissée sans réponse et remplacée par le terme « utilité. » Shapiro elle-même appelle son modèle une « hypothèse de travail. »

Comme ce chapitre et d'autres chapitres de ce livre le montrent, le modèle TAI est très utile et permet comme un modèle théorique est censé le faire, de :

- Fournir une explication pour les phénomènes cliniques ;
- Servir de base pour la conceptualisation de cas ;
- Prédire des effets thérapeutiques possibles ;
- Servir de guide aux nombreux points de décision au cours du traitement.

► Technique ou thérapie ?

La méthode EMDR ne peut être réduite au protocole EMDR ni aux différentes procédures utilisées pendant le traitement.

En réponse à la question sur le pourcentage de séances d'EMDR dans la charge de travail des collègues, un collègue peut répondre par « 50 % », l'autre par « 80 %. » Nous pouvons supposer que le premier travaille peut-être avec une population plus difficile que le second, qui lui, prend moins de temps pour stabiliser et peut aller plus vite à la phase de désensibilisation. Supposons qu'un troisième collègue, visiblement choqué par la réponse des deux premiers, nous dise avec une certaine hésitation que le pourcentage de séances dans lequel il utilise l'EMDR est proche de 100 %. Probablement serions-nous confrontés au contraste entre l'utilisation du protocole EMDR d'une part, et l'application du modèle EMDR de l'autre.

Les deux termes sont souvent confondus et sont pourtant deux choses totalement différentes. Le modèle théorique de l'EMDR est la base de tout ce que fait le thérapeute EMDR. Le modèle représente les lunettes à travers lesquelles nous regardons nos patients et leurs plaintes, il nous aide dans la conceptualisation de cas et la rédaction de notre plan de traitement et plan de ciblage. Le modèle affecte la durée de la phase de stabilisation et nous aide à comprendre ce qui se passe pendant les autres phases du protocole.

Les thérapeutes qui utilisent uniquement le protocole EMDR et les procédures EMDR sont des techniciens EMDR, qui considèrent l'EMDR comme une technique. Ceux qui intègrent aussi le modèle EMDR deviennent des thérapeutes EMDR. Que les deux soient nécessaires est illustré par la citation suivante : « Il apparaît clair qu'aucun clinicien EMDR, psycho-dynamique, ou thérapeute en thérapie cognitive et comportementale, responsable, assume utiliser les procédures sans une compréhension du modèle sur lequel leur thérapie est basée. » (Shapiro, 2010).

► TAI comme modèle de traitement d'information

Le TAI est un modèle de traitement d'informations dans lequel des expériences sont constituées d'informations. Tous les stimuli que nous vivons au cours d'une expérience à travers nos sens - à un niveau conscient ou inconscient - forment l'information sensorielle de cette expérience, ainsi que les informations sous la forme de pensées, de sentiments, d'émotions et de sensations qui sont présents dans le même temps.

Lorsque quelqu'un dans une salle de concert, écoute une musique envoûtante, les informations de cette expérience consistent en plus de l'information sensorielle (entendre et sentir la musique, regarder le spectacle visuel) à ressentir l'atmosphère de la pièce, l'impact émotionnel, les réactions physiques à la musique, et l'évaluation cognitive de l'événement. Toutes ces informations font partie d'une expérience qui est stockée dans la mémoire, une expérience dont nous pouvons ensuite vivement nous rappeler lorsque nous voulons partager cette expérience avec les autres. La mémoire du concert est stockée dans un réseau de mémoire avec des souvenirs similaires associés. Nous pouvons comparer le concert à d'autres concerts que nous avons vécus et évaluer si le dernier concert était mieux ou pire.

Sur un plan fondamental, voilà ce qui arrive constamment : tout ce que nous expérimentons ne prend de sens que dans un réseau de mémoire existant. Même si un patient n'a jamais vu la chaise ultra-moderne sur laquelle son thérapeute l'invite à s'asseoir, la perception de la chaise aura activé un réseau dans lequel sont stockées les expériences passées avec des chaises. Le patient voit suffisamment de similitudes avec d'anciennes chaises pour reconnaître l'objet comme une chaise. Si ce n'est pas le cas, le patient reste sans aucun doute debout avec des yeux interrogateurs...

Les informations contenues dans chaque situation/ expérience seront automatiquement liées avec les réseaux de mémoire associés. Habituellement, nous ne sommes pas conscients de cela, mais ces réseaux de mémoire activés automatiquement vont colorer notre perception.

Si nous possédons des réseaux de mémoire pleins de souvenirs positifs d'expériences avec des chiens, voir un chien évoquera des sentiments positifs et nous aimerons que le chien se rapproche pour faire connaissance. Par contre, si nous avons appris dans le passé que les chiens sont dangereux, alors nous serons plus prudents et prendrons le temps d'évaluer

la situation de sécurité. Le réseau de mémoire qui vient d'être activé, contient d'autres informations qui détermineront également notre comportement.

Un réseau de mémoire est un groupe d'informations associées constitué d'expériences qui partagent des perceptions sensorielles, des cognitions, des émotions ou des sensations physiques similaires et sont donc liées les unes aux autres.

Les concepts de « traitement d'information » et « réseaux associatifs » ne sont pas une invention de Shapiro, mais des termes qui ont été longtemps utilisés en sciences neuro-cognitives (Lang, 1977 ; Lang, 1979 ; Bower, 1981) et qui faisaient déjà, au début des années 80, partie d'un modèle largement accepté pour le fonctionnement de la mémoire (Michell, 1982).

Francine Shapiro postule que les réseaux de mémoire sont des structures neurologiques réelles (Shapiro, 2001), organisés autour de certaines expériences fondamentales de thèmes centraux, autour desquelles les expériences ultérieures sont regroupées de façon associative. Cela peut inclure une pensée négative, une émotion ou sensation récurrente, une situation répétitive ou une personne en particulier. Mais des informations positives aussi peuvent se retrouver regroupées dans les réseaux de mémoire associatifs positifs, comme par exemple tous les souvenirs des moments de réussite dans sa vie.

► Un système de traitement d'information inné

Le TAI présuppose un système d'informations inné qui permet aux nouvelles informations de se relier et d'intégrer des réseaux de mémoire existants. Chez une personne en bonne santé, de nouvelles expériences sont « digérées » grâce à ce système inné. Seules les informations utiles sont conservées afin que l'expérience à son tour puisse aider la personne dans le futur. En d'autres termes, nous apprenons de ce que nous vivons.

Supposons que quelqu'un ait été manipulé sur internet en ayant réagi à un email venant d'un prétendu ami en détresse à l'étranger et en demande urgente d'un soutien financier. La personne apprend alors rapidement qu'elle devra à l'avenir être plus prudente, elle devra digérer la perte de son argent et à n'en pas douter traitera les emails de ce type qui lui parviendront avec plus de méfiance, on ne l'y reprendra plus. L'expérience est traitée, l'information est intégrée dans la base de données des informations sur lesquelles se fonde la personne pour naviguer dans le monde. L'information est devenue adaptative.

Francine Shapiro postule que, tout comme nos corps ont la capacité de guérir spontanément les blessures physiques, nous avons aussi un système pour traiter les blessures psychologiques. Et tout comme le mécanisme de la guérison physique, le mécanisme de la guérison psychique est inné et présent chez tous.

Chacun de nous a subi des blessures émotionnelles dans la vie, a connu des situations psychologiquement stressantes. Beaucoup d'entre elles sont traitées à travers le temps par ce système de traitement de l'information innée.

Nous nous souvenons tous de la première fois que nous avons eu un petit ami ou amant. Nous nous souvenons aussi comment cette première relation a pris fin, comment nos cœurs se sont cassés et à quel point nous avons pensé que nous ne pourrions plus jamais être heureux. Et peut-être qu'il a fallu un certain temps pour retrouver confiance ; mais le système de traitement de l'information a fait son travail, a donné une place à cette expérience (au sein de l'ensemble des réseaux de mémoire adaptative). Nous avons continué notre vie et très probablement nous avons encore pu vivre des moments heureux.

Quand nous disons que nous avons digéré quelque chose, que c'est du passé, comment le savons-nous ? Parce que nous n'avons plus de réactions émotionnelles lorsque nous pensons au souvenir, notre corps ne devient plus tendu, nos pensées ne sont plus les pensées d'avant. Mais qu'arrive-t-il quand l'expérience n'est pas traitée ?

INFORMATIONS STOCKÉES DE FAÇON DYSFONCTIONNELLE

Pourquoi est-ce que certaines personnes ressentent encore de la douleur et du chagrin et souffrent toujours émotionnellement et physiquement lorsqu'elles pensent à la fin de cette première histoire d'amour ? Comment est-il possible que ce souvenir leur donne le sentiment d'être sans valeur ou inondé par des sentiments d'impuissance, même après dix ou vingt ou même cinquante ans plus tard ?

Le modèle TAI suppose que ces réactions sont causées par des expériences non résolues qui sont stockées de façon dysfonctionnelle dans leurs propres réseaux neuronaux. Le matériel dysfonctionnel se réfère à l'hypothèse que ces réseaux sont entièrement distincts des réseaux plus adaptatifs et ne parviennent pas à se connecter à ceux-ci, contenant des informations adaptatives, positives. Comme si le mécanisme de traitement inné, qui lie les informations à des réseaux neuronaux adaptatifs existants, n'était pas en mesure de traiter l'information, et de ce fait, l'expérience reste stockée dans un réseau neuronal séparé dans sa forme brute, avec les images originales, les pensées, les sentiments et les sensations corporelles. L'information devient figée dans le temps et ne change plus, comme si une capsule de temps s'était créée (Croitoru, 2014).

Une capsule de temps est une boîte ou un tube métallique dans lequel les objets sont enfermés ; ils y sont typiquement représentatifs pour une certaine période de temps. Le but est de donner une image de cette période de temps à des générations à venir. La capsule est scellée et le contenu n'évolue plus, le temps dans la capsule s'arrête.

Les réseaux neuronaux isolés vont se comporter de manière totalement indépendante et le contact avec des informations adaptatives existantes n'est pas possible. Même si la personne vit des expériences positives dans l'amour, ou entend régulièrement comment les autres l'apprécient, c'est comme si ces informations positives ne pouvaient pas « pénétrer » dans la capsule, et ne faisaient pas de contact avec le réseau de mémoire isolé. Il y a une scission au sein de la personne : quelque part elle sait qu'elle a de la valeur, mais elle ne peut pas le sentir. Pire encore, à un moment où elle est encore un peu en contact avec son estime de soi, c'est comme une mince couche de glace qui casse immédiatement à la suite d'une remarque négative, ou présumée négative.

Chaque commentaire négatif ouvre la capsule, active le réseau de mémoire isolé et la personne se sent sans valeur, expérimente la douleur, la lourdeur dans son corps, le manque d'énergie et les pensées négatives sur elle-même : « vous voyez, je ne vauds rien. » La personne n'est plus en mesure d'apprendre, le mécanisme de traitement est bloqué.

► Les réseaux neuronaux à la base de la santé et de la pathologie

La prémisse fondamentale du modèle TAI est basée sur l'existence de ces mémoires non traitées, stockées dans des réseaux neuronaux isolés. L'hypothèse de base du modèle TAI affirme que les plaintes actuelles, les symptômes avec lesquels le client se connecte à un thérapeute, sont le résultat de l'activation des informations du passé non traitées, sauf si elles sont causées par des facteurs biologiques ou biochimiques.

À titre d'exemple, une femme qui est terrifiée par l'examen annuel de sa performance au travail, elle perdra son sang-froid à la moindre critique qui sera formulée, même de façon constructive. Elle sera incapable de répondre de façon mature et rompra le contact avec son interlocuteur en baissant la tête et en fixant le sol. Elle ne peut plus répondre et quand le patron lui demande ce qui ne va pas, elle devient émotionnelle, se met à pleurer et ressent l'irrésistible envie de fuir. Comment est-il possible que cette femme qui fait une forte impression dans d'autres circonstances, gère les tâches imposées, peut fonctionner sans problèmes, avoir des contacts positifs avec ses collègues et avec les clients et qui mérite vraiment la promotion, présente ce comportement étrange ?

Parce que les souvenirs des critiques systématiques qu'elle a connues de la part de son père en tant qu'enfant et adolescente, n'ont jamais été traitées et sont stockées dans leur forme brute dans un réseau de mémoire associatif isolé. Toute expérience réelle qui peut être liée à l'information associative dans cette capsule de temps - dans ce cas, obtenir des critiques - peut ouvrir la capsule et lui faire vivre les mêmes sentiments, pensées et sensations qu'elle a vécus dans sa jeunesse. En outre, elle perd le contact avec toutes les expériences positives qui sont stockées dans un autre réseau adaptatif et qui sont à ce moment-là inaccessibles. Elle ne peut faire qu'une chose, fuir, tout comme avant.

Ce que le modèle de TAI postule est que la situation réelle n'est pas le vrai problème, mais simplement un déclencheur pour des événements non traités du passé. La situation actuelle déclenche un réseau neuronal dysfonctionnel. Les émotions négatives, les sensations physiques et les perspectives reviennent à la surface et créent la plainte que la personne amène en thérapie.

Le problème est que la personne n'a pas toujours conscience de l'effet du déclenchement des circonstances actuelles et se concentre sur le symptôme : la dame ne peut pas faire face à des évaluations de la performance au travail. Il peut en effet exister des similitudes entre la situation actuelle de déclenchement et certaines expériences du passé non traitées (dont on ne peut pas avoir conscience). Les émotions stockées, les sensations et les réactions corporelles dysfonctionnelles vont alors s'imposer à la personne comme de vrais réflexes et vont déterminer son comportement. La personne non seulement nous décrira ces sentiments et ces émotions négatives, comme la honte, la peur, la tristesse, mais revivra le passé dans le présent. Comme le dit Shapiro : le passé est le présent (Shapiro, 1995). En tant que thérapeutes, nous pouvons alors avoir la sensation de voir un enfant devant nous, qui parle avec les mots et l'intonation d'un enfant. Le patient vit des émotions, des pensées et des perspectives qui correspondent au niveau de développement de l'enfant qu'il était au moment de l'expérience difficile. Cela explique aussi pourquoi un patient adulte lors d'une séance d'EMDR peut avoir l'impression que ses jambes ne touchent plus le sol. Lors du traitement d'un souvenir de l'enfance, le schéma corporel de l'époque stocké alors dans la capsule de temps se trouve activé. En tant que fille de quatre ans, elle était en effet positionnée différemment dans le siège que la femme adulte puisqu'à l'époque, le contact avec le sol n'était pas possible.

► Limites du mécanisme inné de traitement de l'information

Comment est-il possible que ce mécanisme de traitement de l'information, postulé par Shapiro, échoue et ne réussisse pas à traiter certaines expériences, rendant l'information de ces expériences immobiles parfois pendant des années dans les réseaux neuronaux isolés, qui, lorsqu'ils sont déclenchés, continuent à créer des problèmes ?

Pour répondre à cette question, Shapiro utilise une métaphore de la médecine. Là, le pouvoir de guérison innée du corps est son point de départ.

Le corps est dans une certaine mesure capable de se guérir. Les patients ne font appel à un médecin que s'ils pensent qu'ils ne guériront pas spontanément - et très souvent cela est une erreur, parce que même si la perception des patients est parfois différente, les médecins apprennent dans leur formation qu'ils ne guérissent pas les patients, mais qu'ils permettent - grâce à leurs interventions, au corps de guérir.

Un enfant qui se coupe le doigt sur un morceau de papier ou dont le genou saigne après une chute à vélo, a seulement besoin d'une désinfection minimale des plaies et surtout de

réconfort. Le saignement cesse par lui-même, des croûtes apparaissent et tombent après quelques jours. Les blessures ont guéri spontanément.

Chez un adolescent qui chute au cours d'un événement sportif et se casse un doigt, on va simplement immobiliser ce doigt un certain temps, et de préférence dans la bonne position de sorte que l'os cassé puisse se reformer de la bonne façon. L'intervention du médecin se limite ici au positionnement correct de la fracture, de sorte que le corps puisse activer son travail de guérison.

Bien sûr, il y a des situations où l'intervention d'un médecin peut nous sauver la vie, parce que le traumatisme physique dépasse la capacité de guérison du corps. Dans le cas d'accident de voiture avec rupture d'une artère ou d'un larynx écrasé, le corps lui-même ne sera pas restauré sans aide extérieure.

Shapiro se pose la question de savoir s'il doit exister une différence entre un traumatisme psychologique et un traumatisme physique. Elle refuse d'accepter la scission entre l'esprit et le corps - qui a été créée historiquement dans la culture occidentale, mais qui n'existe pas dans beaucoup d'autres cultures - et elle suggère que, tout comme un homme peut guérir spontanément d'un traumatisme physique, il peut guérir spontanément d'un traumatisme psychologique.

Ceci est en fait quelque chose qui arrive constamment. L'exemple de la première rupture indique clairement que la plupart des gens ont pu traiter cette expérience. Ils repensent maintenant à l'époque où ils étaient enfants et rient à l'idée qu'ils pensaient qu'il ou elle était l'amour de leur vie et qu'une vie sans lui ou sans elle ne semblait plus possible.

Mais sur une plus petite échelle, chacun de nous s'est déjà coupé le doigt même si cela fut sans conséquences émotionnelles. Nous avons aussi déjà été choqués par la colère excessive de certains automobilistes au volant de leur voiture. Si ces situations nous apparaissent comme si bénignes, c'est parce que des mécanismes de traitement de l'information sont activés et nous permettent de gérer au mieux ces situations sur le plan émotionnel.

Ainsi, chacun d'entre nous est donc capable d'intégrer des informations provenant de situations difficiles et d'en tirer les apprentissages pour, à l'avenir, s'adapter de façon plus efficace encore.

Mais comme avec le mécanisme de la guérison physique, il y a des limites au mécanisme de la guérison mentale. Certaines épreuves sont parfois si difficiles que le système de traitement de l'information est dans l'impossibilité de les traiter.

► Une expérience trop difficile ?

Qu'est-ce qui rend trop difficile une situation ? Est-ce une difficulté objective liée à la situation ou plutôt l'expérience subjective de la personne ?

Dans son diagnostic de l'État de Stress Post Traumatique, le DSM-V fait le choix de l'objectivité : il s'agit d'une confrontation à la mort, ou des menaces de mort, être grièvement blessé ou avoir subi des violences sexuelles ou avoir été directement témoin. Notez la mesure dans laquelle l'accent est mis sur la menace objective de l'intégrité physique et il y a peu ou pas de place pour le sens que donne la personne à l'événement.

Par ailleurs, le diagnostic « trouble de l'adaptation » dans le DSM-V donne plus de place au facteur subjectif. Cela implique le développement de problèmes émotionnels et comportementaux en raison de « facteurs de stress » en général. Il existe des facteurs de stress lorsqu'une personne répond d'une manière qui ne soit pas en rapport avec la gravité ou l'intensité du facteur de stress, ce qui la conduit à de sérieux problèmes dans le fonctionnement quotidien...

Donc, la fin d'une relation amoureuse ou une remontrance inattendue au travail peuvent être acceptées comme causes de l'apparition de problèmes, mais malheureusement le diagnostic de trouble d'adaptation ne peut être effectué jusqu'à 6 mois après la disparition du facteur de stress.

La distinction entre les expériences traumatiques ou non traumatiques ne se fait pas dans le modèle EMDR. Mol et ses collaborateurs (2005) ont montré que des expériences difficiles, non traumatiques telles que la maladie chronique d'un être cher, des problèmes relationnels ou professionnels, donnent autant sinon plus de symptômes d'ESPT que des événements traumatisants. Gold *et al.*, (2005) et van Hoof *et al.*, (2009) ont également conclu que les événements qui ont été classés comme non-traumatiques ont été plus associés à des symptômes de l'ESPT.

Le modèle TAI se pose relativement indépendamment du diagnostic. La question est la suivante : quelles expériences de vie difficiles, non intégrées ont conduit à l'émergence et au renforcement de réseaux de mémoire dysfonctionnels qui peuvent expliquer l'existence de la plainte ?

Le DSM-V a enlevé le vécu difficile de l'expérience du Critère A de l'ESPT : il ne faut plus vérifier que le patient ait vécu des réactions émotionnelles intenses telles que la peur, l'impuissance ou l'horreur. Ceci est motivé par le fait que l'expression des symptômes, dans le temps, peut être très variée et le patient peut manifester non seulement de la peur, mais aussi d'autres réactions telles que l'anhédonie, la dissociation ou des symptômes d'extériorisation réactifs.

Il est regrettable que la composante émotionnelle ait disparu de la définition, parce que tout comme avec un trouble d'adaptation, ce n'est pas l'événement ou le facteur de stress en soi qui détermine si une expérience peut être traitée, mais la réponse subjective du patient à l'événement. Si la survenue d'un événement potentiellement mortel suffisait pour provoquer l'ESPT, toute personne vivant une telle expérience devrait développer ce syndrome. Ceci n'est pas le cas.

► Le TAI comme explication pour l'efficacité de l'EMDR

Comme indiqué ci-dessus, un mécanisme inné qui cherche la santé physique et mentale est l'un des principes de base du modèle TAI. L'hypothèse de base est que les procédures utilisées en EMDR sont déclencheurs d'un état physiologique qui autorise le traitement de l'information et qui rend possible le contact de l'information dans le réseau dysfonctionnel avec les informations nécessaires pour arriver à une solution adaptative.

Il s'agit d'un traitement adaptatif de l'information qui se déroule sur un niveau neurophysiologique, au niveau de la liaison des réseaux de mémoire.

Une femme peut savoir qu'elle n'est pas coupable de son viol quand elle était adolescente, mais se sentir coupable néanmoins. Ceci est un bon exemple de l'existence de réseaux de mémoire qui coexistent. Dans le réseau de l'information adaptative se trouve l'information correcte : la femme adulte sait qu'elle avait seulement 14 ans, était amoureuse du garçon de 24 ans, mais encore ignorante en terme de sexualité. Elle voulait l'amour, il voulait du sexe. Elle sait qu'il aurait dû la respecter quand elle ne voulait pas aller plus loin, mais elle se le reproche quand même quand elle pense à ce qui est arrivé. Dans le réseau traumatique se retrouvent toujours les mots du garçon : « le fait que tu m'aies embrassé et que tu n'aies pas résisté, signifie que tu voulais autant du sexe que moi. » La culpabilité qui lui a été imposée fait partie du réseau de mémoire dysfonctionnel. Ce réseau associatif peut contenir encore d'autres expériences - expériences pas nécessairement d'ordre sexuel ou relationnel - mais des moments de culpabilité par le fait d'avoir soi-même créé des expériences négatives. Elle pourrait être une de ces patientes qui disent se sentir généralement rapidement coupable.

Plutôt que de partir d'une position d'autorité pour tenter de convaincre la femme de son innocence, le thérapeute EMDR invitera la patiente à prendre contact avec le souvenir du viol. En évoquant le souvenir et en retournant au moment le plus difficile de cette expérience, la patiente est aidée à prendre conscience de ses réactions. Le réseau de mémoire dysfonctionnel est activé et les informations contenues dans le souvenir sont revécues. La patiente a une représentation de l'événement, sent la réaction émotionnelle et physique actuelle et verbalise la pensée négative « c'est de ma faute. »

Grâce à la stimulation bilatérale et les instructions à la patiente, (« *laisser venir ce qui vient* »), on crée une situation dans laquelle l'information congelée peut se remettre en mouvement. Après chaque série de stimulations bilatérales ce mouvement de l'information peut être suivi. On voit souvent un mouvement de vague, la conscience du patient est d'abord plus investie dans le réseau dysfonctionnel, avant d'établir progressivement - série après série - des connexions avec des informations plus adaptatives.

La patiente mentionnée ci-dessus, a initialement éprouvé encore plus de culpabilité lorsque les détails du viol lui sont revenus au cours du traitement. Son corps pouvait de nouveau sentir la douleur. À un certain moment apparaissait un lien avec le réseau de l'information

positive : l'image de sa nièce qui a le même âge qu'elle avait alors. Un peu plus tard, elle a décrit les rêves irréalistes dont parle sa nièce. Après une autre série de stimulations bilatérales elle a réalisé qu'à l'âge de 14 ans elle aussi se croyait adulte. Peu de temps après, la prise de conscience est apparue que son ex-petit ami était un adulte et elle encore une enfant ; elle a pu arriver à une expérience profonde de « Je suis OK, ce n'est pas de ma faute. »

En EMDR ces moments de perspicacité sont des moments où le réseau dysfonctionnel contacte des informations adaptatives. Bien sûr, la patiente savait bien avant la séance EMDR, que c'était lui l'adulte et elle l'enfant - et donc pas la responsable - mais cette information n'était pas reliée au réseau traumatique, et donc inaccessible lorsque le réseau traumatique était déclenché.

À la fin d'une séance réussie, le patient est capable de se rappeler du souvenir, qui se présente d'une manière plus positive, avec une perspective différente, un sentiment de calme et des pensées sur soi plus positives.

La réponse normale d'un patient est de s'éloigner des mémoires difficiles. Un patient se permettra de penser à un souvenir et d'activer le réseau traumatique seulement s'il se sent suffisamment en sécurité et soutenu dans le contact avec son thérapeute. Au lieu d'éviter les informations du réseau traumatique, le mécanisme inné de traitement de l'information peut être stimulé par la stimulation bilatérale et faire en sorte que de nouvelles associations puissent se produire avec les réseaux d'information plus positifs. Avec chaque série de stimulations bilatérales l'information nouvelle et adaptative est assimilée dans le réseau neuronal, et l'information dysfonctionnelle subit une transformation jusqu'au moment où il a atteint un état sain, fonctionnel (Shapiro, 2001).

LES LIMITES DU MODÈLE TAI

Le modèle TAI est très utile à la compréhension - le pourquoi des symptômes existants qui fournit une explication à la guérison en travaillant avec l'EMDR - le modèle n'est pas très précis sur les raisons de l'émergence des réseaux de mémoires dysfonctionnels. Francine Shapiro parle d'un système mis en déséquilibre par un traumatisme ou un stress dans une période du développement où l'enfant est sensible (Shapiro, 2001). Mais elle ne précise pour autant pas pourquoi le mécanisme du traitement de l'information bloque.

Elle n'explique pas pourquoi le système de traitement d'informations inné échoue dans un cas et pas dans l'autre. Elle ne dit pas pourquoi l'expérience est trop difficile ou quels sont les processus et les mécanismes nécessaires pour arrêter le système de traitement de l'information. Elle n'est également pas claire sur ce que les mots « arrêter » le système ou « blocage » signifient.

Le modèle TAI est conçu comme un modèle théorique pour expliquer l'effet de l'EMDR (Shapiro 2001), et il est important que nous restions conscients de cela.

Toutefois, ce manque de cadre théorique évaluable pour le développement de la psychopathologie est en partie responsable du fait que l'EMDR ne s'est pas encore développé en un mouvement psychothérapeutique comparable à celui des TCC ou de la psychanalyse.

Suite au désir de comprendre les raisons pour lesquelles le traitement de l'information pourrait bloquer, sont apparus au cours des années un certain nombre de modèles théoriques qui peuvent être liés au modèle TAI.

L'un d'eux a été introduit par Daniel Siegel (1999) dans son livre « *The Developing Mind*. » Dans ce livre, il avance l'idée d'une fenêtre de tolérance pour expliquer les différences individuelles dans la capacité à faire face à différents niveaux d'excitation émotionnelle.

Certaines personnes ont une fenêtre de stress large, peuvent éprouver un niveau élevé d'excitation, et pourtant continuer à fonctionner d'une manière efficace. Le cerveau conserve ses capacités d'intégration. Certaines personnes ont même un meilleur fonctionnement sous des niveaux élevés de stress. Pour d'autres, la fenêtre de tolérance est beaucoup plus étroite et l'excitation émotionnelle (ou activation de certaines émotions) conduit en général à un fonctionnement désorganisé. Le cerveau perd sa capacité d'intégration.

En termes du modèle TAI, des informations ne peuvent pas être traitées quand une personne sort de sa fenêtre de tolérance à travers une expérience difficile (traumatique ou non traumatique). Et cela peut se produire dans deux directions. L'une est la sur-activation dans laquelle le système nerveux sympathique est plus actif, la personne éprouve une anxiété excessive et n'est plus en mesure d'intégrer l'information. L'autre est une sous-activation, dans lequel un système parasympathique sur-actif conduit à une désactivation de l'esprit, et les informations ne sont pas traitées non plus. Siegel décrit également encore une troisième possibilité, la rage explosive, qui est le résultat d'une sur-activation simultanée du système sympathique et parasympathique. La personne vit alors un sentiment intérieur de l'explosion, comme s'il conduit la voiture tout en poussant sur le frein et l'accélérateur.

Dans ces circonstances, le cerveau perd sa fonction intégrative et en termes du modèle TAI l'information est stockée dans un réseau de neurones, sans connexion aux réseaux adaptatifs existants. L'intensité de l'affect a fixé l'expérience dans un réseau associatif délimité (Shapiro, 1995).

La perte de contrôle, la peur et l'impuissance peuvent effectivement avoir disparu comme condition nécessaire de la définition de l'ESPT, elles sont à l'origine de l'impossibilité d'intégrer l'information, soit comme expérience directement liée à une situation traumatique, soit en tant que facteur de conditionnement de l'échec dans le traitement de l'excitation émotionnelle, ce qui rend le patient plus vulnérable à des expériences difficiles.

Selon Shapiro (2007), l'estime de soi de l'enfant est formée par un cordage avec l'ensemble des expériences vécues dans une situation de parentalité. L'enfant grandissant dans un environnement chaleureux qui valide ses expériences et l'aide à développer la tolérance aux affects, développera un sens de soi flexible ou de nouvelles expériences et de nouvelles informations seront incorporées dans les réseaux de mémoire existants. Un individu en bonne santé est celui qui peut intégrer des expériences positives et négatives et apprendre d'elles (Shapiro, 2007).

Tout sentiment de perte de contrôle ou d'impuissance, même minime, est une expérience qui étend le réseau de mémoire négatif existant. Ce réseau devient un réseau central autour duquel la personne s'organise et auquel elle s'identifie « *je ne vaux rien* » ou « *je ne peux pas contrôler*. » Les expériences positives sont stockées dans des réseaux distincts, mais ne sont plus en mesure de relier avec le réseau central. En plus, l'information contenue dans les réseaux négatifs est hautement inflammable, et se déclenche plus rapidement que les réseaux positifs.

TRAITEMENT ACCÉLÉRÉ OU ADAPTATIF ?

Un dernier point à mentionner est que lors de la première édition de son manuel EMDR (Shapiro 1995) le modèle du Traitement Adaptatif de l'Information s'appelait encore le modèle de Traitement Accéléré de l'Information. Dans la deuxième édition (Shapiro, 2001) le mot « accéléré » a été remplacé par « adaptatif » dans le titre du modèle TAI, mais dans le reste du livre, Shapiro continue à utiliser l'expression « traitement de l'information accéléré. » Elle postule que par les procédures EMDR, y compris la stimulation bilatérale, l'information est amenée à une résolution adaptative d'une manière accélérée. Du moins cela était son observation.

Pour cette observation, concernant les changements au cours du traitement EMDR qui semblent se produire plus rapidement qu'avec les thérapies conventionnelles (Shapiro, 2001), elle tente de répondre avec le modèle TAI.

Tout d'abord, les souvenirs sont regroupés. Cela revient à dire que, dans un réseau qui se compose de mémoires dysfonctionnelles liées, il suffit généralement d'intégrer un nombre limité de souvenirs. Le traitement d'un seul souvenir assure que l'affect positif et des cognitions positives peuvent généraliser à d'autres souvenirs dans le même réseau neurophysiologique. Cela signifie que pour une femme qui pendant des années a été abusée par son père, à travers d'innombrables expériences de violence, seules les expériences les plus chargées d'affect doivent être traitées pour obtenir un effet de généralisation à toute la question de l'abus par le père. Concrètement, cela signifie que, après le traitement d'un souvenir, l'affect négatif en évoquant un autre souvenir similaire peut avoir diminué ou disparu.

Une deuxième explication de la vitesse de l'EMDR, en congruence avec le modèle TAI, est que l'EMDR intervient directement dans le matériel dysfonctionnel qui est à la base de la pathologie. Donc, au lieu d'apprendre des techniques de relaxation pour mieux faire face à l'anxiété, on va travailler directement avec la cause de l'anxiété : les informations stockées dans les réseaux neurophysiologiques. La désensibilisation, les prises de conscience, la restructuration cognitive et les associations avec des affects positifs et des ressources sont vues comme des effets secondaires d'un processus adaptatif qui a lieu à un niveau neurophysiologique (Shapiro, 2001).

Une troisième raison de la vitesse de l'EMDR est le fait que l'on utilise un protocole très structuré qui se concentre spécifiquement sur l'activation de l'information dysfonctionnelle, en stimulant le mécanisme de traitement et en gardant le traitement de l'information dysfonctionnelle dans la bonne direction pour arriver à une intégration adaptative.

Toujours dans l'hypothèse qu'il existe des réseaux de stockage isolés comme des réalités neurophysiologiques, la proximité physique de ces réseaux dans le cerveau peut conduire à la conclusion logique que le résultat du traitement EMDR ne dépend pas nécessairement du temps.

Pour une bonne application du protocole EMDR il est indispensable de comprendre le modèle théorique qui le sous-tend. Tout ce qui se passe en EMDR est basé sur l'idée que la pathologie est issue des expériences de vie difficiles non intégrées et que la santé mentale est la conséquence d'une bonne intégration de ce que l'on vit. Malgré le fait qu'il s'agisse seulement d'une hypothèse de travail, le modèle TAI nous donne des lunettes qui aident à comprendre les plaintes de nos patients et qui nous guident dans l'approche thérapeutique EMDR.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR, Washington, DC : American Psychiatric Association.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed), Washington, DC : American Psychiatric Association.

BOWER G.H. (1981) « Mood and memory », *American Psychologist*, 36, 129–148.

CROITORU T. (2014) *The EMDR revolution : change your life one memory at a time*, New York, Morgan James Publishing.

GOLD S.D, MARX B.P, SOLER-BAILLO J.M, SLOAN D.M. (2005) « Is life stress more traumatic than traumatic stress », *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 687–698.

LANG P.J. (1977) « Imagery in therapy : An information processing analysis of fear », *Behavior Therapy*, 8, 862–886.

LANG P.J. (1979) « A bioinformational theory of emotional imagery », *Psychophysiology*, 16, 495–512.

MICHELL A. (1982) « Models of memory : implications for measuring knowledge structures », *Advances in Consumer Research*, 9, 45–51.

- MOL S.S.L., ARNTZ A., METSEMAKERS J.F.M., DINANT G., VILTERS-VAN MONTFORT P.A.P., KNOTTNERUS A. (2005) « Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events : Evidence from an open population study », *British Journal of Psychiatry*, 186, 494-499.
- SHAPIRO F. (1995) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing : Basic Principles : Protocols and Procedures* (1st ed), New York, Guilford Press.
- SHAPIRO F. (2001) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing : Basic Principles, Protocols and Procedures* (2nd ed), New York, Guilford Press.
- SHAPIRO F. (2007) « EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization », *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 68-87.
- SHAPIRO F. (2010) « What is EMDR ? Invited Response », *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 4, 174-179
- SIEGEL D.J. (1999) *The Developing Mind : towards a neurobiology of interpersonal experience*, New York, Guilford.
- SIEGEL D.J. (2013) Foreword in L. Parnell, *Attachment-focused EMDR*, New York, W.W. Norton & Company.
- VAN HOOFF M, MCFARLANE A.C, BAUR J, ABRAHAM M, BARNES D.J. (2009) « The stressor criterion-A1 and PTSD : A matter of opinion », *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 77-86.

Chapitre 5

Indications et contre-indications de l'EMDR

Emmanuel Augeraud

Depuis la première étude scientifique publiée par F. Shapiro en 1989 (Shapiro, 1989), l'EMDR est devenu au fil des années le traitement psychothérapique de choix de l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT), aigu et chronique, au même titre que les thérapies cognitivo-comportementales (INSERM, 2004 ; HAS, 2007 ; OMS, 2013) et notamment la thérapie par exposition prolongée tant chez l'adulte (Seidler et Wagner, 2006 ; Chen *et al.*, 2015) que chez l'enfant (Gillies *et al.*, 2013). La thérapie EMDR a-t-elle d'autres indications que l'ESPT ? Existe-t-il des contre-indications ? C'est ce à quoi ce court chapitre propose de répondre.

INDICATIONS

Sous-tendue par un modèle théorique, le modèle du Traitement de l'Information Adaptatif, ou modèle TAI (Solomon et Shapiro, 2008 ; Shapiro, 2001, 2007), l'EMDR s'est développée dans le traitement des événements de vie négatifs au-delà du traumatisme (Logie, 2014) défini par le DSM-IV (APA, 2000) et depuis peu par le DSM-V (APA, 2013). En effet, la plupart des grands syndromes psychopathologiques trouvent leurs origines dans des événements de vie douloureux comme le précise la métaphore explicative du TAI pour le traitement EMDR (Tarquinio et Tarquinio, 2015). L'EMDR peut donc être proposée aux patients concernés par (liste non exhaustive) :

- Des troubles anxieux comme :
 - ➔ Les phobies, de Jongh *et al.*, (2002) ;

- ➔ Le trouble anxieux généralisé, Gauvreau et Bouchard (2008) ;
- ➔ Le trouble panique, Fernandez et Faretta (2007), Feske et Goldstein (1997) ;
- ➔ Le trouble obsessionnel compulsif, Marr (2012) ;
- Des troubles de l'humeur :
 - ➔ Unipolaire chez l'adolescent, Bae *et al.*, (2008) et chez l'adulte, Hofmann *et al.*, (2014) ;
 - ➔ Bipolaire, Oh et Kim (2014) chez l'adulte.
- Des troubles psychotiques (Croes *et al.*, 2014) ;
- De troubles de la personnalité dont les personnalités limite, Brown et Shapiro (2006), et dissociative, Lazrove et Fine (1996), et les pathologies complexes de la personnalité, Fensterheim (1996) ;
- Des addictions avec substance, Hase *et al.*, (2008), Zweben et Yearly (2006) et sans substance (le jeu, Henry (1996), le sexe, Cox et Howard (2007) ;
- De troubles somatiques et somatoformes comme :
 - ➔ La douleur (du membre fantôme, Schneider *et al.*, (2008), chronique, Grant et Threlfo (2002), Friedberg (2004), Mazzola *et al.*, (2009) ;
 - ➔ La dysmorphophobie, Brown *et al.*, (1997) ;
 - ➔ Certaines dermatoses, Gupta et Gupta (2002) ;
 - ➔ Certains troubles sexuels, Leiblum et Wiegel (2002).
- Un deuil, Solomon et Rando (2007) ;
- Des troubles de la performance, Foster et Lendl (1995) ;
- Des traumatismes récents (désastres naturels, Natha et Daiches (2014), Fernandez (2008), terrorisme, Colelli et Patterson (2008), de guerre, Silver et Rogers (2002), sexuels, Edmond *et al.*, (1999).

Mais, l'EMDR semble aussi efficace pour développer de bons souvenirs (Keller *et al.*, 2014) ou la compassion (Kennedy, 2014) et en psychologie positive (Tarquinio et Tarquinio, 2015).

Ses indications s'étendent de l'enfant et l'adolescent (Tinker et Wilson, 1999 ; Tufnell, 2005) au sujet âgé (Thomas et Gafner, 1993), elle peut s'intégrer dans des prises en charge individuelles, de couple (Protinsky *et al.*, 2001) ou groupale (Zaghrout-Hodali *et al.*, 2008).

CONTRE-INDICATIONS

Plutôt que de contre-indications, nous parlerons de précautions à prendre avant de procéder à un traitement en EMDR.

Il s'agira :

- D'établir une bonne relation thérapeutique avec le patient (Dworkin, 2005) ;
- De s'assurer que le patient a les ressources nécessaires pour gérer le stress en relation avec le traitement. Le patient doit avoir des moyens de dissiper des perturbations éventuelles pendant et après les séances d'emdr. Après cette évaluation, les praticiens EMDR apprennent aux patients différentes techniques (Shapiro, 2012) dont le lieu sûr, le conteneur, le faisceau lumineux... ;
- D'évaluer le patient sur d'éventuels troubles dissociatifs (Paulsen, 1995). Une préparation spécifique concernant les patients présentant des troubles dissociatifs est nécessaire pour stabiliser et permettre d'accéder aux souvenirs cibles en maintenant une attention double ;
- D'identifier et de gérer le patient sur d'éventuels bénéfices secondaires ;
- De prendre des précautions en cas :
 - ➔ De troubles de l'usage de substances psycho-actives ;
 - ➔ De ce qu'on appelle la létalité en psychiatrie. Il s'agit d'idéation et ou vellétés suicidaires et de l'intentionnalité d'actes hétéro-agressifs ou idées de violence. Devant ces dangers éventuels envers soi et/ou un tiers, l'hospitalisation sans consentement pourra s'imposer ;
 - ➔ De comportements auto-mutilatoires qui, pour certains auteurs, correspondent à des gestes dissociatifs ;
 - ➔ D'état de santé physique précaire ou de complications somatiques ;
 - ➔ De troubles neurologiques et cognitifs ;
 - ➔ De troubles ophtalmologiques. Néanmoins d'autres formes de stimulations bilatérales alternées que les mouvements oculaires peuvent être employées ;
 - ➔ De grossesse.
- De considérer les éventuels traitements psychotropes en cours notamment les benzodiazépines.

RÉACTIONS INDÉSIRABLES POSSIBLES

Que peut-il se produire si les précautions citées au paragraphe 2 ne sont pas respectées ? Et même si ces précautions sont respectées, peut-il se produire des réactions indésirables ?

Si ces réactions se produisent, que faire ?

La littérature fait état de peu « d'effets indésirables » de l'EMDR. C'est rassurant mais restons circonspects lorsque notamment dans leur méta-analyse J. Bisson (Bisson *et al.*, 2007) ne rapportent pas d'effet indésirable de l'EMDR (ni de l'exposition prolongée d'ailleurs) sur 38 essais cliniques contrôlés.

C'est rassurant mais restons circonspects.

Citons Brunet (2002) qui expose un état dissociatif sévère après une séance d'EMDR réalisée par un praticien certifié chez un vétéran qui ne présentait aucun signe dissociatif avant-coureur ou prise médicamenteuse ou de substance psychoactive pouvant interagir.

Citons aussi le rapport de cas de Kaplan et Manicavasagar (Kaplan et Manicavasagar, 1998) qui présentait des troubles dissociatifs.

Enfin, une analyse très documentée mais non publiée de L. Gaston pose l'hypothèse que l'EMDR induirait un mécanisme dissociatif. Cela pourrait expliquer les effets indésirables possibles, parfois sévères et pouvant persister, retrouvés par l'expérience des praticiens EMDR (Shapiro, 2001). Il s'agit par ordre de sévérité croissante :

1. L'apparition imprévisible d'abréactions :

- ➔ Il s'agit d'un haut niveau de perturbation émotionnelle et affective survient en général au cours du traitement par la thérapie EMDR lorsque le patient réactive les souvenirs d'un épisode traumatique du passé.
- ➔ L'erreur la plus fréquente serait d'arrêter le retraitement pensant interrompre l'abréaction. Tant le patient que le thérapeute doivent développer la tolérance aux affects pour permettre au patient de vivre ses émotions sans peur. Si des techniques dites de tissage cognitif peuvent être utilisées, il est préférable de suivre le processus en cours en soutenant le patient émotionnellement en disant par exemple : « *je sais que c'est dur, je vous accompagne.* » Le thérapeute peut aussi l'aider en le soutenant au moyen de changement de perspective en disant tout en poursuivant les stimulations bilatérales alternées : « *regardez ce qui vient après, c'est du passé...* » Une autre manière de soulager l'abréaction est l'utilisation de moyens de distanciation imaginaires comme changer la scène en noir et blanc, faire imaginer au patient une paroi en verre (blindée) entre soi et la scène ou encore l'adulte qu'est le patient prend la main de l'enfant qu'il était...

2. L'apparition de symptômes dissociatifs qui peuvent persister :

- ➔ On différenciera des symptômes dissociatifs se produisant en séance de ceux pouvant persister plusieurs jours après la séance. La dissociation est un processus de distanciation émotionnelle allant de simples problèmes de sommeil (cauchemars, terreurs nocturnes...) à des symptômes schneideriens (Kluft, 1987 ; Ross *et al.*, 1990). Ces

symptômes invitent à la prudence et tout praticien EMDR doit les évaluer en s'aidant d'échelles comme la *Dissociative Experience Scale* –cf annexe- (Bernstein et Putman, 1996) et adapter leur plan de traitement où l'EMDR est un soin thérapeutique dans un cadre de traitement plus général (van der Hart *et al.*, 2006).

- ➔ Ainsi, lorsque les symptômes dissociatifs se produisent en séance, plusieurs techniques peuvent être utilisées (Forgash et Copeley, 2008) dont la description sort du cadre de cet exposé. Quand les symptômes dissociatifs se manifestent après la séance d'EMDR, ils correspondent le plus souvent à des manifestations de panique, des troubles somatiques (céphalées résistantes aux remèdes courants), des cauchemars post-traumatiques ou catastrophiques répétés, de l'automutilation jusqu'à l'impression insoutenable d'être mort pendant des jours. Le patient est prévenu de cette possibilité et doit faire appel au thérapeute pour la gestion des symptômes. S'il est compétent pour prescrire, un traitement médicamenteux adapté peut être nécessaire et il peut recourir à l'hospitalisation en milieu spécialisé.

Possiblement toute la psychopathologie peut bénéficier de l'EMDR en tant que thérapie du trauma ou des événements ou expériences de vie négative responsables ou associés aux grands syndromes de la nosographie internationale. L'EMDR est aussi indiquée pour le développement de ressources. Il n'y a pas de contre-indication formelle à la thérapie EMDR mais des précautions à prendre qui relèvent de la qualité et l'efficacité du thérapeute. Ce dernier, en résumé, doit être bien formé, évalué, supervisé et conscient de ses limites.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000) *The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, 4th Edition, Text Revision, Washington DC, American Psychiatric Association Press.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013) *The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, 5th Edition, DSM-5, Washington DC, American Psychiatric Association Press.

BAE H., KIM D., PARK, Y.C. (2008) « Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression », *Psychiatry Investigation*, 5, 60-65.

BERNSTEIN E.M., PUTMAN F. W. (1986) « Development, reliability, and validity of a dissociation scale », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 12, 727-35.

BISSON J.I., EHLERS A., MATTHEWS R., PILLINGS S., RICHARDS D., TURNER S. (2007) « Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder : Systematic review and meta-analysis », *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.

BROWN K.W., MCGOLDRICK T., BUCHANAN R. (1997) « Body dysmorphic disorder : Seven cases treated with eye movement desensitization and reprocessing », *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 203-207.

BROWN S., SHAPIRO F. (2006) « EMDR in the treatment of borderline personality disorder », *Clinical Case Studies*, 5, 403-420.

BRUNET A. (2002) « Complications thérapeutiques suite au traitement EMDR chez un vétéran traumatisé », *Journal International de Victimologie*, 1, 1.

- CHEN L., ZHANG G., HU M., LIANG X. (2015) « Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder : systematic review and meta-analysis », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203, 6, 443-51.
- COLELLI G., PATTERSON B. (2008) « Three case reports illustrating the use of the protocol for recent traumatic events following the world trade center terrorist attack », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 114-123.
- COX R.P., HOWARD M.D. (2007) « Utilization of EMDR in the treatment of sexual addiction : A case study », *Sexual Addiction and Compulsivity*, 14, 1, 1.
- CROES C.F., VAN GRUNSVEN R., STARING A.B., VAN DEN BERG D.P., DE JONGH A., VAN DER GAAG M. (2014) « Imagery in psychosis : EMDR as a new intervention in the treatment of delusions and auditory hallucinations », *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 56, 9, 568-76.
- DE JONGH A., VAN DEN OORD H. J.M., TEN BROEKE E. (2002) « Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of specific phobias : Four single-case studies on dental phobia », *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1489-1503.
- DWORKIN M. (2005) *EMDR and the relational imperative*, New York, Brunner-Routledge.
- EDMOND T., RUBIN A., WAMBACH K.G. (1999) « The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse », *Social Work Research*, 23, 103-116.
- FENSTERHEIM H. (1996) « Eye movement desensitization and reprocessing with complex personality pathology : An integrative therapy », *Journal of Psychotherapy Integration*, 6, 27-38.
- FERNANDEZ I. (2008) « EMDR after a critical incident : Treatment of a tsunami survivor with acute posttraumatic stress disorder », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 2, 156-159.
- FERNANDEZ I., FARETTA E. (2007) « EMDR in the treatment of panic disorder with agoraphobia », *Clinical Case Studies*, 6, 44-63.
- FESKE U. GOLDSTEIN A. (1997) « Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder : A controlled outcome and partial dismantling study », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 1026-1035.
- FORGASH C., COPELEY M. (2008) *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy*, New York, Springer Publishing Company.
- FOSTER S., LENDL J. (1995) « Eye movement desensitization and reprocessing : Initial applications for enhancing performance in athletes », *Journal of Applied Sport Psychology*, 7, 63.
- FRIEDBERG F. (2004) « Eye movement desensitization in fibromyalgia : A pilot study », *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10, 245-249.
- GAUVREAU P., BOUCHARD S. (2008) « Preliminary evidence for the efficacy of EMDR in treating generalized anxiety disorder », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 26-40.
- GILLIES D., TAYLOR F., GRAY C., O'BRIEN L., D'ABREW N. (2013) « Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents », *Evid Based Child Health*, 8, 3, 1004-116.
- GRANT M., THRELFORD C. (2002) « EMDR in the treatment of chronic pain », *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1505-1520.
- GUPTA M., GUPTA A. (2002) « Use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of dermatologic disorders », *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 6, 415-421.
- HASE M., SCHALLMAYER S., SACK M. (2008) « EMDR reprocessing of the addiction memory : Pretreatment, post-treatment, and 1-month follow-up », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 3, 170-179.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ-HAS. (2007) « Guide Affections psychiatriques de longue durée, troubles anxieux graves. »
- HENRY S.L. (1996) « Pathological gambling : Etiological considerations and treatment efficacy of eye movement desensitization/reprocessing », *Journal of Gambling Studies*, 12, 395-405.
- HOFMANN A., HILGERS A., LEHNUNG M., LIEBERMANN P., OSTACOLI L., SCHNEIDER W., HASE M. (2014) « Eye movement desensitization and reprocessing as an adjunctive treatment of unipolar depression : A controlled study », *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 3, 103- 112.
- INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE-INSERM. (2004) *Psychothérapie – Trois approches évaluées, Expertise collective*, France, Paris.

- KAPLAN R., MANICAVASAGAR V. (1998) « Adverse effect of EMDR : a case report », *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 5, 731-732.
- KELLER B., STEVENS L., LUI C., MURRAY J., YAGGIE M. (2014) « The effects of bilateral eye movements on EEG coherence when recalling a pleasant memory », *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 3, 113-128.
- KENNEDY A. (2014) « Compassion-Focused EMDR », *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 3, 135-146.
- KLUFT R. (1987) « First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder », *American Journal of Psychiatry*, 144, 3, 293-298.
- LAZROVE S., FINE C.G. (1996) « The use of EMDR in patients with dissociative identity disorder », *Dissociation*, 9, 289-299.
- LEIBLUM S.R., WIEGEL M. (2002) « Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction », *World J Urol*, 20, 127-136.
- LOGIE R. (2014) « EMDR—more than just a therapy for PTSD », *The Psychologist*, 27, 7, 512-517.
- MARR J. (2012) « EMDR Treatment of obsessive-compulsive disorder : Preliminary research », *Journal of EMDR Practice and Research*, 6, 2-15.
- MAZZOLA A., CALCAGNO M.L., GOICOECHEA M.T., PUEYREDÔN H., LESTON J., SALVAT F. (2009) « EMDR in the treatment of chronic pain », *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 66-79.
- NATHA F., DAICHES A. (2014) « The effectiveness of EMDR in reducing psychological distress in survivors of natural disasters : A review », *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 3, 157-170.
- OH D., KIM D. (2014) « Eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder in bipolar disorder », *Psychiatry Investigation*, 11, 3, 340-1.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ET HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES RÉFUGIÉS. (2013) *Évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress : module Guide d'intervention mhGAP (version 1.0)*, Genève, OMS.
- PAULSEN S. (1995) « Eye movement desensitization and reprocessing : Its cautious use in the dissociative disorders », *Dissociation*, 8, 32-44.
- PROTINSKY H., SPARKS K., FLEMKE, K. (2001) « Using eye movement desensitization and reprocessing to enhance treatment of couples », *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 2, 157-64.
- ROSS C.A., MILLER S.D., REAGOR P., BJORNSON L., FRASER G.A., ANDERSON G. (1990) « Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers », *American Journal of Psychiatry*, 147, 596-601.
- SCHNEIDER J., HOFMANN A., ROST C., SHAPIRO F. (2008) « EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain », *Pain Medicine*, 9, 76-82.
- SEIDLER G.H., WAGNER F.E. (2006) « Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD : a meta-analytic study », *Psychological Medicine*, 36, 1515-1522.
- SHAPIRO F. (1989) « Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories », *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- SHAPIRO F. (2001) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing : Basic Principles, Protocols, and Procedures*, 2nd edition, New York, Guilford Press.
- SHAPIRO F. (2007) « EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization », *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 68-87.
- SHAPIRO F. (2012) *Getting past your past – Take control of your life with self-help techniques from EMDR therapy*, New York, Rodale.
- SILVER SM., ROGERS S. (2002) *Light in the heart of darkness : EMDR and the treatment of war and terrorism survivors*, New York, Norton.
- SOLOMON R.M., RANDO T.A. (2007) « Utilization of EMDR in the treatment of grief and mourning », *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 109-117.
- SOLOMON R., SHAPIRO F. (2008) « EMDR and the adaptive information processing model : Potential mechanisms of change », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315-325.
- TARQUINIO C., TARQUINIO P. (2015) *L'EMDR : préserver la santé et prendre en charge la maladie*, Issy-Les-Moulineaux, Elsevier Masson.
- THOMAS R., GAFNER G. (1993) « PTSD in an elderly male : Treatment with eye movement desensitization and

reprocessing (EMDR) », *Clinical Gerontologist*, 14, 57-59.

TINKER R.H., WILSON S.A. (1999) « *Through the eyes of a child : EMDR with children* », New York, Norton.

TUFNELL G. (2005) « Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of pre-adolescent children with post-traumatic symptoms », *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 4, 587.

VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R.S., STEELE K. (2006) « *The haunted self : structural dissociation and the treatment of chronic traumatization* », New York, Norton.

ZAGHROUT-HODALI M., ALISSA F., DODGSON P.W. (2008) « Building resilience and dismantling fear : EMDR group protocol with children in an area of ongoing trauma », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 2, 106-113.

ZWEBEN J., YEARY J. (2006) « EMDR in the treatment of addiction », *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 8, 115-127.

Annexe

Version française de la D.E.S. (d'après Darves-Bornoz *et al.*¹) :

Ce questionnaire comprend 28 questions concernant des expériences que vous pouvez avoir dans votre vie quotidienne. Nous souhaitons déterminer avec quelle fréquence vous arrivez ces expériences. Il est important, cependant, que vos réponses montrent avec quelle fréquence ces expériences vous arrivent en dehors des moments où vous pouvez être sous l'influence d'alcool ou de drogues. Pour répondre aux questions, nous vous prions de déterminer avec quel degré la sensation décrite dans la question s'applique à vous et de marquer la ligne avec un trait vertical à la place appropriée, comme le montre l'exemple ci-dessous.

Exemple :



1. Certaines personnes font l'expérience alors qu'elles conduisent ou séjournent dans une voiture (ou dans le métro ou le bus) de soudainement réaliser qu'elles ne se souviennent pas de ce qui est arrivé pendant tout ou partie du trajet. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



2. Parfois certaines personnes qui sont en train d'écouter quelqu'un parler, réalisent soudain qu'elles n'ont pas entendu tout ou partie de ce qui vient d'être dit. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.

1. DARVES-BORNOZ, JM., DEGIOVANNI A., GAILLARD P., (1999.) « Validation of a French version of the Dissociative Experiences Scale in a rape-victim population. » *Can Journal of Psychiatry*, 44, 271-275.



3. Certaines personnes font l'expérience de se trouver dans un lieu et de n'avoir aucune idée sur la façon dont elles sont arrivées là. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



4. Certaines personnes font l'expérience de se trouver vêtues d'habits qu'elles ne se souviennent pas avoir mis. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



5. Certaines personnes font l'expérience de trouver des objets nouveaux dans leurs affaires sans se rappeler les avoir achetés. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



6. Il arrive à certaines personnes d'être abordées par des gens qu'elles-mêmes ne reconnaissant pas. Ces inconnus les appellent par un nom qu'elles ne pensent pas être le leur ou affirment les connaître. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



7. Certaines personnes ont parfois la sensation de se trouver à côté d'elles-mêmes ou de se voir elles-mêmes faire quelque chose, et de fait, elles se voient comme si elles regardaient une autre personne. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



8. On dit parfois à certaines personnes qu'elles ne reconnaissent pas des amis ou des membres de leur famille. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



9. Certaines personnes s'aperçoivent qu'elles n'ont pas de souvenir sur des événements importants de leur vie (par exemple, cérémonies de mariage ou de remise d'un diplôme universitaire). Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



10. Certaines personnes font l'expérience d'être accusées de mentir alors qu'elles pensent ne pas avoir menti. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



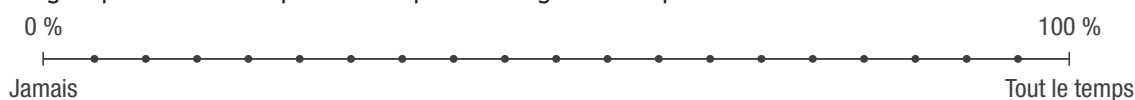
11. Certaines personnes font l'expérience de se regarder dans un miroir et de ne pas s'y reconnaître. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



12. Certaines personnes font parfois l'expérience de ressentir comme irréels, d'autres gens, des objets, et le monde autour d'eux. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



13. Certaines personnes ont parfois l'impression que leur corps ne leur appartient pas. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



14. Certaines personnes font l'expérience de se souvenir parfois d'un événement passé de manière si vive qu'elles ressentent les choses comme si elles étaient en train de revivre cet événement. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



15. Certaines personnes font l'expérience de ne pas être sûres si les choses dont elles se souviennent être arrivées, sont réellement arrivées ou si elles les ont juste rêvées. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



16. Certaines personnes font l'expérience d'être dans un lieu familier mais de le trouver étrange et inhabituel. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



17. Certaines personnes constatent que, lorsqu'elles sont en train de regarder la télévision ou un film, elles sont tellement absorbées par l'histoire qu'elles n'ont pas conscience des autres événements qui se produisent autour d'elles. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



18. Certaines personnes constatent parfois qu'elles deviennent si impliquées dans une pensée imaginaire ou dans une rêverie qu'elles les ressentent comme si c'était réellement en train de leur arriver. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



19. Certaines personnes constatent qu'elles sont parfois capables de ne pas prêter attention à la douleur. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



20. Il arrive à certaines personnes de rester le regard perdu dans le vide, sans penser à rien et sans avoir conscience du temps qui passe. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



21. Parfois certaines personnes se rendent compte que quand elles sont seules, elles se parlent à haut voix. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



22. Il arrive à certains personnes de réagir d'une manière tellement différente dans une situation comparée à une autre situation, qu'elles se ressentent presque comme si elles étaient deux personnes différentes. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



23. Certaines personnes constatent parfois que dans certaines situations, elles sont capables de faire avec une spontanéité et une aisance étonnante, des choses qui seraient habituellement difficiles pour elles (par exemple sports, travail, situations sociales...) Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



24. Certaines personnes constatent que parfois elles ne peuvent se souvenir si elles ont fait quelque chose ou si elles ont juste pensé qu'elles allaient faire cette chose (par exemple, ne pas savoir si elles ont posté une lettre ou si elles ont juste pensé la poster). Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



25. Il arrive à certaines personnes de ne pas se rappeler avoir fait quelque chose alors qu'elles trouvent la preuve qu'elles ont fait cette chose. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



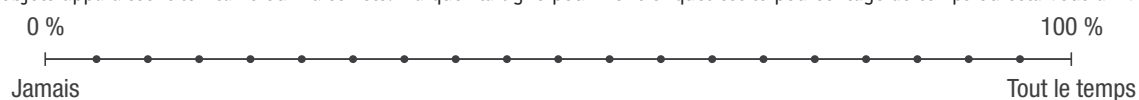
26. Certaines personnes trouvent parfois des écrits, des dessins ou des notes dans leurs affaires qu'elles ont dû faire mais qu'elles ne se souviennent pas avoir faits. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



27. Certaines personnes constatent qu'elles entendent des voix dans leur tête qui leur disent de faire des choses ou qui commentent des choses qu'elles font. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



28. Certaines personnes ont parfois la sensation de regarder le monde à travers un brouillard de telle sorte que les gens et les objets apparaissent lointains ou indistincts. Marquez la ligne pour montrer quel est le pourcentage de temps où cela vous arrive.



Chapitre 6

De la conceptualisation de cas au plan de traitement

Martine Iracane

L'approche EMDR basée sur les 3 temps (passé-présent-futur) et 8 phases du protocole standard, centrée sur la mise en œuvre du modèle du Traitement Adaptatif de l'Information, exige une application scrupuleuse des procédures pour obtenir de bons résultats cliniques. Si l'observance d'une méthodologie rigoureuse potentialise l'efficacité thérapeutique de l'EMDR (Hyer et Maxfield, 2002), celle-ci dépend aussi, en amont, de la conceptualisation du cas clinique qui, en tenant compte de la qualité de l'alliance thérapeutique (Dworkin, 2005), du type de présentation clinique, de l'équilibre entre les symptômes actuels et des ressources internes et externes du patient, planifie les étapes et les options thérapeutiques à travers l'élaboration d'un plan de traitement en phase 1 « Histoire du patient » (Shapiro, 2007).

Le plan de traitement intégrera une phase de stabilisation supplémentaire, si le tableau clinique l'impose, puis s'orientera vers la hiérarchisation des différentes problématiques alléguées pour sélectionner la première problématique qui fera l'objet de la construction d'un plan de ciblage selon l'axe passé, présent et futur.

Le déploiement de ces différentes étapes conditionne l'advenue d'une psychothérapie intégrale basée sur le modèle neuro-émotionnel de la thérapie EMDR (Shapiro et Silk-Forrest, 2005 ; Shapiro, 2007).

CONTOURS ET OBJECTIFS DE LA CONCEPTUALISATION DE CAS

Partant de l'hypothèse qu'à l'exception des maladies strictement organiques, des problèmes résultant de carences d'informations et d'apprentissages, ou des conséquences d'une exposition toujours active à un agent causal aversif, les souffrances psychiques et psychosomatiques du patient, dans le présent, sont la résultante d'événements traumatiques non métabolisés. Retraiter les expériences de vie négatives pour intégrer des expériences positives adaptatives, constitue la partie centrale de l'approche thérapeutique EMDR (Shapiro, 2005, 2007).

Cependant, cette démarche ne peut être entreprise de manière aléatoire ; elle exige, au préalable, pour la sécurité du patient, et pour l'efficacité du soin, une vision et compréhension globales, un repérage des symptômes et des problématiques, une évaluation des ressources, une hypothèse sur les capacités du patient à mobiliser des changements dans le respect de sa sécurité, de son libre arbitre et surtout une appréciation de la qualité de l'engagement dans la relation thérapeutique : c'est vers l'observation et l'analyse de ces paramètres que se tourne l'étape de la conceptualisation de cas.

► Conceptualiser le cas à la lumière du TAI

La conceptualisation de cas repose sur une élaboration, en amont du traitement, des données qui composent la présentation clinique. Elle met en œuvre un questionnement à propos des éléments pertinents de manière à penser et anticiper leur mobilisation pour optimiser les actions thérapeutiques du TAI.

Conceptualiser le cas clinique permet de poser un regard sur le tableau psychopathologique qui conduira, autour d'une bonne alliance thérapeutique, à trouver les articulations et les leviers thérapeutiques pour modifier favorablement et en profondeur cette présentation clinique.

Basée sur la présentation clinique spécifique du patient, la conceptualisation du cas clinique éclairée par le modèle TAI, va, en phase 1 du protocole EMDR, définir un plan de traitement correspondant à diverses stratégies de soin programmées dans un agencement et un ordonnancement précis. Elles s'orientent vers la résolution des problématiques et un traitement à la fois complet et intégratif axé sur l'approche EMDR.

Parmi les points cités, la conceptualisation de cas permet de « dialectiser » problématiques et ressources de la personnalité.

En effet, pour augmenter l'incidence positive du TAI, la thérapie doit être adossée au modèle décrit par P. Janet (1904) qui préconise d'effectuer le traitement des traumatismes en trois phases : la stabilisation initiale et réduction des symptômes, le traitement des souvenirs traumatiques, et enfin l'intégration et le deuil dans un processus de symbolisation de l'expérience. Dans cette perspective, les ressources constituent de véritables réservoirs contenant

des informations positives, à la fois sensorielles, somatiques, émotionnelles, relationnelles, cognitives, spirituelles puisées dans les réseaux fonctionnels composant le vécu du patient. Les ressources favorisent la stabilisation dans différents champs de la personnalité, dans une approche holistique et biopsychosociale du traitement. Ainsi, plus les ressources sont disponibles, plus vite le TAI activera, par associations successives, le maillage aux informations positives appropriées, nécessaires à la réorganisation des réseaux de mémoire.

► Les objectifs de la conceptualisation

La conceptualisation va s'orienter vers le repérage des différentes plaintes du patient dans le présent. Les expériences négatives du passé, qu'elles soient perturbantes ou traumatiques, sont identifiées dans une mise en lien avec la ou les problématiques du présent afin de développer un plan de traitement approprié.

L'évaluation de la présence ou l'absence de ressources, de déficits développementaux causés par les traumatismes précoces, et des capacités à mobiliser des réseaux adaptatifs, contribuent à établir des hypothèses sur la vitesse et l'engagement dans le travail de désensibilisation des cibles pertinentes pour soulager le patient de sa symptomatologie.

Les projections vers le futur, une fois situées, permettent au thérapeute d'apprécier leur réalisation potentielle en termes de changements profonds et durables, compatibles avec le maintien de la stabilité psychologique de la personne aux différentes étapes de soin et ceci, en tenant compte de l'équilibre du système familial et environnemental dans lequel elle évolue.

Parfois des problématiques médicales, médico-légales, judiciaires, émergent lors des premières rencontres thérapeutiques : la phase de conceptualisation intègre aussi, dans la perspective d'une thérapie EMDR, les différentes précautions cliniques et éthiques qui s'imposent dans ce type de situation. Par exemple, l'obtention d'un consentement éclairé est exigée avant une thérapie EMDR, face à des risques de rechute en cas de comportements addictifs ainsi que face à la possibilité de mise à distance émotionnelle et de difficultés à se remémorer certains détails des situations ou agressions traumatiques après traitement EMDR, dans les contextes de témoignage victimologique ou en cas d'expertises médicales et/ou judiciaires.

Cette conceptualisation synthétise les considérations qui conduiront à établir un ou plusieurs diagnostics. En effet la présentation clinique ainsi mise en exergue peut regrouper une ou plusieurs problématiques associées et recouvrir parfois plusieurs diagnostics concomitants (Kessler *et al.*, 1995) ; elle répondra le plus souvent, soit aux critères d'une présentation clinique non complexe, soit à celle d'une présentation clinique complexe.

La conceptualisation permet ainsi de poser l'indication, ou son corollaire, la contre-indication de la thérapie EMDR à court terme : diverses décisions cliniques, le recours à une phase de

stabilisation ou à des orientations thérapeutiques complémentaires (pharmacothérapie, thérapies corporelles, orientations vers des groupes de médiation, consultations en addictologie, ou en secteur social, judiciaire ...), préalables au traitement EMDR, font partie intégrante de la conceptualisation.

La conceptualisation pose le principe d'un plan de traitement intégral et exerce la planification des soins dans une perspective intégrative.

QUELLES BASES DE DONNÉES POUR LA CONCEPTUALISATION ?

Pour répondre à ces objectifs, nous pouvons nous interroger sur la manière de recueillir les informations nécessaires à la conceptualisation de cas et à la construction du plan de traitement qui en découle.

► L'entretien clinique

L'entretien clinique permet avant tout d'établir les bases de la relation thérapeutique en offrant un espace d'une rencontre humaine particulière, celle d'un patient et d'un thérapeute. Vecteur de la relation, l'entretien clinique est aussi un outil d'investigation et de recueil de données telles que les repères biographiques importants permettant de connaître l'histoire du patient. Il donne aussi l'occasion d'approcher la subjectivité du patient et d'appréhender son mode d'entrée en relation avec le thérapeute. Déjà les premières bases de la conceptualisation de cas infiltrent le psychisme du thérapeute à travers son ressenti contre-transférentiel et l'ébauche d'hypothèses psychopathologiques qu'il formule.

● L'anamnèse

Elle permet de recueillir l'historique de la plainte et les antécédents psychopathologiques. Elle explore les épisodes de vie difficiles, repère les événements traumatiques et perturbants qui ont émaillé l'histoire de vie et la manière dont ils ont été gérés (deuils, séparations, violences subies, expérience d'abandon...) Elle offre la possibilité d'identifier également les ressources et soutiens dont le patient a bénéficié (figures parentales, mentors, ressources internes ou relationnelles...) pour y faire face, ainsi que les expériences directement positives telles que des relations affectives épanouissantes, des réussites scolaires et professionnelles, une passion artistique ou sportive...

Cette revue des épisodes de vie peut parcourir toutes les étapes de la maturation psychologique, du plus jeune âge, jusqu'à l'âge actuel du patient. Elle permet d'observer les facteurs

de résilience ou au contraire les facteurs de vulnérabilité du patient. Le thérapeute peut aussi relever si le patient se saisit de son récit biographique pour une mise en lien entre les problématiques actuelles et ces souvenirs - ce constat témoignant de bonnes capacités d'élaboration, de bon augure pour le travail thérapeutique.

● Une cartographie des ressources et des traumas

Élaboré en séance et utilisé comme un objet de médiation dès les premières séances avec des patients disposant de faibles capacités d'élaboration, ce schéma facilite la mise à jour des événements de vie positifs et négatifs ayant ponctué le parcours biographique de notre patient et en identifie leur nature. L'occasion est donnée au thérapeute d'observer le matériel verbal et non verbal, les attitudes et expressions émotionnelles corrélées au récit autobiographique : le matériel s'exprime-t-il de manière congruente, discordante, désaffectivée ou inondée par des émotions perturbantes incontrôlables ? Ces informations recueillies alimentent la conceptualisation du cas et fournissent des éléments précieux pour le plan de traitement. Les différents axes cliniques sont pressentis dès l'abord du récit narratif autobiographique, même lorsqu'il se déroule de manière chaotique, à développer pour aider le patient à tolérer et réguler les affects. Par exemple, la conceptualisation peut prévoir le renforcement de la psychoéducation dans le plan de traitement, en visant le développement de compétences pour augmenter la capacité à gérer les réponses émotionnelles, ou la capacité à connecter les affects sans convoquer de dissociation défensive ou/et, celle de rester dans le présent en gardant la double attention, en amont même du retraitement de cibles névralgiques du passé.

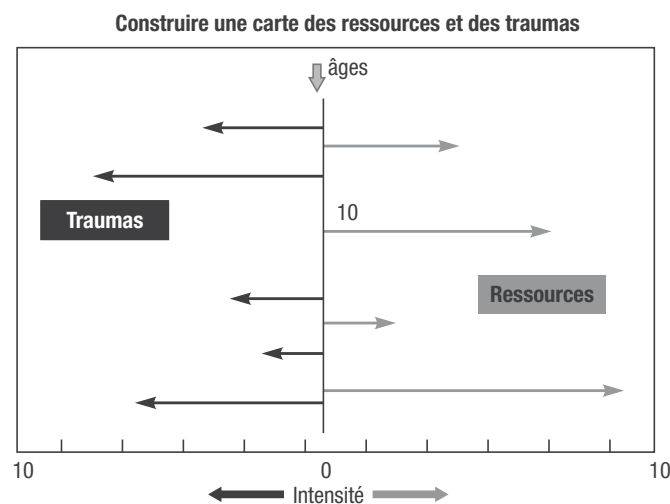


Figure 6.1. La carte des ressources et des traumas (*Manuel niveau 1 EMDR, Institut Français d'EMDR p. 264, Edition 2015*).

La figure 6.1 (page suivante) construite la plupart du temps durant la séance à partir du recueil de l'anamnèse donne un aperçu de l'équilibre entre les ressources et les expériences traumatiques du sujet. Elle permet de faire apparaître selon les âges, les bons et les mauvais souvenirs en évaluant leur intensité positive et négative respectives, selon une échelle allant de 0 à 10.

● Histoire d'attachements

À la base des troubles de l'attachement, (Bowlby, 1969) et comportant les ingrédients des éléments du passé non métabolisés, des épisodes de vie difficiles inscrits dans la période psycho développementale contiennent les introjections de cognitions négatives « je ne compte pas... Je suis en danger » et des charges émotionnelles toujours perturbantes responsables des problématiques actuelles qui fondent l'histoire de la maladie ou du symptôme (troubles anxieux, troubles de l'humeur...)

Les stades précoces et préverbaux de la toute petite enfance posent les bases du développement psycho-affectif et de la construction de la personnalité : dans quels cadres et contexte l'enfant a-t-il grandi ? Quels liens avec les figures d'attachements a-t-il entretenus ? Identifier les qualités et type d'attachements du patient vécus avec les figures parentales ou d'attachements (famille d'accueil, grand-parents, etc.) au cours du développement psychogénétique (Ainsworth 1964 ; Liotti, 1992), examiner les relations précoces et percevoir la tonalité des empreintes précoces des stades pré verbaux, les émotions réveillées, à travers des impressions fugaces vécues par le patient ou des discours familiaux rapportés par celui-ci, permet de recueillir des indications diagnostiques complémentaires. Les relations pérennes et stables dans l'enfance, « consistantes » et prévisibles viennent indiquer la nature sécurisée du type d'attachement. *A contrario*, ces éléments d'investigation peuvent nous orienter vers l'existence de troubles de l'attachement - insécures, anxieux/ évitants, anxieux/ambivalents, ou désorganisés - (Ainsworth, 1964 ; Bowlby, 1969). Ils se mettent souvent en résonance avec les plaintes actuelles du patient autour par exemple, du désert social dans lequel il se dit enligné « de toute façon, je n'aurai pas d'amis... Je n'intéresse personne... je n'ai rien à dire. » L'occasion est donnée au thérapeute de relever ici les expériences négatives précoces et les croyances, émotions et sensations associées toujours ressenties dans le présent.

Intégrées à la conceptualisation de cas, ces données sur la qualité de l'attachement, considérées comme un indicateur puissant des pistes cliniques ultérieures, alimenteront le profil du plan de traitement et mettant en exergue les points saillants à travailler en thérapie EMDR pour favoriser une consolidation de l'équilibre psychologique du sujet.

► Examiner la stabilité dans le présent

La conceptualisation s'établit également à partir de l'appréciation du niveau de stabilité du patient dans le présent, dans tous les aspects de sa vie : un état suffisamment stable dans le présent permet d'envisager l'activation du TAI, dans un accompagnement plus sécuritaire.

Au cours de l'évaluation psychosociale, l'attention du thérapeute se tournera vers l'observation et l'analyse de l'équilibre somatique, psychologique, relationnel et social (incluant le contexte familial, socioprofessionnel, amical), spirituel de son patient, en explorant son fonctionnement dans une globalité biopsychosociale.

Dans la conceptualisation, stabiliser (renforcer la psychoéducation, mobiliser des ressources internes et externes, relationnelles, symboliques (Korn et Leeds, 2002) répond, d'une part à un principe de précaution, et d'autre part à un principe d'efficacité clinique. Cette précaution inférée aux étapes ultérieures de désensibilisation des cibles, permet de renforcer la capacité du patient à se mettre en posture psychique d'attention duelle « un pied dans le passé, un pied dans le présent » (Shapiro, 2007) et, grâce à la régulation de l'affect - particulièrement chaotique dans les présentations complexes (Herman, 1992a ; van der Hart *et al.*, 2006) ou aigu dans les traumatismes récents - de rester dans la « fenêtre de tolérance des affects » (Odgen *et al.*, 2006) sans risque de re-traumatisation. L'accès rapide au lieu sûr (Shapiro, 1997) offre un bon indicateur d'un état de stabilité suffisante ou son absence.

► La relation thérapeutique

Définie par la qualité de l'accordage et de l'empathie et véhiculée par l'alliance thérapeutique, la relation entre patient et thérapeute est marquée par l'affiliation et la confiance réciproques tournées vers des objectifs communs. Elle constitue le meilleur facteur prédictif de l'issue de thérapies (Luborsky *et al.*, 1985). En thérapie EMDR, à toutes les phases, et dès le plan de traitement, la relation thérapeutique - véritable filet de sécurité - procure un espace symbolique de pare excitation et de *holding* contenant, indispensable au traitement des épisodes de vie difficiles et traumatiques. L'alliance thérapeutique va alimenter, sous l'angle du modèle théorique du traitement adaptatif de l'information, un réseau de mémoire fonctionnel et adaptatif. En activant, lors du traitement EMDR, une atmosphère de sécurité (Dworkin, 2005) et un système d'attachement sécuritaire, qui contrecarre le système de défense activé par les expériences traumatiques (Schore, 2009 ; Liotti, 1992), le lien thérapeutique devient catalyseur de la restauration des mémoires traumatiques et participe de ce fait, à leur intégration et leur mentalisation. En deçà et autour de l'aspect technique du protocole, le lien d'empathie et de soutien porté par la figure d'attachement essentielle que représente le thérapeute (Dworkin, 2005) établit le levier prévalent d'un travail de reconstruction et

restructuration psychiques qu'imposent les effets de démolition induits par des traumatismes aigus ou/et cumulatifs.

La présence de la qualité de l'alliance thérapeutique et d'accordage avec le thérapeute associée à un bon niveau d'autonomie et de maturité dans l'expression du désir de changement déterminent un critère nécessaire, mais parfois non suffisant cependant, en faveur d'un engagement à court terme dans le traitement EMDR.

► La capacité au changement

Le thérapeute s'enquiert aussi, lors de cette phase, dans la perspective de conceptualiser le cas, et dans celle de la construction du plan de traitement, de la disponibilité temporelle du patient certes, mais surtout de sa disponibilité psychique pour s'engager dans la thérapie EMDR.

D'éventuels bénéfices secondaires peuvent obérer l'efficacité du traitement du fait des résistances ou de l'ambivalence qu'ils génèrent. Aller mieux comporte souvent une part de risque : celui de faire face à des changements et réaménagements psychiques inconnus, et parfois à des changements dans la réalité (couple, travail...) Dans ce cas, un positionnement ambivalent, fait coexister une demande de changement et une résistance importante. Le plan de traitement devra intégrer l'espace et le temps nécessaires à la verbalisation des peurs et réticences pour favoriser l'émergence des prises de conscience. Dans le cas contraire, cette ambivalence ne manquera pas de se manifester par des blocages de l'information et du TAI en empêchant l'accès à la phase résolutive de l'intégration qui aurait participé à mobiliser le changement.

► Le type de présentation clinique

La conceptualisation du cas clinique et la construction du plan de traitement varieront dans leur forme et leur planification en fonction du type de présentation clinique.

● *Rappel sur le type de traumatismes selon la proposition de Francine Shapiro*

Les traumas peuvent être classifiés (Shapiro, 2007) :

- En « T » quand l'événement répond aux critères A de l'état de stress post-traumatique dans le DSM-V (APA, 2013) et à ceux du trauma simple et unique de type 1 (Terr, 1991) ;
- En « t » qui représentent des événements de vie perturbants, appartenant au « trouble de l'adaptation » dans le DSM-V tels qu'une vexation, un échec, un vécu de rejet, une séparation sentimentale, des conflits au travail qui n'en sont que les exemples les plus fréquents (Shapiro, 2007) définis à partir d'une notion élargie du traumatisme lorsque l'événement entraîne une perte de contrôle, une humiliation, des sentiments d'impuissance, sans exposition à la mort (Carlson et Dalenberg, 2000 ; Catherall, 2004).

Notons que des scores d'États de Stress Post-Traumatiques (ESPT dans le DSM-IV, APA, 2000) équivalents voire plus élevés, peuvent être obtenus par cumuls d'événements « t » qui révèlent une incidence comparable et parfois plus toxique sur la pathologie actuelle que les « T » (Mol *et al.*, 2005).

● *La présentation clinique du patient peut être non complexe*

Elle s'oriente vers les diagnostics de Trouble de stress post-traumatique (TSPT), de l'état de stress aigu ou d'un trouble de l'adaptation.

Chanèse a 22 ans ; au travail, elle a effectué une chute d'une échelle au cours de laquelle elle a eu peur de mourir. L'état de stress aigu qui s'ensuit décline une présentation clinique simple.

Il en est de même pour les conséquences d'un trauma unique qui engendre un trouble de l'adaptation : une agression survenue dans la rue, quelques années auparavant chez un adulte, occasionne encore de l'anxiété dans son mode d'appréhension du contact avec l'environnement externe.

Tout problème électif circonscrit à un contexte limité et alimenté par des croyances négatives et irrationnelles sur soi, déterminant des comportements répétitifs associés aux mêmes réactions émotionnelles convergent vers un trouble de l'adaptation : Muriel déclenchait des crises de panique chaque fois qu'elle devait signer un document officiel.

Ces patients peuvent être très adaptés par ailleurs, mais leurs comportements peuvent être totalement inappropriés dans un secteur spécifique.

● *Parfois la présentation clinique peut être complexe*

Elle résulte souvent d'un cumul de traumatismes de type 1 et de type 2 répétés tels que violences physiques et sexuelles, cruauté mentale, expériences de négligence affective (classification de Terr, 1991) survenues au cours des stades psycho-développementaux. Souvent abusifs et émis par les figures d'attachement primaires, ils entraînent autour de traumatismes relationnels précoces, des attachements désorganisés, (Ainsworth, 1964) de la dissociation (Liotti, 1992) et s'accompagnent de symptômes de dépersonnalisation, de déréalisation (van der Hart *et al.*, 2006)

Les tableaux psychopathologiques associent l'existence de plusieurs problématiques, des troubles envahissants touchant l'affect, la relation à l'autre et des symptômes post-traumatiques - ensemble diagnostiquant l'existence d'un TSPT complexe - (Herman, 1992b), d'un Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI) ou de Troubles Dissociatifs Non Spécifiés (TDNS) (DSM-V). Dans cette catégorie de tableaux cliniques complexes, la présentation peut parfois être diffuse et

indéfinie : les capacités à nommer les troubles, définir le malaise, exprimer les émotions et *a fortiori* faire des liens, s'avèrent limitées.

● Des échelles de diagnostic et de repérage des troubles dissociatifs

Des outils d'évaluation complémentaires peuvent affiner les investigations cliniques pour recueillir les données nécessaires à la conceptualisation ; outre l'évaluation psycho sociale, il est important de faire mention des échelles de diagnostic et de repérage des troubles dissociatifs.

Nous citerons ci-dessous, les principales :

- l'Échelle d'Expériences Dissociatives. EED (Bernstein et Putman, 1986) est un questionnaire d'auto-évaluation pour adultes, constitué de 28 items ; chaque item est gradué pour sa cotation de 0 % à 100 % indiquant la fréquence de survenue d'un comportement ou d'un symptôme dissociatif survenant dans la vie quotidienne. Une moyenne du score total égale ou supérieure à 25 indique la présence d'une psychopathologie dissociative ;
- l'Échelle SDQ20. Questionnaire de dissociation somatoforme à 20 items (Nijenhuis *et al.*, 1996), est utile pour le dépistage de la dimension somatique des troubles dissociatifs ;
- le SCID-D. Interview clinique structurée pour le DSM-IV-Troubles dissociatifs (Steinberg *et al.*, 1990).

La présence dans le tableau clinique de troubles dissociatifs peut générer des phénomènes de résistances, de résultats aléatoires du traitement des cibles ou de risques d'échecs ultérieurs de la thérapie. Souvent repérés lors de l'émergence de moments d'amnésie, d'anesthésie affective ou somatique, ou lors de manifestations de dépersonnalisation ou de déréalisation (Putman *et al.*, 1986), ils risquent d'entraîner le patient soit dans des abréactions débordant ses capacités de gestion émotionnelle (sortie du cadre de la fenêtre de tolérance des affects, Odgen *et al.*, 2006) soit dans des mises à distance rendant le retraitement des cibles « sensibles » complètement inopérant. Ces réseaux de mémoire traumatiques créent des configurations non intégrées et isolées de la conscience générant des états particuliers du moi, sources de comportements paradoxaux. Le patient peut également dans les formes les plus graves souffrir de symptômes Schneiderien (Kluft, 1987) (des voix qui parlent à l'intérieur de la tête) souvent associés à des TDI (troubles dissociatifs de l'identité)

DE LA CONCEPTUALISATION DE CAS AU PLAN DE TRAITEMENT

À partir des présentations cliniques et des paramètres précédemment cités, la conceptualisation de cas conduit à construire un plan de traitement tourné vers le déroulement des principales étapes de la thérapie dont les objectifs ont été initialement posés avec le patient. En effet, le plan de traitement ne se déclinera ni de la même manière, ni à la même vitesse, en fonction du choix initial du patient, du contexte de la demande et du tableau clinique.

L'attente formulée par le patient et le contexte d'émergence de la demande peuvent varier : la demande se centre-t-elle uniquement sur une réduction ou une disparition de symptômes du présent, ou s'agit-il de cheminer vers une psychothérapie intégrale qui se donnerait l'objectif de traiter toutes les problématiques dont le patient se plaint aujourd'hui ?

Quel que soit le plan de traitement, l'objectif visera l'amélioration du fonctionnement psychosocial, l'adaptation et la qualité du fonctionnement dans la vie quotidienne, le développement des capacités relationnelles et une meilleure gestion des émotions, autour d'un contrat établi entre patient et thérapeute ; quelle que soit la direction retenue, une étape de stabilisation par renforcement des ressources et/ou création de celles-ci peut s'avérer nécessaire. Il n'est pas rare que la demande de thérapie dans le cadre d'une réduction de symptômes évolue vers un traitement intégral.

► Le renforcement des ressources

Consolider le moi à travers l'amélioration des capacités de distanciation, d'auto apaisement, de contenance, d'assertivité et de possibilités de poser des limites protectrices qui impliquent le respect de soi et de l'autre dans la relation, peut apporter le contre poids préalable qui accélère l'intégration des traumatismes lors de leur traitement, dans les présentations complexes et instables (voir protocole Développement et Installation des Ressources DIR (Korn et Leeds, 2002), La technique Absorption, celle du lieu sûr.

La stabilisation du patient lors de la phase 1 du protocole est parfois l'objectif premier de la thérapie (Korn et Leeds, 2002 ; Leeds et Shapiro, 2000 ; Forgash et Copely 2008 ; Hoffman, 2009 ; Kiessling, 2009).

Le renforcement et l'installation de ressources entraînent des changements d'états. Ici Francine Shapiro se réfère et s'inspire de l'échelle d'anxiété STAI-Y. L'anxiété état correspond à une réaction émotionnelle momentanée. L'activation du TAI, entraîne des changements de traits, c'est-à-dire des transformations plus durables. Dans la STAI-Y l'anxiété trait correspond à une anxiété ressentie de manière durable au quotidien.

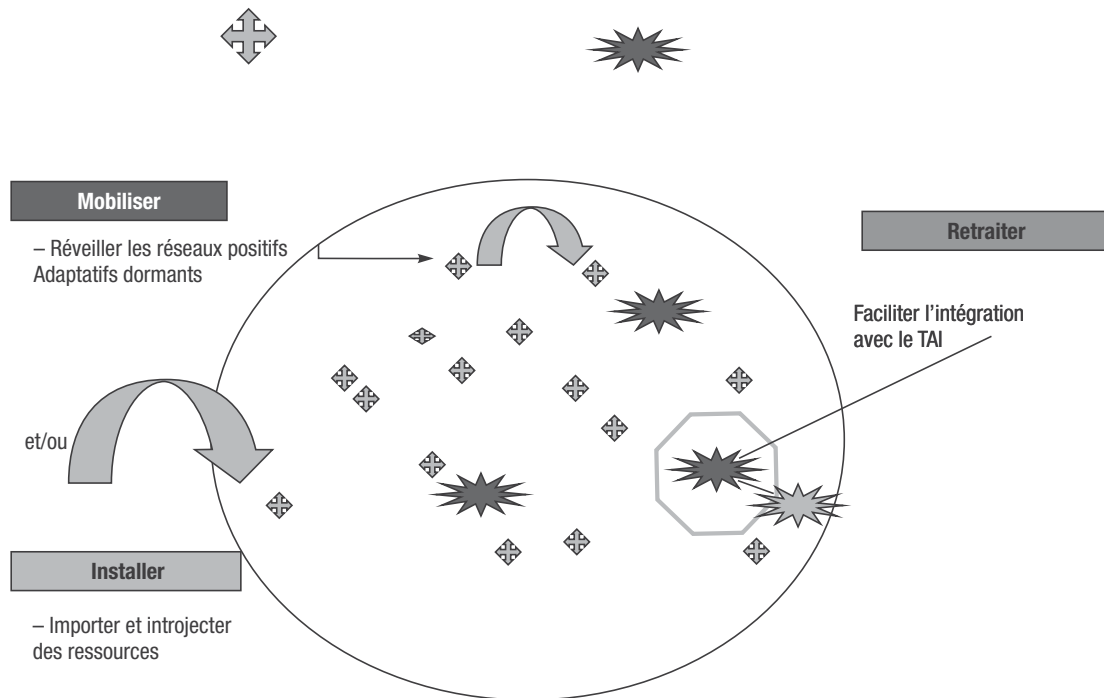


Figure 6.2. Renforcer les ressources et retraiter les traumatismes : une approche globale

La figure 6.2 représente une étape du plan de traitement. Les ressources peuvent exister mais ne sont pas accessibles : elles peuvent être mobilisées par la technique du renforcement des ressources avec des SBA ; en cas d'absence, elles peuvent être installées et créées à partir d'orientations thérapeutiques dont le patient retire des expériences positives. Dans ce contexte, le retraitement du trauma réactive le TAI et facilite l'intégration des souvenirs ; l'accès à la transformation du souvenir permet l'émergence d'une cognition positive qui a son tour constitue une ressource.

► La réduction symptomatique

La décision de s'axer sur la réduction de symptômes ou leur élimination est souvent articulée à une présentation clinique simple où un diagnostic unique a été posé face à une problématique unique également. Du fait d'une demande très circonscrite à la disparition d'un ou des symptômes réactionnels à un événement récent et/ou unique, le temps de la thérapie est limité.

Brigitte

Brigitte, patiente demandeuse d'une thérapie EMDR, orientée vers nous par les urgences psychiatriques suite à la survenue d'attaques de panique consécutives à un accident de la voie publique survenu 5 mois auparavant, avait consulté un psychiatre pour surmonter ses troubles invalidants ; « ce n'est pas normal... avant l'accident j'accompagnais régulièrement mes petites filles aux activités de loisir le mercredi... je ne peux plus rien faire, je suis devenue dépendante... inutile... » Conviée par son psychothérapeute, à évoquer et se centrer sur son histoire personnelle et sur ses relations familiales, pour aider la patiente à aller au-delà de la plainte portant sur les symptômes « je suis angoissée... j'ai peur de conduire... », elle avait été traversée par des sentiments d'incompréhension et peut être des mécanismes défensifs et avait abandonné sa thérapie : « je voulais qu'on m'aide à surmonter mes peurs de la voiture... et on demandait de parler de mes parents. Je ne voyais pas le rapport... »

Bien que l'histoire de cette patiente recélât de nombreux événements prémorbides en lien avec des troubles de l'attachement, qui pouvaient avoir une énorme incidence sur la prédisposition à ce TSPT (Shapiro 2007), la plainte était centrée sur les conséquences les plus invasives d'un événement bien circonscrit et identifié et la patiente ne faisait pas spontanément ces liens.

La phase de psychoéducation, lors de la prise en charge en thérapie EMDR, avait informé la patiente des liens possibles entre les réactions subjectives à ces événements anciens et les manifestations symptomatiques du présent, réactionnelles à l'accident. L'approche en 3 temps a alors été préconisée à court terme : le plan de traitement dans ce cas va se superposer au plan de ciblage pour engager un traitement à court terme selon les 3 temps : le passé, où la scène de l'accident devient le souvenir source ou point de départ de la problématique, le présent, celui qui incarne la perturbation lors des déclencheurs de la réactivité émotionnelle, le futur orienté vers le scénario réaliste désiré en termes de changement salutaire. Si des blocages s'étaient installés au cours des désensibilisations, le thérapeute se serait alors tourné vers ces situations traumatiques antérieures qui avaient contribué aux blocages pour les retraiter et ceci avec le consentement éclairé du patient. Il n'est pas rare qu'après l'expérimentation de quelques séances EMDR, le patient demande à continuer sa thérapie pour explorer les situations anciennes.

Certains patients présentant des tableaux plus complexes consécutifs à des traumatismes anciens ne veulent cibler que la problématique la plus perturbante dans le présent en évitant même l'engagement vers le traitement des cibles du passé à la base de cette problématique ; la réduction de symptômes qui en résulte peut agir comme un facteur d'encouragement ou de reprise de contrôle sur un vécu d'impuissance et de débordement et ces patients peuvent secondairement donner un accord pour s'engager dans la suite de leurs soins. C'est parfois le thérapeute qui guide le plan de traitement en ce sens.

La modalité de thérapie brève centrée sur la réduction de symptômes, peut être appliquée dans le cadre de recherches mais aussi, lorsque le patient bénéficie d'une assistance pour

quelques séances d'EMDR prises en charge financièrement par une compagnie d'assurance ou par une mutuelle.

► La psychothérapie intégrale

Le traitement intégral en EMDR concerne l'ensemble du tableau clinique et l'ensemble des problématiques. Selon le nombre de problématiques à traiter il peut impliquer une durée de thérapie plus longue.

Les tableaux et présentations cliniques qui relèvent d'un traitement complet et plus profond sont extrêmement diversifiés. Il s'agit souvent de cas cliniques où des souffrances plus invasives ont entraîné de multiples complications dans différents registres de la vie. Par exemple, des patients qui souffrent d'un déficit de l'estime de soi, qui se manifestent dans de nombreux secteurs de leur vie. Des patients qui présentent des plaintes en lien avec des traumatismes développementaux qui résonnent avec des pensées négatives telles que « je ne suis pas aimable » lesquelles pilotent leurs expériences relationnelles...

Pour d'autres tableaux, les plaintes sont extrêmement diffuses et le matériel déposé très peu élaboré. Le recours aux techniques de stabilisation en alternance avec le repérage des problématiques et des souvenirs permet de mettre du relief dans un plan de traitement initialement lisse. La carte des traumatismes et des ressources peut être d'un grand recours.

Parfois les dérégulations émotionnelles (colères intempestives, incontrôlées, crises d'angoisses, troubles dysthymiques) provoquent des troubles du comportement désocialisants et dangereux. Le plan de traitement dans ces cas, articulera différentes approches complémentaires allant de l'apprentissage de nouvelles compétences, aux initiations aux techniques de gestion de l'affect, aux exercices d'auto apaisement et de contenance etc..., avant de passer au retraitement de cibles. L'orientation vers des approches systématiques et/ou familiales peut participer à soulager la symptomatologie.

Les présentations cliniques de type complexes et très instables comportant des troubles dissociatifs et du comportement signent le diagnostic de troubles de la personnalité ; ces cas relèvent de suivis thérapeutiques supervisés et de plans de traitement structurés à partir d'une solide conceptualisation de cas.

Quelles que soient les présentations cliniques, la conceptualisation et les plans de traitements utilisent des stratégies thérapeutiques convergeant vers des prises de conscience, vers l'autonomisation de la personne, dans un renforcement de ses compétences et de son assise identitaire.

La conceptualisation favorise l'élaboration d'un plan de traitement qui pose un cadre « transparent » et structurant en balisant les étapes du soin. Intelligible pour le patient, il renforce les informations et la psychoéducation en donnant plus de sens et de force à son engagement dans le soin.

Intégrant la stabilisation qui évite des impasses et des complications cliniques (Korn et Leeds 2002), la conceptualisation permet d'ajuster le projet de soin au plus près de la présentation clinique du patient pour faciliter et garantir des résultats stables à travers l'activation du traitement adaptatif de l'information appliqué aux situations cibles recueillies dans les différentes problématiques (plans de ciblage) composant le plan de traitement.

Elaborés dans une approche concertée et négociée avec le patient, autour de projections de changements et d'objectifs thérapeutiques réalistes, cohérents et écologiques au regard des contextes de vie actuels, la conceptualisation, et le plan de traitement qui en découle, posent les bases d'une thérapie EMDR efficiente, éclairant le modèle du traitement adaptatif de l'information et augurant des prises de conscience et des changements salutaires dans la réalité, tout en consolidant les aménagements intrapsychiques et interrelationnels qui alimentent la résilience psychologique du sujet.

BIBLIOGRAPHIE

- AINSWORTH M.D.S. (1964) « Patterns of attachment behaviors shown by an infant in interaction with his mother », *Merill-Palmer Quarterly*, 10, 51-58.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000) *DSM-IV-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e édition révisée, Washington DC, American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013) *DSM-V : diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5e édition, Washington DC, American Psychiatric Association.
- BERNSTEIN E.M. PUTNAM, F.W. (1986) « Development, reliability, and validity of a dissociation scale », *Journal of Nervous et Mental Disease*, 174, 727-735.
- BOWLBY J. (1969) *Attachment and loss*, Vol. 1 : Attachment, New York, Basic Books.
- CARLSON E.B, DALENBERG C. (2000) « A conceptual framework for the impact of traumatic experiences », *Trauma, violence et abuse*, 1, 1, 4-28.
- CATHERALL, D.R. (2004) *Handbook of stress, trauma, and the family*, New-York, Brunner-Routledge.
- DWORKIN M. (2005) *EMDR and the relational imperative. The therapeutic relationship in EMDR treatment*, Londres, Routledge.
- GAUTHIER J., BOUCHARD S. (1993) « Adaptation canadienne-française de la forme révisée du 'State-Trait Anxiety Inventory' de Spielberger », *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 25, 4, 559-578.
- FORGASH C.A., COPELEY M. (2008) *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy*, New-York, Springer Publishing Co.
- HERMAN J.L. (1992a) *Trauma and Recovery : The Aftermath of Violence — From Domestic to Political Terror*, New York, Basic Books.
- HERMAN J.L. (1992b) « Complex PTSD : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma », *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- HOFMANN A. (2009) « The Absorption Technique » in *EMDR Scripted Protocols. Special Populations*, Luber M., New-York, Springer Publishing Company, 2010, p. 275-280.
- HYER L., MAXFIELD L. (2002) « The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD », *Journal of clinical Psychology*, 58, 1, 23-41.
- JANET P. (1904) « L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion », *Journal de psychologie*, 1, 417-453.

- KIESSLING R. (2009) « The wedging technique » in *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols : basics and special situations*, Luber M. et al., New-York, Springer Publishing Co, 2009, p. 91-92.
- KESSLER R.C., SONNEGA A., BROMET E., ET AL. (1995) « Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- KLUFT R.P. (1987) « An update on multiple personality disorder », *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 363-373.
- KORN D.L., LEEDS A.M. (2002) « Preliminary Evidence of Efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of Treatment of Complex Post-traumatic Stress Disorder », *Journal of Clinical Psychology*, 58, 12, 465-487.
- LEEDS A.M., SHAPIRO F. (2000) « EMDR and Resource Installation : Principles and procedures for enhancing current functioning and resolving traumatic experiences », in *Brief Therapy Strategies with Individuals and Couples*, J. Carlson & L. Sperry (Eds), Phoenix, AZ : Zeig, Tucker, Theisen, Inc, p. 469-534.
- LIOTTI G. (1992) « Disorganized/ disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders », *Dissociation*, 5, 196-204.
- LUBORSKY L., MCLELLAN A.T., WOODY G.E., O'BRIEN C.P., AUERBACH A. (1985) « Therapist success and its determinants », *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- MOL S.S.L., ARNTZ A., METSEMAKERS J.F.M., DINANT G., VILTERZ-VAN MONTFORT P.A.P., KNOTTNERUS A. (2005) « Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events : Evidence from an open population study », *British Journal of Psychiatry*, 186, 494-499.
- NIJENHUIS E.R.S., SPINHOVEN P., VAN DYCK R., VAN DER HART O. (1996) « The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688-694.
- OGDEN P., MINTON K., PAIN C. (2006) *Trauma and the body*, New York, Norton.
- PUTNAM F.W., GUROFF J.J., SILBERMAN E.K., BARBAN L., POST R.M. (1986) « The clinical phenomenology of multiple personality disorder : A review of 100 recent cases », *Journal of clinical psychiatry*, 47, 285-293.
- SCHORE A.N. (2009) « Relational trauma and the developing right brain : an interface of psychoanalytic self psychology and neuroscience », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159, 189-203.
- SHAPIRO F., SILK-FORREST M. (1997) *Des yeux pour guérir*, Paris, Seuil, 2005.
- SHAPIRO F. (2007) *Manuel d'EMDR*, Paris, InterEditions.
- STEINBERG M., ROUNSAVILLE B. CICHETTI D.V. (1990) « The Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders : Preliminary report on a new diagnostic instrument », *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- TERR L.C. (1991) « Childhood traumas : an outline and overview », *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- VAN DER HART O., NIJENHUIS E., STEELE K. (2006) *Le soi hanté : Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation*, Paris, Deboeck, 2010.

Chapitre 7

Protocoles et procédures EMDR

Huit phases, trois volets et onze points

Jenny Ann Rydberg

La psychothérapie EMDR utilise un modèle de traitement en huit phases et un protocole standard en trois volets temporels. Ces phases et ces volets temporels guident la conceptualisation de cas et le plan de traitement dans la prise en charge.

Une procédure en onze points est appliquée aux cibles que sont les informations stockées en mémoire de manière dysfonctionnelle et à l'origine de la symptomatologie actuelle, selon la métaphore fondatrice du traitement adaptatif de l'information (TAI).

LES HUIT PHASES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE EMDR

Le nombre de séances consacrées à chaque phase et le nombre de phases abordées en une même séance varieront d'un patient à l'autre (Shapiro, 2001). Les huit phases correspondent à la chronologie du déroulement de la psychothérapie, mais un certain chevauchement entre diverses phases sera inévitable. En effet, chaque phase vise des objectifs qui seront toujours poursuivis et mis à jour tout au long du traitement.

Les deux premières phases, le recueil de l'histoire du patient (phase 1) et la préparation (phase 2) marquent le début de la psychothérapie EMDR et reflètent les principes fondamentaux de toute prise en charge psychothérapeutique. En effet, dans toute psychothérapie, il s'agit

de construire une alliance thérapeutique (Leeds, 2009) et d'identifier des buts psychothérapeutiques communs fondés sur une construction partagée servant à expliquer les origines de la souffrance actuelle ainsi que les actions à entreprendre pour modifier cette souffrance. D'autre part, le praticien doit s'assurer que le patient dispose de capacités d'autorégulation suffisantes. À cet effet, la technique la plus souvent enseignée et employée est celle du « lieu sûr », consistant en la visualisation d'un lieu apportant sécurité ou calme, de manière très similaire à ce qui se fait dans de nombreuses autres approches psychothérapeutiques (comme l'hypnose) et de relaxation (comme la sophrologie), mais avec l'ajout de stimulations alternées d'attention double. Le lieu sûr s'installe en dix étapes :

1. Le praticien invite le patient à penser à un endroit, réel ou imaginaire, qui induit un sentiment de calme ou de sécurité.
2. Le praticien demande au patient de se centrer sur toutes les dimensions sensorielles associées à cet endroit, de se laisser éprouver les émotions qui y sont liées et d'identifier les sensations corporelles agréables.
3. Le praticien invite le patient à se concentrer sur tous les éléments qui renforcent le sentiment de sécurité ou de calme.
4. Le praticien administre plusieurs séries de stimulations alternées d'attention double au patient pendant qu'il se concentre sur les ressentis agréables.
5. Le patient est invité à trouver un mot-clé qui représente le lieu sûr et à le répéter mentalement tout en remarquant les ressentis agréables pendant que le praticien continue d'administrer des stimulations alternées d'attention double.
6. Le patient réalise l'exercice seul. Le praticien peut renforcer tout changement positif à l'aide de stimulations alternées. Il fait remarquer que le patient pourra utiliser cet exercice en dehors des séances.
7. Le praticien invite le patient à laisser venir à l'esprit une contrariété légère et récente, en remarquant son effet, puis à utiliser le mot-clé pour évoquer à nouveau le lieu sûr. Le praticien administre des stimulations alternées sur tout ressenti positif.
8. Le patient répète seul l'étape précédente.
9. Le praticien invite le patient à s'administrer des tapotements alternés en se concentrant sur les ressentis positifs.
10. Le praticien demande au patient d'effectuer cet exercice chez lui, à plusieurs reprises, notamment lorsqu'il ne se sent pas bien.

D'autres techniques de stabilisation et d'autorégulation peuvent également être enseignées au patient, selon le choix du praticien : respiration abdominale, relaxation progressive, cohérence

cardiaque, méditation de pleine conscience, autohypnose, technique du faisceau lumineux, etc.

Les phases 3 à 7 (évaluation, désensibilisation, installation, scanner corporel et clôture) sont celles qui utilisent les stimulations d'attention double (ou stimulations bilatérales alternées), communément identifiées comme étant « de l'EMDR », pour ceux qui y voient une simple technique ou méthode plutôt qu'une approche psychothérapeutique complète. Elles ne peuvent bien évidemment se déployer que grâce aux phases précédentes qui ont élaboré une conceptualisation de cas définissant des buts psychothérapeutiques ainsi que les moyens donnés pour y parvenir. Elles abordent directement la désensibilisation et le retraitement des souvenirs, des déclencheurs et des éventuels obstacles à la réalisation d'une action future souhaitée, jusqu'à une résolution adaptative, avec une augmentation des connexions avec des réseaux mnésiques positifs. La dernière phase, la réévaluation (phase 8), consiste à vérifier les effets thérapeutiques et permet, par les informations recueillies, de mettre à jour le ou les plans de ciblage définis en phase 1 et d'adapter ou d'ajouter des éléments tant au plan de traitement (phase 1) qu'aux outils d'autorégulation émotionnelle (phase 2) (Shapiro, 1995, 2001, 2007, 2014).

Tableau 7.1. Aperçu des huit phases

Phase	Description
1. Recueil de l'histoire du patient	Établir une alliance thérapeutique. Obtenir des informations sur le passé et sur le contexte actuel du patient. Déterminer l'indication de la psychothérapie EMDR. Formuler un plan de traitement comprenant un ou plusieurs plan(s) de ciblage (comprenant les événements passés, les déclencheurs présents et les attentes futures en lien avec la problématique actuelle), chaque plan de ciblage reflétant un axe, une thématique problématique récurrente dans la vie du patient.
2. Préparation	Apporter des informations sur la psychotraumatologie, la psychothérapie EMDR et le modèle TAI. Enseigner des techniques d'autocontrôle ou d'autorégulation émotionnelle.
3. Évaluation	Accéder aux aspects principaux de la cible : image ou représentation sensorielle, croyance négative, croyance positive, émotion et sensation corporelle. Obtenir les valeurs initiales sur les échelles de validité de la croyance et d'unités de perturbation subjective.
4. Désensibilisation	Retraiter les expériences ciblées jusqu'à une résolution adaptative reflétée par une absence de perturbation éprouvée par le patient. Apporter des séries de stimulations d'attention double (mouvements oculaires, tapotements ou sons) et évaluer le changement à travers les descriptions du patient. Revenir périodiquement à la cible pour accéder au matériel résiduel. Utiliser des interventions supplémentaires qu'en cas de blocage manifeste du retraitement.

Tableau 7.1. (suite)

5. Installation	Poursuivre le retraitement en intégrant explicitement la croyance positive souhaitée. Apporter des séries de stimulations d'attention double (mouvements oculaires, tapotements ou sons) et évaluer le changement à travers les descriptions du patient. Renforcer la validité de la croyance positive souhaitée en lien avec l'expérience ciblée.
6. Scanner corporel	Retraiter toute perturbation résiduelle éventuelle en lien avec la cible et la croyance positive, telle que manifestée à travers les sensations corporelles. Apporter des séries de stimulations d'attention double (mouvements oculaires, tapotements ou sons) et évaluer le changement à travers les descriptions du patient.
7. Clôture	Assurer la stabilité du patient à la fin de chaque séance. Informar le patient de ce qui peut se passer entre les séances et l'inviter à tenir un journal de bord. Utiliser les techniques enseignées en phase 2 au besoin.
8. Réévaluation	Vérifier le maintien de la stabilité et les effets thérapeutiques. Vérifier l'absence de perturbation associée aux cibles traitées précédemment. Ajuster le plan de traitement si nécessaire.

LA PROCÉDURE EMDR STANDARD EN ONZE POINTS

Lorsque le plan de traitement a été clairement défini et que le patient est prêt à entamer le travail de désensibilisation et de retraitement, le praticien appliquera alors la procédure EMDR standard en onze points à chacune des cibles identifiées (Shapiro, 2001). Cette procédure correspond aux phases 3 à 7.

- 1. Image.** Le patient est invité à décrire l'image (ou la représentation sensorielle, à défaut d'informations visuelles) qui correspond le mieux à la cible ou qui représente le pire aspect de l'expérience ciblée.
- 2. Cognition négative.** Le praticien demande au patient quels sont les mots qui vont le mieux avec cette image (ou avec la représentation sensorielle s'il n'y a pas d'image) et qui expriment sa croyance négative sur lui maintenant. Cette cognition doit être négative, irrationnelle, autoréférencée et généralisable ; cet affect verbalisé exprime ce que la cible évoque ou confirme comme appréciation sur soi, « résonnant comme vrai maintenant. »
- 3. Cognition positive.** Le praticien demande au patient, quand il pense à l'image, ce qu'il aimerait croire de lui-même maintenant. Cette cognition doit être autoréférencée, refléter le sens du changement désiré, être au moins un petit peu crédible en tant que but espéré, généralisable, et concerner la même thématique que la cognition négative. La formulation est positive (par exemple, « je suis fort » ou « je suis quelqu'un de bien ») plutôt qu'une négation de la cognition négative (par exemple, « je ne suis pas faible » ou « je ne suis pas nul »).

4. Validité de la croyance (VOC : validity of cognition). Le praticien demande au patient d'évaluer, au niveau de son ressenti (de ses « tripes »), la validité de la cognition positive (le praticien répète les mots de la cognition positive), c'est-à-dire combien il la ressent comme vrai *maintenant*, dans l'instant présent, lorsqu'il pense à la cible. Cette échelle en sept points va de 1, « complètement faux », à 7, « complètement vrai. »

5. Émotion. Le praticien demande au patient, lorsqu'il se centre sur l'image (le praticien précise quelle est l'image) et sur les mots de la cognition négative (le praticien répète les mots de la cognition négative), quelles émotions il éprouve *maintenant*, dans l'instant présent (plutôt que la perturbation éprouvée lors de la survenue de l'expérience ciblée).

6. Unités subjectives de perturbation (SUD : subjective units of disturbance). Le patient est invité à évaluer le niveau de perturbation qu'il éprouve maintenant, sur une échelle entre 0, « pas de perturbation », et 10, « le plus haut niveau de perturbation imaginable. »

7. Siège des sensations corporelles. Juste après avoir estimé le niveau de perturbation ressentie (SUD), le patient est invité à localiser cette perturbation en termes de sensations corporelles.

8. Désensibilisation. Le praticien invite le patient à se centrer sur l'image (le praticien répète l'image) et sur les mots de la cognition négative [le praticien répète les mots], à remarquer l'endroit de son corps où il ressent la perturbation (le praticien nomme cet endroit), puis à laisser venir ce qui vient sans juger de ce qui doit être là. Le praticien commence alors à administrer les stimulations d'attention double par séries d'environ 24 allers-retours. À la fin de chaque série, le praticien invite le patient à faire une pause et à respirer. Le but est d'aider la personne à « lâcher » ce qui lui est venu pendant les stimulations d'attention double et à se réorienter dans le présent. Le patient rapporte ensuite « ce qui est là » ou ce qui lui vient. Lorsque les associations deviennent neutres ou positives, de manière avérée, le praticien invite le patient à se recentrer sur la cible puis poursuit les séries de stimulations d'attention double. Cette procédure est répétée jusqu'à ce que le retour sur la cible ne suscite plus aucune perturbation (SUD=0).

9. Installation. Le praticien vérifie auprès du patient si, lorsqu'il pense à la cible maintenant, les mots choisis initialement pour la cognition positive conviennent toujours ou si d'autres mots correspondraient mieux maintenant à ce qu'il souhaite croire de lui-même. Ensuite le patient évalue dans quelle mesure ces mots résonnent comme vrais pour lui maintenant sur l'échelle VOC, lorsqu'il se centre sur la cible. Des séries de stimulation d'attention double sont appliquées jusqu'à ce que la valeur sur l'échelle VOC atteigne 7, « complètement vrai », ou éventuellement 6, si cette valeur est considérée comme adaptative et écologique.

10. Scanner corporel. Le patient est invité à se recentrer sur la cible ainsi que sur les mots de la croyance positive ressentie comme vraie, puis à « balayer » ou à « scanner » son corps pour identifier toute sensation ou perturbation résiduelle. Des séries de stimulations d'attention double sont appliquées jusqu'à ce que le patient ne décrive que des sensations neutres ou positives en se centrant sur la cible et sur les mots de la cognition positive.

11. Clôture. Le praticien évalue le besoin de stabiliser le patient, l'invite à se centrer sur ce qu'il souhaite retenir de sa séance, l'encourage le cas échéant à utiliser l'une des techniques d'autorégulation émotionnelle déjà apprises ; il l'informe de la possibilité que le retraitement se poursuive après la séance et indique les signes repérables d'un tel retraitement continu, puis l'invite à tenir un journal de bord pour décrire ce que le patient aura observé entre les séances.

Cette procédure en onze points s'applique au traitement de divers troubles cliniques autres que l'état de stress post-traumatique (ESPT) simple, auprès de populations variées, dans différentes conditions et situations. Cette adaptation s'opère au moyen de protocoles spécifiques qui modifient légèrement l'application de ces onze points (Luber, 2009, 2010, 2014).

La conceptualisation de cas, la définition d'un plan de traitement avec un ou plusieurs plans de ciblage et l'introduction du travail psychothérapeutique (phases 1 et 2) associées à la réévaluation régulière (phase 8) permettent de continuellement ajuster l'identification des cibles (souvenirs, expériences, impressions... tout élément de mémoire en lien avec la problématique décrite par le patient) afin de répondre au mieux aux objectifs thérapeutiques (Shapiro, 2001, 2007).

Ainsi parmi les 8 phases de l'EMDR, les deux premières et la dernière déterminent les objectifs thérapeutiques, les cibles à traiter pour les atteindre et la réévaluation de ce plan de traitement, tandis que les phases 3 à 7 ou procédure en 11 points permettront de traiter les cibles identifiées.

LE PROTOCOLE EMDR STANDARD EN TROIS VOILETS

Tandis que la procédure EMDR standard en 11 points est appliquée à une cible lors de chaque séance de retraitement, le protocole EMDR standard guide la conceptualisation de cas et le déroulement du traitement selon trois volets (Shapiro, 2001, 2007, 2014) :

- Les expériences passées qui ont fait le lit de la pathologie,
- Les situations actuelles ou déclencheurs qui activent la perturbation dans la vie présente,
- Les modèles ou schémas nécessaires à une action appropriée à l'avenir.

Cependant, tous les souvenirs d'événements passés et tous les déclencheurs ne devront pas être retraités individuellement, car tant l'expérience clinique que la recherche contrôlée ont démontré la généralisation des effets thérapeutiques depuis les cibles représentatives à d'autres souvenirs et stimuli similaires appartenant aux mêmes réseaux mnésiques (Leeds, 2009).

En résumé, les repères principaux à retenir sont :

- ➔ La métaphore TAI qui sous-tend théoriquement la psychothérapie EMDR : les problématiques actuelles trouvent leur source dans l'encodage mnésique dysfonctionnel lors d'expériences de vie défavorables antérieures (Shapiro, 1995, 2001, 2014) ;
- ➔ Le modèle psychothérapeutique fondé sur huit phases : recueil de l'histoire du patient, préparation, évaluation, désensibilisation, installation, scanner corporel, clôture, réévaluation ;
- ➔ Le protocole standard en trois volets : prise en compte des expériences passées, présentes et futures du patient ;
- ➔ La procédure standard en onze points : l'ensemble des étapes procédurales appliquées à chaque cible définie dans les plans de ciblage et dans le plan de traitement.

BIBLIOGRAPHIE

LEEDS A.M. (2009) *A Guide to the Standard EMDR Protocols for Clinicians, Supervisors, and Consultants*, New York, Springer.

LUBER M. (2009) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols : Basics and Special Situations*, New York, Springer.

LUBER M. (2010) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols : Special Populations*, New York, Springer.

LUBER M. (2014) *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Disasters : Models, Scripted Protocols, and Summary Sheets*, New York, Springer.

SHAPIRO F. (1995) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*, New York, Guilford Press.

SHAPIRO F. (2001) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2nd ed), New York, Guilford Press. {Traduit en français : *Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures*, Paris, InterEditions. 2007.}

SHAPIRO F. (2007) « EMDR and Case Conceptualization from and Adaptive Information Processing Perspective », in *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes*, Shapiro, F., Kaslow, F.W. & Maxfield, L., Hoboken (NJ), Wiley, p. 3-34. {Traduit en français : *EMDR et thérapies familiales. Manuel pratique*, Shapiro, F., Kaslow, F.W. & Maxfield, L., Paris, InterEditions, 2012.}

SHAPIRO F. (2014) « The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine : Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences », *Permanente Journal*, 18, 1, 71-77.

Chapitre 8

Le plan de ciblage standard

Martine Iracane

Après avoir repéré le niveau de stabilité, déterminé le type de présentation clinique et les différentes problématiques du patient, le plan de traitement va d'abord orienter l'application du traitement EMDR vers la problématique actuelle choisie par le patient, en général celle qui est la plus perturbante.

Celle-ci fera l'objet d'un premier plan de ciblage qui permettra un traitement séquentiel en observant un plan, élaboré en amont du traitement des cibles proprement dites.

Le plan de ciblage, constitué par un recueil de cibles, prescrit un plan de travail en trois temps : partant de la plainte (cibles du présent), le plan de ciblage, par sa fonction exploratoire, permet le repérage de vécus anciens, restés prisonniers dans les réseaux de mémoire dysfonctionnels du passé, jusqu'au souvenir le plus ancien conscient « le souvenir source. » L'ensemble de ces situations représente les bases responsables des symptômes actuels du patient. Dans sa fonction anticipatrice de la guérison, il oriente le traitement vers un futur souhaité, sous forme de projection en imaginaire, et pose ainsi les bases de la résolution future de la problématique.

Il existe plusieurs plans de ciblage, comportant quelques particularités relatives aux différents tableaux cliniques : ils seront présentés dans les chapitres dédiés aux problématiques spécifiques et/ou complexes. Au-delà des différences, leur armature reste commune et repose sur les bases du plan de ciblage standard. Aussi, nous présenterons ici ce modèle de préparation du travail thérapeutique proposé par Francine Shapiro : référé aux trois temps du traitement, le passé, le présent et le futur, le plan de ciblage pose les repères nécessaires à une avancée sécurisée et exhaustive de la problématique alléguée par le patient.

COMPRENDRE LA STRUCTURE DU PLAN DE CIBLAGE STANDARD ET SA FINALITÉ THÉRAPEUTIQUE

Le plan de ciblage constitue un recueil de cibles ordonné selon l'axe du temps qui va favoriser les associations, la mise en sens de ces liens et renforcer les capacités d'élaboration du patient. Ces cibles constituent tous les moments saillants et difficiles de l'expression de la problématique depuis son origine (cibles du passé), jusqu'à sa résolution (cibles du futur), en passant par les moments qui déclenchent la souffrance dans le présent (cibles du présent).

Après leur recueil (plan de ciblage), chacune de ces cibles - si elle conserve une charge émotionnelle perturbante et en suivant le plan élaboré - fera ultérieurement l'objet d'un retraitement des phases 3 à 8 pour activer les transformations opérées par le traitement adaptatif de l'information (modèle TAI). Nous faisons l'hypothèse que la problématique sera dépassée lorsque les cibles des trois temps du traitement auront été examinées et traitées, toutes précautions ayant été observées par ailleurs dans le plan de traitement pour s'assurer de la stabilité psychologique du patient, de l'absence de bénéfices secondaires, de l'existence d'un contexte psychosocial présent non pathogène, et du type de présentation clinique du patient (présentation non complexe versus présentation complexe).

Le repérage des réseaux pathogènes du passé porte sur les points inauguraux de la problématique et fondateurs de la symptomatologie du présent. Ces souvenirs cibles constituent - dans le cas des présentations cliniques non complexes et stables - le premier temps du traitement, celui du passé : les souvenirs les plus anciens, en commençant par le souvenir source si celui-ci est « incarné », seront retraités. Shapiro considère le retraitement utile à partir d'un niveau de perturbation égal ou supérieur à 3 sur 10 à l'échelle SUD (Shapiro, 2007).

Les déclencheurs du présent collectés dans le plan de ciblage, correspondent aux moments du présent où le sujet confronté à des situations, lieux ou personnes, réactive un mal-être et des troubles de l'adaptation. Ce sont les cibles recueillies en première intention car elles correspondent aux plaintes du présent, celles qui motivent la démarche de consultation médico psychologique et qui sont parfois les seules alléguées par le patient.

Lorsque les cibles du passé auront été retraitées, les déclencheurs seront revisités et retraités à leur tour si besoin. Bien qu'ils soient souvent « *affectés positivement par le retraitement des cibles du passé* » étayant la problématique (Shapiro, 2007), il est pertinent de les évaluer méthodiquement car ils peuvent encore contenir des composants délétères ; les réactions émotionnelles dans le contexte réactif du présent, peuvent avoir renforcé leur ancrage par conditionnement.

Le temps du futur, troisième du traitement après le traitement des cibles du passé et celles du présent, favorisera l'incorporation des informations adaptatives pour l'intégration des schémas positifs futurs et leur réalisation in vivo. L'exposition en imaginaire prépare les

connexions neuronales appropriées, et facilite l'apprentissage de nouvelles conduites d'adaptation (Shapiro, 2007).

« Là où s'oriente l'attention, des neurones s'allument ; et là où des neurones s'allument, on peut établir de nouvelles connexions » (Siegel, 1999).

CONSTRUIRE LE PLAN DE CIBLAGE STANDARD

C'est le plan de ciblage qui sera la plus souvent utilisé dans le cas de problématiques post-traumatiques consécutives à un trauma simple ou à des tableaux cliniques de présentation non complexes.

En effet, les liens entre les plaintes et symptômes du présent et l'événement du passé sont parfois très clairs : c'est le cas d'un état de stress aigu, ou d'un ESPT, d'un trauma unique, d'un deuil traumatique. En effet, le patient relie spontanément et impute ses manifestations symptomatiques (sentiments d'alerte, reviviscences, perception de soi modifiée, pensées négatives persistantes, ...) au traumatisme vécu (la perte brutale, l'agression, l'accident...) considéré alors comme le souvenir source et la cause directe des symptômes.

Antoine, éboueur, a subi un accident de travail

Le trauma du passé récent : il a été mordu par un chien au début de sa tournée lors de l'enlèvement des ordures ménagères.

Les déclencheurs : trois mois après l'accident, les moments du présent qui réactivent sa perturbation sont les suivants : le moment où il croise un chien dans la rue, le moment où il entend les aboiements du chien du voisin, le moment où, au cours d'un flash publicitaire à la télévision, il perçoit l'image de chiens, etc.

Le scénario du futur : dominer l'anxiété et faire face aux chiens en restant prudent, mais confiant, de manière ainsi à envisager sa reprise de travail.

Dans d'autres types de présentations cliniques, les symptômes du présent reposent sur une série d'expériences difficiles s'inscrivant dans une temporalité différente : les liens sont moins conscients, l'origine des difficultés moins bien repérée et de ce fait les cibles sont moins accessibles.

Sylvie

Sylvie, mère de trois enfants et cadre en entreprise, allègue au moment de la consultation une difficulté de prise de parole en public - situation à laquelle elle est fréquemment exposée dans le contexte professionnel. La gêne est ancienne et la patiente fait peu de liens avec l'origine de ce trouble invalidant. L'existence de ressources et de bonnes capacités d'adaptation indiquent une présentation clinique stable.

► La problématique du présent

Dans tous les types de présentation, elle va constituer le pied d'appel de la construction du plan de ciblage et, par focalisation progressive, va exposer le patient au matériel le plus difficile de la situation du présent la plus perturbante.

La problématique actuelle s'actualise et s'incarne dans différentes situations spécifiques du présent que nous nommerons des déclencheurs de la problématique.

« Dites-moi dans quelles situations spécifiques, vous rencontrez cette problématique ? »

« C'est au travail surtout... Mais c'est même avec mes amis au restaurant, j'ai peur de parler. »

Comme le soulignait Pierre Janet, quand les individus sont confrontés à une réactivation de leurs souvenirs traumatiques, ils *« continuent l'acte ou plutôt la tentative d'acte qu'ils ont commencés au moment de l'événement [traumatisant] et ils s'y épuisent »* (Janet, 1919). Dans le cas clinique de Sylvie, des éléments non repérés au niveau conscient infiltrent le vécu de situations où la patiente perd tout contrôle émotionnel lors des moments où la prise de parole en groupe s'impose.

Pour construire le plan de ciblage, nous aiderons le patient à rechercher la situation du présent la plus difficile, la plus représentative.

Dans cet exemple clinique, la patiente évoque *« la présentation orale du bilan financier mensuel au comité directeur. »*

Au décours de l'évocation de la situation ou de la scène retenue, il est important d'en encourager l'exposition au moment le plus difficile, dans son versant sensoriel ; la représentation qui peut en résulter chez le thérapeute sera un bon indicateur de la précision du matériel subjectif convoqué par le patient. La nouvelle étape de la focalisation consistera à demander, à partir de cette scène, l'image représentant le moment le plus critique ; il s'agit là de l'empreinte perceptive qui reste présente à l'évocation de la scène. Cette trace retenue peut parfois être un son, une odeur, une sensation physique, un goût.

À ce stade, le thérapeute mentionnera au patient la possibilité de ne pas nommer les contenus précis s'il ne le souhaite pas les formuler : gêne, pudeur, honte, peuvent y être associées. Il l'invitera juste à noter mentalement ce qui vient de plus perturbant - l'efficacité de la construction du plan de ciblage et plus tard celle du traitement EMDR n'étant pas pour autant en péril.

Chez Sylvie, l'image la pire de cet épisode retenue est : « tous les regards de mon auditoire tournés vers moi. »

À partir de cette image, nous demanderons au patient de rechercher la pensée négative perturbante, celle qui dit quelque chose de négatif sur soi que nous nommons Cognition Négative (CN) qui est associée, d'une part à ce point précis sensoriel (l'image) et qui est corrélée, d'autre part à son ressenti, ici et maintenant, à l'évocation de cette image ; en

effet, il s'agit de faire remonter la CN qui constitue elle-même un symptôme, sans doute une émanation d'une CN originaire, constituée au cours d'une expérience traumatique antérieure et restée active et génératrice de détresse émotionnelle. Cette pensée irrationnelle dans le présent est convoquée de manière inconsciente et automatique dans l'expérience des déclencheurs.

Nous invitons le patient à s'exposer à cette image qui suscite dans le présent et encore maintenant en y pensant, de nombreux désagréments somatiques indiquant une hyper activation du système nerveux sympathique.

On aidera le patient à « *identifier les cognitions négatives pour accéder aux souvenirs à traiter et pour les activer... Ces cognitions négatives sont la traduction verbale des émotions et des pensées qui font partie des souvenirs non traités* » (Shapiro, 2014).

« Lorsque vous regardez cette image, quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit et qui disent quelque chose de négatif sur vous et qui résonnent encore comme vrais maintenant ? »

CN de Sylvie : « je ne peux pas faire face. »

Cette cognition négative est assortie ensuite à son point de bascule à 180°, son orientation opposée, c'est-à-dire la Cognition Positive (CP) point de repère de l'intégration du réseau mnésique positif ciblé.

Plutôt que « je ne peux pas faire face à la situation », que préféreriez-vous au contraire penser de vous-même ?

CP de Sylvie : « je peux faire face. »

Les CN perturbantes renvoient à un des registres suivants : Responsabilité (culpabilité ou estime de soi), Sécurité, Choix/ Contrôle (se référer aux chapitres sur les cognitions).

Ici, le registre de la sécurité est convoqué.

► Les cibles du passé

Cette CN va constituer le fil rouge pour rechercher les souvenirs plus anciens s'étageant le long de l'axe du temps et corrélés à cette pensée. Par questionnement direct (« *Dans le passé avez-vous déjà eu les mêmes pensées négatives ?* »), cette CN exploratrice, et « éclairer », va accrocher au cours de son inspection du passé, différents souvenirs se mettant en résonance avec elle, jusqu'au plus ancien nommé « souvenir source. »

Le souvenir source est celui où s'augure la base de la problématique, les racines de la souffrance actuelle. C'est le souvenir le plus ancien disponible à la conscience.

Souvent associée à un vécu infantile parfois précoce, l'expérience a confronté le sujet vulnérable, de par son âge, à des sentiments d'impuissance, d'insécurité, de non compréhension,

ensemble de situations où l'enfant n'a pas été (ou ne s'est pas senti) soutenu par des figures d'attachement.

« En dehors des présentations aiguës et récentes, les fondations de la problématique se situent, dans un passé référé à la période psycho développementale » (Shapiro, 2007).

Ce matériel non métabolisé a créé une première empreinte sur laquelle se sont déposées et sédimentées des strates d'informations similaires, à l'origine des symptômes ; cette condensation d'informations nécessitera d'être défragmentée lors de son traitement.

Dans la recherche du souvenir source, nous ne sommes jamais sûrs que l'expérience disponible la plus ancienne corresponde réellement au fondement de la problématique.

En effet, une situation ancienne pouvant faire écran à une autre, nous accueillerons le souvenir disponible comme une base ou une hypothèse de travail ; au cours du traitement, il se pourra qu'émerge un des souvenirs plus anciens constituant l'expérience *princeps* de la problématique.

Le caractère recomposé et inventé du souvenir source, ne fait en aucun cas obstacle au traitement : ce qui fait sens est bien la dimension subjective de la réalité psychique, au-delà de la réalité historique et événementielle. Ainsi un souvenir écran, un souvenir reconstruit, une trace lointaine et flottante, pourront être retenus comme souvenir source. Parfois le souvenir source se rattache à une trace inscrite dans les mythes familiaux ou dans les mémoires trans-générationnelles : nous pouvons également accepter cette représentation comme une première empreinte de la problématique.

Dans notre vignette clinique, la cognition négative « je ne peux pas faire face », retenue comme pensée perturbante dans les moments les plus pénibles du contexte professionnel fait facilement écho, à la faveur du questionnement direct, aux souvenirs du contexte scolaire de l'adolescence, nommés ici cibles du passé : « Au lycée, Il fallait préparer des exposés, et parler devant la classe... Je me disais que je ne pouvais pas y arriver... »

Dans le cas où cette stratégie du questionnement direct ne permet pas d'explorer un passé lointain, d'autres modalités de recherche des souvenirs du passé peuvent être utilisées pour faciliter l'accès au souvenir source : ce sont les techniques du « float back » et du « pont d'affect » que nous présentons ci-dessous.

● La technique du float back

La technique du *float back* de Browning (1999) permet grâce à une régression temporelle, une exploration plus profonde (Shapiro, 2007) ; elle consiste à associer la CN et l'émotion du souvenir repéré par le questionnement direct comme base et pied d'appel à la recherche, pour permettre l'éventuelle émergence d'un souvenir encore plus ancien. La prosodie apaisante peut favoriser un début d'état modifié de conscience favorable à la remontée d'un souvenir

plus ancien, grâce au relâchement des résistances comme on peut l'observer dans l'induction hypnotique.

« Je vous invite à penser à nouveau à cette image (de répéter le souvenir le plus ancien identifié ; ici il s'agit de la situation de préparation des exposés) et à ses mots négatifs (répétez la CN).

Et maintenant, laissez revenir l'image (répéter l'image), ces mots négatifs (répéter le CN), remarquez les sentiments qui s'installent en vous, et laissez flotter votre esprit vers le passé vers une époque lointaine de votre vie, peut-être quand vous étiez un adolescent ou un enfant, ne recherchez pas quelque chose de précis... laissez juste flotter votre esprit vers le passé et dites-moi la première scène qui vous vienne à l'esprit où vous avez eu les mêmes pensées (là répétez la CN) et éprouvez les mêmes ressentis de (répétez les émotions). »

Le souvenir recueilli chez Sylvie était un épisode à 10 ans où, autour de la table lors d'un repas de famille, sa mère lui a demandé de réciter une poésie et qu'elle est restée sans voix ...

Si le souvenir le plus ancien identifié grâce au *float back* s'inscrit encore tardivement dans la ligne du temps, il est possible d'appliquer la technique du pont d'affect sur ce dernier souvenir, pour tenter de repérer une cible plus ancienne, une situation s'inscrivant dans la petite enfance.

● La technique du pont d'affect

Proche de celle du *float back*, la technique du pont d'affect (Shapiro, 2007) inspirée de la technique de Watkins et Watkins (1971), met l'accent sur la sensation inscrite dans le corps ; c'est l'empreinte somatique corrélée à la situation du présent qui va permettre le lien (et faire le pont) avec l'affect du souvenir passé pour en faciliter ainsi son émergence.

Selon Shapiro, le pont d'affect est particulièrement utile lorsque la CN n'est pas claire ou lorsque des souvenirs précoces ne sont pas obtenus par les autres moyens (questionnement direct et *float back*).

« Concentrez-vous sur le souvenir, les émotions et les sensations dans votre corps, et laissez votre esprit scanner dans le passé la première fois où vous vous souvenez avoir eu ces sensations. »

Le souvenir connecté à ce moment-là occupera la place du souvenir source.

Si rien de plus n'est contacté, le souvenir précédent sera qualifié de souvenir source.

Dans notre exemple clinique, la technique du pont d'affect a permis une connexion avec un souvenir traumatique ancien : Sylvie a 6 ans lorsqu'à la maison un soir, le téléphone a sonné pour annoncer le décès brutal de son grand père... et c'est dans ce contexte que parvient à la petite fille, cette injonction maternelle « surtout ne dis rien à ta petite sœur ! ». La parole est devenue source d'angoisse par télescopage ou condensation avec le danger lié à la perte à laquelle la petite fille ne pouvait subjectivement faire face ; la pensée « je ne peux pas

faire face » convoquée dans les situations de « dire », est restée figée avec tous les autres composants traumatiques de la cible... La peur, les sensations physiques de danger...

► Le troisième temps du traitement : le futur

Partant de la problématique du présent, Il s'agit d'orienter maintenant le patient vers les résolutions et les solutions envisagées dans le futur. Le scénario du futur comportera des constituants sensoriels, somatiques, cognitifs, émotionnels à l'instar des autres cibles du passé et du présent.

Préparant sa réalisation (exposition *in vivo*) la dimension du futur, scénarisée, en imaginaire donne corps au projet, pour en faciliter la survenue ; la préparation mentale mobilise les associations à partir de composants subjectifs qui seront incorporés dans la réalité pour en faciliter leur advenue *in vivo*. À ce stade le traitement de l'information favorise et active différentes zones du cerveau, des circuits corticaux et sous corticaux qui vont ouvrir les voies neuro émotionnelles et préparer l'accomplissement de l'action (Shapiro, 2007).

« Là où s'oriente l'attention, des neurones s'allument. Et là où des neurones s'allument, on peut établir de nouvelles connections » (Siegel, 2006).

Ce futur posté dans le plan de ciblage, correspond tout simplement à l'objectif thérapeutique du patient référé à la problématique du présent. Le thérapeute doit veiller à ce que la formulation soit directement positive et ne comporte pas de double négation (« *je serai calme et tranquille* » et non « *je ne serai pas anxieux*. »)

En réponse à plusieurs contextes névralgiques du présent que sont les différents déclencheurs, plusieurs scénarii du futur pourront être élaborés.

« Quand vous pensez aux difficultés que vous avez décrites auparavant, comment aimeriez-vous vous imaginer dans le futur dans une situation similaire ? »

« Je voudrais être capable de parler à mes collaborateurs et supérieurs au travail, simplement en restant calme ; et dans des situations privées comme le restaurant entre amis, également. »

► Synthèse

Le plan de ciblage standard : synthèse de l'exemple de Sylvie

- Problématique actuelle : La peur de parler en public
- Déclencheurs actuels :
- Situation : Au travail, quand la patiente remet son compte rendu au comité directeur.
- Situation : Au restaurant, en présence d'amis.
- Situation retenue la plus perturbante : au travail

- ➔ Image : Tous les regards de son auditoire tournés vers elle.
- ➔ CN et CP du plan de ciblage : « je ne peux pas faire face » et « je peux faire face »
- Événements du passé :
 - ➔ Dans le passé :
 - ➔ Souvenir 1 du passé « au lycée lors des exposés devant la classe »
 - ➔ Souvenir 2 du passé « à table, réciter ma poésie devant la famille »
- Souvenir source : lors de l'annonce du décès de son grand-père quand sa mère lui a demandé de ne pas le dire à sa petite sœur
- Scénario du futur :
 - ➔ Être capable de parler à ses collaborateurs et supérieurs au travail, simplement, en restant calme ; et dans des situations privées également
 - ➔ Partager des moments de convivialité, en restant sereine lors des échanges verbaux

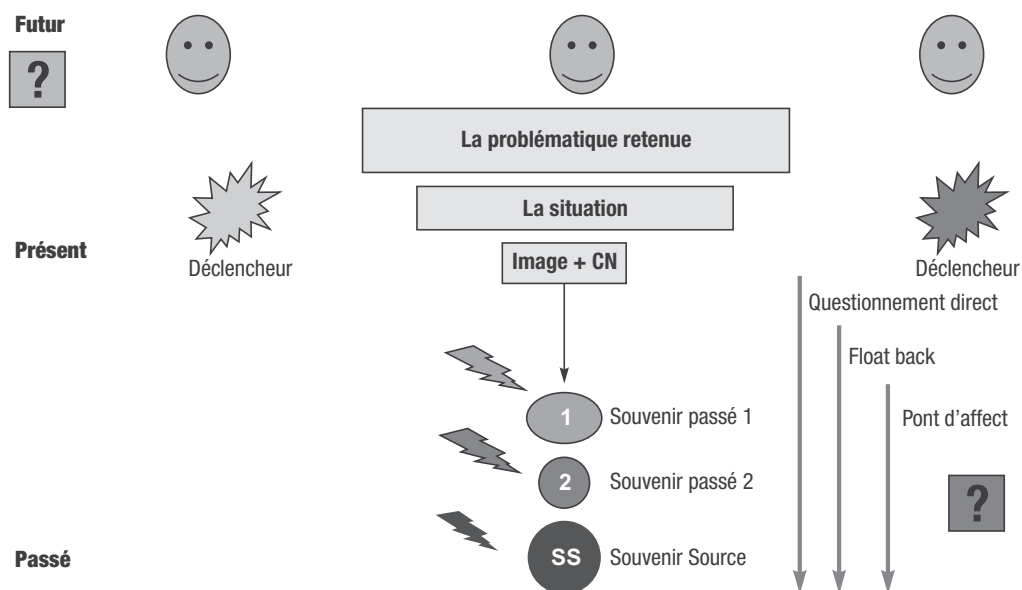


Figure 8.1. La construction du plan de ciblage standard

La figure 8.1 représente la démarche de construction du plan de ciblage standard en trois temps :

- ➔ Étape 1 : le temps du présent. L'attention se centre sur la recherche de la situation la plus représentative de la problématique et le repérage d'autres situations qui l'actualisent (les

déclencheurs). Tandis que le patient focalise sur l'image de la situation la plus perturbante, le thérapeute l'aidera à faire émerger la cognition négative qui infiltre cette situation ;

- ➔ Étape 2 : le temps du passé. Différentes techniques peuvent être utilisées pour aider le patient à trouver les souvenirs du passé, jusqu'au plus lointain souvenir nommé souvenir source. Ces techniques seront utilisées de manière séquentielle : le questionnement direct en première intention, le *float back* et enfin le pont d'affect ;
- ➔ Étape 3 : le temps du futur. Il invite le patient à se projeter vers un futur intégrant la solution à son problème en sollicitant l'imaginaire pour penser le changement.

REMARQUES IMPORTANTES

Il convient de savoir que ces techniques importées de l'hypnose Ericksonienne peuvent contourner les résistances et les verrouillages défensifs de la mémoire consciente (dénis, amnésies lacunaires de souvenirs dissociés, mises à distance protectrices pour le moi..) et faire émerger, de manière impromptue, des traces mnésiques et des souvenirs enfouis. Des niveaux de perturbation émotionnelle et des tensions somatiques qui en sont les corrélats non verbaux (mémoires et souvenirs non élaborés n'intervenant pas directement dans la palette des souvenirs autobiographiques disponibles) risquent de déborder, à cette phase de la thérapie, les capacités de gestion et de contenance émotionnelle du patient.

Aussi, il convient d'en informer le patient et de le préparer à la survenue éventuelle de ces empreintes sensorielles et émotionnelles non métabolisées, capturées dans des réseaux de mémoire traumatiques. La technique du contenant (Murray, 2011) et de distanciation pourront, à ce moment-là, être utilisées confortablement pour mettre des limites et des contours à ces contenus mnésiques parfois indéfinis et diffus ou parfois au contraire d'un réalisme cru. Offrir la perspective de reprise de contrôle par la possibilité d'agir de manière symbolique sur ces remontées mnésiques associées au vécu d'impuissance comporte une vertu anxiolytique et réparatrice immédiate.

De manière générale nous conseillons d'inviter le patient à pratiquer son lieu sûr ou toute autre approche apaisante dont le patient aurait la pratique et que le thérapeute aura pris soin d'installer avant même l'exploration du plan de ciblage.

LE PLAN DE CIBLAGE STANDARD : AUTRES POSSIBILITÉS DE RECHERCHE DU SOUVENIR SOURCE

Parfois la recherche d'une cognition négative attachée à une situation difficile du présent s'avère infructueuse ; nous ne disposons pas, alors, de ce fil rouge cognitif. D'autres vecteurs

de recherche vont remplir cette fonction facilitatrice des liens associatifs : ainsi, une perception exacerbée (un *flashback*, une illusion rémanente d'odeur, une intolérance au bruit, ...) une émotion perturbante et récurrente, une sensation corporelle gênante, un comportement dysfonctionnel itératif, une compulsion, peuvent servir de trait d'union avec les expériences du passé et de fil conducteur associatif. Le principe de la construction du plan de ciblage en 3 temps reste identique.

LES PLANS DE CIBLAGE SPÉCIFIQUES

Des problématiques alléguées par le patient, plus complexes, ou plus spécifiques, modifient les modalités de recueil des cibles et les phases du traitement. Par exemple, pour les patients narcissiquement plus fragiles, le plan de ciblage peut être adapté dans sa procédure d'application à une exploration plus contenante et plus progressive utilisant un va-et-vient avec des techniques de stabilisation (Korn et Leeds, 2002).

Cependant la structure en trois temps y est toujours maintenue : c'est le cas des présentations complexes, de celle des traumatismes récents, des troubles somatiques et psychosomatiques, des phobies et plus récemment des protocoles de groupe. Nous renvoyons le lecteur aux fiches correspondant à ces problématiques spécifiques qui donneront lieu à la construction de plans de ciblage spécifiques.

Le plan de ciblage conditionne l'application d'une approche thérapeutique rigoureuse, séquentielle et exhaustive de la problématique, en respectant les trois temps du traitement à travers les cibles du passé, cibles du présent et celles du futur repérées dans la problématique.

Le plan de ciblage, guide étape par étape l'avancée de la thérapie EMDR vers des changements patents dans la réalité du quotidien du patient.

Il constitue un vrai cadre de travail posant à la fois des limites protectrices et facilitatrices d'un travail psychique profond où le TAI peut potentialiser ses effets salutaires en soulageant à court terme le patient de bon nombre de ses maux et de ses plaintes.

Pour le patient, ils fournissent un espace d'élaboration et d'introspection en stimulant le contrôle positif, les liens entre les difficultés et blocages perçus dans le présent et les racines des éléments pathogènes inscrits dans le passé, depuis leurs premières empreintes, celles des souvenirs sources. Ces mises en perspective présent/passé vont faciliter la projection vers une représentation d'un futur adapté.

Pour le thérapeute, il représente une feuille de route et un guide de progression vers une résolution exhaustive de la problématique, en minorant le risque de déstabilisation, tout en augmentant le renforcement du moi, l'autonomisation, l'estime de soi et les capacités de résilience de la personne.

BIBLIOGRAPHIE

BROWNING C. (1999) « Floatback and float forward : Techniques for linking past, present and future » *EMDRIA Newsletter*, 4, 3, 12-34.

JANET P. (1919) *Les médications psychologiques*, Paris, Alcan.

KORN D.L., LEEDS A.M. (2002) « Preliminary Evidence of Efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of Treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Clinical Psychology*, 58, 12, 465-1487.

MURRAY K. (2011) « Container », *Journal de l'EMDR, Practice and research*, 5, 1.

SIEGEL D.-J. (1999) *The developing mind : how relationship and the brain interact to shape who you are*, New-York, Guilford Press.

SHAPIRO F. (2007) *Manuel d'EMDR*, Paris, InterEditions.

SHAPIRO F. (2014) *Dépasser le passé*, Paris, Seuil.

WATKINS J.G., WATKINS H.H. (1971) « The affect bridge : A hypnoanalytic technique », *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 21-27.

Chapitre 9

Les cognitions dans la thérapie EMDR

Helene Dellucci
Gabrielle Bouvier

En thérapie EMDR, la dimension des cognitions a une place fondamentale. Pourtant, trouver les bonnes cognitions négatives et positives, leur juste formulation peut présenter un défi pour les patients, comme pour les thérapeutes, surtout au début de leur pratique. Ne pourrait-on pas se passer des cognitions ? A quoi sert la cognition négative ? Pourquoi est-il important d'installer une cognition positive, au-delà d'une désensibilisation donnant un SUD zéro ? Existe-t-il des aménagements culturels par rapport à l'établissement des cognitions ? Des contraintes d'âge chez les enfants, les adolescents, les personnes âgées, ou déficitaires ? Y a-t-il des « trucs » pour arriver à de bonnes cognitions négatives et positives ? Ces pages tenteront de répondre à ces questions, avec l'objectif de faciliter l'utilisation des cognitions en thérapie EMDR.

DÉFINITION : LA COGNITION C'EST ...

Si nous regardons ce terme dans une perspective psychothérapeutique, une cognition est une croyance que nous avons à propos de nous-mêmes et qui organise notre perception, notre pensée et la planification de nos actions. Lorsqu'un événement négatif se produit, et que celui-ci est vécu difficilement, il arrive que l'apprentissage reste à un stade précoce, c'est-à-dire verrouillé aux réactions de survie. Celles-ci nécessitent une focalisation sur le danger, et une organisation de la survie en termes de fuite, de lutte, ou de soumission. Nous savons qu'un traumatisme est fait d'informations dysfonctionnellement stockées, qui ne se modifient pas avec le temps. Nous pouvons donc imaginer que cet apprentissage partiel (par exemple,

je suis en danger, je ne peux rien faire, je ne peux faire confiance à personne), bloqué dans le système de survie, bien que très utile au moment des faits, devienne dysfonctionnel pour la vie d'après, surtout si chaque nouvelle situation est sous-tendue par cette croyance devenue irrationnelle.

Une cognition n'est donc pas une action, par exemple je gère, ni une émotion, par exemple, j'ai honte, ni une affirmation sur autrui ou sur une situation, par exemple il/elle/c'est dégoûtant, ni une affirmation à la troisième personne, par exemple elle est nulle.

Une cognition est une conviction de Soi qui nous définit en tant que personne. C'est la raison pour laquelle sa formulation doit être autoréférencée : « je suis ... » Comme d'autres thérapies efficaces en témoignent, par exemple la thérapie des schémas (Young *et al.*, 2003) les cognitions restent souvent implicites, donc fonctionnent aussi sur un plan sous-cortical et sont attachées à des émotions et des sensations corporelles (Damasio, 1995). Un jeune enfant, qui se sent fautif lorsque ses parents divorcent et que l'un des parents quitte le domicile, peut développer une cognition négative « c'est de ma faute » et la relier au sentiment de perte, de manque. En cas de traumatisme, la dimension cognitive reste souvent inavouée, non consciente. C'est au thérapeute EMDR de poser la question de la croyance négative liée à l'événement ciblé et de guider la personne afin d'arriver à l'explicitier. Les critères d'une telle cognition négative sont les suivants : cette croyance doit être auto-référencée, irrationnelle, actuelle, généralisable, et avoir une résonance affective. La bonne définition d'une cognition négative va permettre de définir une cognition positive, c'est-à-dire un objectif à atteindre. Il s'agit d'une conviction positive à propos de soi par exemple « je suis quelqu'un de bien », dont le lieu de contrôle est interne, par exemple « je peux agir », qui est en lien avec le désir de changement de la personne et qui peut être généralisable à d'autres situations.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE COGNITIONS

En EMDR, nous définissons quatre registres de cognitions négatives. Ceux-ci peuvent être de l'ordre de la sécurité, avec une cognition par exemple « je vais mourir », celui de la possibilité de choix ou de contrôle, « je ne peux rien faire », et celui de la responsabilité, ce qui se subdivise en deux pôles, celui de l'être, donc l'estime de Soi, par exemple « je ne vauds rien », et celui de l'action, donc de la culpabilité, « je suis coupable. »

Les manuels de formation établissent une longue liste d'exemples de cognitions négatives, qui sont parfois même présentées au patient lorsqu'il ne parvient pas à choisir ou à comprendre la consigne du thérapeute.

Nous pensons qu'il est de la responsabilité du thérapeute, de guider le patient, de l'accompagner dans la compréhension en le précédant dans la réflexion. Cela implique que le thérapeute

ait en tête ces quatre orientations de cognitions et puisse questionner son patient en lui laissant le choix.

Ainsi, plutôt que de présenter une longue liste de cognitions possibles, ce qui à notre avis augmenterait le risque de confusion ou une réponse de complaisance de la part du patient, il est plus utile que le thérapeute pense en termes de cognitions prototypiques : s'agit-il d'une problématique de sécurité, de choix, de culpabilité ou d'estime ?

De plus, certaines cognitions négatives peuvent être comprises dans plusieurs orientations différentes, par exemple la cognition « je suis faible » peut autant vouloir dire « je suis nulle » (registre de l'estime de Soi), que « je suis vulnérable » (registre de la sécurité), mais aussi « je ne peux rien faire » (registre du choix). Avoir en tête des cognitions qui servent de prototype permet de questionner ce que le patient veut dire par l'affirmation « je suis faible » en l'amenant à préciser sa pensée et le registre dans lequel elle se situe, de façon à permettre d'ajuster une cognition positive pertinente.

Outre ces quatre chapitres, nous pensons que la cognition « je n'existe pas » mérite un statut à part. Le thème de l'existence est le premier qui émerge dans le retraitement des empreintes précoces, et cette cognition constitue pour nous le socle des traumatismes complexes. Elle se retrouve dans les troubles de la personnalité qu'ils s'expriment sur le plan narcissique « je ne suis pas vu », ou en termes abandonniques « je ne compte pas. » En accord avec Guy Sautai, qui a été le premier à suggérer l'ajout de ce socle existentiel, nous proposons aux thérapeutes qui travaillent avec des personnes souffrant de traumatismes complexes, de porter une attention particulière à cette cognition, rarement explicitée. D'après nos observations, la cognition « je n'existe pas » agit sans jamais être formulée comme telle. Elle mériterait pour elle-même un plan de ciblage, qui mènera souvent à des expériences du très jeune âge.

Autant la cognition négative « je n'existe pas » semble tangible, la cognition positive correspondante « j'existe » nous semble une notion abstraite. Pour rendre cette formulation plus concrète, nous proposons « je compte », « je peux prendre ma place », « je peux être vu », « je peux être moi-même », en fonction de ce qui sera jugé pertinent par le patient et le thérapeute.

Parfois, la cognition négative peut être formulée de manière positive : « je dois être parfait », ou « je suis génial. » Tout comme le fait Dolores Mosquera, nous attirons l'attention sur le fait que nous cherchons ici une formulation dysfonctionnelle, donc inadéquate par rapport au problème à traiter. Parfois, un souvenir traumatique jugé positif, par exemple une agression sexuelle vécue à 5 ans, décrite comme une révélation, une explosion de plaisir, le premier orgasme, amènera une cognition dysfonctionnelle exprimée en termes positifs « je suis un grand séducteur » chez un patient avec une problématique de défaut d'inhibition d'une impulsion à toucher sexuellement toutes les femmes avec lesquelles il est en relation, y compris sur le plan professionnel ou amical. Dans ce cas, Dolores Mosquera nous invite à nous focaliser surtout sur la cognition « négative » ici, exprimée positivement, en termes de réseau dysfonctionnel.

COMMENT FAIRE POUR ÉTABLIR UNE BONNE COGNITION NÉGATIVE ET POSITIVE ?

Qu'il s'agisse des cognitions formulées dans le plan de ciblage, ou de l'activation d'une cible, il est intéressant de considérer la cognition négative comme la part ensevelie du réseau visé.

Ainsi, le meilleur moyen de définir une bonne cognition négative consiste à obtenir une image suffisamment précise, exprimée en termes d'une entrée sensorielle tangible, c'est-à-dire quelque chose qui est vu, entendu ou senti, peu importe qu'il s'agisse d'une vraie perception ou non. Nous avons vu souvent des personnes traumatisées par l'accident mortel d'un proche, qui, même si elles n'ont pas assisté à l'accident, voire n'ont pas vu leur proche décédé, ont néanmoins des images qui les hantent. Le scénario-catastrophe ou *flashforward* (Engelhard *et al.*, 2010, 2011) est désensibilisé à partir des pires contenus imaginés. L'activation provoquée par une image suffisamment nette permet de prendre contact avec le réseau dysfonctionnel, donc également avec la cognition qui l'organise. Cela facilitera le choix de la croyance la plus pertinente face à ce contenu.

Quant à la formulation invitant le patient à exprimer sa cognition négative, bien qu'il s'agisse d'une question apparemment compliquée, il existe des techniques pour la rendre plus simple. Étant donné qu'elle est longue, cette phrase nécessite toute l'attention du thérapeute et du patient. Nous avons constaté que plus le thérapeute comprend et connaît bien cette formulation, plus elle est facilement transmissible au patient. Au début de la pratique de praticien EMDR, il n'est pas inutile de répéter cette phrase autant de fois que nécessaire pour qu'elle devienne familière au thérapeute. De plus, en la formulant de façon à ce que les patients aient une seule information à la fois, nous avons constaté qu'il leur était plus facile de répondre et ils décrochent moins. Les hypnothérapeutes nous ont appris que si nous faisons une courte pause après chaque information, celle-ci est mieux intégrée. Nous proposons donc la formulation au rythme suivant :

- Quand vous regardez cette image ;
- Quels sont les mots ;
- Qui disent quelque chose de négatif de vous ;
- Et qui résonnent comme vrai ;
- (encore)¹ maintenant.

Le travail sur les empreintes précoces contient également une longue phrase qui fonctionne comme une induction, car il n'y a pas de phase 3 à proprement parler. Néanmoins, les patients entrent très rapidement en lien avec le matériel visé, pourvu que le thérapeute la formule de

1. La mention « encore » existait dans les formulations plus anciennes. Lorsque l'attention double risque de faire défaut et que le patient peut confondre le passé (l'image) et la croyance (actuelle) encore douloureuse, nous mentionnons cet adverbe.

manière calme et dans la prosodie appropriée. Nous pensons qu'il peut en être de même pour la cognition négative.

Il arrive souvent que les patients expriment une formulation qui ne correspond pas aux critères de la cognition négative. Nous invitons les thérapeutes à considérer cette expression comme le chemin vers une bonne cognition négative, et leur proposons d'accompagner la personne en répétant l'expression du patient en y ajoutant « ... qu'est-ce que cela dit de vous ? », ou bien « ... qu'est-ce que cela dit de vous en tant que personne ? »

La cognition positive peut être vue comme un objectif à atteindre par rapport à la problématique visée. De ce fait, elle doit être formulée dans le même registre que la cognition négative. Sa compréhension est un bon test d'attention double pour le patient. Quant à sa formulation, nous invitons le thérapeute à avoir recours à la même prosodie que pour la question recherchant la cognition négative :

- ➔ Quand vous regardez cette image (il peut être utile de répéter l'image) ;
- ➔ Plutôt que... (veuillez répéter la cognition négative) ;
- ➔ Qu'est-ce que vous voudriez penser de vous-même ;
- ➔ Même si vous n'y croyez pas en ce moment ?

Cette formulation est plus longue que celle qui est enseignée. Cependant, elle contient la mention, souvent implicite et mal comprise des patients, que la croyance positive, quoique enviable, n'est pas crédible actuellement.

Si le patient ne comprend pas les formulations quant aux cognitions, nous avons l'habitude de dire que c'est normal, c'est la partie la plus ardue, et puis nous nous contentons de répéter les formulations citées ci-dessus, en veillant à ne pas les expliciter davantage pour ne pas rendre confus les patients. Pour eux, il s'agit de la première fois qu'ils entendent cette phrase qui leur demande une certaine gymnastique mentale, à laquelle il leur faut se familiariser.

LES COGNITIONS DU PLAN DE CIBLAGE

Le plan de ciblage est établi suite au choix d'une problématique à aborder à partir d'un plan de traitement plus global. Ici l'activation de la problématique passe par la définition de déclencheurs rencontrés dans la vie quotidienne, et une synthèse de ceux-ci à travers la pire situation par rapport à cette problématique. Celle-ci est souvent un bon cocktail de déclencheurs, ou bien un événement récent, mais pas un souvenir du passé, sauf si la problématique abordée se résume à ce seul souvenir.

Les cognitions du plan de ciblage servent à mettre à jour un cluster, c'est-à-dire un ensemble de réseaux dysfonctionnels. Étant donné sa fonction organisatrice, le thérapeute EMDR se sert

de la cognition négative comme d'une tête chercheuse pour mettre à jour les événements du passé concernant la problématique. Apparaissent alors des cibles dont le patient n'avait pas fait état dans l'anamnèse, ce qui est dans le meilleur cas surprenant, mais qui peut entraîner dans son sillon un certain degré de déstabilisation. C'est pour cette dernière raison que nous invitons les thérapeutes EMDR à installer un contenant et un lieu sûr au préalable, de façon à pouvoir y revenir dès que c'est nécessaire.

Dans le plan de ciblage, une autre façon de regagner de la stabilisation est la bonne définition d'une cognition positive, suivie par un scénario du futur suffisamment détaillé et concret. Un bon scénario du futur « fait envie » au patient et le motive. La perspective vers un futur meilleur et l'espoir qu'il suscite a une importante fonction stabilisatrice.

LES COGNITIONS DANS LA PHASE D'ÉVALUATION

David Servan Schreiber nous enseignait que les cognitions font partie du trépied indispensable pour correctement activer un réseau neuronal dans le but d'un retraitement efficace : l'image, la cognition négative et le siège de la sensation corporelle.

Si nous voulons donc efficacement et durablement retraiter un événement du passé, il est nécessaire de cibler la cognition négative. Même au sein du retraitement d'une cible, la bonne définition d'un set de cognitions non seulement facilite le retraitement, mais entraîne le processus associatif vers d'autres ramifications.

Les cognitions servant à activer une cible ne sont souvent pas les mêmes que les cognitions du plan de ciblage. Il convient donc de ne pas partir de celles du plan de ciblage, mais d'effectuer une recherche en bonne et due forme.

Pour notre part, dès qu'une cognition négative et positive atteint les critères d'une bonne formulation (comme décrits sous rubrique 1), nous ne cherchons pas de cognition encore meilleure. S'il y a, celle-ci émergera au cours du processus.

Parfois, lors de la phase 3 une vague émotionnelle peut émerger. Cohérent avec les recherches de Sack *et al.*, (2007 ; 2008a ; 2008b), nous faisons alors des SBA en vue d'activer le système parasympathique ventral et de ce fait produire un apaisement corporel, ce qui est rapidement obtenu dans la plupart des cas. Étant donné qu'un des buts de la phase 3 est d'activer le réseau, il nous paraît important d'accompagner toute abréaction comme il se doit. Le patient peut ainsi se sentir soutenu et en sécurité.

Ensuite, nous retournons en phase 3, là où nous en étions et nous continuons le protocole. Un autre but de la phase 3 étant d'établir des mesures concrètes qui vont structurer le retraitement, il nous paraît important d'y revenir en vue de les établir en bonne et due forme.

LES COGNITIONS FONDAMENTALES

La littérature dans le champ des traumatismes complexes (van der Hart *et al.*, 2006/2010) nous enseigne la présence de cognitions négatives « centrales » (Janoff-Bulman, 1992) qui orientent fondamentalement la perception de la personne ainsi que sa façon d'être au monde et son rapport à autrui. Il s'agit d'affirmations que le patient exprime souvent dès le premier entretien et qui peuvent être répétées comme des évidences, par exemple : « je ne suis pas légitime », « je ne compte pas », « je ne peux faire confiance à personne », ... Nous invitons les thérapeutes à avoir une oreille attentive dès le début et noter ces cognitions fondamentales qui semblent organiser la vie de la personne. Elles seront très utiles, d'une part parce qu'elles peuvent faciliter la recherche des cognitions lors du plan de ciblage, d'autre part et surtout lorsqu'émergeront des blocages. Le thérapeute averti pourra alors questionner la ou les cognitions fondamentales et y trouvera des orientations pour poursuivre le travail efficacement.

Ad de Jongh *et al.*, (2010) propose un plan de ciblage autour des cognitions fondamentales qui nous paraît très intéressant en utilisant la cognition négative, par exemple « Je suis incapable » comme une problématique à part entière. Dans ce cas, le questionnement des déclencheurs se pose de la manière suivante : « dans quelles situations de la vie quotidienne, il vous arrive de penser cela ? » Emerge alors une liste de déclencheurs qui ont l'air anodins pour tout un chacun, mais pas pour ce patient, par exemple : « lorsque mon chef me regarde ... », « quand un collègue me pose une question ... », « quand mes enfants n'obéissent pas immédiatement » Pour lui cela signifie le début d'un fonctionnement qui s'emballe et qui n'est plus du tout adapté. Les souvenirs du passé sont recherchés de la manière suivante : « Quels sont les souvenirs du passé qui prouvent que ... (veuillez répéter la cognition négative) ? » L'ingéniosité de l'auteur est d'accompagner le patient dans sa conviction profonde, aussi dysfonctionnelle soit-elle, en recherchant des preuves pour la véracité de la cognition négative fondamentale. De la même manière, la recherche du souvenir source pose la question de la toute première fois où le patient a pensé la cognition négative devenue si évidente pour lui.

Cette façon de rechercher les souvenirs du passé jusqu'au souvenir source se substitue à la façon habituelle d'opérer (recherche par une CN, un sentiment, une émotion). La suite du plan de ciblage (scénario du futur) se poursuit de la façon habituelle.

FAUT-IL TOUJOURS ÉTABLIR DES COGNITIONS ?

Bien que le retraitement EMDR efficace nécessite de prendre en considération la dimension cognitive, il se peut qu'à certains moments il soit utile de commencer un travail de désensibilisation sans cognitions, c'est à dire en laissant de côté le questionnement des cognitions en phase 3 pendant l'évaluation. Si le praticien fait ce choix, il est important qu'il en connaisse la raison et qu'il ait une hypothèse précise. Pour notre part, plusieurs idées nous guident :

- ➔ Étant donné la fonction organisatrice de la cognition négative, face à un patient fragile où il y a un risque de déstabilisation, nous pourrions craindre une réaction en chaîne d'activation successive de réseaux mnésiques pouvant aller jusqu'à l'ensemble du cluster. Dans ce cas, nous préférons aborder un événement de manière fractionnée en ayant recours à deux stratégies, d'une part en confinant tous les autres souvenirs dans un contenant, d'autre part en commençant le travail de désensibilisation sur la cible choisie sans cognition dans un premier temps. Par la suite, la même cible peut être réévaluée en phase 3 et faire l'objet d'une recherche de cognition. Il arrive que la cible désensibilisée sans cognitions reste neutre et que les cognitions ne soient plus vraiment accessibles. Si tel est le cas, et surtout en cas de traumatisme complexe, le travail sur la dimension cognitive se fera alors à travers une autre cible.
- ➔ Face à un patient qui présente un accès émotionnel immédiat et fort à l'évocation de la cible, nous allons choisir de désensibiliser le premier canal sans avoir recours aux cognitions. Une fois ces premières abréactions évacuées, l'abord des cognitions devient possible et très utile. Dans ce cas, nous revenons à la phase 3 dès la fin du canal.
- ➔ Si une personne est fragile à un point tel qu'elle n'arrive pas à se concentrer, nous choisissons également de travailler sans cognitions dans un premier temps, avec le but de permettre au corps de s'apaiser. À travers une stabilisation ainsi acquise, le patient peut être davantage en mesure de répondre aux questions concernant les cognitions.

Il se peut que nous ayons choisi de travailler avec un protocole qui ne comporte pas la recherche explicite d'une cognition proprement dite, comme la remise à zéro d'une émotion (O'Shea, 2009a), ou bien le protocole des empreintes précoces (O'Shea, 2009b), ou encore le protocole des lettres (Dellucci, 2009). Dans ce cas, il s'agit également d'un travail fractionné, soit sur un circuit émotionnel, soit sur une période où la formulation d'une cognition négative est difficile, soit sur la dimension relationnelle uniquement. Néanmoins il sera nécessaire de revenir sur la dimension des cognitions dès que possible. Même si nous avons débuté le travail de retraitement sans cognitions, nous procédons, en fin de désensibilisation d'un circuit émotionnel ou d'une période précoce, à l'installation d'une cognition positive.

Nous aimerions insister sur le fait que le travail sans cognition négative est en général réservé aux patients présentant un trauma complexe, et doit rester temporaire. À un moment où un

autre, il sera important d'inclure la dimension cognitive dans le travail, car c'est à notre sens ce dernier qui va agir sur la chronicité.

En aucun cas nous ne faisons ici l'apologie d'un travail EMD.

COGNITIONS ET ENFANTS, ADOLESCENTS, PERSONNES DÉFICITAIRES, GRAND ÂGE

Chez les enfants, le protocole standard est réduit pour s'adapter à leur stade développemental. Chez les enfants uniquement, une cognition peut aussi être une émotion, par exemple « j'ai peur. »

Avant 4 à 5 ans, les questions sur les cognitions ne font pas partie du protocole. À partir de 4 à 5 ans est posée la question de la cognition négative, mais avec d'autres mots que chez les adultes : « quels sont les mots méchants qui te viennent dans la tête quand tu penses à ... (veuillez répéter l'image). » À partir de 7-8 ans, peuvent être recherchées également la cognition positive et la VOC mais sans qu'elles soient forcément obtenues. Cette logique s'applique jusqu'au travail avec les adolescents. (Morris-Smith et Silvestre, 2015). Le plus important pour le thérapeute EMDR sera de suivre les capacités cognitives de l'enfant. Il peut bien entendu y avoir des disparités.

Certaines formulations ou protocoles, utiles pour les enfants, peuvent l'être également pour les personnes déficitaires. Cependant, nous invitons le thérapeute à ne pas sous-estimer les capacités du patient et à ne jamais faire l'économie de poser la question des cognitions. Plus d'une fois nous avons été surpris par une réponse tout à fait adéquate que nous supposions difficile à priori.

Les adolescents, pourrait-on dire, appartiennent à une culture collectiviste, qui les rend particulièrement sensibles au regard d'autrui. C'est en Asie du Sud Est que nous avons appris qu'il était inutile de chercher une définition à propos de Soi, qui soit en plus exprimée de manière autoréférencée. Par contre, lorsque nous posons la question de la manière suivante : « que craignez-vous que les autres puissent dire de vous de pire ? », nous obtenions une cognition négative correspondant à tous nos critères. Cela est valable pour les adolescents en général, comme pour toute personne appartenant à une culture collectiviste, où le regard de l'autre est particulièrement important.

Les personnes âgées, lorsqu'elles présentent des déficits cognitifs, nous amènent à faire l'impasse sur les cognitions dans un premier temps. C'est avec cette population, surtout lorsqu'il y a présence d'une problématique Alzheimer, que Verdult (2009) suppose le réveil d'empreintes traumatiques précoces. Cohérent avec cette hypothèse, nous avons eu le retour de collègues qui visaient dans un premier temps l'apaisement du corps, pour ensuite élargir le

travail une fois que les patients se stabilisent. Ici aussi, il est utile de commencer par poser les questions sur les cognitions comme à toute personne, sans supposer que la personne âgée ne puisse pas y répondre.

COGNITIONS ET TRAUMAS COMPLEXES, DISSOCIATION ET CHRONICITÉ

Par rapport à cette question des cognitions, notre travail auprès des personnes souffrant de traumatismes complexes, nous amène à résumer de manière synthétique ce qui précède.

Nous partons du principe, que l'anamnèse est incomplète, ce qui fait que notre plan de traitement est modifié en conséquence par ce qui émerge. Souvent nous complétons nos plans de ciblage, mais il n'est pas toujours facile de se cantonner à un seul, même si nos efforts vont dans ce sens. Néanmoins l'expression de cognitions fondamentales, même chez les patients complexes, est la plupart du temps accessible dès les premiers entretiens.

Le plus souvent, nous désensibilisons les peurs émergentes avec un protocole standard incluant les cognitions. Nous travaillons aussi sur la remise à zéro de certaines émotions importantes comme la honte, la peur, la panique de perte du lien et la colère, ainsi que toute émotion pour laquelle la tolérance à l'affect s'avère insuffisante. Ce travail, d'abord sans cognitions, se termine toujours par l'installation d'une cognition positive.

Un autre axe important avec les patients souffrant de traumatismes complexes est le travail sur les blessures du lien à partir du protocole des lettres. Ce dernier n'aborde pas directement la dimension cognitive, même si nous constatons que la restauration du lien après un tel travail a un effet bénéfique et constructif sur le système des loyautés.

Souvent, les patients souffrant de troubles dissociatifs majeurs ne nous donnent accès à rien d'autre que des peurs, des émotions qui débordent, des sensations qui sont difficilement tolérables et des relations dysfonctionnelles. Le travail de désensibilisation hors cognitions ne constitue néanmoins qu'une partie d'un traitement réussi. Dès que nous le pouvons, nous abordons les déclencheurs avec un protocole standard, ainsi que les souvenirs douloureux du passé, lorsque ceux-ci sont accessibles.

Arne Hofmann et ses collègues (Hofmann *et al.*, 2014 ; Hase *et al.*, 2015) préconisent pour les patients dépressifs, de cibler dans un premier temps les « événements de vie stressants » en termes de pertes, de deuils et d'humiliations, pour ensuite faire un ciblage à partir des cognitions fondamentales. L'auteur nous apprend que pour déloger la chronicité des patients dépressifs à rechutes multiples, cibler les cognitions est incontournable. C'est ici qu'un plan de ciblage, tel que le propose de Jongh (2010) devient extrêmement utile.

Michael Hase propose le même raisonnement à propos des addictions : désensibiliser d'abord les réseaux que nous appellerons « secondaires » que sont les mémoires addictives, avec un protocole standard aménagé (Hase *et al.*, 2008 ; Popky, 2005), pour ensuite aborder les événements traumatiques, c'est-à-dire les réseaux que nous appelons « primaires » auxquels les patients ont ensuite accès.

Cette brève synthèse nous ouvre un immense horizon de possibles pour aider les patients qui nous amènent si souvent dans ce que les thérapeutes ressentent comme des impasses. Celles-ci sont une invitation à conceptualiser le traitement autrement. Cependant, quelle que soit la stratégie choisie, nous maintenons l'accent sur l'importance du protocole standard et l'aspect incontournable de l'utilisation des cognitions pour une thérapie EMDR efficace.

Après ce tour d'horizon sur ces questions des cognitions en thérapie EMDR, nous espérons avoir montré à quel point cette dimension est importante pour un travail en profondeur, permettant ainsi une réorganisation de la perception et un apprentissage au-delà de l'événement abordé.

Le pouvoir de généralisation des cognitions positives est de ce fait une capacité d'apprentissage restaurée. Il pourra agir comme une protection par rapport à l'avènement de nouvelles blessures traumatiques. Si les événements négatifs ne peuvent se prévenir, le blocage de ceux-ci en réseaux traumatiques semble moindre chez les personnes plus solides, plus stables et plus à même d'apprendre de leurs expériences.

BIBLIOGRAPHIE

DAMASIO A. R. (1995) *L'erreur de Descartes : la raison des émotions*, Paris, Odile Jacob.

DE JONGH A., TEN BROEKE E., MEIJER S. (2010) « Two Method Approach : A case conceptualization model in the context of EMDR », *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 1, 12-21.

DELLUCCI H. (2009) EMDR Letters. Papier présenté à la Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.

ENGELHARD I. M., VAN DER HOUT M.A., JANSSEN, W.C., VAN DER BEEK J. (2010) « Eye movements reduce vividness and emotionality of « flashforwards » », *Behaviour Research and Therapy*, 48, 5, 442-447.

ENGELHARD I.M., VAN DER HOUT M.A., DEK E.C.P., GIELE C.L., VAN DER WIELEN J.W., REIJNEN M.J., VAN ROIJ B. (2011) « Reducing vividness and emotional intensity of recurrent « flashforwards » by taxing working memory : an

analogue study », *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 4, 599-603.

HASE M., BALMACEDA U.M., HASE A., LEHNUNG M., TUMANI V., HUCHZERMEIER C., HOFMANN A. (2015) « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression : a matched pairs study in an inpatient setting », *Brain and Behavior*, 5, 6, 342.

HASE M., SCHALLMEYER S., SACK M. (2008) « EMDR Reprocessing of the Addiction Memory : Pretreatment, Post-treatment, and 1-Month Follow-up », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 3, 170-179.

HOFMANN A., HILGERS A., LEHNUNG M., LIEBERMANN P., OSTACOLI L., SCHNEIDER W., HASE, M. (2014) « Eye Movement desensitization and reprocessing as an adjunctive treatment of unipolar depression : a controlled study ». *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 3, 103-112.

JANOFF-BULMAN R. (1992) *Shattered assumptions : Towards a new psychology of trauma*, New York, The Free Press.

MORRIS-SMITH J., SILVESTRE M. (2015) *L'EMDR avec l'enfant et sa famille*, Paris, Dunod.

O'SHEA M.K. (2009a) « EMDR Friendly preparation methods for adults and children ». In : R.Shapiro Ed. *EMDR Solutions 2. For depression, eating disorders, performance and more*, New York, Norton.

O'SHEA M.K. (2009b) « The EMDR early trauma protocol ». In : R.Shapiro Ed. *EMDR Solutions 2. For depression, eating disorders, performance and more*, New York, Norton.

POPKY A.J. (2005) « DeTUR, an urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behaviors ». In R. Shapiro (Ed.) *EMDR Solutions*, New York, Norton.

SACK M., LEMPA W., LAMPRECHT, F. (2007) « Assesment of psychophysiological stress reactions during a traumatic reminder in patients treated with EMDR », *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 15-23.

SACK M., LEMPA W., STEINMETZ A., LAMPRECHT F., HOFMANN, A. (2008a) « Alterations in autonomic tone during

trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) Result of a preliminary investigation », *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1264-1271.

SACK M., HOFMANN, A., WIZELMAN, L., LEMPA, W. (2008b) « Psychophysiological changes during EMDR and treatment outcome », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 4. 239-246.

VAN DER HART, O., NIJENHUIS E.R.S., STEELE, K. (2006) *The haunted Self : structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton, New York. Pour la traduction française (2010) : *Le Soi hanté : dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. Bruxelles, De Boeck.

VERDULT R. (2009) « Prenatal Aspects in Alzheimer's Disease », *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 23, 4, 235-262.

YOUNG J.E., KLOSKO J.S., WEISHAAR, M.E. (2003) *Schema Therapy. A practitioner's guide*, New York, Guilford Press. Pour une traduction française : (2005) *La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Ed De Boeck.

Chapitre 10

Les protocoles des scénarios du futur de la thérapie EMDR

Eva Zimmermann

La thérapie EMDR est une thérapie en huit phases et en trois temps : passé - présent - futur. Le travail orienté sur le passé se fait généralement sans difficultés apparentes, alors que les cibles du présent et du futur semblent toutefois régulièrement négligées. Ce chapitre souhaite insister sur l'importance du travail à accorder aux déclencheurs du présent ainsi que sur les scénarios du futur. Il s'agit ici de cibler ces déclencheurs pour ensuite mettre l'accent sur le traitement du futur. Cet article tend à démontrer l'importance du travail sur les déclencheurs du présent et à mettre l'accent sur les scénarios du futur. Autrement dit, comment la personne voudrait-elle réagir dans l'avenir si une telle situation devait se répéter. Ce travail n'englobe cependant pas toutes les options des problématiques du futur. Ce chapitre tend à offrir une vue d'ensemble des complexités liées aux cibles du futur et propose ainsi une procédure supplémentaire, soit la procédure A-B-C.

LES SCÉNARIOS DU FUTUR : DÉVELOPPEMENT DU PROTOCOLE

► Les scénarios du futur - débuts de l'EMDR (années 1990-2012)

Le modèle TAI (Traitement Adaptatif de l'Information), (Shapiro, 2001 ; 2007) conceptualise l'étiologie de la plupart des pathologies actuelles dans des souvenirs stockés de manière dysfonctionnelle, empêchant ainsi le sujet de faire le lien avec des comportements plus adaptés.

Il est dès lors essentiel de travailler avec les « trois temps » (Shapiro, 2001), passé, présent et futur. L'objectif étant d'obtenir un effet globalement bénéfique de la thérapie EMDR. Dans son premier ouvrage, Shapiro (2001) décrit les scénarios du futur comme des schémas craints par le sujet. De cette crainte résulte l'incapacité du sujet à agir conformément à sa volonté. Fréquemment, les scénarios du futur représentent un déclencheur actuel que le sujet sera probablement amené à confronter dans l'avenir. À la suite du traitement des cibles du passé, chaque déclencheur du présent obtiendra son propre scénario du futur. Ceci se déroulera par le biais d'une question dont le sujet doit imaginer sa propre réaction dans une situation similaire dans l'avenir. Autrement dit, il s'agit de mettre en place l'incorporation d'une action future appropriée.

► Les scénarios du futur : enseignement actuel

En 2012, les scénarios du futur ont été modifiés. Shapiro propose désormais de ne plus se renseigner de manière « neutre » auprès du sujet sur ce qui est là en rapport avec la situation du futur. Plus précisément elle demande à présent (Shapiro, 2015) d'imaginer la situation dans le futur avec l'indication : « *Je voudrais que vous pensiez à une situation future et à une idée positive que vous voudriez avoir de vous-même dans cette situation* » (Shapiro, 2015). Le clinicien poursuit en demandant au sujet : « *Lorsque vous pensez à cette idée positive, visualisez la situation future dans laquelle vous réagissez positivement. Regardez le film du début à la fin. Qu'est-ce que vous remarquez ?* » (Shapiro, 2015).

Le sujet peut présenter trois types de réactions en imaginant ses actions futures dans une situation similaire :

- En premier lieu, il peut s'imaginer avec une attitude globalement positive, à savoir sereine et confiante dans le futur. Cette cible imaginaire dans le futur sera ainsi abordée en cherchant une Croyance Positive (CP) adaptée (CP très fréquente « je vais y arriver »), une Validité de la Cognition (*Validity of Cognition* VOC), et des sensations corporelles (positives) qui sont dès lors installées avec des stimulations bilatérales alternées (SBA) rapides. Une fois que la VOC est à 7 ainsi que les bonnes sensations corporelles sont installées, on demande au sujet d'imaginer une légère perturbation/imperfection : « *Je voudrais que vous imaginiez un défi que vous pourriez rencontrer dans cette situation.* » Pour poursuivre : « *Regardez ce film du début à la fin, et imaginez-vous, répondant de façon positive et adaptée à cette situation. Qu'est-ce que vous remarquez ?* » Dès lors, on installe la CP jusqu'à VOC 7 et jusqu'à BSC avec des SBA rapides ;
- En second lieu, le sujet peut s'imaginer avec une attitude globalement neutre, ce qui signifie qu'elle ne fait l'objet d'aucune perturbation. Dans ce cas de figure, on procède de la même façon qu'avec les attitudes positives : il est dès lors exigé une CP aidante (à

identifier avec le sujet) la VOC, les sensations corporelles et l'ensemble installé avec des SBA. Pour la suite du procédé, se référer au point 1.2.1. ;

- Enfin, le sujet peut présenter une réaction globalement négative en s'imaginant angoissé, perturbé ou même en proie à un blocage en se représentant la situation (la récurrence d'un déclencheur actuel) dans le futur. Diverses raisons à ces réactions sont envisageables.
- Le clinicien évalue si :
 - a) Il faut reprendre une situation dans le passé qui émerge à présent mais qui soit n'a pas de tout été traitée, soit de façon incomplète. Il reprend alors cette cible avant de retraiter la cible du futur en relation avec cette situation. Relevons qu'un *float back* ou un pont d'affect peut contribuer à déceler efficacement la cible dans le passé qui alimente le blocage ;
 - b) Le sujet doit acquérir davantage de compétences dans un domaine particulier (par exemple : pour s'exprimer en public) parce qu'il souffre, d'un manque d'expérience, de modèles précoces insuffisants ou du fait qu'il soit novice, etc. Une fois les lacunes comblées (soit en thérapie ou dans un groupe d'auto-assistance), le clinicien reprend les scénarios du futur dès le départ, en demandant au sujet d'imaginer sa réaction dans le futur ;
 - c) La perturbation est marginale, liée au critère de nouveauté de la situation (par exemple : devoir se présenter à un entretien d'embauche). Dans ce cas, quelques SBA sont souvent suffisantes pour amener le SUD à 0 ;
 - d) La perturbation ressentie vis-à-vis de cette situation dans le futur est plutôt importante (par exemple : une rencontre avec le père après une longue rupture de contact). Dans cette hypothèse, le clinicien retravaille la cible avec le protocole standard de l'EMDR en appliquant les phases 3-7/8.

Suite aux situations a-b-c-d, le clinicien demande au sujet d'imaginer la situation future une nouvelle fois et cible ses réponses. Ces étapes sont répétées jusqu'à ce que la réponse du sujet soit neutre ou positive. Ce faisant, le clinicien installe la CP jusqu'à VOC à 7 et BSC ainsi qu'une petite imperfection/défi. De cette manière, il traite tous les déclencheurs avec le scénario du futur adéquat.

Imaginer des résultats positifs dans le futur semble améliorer le processus d'apprentissage (Shapiro, 2007). La différence entre cette nouvelle approche et l'ancienne, est que cette première a pour but d'identifier dans la réponse du sujet si les traumatismes du passé ont toujours un impact négatif sur les projections futures et par conséquent, si elles demeurent traitées de manière incomplète. Le modèle TAI préconise que tous traumatismes retraités ne devraient plus avoir un impact négatif sur le présent et le futur, car ils ne sont plus stockés de manière dysfonctionnelle. Le clinicien peut donc directement évaluer si le sujet présente toujours des résidus du traumatisme non intégré et/ou si des pensées bloquantes persistent.

Étant donné que le clinicien demande au sujet de se projeter dans le futur, avec une image positive de soi-même, les réponses peuvent demeurer identiques, à savoir positives, neutres ou négatives.

AUTRES TECHNIQUES UTILES POUR LES SCÉNARIOS DU FUTUR

► Technique de l'absorption ou de l'éponge

Le temps est parfois insuffisant pour aborder un plan de ciblage complet pour des sujets qui arrivent en thérapie en se présentant dans une situation « d'urgence. » La perspective future à laquelle s'attend le sujet présente un caractère immédiat et inquiétant. Il peut s'agir d'un accouchement imminent, d'un examen important ou encore d'une séance devant un tribunal. Pour ces cas de figure, il est envisageable de n'effectuer que le scénario du futur, sans pour autant se focaliser sur le passé. Durant la phase 4, le clinicien est particulièrement attentif au fait de sectionner tous les liens vers le passé qui surgissent spontanément et de revenir immédiatement à la cible du futur car c'est l'objectif thérapeutique actuel.

Traiter une situation d'urgence dans le futur ne permet pas au clinicien d'effectuer une anamnèse approfondie. Celle-ci lui donnerait l'opportunité de détecter au préalable tout le matériel traumatisant qui pourrait être activé dans les phases 3-7/8. Ainsi pour cibler une telle situation d'urgence, le clinicien renonce parfois à focaliser sur le futur sans pour autant vouloir renoncer à préparer son patient à l'égard de cet événement imminent. La procédure de l'éponge est dès lors un instrument alternatif qui vient en aide au clinicien car elle permet de faire appel aux ressources préexistantes mais inconscientes ou négligées du sujet. En reconnectant le sujet à ses ressources et en les renforçant, la situation future peut perdre son caractère angoissant.

LA TECHNIQUE DE L'ÉPONGE (OU D'ABSORPTION) D'APRÈS LA « WEDGE TECHNIQUE » (ROGERS, 1999, IN SHAPIRO, 2015)

1. **Chercher une situation stressante** : cherchez une situation stressante dans la vie quotidienne et demandez le SUD. SUD : ...
2. **Chercher trois qualités** : « *De quelles qualités auriez-vous besoin pour mieux faire face à ce stress ?* » (Rassemblez trois qualités spécifiques comme : force, calme intérieur, capacité à mettre des limites, etc.). 1. ... 2. ... 3. ...
3. **Choisir une qualité** : « *Avec quelle qualité aimeriez-vous commencer ?* » Prenez la qualité que le patient choisit (ou qui évoque chez le patient le plus d'affects).

4. **Chercher une situation/expérience** : « Y a-t-il eu une situation dans laquelle vous avez remarqué que vous disposiez déjà un peu de cette qualité ? » (Laissez le patient décrire clairement une situation dont il se rappelle et pour laquelle il montre quand même quelques réactions positives.).
5. **Image** : « Quelle est l'image qui décrit le mieux cette situation ? » (Cherchez l'image qui évoque le plus cet affect).
6. **Sensation corporelle** : « Où dans votre corps pouvez-vous remarquer que vous avez déjà un peu de cette qualité ? » (Cherchez les sensations corporelles qu'évoque cette image et laissez le patient localiser ces sensations dans son corps.) Lorsque vous avez l'image de la qualité ainsi que la sensation corporelle qui lui est associée, alors :
7. **Renforcer** : « Entrez en contact avec l'image..... et la sensation corporelle. Êtes-vous en contact ? » Si oui : « Restez en contact avec cela et suivez mes doigts » – SBA. Faites une série de 4 à 6 SBA lents et demandez ensuite : « Comment est-ce maintenant ? » Demandez de manière ciblée s'il y a un changement dans la sensation corporelle. Lorsque celle-ci est devenue plus forte, faites encore une série. S'il y a un pont d'affect vers du matériel négatif, cherchez une autre situation dans laquelle le patient disposait de cette qualité.
8. **Faire les étapes 3 et 7 pour les trois qualités.**
9. **Renforcer le contact avec les trois qualités** : « Entrez en contact avec les sensations corporelles de la première qualité, gardez cette sensation dans le corps. Ajoutez les sensations corporelles qui vont avec la seconde qualité. Maintenant, ajoutez les sensations corporelles qui vont avec la troisième qualité. Êtes-vous en contact avec tout ça ? » Si oui : SBA.
10. **Réévaluer le SUD** : « Laissez revenir à nouveau la situation stressante..... et remarquez à combien elle vous paraît perturbante maintenant de 0 à 10. »

Normalement le SUD est clairement plus bas. Nouveau SUD : ...

► Scénarios futurs : utilisation du protocole des phobies

Shapiro (2001) propose d'utiliser le protocole des phobies pour des craintes importantes du futur. Rappelons que « le diagnostic de phobie est donné à cause des réactions d'évitement qui affectent le patient dans sa vie courante » (Shapiro, 2007). Il est dès lors important que le sujet surpasse l'évitement. Selon Shapiro (Shapiro, 2001), les phobies peuvent être divisées en deux groupes, à savoir en une phobie de « contact » et une phobie « situationnelle. » Une phobie de contact se définit par la crainte d'un objet (par exemple, une araignée). La participation du sujet n'est pas requise. La peur est donc déclenchée par la simple perception de l'objet. Ces phobies se gèrent selon le protocole des phobies (Shapiro 2007) en suivant les étapes 1-3 :

1. Enseigner les procédures de self-control pour gérer la peur de la peur (par exemple identifier les sensations physiques qui accompagnent la cognition « j'ai peur » et les isoler de l'émotion qui permet souvent de les diminuer).

2. Cibler et retraiter ce qui suit :

- Les événements du passé, soit le souvenir source et les événements auxiliaires contribuant à la phobie ;
- La première fois que la peur a été ressentie ;
- Les expériences les plus perturbantes ;
- La dernière fois où elle a été ressentie ;
- Tous les déclencheurs du présent ;
- Les sensations physiques ou autres manifestations de peur comme l'hyperventilation.

3. Scénario du futur : cibler un modèle positif dans le futur ou l'action se fait sans peur. On utilise ce procédé pour les phobies situationnelles, c'est-à-dire phobies avec participation active du patient. À titre illustratif, entrer dans un magasin de grande surface où le sujet doit se rendre sur place, s'engager en direction du magasin, passer la porte, rester à l'intérieur, effectuer ses achats, etc. Ces phobies se traitent différemment des phobies de « contact » où le simple contact avec l'objet comme un chien par exemple déclenche la phobie. Shapiro (2007) propose là de suivre les étapes suivantes :

- Établir un contrat pour agir ;
- Faire dérouler mentalement une vidéo de la séquence complète (dans le futur) et de retraiter la (les) perturbation(s) ;
- Compléter le retraitement des cibles révélées entre les séances.

PROBLÈMES NON-RECONNUS DANS LES PROCÉDURES HABITUELLES

► Généralités

Dans les procédures standard décrites plus haut, on retrouve des situations où ces scénarios ne couvrent pas la totalité des options. Le futur ne représente pas toujours une situation nouvelle d'un ancien déclencheur à affronter. Notamment chez des sujets atteints d'un cancer, quel serait le scénario du futur le plus adapté ? À titre d'exemple, un déclencheur actuel serait la reconnaissance d'un nom dans un avis mortuaire d'une personne connue à la clinique d'oncologie. Est-ce que le scénario du futur le plus adapté serait de cibler une situation où le sujet relit un avis mortuaire d'une autre personne connue ? Le cas échéant, est-ce que cela couvrirait la problématique de la personne ? Un autre exemple serait le cas d'une femme ayant une problématique de fausses couches successives. Il est possible de cibler l'éventualité d'une nouvelle fausse-couche pour le sujet. Dès lors est-ce que le problème pourra être résorbé entièrement en ciblant les scénarios du futur en lien avec ces déclencheurs ?

Une autre hypothèse serait celle d'une femme souffrant d'infertilité. Si nous ciblons les déclencheurs actuels, notamment le fait d'apercevoir des femmes enceintes, des bébés, ou de recevoir des faire-part de naissance, cela couvrirait-il la problématique ? Nous pensons que des cibles du futur de déclencheurs actuels seraient insuffisantes. Certaines situations ne sont pas représentées comme de nouvelles expositions à des déclencheurs, mais doivent être considérées comme des appréhensions face à un événement ultérieur grave. Il peut s'agir par exemple de mourir pour la personne atteinte d'une maladie grave comme le cancer, ou encore de rester sans enfant pour la personne ayant subi des fausses couches récurrentes ou pour le couple infertile.

Toutes ces problématiques ne sont pas couvertes par le ciblage des déclencheurs, car elles peuvent représenter des situations futures menaçantes qui sont difficilement identifiables à travers les déclencheurs actuels. Mais elles représentent des peurs profondes, souvent occultées par le sujet en question. De ce fait, deux approches supplémentaires sont proposées pour ces cas : Le *flashforward* (Logie et de Jongh, 2014) et les scénarios futurs A - B - C (Zimmermann, 2015).

► Le *flashforward*

Le *flashforward*, contrairement au flashback, est une catastrophe «attendue» dans le futur. Engelhard *et al.*, (2011) décrivent le *flashforward* comme une peur d'un danger futur incluant des images mentales détaillées avec des qualités sensorielles élaborées.

Sur ces bases, Logie et de Jongh (2014) proposent le protocole du *flashforward*, qui préconise de pousser le sujet à faire face au scénario catastrophe, après avoir traité toutes les cibles du passé et les déclencheurs du présent. Ce *flashforward* comporte donc le pire scénario du futur imaginé par le sujet. Il s'agit de cibler essentiellement des scénarios irrationnels, bien que Holmes *et al.*, (2007) aient introduit le terme de *flashforward* pour aborder des images de suicides concrets appréhendés par des sujets dépressifs.

En utilisant le *flashforward* comme cible pour les scénarios irrationnels du futur, cette technique peut être utilisée dans le deuxième « temps », c'est-à-dire en travaillant sur les déclencheurs du présent. Bien que la cible se trouve dans le futur, la peur est ressentie dans le présent. Le *flashforward* sera appliqué de la même manière que le protocole standard de l'EMDR, avec la seule différence que l'on cible l'image du scénario-catastrophe.

Cas clinique

Un homme (35 ans) avait invité sa famille à New York pour fêter son titre de doctorat. Il s'était emporté dans un restaurant, lorsque son frère l'avait mis en colère en proférant des propos antisémites. Par débordement émotionnel, il lui répond : « Mais oui, ces juifs, il faudrait tous les gazer ! » Ces propos avaient effectivement dépassé sa pensée, et par la suite il s'était senti envahi d'un profond sentiment de

peur et de regret. Malgré le fait qu'il s'exprimait en français, à New York, il craignait que quelqu'un l'ait vu, entendu et filmé en même temps. Cet événement datait de 3,5 ans en arrière et l'avait fortement atteint. La perspective qu'il aurait pu être filmé et que ses propos auraient pu être diffusés sur internet (il avait des collègues juifs) l'a perturbé à un tel point qu'il voyait sa carrière compromise. Sa future femme qui partageait sa vie depuis 16 ans venait de le quitter, car depuis cet événement il ne parlait que de cela. Il avait même perdu l'envie de se marier et de fonder une famille. Bien qu'un plan de ciblage standard eût été effectué, soulevant les difficultés relationnelles avec son frère (son frère cadet était extraverti et dominant, lui étant plutôt introverti et soumis) comme cibles du passé, l'événement à New York ainsi que des déclencheurs actuels (entre autre apercevoir quelqu'un regarder son téléphone portable) et que toutes ces cibles avaient été traitées avec les phases 3-7/8, très peu d'amélioration avait été constatée. Le *flashforward* avait été appliqué avec en phase 3 l'image du pire moment : Lui chômeur en fin de droit, la CN : « Je vais mourir », la CP « Je vais vivre », VOC à 1 et émotion de peur avec un SUD à 10 et des sensations corporelles : difficultés respiratoires. En phase 4, tous les détails de ses craintes irrationnelles ont été activés : diffusion d'une vidéo amateur sur Youtube, reconnaissance par un collègue juif, dénonciation par ce collègue, licenciement, impossibilité de retrouver du travail, incapacité d'entretenir une famille, « mort psychologique et mort physique. » Le SUD en fin de phase 4 était à 0 et le VOC final de la CP était à 6 avec un BSC. Le problème a pu disparaître durant cette unique séance. Les effets se sont maintenus à trois mois de suivi, avec comme résultat une reprise en main de sa vie sociale (actuellement en couple avec une autre femme) et des perspectives d'avenir.

► Les scénarios du futur A - B - C

● Généralités

Les scénarios du futur sont évidemment parfois irréalistes. Toutefois nombreux sont les cas où le scénario du futur reste très ouvert, à savoir que l'issue de la problématique est mécon nue. A titre illustratif, mentionnons un sujet atteint d'une maladie grave comme le cancer, l'infécondité, les fausses couches récurrentes, ou encore des douleurs chroniques. Il existe bien évidemment un scénario catastrophe, cependant d'autres scénarios sont envisageables : pour le sujet cancéreux, le scénario catastrophe serait la rechute et la mort. Alternativement la rechute n'est pas toujours synonyme de décès car le sujet peut voir son état s'améliorer ou guérir en se soumettant à un nouveau traitement. En ce qui concerne le sujet infertile ou stérile, il est difficile de prévoir en thérapie l'issue de cette problématique. Le même constat s'applique pour l'exemple des fausses couches. Y aura-t-il finalement un enfant ou non ? Dans ce type de cas, l'auteur a appliqué avec succès le protocole EMDR du futur des scénarios A-B-C (Zimmermann, 2015).

● Les protocoles EMDR du futur des scénarios A - B - C

Nous considérons le scénario futur A comme celui représentant le scénario positif désiré, à savoir une guérison ou un enfant en pleine santé comme résultat de la problématique.

Il existe un scénario B qui lui est plus mitigé. Les problèmes subsistent dans un premier temps mais à terme ils se résolvent, uniquement si le sujet accepte de se confronter à certaines difficultés liées à des traitements, des épreuves de toute sorte ou autres complications.

Le scénario C quant à lui, représente le scénario négatif définissant l'issue comme une catastrophe.

L'auteur (Zimmermann, 2015) propose de retraiter les trois scénarios avec les phases 3-7/8, mais dans le sens inverse : de débiter le ciblage avec le scénario C, de poursuivre avec le scénario B, et de conclure par le scénario A. Suite à l'accomplissement du plan de ciblage standard avec les trois temps : passé, présent et futur il faut donc inverser A-B-C en C-B-A pour instaurer la logique de débiter avec les aspects négatifs afin de conclure par les aspects positifs. Avant de traiter le scénario C, il est nécessaire de rappeler au sujet que le scénario C est une option qu'il redoute. Le sujet est régulièrement contraint par soucis de préserver son entourage de garder sous silence l'issue du scénario C. Cela induit pour le sujet une profonde solitude et un isolement volontaire, tout en étant torturé par le résultat du scénario C. Le scénario B est souvent négligé, voir occulté par le sujet. Remarquons que celui-ci aspire bien évidemment à l'issue du scénario A, malgré le fait que toute son attention soit portée sur l'issue du scénario C. Si le sujet semble disposé à entrer en matière sur le scénario C et d'ensuite cibler et retraiter son issue catastrophe, à titre d'exemple sa mort, il est nécessaire de lui rappeler que ce scénario est optionnel et de souligner le caractère aléatoire de l'issue. Cela inclut le traitement des scénarios B et A par la suite.

Les trois scénarios sont ainsi abordés avec le protocole EMDR standard avec les phases 3-7/8. Le scénario C peut avoir comme Croyance Négative (CN) : « *Je ne peux pas le supporter/l'accepter* » et la CP : « *Je peux l'accepter.* » Il est fortement conseillé pour le clinicien pendant le traitement du scénario C, de faire preuve d'une grande dimension humaine et sociale car le sujet peut présenter un retraitement émotionnel important en début de phase 4. Néanmoins, la perspective d'une issue favorable justifie ce travail. Avec de nombreux exemples à l'appui, l'auteur peut témoigner d'un certain succès auprès des sujets qui se retrouvent soulagés et apaisés à la suite du traitement du scénario C. L'auteur (Zimmermann, 2015) insiste néanmoins sur le caractère difficile de celui-ci pour le sujet, malgré le fait qu'il ne représente qu'une possibilité parmi d'autres scénarios. Le retraitement du scénario B par la suite et finalement le scénario A représentent un travail gratifiant et agréable pour le sujet. Après le retraitement des scénarios C-B-A, les sujets se sentent allégés et confiants, et relativement calmes et apaisés concernant le scénario C.

● Exemples de cas

1. Scénario C : « La mort » d'une personne atteinte d'un cancer du sein. Bien qu'il y ait eu beaucoup d'émotions, de tristesse et de larmes, le sujet a fini par lever ses bras vers le ciel

durant le processus de retraitement jusqu'à exprimer à haute voix « Maman, je viens vers toi. » Ce fut un moment très fort et intense émotionnellement. Nous avons également traité les scénarios B : des complications s'installent, une tumeur récidive avec une nouvelle série de chimiothérapies acceptées par le sujet. Pour conclure, le scénario A : la guérison. Le sujet a pu finalement accepter sa mort imminente et celle-ci fut plus sereine.

2. Scénario C : d'une femme inféconde : « Je n'aurais jamais d'enfants. » Beaucoup de tristesse et de larmes, en proie à la crainte de perdre son époux si elle était incapable de procréer. Mais elle a pu développer une CP : « Je pourrais vivre avec. » Il y avait deux scénarios B, le premier était le fait d'avoir un enfant handicapé. La CN était : « Je suis incapable » (plan de ciblage avec cette CN, beaucoup de problèmes scolaires). La CP finale était : « Je pourrais l'aimer autant qu'un enfant normal. » Et le second était d'avoir des fausses couches à répétition, donc tiraillée entre une grossesse qui commence et la déception de la perdre à nouveau. La CN était « Je ne peux pas le supporter » et la CP finale était « Je peux l'accepter. » Nous avons également procédé à un scénario A : devenir maman avec la CN : « Je ne vais pas y arriver » et la CP : « Je vais y arriver. » Elle est aujourd'hui maman d'une petite fille.

Les scénarios du futur ont un grand potentiel de « guérison totale » et prodiguent à la thérapie EMDR la possibilité d'aborder la problématique dans son ensemble. Il existe plusieurs options pour cibler des problématiques spécifiques permettant de retraiter non seulement les déclencheurs actuels dans le futur, mais de travailler également des peurs et des situations cachées. Les scénarios du futur doivent être élaborés avec soin pour garantir une réussite optimale. Aborder les scénarios catastrophes et les scénarios mitigés du futur fournissent un avantage considérable dans la prise en charge globale.

BIBLIOGRAPHIE

ENGELHARD I., VAN DEN HOUT M., DEK E., GIELE C., VAN DER WIELEN J., REIJNEN, M., VAN ROIJ B. (2011) « Reducing vividness and emotional intensity of recurrent « flash-forwards » by taxing working memory : An analogue study », *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 599-603.

HOLMES E., CRANE C., FENNELL M., WILLIAMS J. (2007) « Imagery about suicide in depression—» Flash-forwards »? », *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 423-434.

LOGIE R.D.J., DE JONGH A. (2014) *The flashforward procedure*, *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 1.

SHAPIRO F. (2001) *Eye movement desensitization and reprocessing : Basic principles, protocols and procedures* (2ND ED.) New York, Guilford Press.

SHAPIRO F. (2007) *Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures*. Paris, Dunod-InterEditions.

SHAPIRO F. (2015) *Formation à la thérapie EMDR Niveau 2*. Manuel de Formation.

ZIMMERMANN E. (2015) *Les scénarios du futur*. Note de cours d'atelier, proposé par l'irpt. Mars 2015.

Chapitre 11

Protocoles EMDR spécialisés

Variations standard

Jenny Ann Rydberg

Chaque année sont publiés de nouveaux protocoles EMDR, montrant que l'indication de la psychothérapie EMDR dépasse de loin le simple état de stress post-traumatique pour lequel il est recommandé par de nombreuses directives nationales et internationales (APA, 2004 ; HAS, 2007 ; OMS, 2013 ; UK *Department of Health*, 2001). Chaque nouveau protocole annonce l'introduction de spécificités en comparaison du protocole EMDR standard, mais son efficacité est testée globalement, sans qu'on ne puisse évaluer la pertinence de telle ou telle modification particulière. Ceci est d'ailleurs vrai pour le protocole EMDR standard : de nombreuses études, comprenant plus de vingt essais randomisés contrôlés, démontrent son efficacité sur des symptômes post-traumatiques, mais à l'exception des stimulations bilatérales d'attention double, la recherche n'a pas encore examiné le rôle ou l'impact précis de chaque composant du protocole.

Marilyn Luber (2009, 2010, 2014) a d'ailleurs édité trois ouvrages collectifs qui traduisent en scripts un grand nombre de ces protocoles dit spécialisés. Cette multiplication peut paraître paradoxale et même contradictoire par rapport au postulat fondamental du traitement adaptatif de l'information à savoir que la planification du traitement et la conceptualisation de cas ne se fondent pas sur les symptômes ou sur le diagnostic présents, mais sur les expériences sous-jacentes non traitées sous la forme de réseaux mnésiques dysfonctionnels (Shapiro, 1995, 2001, 2007).

Dans les supervisions et sur les listes de discussion électroniques, les praticiens sont souvent demandeurs de protocoles spécialisés pour traiter des troubles ou des profils avec lesquels ils ne sont pas familiers. Le protocole spécialisé sert à les orienter vers les questions à poser pendant le recueil de l'histoire et la planification du traitement (phase 1), le type de psychoéducation et de stabilisation à apporter (phase 2) et les modifications éventuelles à la procédure en 11 points (phases 3 à 7).

Une tendance à vouloir pallier son manque de connaissances et d'expériences auprès d'une population ou d'une situation donnée par le suivi d'un protocole traduit sous forme de script peut paraître rassurante pour le praticien mais risque aussi d'être une façon de se déroger à l'obligation de se renseigner et de se former. Or la plupart des codes de déontologie et de pratique professionnelle invitent le professionnel de la santé mentale à ne traiter que les patients pour lesquels il détient des connaissances et une expérience suffisantes. Suivre un script peut-il se substituer à cette démarche d'acquisition et de vérification des connaissances ? Et la connaissance d'un trouble ou d'une population donnés ne suffit-elle pas à permettre l'utilisation du protocole et de la procédure standards ?

Cela ne signifie pas que ces protocoles spécialisés ne soient pas intéressants, bien au contraire, mais une démarche intellectuelle et scientifique suppose de savoir pourquoi l'on fait ce que l'on fait. C'est pour cette raison que nous proposons ici de passer en revue les modifications proposées par quelques-uns des protocoles spécialisés les plus connus ou les plus innovants. Un repérage de ces modifications récurrentes permettrait au praticien de sélectionner celles qu'il choisit d'apporter au protocole et à la procédure EMDR standard et au chercheur de tester la pertinence de ces variations.

UNE PREMIÈRE SOURCE DE CONFUSION : LA MÉCONNAISSANCE DE L'EMDR

Les principes, protocoles et procédures de l'EMDR décrit par Shapiro dans son ouvrage fondateur (1995, 2001) méritent d'être lus et relus, et pourtant trop souvent, les praticiens réduisent leur pratique au contenu des manuels de la formation initiale en EMDR et croient que le protocole se réduit aux feuilles de travail synthétiques utilisées pendant les exercices pratiques.

Le *traitement adaptatif de l'information* (TAI) est conçu comme une hypothèse de travail qui fournit un cadre théorique et définit les *principes* du traitement en proposant une explication des fondements de la pathologie et du développement de la personnalité (Shapiro, 2001).

Le traitement EMDR est constitué des *huit phases* bien connues (recueil de l'histoire, préparation, évaluation, désensibilisation, installation, scanner corporel et réévaluation).

La *procédure* EMDR standard est la procédure en 11 points appliquée à une cible lors de chaque séance de désensibilisation et de retraitement. Le *protocole* EMDR standard est composé de trois volets et guide le plan de traitement général du patient, en divisant les cibles en trois catégories : les expériences passées qui ont fait le lit de la pathologie actuelle, les situations présentes ou déclencheurs qui engendrent une perturbation actuellement et les schémas ou modèles nécessaires à une action future appropriée (Shapiro, 2001).

La procédure EMDR standard est appliquée à divers problèmes cliniques par le biais d'un certain nombre de protocoles spécifiques [...] [Une combinaison de] ces protocoles et procédures peut s'appliquer à un patient donné (par exemple, le rescapé d'un trauma peut avoir besoin d'un traitement qui combine les protocoles des traumas spécifiques, des phobies et des maladies, un traitement qui sera convenablement situé au sein du protocole standard en trois étapes. (Shapiro, 2001) [notre traduction].

Autrement dit, les protocoles spécifiques (ou spécialisés) constituent un moyen pour appliquer la procédure EMDR standard en 11 points au sein du protocole EMDR standard en trois volets.

LES TYPES DE PROTOCOLES ET PROCÉDURES SPÉCIALISÉS

La lecture des protocoles et procédures spécialisés recensés dans les ouvrages de Luber (2009, 2010, 2014), dans les articles du *Journal of EMDR Practice and Research* ainsi que dans plusieurs publications scientifiques internationales permet d'identifier que les protocoles et procédures sont définis par leurs auteurs en fonction des critères suivants :

- Destinés à la préparation : stabilisation et régulation émotionnelle ;
- Définis par le caractère récent du trauma : urgences et événements récents ;
- Définis par l'étape ou la maturité développementale : souvenirs précoces/préverbaux, enfants et adolescents, déficits intellectuels ou cognitifs ;
- Définis par la nature somatique des plaintes : maladies, troubles somatoformes, douleurs ;
- Définis par le diagnostic d'un trouble psychologique ou psychiatrique : phobies, addictions, troubles obsessionnels compulsifs ;
- Définis par la population : intervenants de première ligne, militaires, mineurs ;
- Définis par la complexité : trauma complexe, troubles dissociatifs, comorbidité ;
- Définis par les objectifs et le cadre d'intervention : psychologie positive ;
- Définis par leur intégration avec d'autres approches : hypnose, états du moi, thérapie conjugale, compressions crâniennes (dans le cas des migraines).

LES PROTOCOLES EMDR SPÉCIFIQUES ORIGINELS

Les protocoles EMDR spécifiques de Shapiro (1995, 2001), toujours enseignés dans la formation initiale en EMDR et dont la connaissance est nécessaire à l'accréditation de praticien EMDR Europe, sont repris dans le tableau 11.1.

À lire ces conseils, on imagine aisément leur utilité dans bien d'autres cas : adaptation de la psychoéducation et des moyens enseignés pour la stabilisation et l'autorégulation aux besoins et à la situation du patient ; pertinence de la notion de fragments-cibles nécessitant un traitement individuel avant la consolidation de l'ensemble dans la mémoire ; technique de visualisation d'un déroulement quand la mémoire n'est pas consolidée (ce qui se manifeste par un défaut de généralisation spontanée), intégration possible de techniques d'autres approches ; et mises à jour régulières du plan de ciblage.

La notion de « modifications » ou de « variations standard » est d'ailleurs implicite dans les stratégies destinées à relancer un traitement bloqué ou à gérer les abréactions (Shapiro, 2001).

STRATÉGIES POUR ACCÉLÉRER OU DÉCÉLÉRER LE TRAITEMENT

Ces stratégies employées dans la phase de désensibilisation (phase 4) visent soit à accélérer un traitement bloqué ou trop lent, soit à ralentir un traitement trop activant ou intense, en induisant des phénomènes qui s'observent spontanément lors du retraitement de cibles chez un grand nombre de patients.

- Modifier la fréquence, la direction ou le type de stimulations bilatérales d'attention double ;
- Inviter le patient à se centrer sur ses sensations corporelles (en y prêtant spécifiquement attention, en étant attentif aux mots qui aimeraient émerger, en posant sa main sur la localisation des sensations, en effectuant un mouvement) ;
- Lors du retour à la cible, scanner la scène à la recherche de « ce qui est encore/le plus perturbant maintenant » (pour accélérer) ou focaliser sur un seul aspect de la scène (pour décélérer) ;
- Altérer volontairement l'image ou la scène (projetée sur un écran, modifiée en noir et blanc ou avec le son coupé, voir son agresseur immobile, modifier les dimensions spatiales ou temporelles) ;
- Rediriger l'attention vers l'image ou vers la cognition négative, ajouter des mots positifs, vérifier si la cognition positive est appropriée ;
- Chercher des souvenirs antérieurs qui « alimentent » la problématique (technique du *floatback* ou du pont d'affect) ;
- Faire émerger la croyance bloquante ;
- Employer des tissages cognitifs.

Tableau 11.1. Modifications et apports des protocoles EMDR spécifiques originaux

Protocole spécifique	Modifications	Type de modifications
Événement traumatique unique	Cibles : souvenir de l'événement traumatique, flashback de la scène, image d'un rêve ou cauchemar associé, stimuli présents	Conseils pour la sélection des cibles
Anxiété et comportements actuels	Cibles : souvenir initial ou le plus ancien, situation anxiogène la plus récente ou la plus représentative, projection future d'une réponse émotionnelle et comportementale souhaitée	Conseils pour la sélection des cibles
Événements traumatiques récents (RTE)	Recueillir le récit Traiter l'aspect le plus perturbant Traiter les autres aspects perturbants chronologiquement Visualiser tout le déroulement (comme un film), les yeux fermés, traiter toute perturbation restante Visualiser tout le déroulement, les yeux ouverts, et installer la cognition positive Scanner corporel Traiter les stimuli présents (si nécessaire)	Adaptation pour tenir compte de la nature fragmentée, non consolidée, des souvenirs traumatiques récents Introduction de la technique de visualisation du déroulement d'un événement
Phobies	Phobies simples : 1. Procédures d'autocontrôle (gérer la peur de la peur) 2. Traiter les souvenirs (antécédents/auxiliaires, premier, plus perturbant, plus récent, stimuli présents associés, sensations physiques et autres manifestations de la peur) 3. Scénario futur positif Phobies de processus : points 1 à 3 et 4. Contrat pour passer à l'action 5. Visualiser le déroulement de cette action et traiter toute perturbation 6. Traiter les cibles apparues entre les séances	Précision/rappel : il faut adapter les exercices de stabilisation et d'autorégulation aux besoins du patient Conseils pour la sélection des cibles : liens directs et indirects avec la problématique actuelle, manifestations somatiques actuelles Nécessité pour le patient de se confronter à la situation redoutée dans la réalité (techniques issues des thérapies cognitives comportementales) Technique de visualisation du déroulement de l'action souhaitée Précision/rappel : le plan de ciblage se met à jour tout au long de la psychothérapie

Tableau 11.1.1. (suite)

Deuil compliqué	Cibles : événements actuels, images intrusives, cauchemars, déclencheurs actuels, questions de responsabilité personnelle, de sa propre mortalité ou pertes antérieures non encore résolues	Conseils pour la sélection des cibles
Maladies et troubles somatiques	Définir un plan d'action pour répondre aux besoins immédiats réels Traiter les souvenirs pertinents, les situations actuelles et les peurs de l'avenir (contraintes personnelles ou physiques, difficultés sociales ou enjeux relationnels, expériences médicales) Visualiser le déroulement des prochaines années (un à cinq ans selon les cas) Imagerie de type Simonton Identifier la cognition positive souhaitée et la lier à l'image obtenue avec l'imagerie Enseigner l'utilisation des mouvements oculaires avec l'image et la CP entre les séances (uniquement avec cela) Invitation à tenir un journal et à utiliser les exercices d'autorégulation ainsi que d'autres ressources et sources de soutien éventuelles (par exemple groupes de parole)	Préparation approfondie et continue : nécessité de prendre en compte les besoins immédiats réels ; besoin éventuel pour le patient d'avoir d'autres sources de soutien ; attention continue aux compétences nécessaires pour prendre soin de soi Conseils pour la sélection des cibles Technique de visualisation du déroulement de l'avenir souhaité Intégration possible de techniques d'imagerie

Cette autorisation à induire des changements qui se produisent naturellement chez d'autres patients mérite d'être retenue. Combien d'apports originaux des protocoles spécialisés n'ont-ils pas trouvé leur inspiration dans l'observation du déroulement du retraitement chez les patients et dans l'utilisation intuitive des éléments répertoriés parmi les protocoles spécifiques originels et les stratégies d'accélération ou de décélération du traitement ?

VARIATIONS STANDARD

Sans prétendre à une analyse exhaustive, le tableau 11.2 regroupe quelques-unes des modifications les plus originales ou fréquentes observées dans les divers protocoles EMDR spécialisés et susceptibles de faire partie d'un ensemble de « variations standard ».

Ces quelques pistes pour la définition de « variations standard » nous invitent à nous interroger sur le rôle et sur l'action de chaque élément des huit phases, des principes TAI, du protocole à trois volets et de la procédure en 11 points.

En suivant le principe déjà admis que des stratégies répertoriées sont utilisées pour susciter des phénomènes similaires à ceux qui se produisent spontanément chez un grand nombre d'autres patients (stratégies pour accélérer ou décélérer le traitement), les variations standard consisteraient en des options qui permettraient au praticien de s'adapter à l'organisation inhérente du système de traitement adaptatif de l'information du patient au niveau du choix des cibles, de leur conception en tant qu'instant précis ou comme une période ou un ensemble fragmenté, de la séquence de ciblage, des éléments d'évaluation retenus, de la formulation du niveau d'intensité subjective du ressenti dysfonctionnel, de l'introduction de techniques favorisant l'attention double et de l'utilisation particulière de la cognition positive.

Tableau 11.2. Modifications récurrentes ou originales des protocoles EMDR spécialisés

Type de modifications	Variations standard
CIBLES Cible : plutôt que de sélectionner un souvenir, <i>dessiner la croyance négative ou la perception de soi</i> (Carvalho, 2009) Pour identifier les cibles : le <i>défilé de visages</i> (Adler-Tapia, 2014) Cibler la <i>mémoire addictive</i> (Hase et al., 2008) Cible = <i>état-ressenti</i> (état comportemental distinct d'émotion positive partagée [Leeds, 2007] ; un souvenir dépendant d'état, lien entre un ressenti (sensations-émotions-pensées) positif et un comportement addictif [Miller, 2010]) <i>Approche des deux méthodes</i> (de Jongh et al., 2010) pour définir les cibles à traiter : 1^{re} méthode – ligne du temps pour identifier les souvenirs d'événements étiologiques et aggravants ; 2^e méthode – les souvenirs qui sous-tendent les croyances dysfonctionnelles centrales	Une cible peut être toute manifestation d'une information dysfonctionnelle ou inadaptée : état-ressenti ; mémoire addictive ; dessin ou représentation symbolique ; défense psychologique ; sensation somatique ; événement étiologique, auxiliaire, antécédent, aggravant ou contributif selon l'hypothèse TAI
SÉQUENCES Séquences non chronologiques : <i>protocole inversé</i> [Hofmann, 2010] ; <i>R-TEP : recherche Google ou scanner</i> pour identifier les fragments-cibles considérés comme appartenant à un seul épisode traumatique [Shapiro et Laub, 2008] ; <i>protocoles TOC</i> : présent-avenir-passé ou présent-passé-avenir, en considérant tous les déclencheurs-peurs-souvenirs comme appartenant à un seul événement complexe multiple [Marr, 2012] ; <i>DeTUR</i> : objectif futur-déclencheurs présents-avenir-passé [Popky, 2007]	Séquence de ciblage modifiable : séquence chronologique, inversée, organique (c'est-à-dire suivant ce qui est accessible et tolérable)
NIVEAUX DE PERTURBATION LOU (<i>Level of Urge to Use</i>) : niveau d'envie de consommer (Popky, 2007) SUP (<i>Subjective Units of Pain</i>) : unités subjectives de douleur (De Roos et al., 2010) LOUA/LOPA (<i>Level of Urge to Avoid/Level of Positive Affect</i>) : niveau d'envie irrépressible d'éviter/d'affect positif (procrastination, défenses, codépendance, amour à sens unique) (Knipe, 2005)	Le SUD peut être remplacé par d'autres échelles d'intensité subjective (douleur, <i>craving</i>, envie, affect positif inadapté...), ce qui amènerait à considérer cette mesure comme celle du niveau subjectif d'intensité de l'affect ou du ressenti dysfonctionnel/inadapté

Tableau 11.2. (suite)

ÉLÉMENTS DE L'ÉVALUATION Évaluation (phase 3) réduite : protocole opaque : pas d'image mais un mot-clé, pas de cognition [Blore <i>et al.</i>, 2013] ; protocole TOC : pas de cognition [Marr, 2012] ; douleurs : pas de cognition quand la cible n'est pas un événement traumatique, par contre la cible est décrite en termes de taille, forme, couleur... [Grant et Threlfo, 2002] ; douleurs : pas de cognition, cible décrite en termes de couleur, forme, température, texture... [De Roos <i>et al.</i>, 2010]	Éléments indispensables de la phase d'évaluation (phase 3) qui demeurent dans tous les protocoles : - représentation sensorielle ou symbolique (image ou autre représentation sensorielle ou dessin ou mot-clé) de la cible ; - SUD (ou équivalent) ; - siège de la sensation corporelle. Des recherches seront nécessaires afin d'identifier les facteurs qui déterminent le caractère nécessaire, utile ou superflu des autres éléments de l'évaluation selon le type de cible, de population, de contexte, de trouble, etc.
TECHNIQUE FILM/VIDÉO Protocoles spécifiques originels de F. Shapiro (2001). Faire défiler la vidéo plutôt que de revenir à la cible (Marr, 2012). Récit de l'épisode traumatique et recherche Google/scanner du R-TEP (Shapiro et Laub, 2008)	Technique de visualisation du déroulement ou scanner non chronologique aidant à l'identification de sources de perturbation ou à l'intégration de fragments-cibles. Lorsque l'effet de généralisation par canaux associatifs est limité en cours de désensibilisation (le patient ne s'éloignant jamais de la situation initiale), la conception de la cible comme étant une visualisation d'un déroulement ou d'une période pourrait permettre de favoriser ces associations de manière similaire à ce qu'on observe chez d'autres patients (visualisation de la période entourant la situation initiale, scanner à la recherche d'événements similaires, déroulement de tout un épisode).
MAINTENIR/FAVORISER L'ATTENTION DOUBLE Échelle de l'arrière de la tête (<i>Back-of-the-head scale</i>) et installation constante de l'orientation dans le présent et de la sécurité (CIPOS) (Knipe, 2005).	Les techniques pour maintenir/favoriser l'attention double doit pouvoir être utilisées dès que le patient peine à maintenir une attention double ou à rester dans ou à la limite de sa fenêtre de tolérance.
NOTION DE LA COGNITION POSITIVE GLOBALE De nombreux protocoles qui omettent la CP en phase 3 l'introduisent en phase 5 pour installer une croyance positive sur l'événement ou l'épisode intégré (protocoles d'événements récents, protocoles TOC). Notion de la CP antidote (protocoles douleur).	Conception légèrement différente de la CP : notion de l'importance de la CP pour l'événement ou l'épisode intégré, après la désensibilisation ; notion de la CP ressource, de coping ou antidote par rapport à la douleur restante

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER-TAPIA R. (2014) « Early Mental Health Intervention for First Responders/Protective Service Workers Including Firefighters and Emergency Medical Services Professionals », in *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Disasters : Models, Scripted Protocols, and Summary Sheets*, Lubert, M., New York, Springer.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA] (2004) *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*, Arlington, VA.
- BLORE D.C., HOLMSHAW E.M., SWIFT A., STANDART S., FISH D.M. (2013) « The Development and Uses of the "Blind to Therapist" EMDR Protocol », *Journal of EMDR Practice and Research*, 7, 2, 95-105.
- CARVALHO E.S. (2009) « The EMDR Drawing Protocol for Adults », in *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols : Basics and Special Situations*, Lubert, M., New York, Springer, 107-110.
- DE JONGH A., TEN BROEKE E., MEIJER S. (2010) « Two Method Approach : A Case Conceptualization Model in the Context of EMDR », *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 1, 12-21.
- DE ROOS C., VEENSTRA A.C., DE JONGH A., DEN HOLLANDER-GIJSMAN M.A., VAN DER WEE N.J.A., ZITMAN F.G., VAN ROOD Y.R. (2010) « Treatment of Chronic Phantom Limb Pain Using a Trauma-Focused Psychological Approach », *Pain Research & Management*, 15, 2, 65-71.
- GRANT M., THRELFORD, C. (2002) « EMDR in the Treatment of Chronic Pain », *Journal of Clinical Psychology*, 58, 12, 1505-1520.
- HASE M., SCHALLMAYER S., SACK M. (2008) « EMDR Reprocessing of the Addiction Memory : Pretreatment, Post-treatment, and 1-Month Follow-Up », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 3, 170-179.
- HAUTE AUTORITÉ DE LA SANTÉ [HAS] (2007) « Prise en charge de l'état de stress post-traumatique (ESPT) », *Affections psychiatriques de longue durée - troubles anxieux graves*, 17-19.
- HOFMANN A. (2010) « The Inverted EMDR Standard Protocol for Unstable Complex Post-Traumatic Stress Disorder », in *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols : Special Populations*, Lubert, M., New York, Springer, 313-327.
- KNIFE J. (2005) « Targeting Positive Affect to Clear the Pain of Unrequited Love, Codependence, Avoidance, and Procrastination », in *EMDR Solutions : Pathways to Healing*, Shapiro, R., New York, Norton, 189-212.
- LEEDS A. (2007) « Learning to Feel Good About Positive Emotions with the Positive Affect Tolerance and Integration Protocol », in *EMDRIA Annual Conference*, Dallas, Texas.
- LUBERT M. (2009) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols : Basics and Special Situations*, New York, Springer.
- LUBERT M. (2010) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols : Special Populations*, New York, Springer.
- LUBERT M. (2014) *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Disasters : Models, Scripted Protocols, and Summary Sheets*, New York, Springer.
- MARR J. (2012) « EMDR Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder : Preliminary Research », *Journal of EMDR Practice and Research*, 5, 1, 2-15.
- MILLER R. (2010) « The Feeling-State Theory of Impulse-Control Disorders and the Impulse-Control Disorder Protocol », *Traumatology*, 16, 3, 2-10.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ [OMS] (2013) *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*, Genève, OMS.
- POPKY A.J. (2007) DeTUR (Desensitization of Triggers and Urge Reprocessing) : A New Approach to Working with Addictions and Dysfunctional Behaviors [en ligne] https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.psychinnovations.com%2FEMDRSD%2FDeTUR2_1B.doc&ei=RhrNVLbYMMHlUrqzgpgJ&usg=AFQjCNE1KhmfAre3ocl8t20l9gaNgRza8g&sig2=60h-szynKhHxI1U7Szn-_g&bvm=bv.85076809,d.d24&cad=rjt [Consulté le 28 janvier 2015]
- SHAPIRO E., LAUB, B. (2008b) « Early EMDR Intervention (EEI) A Summary, a Theoretical Model, and the

Recent Traumatic Episode Protocol », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 2, 79-96.

SHAPIRO F. (1995) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*, New York, Guilford Press.

SHAPIRO F. (2001) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2nd ed), New York, Guilford Press. {Traduit en français : Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures, Paris, InterEditions. 2007.}

SHAPIRO F. (2007) « EMDR and Case Conceptualization from an Adaptive Information Processing Perspective », in *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes*, Shapiro, F., Kaslow, F.W. & Maxfield, L., Hoboken (NJ), Wiley, p. 3-34. {Traduit en français : EMDR et thérapies familiales. Manuel pratique, Shapiro, F., Kaslow, F.W. & Maxfield, L., Paris, InterEditions, 2012.}

UNITED KINGDOM DEPARTMENT OF HEALTH (2001) *Treatment choice in psychological therapies and counselling evidence based clinical practice guideline*. London, England.

Chapitre 12

Anamnèse et préparation de la thérapie EMDR pour les cas complexes¹

Andrew M. Leeds
Dolores Mosquera

Les cas de stress post-traumatiques à incident unique ou isolé permettent souvent une certaine standardisation de l'anamnèse et des phases de préparation de la thérapie EMDR. Cependant, lorsqu'il s'agit de patients présentant des antécédents complexes de négligence et de traumatisme, une approche standardisée est rarement indiquée et peut même s'avérer déstabilisante. Des problèmes de dysrégulation émotionnelle, de honte envahissante, de défenses de personnalité rigides, de phobies dissociatives latentes et de déclencheurs subtils de reconstitution relationnelle peuvent engendrer des difficultés allant de l'incapacité à identifier les symptômes essentiels au rejet des patients « trop difficiles » à traiter. Ce chapitre aborde les stratégies visant à mettre au point des approches flexibles et efficaces pour l'anamnèse et les phases de préparation de la thérapie EMDR.

ANAMNÈSE ET PRÉPARATION DE LA THÉRAPIE EMDR DANS LES CAS COMPLEXES

La thérapie EMDR, initialement mise au point pour prendre en charge l'état de stress post-traumatique, est reconnue comme un traitement empirique de cette pathologie (Lee et

1. Ce chapitre est le prolongement d'un article initialement présenté par les auteurs le 20 septembre 2014 à la conférence de l'Association internationale EMDR à Denver, Colorado (États-Unis.)

Cuijpers, 2013 ; Shapiro 1995). Des recherches contrôlées plus limitées confirment l'efficacité de la thérapie EMDR dans la prise en charge des phobies spécifiques, de la panique avec agoraphobie, et des troubles dépressifs majeurs (Hase *et al.*, 2015 ; Hofmann *et al.*, 2014). Un nombre croissant d'études de cas suggère que la thérapie EMDR peut aussi traiter avec succès des individus présentant un large éventail de pathologies, notamment les troubles somatoformes, et des cas complexes comme les troubles de la personnalité et les troubles dissociatifs. La thérapie EMDR s'organise autour de plusieurs phases de traitement : anamnèse, préparation, évaluation, désensibilisation, installation, scanner corporel et réévaluation. Ce chapitre est consacré à l'étude des deux premières phases de la thérapie EMDR, l'anamnèse et la préparation dans les cas complexes.

► Définition des cas complexes

Les cas complexes impliquent une détérioration plus importante des symptômes liés aux problèmes d'humeur, de fonctionnement interpersonnel et de prise en charge de soi. Ils sont généralement accompagnés d'antécédents précoces avec des degrés importants de négligence et de maltraitance. Ces cas peuvent être représentés sur une échelle liée au degré de dissociation structurelle (van der Hart *et al.*, 2006) allant de :

- Troubles de stress extrême non autrement spécifiés (DESNOS - *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) – également appelés ESPT complexe ;
- Troubles de la personnalité (dissociation structurelle secondaire) ;
- Autres troubles dissociatifs spécifiés (OSDD - *Other Specified Dissociative Disorder*) ;
- Trouble dissociatif de l'identité (DID - *Dissociative Identity Disorder*).

► Définition de l'ESPT complexe

Herman (1992a ; 1992b) a proposé le diagnostic de l'ESPT complexe pour qualifier les traumatismes répétés et prolongés entraînant de multiples séquelles qui surviennent quand la victime est en état de captivité sous le contrôle d'un responsable, que ce soit en prison, lors d'une guerre ou dans le cadre d'une situation domestique privée. Van der Kolk a proposé le diagnostic de troubles de stress extrême non autrement spécifié (DESNOS) qui a été inclus comme critère supplémentaire de l'ESPT dans le DSM-IV (APA, 1994). Autant l'ESPT complexe que les DESNOS sont associés à la dissociation structurelle secondaire de la personnalité (van der Hart, *et al.*, 2006).

Les personnes répondant aux critères des DESNOS ne répondent pas nécessairement aux critères de l'ESPT. Des études menées auprès de vétérans (Ford, 1999) et de civils (McDonagh-Coyle *et al.*, 1999) ont montré que 25 % à 45 % des patients diagnostiqués DESNOS ne

répondaient pas aux critères de l'ESPT. « Il a été démontré qu'une personne diagnostiquée DESNOS est susceptible d'obtenir de moins bons résultats lors d'un traitement d'ESPT, et ce chez diverses populations cliniques. Cette découverte est d'une importance vitale dans la discussion en cours » (Korn, 2009, p. 265).

La pathologie DESNOS entraîne des symptômes de dysrégulation dans sept domaines :

1. Régulation des affects et des impulsions ;
2. Attention ou conscience ;
3. Perception de soi ;
4. Perception du responsable ;
5. Relations avec les autres ;
6. Systèmes de signification ;
7. Somatisation.

Il existe de nombreux indicateurs qui peuvent aider les praticiens à garder à l'esprit les cas possibles de traumatisme complexe (Mosquera 2011 ; Mosquera 2014 ; Leeds et Mosquera, 2014) :

Parmi les antécédents figurent des expériences négatives vécues pendant l'enfance, persistantes, prolongées et/ou multiples :

- Abus de drogues ou d'alcool par le parent/parent de substitution ;
- Maladie ou affection psychiatrique chronique (diagnostiquée ou non) du parent/parent de substitution ;
- Abandon par le parent/parent de substitution ;
- Violence domestique ;
- Maltraitance physique, sexuelle ou verbale ;
- Inversion du rôle parent-enfant (parentification) ou autre dysfonctionnement dans la relation d'attachement ;
 - ➔ Parfois ces problèmes se dissimulent derrière des déclarations d'enfance « merveilleuse. »
- Difficulté ou incapacité à réguler les émotions ;
- Autodestruction et comportements suicidaires ;
- Impulsivité et comportement à risque ;
- Problèmes pour identifier, ressentir ou gérer la colère ;
 - ➔ Ils sont incapables de ressentir la colère de manière adéquate ; ils sont submergés par cette émotion, sont au bord des larmes ou deviennent passifs-agressifs.
- Amnésie et dissociation ;

- Symptomatologie somatique ;
- Difficulté à remarquer les problèmes ayant trait à leurs expériences traumatiques ;
- Culpabilité persistante ;
- Sentiment persistant d'inutilité ;
- Problèmes sévères dans les relations interpersonnelles ;
 - ➔ Pas uniquement des relations intenses mais aussi le besoin de les éviter pour se protéger ou par crainte de l'intimité.
- Tendance à idéaliser et/ou dévaluer les autres ;
- Difficulté à faire confiance aux autres/vulnérabilité et risque marqué et fréquent d'être exploité ;
- Désespoir depuis « toujours » ;
- Comportements de compensation pour réguler les émotions.
 - ➔ Drogues, alcool, automédication, sexe, scarification...

LES BASES DE FORMULATION DES CAS EMDR DANS LES CAS COMPLEXES. PHASE 1 – STABILISATION ET ANAMNÈSE

La conceptualisation du cas dans la thérapie EMDR exige que le praticien dépasse les symptômes immédiats du patient (attitudes, pensées, comportements mal adaptés et réponses émotionnelles de défense) et forme un modèle mental de ces problèmes fondés sur un modèle de psychothérapie. La conceptualisation du cas produit un modèle mental qui mène aux éléments spécifiques d'un plan de traitement incluant l'évaluation des problèmes du patient, la sélection des méthodes et l'enchaînement des interventions. Dans la thérapie EMDR destinée aux cas complexes, un modèle mental des difficultés rencontrées par le patient doit être basé sur :

- Le modèle de traitement adaptatif de l'information (TAI ou *Adaptive Information Processing - AIP*) ;
- La théorie de l'attachement ;
- La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TSDP - *Theory of Structural Dissociation of the Personality*).

L'intégration des connaissances portant sur ces trois modèles permet aux praticiens d'explorer les informations adéquates et d'y être attentifs. Elles aboutissent à un ensemble d'hypothèses sur les causes de chacun des symptômes du patient et tracent les contours permettant de bâtir le plan de traitement. Si ces hypothèses sont pertinentes et que la méthodologie est

correctement appliquée, alors les symptômes du patient devraient s'améliorer. Le modèle de traitement adaptatif de l'information (TAI ; Shapiro, 2001) nous conduit à identifier les informations à stockage dysfonctionnel (réseaux de souvenirs) qui ont besoin d'être retraitées, ainsi que les tendances d'adaptation à renforcer et élargir.

Dans les cas plus simples, le plan de soins pour le retraitement EMDR des réseaux de souvenirs mal adaptés peut être abordé dans un ordre en considérant d'abord les souvenirs traumatiques du passé, puis le matériel résiduel issu des déclencheurs actuels, et enfin le retraitement peut être appliqué à la répétition imaginale des situations futures. Les cas plus simples requièrent relativement peu de travail pour créer ou renforcer les capacités d'adaptation. Toutefois, dans les cas complexes, les capacités élémentaires de prise en charge de soi et d'adaptation sont de manière générale largement corrompues, et il peut exister des défenses rigides susceptibles d'interrompre le retraitement des souvenirs traumatiques. Un travail plus approfondi peut être nécessaire afin d'améliorer la prise en charge de soi et les capacités d'adaptation élémentaires, tout en traitant les défenses rigides. Dans les cas complexes, il est essentiel d'ajouter des principes de ciblage. Il peut s'agir de stratégies de titration, c'est-à-dire en limitant de manière délibérée l'activation à certains éléments d'un réseau de souvenirs et à des séquences de ciblage de remplacement ; par exemple en commençant avec des éléments associés aux déclencheurs actuels de la vie quotidienne ou en se concentrant sur l'information dysfonctionnelle intéroceptive ayant trait aux phobies et aux défenses dissociatives (Gonzalez et Mosquera, 2012 ; Gonzalez *et al.*, 2012 ; Mosquera *et al.*, 2014).

Dans les cas complexes, il est absolument essentiel, dans un premier temps, de modifier l'ordre des priorités en passant de la collecte habituelle d'informations sur les expériences négatives et traumatiques vécues par le patient à une exploration sensible de ses fonctions actuelles : vie quotidienne normale, expériences intrapsychiques et relations interpersonnelles. Chez les patients ayant des présentations complexes, des efforts inconsidérés pour approcher directement le matériel traumatique peuvent entraîner une série de conséquences négatives provoquées par des déficiences dans la tolérance de l'affect, les phobies dissociatives et les capacités moindres de s'autocontrôler. Parmi ces conséquences figurent non seulement des ruptures dans l'alliance thérapeutique en cours, mais également son interruption brutale, les comportements d'automutilation et les tentatives de suicide. Quand les praticiens intègrent dans leur approche clinique la théorie de l'attachement et la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité - *Theory of Structural Dissociation of the Personality* (van der Hart *et al.*, 2006), ils peuvent reconnaître plus rapidement les éléments essentiels des cas complexes et modifier les priorités, passant de la collecte d'informations sur les cibles traumatiques à l'exploration des informations pertinentes concernant les difficultés présentes de la personne à remplir les fonctions de la vie quotidienne.

THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

La théorie de l'attachement a initialement été développée par Bowlby (1969, 1973, 1980). Main (Main, 1996 ; Main et Goldwyn, 1984) a mis au point un système de classification de l'attachement chez l'adulte basé sur la théorie de l'attachement de Bowlby. Chez l'adulte, les classifications englobent l'attachement sécure, évitant, ambivalent et désorganisé. Cette classification représente un modèle de travail de soi et des autres personnes qui comptent. Par définition, elle est le premier modèle grâce auquel la personne traite l'information concernant l'autorégulation et les agents stressants interpersonnels. Comme nous l'expliquons ci-dessous, la classification de l'attachement contribue à élaborer les modes de réponses à toutes les interventions cliniques et à la thérapie EMDR en particulier.

THÉORIE DE LA DISSOCIATION STRUCTURELLE DE LA PERSONNALITÉ

La TDSP nous permet de reconnaître les divisions structurelles au sein de la personnalité, et nous aide à appréhender et prendre en charge les phobies dissociatives qui maintiennent les schémas d'adaptation dysfonctionnelle. Van der Hart *et al.*, (2005) distinguent trois niveaux prototypiques de dissociation structurelle basés sur l'ampleur et le type de divisions entre les systèmes d'actions de la vie quotidienne et de la défense. Dans les cas complexes, les stratégies de traitement peuvent être définies en fonction du degré de dissociation structurelle. Dans le cas de la dissociation structurelle primaire, il existe une alternance entre une partie dissociative unique de la personnalité consacrée aux systèmes d'action de la vie quotidienne (appelée « la partie apparemment normale de la personnalité » ou PAN) et une seconde partie plus rudimentaire consacrée à la défense (appelée la « partie émotionnelle de la personnalité » ou PE). Dans le cas de la dissociation structurelle secondaire, il peut y avoir deux PE ou plus induites par les systèmes d'action défensifs, et la PAN peut être organisée de façon assez adaptée ou mal adaptée. Dans le cas de la dissociation structurelle tertiaire associée au TDI, il existe une capacité d'intégration insuffisante pour maintenir une seule PAN, et les PE sont plus fortement investies avec un sentiment subjectif de soi séparé.

RECONNAÎTRE ET TRAVAILLER AVEC L'ATTACHEMENT ÉVITANT, AMBIVALENT ET DÉSORGANISÉ

► Classification et caractéristiques de l'attachement issues du Questionnaire sur l'attachement chez l'adulte (QAA)

Le questionnaire sur l'attachement chez l'adulte (QAA) est un outil quasi clinique et semi-structuré, mis au point par George *et al.*, (1985). Il comprend une vingtaine de questions et a été largement validé par la recherche. Pendant un questionnaire QAA, les personnes présentant une organisation de l'attachement sécuritaire/autonome parlent de manière cohérente et interactive avec l'enquêteur de leurs expériences, qu'elles soient positives ou négatives. Elles répondent aux questions en fournissant une explication suffisante, sans être excessive, et offrent un récit cohérent qui peut même intégrer des événements traumatiques. Les individus classés sécuritaires/autonomes présentent rarement un ESPT complexe. En revanche, les patients souffrant d'ESPT complexe peuvent parvenir à une classification sécuritaire acquise après une relation adulte stable et/ou une thérapie réussie.

Une personne présentant un attachement évitant minimise la discussion ou l'importance des expériences liées à l'attachement. Généralement, les réponses sont intrinsèquement incohérentes et souvent beaucoup trop courtes. Les relations avec les parents sont habituellement décrites comme très positives, mais sans apporter de détails ; et quand il y en a, ils tendent à contredire l'évaluation globale.

Dans ces cas-là, il est important d'éviter les questions générales sur « l'amour » des parents/parents de substitution ; il est préférable de demander des exemples concrets illustrant les moments où un parent/parent de substitution offrait :

- Tendresse et réconfort physique face à une blessure, de l'anxiété ou de la peur ;
- Soutien verbal ou pratique face au stress social (par ex. Harcèlement) ;
- Reconnaissance et félicitations pour les efforts obstinés et les réussites ;
- Privilégier les besoins de l'enfant avant ceux du parent/parent de substitution ;
- Vue de l'esprit : verbaliser la reconnaissance de leurs sentiments intérieurs, leurs espoirs, peurs et rêves.

Avec un affect et un récit restreints, les personnes ayant un attachement évitant ont tendance à peu montrer leur détresse affective ou physiologique dans leurs expressions ou leurs postures jusqu'à être totalement accablées ou fondre en larmes. Il est alors possible qu'elles se sentent trahies par le praticien qui n'a pas su reconnaître leurs signaux de détresse. Pendant l'anamnèse et la préparation, il est important d'enquêter avec soin sur leurs expériences intérieures et essentiel de réévaluer comment elles ont été affectées par la session précédente.

Il est également utile de poser des questions sur les fonctions de la vie quotidienne ; plus que les émotions, les comportements serviront de réponses dans les premières phases du traitement. Dans un premier temps, avant d'obtenir une meilleure estimation, il peut être judicieux de partir du principe que toute perturbation signalée sur le moment et toutes les expériences traumatiques passées sont plus perturbantes que leur autoévaluation ne le suggère.

Chez les personnes présentant un attachement ambivalent, les souvenirs qui resurgissent à l'occasion d'une question semblent attirer l'attention du sujet et guider son récit. Ce qui peut engendrer une narration longue et furieuse des interactions rencontrées pendant l'enfance avec les parents, et glisser à mauvais escient vers une discussion sur les relations actuelles. La personne interrogée risque également de s'égarer vers des sujets éloignés, d'utiliser un langage vague, et dans une même phrase, de décrire de manière négative et positive un parent. Les praticiens doivent être préparés à restreindre le centre de l'attention et à reporter ultérieurement la discussion des sujets dérangeants. Ces patients semblent souvent accablés et tourmentés par les sentiments. Leurs récits reflètent une absence de structures permettant de contenir leurs nombreuses émotions. Ils se présentent comme étant en manque d'affection et dépendants, et requièrent particulièrement des relations d'attachement avec des personnalités et des praticiens. Cependant, la structure proposée par les autres, y compris les praticiens, semble être totalement inadaptée ou absente, laissant un affect intense à sa place. Lorsque dans leurs récits, ils décrivent des événements traumatiques ou des abandons survenus pendant l'enfance, ils insistent sur l'aspect intolérable de ces expériences et sur un sentiment de guérison impossible.

Les personnes présentant un attachement désorganisé manifestent fréquemment des erreurs considérables dans le raisonnement ou le discours. Elles peuvent exprimer des convictions enfantines, se murer dans un silence prolongé ou se lancer dans un discours dithyrambique. Dès l'apparition d'un récit désorganisé, l'attention doit passer de la collecte d'une histoire à l'exploration de la structure interne de soi et du degré de dissociation structurelle. Cette exploration peut être effectuée à l'aide de la méthode du lieu de rencontre (*meeting place*), des cartes ou des dessins du système interne, ou par *play mobile*. Des aspects différents de la personnalité, peuvent, à divers moments, témoigner de classifications d'attachement différentes, voire conflictuelles. Les structures de régulation de l'affect peuvent offrir des aspects qui vont varier, d'une apparence rigide et très contrôlée à une autre apparence fluide et très sensible. Lors des sessions de suivi, ces personnes peuvent ne conserver que peu de souvenirs, voire aucun, des aspects importants des sessions précédentes. Des tentatives mal contrôlées de retraitement EMDR standard peuvent parfois révéler, de manière dramatique et perturbante, des aspects cachés et spontanés de la personnalité. Elles peuvent mener à un retraitement qui semble complet malgré un nombre inhabituellement court de séances, mais en fait, le matériel dérangeant a simplement été caché de la PAN. Les bases de la stabilisation

et un plan de traitement adapté se construisent en établissant une relation, et en comprenant les forces et les difficultés présentes du patient.

► Phase I du traumatisme complexe. Collecte d'informations

La phase I sert de base à une planification thérapeutique adéquate. Chez les patients présentant un traumatisme complexe, cette phase implique davantage de complexité et de difficultés que dans les cas d'ESPT. Pendant la phase I, il ne faut surtout pas oublier d'équilibrer le rythme de l'anamnèse avec la gestion des phobies, des défenses, et le développement des capacités d'adaptation. Le praticien et le patient peuvent avoir tendance à aller trop rapidement, et vouloir identifier et/ou découvrir le matériel traumatique sans comprendre d'abord :

- La capacité du patient à surmonter les difficultés quotidiennes ;
- Le degré des symptômes dissociatifs, des parties dissociatives et des phobies ;
- Les difficultés à confronter le matériel traumatique quand le système interne n'est pas prêt.

La collecte d'informations doit s'équilibrer afin d'être suffisamment exhaustive tout en étant supportable pour le patient. Plus le degré de dissociation structurelle est élevé, plus nous devons faire preuve de prudence en abordant des zones auxquelles le patient ne supporte pas de penser ou de ressentir, ou desquelles il ne peut pas encore avoir conscience et ne peut pas se souvenir.

Aborder des expériences enrichissantes peut s'avérer encore plus délicat dans les cas complexes. Mosquera (2011), Leeds et Mosquera (2014) suggèrent de garder à l'esprit les aspects suivants lors de la collecte d'informations :

Attitude du praticien :

- Prudence et tact ;
- Trouvez un équilibre entre la proximité et le maintien d'une distance correcte ;
- N'agissez pas comme un enquêteur ; offrez plutôt un intérêt « graduel » ;
- Agissez en « régulateur » (aidez le patient à poursuivre si nécessaire et freinez-le s'il ne sait pas comment) ;
- Conservez des frontières claires et un caractère prévisible ;
- Fournissez une structure (nous ne pouvons fonctionner de manière chaotique quand le chaos est la norme) ;
- Suivez un plan structuré (mais flexible) pour stabiliser et collecter les informations.

Aspects à explorer pour équilibrer l'anamnèse :

- Il est important de ne pas se fixer que sur les événements traumatiques ;
- Laissez le patient raconter son histoire (autant qu'il puisse le tolérer et que ce soit utile) sans trop entrer dans les détails (compte-rendu) ;
- Identifiez des compétences, des ressources ;
- Souvenirs positifs.

Dans les cas complexes, les praticiens doivent être préparés à reconnaître les défenses ou les phobies dissociatives, et à modifier les priorités en passant de la collecte d'informations sur les expériences négatives et traumatiques passées du patient, à la préparation/la stabilisation. Une formulation du cas initial peut suggérer une présentation plus légère et la conviction que le patient est capable de tolérer une « anamnèse standard. » Pendant la première phase de la thérapie, il est essentiel de rester sensible et vigilant face aux signes de défenses (telles que l'idéalisation et/ou la minimisation) ou aux phobies dissociatives. Une compréhension de la théorie de l'attachement et de la TSDP peut aider les praticiens à reconnaître les signes d'un attachement évitant, ambivalent et désorganisé, ainsi qu'une dissociation structurelle secondaire et tertiaire. De cette manière, les praticiens sont mieux préparés pour passer d'une collecte d'informations sur les souvenirs négatifs et traumatiques à la reconnaissance des défenses, la présentification (conscience de l'ici-maintenant), la psychoéducation, l'installation de ressources, la tolérance de l'affect et d'autres interventions de la phase de préparation.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed)*, Washington, DC : Author.

BOWLBY J. (1969) *Attachment and loss : Vol. 1 : Attachment*, New York, Basic Books.

BOWLBY J. (1973) *Attachment and loss : Vol. 2 : Separation : Anxiety and anger*, London, Penguin Books.

BOWLBY J. (1980) *Attachment and loss : Vol. 3 : Loss : Sadness and depression*, London, Penguin Books.

FORD J.D. (1999) Disorders of extreme stress following war-zone military trauma : Associated features of post-traumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes ? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 3-12.

GONZALEZ A., MOSQUERA D. (2012) Overcoming dissociative phobias. In A. Gonzalez & D. Mosquera, *EMDR and*

dissociation : The progressive approach (pp. 145-162), Charleston, SC, Amazon Imprint. Retrieved from Amazon.

GONZALEZ A., MOSQUERA D., LEEDS A. M., KNIPE J., SOLOMON R. (2012) The AIP model and structural dissociation : A proposal to extend the framework. In A. Gonzalez & D. Mosquera (Eds), *EMDR and dissociation : The progressive approach* (pp. 31-50) Charleston, SC, Amazon Imprint.

HASE M., BALMACEDA U.M., HASE A., LEHNUNG M., TUMANI V., HUCHZERMEIER AND HOFMANN (2015) A Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression : a matched pairs study in an inpatient setting, *Brain and Behavior*, 5, 6.

- HERMAN J.L. (1992a) *Trauma and recovery*, New York, Basic Books.
- HERMAN J.L. (1992b) Complex ESPT : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma, *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- HOFMANN A., HILGERS A., LEHNUNG M., LIEBERMANN P., OSTACOLI L., SCHNEIDER W., HASE M. (2014) Eye movement desensitization and reprocessing as an Adjunctive treatment of Unipolar Depression : A controlled study, *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 3, 103-111.
- GEORGE C., KAPLAN N., MAIN M. (1985) *The adult attachment interview*. Document inédit, University of California, Berkeley.
- KORN D. L. (2009) EMDR and the treatment of complex ESPT : A review, *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 4, 264-278.
- LEE C. W., CUIJPERS P. (2013) A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 231-239.
- LEEDS A.M., MOSQUERA D. (2014) *History Taking and Preparation for EMDR Therapy in Complex Cases*. EMDR International Association Conference in Denver, Colorado, USA.
- MAIN M. (1996) Introduction to the special section on attachment and psychopathology : 2. Overview of the field of attachment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 2, 237-243.
- MAIN M., GOLDWYN R. (1984) *Adult attachment scoring and classification system*.
- MCDONAGH-COYLE A., MCHUGO G., FORD J. D., MUESER K., DEMMENT C., DESCAMPS M. (1999) *Cognitive-behavioral treatment for childhood sexual abuse survivors with ESPT*. Paper presented at the 15th Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies, Miami, FL.
- MOSQUERA D. (2011) *Applying EMDR to Borderline Personality Disorder and complex traumatization*, Workshop presented at the VIII National Congress on Personality Disorders, Madrid (Spain)
- MOSQUERA D. (2014) *Workshop on Frequent problems in the Use of EMDR with Complex Trauma and Dissociation*, Workshop presented at the 15th EMDR European Association Conference, 25 Years of EMDR, Edinburgh, (Scotland)
- MOSQUERA D. (2014) *EMDR and Dissociation. A Workshop on Treating Complex Trauma and Personality Disorders with EMDR*, Organized by The London Psychotherapy and Trauma Center, London, (UK).
- MOSQUERA D., LEEDS A.M., GONZALEZ A. (2014) Application of EMDR therapy for borderline personality disorder, *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 2, 74-89.
- SHAPIRO F. (1995) *Eye movement desensitization and reprocessing, basic principles, protocols and procedures*, New York, The Guilford Press.
- SHAPIRO F. (2001) *Eye movement desensitization and reprocessing, basic principles, protocols and procedures*, New York, The Guilford Press.
- VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R., STEELE K. (2005) Dissociation : An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder, *Journal of Traumatic Stress*, 18, 5, 413-23.
- VAN DER HART O., NIJENHUIS E. R. S., STEELE K. (2006) *The haunted self : Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*, New York, Norton.

Chapitre 13

Les blocages du traitement

Martine Iracane

La thérapie EMDR basée sur une bonne alliance thérapeutique, menée après une évaluation et une conceptualisation approfondies, élaborée à partir de la présentation clinique du patient et selon l'application rigoureuse des protocoles en trois temps et huit phases sur les cibles recueillies au sein des problématiques, conduit à de bonne efficacité clinique.

Ainsi initiée, elle permet l'activation du traitement adaptatif de l'information, TAI, vecteur de la métabolisation et l'intégration des situations traumatiques responsables des symptômes et plaintes allégués par le patient dans le présent. Rappelons que le TAI active un processus d'auto guérison et que nous devons veiller à son bon état de fonctionnement (Shapiro et Silk-Forrest, 1997).

Mais il arrive que le traitement ne mobilise pas les résultats cliniques escomptés voire même qu'il entraîne des conséquences négatives ; parmi les causes de risques d'échec ou d'obstacles au bon cheminement de la thérapie figurent les blocages du traitement.

Nous présenterons dans ce chapitre la définition des blocages, leur manifestation, les contextes qui les génèrent.

GÉNÉRALITÉS SUR LES BLOCAGES

► Définition

Le système inné du traitement de l'information conçu pour dépasser la détresse psychologique liée aux événements perturbants est résolument orienté vers le retour à l'homéostasie psychique et la bonne santé ; ce système peut cependant être mis à mal lorsque le sujet est exposé à un événement traumatique (Shapiro, 2002, 2007)

L'activation des réseaux de mémoire à travers les SBA lors des phases de désensibilisation et de retraitement favorise le drainage des éléments toxiques contenus dans ces réseaux puis leur intégration ;

« on peut métaphoriquement les imaginer comme une série de canaux où des souvenirs apparentés, des pensées, des images, des émotions sont emmagasinés et liés les uns aux autres » (Shapiro, 2007).

La thérapie EMDR réactive le TAI qui

«...remet en route le processus de digestion, au cours duquel des prises de conscience se font, les associations nécessaires s'établissent, la personne apprend ce qui lui est utile et les émotions appropriées s'installent » (Shapiro et Silk-Forrest, 1997).

Mais il arrive que dans certaines circonstances, le processus thérapeutique mobilisé par le TAI au cours de la thérapie EMDR perde de son efficacité, voire même qu'il s'interrompe : ces blocages du TAI marquent une altération des capacités de métabolisation des informations brutes pathogènes et signalent toujours l'échec de l'intégration salutaire de tout ou partie de l'information dysfonctionnelle. Survenant à différents moments du retraitement et prenant différentes formes au cours de la thérapie, les blocages comportent toujours le risque d'une aggravation du tableau psychopathologique ou/et d'un désengagement du travail thérapeutique du patient s'ils ne sont pas repérés et traités par le clinicien.

Francine Shapiro évoque la présence d'un blocage du TAI qui interrompt le processus thérapeutique :

« Quand, l'information n'ayant pas atteint le niveau de désensibilisation appropriée, reste inchangée après deux séries consécutives de SBA » (Shapiro, 2007).

Si le contenu de l'association reste le même nous parlons de blocage au sens strict : le patient après plusieurs séries de SBA n'indique aucun changement et la nouvelle association porte sur un même contenu, de valence négative équivalente ou plus perturbante encore.

Proche du blocage, le bouclage ou « *looping* », peut générer les mêmes pannes du TAI et doit également mobiliser toute l'attention du thérapeute. Dans ce cas, les représentations changent dans leur contenu au cours d'associations successives le long du canal associatif engagé mais le patient recycle les mêmes émotions, sensations, images qui mobilisent le même niveau de perturbation et n'ouvrent vers aucune perspective cognitive nouvelle.

► Les causes des blocages

Durant le traitement, nous pouvons situer les blocages à différents niveaux, intercorrélés et interdépendants : celui qui se situe lors du déroulement du plan de traitement EMDR et celui corrélé plus directement au processus du TAI.

● Les blocages lors de l'évolution de la thérapie EMDR

Certains freins peuvent obérer l'efficacité et le succès de la thérapie EMDR. Nous ferons ici un bref rappel de ces causes, fondamentales :

- La carence de stabilisation : ce constat nécessitera de mobiliser chez le patient de nouvelles ressources internes et externes, d'introduire de nouvelles compétences ou de renforcer la psychoéducation ;
- Une Alliance Thérapeutique Fragile Peut Occasionner Des Mécanismes De Défense Tels Que Résistance Ou Opposition Consciente Ou Inconsciente. Le manque d'affiliation et d'accordage suscite de la peur et active un système de retrait, d'évitement et de protection, inhibiteur du traitement ;
- Les bénéfices secondaires et la peur du changement peuvent également sécréter différents blocages. Ici il convient de réévaluer les freins occasionnés, dans une approche systémique et de favoriser une prise de conscience et une analyse des peurs, obstacles au traitement. Le repérage précoce de ces différentes sources de blocages potentiels, leur décodage dans l'économie psychique du patient et dans le contexte global des problématiques alléguées peuvent prévenir leur occurrence dans les phases du protocole. Le renforcement de la psychoéducation, la validation de ces « obstacles » et le retraitement de certaines résistances même, offrira un préalable nécessaire à un engagement sûr dans la poursuite du traitement.

● Les blocages du processus du TAI

Les blocages du processus TAI peuvent avoir différentes origines :

- L'information adaptative n'est pas existante : c'est le cas des enfants ou autres populations ayant besoin de créer l'information positive. Cela nécessite d'apporter des informations nouvelles à travers le renforcement de la psychoéducation pour installer des cognitions et informations positives avant le retraitement de cibles ;
- Le blocage peut être consécutif à une activation trop importante du flux associatif le long d'un canal de désensibilisation lors de la phase 4 : le tai est alors débordé et perd toute son efficacité.
- Une sous activation du flux associatif peut générer un blocage ; l'information ne passe plus, les associations ne sont plus activées, le cheminement du tai qui permet les liens avec les réseaux de mémoire positifs facilitateurs de la digestion des expériences bloquées dans le passé, est interrompu ;
- Indépendamment de toute cause repérée, une absence de changements des contenus cognitivo-somato-émotionnels, a pour conséquence la panne de la transformation du matériel traumatique vers la restitution et résolution adaptatives attendues ; le schéma

de pensée positif et apaisant reste alors inaccessible. Dans cette perspective, les pensées négatives persistent, les émotions restent aussi perturbantes ou le contenu du matériel sensoriel reste inchangé (images, sons, etc.) ;

- Les surcharges émotionnelles (abréactions) conduisant le patient hors de la fenêtre de tolérance de ses affects (odgen et minton, 2006) deviennent tellement débordantes que l'effet cathartique est remplacé par l'interruption du tai assortie d'un risque de retraumatisation (nous développerons plus loin cet aspect).

► Quand surviennent les blocages ?

Les blocages peuvent s'installer au cours de différentes phases :

- Lors de la phase de désensibilisation (phase 4 du protocole standard) lorsqu'une fois libérée, l'information enkystée, réémerge dans l'espace thérapeutique avec une forte acuité, pour y être retraitée. Ici l'échelle sud peut se maintenir à un niveau élevé de perturbation émotionnelle ou au contraire parvenir à un seuil tolérable mais maintenu à un niveau supérieur à 0, sans validation écologique. (en effet, un résidu de perturbation peut être adapté en référence à la situation ou au contexte de vie) ;
- Lors de la phase d'installation, lorsqu'au cours du processus de l'installation de la CP, celle-ci est comme « empêchée » et ne peut accéder à son intégration optimum qui indiquerait, dans ce cas, le retraitement complet et l'accès à la restructuration cognitive escomptée. L'échelle de la voc ne peut atteindre la valeur 7 son maximum, ou la valeur 6 indiquant le caractère adapté dit « écologique » de ce différentiel ;
- Lors de la phase 6 du scanner corporel lorsque le corps vient indiquer à travers des traces somatiques non élaborées, des reliquats de matériel dysfonctionnel non désensibilisés : « *the body keeps the score* » (van der kolk, 2014).

Chez les patients souffrant de problématiques cumulatives invalidantes, et disposant de peu de ressources internes, comme dans les présentations cliniques complexes instables et/ou dissociatives, les blocages et abréactions débordantes peuvent être itératifs au cours du travail. Les techniques préconisées ci-dessous seront indispensables pour maintenir le patient dans le lien et la sécurité du présent. Les risques situés dans l'entre deux séances tels que l'instabilité psychologique et comportementale majorée par des risques de passage à l'acte auto ou hétéro agressifs, ne devront pas être négligés.

► Les abréactions

Bien que faisant partie d'un retraitement normal, nous proposons de les aborder dans ce chapitre car elles peuvent parfois, par leur intensité et leur complexité, entraîner un blocage du TAI.

En psychothérapie l'abréaction « désigne toute décharge émotionnelle qui permet à un sujet d'extérioriser un affect lié à un souvenir traumatique et, en conséquence, de se libérer de son poids pathogène » (Lacas, 2015). L'effet produit libérateur est appelé catharsis.

En thérapie EMDR, les abréactions appartiennent au retraitement normal des cibles et correspondent, à l'avancée du traitement adaptatif de l'information. Pendant le traitement, lors de la remontée des informations dysfonctionnelles fixées à l'intérieur d'un réseau de mémoire pathogène, les émotions stockées peuvent être libérées et réactualisées dans l'ici et maintenant avec toute leur vivacité et leur acuité du fait de leur conservation initiale sous forme de matériel brut, non élaboré. Ces traces peuvent resurgir « à l'identique » pour offrir l'opportunité d'être à présent métabolisées. La reviviscence s'énonce alors selon toute une gamme d'expression d'intensité variable, allant d'une réaction perturbante modérée à des manifestations plus débordantes : « les abréactions sont la reviviscence d'un matériel stimulé fortement perturbé » (Shapiro, 2007).

Lors d'une abréaction, surtout s'il s'agit de remontées d'émotions corrélées à des souvenirs jusque-là dissociés (« les émotions écartées de la conscience risquent toujours de resurgir » ; Tisseron, 2005) ou d'événements survenus précocement dans l'évolution psycho développementale du sujet, l'espace relationnel constitue une zone d'accueil et de pare excitation protectrice, un holding contenant. La relation thérapeutique mobilisée s'exerce dans un accordage et une affiliation thérapeutiques indéfectibles et dans un lien d'attachement sécurisé au thérapeute « le clinicien représente une figure d'attachement significative pour notre client » (Dworkin, 2005).

Grâce à la diminution de l'intensité émotionnelle et au maintien des contenus mnésiques dans la zone de tolérance des affects (Ogden Minton, 2006), le retraitement de ces remontées subjectives évolue normalement et parvient à transformer des informations brutes « d'impression perceptive » liées à l'empreinte traumatique en « représentations sémantiques » (Roques 2015).

A contrario, la distance et le silence du thérapeute pourraient, en écho au ressenti du patient, amplifier l'abandon, l'impuissance et les éléments subjectifs de danger imminent vécus et revécus par le patient : le sujet sort alors de sa « fenêtre de tolérance » et risque une contamination supplémentaire. Le blocage du TAI peut s'ensuivre, interdisant la transformation des informations brutes et entravant leur intégration dans la mémoire autobiographique du sujet ; la mentalisation de l'expérience en serait de ce fait, empêchée.

Nous aborderons maintenant les techniques de gestion des abréactions pour empêcher ou dépasser les éventuels blocages du traitement.

COMMENT INTERVENIR EN CAS DE BLOCAGES

Intervenir signifie, activer la dimension du présent sécuritaire autour de la reconnaissance véhiculée par la qualité du lien d'attachement de la relation thérapeutique, et mobiliser quelques changements afin de remettre en route ce processus naturel du traitement de l'information interrompu.

Nous disposons de plusieurs techniques de portée différente, mais qui ont comme point commun le principe d'une approche minimaliste car il convient toujours de valoriser les capacités d'autonomie du sujet, de « l'aider à retrouver sa propre capacité d'auto guérison et de la guider vers sa propre force de vie » (Servan-Schreiber in Shapiro et Forrest, 1997).

► Les stratégies alternatives

● Les approches mécaniques

Les premières mesures préconisées sont des approches dites mécaniques :

- Allonger la durée des sets SBA ;
- Augmenter la vitesse des SBA ;
- Modifier la direction des SBA visuelles en passant dans le sens oblique ;
- Passer à une autre modalité de stimulation : stimulation audio ou tapotements si les SBA visuelles étaient utilisées ou « butterfly hug » ou embrassade du papillon ;
- Auto stimulations si besoin.

Rappelons aussi, que certaines formes de stimulations ressenties comme source de malaise sont bien entendu écartées (le confort du patient, ici et maintenant, restant souverain).

● Les changements de registre

Il s'agit de modifier le pont de focalisation.

Si le patient bloque sur des contenus d'associations cognitives, le thérapeute pourra l'aider à se centrer sur ce qu'il perçoit dans son corps à ce moment-là, ou à remarquer les émotions traversées. Et le thérapeute réengage les SBA pour remettre en route le traitement.

De même si le matériel bloqué se situe sur le registre somatique, (sensations pesantes ou douloureuses par exemple), le thérapeute invitera le patient à noter les pensées qui se

manifestent à lui au moment où ces sensations envahissent son corps et poursuit avec les SBA.

● Les stratégies ICES : Image, Cognition, Émotion, Sensation

Il convient parfois de revenir à plusieurs reprises vers la cible initiale pour en inspecter tous les éléments ICES : c'est le cas lorsque le processus ne balaye pas spontanément tous les composants toxiques de la cible ou qu'une généralisation ne s'opère pas spontanément entre la partie jugée la plus difficile (pied d'appel de la désensibilisation) et les autres facettes. L'exploration peut révéler d'autres contenus sensoriels tels que des sons, des paroles échangées lors de l'événement ciblé qui peuvent participer à la remise en route du processus de la situation.

« Revenez à la cible... portez votre attention sur d'autres éléments de la situation initiale... Que voyez-vous maintenant ? En quoi est-ce pareil en quoi est-ce différent ? »

Ou « quand vous revenez à la situation initiale, voyez-vous un autre moment difficile ? »

Parfois, le retour à la cible initiale fait remonter des cibles auxiliaires qui peuvent conduire le thérapeute à redéfinir le cheminement initial pour tenir compte de la survenue de ce nouveau matériel responsable des blocages du TAI. La conduite à tenir préconisée s'orientera plutôt vers le confinement transitoire de ce matériel ou au contraire vers un retraitement immédiat (les options retenues étant toujours référées à l'état clinique du patient et à ses capacités d'exposition, d'introspection et d'élaboration des contenus subjectifs, médiatisées par le cadre thérapeutique du protocole EMDR).

Il arrive qu'une cognition négative bloquante empêche le retraitement complet de la cible. Par exemple un SUD qui n'atteint pas 0 ou une VOC qui n'atteint pas 7, peuvent donner lieu à la question « *qu'est ce qui empêche que cela descende à 0 ou que cela monte à 7 ?* » La réponse peut alors comporter une cognition négative, par exemple « *parce que je ne mérite pas d'être heureux...* » Le thérapeute : « *quand pour la première fois avez-vous pensé, je ne mérite pas d'être heureux ?* » Le traitement doit alors être poursuivi pour désensibiliser les nouvelles résurgences associatives à l'origine du blocage du TAI.

● Les suggestions de type hypnotique

Si le traitement s'accélère au point de risquer le débordement, des stratégies de décélération sont préconisées :

- Une sensation à la fois en mettant de côté les autres : se concentrer sur la sensation la plus prononcée ;
- Image passée de la couleur au noir et blanc ;

- Revenir à l'image : imposer une distorsion en passant de la couleur ou en noir et blanc continuez avec ça et revenir ensuite au traitement normal ;
- Visualiser l'agresseur et non ses actions, puis l'agresseur à l'arrêt sans mouvement permet de réduire la détresse qui a pu suspendre le cours du traitement. Le processus peut ensuite reprendre normalement ;
- Intervenir sur le souvenir cible en organisant une hiérarchie de moments d'exposition en imagination guidée permet au patient de retrouver du contrôle, de revenir à sa fenêtre de tolérance et de s'exposer graduellement à la situation à traiter sans risque d'interruption du traitement. Nous invitons le patient à se centrer sur la partie la moins difficile pour progressivement introduire d'autres séquences plus pénibles.

Si le traitement ralentit, des techniques d'accélération du traitement vont prévenir l'installation du blocage.

Outre les approches mécaniques déjà citées portant sur les variations des stimulations, il est préconisé de suggérer au patient de se rapprocher de la scène perturbante, ou d'ajouter de la couleur à la scène, ou de visualiser l'éventuel auteur de violence en mouvements, d'amplifier les sons, de focaliser sur plusieurs sensations ou émotions en même temps etc. Il s'agit de renforcer l'exposition au matériel perturbant contenu dans la cible pour remettre le TAI au travail. Parfois, solliciter les éventuels mots non-dits ou les gestes réprimés dans le souvenir d'origine, peut redynamiser le traitement et éviter ainsi sa suspension.

► La gestion des abréactions

Le renforcement des SBA jusqu'à la décrue émotionnelle, (sauf, bien sûr, si le patient signale sa volonté d'arrêter), et du soutien verbal et non verbal, ainsi que la prosodie du message adressé lors d'une abréaction, visent le retour au principe actif de l'attention duelle, « un pied dans le passé et un pied dans le présent » et au maintien des émotions dans une zone d'efficacité thérapeutique : « *regardez autour de vous, où êtes-vous... vous êtes ici en sécurité ... c'est du passé laissez défiler tout en vous ressentant ici et maintenant avec moi...* » tandis que le toucher discret et non intrusif (autorisé par le patient) peut apporter le réconfort pour soutenir l'abréaction et la sensation d'être là, maintenant, dans un lien humanisant et un présent non menaçant. Ainsi, le patient peut rester « conscient du passé dans un sentiment de sécurité dans le présent » (Shapiro, 2007).

La vitesse, la direction, l'amplitude et la modalité des stimulations peuvent varier dans un mouvement d'accordage et de soutien ajustés au patient.

Les métaphores et les outils de psychoéducation, présentés lors de la phase 2 du protocole rappelé régulièrement, encouragent le patient et renforcent les stratégies de distanciation (train, tunnel, écran), d'apaisement (lieu sûr, cohérence cardiaque, ancrage, respiration), de

confinement (contenant de Murray, livre) nécessaires lors de survenue de dissociations. Cette régulation émotionnelle est une condition nécessaire à l'intégration du matériel traumatique.

En cas d'abréaction complexe, nous conseillons volontiers l'utilisation de certains éléments du protocole CIPOS de Jim Knipe (2007) adaptés à la diminution des charges émotionnelles fortes pour rétablir la connexion avec le présent et la sécurité. Knipe (2007) préconise la mobilisation des vecteurs kinesthésiques (bouger, se lever) puis sensoriels (regarder autour de soi, écouter les bruits...) et enfin cognitifs (calculer par exemple). Ces moyens sont particulièrement adaptés pour gérer les tendances à la dissociation lors de certaines séances.

Il est important de noter que Francine Shapiro ainsi que d'autres praticiens EMDR chevronnés (Leeds, Salomon et bien d'autres), insistent sur la capacité de contenance des affects du patient lors des abréactions et de l'impérative nécessité de le rassurer tandis que des émotions liées au passé, à un autre état du moi, (enfant par exemple), affleurent dans le présent. Dans cet espace de la rencontre thérapeutique, les projections cognitivo-émotionnelles peuvent entraîner des résonances chez le thérapeute et mobiliser des affects et des défenses inconscientes. « L'intolérance » contre-transférentielle du thérapeute à la charge abréactive liée à un souvenir précoce pourrait sur-traumatiser ou retraumatiser le patient. Par ailleurs, une compassion excessive marquée par une entrée en résonance des affects du thérapeute avec ceux du patient par identification, projection ou contagion émotionnelle peut abolir l'espace de différenciation nécessaire à la métabolisation du matériel traumatique.

Les neurones miroirs activés, vecteurs d'empathie (Rizzolatti et Sinigaglia, 2007) peuvent dans certaines circonstances entraîner la réduction de la distance bénéfique à la fonction d'accueil et de contenance condition nécessaire à l'avancée du traitement.

Enfin, le moyen le plus puissant pour gérer les risques d'interruptions prématurées du traitement dues à de fortes abréactions est la pratique du tissage cognitif.

► Le tissage cognitif

Nous préconisons le tissage cognitif lorsque le traitement est pris dans un bouclage, dans un blocage, ou suscite une forte abréaction, et que les techniques précédentes s'avèrent inefficaces.

La même stratégie de tissage cognitif est indiquée lorsque l'urgence ou la limitation de disponibilité temporelle imposent un arrêt de séance en phase où le patient est encore prisonnier d'émotions fortes ou de blocages sur des registres cognitifs, émotionnels ou corporels.

● Bases de compréhension du tissage cognitif

L'interruption du processus du TAI indique soit l'inexistence de l'information adaptative soit son inaccessibilité du fait de la sur activation neuro émotionnelle générée par la désensibilisation du souvenir en cours. Le maintien de l'information dans une forme dysfonctionnelle et inadéquate indique qu'elle est bloquée dans une perspective du passé au temps du T ou t. Le TAI ne parvient pas à la déplacer vers une perspective positive.

Le tissage cognitif va alors permettre d'établir un pont, un lien entre le passé et la perspective du présent, en comblant, grâce à une sollicitation cognitive initiée par le thérapeute, un espace manquant de la chaîne associative. Le tissage cognitif entraîne ainsi une réinitialisation, une modification du matériel associatif autour d'une mise en sens, *a posteriori*, du comportement et du vécu passés figés au temps du trauma (de l'enfant par exemple). Il s'établit une prise de conscience du caractère obsolète de l'information référée au temps présent (de l'adulte par exemple).

Ainsi, la réattribution de la responsabilité, ou de la sécurité du présent et du libre arbitre de la personne, maintenant, (versus la responsabilité, le danger ou l'impossibilité passée de choix au temps de la situation douloureuse) conditionne la survenue d'un recadrage cognitif qui immédiatement désamorce la détresse enferrée et incluse dans la boucle cognitive. Les contenus en deviennent soudainement caduques tandis que l'espace libéré laisse place à une perspective du présent adaptative et congruente : « *Enfant vous ne pouviez pas agir, et en tant qu'adulte que diriez-vous à cet enfant maintenant ?* » ou « *si c'était maintenant que feriez-vous ?* » ou bien « *enfant vous pensiez que vous étiez responsable, si c'était votre propre enfant que lui diriez-vous ?* »

● Définition

« Le traitement adaptatif peut être considéré comme une liaison spontanée des réseaux neuronaux appropriés »... « Cependant quand le processus thérapeutique est bloqué, le clinicien peut utiliser le tissage cognitif comme un moyen d'ouvrir de nouvelles voies pour lier les réseaux neuronaux correspondants » (Shapiro, 2007 « 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).

Le tissage cognitif, technique de déblocage activée par le thérapeute, déclenche un processus qui s'apparente à ce qui se passe naturellement et spontanément pendant le traitement. À travers des questions très ajustées au registre du blocage installé (celui de la responsabilité, de la sécurité ou du choix), la technique du tissage cognitif apporte une aide discrète et suscite soit la connexion aux informations positives existantes, soit l'importation de nouvelles

informations de type adaptatif, jusque-là manquantes, suscitées par le questionnement du thérapeute et dont la prise de conscience va remobiliser le traitement.

Le tissage constitue une intervention et une aide ponctuelle qui, dès la rétroaction positive obtenue, permet la reprise d'un traitement autonome basé sur la libre association et le processus spontané.

● Un exemple clinique

Un exemple de blocage situé sur le registre de la sécurité : Christian, chauffeur livreur braqué dans un magasin de grande distribution.

Après s'être assuré au cours du débriefing préalable à la préparation de la séance EMDR qu'aucune violence physique n'avait blessé personne, nous pratiquons une séance EMDR sur le moment évoqué comme le plus difficile du braquage, celui où une arme est pointée vers Antoine tandis que la cognition négative (CN) retenue « je vais mourir » est escortée d'un haut niveau de perturbation émotionnelle (SUD=9) et que la VOC de la pensée positive (CP) « je suis vivant » se situe à 2.

Lors de la désensibilisation, un blocage s'installe : la CN génère des émotions de terreur accompagnées de manifestations corporelles d'angoisse, qui résistent aux techniques alternatives des SBA et à la focalisation sur le corps. Nous demandons alors au patient « *Christian, y a-t-il eu des blessés ?* »

Un « *non !* » déclaré immédiatement accompagné de mimiques d'étonnement, est aussitôt stimulé par une série de SBA qui va entraîner un « *ouf !!!* » prononcé avec soulagement qui sera à son tour stimulé ... « *je l'ai échappé belle... Je m'en suis bien sorti !* » vient indiquer avec triomphe et réassurance la connexion à l'information *adaptative* « *il n'y a pas eu de blessés... donc... je ne suis pas blessé... donc je suis en vie.* » Christian le savait mais l'information n'était plus disponible, comme ensevelie sous toutes les autres informations perturbantes. Son système limbique envahi par la terreur bloquée lors de l'exposition traumatique avait pris les commandes. Aucune liaison n'était plus établie avec le cortex préfrontal qui lui savait que Christian était en vie mais les deux cerveaux ne communiquaient plus entre eux : la dissociation péri traumatique, tel un court-circuit empêchait l'information de circuler et de se connecter au bon endroit pour y être intégrée. Le tissage cognitif a fait instantanément diminuer le niveau du SUD. Christian savait maintenant qu'il était en vie y compris avec son ressenti et pas seulement au niveau conceptuel.

● Les types de tissages cognitifs

Parfois l'intégration d'une cognition positive et d'une perspective adaptative ne peut s'opérer à cause d'une méconnaissance, d'une carence d'information, ou de l'existence d'une information

pervertie. Ce cas de figure se présente chez les enfants qui ne disposent pas des informations adaptées ou dont les informations antérieurement transmises ont été volontairement perverses (dans le cas de violence sexuelle : « *c'est normal, tous les petits enfants font cela...* »). Le tissage cognitif consiste alors à apporter cette information manquante ou à la rectifier pour permettre l'établissement de nouvelles connexions favorables à l'intégration du matériel initialement bloqué.

Parfois l'information adaptée existe mais elle n'est pas disponible au moment du traitement ; le patient ne « connecte pas » l'information pourtant évidente...

Plusieurs stratégies peuvent alors être mises en œuvre pour activer cette information adaptative :

- Apporter une information manquante sous forme de psycho éducation ;
- Stimuler l'information présente mais non disponible : par exemple une victime de violence physique, prisonnière de la pensée : « j'aurais dû faire quelque chose... » alors qu'elle n'avait aucune issue, nous pouvons proposer le tissage cognitif suivant : « comment auriez-vous pu ? » la réponse à la question confronte automatiquement le sujet à l'information positive « j'ai fait ce que j'ai pu » ;
- Introduire l'adulte dans la perspective de l'enfant permet à l'information bloquée de se dégager du passé ;
- Jouer la surprise pour mettre l'accent sur l'aspect dysfonctionnel de la croyance « *attendez... je ne comprends pas bien...* » ;
- Utiliser des métaphores pour aider le patient à percevoir l'évidence ;
- Transiter par l'imaginaire « *imaginons que... ou faisons comme si* » ;
- Établir un dialogue socratique pour conduire progressivement le patient à s'approprier le schéma et la pensée positive adaptés ;
- Passer par l'identification à un tiers investi affectivement pour créer la distance nécessaire à la prise de conscience de l'information adaptée. Exemple : dans le cas d'un traitement bloqué autour de la conviction d'être responsable de la violence sexuelle subie en tant qu'enfant « *si c'était votre fille, diriez-vous qu'elle est responsable de ce que les adultes lui ont fait subir ?* »

● Les tissages cognitifs, les tissages somatiques, les tissages créatifs :

Intervenir sur les blocages s'exprimant sur un versant somatique :

Parfois au décours du traitement d'une cible, une sensation physique inconfortable et rémanente peut empêcher la poursuite du travail d'association et d'intégration du matériel mnésique mobilisé. Il peut s'agir d'une tension, brûlure, picotement, douleur, pression, souvent localisées dans le corps avec précision.

- L'invitation du thérapeute à contacter le point de résistance dans le corps à travers une légère auto pression manuelle : (*« posez votre main sur l'endroit où vous ressentez cette tension... »*) favorise, après une série de SBA, la dissolution de la trace somatique, sans aucune association consciente. Parfois au contraire, l'émergence de matériel mnésique sera immédiatement verbalisée et accompagnée d'une prise de conscience autour du sens du blocage ;
- Une autre piste de déblocage est d'utiliser le pont d'affect à partir d'une sensation physique soutenue. Là aussi, il s'agit d'apporter une aide subtile pour favoriser l'émergence de composants délétères, la perturbation somato-émotionnelle non élaborée ayant fonction d'indicateur et d'avertisseur de l'interruption du TAI.

La technique du pont d'affect qui prend appui sur la sensation physique va peut-être permettre le lien avec d'autres éléments enfouis appartenant à ce même réseau de mémoire dysfonctionnel, à un autre réseau de mémoire ou une autre cible à laquelle elle est reliée. Le pont d'affect peut permettre de connecter au souvenir source dysfonctionnel jusque-là inaccessible mais toujours pathogène.

De nombreuses formes de déblocages corporels passent par les techniques de tissage cognitif ou somatiques :

- Située dans la zone pharyngée, la clinique nous indique empiriquement que cette tension est souvent synonyme de contenus verbaux non-dits, retenus et inhibés du fait d'un hypercontrôle interne relatif au registre cognitif *« je n'ai pas le droit de répondre »* ou du fait d'injonctions externes menaçantes *« tu n'as pas le droit de dire... »* liés dans les deux cas, aux épisodes traumatiques ciblés. Notons qu'il apparaît souvent au niveau clinique que cette auto censure verbale, représente l'incorporation d'un discours émis par une figure d'autorité abusive ou toute autre personne en place d'agresseur ;
- L'exemple qui suit, à propos d'un traitement sans blocage faisant cependant intervenir la persistance d'une sensation corporelle, peut éclairer les modalités de déblocage dans des conditions plus réfractaires : au cours de la désensibilisation Laurence manifeste une sensation désagréable de striction pharyngée associée à une voix enrouée ; le *« notez cela et continuez »* relayé par des SBA va faire émerger spontanément cette association *« c'est tout ce que je n'ai pas dit qui reste bloqué là... quand j'étais petite et qu'on me violait et que je pouvais le dire à personne »* L'invitation du thérapeute à *« continuer avec cela »*, sera suivi de *« ça y est c'est parti... »* ;
- Dans le cas du blocage de la sensation persistante dans la gorge, le thérapeute pourrait suggérer au patient de laisser aller les mots qui auraient besoin d'être dits selon une formule telle que *« Permettez aux mots non-dits qui auraient peut-être besoin de s'exprimer, d'être dits maintenant... mentalement... à voix basse ou à haute voix... »* ;

- La fixation de sensations corporelles peut représenter un écho du mouvement réprimé lors de l'événement traumatique ; permettre l'actualisation de ce geste pour libérer les mouvements éprouvés, refoulés ou empêchés au moment de l'événement, peut participer à débloquer le travail du traitement adaptatif de l'information ; nous opérons de ce fait une sorte de tissage somatique (il s'agit bien d'un registre symbolique où le patient ne portera pas atteinte à l'intégrité de sa propre personne ou à celle du thérapeute, sur le registre de la réalité) ;
- « *Dans les deux cas, le principe est de permettre à l'information stockée d'être convenablement traitée, ce qui inclut une stimulation des émotions, des propos et des actions physiques refoulées* » (Shapiro, 2007) ;
- Le tissage cognitif qui donnerait la parole à cette sensation bloquée pour en révéler le sens : « *Si cette sensation pouvait parler, que dirait-elle ?* » la réponse du patient, stimulée (SBA) va remettre en route le processus naturel de métabolisation ;
- Dans le cas de douleurs physiques post traumatiques, l'appel à « l'antidote imaginaire » permet de créer des tissages créatifs (Grant et Threlfo, 2002 ; De Roos et Veenstra, 2009) : par exemple la sensation bloquée de brûlure peut appeler la référence à la fraîcheur de la glace sur la peau.

Il arrive que le TAI, garant de la métabolisation et l'intégration des cibles traumatiques, soit interrompu sous l'influence de différents facteurs parasitant son cheminement ; l'état clinique du patient peut alors en pâtir.

L'ensemble des techniques abordées dans ce chapitre, reprenant les préconisations didactiques de leur auteur Francine Shapiro, permettent la remise en route du principe actif du traitement. Ces interventions situées sur des registres différents réorientent le travail thérapeutique vers l'activation du processus autonomisant de l'autoguérison, postulat de la thérapie EMDR cher à son auteur.

Allant de simples variations mécaniques, à la puissante stratégie du tissage cognitif, ces interventions, toujours attentives à la « règle d'or philosophique » de l'attention double (Shapiro, 2007) participent à la levée des blocages, à la gestion des abréactions et donnent un tempo au travail thérapeutique en évitant les risques d'enlèvement du processus.

Ces propositions ne sont ni exhaustives ni applicables à la lettre ; le principe de la flexibilité et l'adaptabilité prévalent à l'application systématique dans ces interventions qui doivent toujours s'exercer dans le sens du respect du patient, de « ses croyances écologiquement valides » (Shapiro, 2007).

Ces stratégies ne peuvent en aucun cas se substituer aux compétences cliniques qui régissent l'efficacité thérapeutique ; bien au contraire elles viennent en révéler toute la créativité et la subtilité clinique.

BIBLIOGRAPHIE

- DE ROOS C., VEENSTRA S. (2009) *EMDR pain protocol for current pain*. In M. Luber (Ed), *Eye movement desensitization (EMDR) scripted protocols : Special populations* (pp. 537-557), New York, Springer Publishing Co.
- DWORKIN M. (2005) *EMDR and the relational imperative*, Londres, Routledge.
- GRANT M., THRELFORD C. (2002) « EMDR in the treatment of chronic pain », *Journal of clinical Psychology*, 58.
- KNIPE J. (2007) *Loving eyes : Procedures to therapeutically reverse dissociative processes while preserving emotional safety*. In C. Forgash, C. & M. Copeley (Eds) *Healing the heart or trauma and dissociation*, New York, Springer.
- LACAS P.P. (2015) « *Abréaction* », *Encyclopædia Universalis* URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/abreaction/>
- OGDEN P., MINTON K., PAIN C. (2006) *Trauma and the body*, New York, Norton.
- SHAPIRO F. SILK-FORREST M. (1997) *Des yeux pour guérir*, Paris, Seuil.
- SHAPIRO F. (2002) *EMDR as an integrative psychotherapy approach : experts of diverse orientations explore the paradigm prise*, Washington DC, American Psychiatric Association.
- SHAPIRO F. (2007) *Manuel d'EMDR*, Paris, InterEditions.
- RIZZOLATTI G., SINIGAGLIA C. (2007) « *Les neurones miroirs* », Paris, Odile Jacob.
- ROQUES J. (2015) « *Psychoneurobiologie fondement et prolongement de l'EMDR* » Tome 1 « *Essai d'anatomie psychique basé sur les neurosciences* », Paris, BoD.
- TISSERON S. (2005) « *Vérités et mensonges de nos émotions* », Paris, Albin Michel.
- VAN DER KOLK B.A (2014) « *The Body Keeps the Score* » : *Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*, New York, Penguin Books.

Chapitre 14

Les mouvements oculaires seulement ?

Nicolas Desbiendras

La thérapie EMDR est de plus en plus connue et ce que les personnes en retiennent est bien souvent résumé par les mouvements des yeux. Et pour cause, les deux premières lettres de l'acronyme EMDR signifient « *Eye Movements* », soit « mouvements oculaires. » Mais n'y a-t-il que les mouvements oculaires en EMDR ? Bien que les mouvements oculaires en soient un des éléments constitutifs, la thérapie EMDR n'est pas qu'une simple procédure dont la caractéristique serait les mouvements des yeux. C'est une psychothérapie complexe, dont de multiples éléments contribuent à sa richesse et à sa réussite auprès de nombreux patients et dans des situations diverses. En outre, il existe d'autres formes de stimulations pouvant remplacer les mouvements oculaires. Peut-on donc faire de l'EMDR à une personne non-voyante ou malvoyante ? Comment peut-on aider les patients avec d'autres types de stimulations que les mouvements oculaires et surtout est-ce autant efficace ?

LES STIMULATIONS D'ATTENTION DOUBLE

Les mouvements des yeux servent à remettre en route le processus de traitement adaptatif de l'information qui était bloqué jusque-là. Ces mouvements alternatifs sont utilisés pendant que l'on invite le patient à focaliser son attention sur un stimulus externe, tout en lui demandant de se concentrer sur une information interne douloureuse. Francine Shapiro décrit les mouvements des yeux comme un « stimulus bilatéral d'attention double » (Shapiro, 1991, 1995), pour désigner cet état dans lequel le patient est attentif à la fois aux stimuli externes et internes. C'est ce qui est appelé stimulations bilatérales alternées, ou stimulations bilatérales d'attention double. Les praticiens EMDR utilisent le plus souvent les mouvements

oculaires comme stimulus d'attention double mais il existe d'autres stimulations bilatérales qui sont utilisées couramment par les thérapeutes EMDR. Le *tapping* peut se définir comme des tapotements bilatéraux alternatifs tactiles faits par le thérapeute sur les genoux ou les mains du patient. Il existe aussi un appareil pouvant délivrer de petites vibrations tactiles dans les paumes du patient et dont la force de vibration et la fréquence peuvent être contrôlées par le thérapeute. De la même manière, il est possible de faire des stimulations auditives à l'aide d'un appareil et d'un casque. Le thérapeute peut en ajuster le volume et la fréquence. Sans vraiment se poser la question de savoir s'ils fonctionnent aussi bien que les mouvements des yeux, l'utilisation de ces stimuli alternatifs a été intégrée aux protocoles EMDR depuis plus de 10 ans. Un paradoxe existe entre les nombreuses validations scientifiques sur l'efficacité de l'EMDR utilisant les mouvements oculaires et la créativité des thérapeutes jonglant entre les trois types de stimulations. Certains protocoles ont même comme indication d'utiliser exclusivement le *tapping*.

DIFFÉRENTES STIMULATIONS POUR DIFFÉRENTS PATIENTS OU DIFFÉRENTS PROBLÈMES ?

Il existe donc trois types de stimulations en EMDR, des stimulations visuelles, tactiles et auditives. Sont-elles toutes les trois aussi efficaces et y a-t-il une corrélation entre le choix d'un type de stimulation et une meilleure efficacité de la thérapie EMDR selon le type de patient ou de problème que l'on traite en séance ?

En PNL, puis aujourd'hui aussi en hypnose, est utilisée la technique des « canaux sensoriels » ou « VAKOG » (Bandler et Grinder, 1982). Cette méthode se base sur le fait que notre relation au monde extérieur passe nécessairement par au moins un des cinq sens et qu'au fil du temps chaque personne favorise un, voire deux d'entre eux. Le terme « VAKOG » désigne donc une catégorisation des individus selon le mode d'appréhension du réel sur un canal sensoriel privilégié : il existerait des personnes à dominance visuelle - auditive - kinesthésique - olfactive - gustative. Ce sont les trois premiers canaux qui sont principalement gardés pour catégoriser les individus. Les patients seraient soit à dominance visuelle, auditive ou kinesthésique (tactile). Pouvons-nous donc penser que selon le mode de perception privilégié du patient, un type de stimulation d'attention double serait plus judicieux en EMDR (puisque le patient y est plus réceptif) ? Pour des patients *visuels* nous utiliserions donc plus les mouvements oculaires, pour les *auditifs* nous utiliserions les stimulations audio, pour les *kinesthésiques* nous utiliserions le *tapping*.

De plus, est-ce qu'un type de stimulation serait plus efficace pour un type de problème ? Peut-on imaginer que le *tapping* serait plus efficace pour les douleurs chroniques, ou justement serait-il déconseillé ? Les stimulations auditives seraient-elles plus efficaces pour les patients souffrant de reviviscences et de *flashback* auditifs ?

RECHERCHES SCIENTIFIQUES SUR LES STIMULATIONS D'ATTENTION DOUBLE

Si l'efficacité de l'EMDR n'est plus à prouver grâce au nombre impressionnant de recherches scientifiques attestant ses résultats (Lee et Cuijpers, 2013), qu'en est-il des effets des différents types de stimulations bilatérales d'attention double ?

Dans les années soixante-dix, des études avaient associé les mouvements oculaires aux mécanismes de retraitement cognitifs (Antrobus, 1983). Ces études montraient que des mouvements oculaires spontanés accompagnaient les émotions déplaisantes et les changements cognitifs. Depuis, il existe plus de deux douzaines d'études scientifiques randomisées qui ont été publiées à propos du rôle des mouvements oculaires dans la thérapie EMDR. Une étude récente a de nouveau démontré les effets positifs des mouvements oculaires (Lee et Cuijpers, 2013). Dans les 26 études, un effet significatif des mouvements oculaires a été mis en corrélation avec la diminution de la douleur émotionnelle liée à un souvenir autobiographique. Un nombre supplémentaire d'études a montré qu'il y avait d'autres effets sur la mémoire, tels qu'un déclenchement de la mémoire épisodique et une meilleure reconnaissance des vrais souvenirs (Christman *et al.*, 2004).

S'il existe de très nombreuses recherches prouvant l'efficacité de l'EMDR, et notamment les effets spécifiques des stimulations d'attention double de type visuel sur les émotions et les souvenirs, assez peu ont comparé les trois types de stimulations d'attention double entre elles.

Servan-Schreiber *et al.*, (2006), ont fait une recherche sur un groupe de 21 patients souffrant d'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement. Ils ont fait trois sessions consécutives d'EMDR avec divers types de stimulations auditives et tactiles à la fréquence de 1 Hertz (un battement par seconde) : stimulations bilatérales alternées, stimulations bilatérales simultanées et stimulations bilatérales continues. Pour les cibles traitées en plus d'une séance, la diminution de la perturbation et la rapidité de cette diminution fut significativement supérieure dans le cas des stimulations bilatérales. Une autre étude a abouti à la même conclusion concernant l'importance des stimulations bilatérales alternées (Manfield, 2001). Ils ont donc trouvé que les stimulations alternées auditives diminuaient la perturbation. Mais les stimulations auditives étaient systématiquement couplées avec des stimulations tactiles, donc l'effet unique des stimulations auditives n'était pas clair.

Une autre recherche a spécifiquement étudié les effets des trois types de stimulations (oculaires, tactiles et auditives) sur l'amélioration de la récupération d'informations en mémoire (Nieuwenhuis *et al.*, 2013). Les chercheurs ont émis l'hypothèse que cette dernière ne se ferait pas seulement à partir du système visuo-moteur (en lien avec les mouvements oculaires), mais aussi à partir du système somato-sensoriel (en lien avec les stimulations tactiles).

Par contre, il n'y aurait pas d'effet bénéfique pour le système auditif. Cette hypothèse est basée sur l'organisation contralatérale des différents systèmes en lien avec la stimulation des deux hémisphères cérébraux. Les résultats de cette recherche ont bien confirmé les effets bénéfiques des stimulations visuelles et tactiles. Elles augmenteraient la communication entre chaque hémisphère du cerveau. Par contre, l'effet ne se produit effectivement pas lors des stimulations auditives.

Les deux études suivantes tirent leurs hypothèses de la théorie de la mémoire de travail, qui avance que les effets bénéfiques de la thérapie EMDR pourraient venir de la purge de cette dernière (van den Hout *et al.*, 2011 ; de Jongh *et al.*, 2013). Les auteurs expliquent que le fait de se remémorer un souvenir dépend de la mémoire de travail dont les ressources sont limitées. Si une tâche secondaire est exécutée durant la remémoration, moins de ressources seront disponibles et le souvenir sera revécu comme moins vivace et moins émotif. Selon cette approche, les mouvements oculaires sont perçus comme tenant ce rôle de tâche secondaire, purgeant la mémoire de travail (Andrade *et al.*, 1997 ; Barrowcliff *et al.*, 2004 ; Gunter et Bodner, 2008 ; van den Hout *et al.*, 2001 ; Kavanagh *et al.*, 2001 ; Kemps et Tiggermann, 2007 ; Maxfield, 2008). Tandis qu'une concentration mentale sur l'image la pire d'un souvenir crée une *inflation* de la perturbation, une purge de la mémoire de travail durant la remémoration semble avoir l'effet inverse et crée une diminution de la vivacité et de l'émotionnalité du souvenir (Baddeley, 1998).

Cette troisième étude a comparé les effets des stimulations bilatérales alternées visuelles et auditives ainsi qu'un rappel simple sans tâche d'attention double (van den Hout *et al.*, 2011). Elle a évalué la vivacité d'un souvenir négatif et la perturbation émotionnelle avant et après quatre séries de stimulations de 24 battements. Les résultats ont montré que les stimulations alternées auditives diminuaient la vivacité des souvenirs négatifs. Mais les bénéfices étaient trois fois moindres comparés à ceux issus des stimulations par mouvements oculaires. Quant à l'expérimentation sans tâche d'attention double, non seulement il n'y avait pas de bénéfice mais une aggravation de la perturbation émotionnelle. Cette étude ne comprenait que des volontaires sains ne souffrant pas de syndrome post-traumatique. D'autres auteurs (de Jongh *et al.*, 2013) suggèrent que dans le contexte de la thérapie EMDR avec des patients souffrant d'état de stress post-traumatique, les stimulations auditives auraient un effet thérapeutique inexistant ou bien plus faible que les stimulations par mouvements oculaires.

La quatrième et dernière étude a reproduit les résultats de van den Hout *et al.* (2011) à une plus grande échelle (soixante-quatre patients) pour augmenter la validité scientifique (de Jongh, Ernst, Marques, Hornsveld, 2013). Elle a comparé les différences entre les stimulations visuelles, auditives et le rappel simple d'un souvenir douloureux. L'effectif fut de 64 patients souffrant de troubles mentaux : deux groupes de 32 patients souffrant soit d'un état de stress post-traumatique, soit ayant un diagnostic différent (de Jongh *et al.*, 2013). Comme le montre la figure 1, les résultats ont confirmé que les mouvements oculaires avaient une meilleure

efficacité sur la diminution de la perturbation émotionnelle que les stimulations auditives, qui sont elles-mêmes légèrement supérieures au rappel simple. Toutefois, les chercheurs se sont rendu compte que 64% des patients préféreraient les stimulations auditives si on leur en donnait le choix. Les résultats montrent que l'efficacité du traitement ne coïncide pas avec la préférence de stimulation du patient. Pour expliquer leur préférence pour les stimulations auditives, les patients donnaient le plus souvent les arguments suivants : « je peux mieux me concentrer », « les sons sont relaxants », « je peux fermer les yeux », etc. Le fait que dans les deux études (van den Hout *et al.*, 2011 ; de Jongh *et al.*, 2013) les mouvements oculaires ont une meilleure efficacité que les sons, suggère que pour la pratique clinique, les mouvements oculaires doivent être choisis comme modalité prioritaire de la thérapie EMDR.

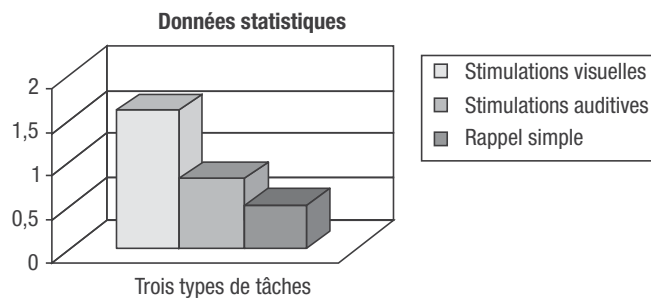


Figure 14.1. Diminution de la perturbation émotionnelle selon la tâche (de Jongh *et al.*, 2013).

Au fil des années, les thérapeutes EMDR ont commencé à remplacer les mouvements oculaires par d'autres types de stimulations, notamment les stimulations auditives avec un casque et un appareil visant à ajuster le volume et la fréquence. Cependant, il n'existe aucune donnée clinique contrôlée, aucun argument théorique cohérent, ni aucune recherche scientifique qui suggère que les stimulations bilatérales alternées auditives soient efficaces dans le contexte de la thérapie EMDR. Les recherches actuelles tendent même à montrer que cette stimulation alternative ne procure pas ou peu d'effet positif.

RECOMMANDATIONS DE FRANCINE SHAPIRO

Dans une lettre de janvier 2015 destinée aux formateurs, superviseurs et facilitateurs de la thérapie EMDR, Francine Shapiro rappelle que :

« [...] les stimulations bilatérales d'attention double devant être privilégiées en premier sont les mouvements oculaires. Les recherches ont prouvé que ce sont les stimulations qui fonctionnent

le mieux et que même en passant à d'autres formes de stimulations les patients doivent garder les yeux ouverts¹ » (traduction personnelle).

Francine Shapiro précise que parfois les patients préfèrent d'autres types de stimulations que les mouvements oculaires car ils croient qu'ils sont censés garder le souvenir en mémoire et n'arrivent pas à se concentrer. Comme l'a montrée l'étude de de Jongh *et al.*, (2013), les patients préfèrent les stimulations auditives pour « mieux se concentrer. » Mais Francine Shapiro nous rappelle bien qu'ils ne sont pas censés faire cela. Durant les séries de mouvements oculaires, les patients ne doivent pas essayer de garder quoi que ce soit à l'esprit, juste de « laisser venir ce qui vient », c'est-à-dire d'observer ce qui se passe en soi et d'accueillir les pensées, souvenirs, sensations, émotions qui peuvent se produire.

Les recherches scientifiques montrent que les stimulations d'attention double efficaces sont les stimulations bilatérales alternées faites de manière visuelles ou tactiles. L'EMDR n'est ni de l'hypnose, ni de la PNL et son processus ne répond donc pas aux mêmes impératifs. Nul besoin de se référer au concept de « VAKOG » pour choisir le type des stimulations. D'ailleurs, une étude confirme le fait que les mouvements oculaires sont aussi efficaces dans la réduction de la perturbation émotionnelle et la vivacité du souvenir que la cible de départ comprenne une composante visuelle, auditive ou sensorielle (Lee et Kristjansdottir, 2011).

Au-delà des mouvements oculaires, qui ont donné son nom à la thérapie EMDR, le *tapping* fonctionne aussi. C'est d'ailleurs parce que les stimulations tactiles sont efficaces qu'il est possible d'intervenir en groupe en EMDR. Une procédure appelée le « *Butterfly hug* » (le câlin papillon) a été développée en premier lieu par Lucy Artigas comme une technique d'auto-stimulation qu'elle a utilisée quand elle travaillait à Acapulco avec des groupes de survivants de l'ouragan « Paulina » (1997). Puis Judith Boel a présenté cette technique à la conférence internationale de Toronto en 2000. Aujourd'hui, plusieurs protocoles EMDR de groupe utilisent cette technique pour pouvoir intervenir en immédiat et post-immédiat en EMDR (EMDR *Integrative Groupe Therapy Protocol* [EMDR-IGTP], Artigas, Jarero 2006).

La thérapie EMDR a eu cette richesse d'utiliser et de formaliser un processus adaptatif naturel que chacun a en soi pour soigner des blessures psychologiques profondes qui jusque-là restaient douloureuses. Durant la thérapie EMDR, les stimulations d'attention double par mouvements oculaires et par stimulation tactile sont toutes les deux efficaces. Toutefois, les études scientifiques montrent une efficacité renforcée en utilisant les mouvements des yeux. Il est donc préférable de privilégier les mouvements oculaires, réservant les stimulations tactiles comme alternative quand le patient est débordé par une abréaction et ne peut plus suivre des yeux. Mais pour ce qui est des stimulations bilatérales auditives, en l'état actuel des choses on ne peut que les déconseiller car soit elles sont nettement moins efficaces, soit elles ne le sont pas du tout.

1. *Eye movements should always be the first choice of dual attention bilateral stimulation. All the research indicates superiority of eye movements to other forms of stimulation. Trainers and facilitators should make that clear in the trainings and during supervision* », F. Shapiro, PhD, 2015.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRADE J., KAVANAUGH D., BADDELEY A. (1997) « Eye-movements and visual imagery : a working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder », *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 209-233.
- ANTROBUS J. (1983) « REM and NREM sleep reports : comparison of word frequencies by cognitive classes », *Psychophysiology* 20, 5, 562-8.
- ARTIGAS L., JARERO I., MAUER M., LÓPEZ CANO T., ALCALÁ N. (2000) « EMDR and Traumatic Stress after Natural Disasters : Integrative Treatment Protocol and the Butterfly Hug », *Poster presented at the EMDRIA Conference*, Toronto, Ontario, Canada.
- ARTIGAS L., JARERO I., HARTUNG J. (2006) « EMDR Integrative Group Treatment Protocol : a post-disaster trauma intervention for children and adults », *Traumatology* 12, 121-129.
- BARROWCLIFF A.L., GRAY N.S., FREEMAN T.C.A., MACCULLCH M.J. (2004) « Eye movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories », *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15, 325-345.
- BADDELEY A.D. (1998), *Human memory : Theory and practice*, Needham Heights, MA : Ally, & Bacon.
- BANDLER R., GRINDER J. (1982), *Reframing : Neuro-Linguistic Programming and the Transformation of Meaning*, Moab, UT : Real People Press.
- CHRISTMAN S.D., PROPPER R.E., DION A. (2004) « Increased interhemispheric interaction is associated with decreased false memories in a verbal converging semantic associates paradigm », *Brain and Cognition*, 56, 313-319.
- DE JONGH A., ERNST R., MARQUES L., HORNSVELD H. (2013) « The impact of eye movements and tones on disturbing memories involving PTSD and other mental disorders », *ACTA*, 4, 477-489.
- GUNTER R.W., BODNER G. E., (2008) « How eye movements affect unpleasant memories : support for a working-memory account », *Behaviour Research and Therapy*, 46, 913-931.
- KAVANAGH D.J., FREESE S., ANDRADE J., MAY J. (2001) « Effects of visuospatial tasks on desensitization to emotive memories », *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 267-280.
- KEMPS E., TIGGEMANN M. (2007) « Reducing the vividness and emotional impact of distressing autobiographical memories : the importance of modality specific interference », *Memory*, 15, 412-422.
- LEE C.W., CUIJPERS P. (2013) « A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories », *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 231-239. 2008.
- LEE C.W., CUIJPERS P. (2013) « A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories », *Journal of Anxiety Disorders* 22, 801-808.
- LEE C.W., KRISTJANSDDOTTIR K. (2011) « A comparison of visual versus auditory concurrent tasks on reducing the distress and vividness of aversive autobiographical memories », *Journal of EMDR Practice and Research*, 5, 2, 34-41.
- MANFIELD P. (2001) « Symposium II : the role of eye movements and other bilateral stimulation in EMDR - Double bind alternating tone research. EMDR », *Int Assoc Annu Conf, Austin*.
- MAXFIELD L. (2008) « Considering mechanisms of action in EMDR », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 234-238.
- NIEUWENHUIS S., ELZINGA B M., RAS P. H., BERENDS F., DUIJS P., SAMARA Z., SLAGTER H.A. (2013) « Bilateral saccadic eye movements and tactile stimulation, but not auditory stimulation, enhance memory retrieval », *Brain and Cognition*, 81, 52-56.
- SERVAN-SCHREIBER D., SCHOOLER J., DEW M.A., CARTER C., BARTONE P. (2006) « EMDR for PTSD : A pilot blinded, randomized study of stimulation type », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 290-297.
- SHAPIRO F. (1991) « Eye movement desensitization & reprocessing procedure : From EMD to EMDR-a new treatment model for anxiety and related trauma », *Behavior Therapist*, 14, 133-135.
- SHAPIRO F. (1995) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2nd ed), New York, Guilford Press. {Traduit en fran-

çais : *Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures*, Paris, InterEditions. 2007.}

VAN DEN HOUT M.A., MURIS P., SALEMINK E., KINDT M. (2001)
« Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements », *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 121-130.

VAN DEN HOUT M.A., ENGELHARD I.M., RIJKEBOER M.M.,
KOEKBAKKER J., HORNSVELD H., LEER A., ET AL. (2011)
« EMDR : Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections », *Behaviour Research and Therapy*, 49, 92-98.

Chapitre 15

Corrélat neurobiologiques de la thérapie EMDR : résumé des études de neuro-imagerie fonctionnelle et structurelle

Sara Carletto
Marco Pagani

La psychothérapie peut profondément influencer l'ensemble des croyances d'une personne, son état émotionnel et son modèle de comportement, et elle peut également provoquer d'importantes modifications structurelles et fonctionnelles dans le cerveau (Kandel, 1998).

Comme l'a souligné Linden (2006), la psychothérapie doit se baser sur une compréhension approfondie des processus biologiques concernés. Par conséquent, une meilleure compréhension de ces mécanismes peut contribuer à améliorer les interventions thérapeutiques, voire même à utiliser ces mécanismes.

Récemment, un certain nombre d'études utilisant des techniques de neuro-imagerie ont tenté de comprendre le rôle de la neurobiologie dans les traitements psychologiques et pharmacologiques des patients souffrant de troubles psychiatriques.

Certains auteurs (Roffman *et al.*, 2005 ; Linden, 2006 ; Barsaglini *et al.*, 2014 ; Thomaes *et al.*, 2014) ont systématiquement analysé les études de neuro-imagerie visant à mesurer les effets de la psychothérapie sur la fonction cérébrale. Des données préliminaires montrent que des changements neurobiologiques sont associés aux progrès et aux résultats obtenus par la psychothérapie.

En ce qui concerne l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT), ces dernières années, plusieurs études ont montré qu'il provoquait des modifications, à la fois anatomiques et fonctionnelles, dans des régions spécifiques du cerveau associées à la réponse émotionnelle au traumatisme et à la survenue des

symptômes liés. En parallèle, pendant ces années, différentes études ont tenté d'étudier l'efficacité des psychothérapies dans le traitement de l'ESPT, avec un intérêt particulier accordé au substrat neurobiologique.

Ces recherches ont utilisé différentes techniques, telles que la Tomographie par Emission Mono-Photonique (TEMP ou SPECT en anglais), l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), l'Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRMf), la spectroscopie proche infrarouge (*Near-Infrared Spectroscopy* - NIRS) et l'électroencéphalographie (EEG), afin de révéler les changements neuraux associés au traitement psychologique.

Parmi les différentes approches psychothérapeutiques, l'Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (Shapiro, 2001) s'est imposée comme une méthode de choix dans la prise en charge du traumatisme psychologique, ainsi, que d'autres troubles de l'anxiété (Ehlers *et al.*, 2010).

En fait, selon plusieurs méta-analyses et recommandations cliniques, l'EMDR est aujourd'hui considérée comme l'un des traitements psychothérapeutiques les plus efficaces de l'ESPT (Sherman, 1998 ; van Etten et Taylor, 1998 ; Davidson and Parker, 2001 ; American Psychiatric Association, 2004 ; National Institute for Health and Clinical Excellence ; 2005, Bisson and Andrew, 2007 ; Foa *et al.*, 2008).

L'objectif de ce chapitre est d'examiner une série d'études de neuro-imagerie publiées à ce jour et portant sur les aspects biologiques à la base de la thérapie EMDR.

TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION MONOPHOTONIQUE

La première étude dans laquelle la TEMP¹ a été utilisée à des fins de recherche en EMDR a été menée par Levin *et al.*, en 1999, qui ont présenté une étude de cas portant sur un sujet diagnostiqué ESPT ayant bénéficié de trois sessions de 90 minutes d'EMDR à une semaine d'intervalle. Au cours d'un examen par TEMP intervenant pendant la remémoration de l'événement traumatique, le gyrus cingulaire antérieur et le lobe frontal gauche ont montré une augmentation de la perfusion² après la prise en charge. Cette découverte est associée à la disparition parallèle des symptômes d'ESPT, confirmée par des tests psychologiques. Levin et ses collègues ont été les premiers à suggérer que l'activation accrue du cingulaire antérieur et

1. Pour pouvoir effectuer une TEMP, le patient se voit injecter un produit radioactif qui émettra des rayonnements gamma (constitués de photons) que l'on cherchera à mesurer. Ce produit jouera donc le rôle de traceur en se fixant sur l'organe que l'on cherche à imager. L'émission de ces photons est atténuée en traversant les différents tissus de l'organisme. Il s'agit donc de retrouver l'activité émise par chaque point de l'organe observé en corrigeant ce phénomène d'atténuation. Cette correction permet d'obtenir avec précision l'activité reconstruite et donc de la quantifier. Le principe de la TEMP est assez proche de celui de la Tomographie par Emission de Position (TEP.) La différence principale est qu'en TEP, on détecte une paire de photon. En TEMP, on ne détecte qu'un seul photon. Les images TEMP sont donc moins précises spatialement mais elles ne requièrent pas que le traceur émette des positons. La TEMP peut donc être utilisée avec des traceurs dont la désintégration est plus lente et qui peuvent donc être transportés et stockés beaucoup plus facilement.

2. La perfusion peut être quantifiée par la mesure du débit sanguin irriguant l'organe en question.

de la région préfrontale était corrélée à la réduction des symptômes d'ESPT, et est liée à une meilleure capacité à faire la distinction entre une menace réelle et des souvenirs, fussent-ils traumatiques.

La principale limite à cette étude réside dans le fait que les auteurs ont omis de communiquer la méthodologie TEMP utilisée (c'est-à-dire le type de caméra, la résolution et la méthode d'analyse des images). Cependant, cette étude a ouvert la voie à d'autres, démontrant ainsi qu'il était possible d'étudier les altérations du cerveau pendant la reviviscence d'un traumatisme.

En 2005, Lansing *et al.*, ont évalué l'efficacité et les effets physiologiques de l'EMDR sur six policiers souffrant d'ESPT. Ils ont fait l'objet d'un examen cérébral par TEMP haute résolution avant et après traitement (Lansing *et al.*, 2005). Après la prise en charge EMDR, tous les sujets ont présenté une amélioration clinique, accompagnée d'une diminution significative de la perfusion dans le lobe occipital droit et gauche, dans le lobe pariétal gauche, et dans le lobe frontal droit, ainsi qu'une hausse significative de la perfusion du cerveau dans le gyrus frontal inférieur gauche. L'étude a été menée avec une caméra TEMP à haute résolution et un seuil statistique acceptable, étant donné le faible nombre de participants et la nature exploratoire de l'enquête. La principale limite résidait dans l'absence d'un groupe de contrôle.

Les résultats les plus pertinents sont la diminution parallèle de l'activité dans ces régions hyper excitées pendant la phase symptomatique, et l'augmentation de l'activité dans le cortex frontal inférieur après EMDR. Ils confirment indirectement au niveau fonctionnel l'impact de l'EMDR sur la neurobiologie de l'ESPT en inversant le contrôle insuffisant du cortex préfrontal sur l'amygdale.

En 2007, Pagani *et al.*, ont mené la plus grande étude TEMP jamais réalisée, examinant les modifications de perfusion cérébrale après une prise en charge EMDR (Pagani *et al.*, 2007). Quinze sujets souffrant d'un ESPT ont été recrutés parmi les employés du service de transport public de Stockholm. Ils ont été scannés par perfusion TEMP avant l'intervention, puis 2 à 4 semaines après. Afin de minimiser tout biais, les sujets ont été comparés avec une cohorte de 22 témoins exposés au même type de traumatisme, mais n'ayant pas développé de symptômes d'ESPT durables.

La psychothérapie EMDR a été efficace chez 11 des 15 patients. Il a été constaté entre les sujets ESPT et les témoins, des modifications significatives de distribution de la perfusion cérébrale, principalement dans le cortex périlimbique. Après avoir restreint l'analyse aux 11 sujets répondant au traitement, les modifications de perfusion cérébrale constatées avant le traitement ont disparu, indiquant une tendance à la normalisation dans le cortex visuel, pariéto-occipital et dans l'hippocampe, ainsi qu'une augmentation de la perfusion dans le cortex préfrontal latéral, en cohérence avec les modifications précédemment décrites par Lansing *et al.*, (2005). Pris ensemble, les résultats de ces deux études indiquent qu'après le

traitement, l'activation du cortex préfrontal, chargé d'inhiber le système limbique en réponse aux stimuli pathologiques qui ressemblent à l'événement traumatique, a retrouvé son rôle inhibiteur en réduisant l'hyperactivation de l'amygdale et la relative hyperexcitation corticale.

À ce jour, La dernière étude TEMP impliquant l'EMDR a été menée par Oh et Choi (2007). Cette étude fait état de changement dans la perfusion au repos du cerveau après un traitement EMDR réussi chez deux patients souffrant de traumatisme psychologique provoqué par un accident, comparés à 10 participants sans ESPT faisant office de groupe de contrôle.

Les auteurs ont démontré qu'après l'EMDR, la perfusion a augmenté dans le cortex préfrontal dorsolatéral bilatéral et diminué dans le cortex temporal d'association. Les différences entre les participants et les témoins ont également diminué, indiquant une normalisation de ces régions du cerveau qui étaient altérées avant le traitement EMDR. Les modifications apparaissaient principalement dans les régions limbiques et le cortex préfrontal.

Cette étude, cohérente avec les précédentes, a également confirmé que le traitement EMDR semblait inverser le déséquilibre fonctionnel constaté entre la région limbique et le cortex préfrontal.

IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE ET IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE FONCTIONNELLE

L'IRM et l'IRM fonctionnelle ont également été utilisées pour étudier les modifications neuro-anatomiques après traitement EMDR de l'ESPT.

En 2007, Letizia *et al.*, ont présenté une étude de cas portant sur un homme traité avec succès par l'EMDR. L'objectif de cette étude préliminaire était d'évaluer par IRM les modifications volumétriques de l'hippocampe après 8 semaines de prise en charge EMDR. Après traitement, le patient ne correspondait plus aux critères de diagnostic de l'ESPT, et présentait une augmentation significative du volume de l'hippocampe, à la fois gauche et droit.

Malgré l'augmentation de volume survenue dans un espace de temps relativement court, celle-ci aurait pu s'expliquer par la neurogénèse, ou une augmentation de l'eau et de la teneur en électrolytes dans l'hippocampe. Les auteurs ont également suggéré que la psychothérapie peut induire des altérations dans l'expression des gènes et les modifications structurelles du cerveau.

Le même groupe a réalisé une autre étude en 2012 (Bossini *et al.*, 2012) en utilisant la même méthodologie pour confirmer les résultats de l'étude pilote précédente. Il a effectué une évaluation clinique et mesuré par IRM le volume de l'hippocampe sur 18 sujets souffrant d'ESPT avant le traitement EMDR puis trois mois après. Les résultats ont montré que le diagnostic d'ESPT n'avait plus lieu d'être sur 15 patients qui avaient achevé la psychothérapie.

En même temps, tous les patients présentaient une augmentation moyenne de 6 % du volume de l'hippocampe.

Les auteurs ont suggéré que la prise en charge EMDR correspondait non seulement à une amélioration significative des symptômes d'ESPT, mais aussi à une augmentation importante du volume de l'hippocampe. Dans cet article, les auteurs n'émettent aucune hypothèse sur la nature d'un tel phénomène. Ils estiment que de futures études sont nécessaires pour étudier l'hypothèse des mécanismes fonctionnels sous-tendant les modifications anatomiques, éventuellement en utilisant une cohorte plus importante de participants traumatisés et en comparant les données structurelles à celles d'un groupe de contrôle.

Une autre étude IRM a été réalisée par Nardo et collègues (Nardo *et al.*, 2010) afin d'évaluer la densité de la matière grise (MG) chez les patients souffrant d'ESPT en relation avec la charge du traumatisme, ainsi que les différences de MG entre 11 sujets répondant à la thérapie EMDR, et 4 sujets n'y répondant pas. Les IRM des sujets ont été évalués à l'aide d'une analyse volumétrique voxel à voxel.

Les résultats indiquent une diminution de la densité de la MG dans différentes régions limbiques (cortex cingulaire postérieur, cortex parahippocampique et cortex insulaire) des patients ne répondant pas au traitement, par rapport aux patients répondant. Dans les cortex cingulaires, parahippocampiques et insulaires, une densité inférieure de la MG dans les cortex limbiques et paralimbiques a été constatée. Elle serait liée au diagnostic d'ESPT, à la charge du traumatisme et aux résultats du traitement EMDR.

Ces régions sont connues pour jouer un rôle dans des processus tels que l'intégration, l'encodage et la récupération des souvenirs autobiographiques et épisodiques ; le traitement émotionnel (c'est-à-dire le conditionnement classique, l'appréciation cognitive, l'expérience d'états ressentis) ; la prise de conscience intéroceptive ; et l'expérience consciente autoréférentielle.

Cette étude, qui a reçu en 2011 le Prix Francine Shapiro attribué par l'association EMDR Europe, est importante car elle suggérerait, si elle est confirmée par des cohortes élargies, que chez certains patients, la présence antérieure à l'EMDR d'une atrophie corticale et sous-corticale pourrait empêcher le traitement d'accéder aux régions ciblées, le rendant ainsi inefficace.

Une étude très récente (Herkt *et al.*, 2014) a utilisé l'IRM fonctionnelle pour étudier les effets de l'EMDR, et en particulier les stimulations bilatérales alternées (SBA). Les SBA sont un élément spécifique de l'EMDR qui facilite l'accès et le traitement du matériel négatif tout en créant, selon toute vraisemblance, de nouveaux liens associatifs. Dans cette étude, les auteurs émettent l'hypothèse que l'accès prétendument facilité devrait se refléter dans une activation accrue de l'amygdale au cours d'une stimulation bilatérale EMDR, même chez les sujets sains.

Ils ont découvert une augmentation de l'activation dans l'amygdale droit pendant le traitement des stimuli émotionnels négatifs (à l'aide de SBA auditives) accompagnée d'une baisse de l'activation dans le cortex préfrontal dorsolatéral lié aux mécanismes de contrôle cognitif.

Bien que cette étude ait été menée chez des sujets sains ne souffrant pas d'ESPT, elle a permis de rassembler des données importantes en faveur d'une base neurobiologique présumée précisant comment les SBA peuvent contribuer au traitement des souvenirs traumatiques, comme le prévoit l'EMDR.

LA SPECTROSCOPIE PROCHE INFRAROUGE

En 2009, Ohtani *et al.*, ont réalisé la première étude qui a directement surveillé les modifications hémodynamiques du cerveau intervenant pendant l'EMDR et le processus d'atténuation de la détresse engendré par le rappel du traumatisme.

Ils ont également examiné les modifications longitudinales liées au traitement, à l'aide de tâches basées sur le protocole EMDR (c'est-à-dire mouvement oculaire), et utilisé la NIRS multicanal afin de mesurer les modifications dans la fonction cérébrale chez treize sujets souffrant d'ESPT. La NIRS est une technologie de neuro-imagerie fonctionnelle qui permet une détection non invasive des caractéristiques spatio-temporelles de la fonction cérébrale. Elle permet également des mesures répétées.

Les résultats de cette étude ont montré que le rappel avec mouvements oculaires était associé à une diminution significative de la concentration d'hémoglobine oxygénée dans le cortex préfrontal latéral comparé au rappel sans mouvements oculaires. Longitudinalement, la concentration d'hémoglobine oxygénée pendant le rappel a diminué de manière importante, et l'ampleur de la baisse a été corrélée significativement à l'amélioration clinique lorsque les données postérieures au traitement ont été comparées à celles antérieures au traitement.

Les auteurs ont supposé que l'efficacité de l'EMDR pouvait être associée à la réduction de la suractivité du cortex préfrontal latéral pendant le rappel avec mouvements oculaires.

La limite majeure de cette étude est que la NIRS ne peut pas évaluer la possible modulation de l'amygdale et du circuit cortex préfrontal médian qui joue un rôle central dans la physiopathologie de l'ESPT. En effet, elle ne peut mesurer que la surface corticale du cerveau. Malgré cette limite, il est possible de suggérer une comparaison entre les données mesurées par la NIRS et celles mesurées par des études précédentes utilisant d'autres techniques de neuro-imagerie. En particulier, les résultats de Ohtani *et al.*, (2009) sont conformes à ceux de Herkt *et al.* (2014) : les deux constatent une diminution de l'activation du cortex préfrontal latéral associée à des SBA auditives ou avec mouvements oculaires, qui peut faire partie de la base biologique sous-jacente à l'efficacité de l'EMDR pour la prise en charge de l'ESPT.

L'ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE

La première étude ayant utilisé l'EEG pour étudier les effets de la thérapie EMDR sur les potentiels évoqués cognitifs du cerveau (ou Potentiel Évoqué¹ - PE) a été menée par Lamprecht et collaborateurs en 2004. Dans cette recherche, les PE étaient évalués avant et après le traitement par EMDR auprès de dix patients souffrant d'ESPT consécutif à un événement traumatique sévère. Comparés aux témoins, les ERP des patients ont montré une diminution du composant P3a dans les enregistrements postérieurs au traitement, suggérant une orientation moindre vers les nouveaux stimuli et une diminution du niveau d'excitation après le traitement. En fait, le composant P3a est associé à l'évaluation des nouveaux événements et à la préparation d'actions de comportements ultérieures. On a découvert qu'il était atténué chez les patients ESPT, indiquant l'incapacité de faire la distinction entre des stimuli plus ou moins pertinents.

Ces modifications neurophysiologiques sont associées à des progrès significatifs constatés dans les mesures psychométriques, suggérant que l'amélioration clinique chez les patients pourrait être liée aux changements dans le traitement de l'information indexée par le composant P3a.

Dans l'étude de Harper *et al.*, en 2009, les auteurs ont émis l'hypothèse que la base neurale de l'effet EMDR est la dépotentialisation des synapses de la mémoire de la peur dans l'amygdale pendant un état évoqué du cerveau similaire à celui du sommeil à ondes lentes. Les enregistrements EEG des sessions EMDR ont montré que la stimulation du cerveau à basse fréquence suscite une large réponse des zones de mémoire du cerveau. Cette réponse se situe à une fréquence d'environ 1,5 Hz, démontrant ainsi que la fréquence et la puissance des signaux induits par la stimulation bilatérale du cerveau pendant la thérapie EMDR sont similaires à celles des oscillations lentes et des ondes delta émises pendant le sommeil lent profond, particulièrement dans les régions fronto-polaires.

Dans le même esprit, Propper et ses collègues (Propper *et al.*, 2007 ; Propper et Christman, 2008) ont suggéré que la mémoire épisodique supérieure après mouvements oculaires bilatéraux pourrait résulter des hausses induites par les mouvements oculaires dans la communication interhémisphérique intervenant au cours de la récupération de la mémoire épisodique. Dans leurs études, ils ont examiné les effets de l'ABS oculaire utilisée en EMDR sur la cohérence des électroencéphalogrammes interhémisphériques chez des sujets sains. Contrairement à leurs hypothèses, ils ont découvert que la pratique des mouvements oculaires bilatéraux

1. Un Potentiel Évoqué (PE) désigne la modification du potentiel électrique produite par le système nerveux central en réponse à une stimulation externe.

provoquait une diminution de la cohérence de la fréquence gamma interhémisphérique dans le cortex préfrontal antérieur.

Les auteurs ont conclu que les mouvements oculaires, en modifiant la cohérence interhémisphérique dans les régions frontales, encouragent la consolidation des souvenirs traumatiques, réduisant ainsi les pensées intrusives caractéristiques de l'état de stress post-traumatique.

Au-delà de l'efficacité de l'EMDR, l'hypothèse de l'interaction hémisphérique a été remise en cause par Samara *et al.*, (2011), qui ont constaté que les sujets se rappelaient plus de mots émotionnels (mais non neutres) après une séance de mouvements oculaires qu'après la séance témoin. Dans cette étude, les analyses de l'EEG n'indiquent aucune donnée étayant le fait que l'altération de la cohérence interhémisphérique des participants ayant bénéficié de mouvements oculaires et l'amélioration de la mémorisation étaient corrélées avec de telles modifications de la cohérence. Malgré certaines limites (les participants étaient des sujets sains ; les mouvements oculaires étaient plus courts que dans le protocole EMDR ; ils étaient réalisés avant la récupération des souvenirs et non pendant le rappel du souvenir traumatique, comme c'est le cas dans l'EMDR), cette étude est susceptible d'avoir des répercussions importantes pour la recherche sur d'autres modèles neurocognitifs d'EMDR.

Cependant, les études décrites jusqu'à présent n'ont pas réussi à étudier avec un temps de résolution précis les modifications survenant en temps réel dans le cerveau pendant une session EMDR. Cela limite les résultats obtenus lors des observations statiques avant et après le traitement EMDR.

L'un des outils qui aiderait peut-être à surmonter ces limites méthodologiques est l'EEG qui permet un temps de résolution en termes de millisecondes et possède la capacité suffisante pour identifier les sources d'activité du cerveau dans un espace en 3D.

Ces dernières années, Pagani *et al.*, ont mené des recherches qui ont ouvert des perspectives nouvelles et innovantes, en se basant sur la surveillance par EEG de la réponse fonctionnelle avant, pendant et après la thérapie EMDR (Pagani *et al.*, 2011 ; Pagani *et al.*, 2012). Afin que l'expérience soit la plus écologique et la plus confortable possible pour les patients, l'EEG était enregistré chez un praticien privé, dans une pièce caractérisée par un environnement paisible et calme. Les participants étaient 10 sujets présentant un traumatisme sévère. Ils étaient adressés consécutivement à quatre psychothérapeutes EMDR experts, puis comparés à 10 témoins sains qui souffraient d'un ensemble de traumatismes variés, mais sans symptômes d'ESPT.

Une comparaison a été effectuée chez les individus traumatisés entre l'activation du cerveau en phase aiguë et l'activation pendant la phase postérieure au traitement, à la fois pendant le script autobiographique et les SBA visuelles réalisées au cours des sessions EMDR.

Ces modifications neurologiques ont également été comparées à celles survenant chez les participants sains, en respectant les mêmes conditions d'expérimentation pour deux raisons : (i) exclure la possibilité que l'activation observée chez les patients ne dérive que des mouvements oculaires en eux-mêmes, et/ou du simple rappel des souvenirs de la mémoire autobiographique, (ii) étudier les possibles différences de l'activation neuronale entre les individus non traumatisés et les individus traumatisés exposés à des stress psychologiques similaires.

Le premier résultat pertinent de cette étude a été de confirmer la faisabilité d'une surveillance en temps réel de la décharge corticale survenant pendant l'EMDR, en particulier pendant les SBA oculaires. Elle a permis de détecter dans un environnement « naturel » les activations dominantes provoquées par l'intervention psychothérapeutique.

En outre, c'était la première fois qu'une psychothérapie était suivie et représentée de manière dynamique par une imagerie fonctionnelle tout au long de sa durée.

La principale découverte neurobiologique de cette étude concerne les différences importantes entre l'activation corticale des patients traumatisés et celle des témoins non symptomatiques (les deux au moment d'écouter le script autobiographique et pendant les SBA visuelles). Dans les deux cas, les sujets témoins ont présenté une activation accrue de larges zones des lobes frontal, temporal et pariétal, particulièrement dans l'hémisphère droit. Par contraste, les patients traumatisés ont présenté une augmentation plus importante de l'activation du cortex orbitofrontal, particulièrement dans l'hémisphère gauche, au moment d'écouter le script autobiographique.

Le cortex préfrontal et le cortex orbitofrontal sont connus pour se rapporter tout particulièrement à l'intégration sensorielle, la modulation des réactions autonomes, l'apprentissage et la prise de décision du comportement émotionnel en lien avec la récompense, ainsi qu'à différentes fonctions neuropsychologiques.

Par ailleurs, ils s'activent de préférence quand il s'agit d'éviter des souvenirs indésirables.

L'activation de ces régions au cours de la phase symptomatique peut s'expliquer comme une excitation émotionnelle pendant la récupération des souvenirs et la reviviscence de l'événement traumatique. La diminution significative, voire la disparition, de ces activations au cours de la phase asymptomatique (c'est-à-dire après la thérapie EMDR) est au contraire interprétée comme un corrélat neurobiologique de guérison clinique.

La comparaison entre l'EEG des patients pendant la première et la dernière des sessions EMDR a montré une plus grande activation au cours de la dernière dans le cortex temporo occipital, principalement sur le côté gauche. Ce résultat peut être interprété comme une modification du signal électrique dominant au profit des régions corticales dont le rôle est essentiellement cognitif.

Les auteurs émettent l'hypothèse que les souvenirs traumatiques passent d'un état sous-cortical implicite à un état cortical explicite, grâce auquel différentes régions du cerveau contribuent à traiter et réélaborer l'expérience. Puis il a été constaté une normalisation de l'activation après le traitement du traumatisme pouvant s'interpréter comme étant le corrélat neurobiologique de l'amélioration des symptômes.

Si l'on compare d'un œil critique ces conclusions et celles des précédentes études TEMP (Lansing *et al.*, 2005 ; Pagani *et al.*, 2007), on peut noter que les mêmes régions du cerveau sont impliquées dans la réponse à la thérapie EMDR. Ceci permet une validation croisée des deux méthodologies et insinue que la thérapie EMDR est associée à des changements fonctionnels dans les mêmes régions topographiques que celles activées par le script autobiographique de l'ESPT (c'est-à-dire gyrus fusiforme, et cortex occipital et frontal), confirmant son efficacité dans différentes études et méthodologies, et différents groupes de patients.

L'importance de cette étude réside non seulement dans la validation, grâce à une technique de neuro-imagerie différente, des résultats obtenus par TEMP (Pagani *et al.*, 2007), mais aussi dans le rôle essentiel de cette recherche dans le cadre d'études efficaces menées sur les psychothérapies intervenant sur l'ESPT.

Enfin, la possibilité de réaliser des études EEG dans un environnement calme et écologique a permis d'éviter des distorsions provoquées par la gêne du patient et les possibles freins (tels que claustrophobie, anxiété, panique) qui peuvent survenir lors de l'utilisation de l'IRM fonctionnelle (Mazard *et al.*, 2002).

L'objectif de ce chapitre était de passer en revue les principales études de neuro-imagerie menées jusqu'à présent afin d'approfondir les connaissances sur les mécanismes neurobiologiques qui sous-tendent la thérapie EMDR.

Avant toute chose, les résultats de ces études soutiennent l'idée selon laquelle les méthodes de neuro-imagerie fonctionnelle peuvent potentiellement être utilisées pour évaluer l'impact clinique d'un traitement particulier.

De plus, les conclusions de ces études ont contribué à confirmer les données, initialement rares, mettant en évidence une association entre les résultats cliniques, et les modifications dans la structure et la fonction cérébrale après un traitement psychologique. Selon Barsaglini *et al.*, (2014), la découverte d'un impact mesurable de la psychothérapie sur les fonctions cérébrales forme la base de recherches futures susceptibles d'avoir des implications fondamentales pour la pratique clinique.

De manière générale, les résultats de ces études indiquent une inversion après traitement des anomalies préfrontales et limbiques, clairement reconnues avant le traitement et qui apparaissent fréquemment en neuro-imagerie chez les patients souffrant d'ESPT. Ces conclusions sont également cohérentes avec les améliorations cliniques. Elles démontrent que l'EMDR a un impact significatif sur les fonctions cérébrales, et que l'émergence du schéma post-EMDR de l'activité cérébrale est cohérente avec les modifications susceptibles d'être des états post-traumatiques et anxieux en atténuation.

On peut donc dire que les études de neuro-imagerie anatomiques et fonctionnelles menées ces dernières années ont fourni des résultats très prometteurs, en soutenant l'existence de modèles neurobiologiques liés à l'ESPT et en essayant d'expliquer les changements provoqués par une thérapie EMDR.

Ces conclusions encouragent également à poursuivre les efforts visant à clarifier les mécanismes physiopathologiques à la base de ce traitement très efficace de l'ESPT.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2004) *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*, Arlington VA, Author.
- BARSAGLINI A., SARTORI G., BENETTI S., PETTERSSON-YEO W., MECHELLI A. (2014) The effects of psychotherapy on brain function : a systematic and critical review, *Progress in Neurobiology*, 114, 1-14.
- BISSON J., ANDREW M. (2007) Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD), *The Cochrane Library*, 18, CD003388.
- BOSSINI L., CASOLARO I., SANTARNECCHI E., CATERINI C., KOUKOUNA D., FERNANDEZ I., FAGIOLINI A. (2012) Évaluation study of clinical and neurobiological efficacy of EMDR in patients suffering from post-traumatic stress disorder, *Rivista di Psichiatria*, 47, 12-5.
- DAVIDSON P.R., PARKER K.C. (2001) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : a meta-analysis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305-16.
- EHLERS A., BISSON J., CLARK D.M., CREAMER M., PILLING S., RICHARDS D., SCHNURR P.P., TURNER S., YULE W. (2010) Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder ? *Clinical Psychology Review*, 30, 269-76.
- FOA E.B., KEANE T.M., FRIEDMAN M.J., COHEN J. (2008) *Effective treatments for PTSD : Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed)*, New York, Guilford Press.
- HARPER M.L., RASOLKHANI-KAÛHORN T., DROZD J.F. (2009) On the neural basis of EMDR therapy : Insights from qEEG studies, *Traumatology*, 15, 2, 81-95.
- HERKT D., TUMANI V., GRÖN G., KAMMER T., HOFMANN A., ABLE B. (2014) Facilitating access to emotions : neural signature of EMDR stimulation, *PLoS One*, 9, e106350.
- KANDEL E.R. (1998) A new intellectual framework for psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 55, 457-69.
- LAMPRECHT F., KÖHNKE C., LEMPA W., SACK M., MATZKE M., MÜNTE T.F. (2004) Event-related potentials and EMDR treatment of post-traumatic stress disorder, *Neuroscience Research*, 49, 267-72.
- LANSING K., AMEN D.G., HANKS C., RUDY L. (2005) High-resolution brain SPECT imaging and eye movement desensitization and reprocessing in police officers with PTSD, *The Journal of Neuropsychiatry*, 17, 526-32.
- LETIZIA B., ANDREA F., PAOLO C. (2007) Neuroanatomical changes after eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment in posttraumatic stress disorder, *The Journal of Neuropsychiatry*, 19, 475-6.
- LEVIN P., LAZROVE S., VAN DER KOLK B. (1999) What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing, *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 159-72.
- LINDEN D.E. (2006) How psychotherapy changes the brain—the contribution of functional neuroimaging, *Molecular Psychiatry*, 11, 528-38.
- MAZARD A., MAZOYER B., ETARD O., TZOURIO-MAZOYER N., KOSSLYN S.M., MELLET E. (2002) Impact of fMRI acoustic noise on the functional anatomy of visual mental imagery, *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, 172-86.
- NARDO D., HÖGBERG G., LOOI J.C., LARSSON S., HÄLLSTRÖM T., PAGANI M. (2010) Gray matter density in limbic and paralimbic cortices is associated with trauma load and

EMDR outcome in PTSD patients, *Journal of Psychiatric Research*, 44, 477-85.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. (2005) *Post-traumatic stress disorder*. London, Royal College of Psychiatrists and The British Psychological Society.

OH DH., CHOI J. (2007) Changes in the cerebral perfusion after EMDR, *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 24-30.

OHTANI T., MATSUO K., KASAI K., KATO T., KATO N. (2009) Hemodynamic responses of eye movement desensitization and reprocessing in posttraumatic stress disorder, *Neuroscience Research*, 65, 375-83.

PAGANI M., DI LORENZO G., MONACO L., NIOLU C., SIRACUSANO A., VERARDO A.R., LAURETTI G., FERNANDEZ I., NICOLAIS G., COGOLO P., AMMANITI M. (2011) Pretreatment, intra-treatment, and posttreatment EEG imaging of EMDR : Methodology and preliminary results from a single case, *Journal of EMDR Practice and Research*, 5, 42-56.

PAGANI M., DI LORENZO G., VERARDO A.R., NICOLAIS G., MONACO L., LAURETTI G., RUSSO R., NIOLU C., AMMANITI M., FERNANDEZ I., SIRACUSANO A. (2012) Neurobiological correlates of EMDR monitoring - an EEG study, *PLoS One*, 7, e45753.

PAGANI M., HÖGBERG G., SALMASO D., NARDO D., SUNDIN O., JONSSON C., SOARES J., ABERG-WISTEDT A., JACOBSSON H., LARSSON SA., HÄLLSTRÖM T. (2007) Effects of EMDR psychotherapy on 99mTc-HMPAO distribution in occupation-related post-traumatic stress disorder, *Nuclear Medicine Communications*, 28, 757-65.

PROPPER R.E., CHRISTMAN SD. (2008) Interhemispheric interaction and saccadic horizontal eye movements :

Implications for episodic memory, EMDR, and PTSD, *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 269-81.

PROPPER R.E., PIERCE J., GEISLER MW., CHRISTMAN SD., BEL-LORADO N. (2007) ; Effect of bilateral eye movements on frontal interhemispheric gamma EEG coherence : implications for EMDR therapy, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 785-8.

ROFFMAN J.L., MARCI C.D., GLICK D.M., DOUGHERTY D.D., RAUCH S.L. (2005) Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy, *Psychological Medicine*, 35, 1385-98.

SAMARA Z., ELZINGA B.M., SLAGTER H.A., NIEUWENHUIS S. (2011) Do Horizontal Saccadic Eye Movements Increase Interhemispheric Coherence ? Investigation of a Hypothesized Neural Mechanism Underlying EMDR, *Front Psychiatry*, 2, 4.

SHAPIRO F. (2001) *Eye movement desensitization and reprocessing : Basic Principles, protocols, and procedure (2nd ed.)* New York : Guilford Press.

SHERMAN J.J. (1998) Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD : a meta-analysis of controlled clinical trials, *Journal of Traumatic Stress*, 11, 413-35.

THOMAS K., DORREPAAL E., DRAIJER N., JANSMA E.P., VELTMAN D.J., VAN BALKOM A.J. (2014) Can pharmacological and psychological treatment change brain structure and function in PTSD ? A systematic review, *Journal of Psychiatric Research*, 50, 1-15.

VAN ETEN M.L., TAYLOR S. (1998) Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder : a meta-analysis, *Clinical Psychology Psychotherapy*, 5, 126-44.

Chapitre 16

Guérir avec l'EMDR

Un survol des controverses

Maxime Bériault
Serge Larivée

L'efficacité de l'EMDR est maintenant reconnue pour traiter l'état de stress post-traumatique et des études ont aussi examiné son efficacité pour traiter d'autres troubles psychopathologiques. Toutefois, plusieurs controverses ont marqué le développement et la diffusion de l'EMDR qui fait encore l'objet de nombreux articles et débats dans le milieu scientifique. Ce texte décrit les principales controverses qui ont entouré cette approche, notamment la méthodologie des études qui ont évalué son efficacité, la question de l'utilité thérapeutique des mouvements oculaires et le recours à l'EMDR pour traiter une panoplie de conditions psychologiques sans disposer de preuves empiriques de son efficacité. Une analyse des différences entre l'EMDR et l'approche cognitivo-comportementale suivra ainsi que la présentation de quelques considérations éthiques.

RIGUEUR MÉTHODOLOGIQUE

► Étude initiale de Shapiro (1989)

Shapiro évalue pour la première fois l'efficacité de l'EMDR en 1989 pour traiter un souvenir traumatique. Onze participants reçoivent le traitement EMDR alors que onze autres forment le groupe témoin et racontent en détail l'événement traumatique sous-jacent aux symptômes. Cette procédure sert à contrôler l'effet de l'exposition au souvenir traumatique.

Après une seule séance de 50 minutes, le niveau d'anxiété exprimé par les participants sur une échelle de 0 à 10 diminue de 7,45 à 0,13 en moyenne. Ce niveau demeure faible trois mois après le traitement. Chez le groupe témoin, le niveau d'anxiété augmente à la fin du traitement. Soumis par la suite au traitement EMDR, celui-ci manifeste une amélioration égale à celle du premier groupe.

Une autre mesure indique que le symptôme initial le plus perturbant (par exemple, les cauchemars) disparaît complètement ou diminue d'intensité chez la majorité des participants selon une auto-évaluation trois mois après la fin du traitement. Cette évaluation est confirmée par un proche pour 18 des 22 participants. Le rythme cardiaque des participants diminue entre la séance de traitement et le moment du suivi trois mois plus tard mais l'absence de la même mesure pour le groupe témoin empêche toute conclusion.

De cette étude, Shapiro conclut que les mouvements oculaires pendant le maintien du souvenir traumatique en mémoire représentent la composante essentielle de l'EMDR. Elle suggère aussi que la modalité d'exposition au souvenir traumatique utilisée dans l'EMDR est mieux tolérée que la modalité traditionnelle d'exposition. Dès 1991, Shapiro dispense des séminaires de formation à des professionnels de la santé mentale dans différents pays.

L'introduction de ce traitement sur la base d'évidences empiriques préliminaires n'a pas échappé à la critique (Herbert *et al.*, 2000). L'étude initiale de Shapiro comporte des lacunes méthodologiques qui limitent la validité des résultats. Mentionnons entre autres l'absence d'une évaluation objective à l'aveugle (Shapiro elle-même procède au traitement et à l'évaluation), l'absence d'une évaluation diagnostique des participants, un traitement de comparaison qui n'est pas un réel équivalent de la procédure d'exposition en imagination et l'absence d'instruments de mesure valides et standardisés.

L'étude de Shapiro a le mérite d'être parmi les premières à évaluer l'efficacité d'un traitement de l'état de stress post-traumatique. Les études qui ont évalué l'efficacité d'autres formes de traitement comportent elles aussi des limites méthodologiques. Toutefois, la controverse autour de l'EMDR est alimentée par deux éléments : l'efficacité et la rapidité prétendue de ce traitement et, d'autre part, la contribution des mouvements oculaires.

► Études de cas

Plusieurs études de cas ont cherché à reproduire les résultats de Shapiro pour le traitement de l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) ou d'autres types de troubles psychopathologiques (Bériault et Larivée, 2005). La majorité de ces études montrent que l'EMDR est efficace. Cependant, plusieurs chercheurs et cliniciens en critiquent sévèrement la méthodologie sous les aspects suivants :

- ➔ On relève tout d'abord l'emploi d'instruments de mesure non standardisés (échelle des unités subjectives de détresse [SUD] et échelle de validité de la cognition [VoC]) et l'absence d'instruments de mesure standardisés. Cette lacune est importante, car dans certaines études, l'EMDR diminue la détresse et modifie la cognition négative sur les échelles non standardisées sans que ces résultats ne soient accompagnés d'une amélioration sur des mesures diagnostiques ou comportementales ;
- ➔ Comme certains participants reçoivent simultanément d'autres formes de traitement que l'EMDR, il est impossible de déterminer à quel traitement est due la diminution des symptômes ;
- ➔ On observe parfois une amélioration chez des participants préalablement peu perturbés, alors que quatre séances d'EMDR ne parviennent pas à traiter complètement les symptômes chez d'autres participants ;
- ➔ Les études de cas les plus rigoureuses ne permettent pas de contrôler l'effet de facteurs thérapeutiques non spécifiques à l'EMDR telle que l'empathie du thérapeute ;
- ➔ Selon une étude de cas portant sur le traitement de la phobie des araignées, la thérapie par exposition *in vivo* se révèle plus efficace que l'EMDR. Une seule étude de cas compare directement l'efficacité de l'EMDR à celle de la thérapie par exposition : les deux traitements sont efficaces pour traiter les symptômes reliés à un souvenir traumatique et nécessitent 12 séances.

► Études randomisées

Par la suite, plusieurs études contrôlées et randomisées ont évalué l'efficacité de l'EMDR pour traiter l'ESPT. Les méta-analyses indiquent que l'EMDR est efficace pour traiter ce trouble (Bradley *et al.*, 2005 ; Davidson et Parker, 2001 ; Seidler et Wagner, 2006 ; Watts *et al.*, 2013). Cependant, son efficacité est équivalente à celle de la thérapie cognitivo-comportementale et certains avancent que l'exposition, plutôt que les mouvements oculaires, constitue l'ingrédient thérapeutique déterminant de l'EMDR.

Les lignes directrices pour le traitement de l'ESPT formulées par diverses sociétés savantes ou de santé publique à travers le monde reconnaissent l'EMDR comme un traitement efficace (Forbes *et al.*, 2010). Les critères de classement des thérapies en fonction de leur efficacité varient cependant d'une société à l'autre. Dans certains cas, seule la thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le trauma obtient le plus haut niveau de preuves d'efficacité. Par exemple, l'*American Association Psychiatric* (Forbes *et al.*, 2010) tient compte de l'absence de preuves concluantes quant à l'utilité des mouvements oculaires pour formuler ses recommandations.

Plusieurs chercheurs ont critiqué les critères des systèmes de classification des thérapies sur la base de la controverse entourant l'EMDR (Rosen et Davison, 2003). Ils proposent d'identifier des mécanismes efficaces de changement thérapeutique plutôt que de reconnaître des protocoles intégrant plusieurs composantes thérapeutiques dont l'efficacité relative est mal connue.

UTILITÉ DES MOUVEMENTS OCULAIRES

► Études cliniques

L'efficacité de l'EMDR pour traiter l'ESPT ne fait plus de doute mais le mécanisme d'action de cette thérapie et le rôle des mouvements oculaires suscitent encore un débat. Plusieurs études ont tenté d'isoler la composante des mouvements oculaires afin de mesurer son effet thérapeutique puisque Shapiro déclarait au départ que cette composante était essentielle à l'efficacité de l'EMDR.

Deux catégories d'études ont mesuré le rôle des mouvements oculaires. D'une part, des études menées auprès de populations cliniques ont comparé l'efficacité du traitement EMDR standard au même traitement sans les mouvements oculaires (fixer un point du regard, imagerie mentale avec les yeux fermés) ou en utilisant une autre forme de stimulation bilatérale (suivre des yeux une lumière plutôt que les doigts du thérapeute, taper en alternance avec un doigt de chaque main sur une table de façon rythmique.) D'autre part, des études ont évalué en laboratoire auprès d'une population non clinique l'effet des mouvements oculaires sur le rappel de souvenirs déplaisants.

Plusieurs des études menées auprès d'une population clinique montrent que l'absence des mouvements oculaires ou de toute autre forme de stimulation bilatérale ne diminue pas l'efficacité de l'EMDR et même, dans certains cas, le traitement sans mouvements oculaires tend même à une meilleure efficacité (Bériault et Larivée, 2005). D'autres études indiquent que l'EMDR avec les mouvements oculaires produit une plus grande diminution de la détresse sur une mesure subjective (SUD) mais cette différence n'apparaît pas sur les mesures physiologiques ou standardisées. Une étude conclut à la supériorité de l'EMDR avec les mouvements oculaires auprès de personnes souffrant du trouble panique et ce, immédiatement après la fin du traitement, mais cet avantage disparaît lors d'une évaluation trois mois plus tard. Finalement, deux études montrent la supériorité du traitement qui inclut les mouvements oculaires pour traiter l'ESPT. Dans la première étude, le suivi échelonné sur une semaine ne permet pas de vérifier la supériorité à long terme de l'EMDR avec les mouvements oculaires. La seconde étude montre un effet positif des mouvements oculaires sur une période de 15

mois mais elle comporte des limites quant à la validité des mesures physiologiques et des analyses statistiques utilisées.

Des chercheurs reprochent aux études qui ont évalué la contribution des mouvements oculaires d'avoir utilisé des échantillons de taille insuffisante pour détecter quelques différences entre les groupes. Deux méta-analyses ont par la suite été réalisées pour répondre à cette critique. La méta-analyse de Davidson et Parker (2001) recense quant à elle 14 études et conclut que l'efficacité de l'EMDR avec ou sans les mouvements oculaires reste identique. En revanche, la méta-analyse de Lee et Cuijpers (2013) montre une taille d'effet modérée et significative lorsque les mouvements oculaires sont utilisés dans les études cliniques. Ces chercheurs concluent que les mouvements oculaires semblent jouer un rôle dans le traitement émotionnel des souvenirs et faciliter l'intégration des souvenirs traumatiques. Cette méta-analyse a été critiquée par Devilly *et al.*, (2013) qui ont remis en question sa méthodologie. Jeffries et Davis (2012), ont conclu suite à leur recension de la littérature que l'utilité thérapeutique des mouvements oculaires et le mécanisme d'action de ceux-ci demeurent controversés mais qu'il existe tout de même une base théorique suffisante pour justifier leur maintien dans le traitement EMDR.

Rappelons qu'en 1989, Shapiro affirme explicitement que les mouvements oculaires constituent la caractéristique essentielle de l'efficacité de l'EMDR. Quelques années plus tard, elle soutient que toute forme de stimulation bilatérale peut favoriser le traitement adaptatif de l'information (Shapiro, 1991, 1993). Elle conviendra finalement en 1996 que les mouvements oculaires ne constituent qu'une composante d'une méthode complexe (Lohr *et al.*, 2003). Selon certains chercheurs, l'EMDR s'est admirablement bien adapté aux évidences empiriques concernant les mouvements oculaires.

De façon plus générale, la méta-analyse d'Ahn et Wampold (2001) a montré l'absence de différence significative lorsqu'on compare d'autres formes de traitements amputés d'une composante jugée essentielle à leur efficacité. Cela suggère que les composantes thérapeutiques isolées ne sont pas essentielles et que des facteurs communs à différents traitements, telles que l'empathie ou l'orientation thérapeutique de l'intervenant, pourraient être plus déterminants. Aussi, des chercheurs ont-ils proposé que l'EMDR est un traitement efficace indépendamment des mouvements oculaires, parce que cette procédure met en œuvre des principes thérapeutiques généraux.

► Études en laboratoire

La deuxième catégorie d'études examine le rôle des mouvements oculaires en laboratoire auprès de populations non cliniques. Ces études visent à vérifier dans quelle mesure les mouvements oculaires permettent de diminuer la force d'une image mentale ou d'un souvenir et la charge émotive qui lui est associée. Une hypothèse voudrait que les mouvements

oculaires surchargent les ressources disponibles de la mémoire visuelle à court terme, ce qui a pour effet d'amoindrir la vivacité d'une image négative. La méta-analyse de Lee et Cuijpers (2013) observe une taille d'effet grande et significative dans ce type d'études. Cependant, les données des études menées en laboratoire émanent toutes de populations non cliniques et ont été recueillies immédiatement après l'expérimentation. L'efficacité à long terme des mouvements oculaires sur la vivacité d'une image traumatique reste donc à établir.

EMDR ET AUTRES PSYCHOPATHOLOGIES

À la suite de leur recension de la littérature, de Jongh et Ten Broeke (2009) concluent que l'EMDR pourrait être efficace pour traiter des troubles anxieux autres que l'ESPT mais déplorent le manque d'évidences empiriques pour démontrer cette possibilité. Une étude contrôlée (non randomisée) a montré l'efficacité équivalente de 12 séances d'EMDR et de thérapie cognitivo-comportementale pour traiter le trouble panique (Faretta, 2013). Des études de cas suggèrent l'efficacité de l'EMDR pour traiter le trouble d'anxiété généralisée chez quatre adultes (Gauvreau et Bouchard, 2008) et le trouble d'anxiété de séparation chez un enfant (Morrissey, 2013).

Les données empiriques disponibles suggèrent l'efficacité de l'EMDR pour traiter les symptômes dépressifs comorbides à un ESPT mais aucune étude contrôlée randomisée n'a encore évalué l'efficacité de l'EMDR pour traiter un trouble dépressif primaire (Wood et Ricketts, 2013).

COMPARAISON TCC ET EMDR

Malgré l'efficacité équivalente de l'EMDR et de la thérapie cognitivo-comportementale pour traiter l'ESPT, des particularités notables distinguent la forme que prend l'exposition dans le cadre de l'EMDR (Lee, 2008). Les modalités de l'exposition dans l'EMDR remettent en cause les principes behavioristes de l'exposition prolongée :

- a) Les participants se remémorent dès le départ la partie la plus traumatique de l'événement plutôt que l'ensemble des détails selon un ordre chronologique ;
- b) Le patient prête attention aux cognitions, émotions et sensations physiques reliées à l'événement sans reconstruire de toutes pièces le souvenir traumatique, alors que l'exposition traditionnelle incite les participants à reconstruire en imagination l'événement traumatique afin d'accéder à un souvenir le plus vif possible de celui-ci ;

- c) L'EMDR permet l'émergence d'autres souvenirs et prend en considération ce nouveau matériel alors que dans l'exposition traditionnelle, les participants centrent continuellement leur attention sur le souvenir traumatique cible.
- d) L'EMDR laisse émerger les souvenirs le plus librement possible alors que la méthode traditionnelle confronte les participants aux éléments les plus anxiogènes du souvenir traumatique ;
- e) L'EMDR interrompt l'exposition par des mouvements oculaires ou par quelque autre forme de stimulation bilatérale, alors que l'exposition traditionnelle utilise une exposition prolongée sans interruption.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Dans la mesure où des approches thérapeutiques ont été validées en regard de troubles particuliers, on peut s'interroger sur la légitimité d'en proposer d'autres dont l'efficacité présente moins d'évidences empiriques. Par exemple, Hudson *et al.*, ont constaté en 1998 que plusieurs thérapeutes américains appliquaient le traitement EMDR aux troubles alimentaires alors qu'aucune preuve scientifique ne soutenait une telle initiative et que d'autres modalités de traitement avaient dûment fait leurs preuves. La présente recension montre que l'efficacité de l'EMDR est bien établie en ce qui concerne l'ESPT. Cela reste moins évident pour la prise en charge d'autres psychopathologies.

Un des arguments éthiques en faveur de l'EMDR est que ce traitement propose une méthode d'exposition mieux tolérée par les patients qu'il en est de l'exposition prolongée utilisée dans la thérapie cognitivo-comportementale. Cette prétention n'a cependant pas toujours été confirmée. Avant l'application de tout traitement pour un ESPT, il est généralement recommandé d'aviser le patient de la possibilité d'une augmentation de ses symptômes.

La rapidité d'action d'un traitement concerne également la dimension éthique. À cet égard, la rapidité d'action de l'EMDR a contribué à promouvoir ses effets. La recherche d'un traitement qui a une action rapide va de soi. On ne doit toutefois pas perdre de vue que faire l'expérience d'un traumatisme peut laisser des séquelles profondes d'autant plus longues à traiter. À ce titre, Macklin *et al.*, (2000) ont noté que les gains observés après une moyenne de 10,5 séances d'EMDR auprès de vétérans de la guerre disparaissaient cinq ans plus tard. Heber *et al.*, (2002) ont constaté que quatre séances d'EMDR se révélaient insuffisantes pour guérir un trouble de stress post-traumatique complexe.

EMDR ET PSEUDO-SCIENCE

L'EMDR a suscité des réactions polarisées comme en témoigne la littérature comportant plusieurs sources de confusion, de données mal rapportées et d'interprétations erronées. Certains y voient une résistance à la nouveauté alors que d'autres tiennent à dénoncer les pratiques pseudo-scientifiques qui ont marqué le développement et la diffusion de l'EMDR (Lohr *et al.*, 2003). Quatre caractéristiques pseudo-scientifiques jalonnent le parcours de l'implantation de l'EMDR (Larivée, 2014).

► Pouvoir thérapeutique illimité

En peu de temps, l'EMDR a été utilisé pour le traitement d'une panoplie de difficultés psychologiques : le trouble panique, le trouble dysmorphique, la dépression, les troubles alimentaires, les dysfonctions sexuelles, la dépendance à la cocaïne, les troubles de la conduite, la gestion du stress, la jalousie morbide, le manque d'estime de soi, la douleur chronique, les problèmes de jeu compulsif, l'anxiété de performance, le trouble de l'image corporelle, les troubles de la personnalité, les troubles dissociatifs, les conséquences de l'infidélité conjugale et l'état de deuil chronique. En contrepartie, selon Shapiro (2001), l'efficacité de l'EMDR est indépendante de la validité du modèle théorique sous-jacent qui évolue au gré de l'avancement des connaissances concernant le fonctionnement du cerveau humain, ce qui laisse entendre que le pouvoir thérapeutique de l'EMDR est illimité alors que dans les faits son pouvoir explicatif est limité.

► Renversement du fardeau de la preuve

Un principe scientifique veut que plus une allégation est extraordinaire, plus les preuves qui la justifient doivent être solides. L'histoire de l'EMDR montre que la fragilité des évidences empiriques initiales contraste avec certaines affirmations. À titre d'exemple, l'élément le plus spectaculaire de cette approche réside dans les mouvements oculaires, lesquels constituent pourtant une composante controversée quant à son rôle dans l'efficacité de l'EMDR. Certes, l'EMDR s'est adapté *a posteriori* aux évidences empiriques accumulées en ce qui concerne le rôle des mouvements oculaires (Muris et Merckelbach, 1999), on peut aussi s'inquiéter de la diffusion rapide d'une technique thérapeutique avant que son efficacité ait été démontrée et ses mécanismes d'action validés. En 1995, 10 000 de thérapeutes étaient habilités à appliquer l'EMDR selon Shapiro (1995). Or, la deuxième étude contrôlée portant sur l'efficacité de ce traitement n'a été réalisée qu'en 1994. En 1995, aucune étude n'avait comparé l'EMDR à un traitement cognitivo-comportemental validé. De toute évidence, la promotion de l'EMDR

a devancé les données empiriques. Ce phénomène n'est pas unique dans l'histoire de la psychologie, mais il en constitue un exemple éloquent.

Toujours à propos du renversement du fardeau de la preuve, lors d'une recension de la littérature en 2005 (Bériault et Larivée), malgré la pauvreté des évidences empiriques quant à l'efficacité de l'EMDR auprès des enfants, deux ouvrages portant sur son utilisation auprès des enfants avaient été publiés. Le fardeau de la preuve semble encore subir l'inversion : promotion du traitement d'abord et accumulation de données empiriques ensuite.

► Utilisation d'un langage hermétique

Le modèle théorique de l'EMDR, le modèle du traitement adaptatif de l'information, repose en grande partie sur des termes et des métaphores qui n'ont aucun référent neurophysiologique précis. Muris et Merckelbach (1999) considèrent hautement spéculatifs les métaphores et les termes vagues utilisés par Shapiro (nœud physiologique, configuration neurobiologique d'un souvenir, etc.). D'autres soulignent que Shapiro appuie l'efficacité de l'EMDR sur des bases neurophysiologiques tout en affirmant que les mécanismes en cause ne sont pas bien connus (Allen & Lewis, 1996). La critique la plus exhaustive de ce modèle est probablement celle de Tarquinio et Tarquinio (2015) qui décrivent bien le caractère métaphorique de ce modèle.

► Argument de l'holisme

On recourt à l'argument de l'holisme pour répondre aux nombreuses études qui montrent que les mouvements oculaires ne constituent pas une composante essentielle à l'efficacité de l'EMDR. Cet argument est perceptible dans la réflexion suivante de Shapiro : « L'EMDR, ce n'est pas seulement les mouvements oculaires. Les mouvements oculaires, ou toute autre forme de stimulation, ne représentent qu'une composante d'une méthode complexe qui combine des éléments de plusieurs approches thérapeutiques (...). Même en l'absence des mouvements oculaires, il s'agit d'une méthode thérapeutique puissante » (traduction libre de Shapiro, *personal communication*, August, 20, 1996, tel que cité par Lohr *et al.*, 2003, p. 255).

En résumé, la controverse autour de l'EMDR relève de l'extraordinaire efficacité alléguée de ce traitement et de l'effet thérapeutique des mouvements oculaires. Si l'EMDR est efficace pour traiter l'état de stress post-traumatique, son efficacité à l'égard d'autres troubles psychopathologiques reste à démontrer de façon empirique et la contribution des mouvements oculaires quant à l'efficacité de l'EMDR demeure à préciser. L'efficacité de l'EMDR pour traiter l'état de stress post-traumatique apparaît équivalente à celle de l'approche cognitivo-comportementale. Cependant, la contribution des mouvements oculaires et de certaines autres composantes de l'EMDR, telles que l'attention

aux sensations physiques et l'exposition discontinue au souvenir traumatique, mérite d'être étudiée davantage et de faire l'objet d'une attention particulière de la part des chercheurs.

L'EMDR a le mérite d'avoir considérablement stimulé la recherche sur le traitement de l'état de stress post-traumatique et d'autres troubles reliés à des événements de vie traumatiques mais l'application de cette méthode d'intervention a aussi été marquée par certaines caractéristiques pseudo-scientifiques. La controverse qui en découle illustre bien l'importance d'intégrer la pratique professionnelle et la recherche scientifique dans le domaine des traitements psychologiques.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN J.G., LEWIS L. (1996) « A conceptual framework for treating traumatic memories and its application to EMDR », *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60, 2, 238-263.
- ANH H., WAMPOLD B. (2001) « Where oh where are the specific ingredients ? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy », *Journal of counseling psychology*, 48, 3, 251-257.
- BÉRIAULT M., LARIVÉE S. (2005) « Guérir avec l'EMDR : Preuves et controverses », *Revue canadienne de psychoéducation*, 34, 2, 355-396.
- BRADLEY R., GREENE J., RUSS E., DUTRA L., WESTEN D. (2005) « A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD », *American journal of psychiatry*, 162, 214-227.
- DAVIDSON P., PARKER K. (2001) « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : A meta-analysis », *Journal of consulting and clinical psychology*, 69, 2, 305-316.
- DE JONGH A., TEN BROEKE E. (2009) « EMDR and the anxiety disorders : Exploring the current status », *Journal of EMDR practice and research*, 3, 3, 133-140.
- DEVILLY G., ONO M., LOHR J. (2013) « The use of meta-analytic software to derive hypotheses for EMDR », *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45, 223-225.
- FARETTA L. (2013) « EMDR and cognitive behavioral therapy in the treatment of panic disorder : A comparison », *Journal of EMDR practice and research*, 7, 3, 121-133.
- FORBES D., CREAMER M., BISSON J., COHEN J., CROW B., FOA E., ET AL. (2010) « A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions », *Journal of traumatic stress*, 23, 5, 537-552.
- GAUVREAU P., BOUCHARD S. (2008) « Preliminary evidence for the efficacy of EMDR in treating generalized anxiety disorder », *Journal of EMDR practice and research*, 2, 1, 26-40.
- HEBER R., KELLNER M., YEHUDA R. (2002) « Salivary cortisol levels and the cortisol response to dexamethasone before and after EMDR : A case report », *Journal of clinical psychology*, 58, 12, 1521-1530.
- HERBERT J., LILIENFELD L., LOHR J., MONTGOMERY R., O'DONOHUE W., ROSEN G., ET AL. (2000) « Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing : Implications for clinical psychology », *Clinical psychology review*, 20, 8, 945-971.
- HUDSON J., CHASE E., POPE H. (1998) « Eye movement desensitization and reprocessing in eating disorders : A caution against premature acceptance », *The international journal of eating disorder*, 23, 1, 1-5.
- JEFFRIES F.W., DAVIS P. (2012) « What is the role of eye movements in Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD) ? A review », *Behavioural and cognitive psychotherapy*, November, 1-11.
- LARIVÉE S. (2014) *Quand le paranormal manipule la science*. Québec, Éditions multimondes.
- LEE C. (2008) « Crucial processes in EMDR », *Journal of EMDR practice and research*, 2, 4, 262-268.
- LEE C., CUIJPERS P. (2013) « A meta-analysis of the contribution of eye movements in process in emotional

memories », *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 44, 231-239.

LOHR J., HOOKE W., GIST R., TOLIN D. (2003) « Novel and controversial treatments for trauma-related stress disorders », in *Science and pseudoscience in clinical psychology*, Lynn S. & Lohr M., New York, The Guilford Press, p. 243-272.

MACKLIN M., METZGLER L., LASKO N., BERRY N., ORR S., PITMAN R. (2000) « Five-year follow-up study of eye movement desensitization and reprocessing for combat-related posttraumatic stress disorder », *Comprehensive psychiatry*, 41, 1, 24-27.

MORRISSEY M. (2013) « EMDR as an integrative therapeutic approach for the treatment of separation anxiety disorder », *Journal of EMDR practice and research*, 7, 4, 200-207.

MURIS P., MERCKELBACH H. (1999) « Traumatic memories, eye movements, and panic : A critical note on the proliferation of EMDR », *Journal of anxiety disorders*, 13, 1-2, 209-223.

ROSEN G., DAVISON G. (2003) « Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages », *Behavior Modification*, 27, 3, 300-312.

SEIDLER G., WAGNER F. (2006) « Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD : A meta-analytic study », *Psychological medicine*, 36, 11, 1515-1522

SHAPIRO F. (1989) « Efficacy of the eye movement desensitization and reprocessing procedure in the treatment of traumatic memories », *Journal of traumatic stress*, 2, 2, 199-223.

SHAPIRO F. (1991) « Eye movement desensitization and reprocessing procedure : From EMD to EMD/R - A new treatment model for anxiety and related traumata », *The behavior therapist*, 14, 133-135.

SHAPIRO F. (1993) « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in 1992 », *Journal of traumatic stress*, 6, 3, 417-421.

SHAPIRO F. (1995) *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures*, New York, The Guilford Press.

SHAPIRO F. (2001) *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed)*, New York, The Guilford Press.

TARQUINIO C., TARQUINIO P. (2015) « L'EMDR : Prévenir la santé, prendre en charge la maladie », Issy-Les-Moulineaux, Masson.

WATTS B., SCHNURR P., MAYO L., YOUNG-XU Y., WEEKS W., FRIEDMAN M. (2013) « Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder », *Journal of clinical psychiatry*, 74, 6, 541-550.

WOOD E., RICKETTS T. (2013) « Is EMDR an evidence-based treatment for depression ? A review of the literature », *Journal of EMDR practice and research*, 7, 4, 225-235.

Chapitre 17

Histoire du psychotraumatisme

Evelyne Josse

Dès l'origine de l'humanité, les victimes de criminalité, de guerres, d'accidents et de catastrophes naturelles ont été touchées par la souffrance traumatique. Toutefois, à quelques exceptions près, ce n'est qu'à partir des années 1800 que le psychotraumatisme éveille l'intérêt des praticiens spécialisés. Jusqu'à la fin du XX^e siècle, il reste largement méconnu de la majorité des professionnels de la santé mentale et du grand public.

DE L'ANTIQUITÉ AU XVII^E SIÈCLE : PREMIERS RÉCITS HISTORIQUES ET SCIENTIFIQUES

Quelques cas anecdotiques de traumatisme émaillent les récits historiques et scientifiques de l'Antiquité au début des Temps Modernes. Les plus anciens témoignages remontent à deux mille ans avant Jésus-Christ et révèlent la souffrance des Sumériens confrontés à la destruction de leurs grandes cités (Attinger, 2012). En 450 avant notre ère, Hérodote rapporte le cas du guerrier Epizelos qui, saisi d'effroi, fut frappé d'une cécité de conversion¹ lors de la bataille de Marathon (Larcher, 1850). En 400 ans avant J.-C., Hippocrate consacre un chapitre de son Traité des songes aux cauchemars traumatiques (Hippocrate, 1838). Un millénaire plus tard, vers l'an 1100 ans, La Chanson de Roland nous dévoile les rêves traumatiques de Charlemagne (Gautier, 1895). Quelques siècles après, en 1572, au lendemain du massacre de la Saint-Barthélemy, le roi Charles IX se plaint de flashbacks à son médecin Ambroise Paré (Sully, 1822).

1. Trouble sans cause organique suggérant une affection neurologique, déterminé par des facteurs psychologiques.

DU XVIII^E AU MILIEU DU XIX^E SIÈCLE : PREMIÈRES OBSERVATIONS SCIENTIFIQUES ET PREMIÈRES HYPOTHÈSES ÉTIOLOGIQUES

Les XVIII^e et XIX^e siècles sont émaillés de nombreux conflits armés offrant un vaste champ d'observation aux spécialistes des armées. Les médecins militaires nomment « vent du boulet » et « nostalgie » les troubles traumatiques présentés par les soldats en campagne effrayés par la fureur des combats ou désespérés par la mort d'un camarade tombé sous le feu ennemi (Crocq, 2012). Les cas cliniques fournis par les guerres inspirent également l'aliéniste Philippe Pinel qui livre en 1809 une première description de ce que l'on nommera plus tard « névrose traumatique » (Pinel, 1809).

La seconde moitié du XIX^e siècle voit s'accroître l'intérêt du monde médical pour les souffrances morales des victimes. Ce sont les accidents de chemin de fer et de travail, d'une part et les études sur l'hystérie d'autre part qui ouvrent véritablement la voie aux premières hypothèses étiologiques des troubles traumatiques.

Les accidents ferroviaires font en une fois un grand nombre de victimes et causent aux rescapés une frayeur immense. Toutefois, s'ils suscitent l'attention, c'est moins à cause de leur caractère spectaculaire et dramatique qu'en raison du contexte dans lequel ils surviennent. En effet, en Angleterre, dès 1846, de nouvelles législations permettent aux passagers victimes d'un accident de réclamer réparation auprès des responsables (Pignol, 2012). Dès lors, de nombreux litiges juridiques opposent les compagnies ferroviaires aux accidentés. Invités à apporter leur caution dans les expertises légales, les médecins sont contraints d'affiner leur savoir sur la nature des dommages dont se plaignent les accidentés. Pour certains, les troubles résultent de lésions ou de perturbations du système nerveux consécutives à l'accident ; pour d'autres, ils sont générés par l'espoir des accidentés d'obtenir une compensation financière. Jean-Martin Charcot, médecin à la Salpêtrière, prend part occasionnellement à la controverse. Selon lui, si des traumatismes sans conséquence sur la majorité des sujets provoquent des effets spectaculaires sur certains individus, c'est en raison de leur prédisposition constitutionnelle ou héréditaire.

En Allemagne, les dirigeants d'usines et les assurances sont confrontés à la question de l'indemnisation des accidents de travail. Les neurologues Hermann Oppenheim et Robert Thomsen regroupent dans une entité nosographique spécifique, qu'ils nomment « névrose traumatique », les symptômes disparates ayant pour point commun leur étiopathogénie traumatique (Guinon, 1889). La névrose traumatique connaît rapidement de nombreux détracteurs, leurs auteurs se voyant reproché d'avoir négligé le risque de simulation.

FIN DU XIX^E SIÈCLE : VERS UNE ÉTIOLOGIE PSYCHOGÉNIQUE

Fin du XIX^e siècle, Janet, Breuer, Freud et d'autres enrichissent les connaissances par leurs réflexions sur les processus psychiques en jeu dans les réactions traumatiques et initient les premiers traitements psychothérapeutiques.

Dès 1889, Pierre Janet déclare que l'hystérie est, dans un grand nombre de cas, consécutive à un événement traumatisant. Il constate toutefois que les souvenirs émotionnants à l'origine des troubles sont fréquemment inconnus du malade lui-même mais qu'ils peuvent émerger à la faveur d'un état modifié de conscience. Il est le premier à développer les bases d'une thérapie psychodynamique des sujets traumatisés : faire accéder l'événement émotionnant à la conscience par l'hypnose, soutenir son élaboration par la parole, susciter la purgation des émotions qui y restent attachées et promouvoir son intégration à la conscience.

En 1880, Josef Breuer prend en charge Anna O., une patiente hystérique. Avec elle, il ébauche progressivement une psychothérapie dynamique sans recours à la suggestion qui préfigure la cure psychanalytique. Il nomme « méthode cathartique » ce traitement basé sur l'abréaction des affects liés à l'événement et qui n'ayant pu se manifester sont restés « coincés » sous la conscience de la malade. En 1889, Sigmund Freud reçoit en consultation Emmy von N. en enjoignant Freud de se taire et de l'écouter, elle jouera un rôle important dans le dispositif thérapeutique. En effet, Freud renonce peu à peu à l'hypnose et inaugure la méthode des associations libres qui deviendra une des règles fondamentales de la psychanalyse. En 1893, Freud convainc Breuer de publier les conclusions théoriques auxquelles la méthode cathartique les a menés ; les deux hommes signent conjointement un article¹ dans lequel ils développent une étiologie traumatique de l'hystérie proche de celle exposée par Janet quatre ans plus tôt (Breuer et Freud, 1895).

LE XX^E SIÈCLE : L'ÉVOLUTION DE LA NOTION DE TRAUMATISME

Tout au long du XX^e siècle, l'intérêt pour les troubles traumatiques connaît un essor progressif et continu. Les guerres créent un terrain fertile d'études théoriques et d'expérimentations pratiques.

1. Cet article constituera, sous le titre « Communication préliminaire », le premier chapitre des *Études sur l'hystérie* édité en 1895.

► La guerre russo-japonaise de 1904-1905 : les premiers soins psychologiques immédiats

Les psychiatres et médecins militaires considèrent généralement que les troubles psychiques des soldats relèvent de l'hystérie ou de la neurasthénie. Or, les hystériques sont souvent assimilés à des simulateurs. Les soldats traumatisés se voient ainsi fréquemment suspectés de simuler des états pathologiques aux fins d'être reclassés à l'arrière ou d'être réformés.

Pour contenir les pertes psychiatriques, le médecin général en chef Autokratoff instaure un service de « psychiatrie de l'avant. » Des dispensaires sont aménagés à proximité du front et un tandem, composé d'infirmiers et d'un psychiatre, parcourt la ligne de combat en charrettes hippomobiles pour dispenser les premiers soins aux blessés.

La Croix Rouge russe, dépassée par l'afflux de blessés psychiques, lance un appel aux médecins étrangers. C'est ainsi que le psychiatre allemand Georg Honigmann se rend sur le front. En 1907, riche de ses observations, il propose de nommer « névrose de guerre » les affections psychiques des combattants (Honigmann, 1907).

► La guerre 14-18

Dès l'ouverture des hostilités, des combattants, enrôlés au sein des puissances alliées comme des empires centraux, présentent des troubles psychologiques. Un soupçon permanent de duperie pèse sur eux, les médecins militaires et l'état-major les suspectant de mimer l'aliénation mentale pour échapper à leur devoir militaire.

Les hautes autorités sont réticentes à reconnaître une pathologie déclenchée spécifiquement par la guerre qui les contraindrait à indemniser ou à réformer les soldats atteints. Elles préfèrent généralement imputer les troubles à la mauvaise volonté de leurs recrues à retourner au front ou à leur prédisposition héréditaire et notamment, à leur propension à l'hystérie.

Certains aliénistes font preuve d'un patriotisme exalté et se montrent sans pitié, n'hésitant pas à mettre aux fers les malheureux, à les dénoncer au conseil de guerre ou à leur infliger des traitements douloureux tels le traitement faradique. La technique consiste à appliquer un courant électrique à même la peau sur la région du corps concernée par le symptôme tout en intimant au patient l'ordre de guérir. En France, l'électrothérapie faisait partie depuis longtemps de l'arsenal thérapeutique dédié aux hystériques. Durant la guerre, dans leur service respectif, les docteurs Clovis Vincent à Tours et Julius Wagner Jauregg à Vienne, la dévoient et en codifient l'usage répressif.

Tout au long du conflit, les scientifiques s'affrontent à coup de doctrines étiopathogéniques explicatives de ces syndromes post-traumatiques : affection simulée vs maladie, syndrome lésionnel vs névropathique, déterminé par une prédisposition constitutionnelle vs déclenché par les circonstances spécifiques de la guerre, etc. En 1917, les théories psychodynamiques

effectuent une percée sur le terrain des explications pathogéniques. Des auteurs, de plus en plus nombreux, s'accordent à rattacher les symptômes des traumatisés à des contenus et à des processus psychiques inconscients. Les réflexions de Sigmund Freud, de Sándor Ferenczi et de Karl Abraham sont d'une importance considérable pour le développement de la névrose traumatique et de la psychanalyse.

Au fil du temps, la compréhension des phénomènes pathogéniques s'améliore et la dénomination des tableaux cliniques se renouvelle : hypnose des batailles, puis *shell-shock*¹, neurasthénie et hystérie de guerre, et enfin, névroses, psychonévroses de guerre et névroses traumatiques (Crocq, 2005).

► La deuxième guerre mondiale

Au début des hostilités, les armées ne sont pas préparées à prendre en charge les blessés psychiques. Dans un premier temps, dans l'espoir d'écarter les individus prédisposés à la décompensation psychique, les efforts se concentrent sur la sélection des soldats. Ce dépistage s'avère rapidement inefficace. L'échec de la sélection discrédite l'hypothèse de facteurs prédisposants à l'origine des troubles mentaux développés au cours du déploiement. Les psychiatres doivent revoir leur copie ; ils invoquent d'autres étiologies à l'origine des symptômes traumatiques telles le stress et les contraintes de la guerre.

Les dénominations attribuées aux tableaux psychotraumatiques (*combat reaction*, *combat fatigue*, *combat stress*, *war stress*) tendent à minimiser l'impact de la guerre sur la santé mentale des combattants. Du côté des forces alliées, une circulaire préconise le diagnostic d'« exhaustion » (épuisement). Ce mot évite toute connotation psychiatrique et laisse entendre que le soldat, victime d'une simple fatigue transitoire, a eu une réaction normale face à une situation anormale. Le terme « *war neurose* » (névrose de guerre) est réservé aux cas les plus graves. Les psychiatres militaires l'imputent généralement à une vulnérabilité personnelle du soldat et à ses antécédents, antérieurs au service armé.

Les autorités militaires et de nombreux psychiatres nient que la guerre puisse être la cause majeure à l'origine de troubles psychologiques des recrues. Comme ce fut le cas durant la guerre 14-18, une grande partie du commandement, tant du côté des Alliés que des puissances de l'Axe, craint que la reconnaissance d'un traumatisme psychique spécifiquement déclenché par la guerre ne soit la porte ouverte à la couardise et aux « désertions psychiques. »

Au fil du temps, les psychiatres militaires doivent toutefois se rendre à l'évidence : les pertes psychiatriques sont une conséquence inévitable des situations mettant la vie en péril. Selon

1. Nombre d'affections mentales présentées par les combattants étant subséquentes à l'explosion de mines et d'obus, les scientifiques sont convaincus que la déflagration exerce des effets mécaniques sur le système nerveux. Cette thèse étiologique explique la dénomination de *Shell Shock* accordée aux pathologies post-traumatiques.

les psychiatres américains Roy Grinker et John Spiegel, chaque homme a son point de rupture. Les recrues, rompues psychologiquement après un séjour prolongé sur le front, ne sont ni des lâches ni des faibles mais des personnes normales incapables d'endurer plus longtemps les contraintes extrêmes de la guerre. Même les combattants les plus aguerris, en service actif depuis longtemps, rescapés à diverses reprises d'unités décimées, finissent par s'effondrer (Grinker et Spiegel, 1945).

Pour l'essentiel, les traitements consistent en repos, physiothérapie et sédatifs. Pour les cas les plus sérieux, les médecins recourent à l'hypnose, à la narco-analyse¹ et à la cure de sommeil². Ils innovent également des nouveaux procédés comme les thérapies de groupe et testent des traitements inédits, potentiellement à haut risque, tels que les thérapies par le choc³, les électrochocs ou les leucotomies⁴.

La paix retrouvée, les scientifiques se penchent sur les traumatismes manifestés par les civils et découvrent que les séquelles psychiques persistent longtemps après la fin des hostilités. En 1952, le psychanalyste Bruno Bettelheim décrit la culpabilité du survivant et en 1957, le psychanalyste William Niederland, le syndrome du survivant. En 1954, le psychiatre René Targowla définit le syndrome asthénique des déportés et dix ans plus tard, Leo Eitinger développe la notion de « KZ syndrome, » « *Konzentrationslager syndrome* » (syndrome des camps de concentration).

Dans l'après-guerre, les théories et techniques thérapeutiques suscitent un intérêt sans précédent au sein de la communauté scientifique et des cliniciens. La psychanalyse, grâce aux apports de Sigmund Freud, Sándor Ferenczi, Abram Kardiner, Otto Fenichel, Karl Abraham et bien d'autres, a le vent en poupe. Elle connaît de nouveaux développements et des thérapies apparentées voient le jour.

► La guerre du Vietnam de 1964-1975 : vers la reconnaissance du traumatisme

Riches des expériences acquises au cours des guerres précédentes, les forces armées américaines impliquées aux côtés du Vietnam du Sud instaurent une psychiatrie de l'avant dès le début de leur engagement dans le conflit les opposant au Vietnam du Nord.

Grâce aux multiples stratégies développées pour lutter contre les pertes psychiques, le taux d'attrition en cours de déploiement reste faible. Contrairement aux guerres précédentes, où le

1. Méthode d'investigation du matériel inconscient après injection d'une substance narcotique.

2. La cure de sommeil est induite par des barbituriques et des sédatifs.

3. Cette méthode consiste à provoquer un coma artificiel par injection d'insuline ou d'une autre substance.

4. La leucotomie consiste à sectionner les fibres nerveuses reliant les lobes frontaux au thalamus.

nombre de blessés psychiques culmine au plus fort des combats, dans la guerre du Vietnam, l'acmé est atteinte alors que les hostilités ont pris fin.

En 1972, le psychiatre Chaim Shatan attire l'attention du public sur le « Post-Vietnam syndrome » mais c'est surtout à partir de 1975 que les séquelles tardives présentées par un nombre croissant de vétérans alertent les professionnels et les pouvoirs publics. Outre les symptômes traumatiques, de nombreux vétérans souffrent de dépression (mésestime de soi, comportements suicidaires, etc.), manifestent des troubles caractériels (impulsivité, accès de colère), voire se livrent à des actes délinquants, et consomment abusivement des substances psychoactives (alcool et drogue).

En 1978, un groupe de chercheurs propose à la commission chargée de remettre à jour le DSM d'introduire le diagnostic de « *Post-Traumatic Stress Disorder* »¹ dans la troisième version de cette nosographie psychiatrique². Ce sera chose faite en 1980. Le contexte politique et l'impopularité croissante de la guerre du Vietnam ont largement contribué à la reconnaissance d'une nomenclature particulière applicable aux troubles traumatiques des vétérans.

La reconnaissance d'une entité diagnostique spécifique constitue à l'époque une véritable victoire. Les troubles traumatiques, jusqu'alors imputés à une vulnérabilité personnelle, sont attribués à un agent extérieur, la guerre. De plus, le PTSD admet que les auteurs d'exaction puissent être victimes ; les soldats coupables de crimes de guerre sont des hommes ordinaires qui ont été plongés dans une situation extraordinaire. Enfin, les troubles ne sont pas uniquement l'apanage des événements liés à la guerre ; le diagnostic de PTSD est applicable aux troubles consécutifs à tout autre événement délétère.

► La fin du XX^e siècle

Progressivement, psychiatres et psychologues des quatre coins du monde élaborent de nouvelles techniques appropriées tant à réduire les réactions aiguës qu'à prévenir les séquelles à long terme des événements traumatiques. Ils affinent les procédures et les adaptent aux différentes populations de victimes (militaires, pompiers, policiers, victimes d'attentat, de torture, de violences sexuelles, population tout venant, etc.)

La psychanalyse et les thérapies dérivées furent les premières options de traitement. À partir des années 1980, la reconnaissance du PTSD dans la catégorie des troubles anxieux du DSM-III promeut les thérapies comportementales et cognitives dans ce domaine. Fin de cette décennie, un pas décisif est franchi avec la découverte de l'EMDR.

1. État de Stress Post-Traumatique ou ESPT en français.

2. DSM-III *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, American Psychiatric Association, 1980.

Des enjeux étrangers à l'intérêt des victimes, économiques, financiers ou patriotiques, ont empêché la reconnaissance du psychotraumatisme jusqu'en 1980. Longtemps, les troubles ont été attribués à une vulnérabilité personnelle qu'une circonstance particulière, l'accident ou la guerre, ne faisait que révéler. Dans le pire des cas, les traumatisés ont été suspectés de simuler un état pathologique en vue d'obtenir des compensations telles que dédommagement pécuniaire, réforme ou pension.

BIBLIOGRAPHIE

ATTINGER P. (2012) *La lamentation sur Nippur* (2.2.4), www.iaw.unibe.ch

BREUER J., FREUD S. (1895) *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF.

CROCQ L. (2012) *16 leçons sur le trauma*, Odile Jacob, Paris.

CROCQ L. (2005) « La psychiatrie de la Première Guerre mondiale. Tableaux cliniques, options pathogéniques, doctrines thérapeutiques », *Annales Médico-Psychologiques*, 163, 3-4, 269.

GAUTIER L. (22e ed., 1895) *La Chanson de Roland*, Tours, Alfred Mame et fils éditeurs.

GRINKER R.R., SPIEGEL J.P. (1945) *War Neuroses. American military experience*, Philadelphia, Arno Press.

GUINON G. (1889) *Les Agents Provocateurs de L'Hystérie*, Paris, A. Delahaye et Lecrosnieb.

HIPPOCRATE (1838) *Œuvres d'Hippocrate*, Tome deuxième, Paris, Gautret.

HONIGMANN G. (1907) « Über Kriegsneurosen », In von Leyden E., Pfeiffer E., *Verhandlungen des Kongresses für Innere Medizin*, p.118-153, Wiesbaden, Vierundzwanzigster.

LARCHER PH. (1850) *Histoire d'Hérodote*, Livre VI, Paris, Edition Charpentier.

PINEL P. (1809) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Paris, Brosson.

PIGNOL P. (2012) *Le travail psychique de victime. Essai de psycho-victimologie*, Thèse, Université de Rennes 2 Haute Bretagne, Ecole doctorale Sciences Humaines et Sociales.

SULLY (1822) *Mémoires du Duc de Sully*, Tome 1, Paris, Etienne Ledoux.

Chapitre 18

Conception classique du psychotraumatisme

Evelyne Josse

C'est en 1980, suite aux séquelles traumatiques durables manifestées par les vétérans du Vietnam, que le DSM-III, introduit dans sa nosographie un trouble psychiatrique nommé « *Post-Traumatic Stress Disorder*. » Ce syndrome, bien que critiquable, a cependant permis d'introduire la notion de traumatisme psychique auprès d'un large public. Depuis, ce concept n'a cessé d'évoluer comme en témoignent les récents remaniements de la classification des troubles traumatiques dans le DSM-V.

LES DÉFINITIONS DU TRAUMATISME PSYCHIQUE

Le mot « traumatisme » vient du grec « trauma », *τραυμα*, signifiant blessure. En médecine, il définit la « *transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion.* » Transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique ou trauma, soit

« La transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques transitoires ou définitives » (Crocq, 2007).

Le traumatisme est donc un choc psychologique important, généralement lié à une situation où une personne a été confrontée à la mort ou à la menace de mort, à des blessures graves ou au péril de tels dommages, à des violences sexuelles ou au risque de telles agressions.

Sigmund Freud, en 1920, dans son ouvrage « *Au-delà du principe de plaisir* », définit le traumatisme comme

« toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet » (Freud, 1971).

En 1921, dans *Introduction à la psychanalyse*, il précise que le trauma provoque dans l'appareil psychique un afflux d'excitation impossible à assimiler et à liquider :

« Et même, le terme traumatique n'a pas d'autre sens qu'un sens économique. Nous appelons ainsi un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie » (Freud, 1921).

En 2007, Louis Crocq confirme que le trauma est :

« un phénomène d'effraction du psychisme, et le débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (Crocq, 2007).

Les médecins psychiatres militaires français Claude Barrois, Louis Crocq et François Lebigot ont développé une modèle phénoménologique du traumatisme. Pour Claude Barrois, le moment inaugural du trauma est un « *accident vécu comme brutal et soudain* », une « *catastrophe intime, singulière* » qui conduit la victime dans le tragique. Le « *facteur traumatisant s'avère toujours une apocalypse* », un « *dévoilement* », une « *révélation* » celle du Réel ; la scène traumatisante est une rencontre avec le « *réel de la mort*. » « *Le sujet assiste à l'épiphanie* », il « *entend l'oracle de son destin* », « *la mort de soi comme vérité ultime* », ce qui le saisit de « *l'effroi*. » « *L'affect d'effroi, avec l'attaque et le dévoilement, la révélation, sont l'annonce faite au sujet qu'il n'est finalement rien*. » Barrois insiste également sur la perte de sens éprouvée par les victimes :

« le traumatisme psychique est un effondrement de l'illusion de sens et de significations autrefois échangées, stabilisées, dont l'immense treillis se prêtait généreusement à tous » (Barrois, 1998).

Selon Louis Crocq, l'événement traumatisant est « porteur de sens et vécu comme une rupture et un enjeu : rupture par rapport à la continuité du passé, enjeu comme annonce de changements potentiels importants » (Crocq, 1999). Plus encore, il est une expérience de non-sens car, précise-t-il :

« le sujet entrevoit, sans y être préparé et sans pouvoir discerner plus nettement, non pas tellement sa mort (ou la mort de l'autre), mais sa disparition et son effacement de la vie, c'est-à-dire le retour au néant mystérieux et redouté, ce néant dont il a toujours eu la certitude sans jamais pouvoir acquérir la connaissance et sur la négation passionnée de quoi il a sans cesse fondé sa foi dans la vie : le néant, envers de la vie et des valeurs, non-sens. »

Crocq souligne également le bouleversement de la temporalité du sujet, marquée du sceau de l'omniprésence du trauma horrifiant. Il rejoint ainsi Pierre Janet pour qui l'individu traumatisé reste accroché à un obstacle qu'il ne parvient pas à franchir. (Janet, 1919).

Comme pour Barrois, pour François Lebigot,

« le traumatisme psychique résulte d'une *rencontre avec le « réel » de la mort*. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, et d'ailleurs comment représenter le néant » (Lebigot, 2005).

VICTIMES ET ÉVÉNEMENTS TRAUMATOGENES

La personne peut avoir été sujet, témoin ou acteur de l'événement traumatisant. Elle peut encore être concernée par lui et/ou par ses conséquences du fait de sa proximité émotionnelle avec la victime directe (famille et amis proches) ou avoir été confrontée de manière extrême ou répétée à des détails sordides concernant des faits traumatisants (par exemple, en raison de ses activités professionnelles).

La dernière version du DSM, le DSM-V, stipule que le sujet a été exposé « à la mort ou à la menace de mort, aux blessures graves ou à la menace de telles blessures, à la violence sexuelle ou la menace d'une telle violence, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes : 1) Avoir été directement exposé à un ou des événements traumatiques, 2) Avoir été témoin, en personne, de l'événement ou des événements survenu(s) à d'autre(s), 3) Avoir appris qu'un ou des événements traumatiques sont survenus à un membre proche de la famille ou à un ami proche, 4) Avoir été exposé de façon répétée ou extrême aux détails aversifs du ou des événements traumatiques (par exemple, premiers intervenants collectant les restes de corps humains ; policiers exposés de façon répétée à des détails de maltraitance des enfants) (APA, 2013). »

L'événement traumatique constitue donc une menace pour la vie (mort réelle ou possible), pour l'intégrité physique (lésions corporelles, violation de l'intimité) et/ou pour l'intégrité mentale (perte de biens personnels, outrage à l'honneur ou aux droits fondamentaux, etc.) d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Cet événement produit une peur intense et/ou un sentiment d'impuissance et/ou d'horreur et/ou de honte. Notons toutefois que des personnes dissociées de leurs émotions au moment de l'événement réagissent durant la crise avec sang-froid et adéquation sans éprouver ni effroi, ni impuissance, ni honte. Il n'en reste pas moins que certaines souffriront à long terme de symptômes traumatiques invalidant leur quotidien et leur développement personnel.

LES RÉACTIONS FACE À UN ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT

► La symptomatologie psychotraumatique

Le syndrome psychotraumatique recouvre un large éventail de tableaux cliniques s'étendant des formes pauci-symptomatiques aux cas sévères en passant par les états modérés.

Les symptômes pathognomoniques en sont :

- Les reviviscences : il s'agit de manifestations par lesquelles la victime a l'impression d'être ramenée dans le passé et de réexpérimenter l'événement initial, voire de le revivre. Louis Crocq en définit huit modalités : les *flashbacks*, les souvenirs répétitifs, les cauchemars, l'impression que l'événement pourrait se renouveler ainsi que la détresse et la réactivité physiologique (Crocq, 2007) ;
- Les conduites d'évitement : elles consistent à esquiver tout ce qui évoque l'événement traumatisant : pensées, sentiments, sensations, conversations, activités, lieux, situations, personnes, etc. ;
- L'activation neurovégétative : elle se manifeste par des troubles du sommeil, de l'irritabilité et de l'agressivité, des difficultés de concentration, de l'hypervigilance, des réactions excessives de sursaut, etc.

La plupart des victimes ne présentent pas, ou pas uniquement, ce type de manifestations mais souffrent de désordres anxieux, de signes de dépression, de troubles du comportement et/ou de somatisations. Ces symptômes non spécifiques aux traumatismes peuvent prédominer, voire occulter, une symptomatologie traumatique plus discrète. Outre ces divers symptômes, la personnalité de certaines victimes subit des transformations notables. Cette organisation morbide de la personnalité signe la phase ultime du syndrome traumatique.

► Chronologie des troubles psychotraumatiques

Au moment et dans le décours d'un événement adverse, les personnes impliquées peuvent présenter un ensemble de réactions physiques, émotionnelles, cognitives et comportementales, souvent intenses. Certaines vont réagir de manière rationnelle (stress adapté) ; d'autres vont manifester un comportement inapproprié à la situation (stress dépassé) et les individus les plus fragiles peuvent déclencher des troubles psychopathologiques. Ces réactions immédiates sont largement dominées par des manifestations propres au stress. Même si elles peuvent dérouter ou sembler inadaptées, leur prévalence élevée au sein des populations soumises à des événements traumatogènes incite à les considérer comme des réponses normales, du moins attendues, à une situation exceptionnelle, terrifiante ou horrificante.

Ces premières réactions ne présagent pas de l'évolution mentale des victimes. Dès les premiers jours et les premières semaines, certaines voient leurs troubles s'estomper et disparaître spontanément ; d'autres, qu'elles aient présenté initialement des réactions adéquates ou des réponses inadaptées, commencent à souffrir de symptômes préfigurant un syndrome psycho-traumatique (phénomènes de reviviscence, conduites d'évitement, état d'alerte), de désordres anxieux, dépressifs, comportementaux ou psychosomatiques, de troubles du sommeil ou des conduites alimentaires ; d'autres encore vont inaugurer ou confirmer une psychopathologie névrotique ou psychotique. Le danger ayant disparu, ces troubles ne peuvent être imputés au seul stress et doivent être attribués au traumatisme. Ils peuvent s'avérer transitoires ou devenir chroniques et se perpétuer tout au long de la vie sous forme de symptômes sporadiques, récurrents ou fixés en névrose traumatique. Leur persistance au-delà d'un mois fait suspecter l'installation d'un véritable traumatisme psychique et l'évolution vers la chronicité.

► Les paramètres influençant le développement des syndromes psychotraumatiques

L'exposition à un événement grave ne suffit pas à lui seul pour engendrer une souffrance traumatique. L'apparition de symptômes, leur fréquence et leur intensité sont influencées par les paramètres de l'événement, des facteurs propres à la victime ainsi que par les caractéristiques du milieu de récupération. Plus les facteurs de risque sont nombreux, plus l'apparition d'un trouble post-traumatique est probable et potentiellement grave et chronique.

La sévérité d'un événement adverse est fonction du degré d'exposition à la mort (pour soi ou pour autrui), de sa nature (sexuelle, torture et actes de barbarie, transgression de tabous, etc.), des conséquences de toute nature qu'il engendre, de sa durée, de son risque de récurrence, de sa fréquence, de son caractère imprévisible et incontrôlable ainsi que de la multiplicité des facteurs potentiellement traumatogènes. L'intentionnalité d'un individu de recourir à la violence et de causer un préjudice à la victime ou le refus de lui porter secours ont également des effets fortement pathogènes.

La manière dont une victime réagit à un événement délétère est fonction de son genre. Les femmes risquent deux fois plus que les hommes de souffrir d'un ESTP. Elles développent des tableaux plus sévères et d'une durée plus longue que leurs pairs masculins. L'impact traumatique est également dépendant de la personnalité du sujet, de ses antécédents et de facteurs de vulnérabilité qui lui sont propres ; de son niveau de préparation psychologique ; de son degré de responsabilité dans le déclenchement ou le déroulement de l'événement, etc.

Le maintien et la restauration de l'équilibre psychique des victimes sont influencés par la qualité des relations familiales, la capacité de soutien de l'entourage direct et du réseau social ainsi que par la disponibilité de soins spécialisés en santé mentale. Un soutien déficient

ou négatif constitue un risque majeur de développement, de sévérité et de persistance des troubles traumatiques¹.

► Les facteurs prédictifs d'un psychotraumatisme

Les victimes présentant des symptômes évocateurs d'une activation neurovégétative, d'une détresse péri-traumatique (perception d'une menace vitale, émotions dysphoriques) et/ou d'une dissociation péri-traumatique (amnésie, stupeur, trouble de dépersonnalisation, déréalisation, actions automatiques, etc.) sont davantage susceptibles de développer des troubles psychotraumatiques à long terme.

L'hyperactivation est aujourd'hui considérée comme le meilleur indice prédictif d'un syndrome psychotraumatique (Bryant *et al.*, 2011). Les études ont prouvé qu'une victime présentant une tachycardie supérieure à 95 battements par minute ou une tachypnée d'au moins 22 respirations par minute², témoins d'une activation orthosympathique prolongée, dans le décours immédiat d'un événement, alors qu'elle est en sécurité et a été rassurée, est pré-disposée à développer un trouble psychotraumatique (Bryant *et al.*, 2008). A contrario, une fréquence cardiaque inférieure à 80 pulsations par minute serait de bon augure (Shalev *et al.*, 1998). En effet, 95 % des personnes ayant un rythme cardiaque inférieur à 80 battements par minute dans les heures suivant la situation potentiellement traumatogène ne souffrent pas ultérieurement d'un syndrome post-traumatique (Pitman *et al.*, 2002, Vaiva *et al.*, 2003).

LE PSYCHOTRAUMATISME SELON LES NOSOGRAPHIES INTERNATIONALES

Les modèles principaux de classification nosographique sont le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, dénommé DSM-V pour sa cinquième version, publié par l'*American Psychiatric Association* (APA, 2013) et la Classification Internationale des Maladies, dite CIM-10 pour la dixième édition (OMS, 2008), rédigée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Tous deux répertorient des entités diagnostiques se rapportant aux réactions psychotraumatiques. Souvenons-nous que la description de ces syndromes concerne la population adulte de structure névrotique (ou psychotique compensée).

1. Pour plus de détails, voir Josse (2014), *Le traumatisme psychique chez l'adulte*, Bruxelles, De Boek.

2. Chez un adulte, la respiration au repos est de 12 à 18 mouvements respiratoires par minute.

► Les états de stress aigu

● Le DSM

C'est en 1980 qu'apparaît pour la première fois, dans la classe des troubles anxieux du DSM-III, la mention du syndrome de *Post-Traumatic Stress Disorder*, désigné par l'acronyme PTSD, et traduit en français par État de Stress Post-Traumatique ou ESPT.

En 1994, l'*American Psychiatric Association* effectue un pas de plus dans la reconnaissance des phénomènes post-traumatiques en validant, dans le DSM-IV, le diagnostic d'*Acute Stress Disorder*, ASD, traduit par État de Stress Aigu ou ESA. Le diagnostic de ESPT ne pouvant être établi qu'après une latence d'un mois minimum, les réactions manifestées précocement n'étaient pas tenues en compte. C'est pour combler cette lacune que l'APA adjoint cette nouvelle entité à son manuel. Reprenant partiellement le tableau de l'ESPT, l'ESA s'en distingue par des symptômes de dissociation : l'engourdissement émotionnel (sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou absence de réaction émotionnelle), l'impression de déréalisation, l'impression de dépersonnalisation, la réduction de la conscience de son environnement (« être dans le brouillard ») et l'amnésie dissociative (incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).

En 2013, l'APA franchit un cap décisif en créant dans le DSM-V un chapitre distinct pour les troubles consécutifs aux traumatismes et au stress (« *Trauma and Stress-Related Disorders* »). Initialement classés dans les troubles anxieux, l'ESA et l'ESPT migrent donc vers cette nouvelle catégorie. Aux côtés de ces deux diagnostics, elle rassemble le trouble réactif de l'attachement, le trouble d'engagement social désinhibé, le trouble d'adaptation, le trouble lié aux traumatismes et au stress spécifié et le trouble lié aux traumatismes et au stress non spécifié.

En ce qui concerne la liste des symptômes de l'ESA, elle est pratiquement inchangée par rapport à la version précédente, mais plus détaillée. Un critère a été ajouté, celui d'« humeur négative », reconnaissant la difficulté persistante de certaines victimes de ressentir des émotions positives telles que la joie, la satisfaction ou des sentiments amoureux. La nouvelle définition de l'ESA requiert que soient présents au moins 9 des 14 symptômes possibles, quels que soient les clusters auxquels ils appartiennent :

- Symptômes d'intrusion : souvenirs et cauchemars répétitifs, réactions dissociatives, détresse psychologique ou réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant les événements traumatiques ;
- Humeur négative : incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par ex. Incapacité à expérimenter la joie, la satisfaction ou des sentiments amoureux) ;
- Symptômes dissociatifs : déréalisation, dépersonnalisation, amnésie traumatique ;

- Symptômes d'évitement : efforts pour éviter tout ce qui rappelle les événements traumatiques ;
- Symptômes d'activation neurovégétative : troubles du sommeil, irritabilité, crises de colère, hypervigilance, troubles de concentration, réaction de sursaut exagérée.

● La CIM

C'est en 1992 que la CIM-10 introduit pour la première fois la réaction aiguë à un facteur de stress et l'état de stress post-traumatique dans sa nosographie.

Dans la classification « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes », elle décrit la réaction aiguë à un facteur de stress apparaissant dans les minutes suivant l'incident critique et disparaissant en quelques heures, tout à plus en quelques jours. La symptomatologie comporte un état d'hébétude, le retrait vis-à-vis de l'environnement, l'agitation (réaction de fuite ou fugue), les symptômes neurovégétatifs et les amnésies.

► Les états de stress post-traumatiques

● Le DSM

Le DSM-V propose quatre clusters de symptômes : les symptômes d'intrusion (critère B), les évitements (critère C), les altérations négatives des cognitions et de l'humeur (critère D) et les altérations de l'activation physiologique et de la réactivité (critère E). Pour l'essentiel, ces critères sont identiques à la version précédente. Quatre symptômes ont été ajoutés : le comportement autodestructeur ou imprudent, les croyances et attentes négatives persistantes par rapport à soi ou à autrui (par exemple, « *Je suis mauvais* », « *On ne peut faire confiance à personne* », « *Le monde est complètement dangereux* », etc.), le blâme persistant par rapport à soi ou à autrui, et les émotions négatives persistantes de l'humeur (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte) ; un a été éliminé ; quelques-uns ont été révisés.

Dans cette nouvelle version, le diagnostic demande de préciser si la personne présente des symptômes dissociatifs de dépersonnalisation et/ou de déréalisation.

Remarquons une innovation décisive de cette dernière taxonomie DSM : l'introduction d'un sous-type développemental, le « PTSD préscolaire » (*PTSD Preschool Subtype*) destiné aux enfants jusqu'à l'âge de 6 ans. Dans le DSM-III, la description de l'ESTP s'appliquait exclusivement à une population adulte. En 1987, dans le DSM-III-R et en 1994, dans le DSM-IV, quelques brèves mentions concernant les enfants ont été ajoutées. Ces critères se sont toutefois avérés difficilement applicables aux jeunes enfants et peu représentatifs des réactions

qu'ils manifestent après un événement traumatisant. Le sous-type préscolaire a pour objectif de corriger cette situation.

● La CIM

La CIM-10 fait mention de l'état de stress post-traumatique depuis 1992 dans son chapitre « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes. »

Les symptômes comprennent les reviviscences, l'anesthésie psychique et l'émoussement émotionnel, le détachement par rapport aux autres, l'insensibilité à l'environnement, l'anhédonie, les évitements et l'hyperactivité neurovégétative mais également les peurs, les crises d'angoisse, les attaques de panique, les réactions agressives, l'hypervigilance, les insomnies, la dépression et les idéations suicidaires.

Cette entité devrait connaître quelques modifications dans la onzième édition dont la parution est prévue en 2015. Aux souvenirs envahissants devraient s'adjoindre les reviviscences. Celles-ci sont davantage qu'un simple rappel de la situation traumatique du passé ; elles génèrent l'impression que les événements sont revécus dans l'ici et maintenant. De même l'hypervigilance et la réaction de sursaut exagérée devraient être admises comme une réaction à la perception d'une menace actuelle. L'accent devrait également être mis sur le refus délibéré de tout stimulus susceptible de produire des reviviscences de l'événement traumatique.

L'événement traumatique constitue une menace pour la vie, l'intégrité physique et/ou mentale d'une personne. De cet événement, le traumatisé peut avoir été sujet, témoin ou acteur. Aux symptômes pathognomoniques du syndrome post-traumatique (reviviscences, conduites d'évitement et activation neurovégétative) s'ajoutent fréquemment des troubles co-morbides (anxieux, dépressifs, comportementaux et psychosomatiques). Au moment et dans le décours d'un événement potentiellement traumatisant, certaines victimes réagissent par un stress adapté, d'autres par un stress dépassé et quelques sujets prédisposés par des troubles psychopathologiques. Dès les premiers jours et les premières semaines, certaines personnes voient leurs troubles disparaître et d'autres commencent à souffrir de symptômes traumatiques et/ou de désordres non spécifiques qui peuvent s'avérer transitoires ou devenir chroniques.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition : DSM-V*, Washington D.C., American Psychiatric Press.

BARROIS C. (1998, 2ème ed.) *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod.

BRYANT R.A., CREAMER M., O'DONNELL M., SILOVE D., MCFARLANE A.C. (2008) « A multisite study of initial respiration rate and heart rate as predictors of post-traumatic stress disorder », *J Clin Psychiatry*. 2008 Nov;69(11):1694-701. Epub 2008 Sep 23.

BRYANT R.A., BROOKS R., SILOVE D., CREAMER M., O'DONNELL M., MCFARLANE A.C. (2011) « Peritraumatic dissociation mediates the relationship between acute panic and chronic posttraumatic stress disorder », *Behaviour Research and Therapy*, 49, 346-351.

CROCQ L. (1999) *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob.

CROCQ L. (2007) *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson.

FREUD S. (1920, éd. 1971) *Au-delà du principe du plaisir*, Paris, Payot.

FREUD S. (1921, éd. 1962) *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot.

JANET P. (1919) *Les médications psychologiques. Les économies psychologiques*, Paris, Librairie Félix Alcan.

JOSSE E. (2014) *Le traumatisme psychique chez l'adulte*, Bruxelles, De Boek.

LEBIGOT F. (2005) *Traiter les traumatismes psychiques Clinique et prise en charge*, Paris, Dunod.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2008) *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10*, Genève.

PITMAN R.K., SANDERS K.M., ZUSMAN R.M., HEALY A.R., CHEEMA F., LASKO N.B., CAHILL L. (2002) « Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol », *Biol Psychiatry* 2002; 51:189-192.

SHALEV A.Y., SAHAR T., FREEDMAN S ET AL. (1998) « A prospective study of heart rate response and the subsequent development of posttraumatic stress disorder », *Archive of General Psychiatry*, 55, 6, 553-9.

VAIVA G., DUCROCQ F., JEZEQUEL K., AVERLAND B., LESTAVEL P., BRUNET A., MARMAR CR. (2003) « Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma », *Biological Psychiatry*. 54, 9, 947-9.

Chapitre 19

Impact des violences sexuelles sur la santé des victimes : la mémoire traumatique à l'œuvre

Muriel Salmona

Les violences sexuelles sont très traumatisantes, avec un impact grave sur la santé des victimes à long terme. Pourtant, la protection et la prise en charge des victimes, principalement des enfants, restent très insuffisantes et tardives. Sont en cause la méconnaissance de la réalité de ces violences et de leurs conséquences psychotraumatiques : mémoire traumatique et dissociation post-traumatique. En comprendre les mécanismes pour mieux les identifier et les traiter est essentiel.

LES VIOLENCES SEXUELLES : QUELLES RÉALITÉS ?

Les violences sexuelles sont fréquentes et n'épargnent aucun milieu. Principalement commises par des hommes (dans 95 % des cas) et par des proches (dans 80 % des cas pour les adultes et dans plus de 90 % pour les enfants), elles s'exercent partout, mais dans plus de la moitié des cas, dans la famille et dans le couple. Plus les espaces sont censés être protecteurs, plus elles y sont fréquentes, et plus les personnes sont censées être protégées comme les enfants ou les personnes handicapées, plus elles en sont victimes.

Les chiffres concernant les adultes sont impressionnants et montrent qu'une femme sur 5 et un homme sur 14 rapportent avoir été victimes d'agressions sexuelles durant leur vie, et plus

d'une femme sur 6 et d'un homme sur 20, de viols et tentatives de viol. Chaque année 102 000 personnes adultes de 18 à 75 ans - 86 000 femmes et 16 000 hommes - sont victimes d'un viol ou d'une tentative de viol en France métropolitaine (CVS, INSEE-ONDRP, 2013).

En ce qui concerne les enfants, cela apparaît de manière encore plus massive. Dans le monde, 120 millions de filles (une sur dix) ont subi des viols (UNICEF, 2014). Un rapport récent de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2014) souligne que près de 20 % des femmes et 5 à 10 % des hommes rapportent avoir subi des violences sexuelles pendant leur enfance.

Grâce à l'enquête CSF de 2008, nous savons, qu'en France, la majorité des viols et des tentatives de viol sont commises avant l'âge de 18 ans : 59 % pour les femmes et 67 % pour les hommes. Si l'on tente de croiser ces données avec celles de l'enquête CVS, chaque année, ce sont plus de 120 000 filles et de 30 000 garçons de moins de 18 ans qui sont victimes de viol ou de tentatives de viol.

Selon les résultats de l'enquête Impact des Violences Sexuelles de l'Enfance à l'âge Adulte (IVSEA), de l'association Mémoire traumatique et victimologie : 81 % des victimes de violences sexuelles ont subi les premières violences avant l'âge de 18 ans, 51 % avant 11 ans, et 23 % avant 6 ans.

Les victimes sont abandonnées : alors que les viols et les agressions sexuelles, reconnus comme des crimes et délits, sont passibles de lourdes peines, ils sont l'objet d'un déni généralisé, d'une loi du silence et d'une impunité quasi totale. Moins de 10 % des victimes portent plainte et seules 25 % en parlent à des professionnels de la santé ou du secteur social. L'immense majorité des victimes qu'elles soient des adultes ou des enfants sont abandonnées sans protection, ni reconnaissance, ni soin. 83 % des victimes ayant répondu à notre enquête IVSEA rapportent n'avoir jamais été protégées, ni reconnues.

Faute d'être reconnues et soignées par un manque de formation des professionnels qui ne sauront pas dépister les violences, ni en rechercher et diagnostiquer les conséquences, ces victimes gravement traumatisées développent des stratégies hors normes et invalidantes pour survivre aux violences et à leur mémoire traumatique. Elles risquent de surcroît d'être exposées à des revictimisations (7 victimes sur 10 ont subi des violences sexuelles à répétition, IVSEA, 2015).

**ENQUÊTES RÉCENTES DE VICTIMATION EN POPULATION GÉNÉRALE,
ET SUR LES VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES EN FRANCE ET DANS LE MONDE**

- Enquête CSF Contexte de la Sexualité en France de 2006, Bajos N., Bozon M. et l'équipe CSF, Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère, Population et Sociétés (Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques), 445, mai 2008.
- Enquêtes « Cadre de vie et sécurité » CVS Insee-ONDRP, de l'Observatoire National des Réponses Pénales 2010 à 2012.
- Les lettres numéro 4 et numéro 6 de l'Observatoire National des violences faites aux femmes de la MIPROF qui recense toutes les études et rapports sur les violences faites aux femmes ainsi que les données issues de l'activité des associations spécialisées, téléchargeable sur le site <http://stop-violences-femmes.gouv.fr>
- Enquête IVSEA Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte, 2015, conduite auprès de plus de 1200 victimes de violences sexuelles par Association Mémoire Traumatique et Victimologie avec le soutien de l'UNICEF France : SALMONA Laure auteure, SALMONA Muriel coordinatrice, Rapport et synthèse téléchargeables sur les sites : <http://stopaudeni.com> et <http://www.memoiretraumatique.org>
- OMS World Health Organization, Global Status Report on Violence Prevention, Genève, WHO, 2014.
- United Nations Children's Fund, *Hidden in plain sight : A statistical analysis of violence against children*, New York, UNICEF, 2014.

**LES VIOLENCES SEXUELLES :
QUELLES CONSÉQUENCES PSYCHOTRAUMATIQUES ?**

Les violences sexuelles ont le triste privilège d'être, avec les tortures, les violences qui ont les conséquences psychotraumatiques les plus graves, avec un risque de développer un état de stress post-traumatique chronique associé à des troubles dissociatifs très élevés chez plus de 80 % des victimes de viol, contre seulement 24 % pour l'ensemble des traumatismes (Breslau, 1991). Ce taux approche 87 % en cas de violences sexuelles ayant eu lieu dans l'enfance (Rodriguez, 1997). Lors de viols, la mise en scène de meurtre, l'humiliation, l'atteinte à la dignité génèrent chez les victimes un sentiment de mort psychique, elles se perçoivent comme des « mortes-vivantes », réduites à des objets, leur vie devient un enfer.

Les troubles psychotraumatiques sont des conséquences normales et universelles des violences qui s'expliquent par la mise en place de mécanismes neuro-biologiques et psychiques de survie face à un stress extrême, à l'origine d'une mémoire traumatique (McFarlane, 2010). Les atteintes spécifiques, très bien documentées actuellement, sont non seulement psychologiques, mais également neurologiques avec des dysfonctionnements importants des circuits émotionnels et de la mémoire. Elles laissent des séquelles cérébrales visibles par IRM, avec

une diminution de l'activité et du volume de certaines structures (par diminution du nombre de synapses), et pour d'autres une hyperactivité, ainsi qu'une altération du fonctionnement des circuits de la mémoire et des réponses émotionnelles. Récemment des altérations épigénétiques ont également été mises en évidence chez des victimes de violences sexuelles dans l'enfance, avec la modification d'un gène (NR3C1) impliqué dans le contrôle des réponses au stress et de la sécrétion des hormones de stress (adrénaline, cortisol), altérations qui peuvent être transmises à la génération suivante (Perroud *et al.*, 2011). Et encore plus récemment une étude publiée en 2013 dans l'*American Journal of Psychiatry* a mis en évidence des modifications anatomiques visibles par IRM de certaines aires corticales du cerveau de femmes adultes ayant subi dans l'enfance des violences sexuelles. Fait remarquable, ces aires corticales qui ont une épaisseur significativement diminuée par rapport à celles de femmes n'ayant pas subi de violences, sont celles qui correspondent aux zones somato-sensorielles des parties du corps ayant été touchées lors des violences (zones génitales, anales, buccales, etc.) Et l'épaisseur de ces zones corticales est d'autant plus diminuée que les violences ont été plus graves (Heim *et al.*, 2013).

Sans une prise en charge adaptée, ces troubles psychotraumatiques peuvent durer des années, des dizaines d'années, voire toute une vie. Ils ne sont pas liés à la victime mais à la gravité de l'agression et à l'intentionnalité destructrice de l'agresseur. Ils sont à l'origine pour les victimes traumatisées d'une très grande souffrance mentale, d'une perte d'estime de soi, d'un impact considérable sur leur vie scolaire, professionnelle, sociale, affective et sexuelle, et sur leur santé avec un risque de mort précoce par accidents, maladies et suicides (près de 50 % des victimes ont tenté de se suicider, IVSEA, 2015).

L'impact sur leur santé, démontré par les études internationales, est majeur que ce soit sur leur santé mentale pour 95 % des victimes (IVSEA, 2015) : troubles anxieux, dépressions, troubles du sommeil, troubles cognitifs, troubles alimentaires, addictions (pour 50 % des victimes), etc.) ; ou sur leur santé physique pour 70 % des victimes : troubles liés au stress et aux stratégies de survie, maladies cardio-vasculaires et respiratoires, diabète, obésité, épilepsie, troubles de l'immunité, troubles gynécologiques, infections sexuellement transmissibles, digestifs, fatigue et de douleurs chroniques, etc.

Et nous savons aussi qu'avoir subi des violences est un des principaux déterminants voire le déterminant principal (quand les violences ont été subies dans l'enfance) de l'état de santé des personnes, même 50 ans après, et peut entraîner une perte d'espérance de vie de 20 ans (Felitti, 2010 ; Brown, 2009).

► Les mécanismes neurobiologiques à l'origine des psychotraumatismes

La violence a un effet de sidération du psychisme qui paralyse la victime, l'empêche de réagir de façon adaptée, et empêche son cortex cérébral de contrôler l'intensité de la réaction

de stress et sa production d'adrénaline et de cortisol. Un stress extrême, véritable tempête émotionnelle, envahit alors son organisme et - parce qu'il représente un risque vital (pour le cœur et le cerveau par l'excès d'adrénaline et de cortisol) (Yehuda, 2007) - déclenche des mécanismes neurobiologiques de sauvegarde qui ont pour effet de faire disjoncter le circuit émotionnel, et d'entraîner une anesthésie émotionnelle et physique en produisant des drogues dures, morphine et kétamine-like (Lanius *et al.*, 2010). L'anesthésie émotionnelle génère un état dissociatif avec un sentiment d'étrangeté, de déconnexion et de dépersonnalisation, comme si la victime devenait spectatrice de la situation puisqu'elle la perçoit sans émotion. Mais cette disjonction isole la structure responsable des réponses sensorielles et émotionnelles (l'amygdale cérébrale) de l'hippocampe (autre structure cérébrale, sorte de logiciel qui gère la mémoire et le repérage temporo-spatial, sans elle aucun souvenir ne peut être mémorisé, ni remémoré, ni temporalisé.) L'hippocampe ne peut pas faire son travail d'encodage et de stockage de la mémoire sensorielle et émotionnelle des violences, celle-ci reste piégée dans l'amygdale sans être traitée, ni transformée en mémoire autobiographique. Elle va rester hors temps, non-consciente, à l'identique, susceptible d'envahir le champ de la conscience et de refaire revivre la scène violente de façon hallucinatoire, comme une machine à remonter le temps, avec les mêmes sensations, les mêmes douleurs, les mêmes phrases entendues, les mêmes odeurs, les mêmes sentiments de détresse et de terreur (ce sont *les flashbacks*, les réminiscences, les cauchemars, les attaques de panique...) C'est cette mémoire piégée dans l'amygdale qui n'est pas devenue autobiographique qu'on appelle la mémoire traumatique.

► Dissociation et mémoire traumatique à l'œuvre

Tant que la victime sera exposée à des violences ou à la présence de l'agresseur ou de ses complices, elle sera déconnectée de ses émotions, dissociée. La dissociation, système de survie en milieu très hostile, peut alors s'installer de manière permanente donnant l'impression à la victime de devenir un automate, d'être dévitalisée, confuse, comme un « mort-vivant. » Cette dissociation isole encore plus la victime, explique les phénomènes d'emprise et désoriente toutes les personnes qui sont en contact avec elle (Salmona, 2015). L'absence d'émotion apparente d'une victime dissociée fait que le processus d'empathie automatique n'est pas activé par les neurones miroirs de ses interlocuteurs, et ils seront d'autant plus rares à se mobiliser pour elle et à la protéger alors qu'elle est gravement traumatisée et en danger. Ces troubles dissociatifs traumatiques suscitent fréquemment chez l'entourage et les professionnels indifférence, jugements négatifs, voire rejet et maltraitance.

Pendant la dissociation, l'amygdale et la mémoire traumatique qu'elle contient est déconnectée, et la victime n'aura pas accès émotionnellement et sensoriellement aux événements traumatiques. Suivant l'intensité de la dissociation, elle pourra même être amnésique de tout ou partie des événements traumatisants, seules resteront quelques images très parcellaires,

des bribes d'émotions envahissantes ou certains détails isolés. Cette amnésie traumatique est fréquente chez les victimes de violences sexuelles dans l'enfance (près de 60 % des enfants victimes présentent des amnésies partielles des faits et 40 % des amnésies totales (Brière, 1993 ; Williams, 1994 ; Widom et Shepard, 1996 ; IVSEA, 2015)). Ce phénomène peut perdurer de nombreuses années, voire des décennies.

► **Quand les victimes sortent de leur état dissociatif, la mémoire traumatique prend le relais**

Mais, si la dissociation disparaît, ce qui peut se produire quand la victime est enfin sécurisée et qu'elle n'est plus en permanence confrontée à des violences ou à son agresseur, ou lors d'une énième violence qui, parce qu'elle est encore plus extrême, fait déborder le système de sauvegarde, alors la mémoire traumatique peut se reconnecter. La victime peut soudain être confrontée à un véritable tsunami d'émotions et d'images terrifiantes qui vont déferler en elle, accompagnées d'une grande souffrance et détresse. Cela peut entraîner un état de peur panique, d'agitation, d'angoisse intolérable et un état confusionnel tels que la victime peut se retrouver hospitalisée en psychiatrie en urgence (avec souvent un diagnostic de bouffée délirante). Ceci est souvent accompagné d'un risque suicidaire très important, d'autant plus si la victime a été confrontée à une intentionnalité meurtrière. Elle revit alors cette intentionnalité comme si elle émanait d'elle, dans une compulsion à se tuer.

La mémoire traumatique est au cœur de tous les troubles psychotraumatiques. Aussitôt qu'un lien, une situation, un affect ou une sensation rappelle les violences ou fait craindre qu'elles ne se reproduisent, la mémoire traumatique envahit alors tout l'espace psychique de la victime de façon incontrôlable. Comme une « bombe à retardement », susceptible d'exploser, souvent des mois, voire de nombreuses années après les violences, elle transforme sa vie psychique en un terrain miné. Telle une « boîte noire », elle contient non seulement le vécu émotionnel, sensoriel et douloureux de la victime, mais également tout ce qui se rapporte aux faits de violences, à leur contexte et à l'agresseur (ses mimiques, ses mises en scène, sa haine, son excitation, ses cris, ses paroles, son odeur, etc.) Cette mémoire traumatique des actes violents et de l'agresseur colonise la victime, et lui fera confondre ce qui vient d'elle avec ce qui vient des violences et de l'agresseur. La mémoire traumatique des paroles et de la mise en scène de l'agresseur [« Tu ne vaux rien, tout est de ta faute, tu as bien mérité ça, tu aimes ça », etc.] alimentera chez elle des sentiments de honte, de culpabilité et d'estime de soi catastrophique, et celle de la haine et de l'excitation perverse de l'agresseur pourra lui faire croire à tort que c'est elle qui les ressent, ce qui constituera une torture supplémentaire, elle n'aura alors que mépris et haine pour elle-même. Et plus les violences ont eu lieu tôt dans la vie des victimes, plus ces dernières seront obligées de se construire avec ces émotions, ces sensations de terreur, ces actes et ces propos pervers, à devoir lutter contre eux sans les

comprendre, et sans savoir où se trouve la ligne de démarcation entre leur vraie personnalité et leur vraie sexualité, et ce qui est dû à leur mémoire traumatique (van der Hart, 2010 ; Salmona, 2013).

Avec cette mémoire traumatique, les victimes contre leur gré se retrouvent à revivre sans cesse les pires instants de terreur, de douleur, de désespoir, comme une torture sans fin, avec des sensations soudaines d'être en grand danger, de panique totale, de mort imminente, d'être projetés par terre, frappés violemment, de perdre connaissance. Elles ont peur d'être folles, et se sentent étrangères aux autres et à elles-mêmes. Avec ces sensations, les agresseurs restent éternellement présents, à imposer aux victimes les mêmes actes atroces, les mêmes phrases assassines, la même souffrance délibérément induite, la même jouissance perverse à les détruire et à imposer leurs mises en scène mystificatrices et dégradantes, avec une haine, un mépris, des injures et des propos qui ne les concernent en rien (Salmona, 2013).

► Les stratégies de survie : conduites d'évitement et conduites dissociantes

La vie devient un enfer pour les victimes, avec une sensation d'insécurité, de peur et de guerre permanente. Il leur faut une vigilance de chaque instant pour éviter les situations qui risquent de faire exploser cette mémoire traumatique. Des conduites d'évitement et de contrôle de l'environnement se mettent alors en place (phobies, TOC) et des conduites d'hypervigilance (avec une sensation de danger permanent, un état d'alerte, une hyperactivité, une irritabilité et des troubles de l'attention). Les victimes, particulièrement quand elles sont des enfants, essaient de se créer un monde sécurisé parallèle où elles se sentent en sécurité, qui peut être un monde physique (comme sa chambre, entouré d'objets, de peluches ou d'animaux qui les rassurent) ou mental (un monde parallèle où elles se réfugient continuellement). Toute situation de stress est à éviter, il est impossible de relâcher sa vigilance, dormir devient extrêmement difficile. Tout changement sera perçu comme menaçant car mettant en péril les repères mis en place. Ces conduites d'évitement et de contrôle sont épuisantes et envahissantes, elles entraînent des troubles cognitifs (troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire) qui ont souvent un impact négatif sur la scolarité et les apprentissages.

Mais, c'est rarement suffisant, et pour éteindre à tout prix une mémoire traumatique ou pour prévenir son allumage, les victimes découvrent très tôt la possibilité de s'anesthésier émotionnellement grâce à des conduites dissociantes (Salmona, 2012). Ces conduites servent à provoquer « à tout prix » une disjonction pour éteindre de force la réponse émotionnelle en l'anesthésiant et calmer ainsi l'état de tension intolérable ou prévenir sa survenue. Cette disjonction provoquée peut se faire de deux façons, soit en provoquant un stress très élevé qui augmentera la quantité de drogues dissociantes sécrétées par l'organisme, soit en consommant des drogues dissociantes (alcool, stupéfiants).

Ces conduites dissociantes sont des conduites à risques : conduites auto-agressives (se frapper, se mordre, se brûler, se scarifier, tenter de se suicider), mises en danger (conduites routières dangereuses, jeux dangereux, sports extrêmes, conduites sexuelles à risques, situations prostitutionnelles, fugues, fréquentations dangereuses), conduites addictives (consommation d'alcool, de drogues, de médicaments, troubles alimentaires, jeux addictifs), des conduites délinquantes et violentes contre autrui (l'autre servant alors de fusible grâce à l'imposition d'un rapport de force pour disjoncter et s'anesthésier).

Les conduites à risques sont donc des mises en danger délibérées, recherchées pour leur pouvoir dissociant. Elles consistent en une recherche active voire compulsive de situations, de comportements ou d'usages de produits connus comme pouvant être dangereux à court ou à moyen terme. Mais elles rechargent aussi la mémoire traumatique, la rendant toujours plus explosive, et rendant les conduites dissociantes toujours plus nécessaires, créant une véritable addiction aux mises en danger et/ou à la violence. Ces conduites dissociantes sont incompréhensibles et paraissent paradoxales à tout le monde. Elles sont chez les victimes à l'origine de sentiments de culpabilité et d'une grande solitude, qui les rendent encore plus vulnérables. Elles peuvent entraîner un état dissociatif permanent comme lors des violences avec la mise en place d'un détachement et d'une indifférence apparente qui les mettent en danger d'être encore moins secourues, d'être ignorées et maltraitées.

Du fait de ces stratégies de survie une victime de violences sexuelles dans l'enfance peut à l'adolescence et à l'âge adulte osciller entre :

- Une impossibilité ou une très grande difficulté d'avoir une vie sexuelle avec une personne qu'elle aime, la plupart des gestes d'un acte sexuel entraînant des réminiscences traumatiques les rendant insupportables ou très angoissants, à tel point qu'un rapport sexuel ne sera possible qu'en étant dissocié (drogué, alcoolisé ou après s'être stressé par des images mentales violentes) ;
- Et lors de situations de grand mal-être, des conduites à risques sexuelles, avec des rencontres avec des inconnus sans protection, avec des actes sexuels violents (auto-agressifs ou dans le cadre de pratiques « sado-masochistes »), des mises en danger sur internet ou avec des personnes manifestement perverses, voire même des pratiques prostitutionnelles, pour se dissocier.

De plus l'état dissociatif quasi permanent dans lequel se retrouvent les victimes leur donne la douloureuse impression de ne pas être elles-mêmes, d'être « *as if* », comme dans une mise en scène permanente. L'anesthésie émotionnelle les oblige à « jouer » des émotions dans les relations avec les autres, avec le risque de n'être pas tout en fait en phase, de sur- ou sous-jouer.

► Des risques d'auto-agressions, de suicides, et de subir à nouveau des violences ou d'en reproduire

Laisser des victimes de violences traumatisées sans soin est un facteur de risque de reproduction de violences de proche en proche et de génération en génération, les victimes présentant un risque important de subir à nouveau des violences, et aussi d'en commettre contre elles-mêmes, et pour un petit nombre d'entre elles contre autrui, ce qui suffit à alimenter sans fin un cycle des violences. L'OMS a reconnu en 2010 que le facteur principal pour subir ou commettre des violences est d'en avoir déjà subies.

Reproduire les violences qu'on a subies est terriblement efficace pour s'anesthésier émotionnellement et écraser la victime qu'on a été et que l'on méprise, on bascule alors dans une toute puissance qui permet d'échapper à sa mémoire traumatique et d'échapper à des états de terreur ou de peur permanente. Il s'agit d'une stratégie dissociante. Mais si, quand on est traumatisé et laissé à l'abandon sans soin ni protection, on ne peut être tenu responsable d'être envahi par une mémoire traumatique qui fait revivre les violences, et de mettre en place des stratégies de survie telles que des conduites d'évitement, de contrôle et/ou des conduites dissociantes, en revanche on est responsable du choix qu'on opère de les utiliser contre autrui en l'instrumentalisant comme un fusible pour disjoncter.

La méconnaissance des troubles psychotraumatiques et de leurs mécanismes porte lourdement préjudice aux victimes puisqu'elle permet de ne pas reconnaître la réalité de la souffrance, des symptômes et des handicaps que présentent les victimes, ni de les relier à leur cause : les violences. Elle permet également de continuer à mettre en cause les victimes qui seraient les artisanes de leur propre malheur en étant incapables d'aller mieux, de se relever, de tourner la page, d'arrêter de se victimiser, de sortir d'une prétendue fascination pour le trauma.

LES VIOLENCES SEXUELLES : QUELS SOINS ?

Une prise en charge spécifique par des soignants formés, centrée sur les violences et la mémoire traumatique est essentielle.

Elle fait malheureusement le plus souvent défaut, et les centres de soins où elle peut-être proposée restent encore très rares en France. Les professionnels du soin sont peu formés à la psychotraumatologie, la plupart n'interrogent pas systématiquement leurs patients sur les violences qu'ils ont pu subir, identifient rarement des symptômes comme traumatiques, et ne proposent pas de traitement spécifique.

Les symptômes psychotraumatiques sont souvent étiquetés à tort uniquement comme des troubles névrotiques anxieux ou bien dépressifs, des troubles de la personnalité (*borderline*, *sensitive*, *asociale*), et des démences chez les personnes âgées, et parfois comme des troubles

psychotiques (psychose maniaco-dépressive, schizophrénie, paranoïa, etc.) traités abusivement comme tels et non comme des conséquences traumatiques. De même, les conduites d'évitement et de contrôle sur la pensée associées aux troubles dissociatifs chez les enfants et les adolescents peuvent être tellement envahissantes, et entraîner une telle inhibition du contact et de la parole, qu'elles peuvent être prises pour des déficits intellectuels ou des troubles d'allure autistique, ce qu'elles ne sont pas bien sûr. Tous ces troubles sont régressifs dès qu'une prise en charge de qualité permet de traiter la mémoire traumatique. À la place, des traitements symptomatiques et dissociants sont le plus souvent utilisés, ces traitements sont « efficaces » pour faire disparaître les symptômes les plus gênants et anesthésier les douleurs et les détresses les plus graves, mais ils ne traitent pas la mémoire traumatique des patients, voire parfois ils l'aggravent.

Pourtant, les troubles psychotraumatiques se traitent avec des techniques psychothérapiques qui permettent une intégration de la mémoire traumatique en mémoire autobiographique et une récupération des atteintes neurologiques grâce à la neuroplasticité du cerveau. Cette analyse poussée permet au cerveau associatif et à l'hippocampe de refonctionner et de reprendre le contrôle des réactions de l'amygdale cérébrale, et d'encoder la mémoire traumatique émotionnelle pour la transformer en mémoire autobiographique consciente et contrôlable. De plus, il a été démontré qu'une prise en charge spécialisée permettait de récupérer des atteintes neuronales liées au stress extrême lors du traumatisme, avec une neurogenèse et une amélioration des liaisons dendritiques visibles sur des IRM (Ehling, 2003).

Pour ce faire, il faut sortir la victime de la sidération initiale et de la dissociation traumatique qui s'en est suivie (en revisitant les violences, armé de tous les outils d'analyse et de compréhension nécessaires, en démontant le système agresseur et ses mensonges, et en réintroduisant du sens et de la cohérence), et il faut déminer sa mémoire traumatique en faisant des liens entre chaque symptôme et les violences subies, pour que ce vécu puisse petit à petit devenir intégrable, car mieux représentable, mieux compréhensible, en mettant des mots sur chaque situation, sur chaque comportement, sur chaque émotion, en analysant avec justesse le contexte, ses réactions, le comportement de l'agresseur. Il s'agit de remettre le monde à l'endroit. Il faut reconstituer avec la victime son histoire en restaurant sa personnalité et sa dignité, en les débarrassant de tout ce qui les avait colonisées et aliénées (mises en scènes, culpabilisations, mensonges, déni, mémoire traumatique).

Le but de la prise en charge psychothérapique, c'est de ne jamais renoncer à tout comprendre, à redonner du sens. Tout symptôme, tout cauchemar, tout comportement qui n'est pas reconnu comme cohérent avec ce que l'on est fondamentalement, toute pensée, réaction, sensation incongrue doit être disséqué pour le relier à son origine, pour l'éclairer par des liens qui permettent de le mettre en perspective avec les violences subies. Par exemple une odeur qui donne un malaise et une envie de vomir se rapporte à une odeur de l'agresseur, une douleur qui fait paniquer se rapporte à une douleur ressentie lors de l'agression, un bruit qui paraît

intolérable et angoissant est un bruit entendu lors des violences comme un bruit de pluie s'il pleuvait, une heure de la journée peut être systématiquement angoissante ou peut entraîner une prise d'alcool, des conduites boulimiques, des raptus suicidaires, des automutilations s'il s'agit de l'heure de l'agression, une sensation d'irritation, de chatouillement ou d'échauffement au niveau des organes génitaux survenant de façon totalement inadaptée dans certaines situations peut se rapporter aux attouchements subis, des « fantasmes sexuels » violents, très dérangeants dont on ne veut pas, mais qui s'imposent ne sont que des réminiscences traumatiques des viols ou des agressions sexuelles subis...

Rapidement, ce travail se fait quasi automatiquement et permet de sécuriser le terrain psychique, car lors de l'allumage de la mémoire traumatique, le cortex pourra désormais contrôler la réponse émotionnelle et apaiser la détresse, sans avoir recours à une disjonction spontanée ou provoquée par des conduites dissociantes à risque. Il s'agit pour le patient de devenir expert en « déminage » et de poursuivre le travail seul, les conduites dissociantes ne sont plus nécessaires et la mémoire traumatique se décharge de plus en plus, la sensation de danger permanent s'apaise et petit à petit il lui devient possible de retrouver sa cohérence et sa liberté, et d'arrêter de survivre pour vivre enfin.

Il est donc essentiel pour les victimes de violences sexuelles d'être reconnues, protégées, informées, réconfortées, et de recevoir des soins spécifiques le plus tôt possible, afin d'éviter ainsi la mise en place de troubles psychotraumatiques sévères et chroniques qui auront de graves conséquences sur leur vie future et leur santé, et sur le risque de perpétuation des violences. La prévention des violences passe avant tout par la protection et le soin des victimes. Parce qu'elles ne seront plus condamnées au silence, ni abandonnées sans protection et sans soins, ces victimes pourront sortir de cet enfer où les condamne leur mémoire traumatique.

BIBLIOGRAPHIE

BRESLAU N., DAVIS G.C., ANDRESKI P., PETERSON E.L. (1991) « Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults », *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, 216-222.

BRIERE J., CONTE J. (1993) « Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children », *Journal of Traumatic Stress*, 6, 1, 21-31.

BROWN D.W., ANDA R.F., TIEMEIER H., FELITTI V.J., EDWARDS V.J., CROFT J.B., GILES W.H. (2009) « Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality », *American Journal of Preventive Medicine*, 37, 5, 389-396.

EHLING T., NIJENHUIS E.R.S., KRIKKE A. (2003) « Volume of discrete brain structures in florid and recovered DID, DESNOS, and healthy controls », in 20th International Society for the Study of Dissociation, novembre 2003, Chicago.

FELITTI V.J., ANDA R.F. (2010) « The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care », in *The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease : the Hidden Epidemic*, Lanius, R., Vermetten, E., Pain, C., Cambridge, Cambridge University Press, 2010.

- HEIM C.M., MAYBERG H.S., MLETZKO T., NEMEROFF C.B., PRUESSNER J.C. (2013) « Decreased Cortical Representation of Genital Somatosensory Field After Childhood Sexual Abuse », *American Journal of Psychiatry*, 170, 6, 616-623.
- LANIUS R, BLUHM R, COUPLAND NJ, HEGADOREN KM, ROWE B, THEBERGE J, NEUFELD RWJ, WILLIAMSON PC, BRIMSON M. (2010) Default mode network connectivity as a predictor of PTSD symptom severity in acutely traumatized subjects, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 1, 33-40.
- LOUVILLE P., SALMONA, M. (2013) « Clinique du psycho-traumatisme », *Santé Mentale*, 176, 30-33.
- McFARLANE A.C. (2010) « The long-term costs of traumatic stress : intertwined physical and psychological consequences », *World Psychiatry*, 9, 1, 3-10.
- PERROUD N., PAOLONI-GIACOBINO A., PRADA P., OLIÉ E., SALZMANN A., NICASTRO R., GUILLAUME S., MOUTHON D., STOUTER C., DIEBEN K., HUGUELET P., COURTET P., MALAFOSSE A. (2011) « Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment : a link with the severity and type of trauma », *Translational Psychiatry*, 1, e59.
- RODRIGUEZ N., RYAN S. W. (1997) « Posttraumatic stress disorder in adult female survivors of child sexual abuse : A comparison study », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1, 53-59.
- SALMONA, M. (2012) « Mémoire traumatique et conduites dissociantes », in *Traumas et résilience*, Coutanceau R. & Smith, J., Paris, Dunod.
- SALMONA M. (2013) « Dissociation traumatique et troubles de la personnalité post-traumatiques », in *Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie*, Coutanceau R. & Smith, J., Paris, Dunod.
- SALMONA M. (2013) « Le viol, crime absolu », in « Le traumatisme du viol », *Santé Mentale*, 176.
- SALMONA M. (2013) *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod.
- SALMONA M. (2015) « Le changement dans les psychothérapies de femmes victimes de violences conjugales », in *Psychothérapie et éducation : la question du changement*, Coutanceau, R. & Smith, J., Paris, Dunod, 2015.
- SHIN L.M., SCOTT L., RAUCH S.L., ROGER K., PITMAN, R.K. (2006) « Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 67-79.
- VAN DER HART O., NIJENHUIS, E.R.S., STEELE, K. (2010) *Le soi hanté*, De Boeck.
- YEHUDA R., LEDOUX J. (2007) « Response Variation following Trauma : A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD », *Neuron*, 56, 19-32.
- WILLIAMS L.M. (1994) « Recall of childhood trauma : a prospective study of women's memory of child sexual abuse », *Journal of consulting and clinical psychology*, 62, 6, 1167-1176.
- WIDOM C.S., SHEPARD R.L. (1996) « Accuracy of Adult Recollections of Childhood Victimization : Part 1. Childhood Physical Abuse », *Psychological Assessment*, 8, 4, 412-421.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION AND LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE (2010) *Preventing intimate partner and sexual violence against women : Taking action and generating evidence*, Geneva, World Health Organization.
- Pour en savoir plus, les sites de l'association Mémoire traumatique et Victimologie avec de nombreux articles, documents, ressources, rapport (IVSEA) et vidéos de formation à consulter et télécharger :
- <http://www.memoiretraumatique.org>
- <http://stopaudeni.com/>

Chapitre 20

Corrélat neurobiologiques des traumatismes et de l'état de stress post-traumatique

Sara Carletto
Marco Pagani

La réaction au stress joue un rôle important en préparant l'individu à répondre aux besoins de la vie de tous les jours et en améliorant les chances de survie. Toutefois, les niveaux de stress extrême peuvent induire un effet dévastateur sur la santé (Hayes *et al.*, 2012b).

Pour la grande majorité des personnes confrontées à un événement stressant ou traumatique, les conséquences se limitent à un trouble aigu mais transitoire. En revanche, pour une minorité de la population (<10 %), le traumatisme psychique provoqué par une menace importante mettant en cause l'intégrité physique et psychique peut persister pendant longtemps et engendrer un syndrome d'état de stress post-traumatique (ESPT).

Comme on le sait, l'ESPT survient après une exposition à des situations mettant la vie en danger. Il se caractérise par la reviviscence intense de l'événement traumatique par des souvenirs et des cauchemars perturbants, de l'évitement pour tout ce qui rappelle ledit événement, de l'hypervigilance, des altérations négatives de la cognition et de l'humeur, et dans certains cas, une dépersonnalisation persistante ou récurrente, ainsi que des symptômes de déréalisation (APA, 2013).

Par conséquent, les symptômes de l'ESPT semblent refléter une adaptation persistante et anormale des systèmes neurobiologiques au stress engendré par le traumatisme vécu. Parmi les systèmes neurobiologiques qui régulent les réponses au stress figurent des voies endocrines et des voies de neurotransmetteurs spécifiques, ainsi qu'un ensemble de régions du cerveau connues pour réguler la réponse à la peur, tant au niveau conscient qu'inconscient (Sherin et Nemeroff, 2011).

Ces dernières années, de nombreuses études ont souligné comment le traumatisme psychique pouvait provoquer des modifications anatomiques et fonctionnelles dans des régions spécifiques du cerveau, associées à la survenue de symptômes de l'ESPT.

Grâce au développement des techniques de neuro-imagerie telles que l'Imagerie par résonance magnétique (IRM), l'Imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRM fonctionnelle), la tomographie par émission de positron (TEP) et la tomographie par émission monophotonique (TEMP), il a été possible d'identifier ces circuits du cerveau impliqués dans la physiopathologie de l'état de stress post-traumatique (ESPT). Ces techniques déduisent indirectement le fonctionnement du cerveau à partir de mesures physiologiques telles que la densité et le volume des neurones, le débit sanguin cérébral, les taux d'oxygène dans le sang et la consommation d'énergie.

Notre compréhension des interactions entre émotions et cognitions dans l'ESPT a considérablement progressé ces vingt dernières années, et les recherches en neuro-imagerie ont créé de nouvelles opportunités pour découvrir les mécanismes à l'origine de l'ESPT (Francati *et al.*, 2007 ; Hayes *et al.*, 2012a).

L'amygdale, le cortex préfrontal médian (CPFm) et l'hippocampe (Shin *et al.*, 2006 ; Yehuda and LeDoux, 2007 ; Wager *et al.*, 2007 ; Martin *et al.*, 2009 ; Hayes *et al.*, 2012b) sont ces régions du cerveau qui semblent essentiellement jouer un rôle pathologique dans l'ESPT.

Des décennies d'études de neuro-imagerie ont également montré que d'autres régions jouent un rôle dans la physiopathologie de l'ESPT, telles que l'insula, le thalamus, le centre moteur de Broca, le cortex rétrosplénial et le cervelet (Francati *et al.*, 2007 ; Baldacara *et al.*, 2011 ; Sartory *et al.*, 2013 ; Doruyter *et al.*, 2014 ; Gilboa 2015).

Dans ce chapitre, nous étudierons les connaissances actuelles sur la neurobiologie de l'ESPT. Nous examinerons dans un premier temps le rôle de chaque région du cerveau dans la survenue et le maintien des symptômes de l'ESPT, puis nous décrirons les études récentes qui prennent en compte la connectivité entre les régions du cerveau.

AMYGDALE

Depuis les premières études de neuro-imagerie fonctionnelle portant sur l'ESPT réalisées dans les années 1990, l'amygdale a été identifiée comme une zone de plus grande activation chez les patients souffrant d'ESPT (Bremner *et al.*, 1995a ; van der Kolk, 1997 ; Rauch and Shin, 1997).

En effet, plusieurs études ont découvert une activation accrue de l'amygdale chez les patients souffrant d'ESPT par rapport aux groupes de contrôle sains (revue de Francati *et al.*, 2007 ; Patel *et al.*, 2012). Cette hyperactivation expliquerait l'incapacité à mettre fin aux stimuli effrayants, un élément habituel du tableau clinique de l'ESPT. En fait, l'amygdale est impliquée centralement dans l'interprétation de la valence émotionnelle de l'information entrante, et elle joue un rôle déterminant dans le mécanisme de réponse à la peur.

Plusieurs études ont montré une réceptivité accrue de l'amygdale, impliquant une réponse inattendue à la peur, aux stimuli liés à la menace, et aux stimuli ambigus et incertains (Sander *et al.*, 2003 ; Herry *et al.*, 2007).

Le degré d'activation de l'amygdale est également corrélé à la sévérité de l'ESPT et à l'anxiété auto-déclarée (Shin *et al.*, 2006 ; Scaglione et al., 2014). Il est également intéressant de noter qu'une amygdale hyperactive n'est pas spécifique à l'ESPT, mais est également constatée dans d'autres troubles de l'anxiété (Etkin et Wager, 2007).

Alors que l'activité accrue du débit sanguin régional dans cette structure est un résultat commun à de nombreuses études TEP, à ce jour il n'existe pas de preuves vraiment incontestables établissant un lien entre des volumes anormaux de l'amygdale et l'ESPT (Shin *et al.*, 2006). Une étude récente (Weber *et al.*, 2013) a démontré une augmentation de la quantité de matière grise dans le complexe hippocampe-amygdale associée à une plus grande sévérité de l'ESPT, et de l'évitement/de l'engourdissement.

CORTEX PRÉFRONTAL MÉDIAN

Une autre découverte commune aux études mesurant l'activité neuronale dans l'ESPT est l'hypoactivation du cortex préfrontal médian (CPFm) qui inclut le cortex orbitofrontal (COF) et le cortex cingulaire antérieur (CCA).

Le CPFm est impliqué dans le traitement des matériaux émotionnels générés en interne et dans la régulation de l'excitation. Le CCA joue un rôle dans l'extinction de la peur en modulant l'amygdale. Le COF joue un rôle essentiel pour intégrer l'information émotionnelle et motivationnelle dans la résolution et la planification des problèmes.

Comme le soulignent Scaglione et Lockwood (2014), le fonctionnement normal du cerveau requiert un circuit de réaction complexe entre les systèmes sous-corticaux et corticaux qui fonctionnent à la manière d'un équilibre dynamique entre l'activité ascendante (*bottom-up*) orientée vers la survie, et la planification et le comportement descendants (*top-down*), orientés vers les objectifs. Cet équilibre est souvent perturbé dans l'ESPT. En effet, l'hypoactivation du CPFm contribue à une perte de la régulation descendante (*top-down*) des systèmes émotionnels (Patel *et al.*, 2012).

En d'autres termes, la réactivité moindre du CPFm est liée à un échec partiel au niveau de l'inhibition fonctionnelle appropriée de l'activité de l'amygdale (Etkin et Wager, 2007).

On estime que cette dérégulation explique un certain nombre de processus neurocognitifs problématiques dans l'ESPT, tels que le conditionnement à la peur, l'extinction de la peur, les

interactions cognitives-émotionnelles et le traitement émotionnel. L'incapacité à conceptualiser peut jouer un rôle clé dans la production des symptômes d'ESPT, dont la perturbation des souvenirs et le sens de la réalité (Scaglione et Lockwood, 2014).

Par ailleurs, plusieurs études ont également fait état d'une baisse des volumes de CPFm dans l'ESPT (Shin *et al.*, 2006). En particulier, une étude récente (Nardo *et al.*, 2013) a démontré que la matière grise semble diminuer dans le CPFm chez les patients souffrant d'ESPT par rapport aux groupes contrôle ; une autre étude a montré qu'elle est associée à une augmentation de l'hyper-excitation (Weber *et al.*, 2013).

Une enquête récente (Bing *et al.*, 2013) a mis en évidence dans le CCA gauche du CPFm de patients ESPT, un amincissement sélectif du cortex cérébral qui favorise les fonctions émotionnelles et de mémoire. De plus, une réduction de l'épaisseur corticale était associée à la sévérité de l'ESPT, ce qui pourrait contribuer aux difficultés rencontrées pour éteindre la peur et les déficits de la mémoire de travail chez les patients ESPT.

INTERACTIONS AMYGDALÉ/CORTEX PRÉFRONTAL MÉDIAN

Nous avons vu précédemment qu'il existait une relation réciproque entre l'amygdale et le CPFm.

Quand une personne est exposée à une situation dangereuse, l'amygdale suscite une réponse de peur qui s'éteint rapidement. Au cours d'une réponse effrayante de l'amygdale, le CPFm est activé et fournit un *feedback* négatif, régulant son activation. De cette manière, la peur est contenue et gérée en conséquence. Si l'activation préfrontale est absente ou fonctionne dans une moindre mesure, l'amygdale ne reçoit pas de *feedback* inhibiteur suffisant, ce qui entraîne une excitation autonome plus élevée et des réponses exagérées. En fait, chez les patients souffrant d'ESPT, ce processus n'intervient pas de manière efficace, et la peur de certaines situations ne disparaît pas. Ce dysfonctionnement peut aussi expliquer la persistance de souvenirs traumatiques (Francati *et al.*, 2007).

Les études de neuro-imagerie révèlent ce modèle de circuits neurologiques de l'ESPT, et montrent une baisse de l'activité du CPFm et une hyperactivation simultanée de l'amygdale. La diminution de l'activité du CPFm peut également être liée à une hausse excessive de l'activité de l'amygdale, ou son absence de régulation (Francati *et al.*, 2007 ; Patel *et al.*, 2012 ; Sartory *et al.*, 2013).

Bien que les études d'imagerie fonctionnelle tendent de manière significative à reconnaître une interaction entre l'activité du CPFm et l'activité de l'amygdale, certains résultats dénotent (Shin *et al.*, 2006; Patel *et al.*, 2012). Ces incohérences peuvent s'expliquer par des différences méthodologiques ou par le type de patients recrutés.

Certaines études récentes (Lanius *et al.*, 2006 ; Lanius *et al.*, 2010 ; Lanius *et al.*, 2012 ; Nardo *et al.*, 2013) ont identifié la possibilité de distinguer entre deux types différents de symptômes post-traumatiques : les symptômes qualifiés « d'hyperexcitation », caractérisés par des patients qui présentent des souvenirs et des *flashbacks* profondément perturbants, et les symptômes dits « dissociatifs », caractérisés par un composant dissociatif prévalent, incluant dépersonnalisation et déréalisation.

Quand un stimulus suscite l'événement traumatique, les patients « hyperexcités » présentent une réduction du CPFm et du CCA, qui est associée à une activation accrue de l'amygdale et une réduction du volume de matière grise dans le CPFm.

Chez les patients « dissociatifs », nous observons des activations opposées : activation accrue du CPFm et du cortex préfrontal latéral (CPFL), mais aussi réduction de l'activité de l'amygdale avec une hausse du volume de matière grise dans le CPFm. Comme le souligne l'étude de Nardo *et al.* (2013), les modifications de matière grise dans le CPFm pourraient être la contrepartie structurelle des modifications fonctionnelles mises en évidence par Lanius et collègues, résultant des possibles effets à long terme de l'hyperactivité fonctionnelle dans le cortex préfrontal.

HIPPOCAMPE

L'hippocampe est une région du cerveau impliquée dans la mémoire spatiale et épisodique, et dans la régulation du stress et des émotions.

Le rôle important de l'hippocampe dans l'ESPT a déjà été mis en évidence dans l'une des premières études de neuro-imagerie (Bremner *et al.*, 1995b), dans laquelle les auteurs ont découvert une réduction volumétrique de l'hippocampe dans les ESPT liée au combat par rapport aux groupes de contrôle. Depuis, d'autres études ont fait état d'une réduction du volume, non seulement dans l'ESPT lié au combat, mais aussi dans d'autres formes d'ESPT liées à des traumatismes (Woon *et al.*, 2010 ; Gilboa, 2015). L'altération de la fonction de l'hippocampe dans les troubles de la mémoire et la fragmentation de l'expérience est également prouvée (van der Kolk *et al.*, 1997 ; Liberzon and Sripada, 2008 ; Scaglione and Lockwood, 2014).

La diminution du fonctionnement de l'hippocampe est associée à une activité accrue du gyrus parahippocampique, ceci pouvant être lié aux flashbacks et aux pensées intrusives, des symptômes typiques de l'ESPT (Francati *et al.*, 2007).

Les études ne démontrent pas systématiquement une réduction du volume de l'hippocampe dans l'ESPT.

Quatre méta-analyses (Kitayama *et al.*, 2005 ; Smith 2005 ; Karl *et al.*, 2006 ; Woon *et al.*, 2010) ont essayé de clarifier la relation entre l'hippocampe et l'ESPT.

Deux d'entre elles ont conclu que le volume de l'hippocampe, autant à droite qu'à gauche, était plus petit chez les patients ESPT que dans les groupes de contrôle (Kitayama *et al.*, 2005 ; Smith 2005).

La troisième (Karl *et al.*, 2006) a démontré que le volume de l'hippocampe gauche et droit était inférieur chez les sujets souffrant d'ESPT par rapport aux groupes de contrôle non exposés à des traumatismes, et que l'hippocampe gauche était plus petit dans le groupe ESPT par rapport aux groupes de contrôle exposés à des traumatismes sans ESPT.

La dernière (Woon *et al.*, 2010) a montré que l'exposition au traumatisme, même en l'absence d'ESPT, est associée en soi à une réduction du volume de l'hippocampe par rapport à des sujets non exposés à des traumatismes. Elle a également montré des différences importantes dans le volume de l'hippocampe entre les sujets souffrant d'ESPT et les groupes de contrôle exposés à des traumatismes sans ESPT. Les différences concernent l'hippocampe droit mais pas l'hippocampe gauche, ni le volume total de l'hippocampe. Ces différences peuvent être associées à l'ESPT lui-même et reflètent un processus neuropathologique supplémentaire dépassant celui associé à l'exposition au traumatisme sans la survenue d'ESPT.

L'étiologie des déficits de volume de l'hippocampe dans l'ESPT n'est pas encore avérée, mais deux hypothèses majeures ont été proposées. La première explication suggère que l'exposition au traumatisme ou la réponse post-traumatique peut affecter le volume de l'hippocampe, en raison de la neurotoxicité générée par le cortisol (Bremner, 1999).

La seconde hypothèse part du principe qu'un hippocampe plus petit peut être un facteur de risque de développement d'ESPT après une exposition à un événement stressant. Deux études menées sur des jumeaux (Gilbertson *et al.*, 2002 ; Gurvits *et al.*, 2006) étayaient fortement la dernière hypothèse. Elles suggèrent que des volumes réduits de l'hippocampe constituent un facteur de vulnérabilité, et insistent sur la possibilité que des anomalies de l'hippocampe antérieures à la pathologie prédisposent au développement d'ESPT après un stress traumatique.

INSULA

L'insula est impliquée dans le traitement des émotions négatives et dans la régulation du système nerveux autonome. Plusieurs études fonctionnelles et structurelles ont démontré avec constance le rôle de l'insula antérieure ou postérieure, ou des deux, dans la physiopathologie de l'ESPT (Osuch *et al.*, 2001 ; Liberzon *et al.*, 2003 ; Lindauer *et al.*, 2008 ; King *et al.*, 2009 ; Whalley *et al.*, 2009 ; Nardo *et al.*, 2011).

L'insula postérieure contient un centre d'interoception qui représente tous les sentiments affectifs du corps (aspects sensoriels des émotions), et est lié à la perception et à l'évaluation des signaux corporels (prise de conscience corporelle).

D'un autre côté, l'insula antérieure est un centre de prise de conscience émotionnelle, et elle fait partie d'un réseau qui engendre la prise de conscience émotionnelle et la conscience de soi, illustrant tous les sentiments subjectivement perçus au sein d'une représentation unifiée et consciente (état de sentiment subjectif).

L'hyperactivité de l'insula postérieure pourrait être liée à l'activation des représentations somatiques de l'expérience traumatique (souvenirs dissociés) qui ne sont toujours pas intégrées et ne parviennent pas à atteindre la mémoire déclarative. Cette interprétation est conforme à une perception de l'ESPT comme trouble de la mémoire caractérisé par la reviviscence de souvenirs traumatiques non intégrés (van der Kolk *et al.*, 1997).

Une activité accrue dans l'insula antérieure pourrait être liée au traitement des réponses de la peur ou d'autres réponses émotionnelles négatives à des stimuli provoquant les symptômes, suggérant l'existence d'un système de régulation émotionnel anormal (Etkin and Wager, 2007). L'hyperactivité de l'insula a systématiquement été observée, non seulement dans l'ESPT mais aussi dans les troubles de l'anxiété sociale, les phobies spécifiques et le trouble obsessionnel compulsif, ainsi que pendant le conditionnement normal de la peur (Rauch *et al.*, 1997 ; Etkin and Wager, 2007). Cela peut se comprendre comme une hyperactivation d'un réseau responsable de la création de réponses de peur aux stimuli provoquant des symptômes. (Doruyter *et al.*, 2014).

Dans l'étude de Nardo *et al.*, (2011), le cortex insulaire postérieur tout comme le cortex insulaire antérieur montrent une perfusion¹ accrue chez les sujets souffrant d'ESPT lors de la provocation des symptômes. Ces résultats suggèrent que la reviviscence du traumatisme, les intrusions et les comportements d'évitement impliquent une activité altérée à la fois dans l'insula postérieure et antérieure, induisant une dérégulation supposée des deux interoceptions (souvenirs somatiques dissociés) et de la prise de conscience émotionnelle (évitement/négatif).

Par ailleurs, plusieurs études ont fait état d'une réduction de la matière grise de l'insula (Chen *et al.*, 2009 ; Nardo *et al.*, 2010), corrélée à la charge du traumatisme (Nardo *et al.*, 2010).

1. Physiologiquement parlant, la perfusion est le mécanisme par lequel les cellules, et donc les organes, sont alimentés en oxygène et en nutriments leur permettant de fonctionner normalement. Chez l'homme, c'est le sang qui véhicule tous ces éléments essentiels via les artères puis les capillaires sanguins. On parle donc aussi bien de perfusion du cerveau que de perfusion pulmonaire pour désigner le fait que ces organes sont alimentés en sang.

CENTRE MOTEUR DE BROCA

On a découvert que le centre moteur de Broca jouait un rôle dans l'ESPT. Cette région sert à créer des représentations sémantiques des expériences personnelles, afin de les traduire en langage de communication et les restructurer d'un point de vue cognitif. Chez les patients souffrant d'ESPT, le centre moteur de Broca est partiellement désactivé, ce qui pourrait expliquer la difficulté des patients à décrire et positionner correctement leur expérience traumatique dans leur mémoire sémantique (van der Kolk, 1997 ; Hull, 2002).

CORTEX RÉTROSPLÉNIAL

Le rôle d'une autre région corticale, le cortex rétrosplénial, dans la construction et la conservation de la mémoire traumatique a récemment été souligné par Sartory *et al.*, (2013). Cette région pourrait représenter la base neurale de symptômes intrusifs et de reviviscence, et du sentiment de revivre l'événement traumatique. En fait, les patients avec ESPT comparés aux sujets des groupes de contrôle ont montré une activation significative du cortex rétrosplénial et du précunéus en réponse à des stimuli associés au traumatisme. De plus, ces régions étaient impliquées dans les processus d'évaluation autoréférentiels et dans la mémoire autobiographique.

THALAMUS ET NOYAU CAUDÉ

Une autre découverte récente des études de neuro-imagerie fonctionnelle est le rôle joué par le thalamus chez les patients souffrant d'ESPT. Le thalamus est impliqué dans la transmission d'informations sensorielles externes à différentes régions du cortex cérébral et du système limbique.

Des données issues de différentes études de neuro-imagerie montrent que les patients souffrant d'ESPT présentent une désactivation significative du thalamus (Lanius *et al.*, 2001 ; Lanius *et al.*, 2004 ; Kim *et al.*, 2007).

En raison de sa nature fonctionnelle, une perturbation de l'activité du thalamus pourrait provoquer une mauvaise interprétation des stimuli externes (Francati *et al.*, 2007).

Une étude récente s'est penchée sur la connectivité fonctionnelle du thalamus au repos chez les personnes souffrant d'ESPT après un tremblement de terre (Yin *et al.*, 2011), et elle a démontré que des connexions fonctionnelles anormales au repos reliant le thalamus aux régions corticales pouvaient être impliquées dans la pathologie sous-jacente à l'ESPT. Les

altérations constatées dans la connectivité thalamo-corticale peuvent jouer un rôle dans le rappel excessif de la peur, l'incapacité d'exprimer et de maintenir l'extinction de la mémoire, et des souvenirs traumatiques accrus qui provoquent les symptômes caractéristiques de l'ESPT (Yin *et al.*, 2011).

On a également découvert que le noyau caudé joue un rôle dans le circuit neural des réponses psychiques au traumatisme. À l'aide de l'IRM fonctionnelle, Lanius *et al.*, (2004) ont montré une plus grande connectivité fonctionnelle reliant les lobes cingulaires, occipitaux et pariétaux postérieurs droits au noyau caudé droit chez les sujets traumatisés souffrant d'ESPT. En revanche, les sujets traumatisés sans ESPT présentaient une plus forte corrélation de la connectivité dans le noyau caudé gauche. Looi *et al.*, (2009) ont émis l'hypothèse que la persistance d'une telle connectivité latéralisée peut entraîner une modification neuroplastique. Ils ont montré à l'aide d'une IRM structurelle que le volume du noyau caudé droit chez les sujets souffrant d'ESPT était supérieur de 9 % par rapport aux sujets sans ESPT.

CERVELET

Plus récemment, on a émis l'hypothèse que le cervelet joue un rôle dans l'ESPT, et certaines études ont fait état d'un fonctionnement altéré de l'hémisphère gauche du cervelet (Osuch *et al.*, 2001) et du vermis (Anderson *et al.*, 2002 ; Pissioti *et al.*, 2002) chez les patients souffrant d'ESPT.

L'étude de Baldacara *et al.*, (2011) a confirmé les résultats d'une précédente enquête menée sur des enfants et des adolescents souffrant d'ESPT (Carrion *et al.*, 2009 ; De Bellis et Kuchibhatla, 2006), et fourni des éléments prouvant que le volume du cervelet est plus petit chez les sujets adultes ESPT que chez les personnes des groupes de contrôle exposés à un traumatisme sans ESPT. Les réductions de volume dans l'hémisphère gauche et le vermis¹ sont associées à l'importance des symptômes d'ESPT.

De plus, l'étude démontre une association entre ces réductions du cervelet et des expériences de vie traumatiques précoces. Elle pose la question de savoir si ces modifications sont une conséquence d'adaptations neurodéveloppementales anormales chez les sujets qui développeront ultérieurement un ESPT. À la lumière de ces résultats, le rôle du cervelet dans la physiopathologie de l'ESPT mérite et requiert d'être étudié plus profondément.

1. Le vermis est le corps central du cervelet, qui a une forme de ver.

CONNECTIVITÉ DU RÉSEAU

Le modèle de circuit neuronal traditionnel de l'ESPT suggère une hypoactivation du CPFm (y compris le CCA et le gyrus frontal médian ventral) liée à un échec partiel de l'inhibition fonctionnelle correspondant à l'activité d'une amygdale hyperréactive. Par ailleurs, une diminution du volume et du fonctionnement de l'hippocampe sous-tend des déficits de mémoire liés à l'ESPT.

La perte de l'inhibition ascendante (*top-down*) est considérée comme l'un des principaux éléments soutenant une altération de l'extinction (Rauch *et al.*, 1996) ou une sous-modulation de l'affect (par exemple, symptômes de reviviscence d'un traumatisme, hyperexcitation, colère ; Lanius *et al.*, 2011).

Parallèlement, ce modèle traditionnel a fait l'objet de critiques. Certains chercheurs suggèrent qu'il est axé uniquement sur l'une des caractéristiques centrales de l'ESPT, c'est-à-dire la peur et la menace (Liberzon et Garfinkel, 2009). De plus, plusieurs études d'imagerie cérébrale indiquent également de nouvelles régions présentant une activation altérée dans le cas d'ESPT. Par ailleurs, on a récemment reconnu qu'une focalisation centrée uniquement sur des régions spécifiques du cerveau ne permettait pas d'expliquer la neurobiologie complexe à l'origine de troubles psychiatriques tels que l'ESPT (Tursich *et al.*, 2015).

En psychopathologie, les chercheurs ont commencé à décrire des ensembles de régions du cerveau fonctionnellement connectées selon le modèle à triple réseau récemment mis en avant par Menon (2011).

Le modèle à triple réseau de Menon (2011) suggère que la symptomatologie cognitive et affective des troubles psychiatriques résulte éventuellement d'une connectivité dysfonctionnelle survenant dans les réseaux à large échelle du cerveau. Les trois réseaux centraux appelés réseaux de connectivité intrinsèque/intrinsic connectivity networks - ICN (ICN) incluent le réseau du mode par défaut (DMN)¹, le réseau de salience (SN)² et le réseau de l'administrateur central (CEN).

1. La DMN est un groupe de régions du cerveau qui deviennent actives lorsque nos esprits sont à la dérive et ne font pas de traitement de haut niveau.

2. Appelé en Français système réticulé activateur ou SAR (Système d'activation réticulaire), ce réseau détermine ce qui est le plus important entre les événements externes et sa conscience avant de passer le relais au réseau de l'imagination ou au réseau de l'attention si l'information est digne d'intérêt. Ce réseau comprend la division dorsale cognitive (CCab) du cortex cingulaire et du cortex insulaire antérieur. Nous pourrions dire que ce réseau joue le rôle de filtre entre la partie consciente et la partie inconsciente de votre cerveau en décidant ce qui est digne d'attention et ce qui ne l'est pas. C'est ce réseau qui vous fera remarquer des éléments sur lesquels vous êtes concentré. Par exemple, si vous souhaitez acheter une voiture verte, vous allez voir des voitures vertes partout, etc.

Selon Sripada *et al.*, (2012), le réseau du mode par défaut est associé aux pensées orientées sur soi et la mémoire autobiographique, et implique le cortex préfrontal ventromédial, l'hippocampe et le cortex cingulaire postérieur (CCP). Le SN est chargé de détecter et d'orienter vers les stimuli saillants, et l'insula et l'amygdale sont des éléments centraux de ce réseau. Le CEN inclut le cortex préfrontal dorsolatéral et les régions pariétales latérales. Ce réseau est associé au comportement axé sur l'objectif et une fonction cognitive de haut niveau, incluant la planification, la prise de décision, et la mémoire de travail (Sripada *et al.*, 2012).

Une connectivité anormale parmi les populations souffrant d'ESPT est particulièrement bien documentée dans les régions concernées par le DMN (Daniels *et al.*, 2010 ; Yin *et al.*, 2011 ; Patel *et al.*, 2012 ; Sripada *et al.*, 2012 ; Jin *et al.*, 2014 ; Chen and Etkin, 2013 ; Peterson *et al.*, 2014) en lien avec des fonctions telles que le traitement autoréférentiel, la mémoire autobiographique et la régulation de l'émotion (Tursich *et al.*, 2015). Une connectivité altérée du SN, qui joue un rôle central dans l'identification des stimuli externes et internes subjectivement pertinents, et du CEN, crucial pour la mémoire de travail et la fonction exécutive, a été identifiée dans l'ESPT (Sripada *et al.*, 2012 ; Patel *et al.*, 2012 ; Jin *et al.*, 2014 ; Peterson *et al.*, 2014 ; Shang *et al.*, 2014 ; Brown *et al.*, 2014).

En particulier, il est intéressant de mentionner la méta-analyse de Patel et collaborateurs (2012), dans laquelle une technique méta-analytique quantitative estimant la vraisemblance d'activation a été utilisée pour synthétiser les découvertes réalisées par les différentes études de neuro-imagerie fonctionnelle portant sur l'ESPT, et utilisant soit un groupe de contrôle sans traumatisme, soit un groupe exposé au traumatisme. La méta-analyse a fait ressortir le fait qu'il peut y avoir une superposition entre le modèle traditionnel de circuit neurologique et le modèle à triple réseau. Par exemple, la découverte de l'hyperactivation de l'amygdale dans l'ESPT est cohérente avec un réseau de salience hyperréactif.

Dans l'une des dernières études portant sur cette problématique, Tursich et collègues (2015) ont utilisé des données d'IRM fonctionnelle au repos pour étudier les différences dans la connectivité du réseau intrinsèque comme fonction du groupe de symptômes de l'ESPT évalués par l'échelle *Clinician-Administered PTSD Scale* (c'est-à-dire groupes des symptômes de reviviscence, évitement/engourdissement, hyperexcitation) et par l'inventaire multidimensionnel de dissociation (pour les symptômes de dépersonnalisation/déréalisation). Les symptômes de reviviscence et d'évitement/engourdissement ne semblent être corrélés avec aucune des cartes spatiales du réseau de connectivité intrinsèque tandis que les auteurs ont montré que les symptômes d'hyperexcitation étaient associés à une connectivité moindre des régions associées à la régulation autonome et le traitement somatosensoriel (insula postérieure gauche et gyrus temporal supérieur) au sein du réseau de salience. De plus, les symptômes de dépersonnalisation et de déréalisation étaient associés à une réduction de la connectivité des régions liées au traitement autoréférentiel (CCA et cortex préfrontal ventromédial) au sein du réseau du mode par défaut (DMN) antérieur ventral.

Ces résultats sont cohérents avec les découvertes précédentes qui montraient une altération de la connectivité et suggéraient des différences importantes parmi les substrats neuraux à l'origine des groupes de symptômes spécifiques à l'ESPT. Par ailleurs, ils confirment la nécessité de distinguer les sous-types spécifiques à l'ESPT, en particulier les sous-types dissociatifs, dont les particularités neurobiologiques ont déjà été soulignées dans de précédentes études mentionnées ci-dessus (Lanius *et al.*, 2012 ; Nardo *et al.*, 2013).

Il est essentiel de prendre en considération certaines limitations liées aux résultats des études décrites dans ce chapitre. Bien que de nombreuses enquêtes fassent régulièrement état de structures de cerveau sous-jacentes à l'ESPT, il existe également un certain nombre de divergences. Ces différentes conclusions peuvent être dues à plusieurs raisons : les techniques de neuro-imagerie utilisées, la taille réduite des échantillons, l'hétérogénéité des symptômes des patients, et le manque de paradigmes cohérents ou répétés.

Par ailleurs, il importe de souligner que les anomalies découvertes dans les études de neuro-imagerie ne sont pas spécifiques à l'ESPT, mais sont communes dans certains cas aux autres troubles liés à l'anxiété et au traumatisme, et aux facteurs de stress (Francati *et al.*, 2007).

Au cours de ces dernières années, un nombre croissant de données a révélé l'existence d'un modèle neural d'ESPT incluant particulièrement l'amygdale, le CPFm et l'hippocampe.

À ce jour, la conclusion la plus récurrente dans de nombreuses études est une diminution relative de l'activité du CPFm, et un accroissement parallèle de l'activation de l'amygdale. La réduction du fonctionnement descendant (*top-down*) du lobe frontal, couplée à une activité ascendante (*bottom-up*) déréglée des structures limbiques, semble expliquer le niveau élevé d'anxiété et la régulation émotionnelle inappropriée concomitante, caractéristiques de l'ESPT.

De plus, le dysfonctionnement de l'hippocampe peut être associé à l'altération de la mémoire déclarative que l'on constate habituellement chez les patients souffrant d'ESPT. Cependant, il est intéressant de noter que d'autres zones du cerveau semblent impliquées pathologiquement dans l'ESPT : l'hyperactivité de l'insula est associée à la reviviscence du traumatisme, les intrusions et les comportements d'évitement ; la désactivation du centre moteur de Broca peut expliquer la difficulté des patients à décrire et restructurer de manière cognitive leur expérience traumatique ; une activation significative du cortex rétrosplénial peut expliquer la reviviscence de l'événement déclencheur sous la forme d'images et de souvenirs récurrents et éprouvants ; l'interruption de l'activité thalamique est liée à la mauvaise interprétation des stimuli externes impliqués dans la réponse à la peur ; l'accroissement du volume du noyau caudé droit est associé à un effet de domination de l'hémisphère droit dans le traitement ; enfin, le cervelet joue un rôle dans les manifestations d'anxiété tels que les symptômes d'hyperexcitation.

Par ailleurs, les données suggèrent que le modèle neural peut être plus compliqué que prévu, et afin de mieux expliquer la neurobiologie complexe à l'origine de l'ESPT, il est important de prendre également en considération les réseaux reliant les différentes structures corticales et sous-corticales. Bien que la recherche étudiant la connectivité fonctionnelle chez les sujets diagnostiqués ESPT soit très récente, ces patients montrent une connectivité altérée dans le réseau du mode par défaut, le réseau de salience et le réseau de l'administrateur central.

On peut donc dire que de nombreux progrès ont été réalisés dans les domaines de la neurobiologie et de la neuro-imagerie de l'ESPT, mais la recherche doit se poursuivre impérativement afin d'identifier les interventions thérapeutiques spécifiques ciblant ces anomalies structurelles et fonctionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed), Washington, DC : Author.
- ANDERSON C.M., TEICHER M.H., POLCARI A., RENSHAW P.F. (2002) Abnormal T2 relaxation time in the cerebellar vermis of adults sexually abused in childhood : potential role of the vermis in stress-enhanced risk for drug abuse, *Psychoneuroendocrinology*, 27, 231-44.
- BALDACARA L., JACKOWSKI A.P., SCHOEDL A., PUPO M., ANDREOLI S.B., MELLO M.F., LACERDA A.L., MARI J.J., BRESAN R.A. (2011) Reduced cerebellar left hemisphere and vermal volume in adults with PTSD from a community sample, *Journal of Psychiatric Research*, 45, 12, 1627-33.
- BING X., MING-GUO Q., YE Z., JING-NA Z., MIN L., HAN C., YU Z., JIA-JIA Z., JIAN W., WEI C., HAN-JIAN D., SHAO-XIANG Z. (2013) Alterations in the cortical thickness and the amplitude of low-frequency fluctuation in patients with post-traumatic stress disorder, *Brain Research*, 1490, 225-32.
- BREMNER J.D., KRISTAL J.H., SOUTHWICK S.M., CHARNEY D.S. (1995a) Functional neuroanatomical correlates of the effects of stress on memory, *Journal of Traumatic Stress*, 8, 527-553.
- BREMNER J.D., RANDALL P., SCOTT T.M., BRONEN R.A., SEIBYL J.P., SOUTHWICK S.M., DELANEY R.C., MCCARTHY G., CHARNEY D.S., INNIS R.B. (1995b) MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder, *The American Journal of Psychiatry*, 152, 7, 973-81.
- BREMNER J.D. (1999) Does stress damage the brain ? *Biological Psychiatry*, 45, 797-805.
- BROWN V.M., LABAR K.S., HASWELL C.C., GOLD A.L., MCCARTHY G., MOREY R.A. (2014) Altered resting-state functional connectivity of basolateral and centromedial amygdala complexes in posttraumatic stress disorder, *Neuropsychopharmacology*, 39, 351-59.
- CARRION V.G., WEEMS C.F., WATSON C., ELIEZ S., MENON V., REISS A.L. (2009) Converging evidence for abnormalities of the prefrontal cortex and evaluation of midsagittal structures in pediatric posttraumatic stress disorder : an MRI study, *Psychiatry Research* 172, 226-34.
- CHEN A.C., ETKIN A. (2013) Hippocampal network connectivity and activation differentiates post-traumatic stress disorder from generalized anxiety disorder, *Neuropsychopharmacology*, 38(10):1889-98.
- CHEN S., LI L., XU B., LIU J. (2009) Insular cortex involvement in declarative memory deficits in patients with post-traumatic stress disorder, *BMC Psychiatry*, 9, 39.
- DANIELS J.K., MCFARLANE A.C., BLUHM R.L., MOORES K.A., CLARK C.R., SHAW M.E., WILLIAMSON P.C., DENSMORE M., LANIUS R.A. (2010) Switching between executive and default mode networks in posttraumatic stress disorder : alterations in functional connectivity, *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 35, 4, 258-66.
- DE BELLIS M.D., KUCHIBHATLA M. (2006) Cerebellar volumes in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder, *Biology Psychiatry*, 60, 697-703.
- DORUYTER A.G., STEIN D.J., WARWICK J.M. (2014) Neurobiology of posttraumatic stress disorder : the role of nuclear neuroimaging. In PET and SPECT in Psychiatry, *Pect and Spect in Psychiatry* 371-395.
- ETKIN A., WAGER T.D. (2007) Functional neuroimaging of anxiety : a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia, *American Journal Of Psychiatry*, 164, 1476-88.
- FRANCATI V., VERMETTEN E., BREMNER J.D. (2007) Functional neuroimaging studies in posttraumatic stress disorder : review of current methods and findings, *Depression and Anxiety*, 24, 3, 202-18.

- GILBERTSON M.W., SHENTON M.E., CISZEWSKI A., KASAI K., LASKO N.B., ORR S.P., PITMAN R.K. (2002) Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma, *Nature Neuroscience*, 5, 11, 1242-7.
- GILBOA A. (2015) *Functional Neuroanatomy of PTSD : Developmental Cytoarchitectonic Trends, Memory Systems, and Control Processes*. In Future Directions in Post-Traumatic Stress Disorder, Springer link.
- GURVITS T.V., METZGER L.J., LASKO N.B., CANNISTRARO P.A., TARHAN A.S., GILBERTSON M.W., ORR S.P., CHARBONNEAU A.M., WEDIG M.M., PITMAN R.K. (2006) Subtle neurologic compromise as a vulnerability factor for combat-related posttraumatic stress disorder : results of a twin study, *Jama Psychiatry*, 63, 5, 571-6.
- HAYES J.P., HAYES S.M., MIKEDIS A.M. (2012A) Quantitative meta-analysis of neural activity in post-Traumatic stress disorder, *Biology of Mood and Anxiety Disorders*, 2:9.
- HAYES J.P., VANELZAKKER M.B., SHIN L.M. (2012b) Émotion and cognition interactions in PTSD : a review of neurocognitive and neuroimaging studies, *Frontieres in Integrative Neuroscience*, 6 :89.
- HERRY C., BACH D.R., ESPOSITO F., DI SALLE F., PERRIG W.J., SCHEFFLER K., LÜTHI A., SEIFRITZ E. (2007) Processing of temporal unpredictability in human and animal amygdale, *Journal of Neuroscience*, 27, 5958-66.
- HULL AM. (2002) Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. Systematic review, *The British Journal of Psychiatry*, 181, 102-10.
- Jin C., QI R., YIN Y., HU X., DUAN L., XU Q., ZHANG Z., ZHONG Y., FENG B., XIANG H., GONG Q., LIU Y., LU G., LI L. (2014) Abnormalities in whole-brain functional connectivity observed in treatment-naïve post-traumatic stress disorder patients following an earthquake, *Psychological Medicine*, 44, 9, 1927-36.
- KARL A., SCHAEFER M., MALTA L.S., DORFEL D., ROHLEDER N., WERNER A. (2006) A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 1004-31.
- KIM S.J., LYOO I.K., LEE Y.S., KIM J., SIM M.E., BAE S.J., KIM H.J., LEE J.Y., JEONG D.U. (2007) Decreased cerebral blood flow of thalamus in PTSD patients as a strategy to reduce re-experience symptoms, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 2, 145-53.
- KING A.P., ABELSON J.L., BRITTON J.C., PHAN K.L., TAYLOR S.F., LIBERZON I. (2009) Medial prefrontal cortex and right insula activity predict plasma ACTH response to trauma recall, *NeuroImage*, 47, 872-80.
- KITAYAMA N., VACCARINO V., KUTNER M., WEISS P., BRENNER J.D. (2005) Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder : a meta-analysis, *Journal of Affective Disorders*, 88, 79-86.
- LANIUS R.A., WILLIAMSON P.C., DENSMORE M., BOKSMAN K., NEUFELD R.W., GATI J.S., MENON R.S. (2004) The nature of traumatic memories : A 4-T fMRI functional connectivity analysis, *The American Journal of Psychiatry*, 161, 36-44.
- LANIUS R.A., BLUHM R., LANIUS U., PAIN C. (2006) A review of neuroimaging studies in PTSD : heterogeneity of response to symptom provocation, *Journal of Psychiatric Research*, 40, 8, 709-29.
- LANIUS R.A., VERMETTEN E., LOEWENSTEIN R.J., BRAND B., SCHMAHL C., BRENNER J.D., SPIEGEL D. (2010) Émotion modulation in PTSD : Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype, *The American Journal of Psychiatry*, 167, 6, 640-7.
- LANIUS R.A., BLUHM R.L., FREWEN P.A. (2011) How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice : a social cognitive and affective neuroscience approach, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 5, 331-48.
- LANIUS R.A., BRAND B., VERMETTEN E., FREWEN P.A., SPIEGEL D. (2012) The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder : rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications, *Depression and Anxiety*, 29, 8, 701-8.
- LIBERZON I., BRITTON J.C., PHAN K.L. (2003) Neural correlates of traumatic recall in posttraumatic stress disorder, *Stress*, 6, 151-56.
- LIBERZON I., GARFINKEL S.N. (2009) *Functional neuroimaging in post-traumatic stress disorder*. In : Shiromani, P.J., et, al. (Eds), *Post-Traumatic Stress Disorder : Basic Science and Clinical Practice*, Humana Press, New York (pp. 297-317)
- LIBERZON I., SRIPADA CS. (2008) The functional neuroanatomy of PTSD : a critical review, *Progress in Brain Research*, 167, 151-169.

- LINDAUER R.J., BOOIJ J., HABRAKEN J.B., VAN MEIJEL E.P., UYLINGS H.B., OLFF M., CARLIER I.V., DEN HEETEN G.J., VAN ECK-SMIT B.L., GERSON B.P. (2008) Effects of psychotherapy on regional cerebral blood flow during trauma imagery in patients with post-traumatic stress disorder : a randomized clinical trial, *Psychoogical Medicine*, 38, 543-54.
- LOOI J.C., MALLER J.J., PAGANI M., HÖGBERG G., LINDBERG O., LIBERG B., BOTES L., ENGMAN E.L., ZHANG Y., SVENSSON L., WAHLUND L.O. (2009) Caudate volumes in public transportation workers exposed to trauma in the Stockholm train system, *Psychiatry Research Neuroimaging*, 171, 138-43.
- MARTIN E.I., RESSLER K.J., BINDER E., NEMEROFF C.B. (2009) The neurobiology of anxiety disorders : brain imaging, genetics, and psychoneuroendocrinology, *Psychiatry Clinics of North America*, 32, 549-75.
- MENON V. (2011) Large-scale brain networks and psychopathology : a unifying triple network model, *Trends in Cognitive Science*, 15, 483-506.
- NARDO D., HÖGBERG G., FLUMERI F., JACOBSSON H., LARSSON S.A., HÄLLSTRÖM T., PAGANI M. (2011) Self-rating scales assessing subjective well-being and distress correlate with rCBF in PTSD-sensitive regions, *Psychological Medicine*, 41, 1, 2549-61.
- NARDO D., HÖGBERG G., LOOI J.C., LARSSON S., HÄLLSTRÖM T., PAGANI M. (2010) Gray matter density in limbic and paralimbic cortices is associated with trauma load and EMDR outcome in PTSD patients, *Journal of Psychiatry Research*, 44, 7, 477-85.
- NARDO D., HÖGBERG G., LANIUS R.A., JACOBSSON H., JONSSON C., HÄLLSTRÖM T., PAGANI M. (2013) Gray matter volume alterations related to trait dissociation in PTSD and traumatized controls, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128, 222-33.
- OSUCH E.A., BENSON B., GERACI M., POPELL D., HERSCOVITCH P., MCCANN U.D., POST R.M. (2001) Regional cerebral blood flow correlated with flashback intensity in patients with posttraumatic stress disorder, *Biological Psychiatry*, 50, 246-253.
- PATEL R., SPRENG R.N., SHIN L.M., GIRARD T.A. (2012) Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and beyond : a meta-analysis of functional neuroimaging studies, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 9, 2130-42.
- PETERSON A., THOME J., FREWEN P., LANIUS R.A. (2014) Resting-state neuroimaging studies : a new way of identifying differences and similarities among the anxiety disorders ? *Canada Journal of Psychiatry*, 59, 294-300.
- PISSIOTA A., FRANS O., FERNANDEZ M., VON KNORRING L., FISCHER H., FREDRIKSON M. (2002) Neurofunctional correlates of posttraumatic stress disorder : a PET symptom provocation study, *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 252, 68-75.
- RAUCH S.L., SAVAGE C.R., ALPERT N.M., FISCHMAN A.J., JENIKE M.A. (1997) The functional neuroanatomy of anxiety : a study of three disorders using positron emission tomography and symptom provocation, *Biological Psychiatry*, 42, 6, 446-52.
- RAUCH S.L., SHIN L.M. (1997) Functional neuroimaging studies in posttraumatic stress disorder, *Annales of the New York Academy of Sciences*, 821, 83-98.
- RAUCH S.L., VAN DER KOLB B.A., FISLER R.E., ALPERT N.M., ORR S.P., SAVAGE C.R., FISCHMAN A.J., JENIKE M.A., PITMAN R.K. (1996) A Symptom Provocation Study of Posttraumatic Stress Disorder Using Positron Emission Tomography and Script-Driven Imagery, *Jama Psychiatry*, 53, 5, 380-387.
- SANDER D., GRAFMAN J., ZALLA T. (2003) The human amygdala : an evolved system for relevance detection, *Reviews in the Neurosciences*, 14, 303-16.
- SARTORY G., CUIK J., KNUPPERTZ H., SCHÜRHOFT B., LEBENS M., SEITZ R.J., SCHULZE R. (2013) In search of the trauma memory : a meta-analysis of functional neuroimaging studies of symptom provocation in posttraumatic stress disorder (PTSD), *PLoS One*, 8, 3, e58150.
- SCAGLIONE C., LOCKWOOD P. (2014) Application of Neuroscience Research to the Understanding and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), *International Journal of Applied*, 4, 1.
- SHANG J., LUI S., MENG Y., ZHU H., QIU C., GONG Q., LIAO W., ZHANG W. (2014) Alterations in low-level perceptual networks related to clinical severity in PTSD after an earthquake : a resting-state fMRI study, *PLoS One*, 9, 5, e96834.
- SHERIN J.E., NEMEROFF C.B. (2011) Post-traumatic stress disorder : the neurobiological impact of psychological trauma, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13, 263-78.
- SHIN L.M., RAUCH S.L., PITMAN R.K. (2006) Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in

PTSD, *Annales of the New York Academy of Sciences*, 1071, 67-79.

SMITH M.E. (2005) Bilateral hippocampal volume reduction in adults with post-traumatic stress disorder : a meta-analysis of structural MRI studies, *Hippocampus*, 15, 798-807.

SRIPADA R.K., KING A.P., WELSH R.C., GARFINKEL S.N., WANG X., SRIPADA C.S., LIBERZON I. (2012) Neural dysregulation in posttraumatic stress disorder : evidence for disrupted equilibrium between salience and default mode brain networks, *Psychosom Med*, 74, 9, 904-11.

TURSICH M., ROS T., FREWEN P.A., KLUETSCH R.C., CALHOUN V.D., LANIUS R.A. (2015) Distinct intrinsic network connectivity patterns of post-traumatic stress disorder symptom clusters, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Epub ahead of print.

VAN DER KOLK B.A., BURBRIDGE J.A., SUZUKI J. (1997) The psychobiology of traumatic memory. Clinical implications of neuroimaging studies, *Annales of the New York Academy of Sciences*, 821, 99-113.

WAGER T.D., LINDQUIST M., KAPLAN L. (2007) Meta-analysis of functional neuroimaging data : current and future directions, *Social and Cognitive Affective Neuroscience*, 2, 150-8.

WEBER M., KILLGORE W.D., ROSSO I.M., BRITTON J.C., SCHWAB Z.J., WEINER M.R., SIMON N.M., POLLACK M.H., RAUCH S.L. (2013) Voxel-based morphometric gray matter correlates of posttraumatic stress disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 4, 413-9.

WHALLEY M.G., RUGG M.D., SMITH A.P., DOLAN R.J., BREWINA C.R. (2009) Incidental retrieval of emotional contexts in post-traumatic stress disorder and depression : an fMRI study, *Brain and Cognition*, 69, 98-107.

WOON F.L., SOOD S., HEDGES D.W. (2010) Hippocampal volume deficits associated with exposure to psychological trauma and posttraumatic stress disorder in adults : a meta-analysis, *Progress in Neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34, 7, 1181-8.

YEHUDA R., LEDOUX J. (2007) Response variation following trauma : a translational neuroscience approach to understanding PTSD, *Neuron*, 56, 19-32.

YIN Y., JIN C., HU X., DUAN L., LI Z., SONG M., CHEN H., FENG B., JIANG T., JIN H., WONG C., GONG Q., LI L. (2011) Altered resting-state functional connectivity of thalamus in earthquake-induced posttraumatic stress disorder : a functional magnetic resonance imaging study, *Brain Research*, 1411, 98-107.

Chapitre 21

Le traumatisme complexe

Evelyne Josse

Les entités syndromiques d'état de stress post-traumatique proposées par la CIM et le DSM ne font pas état de la constellation de symptômes présentés par les victimes d'événements délétères prolongés et/ou répétés. C'est par le terme « traumatisme complexe » ou « trauma complexe » que l'on désigne habituellement ces pathologies post-traumatiques spécifiques. Bien que ce diagnostic soit absent des nomenclatures internationales et continue à faire débat, des experts, de plus en plus nombreux, en défendent la pertinence.

LA TYPOLOGIE DES TRAUMATISMES

► Traumatismes de type I, II et III

C'est à la psychiatre américaine Lenore Terr que l'on doit en 1991, la première typologie des traumatismes (Terr, 1991). Elle distingue deux catégories, les traumatismes de type I et de type II :

- Elle entend par traumatisme de type I un traumatisme induit par un événement unique, limité dans le temps, présentant un début net et une fin claire. Une agression, un accident, un incendie, sont quelques illustrations de ce genre d'incidents critiques ;
- Elle parle de traumatisme de type II lorsque l'événement à l'origine des troubles s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période. La violence intrafamiliale, les abus sexuels et les faits de guerre répondent à cette définition.

La psychologue américaine Eldra Solomon et sa collègue criminologue Kathleen Heide (Solomon et Heide, 1999) spécifient une troisième catégorie, le traumatisme de type III, pour décrire les conséquences d'événements multiples, envahissants et violents débutant à un âge précoce et présents durant une longue période. L'inceste et diverses maltraitances infligées aux enfants par leur entourage en sont des exemples typiques.

► Traumatismes simples et complexes

En 1992, Judith Herman, professeur à la *Harvard Medical School*, choisit de classer les traumatismes en deux catégories, les traumatismes simples et complexes (Hermann, 1992) :

- Sa définition des traumatismes simples les assimile aux traumatismes de type I définis par Terr. Les péripéties qui les engendrent constituent un événement ponctuel dans la vie du sujet ;
- Par traumatisme complexe, elle désigne le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes. Dans ces situations, la victime est généralement captive durant une longue période (mois ou années), sous le contrôle de l'auteur des actes traumatogènes et incapable de lui échapper. Ces traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de type II précisés par Terr et s'ils débutent à un âge précoce, aux traumatismes de type III définis par Solomon et Heide.

Actuellement, les dénominations trauma simples et complexes sont préférées à traumatismes de type I, II et III.

Il est important de ne pas confondre une personne dont la vie est émaillée de nombreux incidents critiques ponctuels (par exemple, perdre ses biens dans un incendie puis, quelques années plus tard, être délestée de son argent lors d'une agression, plus tard encore, être témoin d'un accident grave ou échapper à la mort dans un carambolage, etc). avec celle qui souffre de traumatisme complexe. Notons toutefois que la succession rapide d'événements graves risque d'induire des troubles assimilables au traumatisme complexe.

SPÉCIFICITÉ DES ÉVÉNEMENTS À L'ORIGINE D'UN TRAUMATISME COMPLEXE

Toute situation exposant longuement et/ou fréquemment les individus à des événements délétères est susceptible de générer un traumatisme complexe.

La violence intrafamiliale (violence conjugale, inceste, négligence, maltraitance et agressions physiques envers les enfants, les personnes âgées, etc.), les abus sexuels et/ou physiques extrafamiliaux, les violences exercées dans les camps de détention (torture, obligation à se

soumettre à des actes dégradants et immoraux, conditions de déshumanisation extrême, etc.), les faits de guerre (bombardements, tirs, mines, siège d'une ville, recrutement forcé, etc.), la traite des êtres humains (exploitation sexuelle contrainte, travail forcé), la persuasion coercitive (endoctrinement dans les sectes, redressement idéologique en captivité, etc.) et le harcèlement (harcèlement moral ou sexuel, racket) remplissent ces critères.

Ces situations sont caractérisées par la répétition de violences variées auxquelles les victimes ne peuvent échapper ou ont l'impression de ne pouvoir se soustraire : violences physiques (coups et blessures volontaires, torture, négligence grave, etc.), psychologiques (isolement, humiliations, chantage, menaces, etc.), sexuelles (viols, torture sexuelle, relations forcées avec un tiers, exploitation sexuelle contrainte, etc.) et/ou économiques (accès aux ressources interdit ou étroitement contrôlé, aliénation financière et matérielle, etc.)

Ce qui caractérise ces traumatismes, c'est qu'ils résultent d'une action humaine délibérée commise dans le cadre social et/ou d'agressions interpersonnelles : la douleur, les blessures, les sévices et la souffrance sont provoqués, voir entretenus et exacerbés intentionnellement. Les lois et les valeurs qui régissent l'humanité sont profanées, bafouées et reniées par des personnes généralement censées assurer protection ou porter secours aux victimes¹.

Ces violences ont en commun de corrompre, voire de détruire, la dignité et l'intégrité physique, psychologique et/ou sociale des personnes qui les subissent. Elles ruinent leur estime d'elles-mêmes, délitent leur sentiment d'appartenance à l'espèce humaine, brisent les liens qui les rattachent à leurs groupes d'affiliation (familial, communautaire, social, etc.), anéantissent la confiance qu'elles ont en l'humanité, bousculent la prévisibilité du monde et modifient ou obèrent l'accès au sens des choses.

LES PARAMÈTRES INFLUENÇANT LE DÉVELOPPEMENT D'UN TRAUMATISME COMPLEXE

Différents paramètres influencent l'apparition d'un traumatisme complexe. Parmi les plus déterminants, citons l'âge de la victime au moment des faits, la récurrence des événements traumatiques, leur durée et leur fréquence.

- L'âge : des incidents répétés vécus à un âge précoce entraînent un risque plus élevé de développer un traumatisme complexe que s'ils sont plus tardifs (Taylor *et al.*, 2005). Il est pertinent de supposer que la précocité des violences, a fortiori si elles sont réitérées,

1. Pour les enfants : parents, professeurs, éducateurs, etc. ; pour les victimes de violences intrafamiliales : conjoint, belle-famille ; pour les personnes victimes de violence politique : militaires, policiers, agents des pouvoirs publics, responsables de la sécurité, etc.

interfère chez les enfants avec la formation de mécanismes de défense psychique élaborés¹, l'établissement d'une relation de qualité avec un adulte signifiant, l'acquisition d'une fonction réflexive² adéquate, l'apprentissage du contrôle et de la régulation des affects, etc. Les personnes violentées plus tardivement auraient quant à elles davantage de possibilités de recourir à ces mécanismes adaptatifs pour moduler leur souffrance ;

- La récurrence des événements traumatiques : le risque d'apparition d'un traumatisme complexe est d'autant plus élevé que la personne a subi des incidents critiques répétés, de natures diverses, sur une longue période (Cloitre *et al.*, 2009). Notons que la répétition effective des événements traumatiques n'est pas indispensable. Leur anticipation associée à un sentiment d'impuissance et d'angoisse semble constituer une condition suffisante pour l'apparition d'un traumatisme complexe ;
- La durée : des événements subis pendant une longue période prédisent généralement une symptomatologie traumatique sévère ;
- La fréquence : une fréquence soutenue des événements traumatiques est le plus souvent prédictive d'un devenir psychopathologique défavorable.

LA SPÉCIFICITÉ CLINIQUE DES TRAUMATISMES COMPLEXES

Les événements délétères répétés ou prolongés sont susceptibles d'imprimer des marques durables sur la personnalité des victimes et d'induire des attitudes et des comportements définitifs et inadaptés. Les syndromes psychotraumatiques qu'ils induisent sont généralement plus durables, plus variés et moins prototypiques que les tableaux cliniques des traumatismes simples (Tarquinio et Montel, 2014).

Au début, les réactions présentées par les victimes d'un traumatisme complexe sont identiques à celles faisant suite à un traumatisme simple mais lentement, avec la répétition des agressions, certains troubles s'émoussent ou disparaissent alors que d'autres se maintiennent ou éclosent. Ainsi, les altérations de la personnalité apparaissent en concordance avec un possible estompement des manifestations prédominantes dans les phases immédiates et post-immédiates d'un traumatisme simple (souvenirs intrusifs, *flashbacks*, peurs, crises d'angoisse, troubles du sommeil).

1. Les mécanismes de défense sont des processus psychiques inconscients visant à défendre le Moi des pulsions jugées inconciliables ou dangereuses ainsi que des affects qui y sont liés. Le Moi se défend principalement contre l'angoisse.

2. La fonction réflexive est la capacité de comprendre ses propres attitudes et celles d'autrui en tenant compte des émotions, des croyances et des attentes implicites qui les étayent.

Voici quelques-unes des manifestations cardinales parmi les plus fréquemment observées dans les traumatismes complexes :

- Les altérations du caractère : les modifications de la personnalité sont souvent accompagnées par une altération de la capacité à exprimer et à gérer les émotions. Ces troubles se manifestent par une perturbation du comportement, de la communication et de l'adaptation dans le domaine des émotions et des pulsions allant du débordement (crises de colère, hyperréactivité à des stress mineurs, comportements asociaux et délinquants, etc.) à l'inhibition (repli sur soi, dépression, etc.) Les sujets peuvent se montrer agressifs, voire violents, envers autrui mais également adopter des comportements agressifs envers eux-mêmes se traduisant par une inclination vers la mort (préoccupation morbide par rapport à la mort, aux moyens de mettre fin à ses jours, à ses futures funérailles, etc.), des passages à l'acte suicidaire et des comportements autodestructeurs (automutilations, prise de risque inconsidérée) ;
- Les altérations de la relation à soi : les victimes éprouvent fréquemment une impression de dommage irréparable, des sentiments de culpabilité (auto-accusations) et de honte, une impression d'inefficacité, d'inutilité ou d'infériorité et de dégoût d'elles-mêmes induisant une baisse de l'estime de soi et du sentiment de valeur personnelle. Nombre d'entre elles sont sujettes à des épisodes transitoires de dépersonnalisation et manifestent, dans les cas les plus sévères, une dissociation structurelle de la personnalité. Ces troubles dissociatifs, centraux dans le traumatisme complexe, peuvent leur donner l'impression de ne plus être elles-mêmes ou d'avoir plusieurs personnalités ;
- Les altérations de la relation à autrui : les victimes éprouvent fréquemment des difficultés à établir ou à maintenir des relations de qualité. Elles écartent généralement les rapports intimes et leurs contacts sociaux sont souvent empreints de méfiance et de crainte, voire d'agressivité. L'évitement relationnel et le repli sur soi peuvent alterner avec des attitudes régressives de dépendance à autrui. Dans certains cas, les sujets établissent des liens pathologiques de confiance, d'empathie, de complicité ou de compassion avec l'auteur de leur malheur. Nous l'avons vu, le traumatisme complexe est induit par une situation où la victime a été en contact prolongé avec un agresseur auquel il lui a été impossible d'échapper, l'obligeant ainsi à établir une relation particulière avec lui. Les enfants victimes d'un abuseur ou d'un parent maltraitant et les adultes victimes d'un proxénète, d'un conjoint violent ou d'un supérieur hiérarchique harceleur peuvent ainsi éprouver des sentiments positifs envers leur tourmenteur. Ces relations pathologiques sont à considérer comme une stratégie d'adaptation. Percevoir l'auteur des violences comme digne de confiance atténue l'anxiété et la peur des captifs et des sujets piégés dans une relation d'emprise (Weber *et al.*, 2005) ;
- Les altérations de la relation au monde : les victimes peuvent éprouver un sentiment prolongé et récurrent de détachement, d'insécurité et/ou de perte de sens. En effet, le

traumatisme chronique remet en question l'ordre du monde et les valeurs fondamentales de l'humanité, privant les individus de repères et les plongeant dans le chaos de l'incompréhensible, de l'absurde et du non-sens. De plus, certaines personnes connaissent des épisodes transitoires de déréalisation pervertissant leur expérience de la réalité au point que le monde extérieur leur semble artificiel ou déréel ;

- Les altérations de la relation à la temporalité : les victimes éprouvent fréquemment des difficultés à désirer et à se projeter dans l'avenir, *a fortiori* dans un futur positif. Vouloir, c'est toujours vouloir un futur, c'est vouloir que le futur « soit » et qu'il soit ce qu'on en attend. En effet, les désirs, les attentes, les aspirations et les projets ont en commun d'être orientés vers un futur souhaité. Or, la détresse du traumatisé ne lui autorise pas l'espoir d'un futur positif (par exemple, s'imaginer heureux, s'amusant, vivant une vie « normale » et insouciant, etc.) Dès lors, l'avenir est incapable d'étayer les représentations de l'avènement des désirs et des actions (« Demain, je ferai... », « Dans un mois, je pourrai... ») et laisse un sentiment écrasant d'impuissance ;
- Les troubles somatoformes : les victimes peuvent développer des douleurs psychogènes, des troubles psychosomatiques dermatologiques (allergie, eczéma, psoriasis, urticaire, alopecie, pelade), respiratoires (asthme), digestifs (coliques, colite spasmodique, vomissements, diarrhée, gastralgie, ulcère gastroduodénal), cardiaques (hypertension, angor, infarctus du myocarde), endocriniens (trouble thyroïdien, diabète) et menstruels (aménorrhée, ménorragie, dysménorrhée, irrégularité du cycle menstruel, notamment après un traumatisme sexuel) ainsi que des dysfonctions sexuelles à expression somatique (baisse ou la perte de désir sexuel, aversion sexuelle, anorgasmie, dyspareunie, impuissance, vaginisme).

Plus que celles des adultes, la personnalité en devenir des nourrissons, des enfants et des adolescents soumis à des violences répétées, risque de subir des altérations indélébiles, voire d'être modifiée dans ses fondements (Josse, 2011). Les agressions exercées contre leur personne, les interactions violentes entre individus, la transgression du contrat social¹, des valeurs morales et des tabous, la douleur physique, la souffrance psychique, vont mettre en péril le développement de leur personnalité et de leurs compétences relationnelles, sociales et affectives. Pour rendre compte des effets traumatiques spécifiques sur les plus jeunes, des experts proposent une entité nosographique spécifique : le « *developmental trauma disorder* », en français « trouble traumatique du développement » (van der Kolk B. *et al.*, 2009).

1. On entend par « contrat social » le pacte établi par la communauté des humains dans le but d'établir une société organisée et hiérarchisée. Il est un ensemble de conventions et de lois garantissant la perpétuation du corps social.

LES TABLEAUX SPÉCIFIQUES DU TRAUMATISME COMPLEXE

En 1992, Judith Herman (Herman, 1992) suggère l'appellation *Complex Post-traumatic Stress Disorder* ou C-PTSD, en français « état de stress post-traumatique complexe », pour décrire les effets d'expériences traumatiques multiples et/ou chroniques et prolongées.

Entre 1990 et 1992, le groupe de travail chargé de la révision de la quatrième version du DSM propose une nouvelle entité nosographique, le « *Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified* » ou DESNOS (Luxenberg *et al.*, 2001, van der Kolk *et al.*, 2005), traduit en français par « troubles de stress extrême non spécifié. » Il n'a pas été entendu. Cette catégorie diagnostique n'a été introduite ni dans le DSM-IV publié en 1994 ni dans le DSM-V paru en 2013 car, à ce jour, le DESNOS reste insuffisamment défini et circonscrit. Des questions majeures restent en suspens. Ainsi, certains se demandent s'il vient compléter le tableau d'État de Stress Post-Traumatique dont il doit être considéré comme forme spécifique ou s'il peut survenir en l'absence d'un PTSD, et dès lors prétendre constituer une entité nosographique autonome. De plus, ses critères diagnostiques sont proches des symptômes décrits dans le trouble de la personnalité *borderline*. Pour certains spécialistes, il s'agirait d'une seule et même entité tandis que pour d'autres les symptomatologies se distingueraient par l'origine des troubles. Dans un avenir que l'on espère proche, la recherche clinique devrait permettre d'aboutir au consensus nécessaire à l'officialisation de ce diagnostic.

Le groupe de travail chargé de réviser la classification des affections post-traumatiques pour la CIM-11 propose l'introduction d'une nouvelle entité clinique, le « *Complex Post-Traumatic Stress Disorder* » ou « État de stress post-traumatique complexe. » En plus des principaux symptômes de stress post-traumatique (reviviscences, évitement, hypervigilance), ce tableau diagnostique devrait tenir compte des altérations persistantes du fonctionnement affectif (dérégulation des affects, hyperréactivité émotionnelle, explosion de violence, tendance aux états dissociatifs en cas de stress), du fonctionnement par rapport à soi-même (croyances négatives par rapport à soi, sentiments profonds de honte ou de culpabilité) et du fonctionnement relationnel (difficultés à maintenir des relations ou de se sentir proche des autres, WHO, 2014).

Nous proposons les tableaux du DESNOS (21.1) et du C-PTSD (21.2). Ils sont complémentaires et ensemble, embrassent l'ensemble de la sémiologie du traumatisme complexe.

Tableau 21.1. DESNOS

DESNOS (Luxenberg <i>et al.</i>, 2001)
I. Altération de la régulation des émotions et des impulsions A. Difficulté à réguler les affects B. Difficulté à moduler la colère C. Comportements autodestructeurs D. Préoccupations suicidaires E. Difficulté à moduler les pulsions sexuelles F. Prise de risques excessive II. Altération de l'attention ou de la conscience A. Amnésie B. Episodes dissociatifs transitoires et dépersonnalisation III. Trouble de la perception de soi A. Inefficacité B. Impression de préjudice permanent C. Sentiment de culpabilité et de responsabilité D. Honte E. Impression de n'être compris par personne F. Minimisation des expériences situations dangereuses IV. Altérations des relations interpersonnelles A. Incapacité à faire confiance B. Victimisations répétées C. Victimation d'autres personnes V. Somatisation A. Troubles du système digestif B. Douleur chronique C. Symptômes cardio-pulmonaires D. Symptômes de conversion E. Troubles sexuels VI. Altération dans les systèmes de représentation A. Désespoir B. Pertes des convictions de base

Tableau 21.2. C-PTSD

C-PTSD (Herman 1992)
I. Altérations de la régulation des affects : A. Dysphorie persistante B. Préoccupation suicidaire chronique C. Blessures infligées à soi-même D. Colère extrêmement inhibée ou au contraire explosive (peut alterner) E. Sexualité extrêmement inhibée ou au contraire compulsive (peut alterner) II. Altérations de la conscience A. Amnésie ou hypermnésie pour les événements traumatiques B. Épisodes dissociatifs transitoires C. Dépersonnalisation/ déréalisation E. Revivre des expériences, soit sous la forme de symptômes du Syndrome Secondaire à un Stress Traumatique (PTSD), soit sous la forme de ruminations III. Altérations dans la perception de soi A. Sentiment d'impuissance ou paralysie de l'initiative B. Honte, culpabilité et auto-accusation C. Sentiment d'être sali ou d'être marqué D. Sentiment d'être complètement différent des autres (peut inclure : sentiment d'être spécial, solitude complète, conviction qu'aucune autre personne ne peut comprendre, ou sentiment d'identité non-humaine) IV. Altérations dans la perception de l'agresseur : A. Préoccupation par la relation avec l'agresseur (incluant les préoccupations de vengeance) B. Attribution irréaliste d'une puissance totale à l'agresseur (attention : l'évaluation de la victime des réalités de la puissance peut être plus réaliste que celle du clinicien) C. Idéalisation ou gratitude paradoxale D. Sentiment de relation spéciale ou surnaturelle E. Acceptation du système de pensée ou des rationalisations de l'agresseur V. Altérations dans les relations avec les autres : A. Isolement et retrait B. Rupture dans les relations intimes C. Recherche répétée d'un sauveur (peut alterner avec isolement et retrait) D. Méfiance persistante E. Échecs répétés dans la protection de soi VI. Altérations dans les systèmes de signification A. Perte de la croyance réconfortante en la loyauté B. Sentiment de désespoir

Les traumatismes simples constituent un événement ponctuel dans la vie d'un sujet tandis que les traumatismes complexes sont caractérisés par une addition et une succession de violences. Les premiers exposent les personnes à un événement unique, circonscrit dans le temps, imprévisible et d'apparition brutale ; les seconds les soumettent à une violence durable, répétée, exempte de surprise, voire prévisible.

Le traumatisme complexe rend compte d'une réalité clinique non couverte par l'État de Stress Post-Traumatique. Il s'articule principalement autour des catégories de symptômes suivants : altérations dans la régulation des affects, de la perception de soi, des relations à autrui et du système de sens, troubles dissociatifs et somatisations. Les deux tableaux diagnostiques les plus diffusés sont le C-PTSD et le DESNOS.

BIBLIOGRAPHIE

CLOITRE M., STOLBACH B., HERMAN J., VAN DER KOLK B., PYNOS R., WANG J., PETKOVA E. (2009) « A developmental approach to complex PTSD : childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity », *Journal of Traumatic Stress*, 22, 5, 399-408.

HERMAN J.L. (1992) « Complex PTSD : A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma », *Journal of Traumatic Stress*, 5, 3, 377-391.

JOSSE E. (2011) *Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*, Bruxelles, De Boeck.

LUXENBERG T., SPINAZZOLA J., VAN DER KOLK B. (2001) « Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis. Part One : Assessment », *Directions in Psychiatry*, 21, 373-392.

SOLOMON E.P., HEIDE K.M. (1999) « Type III Trauma : Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma », *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43, 202-210.

TARQUINIO C., MONTEL S. (2014) *Les psychotraumatismes*, Paris, Dunod.

TAYLOR S., ASMUNDSON G., CARLETON R. (2005) « Simple versus complex PTSD : A cluster analytic investigation », *Anxiety Disorders*, 20, 459-472.

TERR L.C. (1991) « Childhood traumas : an outline and overview », *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.

VAN DER KOLK B., ROTH S., PELCOVITZ D., SUNDAY S., SPINAZZOLA J. (2005) « Disorders of Extreme Stress : The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma », *Journal of Traumatic Stress*, 18, 5, 389-399.

VAN DER KOLK B.A., PYNOS R.S., CICHETTI D., CLOITRE M., D'ANDREA W., FORD J.D., UEBERMAN A.F., PUTNAM F.W., SAXE G., SPINAZZOLA J., STOLBACH B.C., TEICHER M. (2009) « Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V », article non publié, disponible sur www.traumacenter.org.

WEBER J. M., MALHOTRA D., MURNIGHAN J. K. (2005) « Normal acts of irrational trust : Motivated attributions and the trust development process », *Research in Organizational Behavior*, 26, 75-101.

WHO, ICD11 Beta Draft, <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f585833559>

Chapitre 22

Dissociation et mémoire traumatique

Onno van der Hart

Lors de cette dernière décennie, on a redécouvert que la dissociation était une caractéristique clé du trauma et des troubles liés au traumatisme. Cette redécouverte se manifeste d'une part, par la classification des troubles dissociatifs dans le DSM-IV (APA, 1994), le DSM-V (APA, 2013) et la CIM-10 (OMS, 1992) – la CIM-10 incluant parmi eux les troubles dissociatifs du mouvement et de la sensation. D'autre part, elle transparait également dans l'existence d'un journal explicitement consacré à ce sujet, le *Journal of Trauma & Dissociation*, dans des articles cliniques et scientifiques parus dans une grande variété de journaux, et dans la publication d'un nombre croissant de livres spécialisés (Dell et O'Neil, 2009 ; Kédia et al., 2012 ; van der Hart et al., 2006, 2010). Cependant, parallèlement à cette attention accrue accordée à la dissociation liée au trauma, il s'est développé une confusion entre les phénomènes psychologiques qui devraient être considérés comme dissociatifs et ceux qui ne le devraient pas (van der Hart et Dorahy, 2009).

Une raison importante de cette situation conceptuellement fâcheuse est que de nombreux spécialistes du sujet, particulièrement en Amérique du Nord, n'ont jamais su appréhender la conception française originale de l'hystérie et de la dissociation, son apogée étant atteinte au XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, période au cours de laquelle Pierre Janet a mené ses recherches principales. La dissociation, également appelée la désagrégation (Janet, 1889), était comprise comme une division de la personnalité ou de la conscience de l'individu, que l'on pensait être une caractéristique sous-jacente de l'hystérie (l'hystérie englobe une large catégorie de troubles mentaux qui, en terminologie courante, vont du simple état de stress post-traumatique au trouble dissociatif de l'identité). Janet (1909) a défini l'hystérie comme suit :

« une forme de la dépression mentale caractérisée par le rétrécissement du champ de la conscience personnelle et par la tendance à la dissociation des systèmes d'idées et des fonctions qui par leur synthèse constituent la personnalité. »

Dans ses travaux précédents, Janet nomme ces sous-systèmes de la personnalité des *existences* ou même des *personnalités*, et il observe qu'elles ont leur propre sens de soi, au moins rudimentaire (Janet, 1889). Il a minutieusement séparé les différentes manifestations négatives de la dissociation de la personnalité, c'est-à-dire les *stigmates mentaux*, des manifestations positives, c'est-à-dire les *accidents mentaux* (Janet, 1894).

CONCEPTUALISATION RESTREINTE ET LARGE DE LA DISSOCIATION

Le DSM-V (APA, 2013) définit la dissociation comme « une rupture et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, de l'émotion, de la perception, de la représentation corporelle, du contrôle moteur et du comportement. » Cette définition dissimule le fait qu'il existe actuellement deux types principaux de conceptualisation. La première, s'inscrivant dans la lignée des idées originales du XX^e siècle est appelée la conception restreinte de la dissociation liée au trauma qui serait une division post-traumatique de la personnalité, tandis que la seconde est appelée la conceptualisation large (van der Hart et Dorahy, 2009). La conceptualisation restreinte considère la dissociation de la personnalité, principalement comme un échec d'intégration (par définition, la caractéristique des expériences traumatiques). La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (van der Hart *et al.*, 2006, 2010), qui est l'énoncé le plus prononcé de la conceptualisation restreinte, affirme que des expériences aussi accablantes provoquent une division de la personnalité en des parties dissociatives qui, soit évitent le traumatisme, soit sont obnubilées par lui : il s'agit là d'un point de vue plus accepté à l'extérieur qu'à l'intérieur des États-Unis. Cette insistance « janetienne » à définir une dissociation se développant initialement comme un échec d'intégration contraste avec le point de vue plus freudien estimant qu'il s'agit principalement d'une défense psychologique. Dans le cadre de cette conceptualisation restreinte, et plus particulièrement de la Théorie de la Dissociation Structurale de la Personnalité (TDSP), Nijenhuis et van der Hart (2011) ont présenté la définition suivante de la dissociation :

« une division de la personnalité de l'individu, c'est-à-dire, du système dynamique, biopsychosocial entier, qui détermine ses actions mentales et comportementales caractéristiques. Cette division de la personnalité constitue un point central du trauma. Elle évolue quand il manque à l'individu la capacité d'intégrer, partiellement ou en totalité, les expériences négatives. Elle peut soutenir l'adaptation dans ce contexte, mais généralement il existe des limites à cette adaptation. La division implique deux ou plusieurs sous-systèmes insuffisamment intégrés, dynamiques mais excessivement stables. Ces sous-systèmes exercent des fonctions, et peuvent inclure n'importe quelles actions mentales et comportementales, et les états impliqués. Ces états et sous-systèmes peuvent être latents ou activés séquentiellement ou en parallèle. Chaque sous-système dissociatif, c'est-à-dire partie dissociative de la personnalité, inclut au moins sa propre perspective à la

première personne, même rudimentaire. Comme chaque partie dissociative, l'individu peut inter-agir avec d'autres parties dissociatives et d'autres individus, au moins en principe. Les parties dissociatives maintiennent des frontières psychobiologiques particulières qui les maintiennent divisées, mais qu'elles peuvent, en principe, dissoudre. »

Conformément à la distinction effectuée par Janet entre les stigmates et les accidents mentaux, mentionnée ci-dessus, Nijenhuis et van der Hart affirment que phénoménologiquement, cette division de la personnalité se manifeste par des symptômes dissociatifs qui peuvent être classés en négatifs (pertes fonctionnelles telles qu'amnésie et paralysie) ou positifs (des intrusions telles que des reviviscences ou entendre des voix), et psychoformes (symptômes tels que l'amnésie et entendre des voix) ou somatoformes (symptômes tels que l'anesthésie ou des tics).

Concernant la fonction de défense psychologique, la dissociation peut avoir une valeur de survie, par exemple quand un symptôme négatif, tel que l'amnésie, survient. Ainsi, une fille, victime la nuit d'agressions sexuelles par son père, se considérant comme « l'enfant de la nuit » et est capable, en tant qu'« enfant du jour », amnésique des agressions sexuelles, de faire référence à son père d'une manière apparemment normale (van Derbur, 2004). Mais il est difficile d'attribuer une fonction défensive à des symptômes positifs tels que les reviviscences dissociatives (APA, 2013).

Dans ce que l'on nomme la conceptualisation large de la dissociation, qui a émergé dans les années 80, différents phénomènes sont englobés sous l'étiquette dissociation, détachés de tout lien avec une structure de personnalité divisée sous-jacente. Ainsi, cette conception inclut les altérations de la conscience, y compris le rétrécissement du champ de la conscience (que Janet distingue clairement de la dissociation), l'absorption et l'implication imaginaire, qui peuvent ou non être liées à une dissociation de la personnalité. Par exemple, quand nous nous concentrons sur un *stimulus* spécifique, tel que l'écoute intense d'un morceau de musique, il ne s'agit pas, par définition, de la manifestation d'une telle dissociation.

Dans le domaine de la conceptualisation large, deux développements sont remarquables. Le premier se rapporte à l'étude de ce qui est appelé la dissociation péritraumatique comme prédicteur de l'état de stress post-traumatique (ESPT), commencée en 1994 (Marmar *et al.*, 1994). La dissociation péritraumatique implique un ensemble d'expériences subjectives, incluant des altérations dans la perception du temps, du lieu et du soi, pendant et immédiatement après des événements potentiellement traumatisants. Une relation significative a en effet été trouvée dans de nombreuses études (mais pas toutes) (Lensvelt-Mulders *et al.*, 2008), mais la base conceptuelle de la construction de la dissociation péritraumatique demeure floue. Le second développement implique une ligne de recherche dans laquelle se distingue ce que l'on appelle un sous-type dissociatif de l'ESPT. Ce sous-type a finalement été intégré dans le DSM-V en tant qu'« ESPT avec symptômes dissociatifs » (APA, 2013). Comme l'ont montré un certain nombre d'études (Lanius *et al.*, 2010), ce « sous-type dissociatif » se caractérise par

des niveaux élevés de dépersonnalisation, de déréalisation et de sous-activation. Ces symptômes sont exclusivement considérés comme des symptômes dissociatifs, qu'ils proviennent ou non d'une dissociation sous-jacente de la personnalité. Cependant, ce que l'on appelle le sous-type non dissociatif de l'ESPT se caractérise aussi par des symptômes dissociatifs (positifs), tels que les reviviscences dissociatives « dans lesquelles les individus se sentent ou agissent comme si les événements traumatiques étaient en train de se reproduire » (APA, 2013). Ces symptômes découlent manifestement d'une dissociation de la personnalité. Ainsi, la distinction d'un sous-type dissociatif de l'ESPT semble constituer une anomalie dans la compréhension de la nature dissociative de l'ESPT en général (Nijenhuis, 2014). L'idée que la dissociation englobe exclusivement le phénomène de dépersonnalisation et de déréalisation comprend une variante : seules les réponses dominées par une stimulation parasympathique survenant au cours d'événements potentiellement traumatisants sont considérées comme dissociatives par nature : ce que l'on appelle les réactions « d'immobilisation » : effroi, gel et syncope (Schauer et Elbert, 2010). Selon ces auteurs, de telles réactions « dissociatives » doivent être distinguées des réactions « non dissociatives », par exemple la lutte et la fuite, qui sont dominées par une excitation sympathique. La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité considère que l'hyperexcitation comme l'hypoexcitation vécue pendant et après un traumatisme sont dissociatives par nature.

LA THÉORIE DE LA DISSOCIATION STRUCTURELLE DE LA PERSONNALITÉ

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TSDP), non seulement s'appuie fortement sur les idées originales de Janet, mais s'inspire aussi de Charles Myers qui distingue deux prototypes de sous-systèmes de personnalité ou de parties dissociatives. Myers (1940) a observé ces prototypes chez des soldats lourdement traumatisés. L'un des prototypes, tels que *l'enfant de nuit* de van Derbur mentionné ci-dessus, s'appelle la *partie émotionnelle de la personnalité* (van der Hart *et al.*, 2006, 2010 ; van der Hart *et al.*, 2010). Plus la traumatisation est chronique et complexe, et plus elle a débuté tôt (comme dans les cas sévères d'agressions et de négligences dans l'enfance), plus le système fait de parties émotionnelles (PE) et de parties apparemment normales (PAN) de la personnalité devient complexe. Alors qu'un simple ESPT peut se caractériser par deux ou trois de ces parties dissociatives, le Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI) implique le système le plus complexe de personnalité dissociative. Lorsqu'il est porteur d'une ou plusieurs PE, le patient reste fixé, voire coincé dans la réactivation sensorimotrice avec de fortes charges émotionnelles provenant des expériences traumatiques, comme Janet l'a formulé en 1919 :

« Tous ces malades [c'est-à-dire leurs PE] ... continuent l'acte ou plutôt la tentative d'acte qu'ils ont commencé au moment de l'événement [traumatisation] et ils s'y épuisent. »

En d'autres mots, la PE de l'individu est associée à des mémoires traumatiques et vit dans le *temps du trauma* (van der Hart *et al.*, 2010). Principalement activées par les systèmes d'action mammifères innés de défense physique et de peur d'attachement, également appelés systèmes opératoires émotionnels (Panksepp, 1998) ou systèmes motivationnels, la réactivation des PE a tendance à mobiliser des actions de défense contre ce qui est perçu comme une menace réelle pour l'intégrité du corps ou même de la vie, ainsi que des actions liées au besoin d'attachement et à la peur de perdre l'attachement (Liotti, 1999). Ainsi, il peut exister chez un seul individu traumatisé des PE coïncées respectivement dans le peur d'attachement, la fuite, le combat, et des réactions d'immobilisation qui peuvent inclure la soumission (totale). L'existence de PE mobilisant des défenses de fuite et/ou de combat dissociatifs est en elle-même une preuve : le point de vue considérant que seuls l'effroi, le gel et la syncope soient dissociatifs par nature est bien trop partiel (hormis le fait que, selon la conceptualisation restreinte, ces réactions ne sont dissociatives que si elles appartiennent à certaines parties dissociatives).

L'autre prototype s'appelle la *partie apparemment normale de la personnalité* (van der Hart *et al.*, 2006, 2010 ; van der Hart *et al.*, 2010). Lorsqu'il présente une PAN, comme l'*enfant de jour* de van Derbur, le survivant peut être amnésique des contenus portés par la PE ou ressentir comme ego dystoniques, c'est-à-dire ne lui appartenant pas, certaines PE, ou au moins certaines des actions et des idées de la PE. La PAN est obsédée par l'évitement des souvenirs traumatiques et de l'expérience intérieure en général. Véhiculée par des systèmes d'action de fonctionnement de la vie quotidienne, comme l'exploration, l'engagement social, les soins, les jeux, la régulation de l'énergie, la sexualité/la reproduction, la PAN est consacrée à la gestion de ces systèmes. Lorsqu'il présente une PAN, l'individu peut avoir conscience qu'il souffre de troubles mentaux comme un ESPT mais essaye de paraître « normal. » Le fait que cette normalité est seulement apparente se manifeste par des symptômes négatifs de détachement, d'engourdissement et d'amnésie partielle, ou dans des cas assez exceptionnels, d'amnésie complète vis-à-vis des expériences traumatiques et des PE liées. L'apparente normalité transparait également dans la résurgence récurrente de souvenirs traumatiques des PE et d'autres intrusions telles que la PAN entendant des voix provenant des PE.

En 1919 déjà, Janet soulignait la nature dissociative du souvenir traumatique :

« Elle était dissociée ; elle subsistait isolément en dehors de l'ensemble des sensations, des idées qui constituent la personnalité, elle se développait isolément sans contrôle et sans contre-points et le trouble cessait quand elle rentrait dans la synthèse de la personnalité. »

Il faut ajouter que les souvenirs traumatiques n'existent pas dans un vide psychologique mais constituent la remise en acte de « tentatives » d'actions de défense que les PE ont engagées au cours de l'événement traumatisant. La PAN peut revivre ces réactivations comme des intrusions dissociatives des PE. Mais pendant des épisodes de reviviscence dissociative, les PE peuvent avoir pris le contrôle exécutif et dominer complètement la conscience. Que ce soit dans le traitement de cas simples ou plus complexes, le but thérapeutique est essentiellement d'effectuer l'union de la/les PE et de la/les PAN.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *DSM-IV*, Washington, DC : Author.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013) *DSM-V*, Washington, DC : Author.

DELL P.F., O'NEIL P.A. (2009) (Eds.) *Dissociation and the dissociative disorders : DSM-V and beyond* (pp. 2-26), New York, Routledge.

JANET, P. (1889) *L'Automatisme psychologique : Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*, Paris, Alcan.

JANET P. (1894) *L'État mental des hystériques*, 2 vols, Paris, Rueff et Cie.

JANET P. (1909) *Les névroses*, Paris, Flammarion.

JANET P. (1919) *Les médications psychologiques*, Vol. 1, Paris, Félix Alcan.

KÉDIA M., VANDERLINDEN J., LOPEZ G., SAILLOT I., BROWN D. (2012) (Eds), *Dissociation et mémoire traumatique*, Paris, Dunod.

LANIUS R.A., VERMETTEN E., LOEWENSTEIN R.J., BRAND B., SCHMAHL C., BREMNER J. D., SPIEGEL D. (2010) « Émotion modulation in PTSD : Clinical and neurobiological evidence of a dissociative subtype », *American Journal of Psychiatry*, 167, 640-647.

LENSVELT-MULDERS G., VAN DER HART O., VAN OCHTEN J. M., VAN SON M.J.M., STEELE K., BREEMAN L. (2008) « Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic

stress : A meta-analysis », *Clinical Psychology Review*, 28, 1138-1151.

LIOTTI G. (1999) « Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds) », *Attachment disorganization* (pp. 297-317), New York, Guilford.

MARMAR C.R., WEISS D.S., SCHLENGER W.E., FAIRBANK J.A., JORDAN K., KULKA R.A., ET AL. (1994) « Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans », *American Journal of Psychiatry*, 154, 173-177.

MYERS C.S. (1940) *Shell shock in France 1914-18*, Cambridge, Cambridge University Press.

NIJENHUIS E. R. S. (2014) « Ten reasons for conceiving and classifying posttraumatic stress disorder as a dissociative disorder », *Psichiatria e Psicoterapia*, 1, 74-106.

NIJENHUIS E.R.S., VAN DER HART O. (2011) « Dissociation in trauma : A new definition and comparison with previous formulations », *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 4, 416-445.

PANKSEPP J. (1998) *Affective neuroscience : The foundations of human and animal emotions*, New York/Oxford, Oxford University Press.

SCHAUER M., ELBERT T. (2010) « Dissociation following traumatic stress : Etiology and treatment », *Zeitschrift für Psychologie*, 218, 109-127.

VAN DER HART O., DORAHY M. (2009) « Dissociation : History of a concept. In P.F. Dell & J.A. O'Neil (Eds) », *Dissociation and the dissociative disorders : DSM-V and beyond* (pp. 2-26), New York, Routledge.

VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R.S., SOLOMON R. (2010) « Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR : Theoretical considerations », *Journal of EMDR Practice and Research*, 4,2, 76-92.

VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R.S., STEELE K. (2006) *The haunted self : Structural dissociation and the treat-*

ment of chronic traumatization, New York/London, W.W. Norton & Co. (French edition : *Le soi hanté : Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. Bruxelles/Paris : De Boeck, 2010)

VAN DERBUR M. (2004) *Miss America by day : Lessons learned from ultimate betrayals and unconditional love*, Denver, CO, Oak Hill Ridge Press.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992) *IDC 10 : The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders*, Geneva, Author.

Chapitre 23

Dissociation structurale et carences précoces

Éclairage par la thérapie par Intégration du Cycle de la Vie

Joanna Smith

Derrière les tendances dissociatives, la plupart des thérapeutes EMDR ont pour habitude de chercher des expériences traumatiques répétées, notamment infantiles. Néanmoins, de plus en plus d'études indiquent que la propension à la dissociation structurale est sous-tendue, de façon plus profonde, par des antécédents de carences, négligences, maltraitements ou traumatismes précoces, puisque les capacités d'autorégulation émotionnelle se construisent principalement au cours des 2 ou 3 premières années de vie, à travers la mise en place de l'attachement. La thérapie par ICV soutient cette théorisation, puisqu'elle réduit les tendances dissociatives et améliore l'autorégulation émotionnelle lorsque les carences précoces sont traitées.

CONSTRUCTION DES CAPACITÉS DE RÉGULATION ÉMOTIONNELLE

► Le psychisme est associatif

Pierre Janet décrivait l'activité psychique comme une activité de « synthèse » (voir notamment, pour la présentation des idées de Janet (Saillot, 2014). Le psychisme réalise en effet

constamment un travail associatif entre les stimuli qu'il perçoit, d'origine interne ou externe, dans le présent, mais aussi en rapport avec son expérience passée. Ce travail a une visée économique manifeste : il permet de simplifier le décodage de l'expérience en cours en se référant aux expériences antérieures. Il permet également son intégration au reste du fonctionnement psychique.

Néanmoins, le fonctionnement associatif de l'activité psychique peut s'avérer problématique dans les cas où l'expérience antérieure, en particulier précoce, a été traumatique ou émotionnellement chargée, puisqu'une telle référence peut amener à une interprétation biaisée de la réalité. Ce risque est d'autant plus grand si le sujet n'a pas pu prendre de recul quant à son expérience traumatique, au point que celle-ci lui apparaît comme « vraie », émotionnellement, dans le présent. L'exemple type de ce phénomène est la phobie que développent certaines victimes de traumatismes : victimes d'accidents de voiture qui ne peuvent plus prendre le volant, femmes victimes de viol qui ont peur d'être approchées par tout homme, victimes d'agression qui n'osent plus retourner sur le lieu des faits, etc. Même si l'événement est terminé, le danger est perçu comme encore présent, et il est associé à certaines personnes ou certaines situations.

Dans ce contexte, la dissociation structurale, qui vise à maintenir à l'écart du reste du fonctionnement psychique certaines expériences antérieures d'origine traumatique, paraît être un mécanisme totalement aux antipodes du fonctionnement psychique spontané. Ceci souligne son caractère coûteux et drastique et donc sa fonction de mécanisme d'urgence, de dernier recours. La dissociation a pour objectif d'éviter la contamination émotionnelle et le maintien d'une situation de stress permanente.

► Rôle de l'attachement sécure sur les capacités d'intégration psychique

Au niveau neurobiologique, à la naissance, le système limbique et l'amygdale sont déjà opérationnels. Le nouveau-né a accès à l'expérience émotionnelle et peut mémoriser ces expériences, même s'il ne peut pas encore construire une mémorisation verbale structurée de celles-ci, sous la forme de la mémoire explicite (Bremner, 2014). La mémoire explicite relèverait notamment de l'hippocampe, qui est immature à la naissance mais connaît une maturation importante au cours des trois premières années de la vie.

Durant cette période de développement de sa capacité de parole, de pensée et de mémoire explicite, l'enfant est donc particulièrement dépendant de ses figures d'attachement pour sa régulation émotionnelle (décrite notamment en psychanalyse sous différentes appellations : contenance, pare-excitation, fonction alpha...) Les défauts majeurs de régulation émotionnelle et notamment les tendances dissociatives doivent donc attirer l'attention du clinicien sur cette période de vie du patient, et les événements qui ont pu entraver la qualité de la relation d'attachement et/ou présenter un caractère traumatique.

Les études récentes sur l'attachement indiquent que les capacités d'autorégulation de l'enfant sont fortement influencées par celles du parent, à travers une relation d'attachement sécuritaire. Nous savons également que la résilience est corrélée à la présence d'un attachement sécuritaire.

Liotti (2009) rappelle que la présence de traumatismes non résolus chez le parent prédit la désorganisation de l'attachement de son enfant. Cette désorganisation de l'attachement est associée à des états de transe de l'enfant : l'enfant apprend donc très précocement à se dissocier afin de faire face à ses états de détresse, lorsque son parent n'est pas suffisamment présent pour le protéger et le soutenir dans la régulation de ses émotions.

D'après Liotti, le trauma parental non résolu peut se transmettre à l'enfant de deux manières différentes : soit par répétition de la violence, l'enfant réactivant le trauma chez son parent qui le passe à l'acte, faute de pouvoir le contenir et l'intégrer au reste de son fonctionnement psychique ; soit par la confrontation de l'enfant à des états dissociatifs parentaux d'absence et d'indisponibilité émotionnelle. Dans ces deux cas, l'enfant est confronté à une situation paradoxale dont il ne peut s'extraire que grâce à la dissociation : la peur suscitée par la violence ou l'indisponibilité parentale active le système d'attachement et incite l'enfant à se rapprocher du parent ; mais le parent étant lui-même la source de cette peur, l'enfant est aussi incité par son système d'attachement à fuir le parent. Il s'agit d'une situation de « peur sans solution », entraînant une réaction dissociative.

Comme le formule Schore (2014) :

« Pendant cette période (des premières années de vie), les états du cerveau du bébé deviennent des traits ; ainsi, les traumatismes relationnels et la dissociation précoces seront inscrits et intégrés dans la structure profonde de l'hémisphère droit en plein développement¹. »

Schore résume ainsi (2014) :

« Les traumatismes d'attachement fixent ainsi le soubassement de l'usage d'une autorégulation primitive de caractère - c'est-à-dire la dissociation pathologique, pendant les stades de développement ultérieurs »

En effet, lorsqu'un être humain est confronté à une situation stressante, il active son système d'attachement, c'est-à-dire qu'il est instinctivement amené à chercher de l'aide et du réconfort auprès de ses pairs. Si son attachement est sécuritaire, il a l'espoir qu'il trouvera du soutien, et pourra mettre en place des stratégies pour s'apaiser en attendant de recevoir du secours. Si les capacités d'attachement ne sont pas sécuritaires, alors la détresse peut être accrue par la conviction de ne pas pouvoir recevoir ou de ne pas mériter de soutien (Liotti, 2009).

1. Traduction personnelle.

► Genèse des tendances dissociatives

Il résulte de ses recherches sur l'attachement que la dissociation peut être conçue comme un mécanisme de défense primitif, de dernier recours, pouvant être utilisée dans deux types de situations : les situations d'excès de stimulation, à caractère traumatique, et les situations d'insuffisance de protection, à type de négligences.

Dans le cas de la dissociation par défense contre le trop-plein de stimulation lié à un (ou plusieurs) trauma(s), les capacités de tolérance émotionnelle peuvent être initialement bonnes, mais le recours à la dissociation est nécessaire du fait de la confrontation de l'enfant à une (ou plusieurs) situation(s) anormalement intense(s) émotionnellement pour son âge.

Dans le cas de l'insuffisance de protection, l'enfant n'est pas suffisamment soutenu dans la construction de ses capacités d'autorégulation émotionnelle : il dispose d'une fenêtre de tolérance émotionnelle réduite et risque donc de se sentir rapidement débordé et, potentiellement, traumatisé. Ceci est lié non pas à l'intensité anormale de la situation rencontrée, mais au caractère insuffisamment sécure de la relation d'attachement. Celle-ci ne permet pas à l'enfant de construire un Soi solide et une cohésion psychique suffisante.

Dans certains cas, ces deux situations se cumulent : par exemple, l'enfance des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline est fréquemment caractérisée par cette insuffisance de protection sur fond de troubles de l'attachement, associée à la survenue d'événements traumatiques, souvent à type de maltraitements ou résultat des négligences (Smith et Guelfi, 2014).

La présence de mécanismes dissociatifs amène à se questionner sur la qualité de l'autorégulation émotionnelle du patient d'une façon plus générale, et notamment sur les circonstances qui n'ont pas permis à ces capacités d'autorégulation émotionnelle de mieux se développer.

SYMPTOMATOLOGIE, ANAMNÈSE ET DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE ORIENTÉES SUR LE DÉPISTAGE DE LA DISSOCIATION

► Symptomatologie

Il résulte de la dissociation un certain nombre de symptômes, qui peuvent s'organiser autour de deux axes que nous pourrions qualifier respectivement de symptômes d'hypoactivation (sous la fenêtre de tolérance), autrement dit d'anesthésie/amnésie ; et d'hyperactivation (au-dessus de la fenêtre de tolérance), autrement dit de débordement émotionnel.

Les principaux symptômes témoignant d'une hypoactivation sont l'amnésie dissociative (totale ou partielle), l'anesthésie émotionnelle (froideur affective, alexithymie, manque d'empathie...), la dépression chronique, et les comportements de recherche de sensations réactionnels à cet état d'hypoactivation : mises en danger, sports à risques, consommation de substances psycho-stimulantes, auto et hétéro-agressivité. Les symptômes d'hyperactivation sont liés à la réactivation d'émotions dissociées et se manifestent notamment par des attaques de panique, certains actes auto- ou hétéro-agressifs, des phobies, les *flashbacks* et reviviscences post-traumatiques, des tentatives de suicide et automutilations, un trouble de la personnalité borderline... (Salmona, 2012 ; Smith et Guelfi, 2014)

► Anamnèse et démarche diagnostique

Certains patients présentent une symptomatologie uniquement d'hypoactivation, d'autres essentiellement d'hyperactivation, d'autres enfin des deux registres alternativement, ou selon les périodes de leur vie.

Face à la présence de tels symptômes, il est utile de rechercher la présence d'antécédents traumatiques infantiles, notamment de traumatismes répétés. Il est également intéressant de chercher plus largement les négligences, maltraitements dans la relation d'attachement et les violences psychologiques. Néanmoins, il est aussi fondamental de comprendre les difficultés à mettre en place une réponse résiliente à ces événements en investiguant autant que possible la qualité de l'attachement précoce à travers l'anamnèse des premières années de vie (circonstances de la conception, de la grossesse, de la naissance et de l'allaitement, séparations précoces, traumatismes directs ou familiaux à cette période...) et l'histoire traumatique et d'attachement des parents eux-mêmes (exil, deuils, addictions, violence conjugale, niveau de dissociation...)

► Démarche thérapeutique

Les symptômes d'hypoactivation/amnésie, anesthésie et/ou d'hyperactivation/débordement émotionnel doivent faire suspecter la présence de mécanismes dissociatifs sous-jacents. Dans l'hypoactivation, la dissociation est sans doute assez étanche et il est possible que le patient n'ait pas accès, même intellectuellement, à l'origine de ses troubles. L'hyperactivation semble plus facile à traiter car les souvenirs traumatiques qui la sous-tendent sont souvent plus accessibles à la mémoire du fait que la dissociation est moins efficace.

ILLUSTRATION DU TRAITEMENT DES TROUBLES DISSOCIATIFS PAR LE TRAITEMENT DES CARENCES PRÉCOCES AVEC L'INTÉGRATION DU CYCLE DE LA VIE

La thérapie par Intégration du Cycle de la Vie (Pace, 2003) part du principe que les états émotionnels à l'origine de la symptomatologie sont dissociés, donc figés dans le passé. Le sujet réagit en effet dans son corps comme si l'événement était présent, même s'il peut savoir très clairement au niveau conscient que l'événement est terminé depuis longtemps : en quelque sorte, le corps l'ignore. Réduire la dissociation et les symptômes qu'elle produit nécessite donc de « prouver » au corps que le temps a passé et que les mécanismes défensifs (et dissociatifs) mis en place pour faire face à l'événement ne sont plus utiles aujourd'hui.

Pour ce faire, l'ICV va utiliser un outil original et simple, la Ligne du Temps, soit une liste de souvenirs de la vie du patient, rédigée en quelques mots, dans l'ordre chronologique, de son premier souvenir à aujourd'hui. Par exemple, pour traiter un souvenir traumatique, le thérapeute va partir d'une brève description de ce souvenir par le patient (en fonction de ce qu'il peut tolérer de raconter) puis l'amener à se remémorer les souvenirs suivants jusqu'à aujourd'hui, et ce de façon répétée au cours de la séance. L'objectif est de faire faire au patient l'expérience corporelle et émotionnelle que l'événement s'est passé il y a un certain temps et qu'il est terminé (Pace, 2003 ; Thorpe, 2012).

Lorsque les tendances dissociatives sont importantes (amnésie, anesthésie ou débordement émotionnel marqués), l'hypothèse développée dans la littérature sur l'attachement indique que ce sont les premières années de la vie qui ont été problématiques. En ICV, nous amenons alors le patient à s'imaginer à l'âge que nous souhaitons traiter (gestation, naissance, séjour en couveuse, séparation, stade de développement précoce difficile, etc.) puis à connecter cet état aux stades de développement suivants jusqu'aux premiers souvenirs et ensuite jusqu'à aujourd'hui. Cette procédure, répétée plusieurs fois au cours de la séance, et, en fonction des cas, pendant une ou plusieurs séances, a en général plusieurs effets : amélioration de la régulation émotionnelle (diminution des crises aiguës et de l'anxiété et de la dépression chroniques), résorption des troubles de l'attachement, meilleure estime de soi et meilleure capacité à se respecter et se faire respecter. Ceci est congruent avec le fait que les troubles dissociatifs puiseraient leur origine dans des carences ou traumatismes précoces et des troubles de l'attachement. Nous prendrons un extrait de suivi pour illustrer ce travail.

Arnaud

Arnaud est âgé de 38 ans et pris en charge par son secteur de psychiatrie (hospitalisations complètes et de jour alternativement) pour un trouble grave de la personnalité (avec suspicion de psychose) avec impulsivité, comportements antisociaux, achats pathologiques, auto-dévalorisation, quête affective, état

dépressif récurrent et une importante anxiété diffuse avec agitation psychomotrice. Il bénéficie depuis le début de l'âge adulte d'une prise en charge psychothérapeutique classique, verbale, en parallèle d'un suivi en hospitalisation avec différents traitements (dont neuroleptiques et antidépresseurs), qui l'ont beaucoup aidé à devenir moins impulsif, à s'exprimer davantage, et à avoir moins honte des traumatismes de son passé. Il reste néanmoins facilement débordé émotionnellement et présente des signes fréquents d'hyperactivation, dont les achats pathologiques qu'il utilise à la fois pour calmer ses angoisses d'abandon et son sentiment d'auto-dévalorisation, et lutter contre l'ennui (hypoactivation).

L'anamnèse précoce est marquée par une naissance traumatique et prématurée, suivie d'un séjour de 7 mois en couveuse. Afin de diminuer les tendances dissociatives sous-jacentes à ses difficultés de régulation émotionnelle et aux difficultés diagnostiques (hésitation diagnostique de longue date entre trouble grave de la personnalité et psychose, présentation atypique fréquemment sous-jacente aux troubles dissociatifs graves), nous proposons à Arnaud des séances d'ICV. Arnaud est amené à s'imaginer à partir de sa naissance et les premiers temps en couveuse, puis au long de son développement et ensuite à se remémorer ses souvenirs, que son thérapeute lui lit dans l'ordre jusqu'à aujourd'hui. Il présente des difficultés importantes à s'imaginer au tout début de sa vie, tout en étant manifestement angoissé. Les premières séances sont difficiles et le thérapeute doit faire des aménagements pour aider Arnaud à s'apaiser. Néanmoins, pour la première fois depuis 20 ans, il ne fait aucune crise d'achat pathologique pendant 1 mois après la 3^e séance. Les séances d'ICV se poursuivent, moins douloureuses, suivies une fois d'une rechute addictive d'achats pathologiques et le plus souvent d'un apaisement. Après 5 séances, Arnaud commente : « je me rends compte que c'est mon passé, j'ai plus à en souffrir, je peux rien y changer » ; de bons souvenirs lui reviennent, lui qui ressassait jusqu'alors de nombreux souvenirs douloureux au sujet de son passé. La thérapie se poursuit...

S'il s'agit ici d'un cas psychiatrique, l'ICV peut être utilisé dans de nombreuses indications, en particulier les traumatismes et les troubles dissociatifs, puisqu'elle permet notamment d'accéder aux expériences emmagasinées durant les premières années de vie (pour d'autres exemples, voir aussi Thorpe, 2012, 2014 ; Pace et Smith, 2011 ; Clément *et al.*, 2012 ; Smith, 2013, 2014).

L'amélioration des capacités d'autorégulation que permet cette thérapie, en ciblant les phases précoces du développement, confirme l'importance de cette période de la vie pour la construction de la régulation émotionnelle via les capacités d'attachement.

LA RECHERCHE EN ICV

La dissociation structurale se met en place face à des expériences précoces de traumatismes ou de carences lors du développement des capacités de régulation émotionnelle et de l'attachement. L'ICV est une technique permettant de traiter notamment les souvenirs implicites emmagasinés à cette période de la vie. Si les résultats empiriques sont nombreux et favorables, il serait désormais utile de développer la recherche en ICV afin d'objectiver les effets obtenus, d'autant que ceux-ci sont difficiles à obtenir avec d'autres méthodes thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

- BREMNER J.D. (2014) « Neurobiology of dissociation : a view from the Trauma Field », in P.F. Dell, J. A. O'Neil, *Dissociation and the dissociative disorders*, New York, Routledge, p. 329-336.
- CLÉMENT C., SMITH J. ET BERNARDO D. (2012) « Intégration du Cycle de la Vie : thérapie des troubles de l'attachement, de la dissociation et du trauma », in R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre, *Trauma et résilience*, Paris, Dunod, p. 293-304.
- LIOTTI G. (2009) « Attachment and dissociation, in P.F. Dell, J. A. O'Neil », *Dissociation and the dissociative disorders*, New York, Routledge, p. 53-66.
- PACE P. (2003) *Pratiquer l'ICV*, Paris, Dunod, 2014.
- PACE P., SMITH J. (2011), « L'Intégration du Cycle de la Vie : une technique permettant de mettre fin au cycle de la violence familiale », in R. Coutanceau et J. Smith, *Violence et famille*, Paris, Dunod, p. 305- 313.
- SAILLOT I. (2014) *Perspective et actualité de Janet sur les possessions et les extases mystiques*, Psychologie Française 59, 317-330.
- SALMONA M. (2012) « Mémoire traumatique et conduites dissociantes », in R. Coutanceau, J. Smith & S. Lemitre, *Trauma et résilience*, Paris, Dunod, p. 113-120.
- SCHORE A.N. (2014) « Attachment Trauma and the Developing Right Brain : Origins of Pathological Dissociation », in P.F. Dell, J. A. O'Neil, *Dissociation and the dissociative disorders*, New York, Routledge, p. 107-144.
- SMITH J. (2013) « Dissociation traumatique, carences précoces et troubles de la personnalité : approche thérapeutique par l'ICV », in R. Coutanceau et J. Smith, *Troubles de la personnalité*, Paris, Dunod, p. 347-355.
- SMITH J. (2014) « Traitement du trauma, de la dissociation et des troubles de l'attachement par l'ICV », in R. Coutanceau & J. Smith, *Violences aux personnes*, Paris, Dunod, p. 393-400.
- SMITH J., GUELFÉ J.D. (2014) « Enfance traumatique, carences précoces et troubles de la personnalité », in R. Coutanceau & J. Smith, *Violences aux personnes*, Paris, Dunod, p. 182-197.
- THORPE C. (2012) *The Success and Strategies of Lifespan Integration*, Bellevue, USA, Timeline Press.
- THORPE C. (2014) « Changer les schémas relationnels destructeurs par l'Intégration du Cycle de la Vie », in R. Coutanceau & J. Smith, *Violences psychologiques*, Paris, Dunod, p. 252-260.

Chapitre 24

Quelle est la relation entre la dissociation et la psychose ?

Andrew Moskowitz

L'étude de la relation entre la dissociation et la psychose est importante pour la conceptualisation, la compréhension et le traitement. Ici, nous nous intéresserons principalement aux deux premiers points, mais l'analyse qui suit doit clairement faire ressortir les implications pour le traitement.

La réponse à cette question complexe dépend d'au moins trois choses : 1) la manière dont les termes dissociation et psychose sont définis, 2) les symptômes psychotiques qui sont pris en compte, et 3) la manière dont les diagnostics de dissociation et de psychose sont conceptualisés. Chacune de ces interrogations sera examinée ci-dessous.

QU'ENTENDONS-NOUS PAR DISSOCIATION ET PSYCHOSE ?

La signification des termes dissociation et psychose a considérablement varié selon les époques. La *dissociation*, au sens psychologique, est une métaphore. Le terme a pour la première fois été employé deux siècles auparavant dans le domaine *social* pour qualifier un individu qui quitte un groupe dont il désapprouve désormais les positions. Un peu plus tard, il a été adopté par les *chimistes*, qui l'ont employé pour désigner la température à laquelle un composé se fractionne en ses éléments lorsqu'il est chauffé. Le terme de *dissociation* a d'abord été employé au sens psychologique au XIX^e siècle et popularisé par Janet (qui utilisait également le terme *désagrégation*) pour désigner une division de la personnalité (Moskowitz

et al., sous presse). Cependant, durant ces dernières décennies, ce terme a progressivement été employé dans un sens bien plus large, incluant certaines altérations de la conscience. Les définitions « officielles » de la dissociation, décrites dans le DSM-IV et V (APA, 1994, 2013), et la CIM-10 (OMS, 1992) sont larges et vagues, faisant référence aux « perturbations » ou aux « discontinuités » dans l'intégration d'une large gamme de fonctions mentales et physiques, dont la conscience, la mémoire, la perception et le contrôle moteur.

Brown (2006) propose une distinction utile entre les différentes utilisations du terme *dissociation*. Il soutient que le terme dissociation est actuellement utilisé de deux manières fondamentalement différentes - qu'il appelle *détachement* et *compartimentage*. Le « détachement » peut qualifier une déconnexion entre le soi et le monde, associée à des événements stressants mais habituellement transitoires. Les symptômes de *dépersonnalisation* et de *déréalisation* en constituent les meilleurs exemples. À l'inverse, le *compartimentage* implique une segmentation du fonctionnement mental dans une plus grande ou une moindre mesure. Dans sa forme la plus extrême, employée par Janet mais aussi dans la théorie actuelle de la *dissociation structurelle de la personnalité* (van der Hart *et al.*, 2006, e glossaire du DSM-5 (DSM-5, 2013)), ce compartimentage est limité à une division de la personnalité en plusieurs parties, à la suite d'une expérience traumatisante. Cette division de la personnalité constitue une caractéristique majeure du trauma... (et) évolue quand l'individu n'a pas la capacité nécessaire pour intégrer les expériences négatives... Chaque sous-système dissociatif, c'est-à-dire la partie dissociative de la personnalité, inclut au minimum sa propre perspective à la première personne, même si elle est rudimentaire. Comme chaque partie dissociative, l'individu peut interagir avec d'autres parties dissociatives et d'autres individus, du moins en principe. (Nijenhuis et van der Hart, 2011, p. 418)

Cependant, le *compartimentage* peut également faire référence à une division entre les fonctions mentales - par exemple, entre les souvenirs autobiographiques et émotionnels - sans préjuger si ces fonctions impliquent une division de la personnalité ou de la conscience. Une telle conceptualisation se retrouve dans le glossaire du DSM-V, dans lequel la dissociation est décrite comme « le clivage d'ensembles de contenus mentaux séparés de l'attention consciente » (APA, 2013). Il ajoute encore que la « séparation d'une idée de sa signification et de son affect émotionnel, comme c'est le cas pour l'affect inapproprié en schizophrénie » peut être considérée comme une forme de dissociation (APA, 2013).

Voir la dissociation comme un *détachement*, un *compartimentage* ou une *division de la personnalité* entraîne des implications en termes de relation à la psychose et à la schizophrénie. Par exemple, la *dépersonnalisation* est considérée depuis de nombreuses années comme une caractéristique majeure de la schizophrénie, bien avant qu'elle ne soit perçue comme une forme de dissociation. Si la dissociation est définie au sens large comme un « détachement », on pourrait certainement apprécier les symptômes négatifs de la schizophrénie comme étant une manifestation de la dissociation. Toutefois, afin de déterminer la relation à la psychose

et à la schizophrénie, nous prendrons en compte la dissociation uniquement comme un *compartimentage* des fonctions ou des activités mentales, ou une *division de la personnalité*.

Tout en étant moins complexe que la dissociation, le concept de *psychose* est également utilisé de différentes manières qui peuvent gêner notre compréhension de la relation entre la dissociation et la psychose. Dans les manuels officiels de diagnostic, la *psychose* équivaut simplement à un raccourci des *symptômes psychotiques* - que ce soit tous les symptômes *positifs* de la psychose, ou uniquement les délires et les hallucinations vécus sans *insight*. De manière plus officieuse, la *psychose*, ainsi que les termes *délires* et *hallucinations*, sont souvent réservés aux personnes souffrant d'un trouble mental diagnostiqué, ou quand ces symptômes ne semblent pas liés à une expérience de vie débordante. Dans ces derniers cas - lorsque la personne ne donne pas l'impression d'être malade mentalement ou semble avoir été traumatisée - les expressions telles que *type psychotique*, *quasi-délires* ou *pseudo hallucinations* apparaissent. Ces termes sont souvent employés même quand la phénoménologie est identique - par exemple, on considère qu'une survivante d'agressions sexuelles, qui entend la voix de son agresseur, fait l'expérience d'une *pseudo hallucination*, tandis que la même expérience (qualité et contenu de la voix, etc.) chez une personne à qui on a diagnostiqué une schizophrénie, et sans antécédent d'agression sexuelle connu, peut être considérée comme une (vraie) hallucination. Il n'est pas certain que de telles distinctions présentent une utilité conceptuelle ou clinique.

LA RELATION ENTRE LA DISSOCIATION ET LES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES

Alors qu'il est possible de comprendre tous les symptômes psychotiques du point de vue de la dissociation (Moskowitz *et al.*, 2009), il a été démontré que le symptôme ayant le lien le plus fort avec la dissociation est la présence d'hallucinations auditives, ou le fait d'entendre des voix (Moskowitz et Corstens, 2007 ; Moskowitz *et al.*, 2012). Malgré le concept durable de *pseudo hallucinations*, les études ont constamment échoué à trouver des différences majeures entre les voix entendues par des personnes présentant des diagnostics psychotiques, dissociatifs et post-traumatiques, et ceux ne présentant aucun diagnostic du tout (communément appelés les personnes « saines » entendant des voix), y compris le nombre de voix entendues, la manière dont les voix semblent « réelles, » et si elles sont entendues à l'intérieur de sa tête ou à travers ses oreilles (Dorahy *et al.*, 2009 ; Daalman *et al.*, 2010). En outre, la dissociation est très régulièrement reliée au fait d'entendre des voix dans une variété de groupes cliniques et de personnes non cliniques entendant des voix (Moskowitz et Corstens, 2007 ; Moskowitz *et al.*, 2012). Des études ont également montré que la dissociation servait d'intermédiaire entre les traumatismes de l'enfance et le fait d'entendre des voix (Perona-Garcelán *et al.*, 2012 ;

Varese *et al.*, 2011). Par exemple, Perona-Garcelán et ses collègues (2012) ont démontré que parmi les personnes qui avaient subi des maltraitements dans l'enfance, celles qui entendaient des voix avaient tendance à être plus dissociatives - dans la mesure où la relation autrefois significative entre le trauma de l'enfance et le fait d'entendre des voix disparaissait quand la dissociation était prise en compte. Au final, de nombreux groupes ont proposé comme approche thérapeutique de dialoguer avec les voix, de la même manière que les approches développées pour les Troubles Dissociatifs de l'Identité (par exemple Corstens *et al.*, 2012). De telles approches semblent utiles pour une grande variété de personnes qui entendent des voix, y compris celles présentant un diagnostic de schizophrénie. La capacité à parler avec les voix d'une personne - directement en tant que thérapeute ou indirectement en demandant à la personne de poser des questions à ses voix et de transmettre les réponses au thérapeute - implique que les hallucinations auditives répondent à la définition la plus rigoureuse de la dissociation, supposant une *division de la personnalité*. En raison de ce qui précède, et parce que le fait d'entendre des voix dans la schizophrénie et dans les Troubles Dissociatifs de l'Identité (et dans tous les autres groupes) semble largement similaire, il a été proposé que cette hallucination doit être considérée comme un symptôme dissociatif - et non un symptôme psychotique - même lorsqu'il apparaît chez des personnes diagnostiquées schizophrènes (Moskowitz et Corstens, 2007).

Il existe beaucoup moins de données reliant les délires, la pensée désorganisée ou le comportement déviant (ou la catatonie) à la dissociation. Par exemple, Perona-Garcelán *et al.*, (2012) ont démontré que, même si les délires étaient liés de manière significative aux traumatismes de l'enfance, la dissociation n'a pas influencé cette relation de cause à effet - au contraire de ce qu'ils ont découvert pour les hallucinations. Néanmoins, tous ces symptômes pourraient être considérés comme dissociatifs d'après la définition du *compartimentage*, car ils pourraient être reliés aux reviviscences dissociatives post-traumatiques (des intrusions du passé dans le présent), sans que la personne (ou l'observateur/l'intervieweur) reconnaisse qu'ils sont liés à la mémoire (Moskowitz *et al.*, 2009). Cette définition a spécifiquement été proposée pour expliquer le développement des délires (Moskowitz *et al.*, 2008).

En d'autres mots, une dissociation, selon les termes du *compartimentage*, peut survenir entre le composant autobiographique ou narratif d'un souvenir traumatique et les aspects *émotionnels* de la mémoire. En de telles circonstances, une personne pourrait être capable de décrire un événement qui est survenu, mais les émotions vécues à ce moment pourraient être stockées indépendamment de ce récit ou de cette histoire. Puis, lorsqu'elle serait provoquée par des stimuli similaires à ceux expérimentés au moment de l'événement traumatisant, la personne pourrait revivre ces émotions puissantes, mais ne pas reconnaître leur lien avec un événement antérieur. Dans une telle situation, elle pourrait alors inventer une histoire pour expliquer pourquoi elle ressent des émotions aussi fortes (par exemple : « Je me sens terrifié(e) car mon voisin essaye de me tuer ! »).

Ce modèle de délires serait considéré comme dissociatif d'après la seconde définition proposée ci-dessus (*compartimentage*), mais non d'après la définition de la *division de la personnalité*. Ceci explique peut-être pourquoi les hallucinations auditives présentent une relation avec la dissociation bien plus fortement démontrée que les délires. En effet, certaines études ont montré que la relation entre le fait d'entendre des voix et la dissociation était significativement plus forte que la relation entre le fait d'entendre des voix et les délires (Perona-Garcelán *et al.*, 2012) - ces données renforcent la conceptualisation selon laquelle le fait d'entendre des voix est dissociatif et non psychotique.

COMMENT LA DISSOCIATION EST-ELLE LIÉE AU DIAGNOSTIC DE SCHIZOPHRÉNIE ?

La conception originale de la schizophrénie, proposée par Eugen Bleuler en 1908 et en 1911, présente des connexions multiples et fortes avec le concept de dissociation, bien que celles-ci aient été peu reconnues (Moskowitz, 2008 ; Moskowitz et Heim, 2011). Toutefois, le diagnostic actuel de schizophrénie, tel que proposé par l'ICD-10 (OMS, 1992), et le DSM-IV et V (APA, 1994 ; 2013), est très différent de celui de Bleuler, et insiste bien plus que ce dernier sur les symptômes psychotiques. Par ailleurs, dans les diagnostics de la schizophrénie du DSM-IV et de l'ICD-10, certains symptômes psychotiques sont plus mis en avant que d'autres - ils sont dérivés de ce que Kurt Schneider (1959) appelle les symptômes de « premier rang. » Schneider considérait que ces symptômes étaient particulièrement prédictifs de la schizophrénie, et quelques-uns d'entre eux - deux voix ou plus parlant entre elles ou des voix commentant son propre comportement, et des délires « bizarres » (telles que des pensées insérées ou retirées de son esprit) - ont été incorporées dans les critères de diagnostic du DSM-IV et de l'ICD-10. De manière étonnante, ces symptômes se retrouvent habituellement dans le Trouble Dissociatif de l'Identité, certaines études les découvrant beaucoup plus souvent dans les TDI que dans la schizophrénie (Dorahy *et al.*, 2009). Pourquoi cela devrait-il être le cas ? Peut-on imaginer qu'il existe une relation plus étroite entre la schizophrénie et le TDI qu'on ne l'envisageait auparavant ? Certains plaident en effet en faveur de cet argument (Scharfetter, 2008).

Bien que cette opinion reste minoritaire, un certain nombre de chercheurs et de cliniciens penchent en faveur d'un sous-type dissociatif de schizophrénie (Ross, 2008), ou une réintroduction d'un diagnostic de *psychose dissociative* - distinct de la schizophrénie (van der Hart et Witztum, 2008). Avant que de telles propositions de diagnostic puissent être cautionnées, toutefois, il faut mettre en place des études bien conçues évaluant le trauma des enfants et des adultes, les symptômes et les troubles dissociatifs, ainsi que les symptômes psychotiques et les réponses différentielles au traitement (Moskowitz, 2011 ; Moskowitz and Heim, 2011).

Partir du principe que la schizophrénie doit présenter une solide base biologique ou génétique, sans prendre en compte la relation entre les symptômes psychotiques et les critères de diagnostic de trauma et de dissociation, ne peut plus se justifier.

En résumé, le concept de dissociation perçu comme une division de la personnalité, explique bien l'expérience des hallucinations auditives - indépendamment du groupe de diagnostic dans lequel elles apparaissent. D'autres symptômes psychotiques, comme les délires, peuvent être reliés aux troubles de la mémoire traumatique, dans laquelle il existe une séparation entre les souvenirs narratifs et émotionnels. Finalement, alors qu'il est pour le moins prématuré de considérer la schizophrénie elle-même comme un trouble dissociatif, les données s'accumulent en faveur d'un trouble psychotique dissociatif hybride, ou d'un sous-type dissociatif de schizophrénie. Des études de recherche, bien conçues et à large échelle, sont nécessaires pour tester toutes ces hypothèses, tout comme les implications en matière de traitement de ces études.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed), Washington, DC : Author.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed), Washington, DC : Author.

BROWN R.J. (2006) Different types of « dissociation » have different psychological mechanisms, *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 7-28.

CORSTENS D., LONGDEN E., MAY R. (2012) « Talking with voices : Exploring what is expressed by the voices people here », *Psychosis*, 4, 95-104.

DAALMAN K., MARCO M. S., BOKS P.M., DIEDERSEN K.M., DE WEIJER A.D., BLOM J.D., SOMMER I.E. (2010) « The same or different ? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals », *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1-6.

DORAHY M.J., SHANNON C., SEAGAR L., CORR M., STEWART K., HANNA D., MULHOLLAND C., MIDDLETON W. (2009) « Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history : similarities and differences », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 892-898.

MOSKOWITZ A. (2008) « Association and dissociation in the historical concept of schizophrenia. » *Psychosis, trauma and dissociation : Emerging perspectives on severe psychopathology*. Moskowitz, A., Schäfer, I. & Dorahy, M. J. (Eds.), London, Wiley, pp. 35-49.

MOSKOWITZ A. (2011) « Schizophrenia, trauma, dissociation and scientific revolutions », *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 347-357.

MOSKOWITZ A., CORSTENS D. (2007) « Auditory hallucinations : Psychotic symptom or dissociative experience ? », *The Journal of Psychological Trauma*, 6, 2/3, 35-63.

MOSKOWITZ A., CORSTENS D., KENT J. (2012) What can auditory hallucinations tell us about the dissociative nature of personality ? *Trauma, Dissociation and Multiplicity – Working on Identity and Selves*. Sinason, V. (Ed.), London, Routledge.

MOSKOWITZ A., HEIM G. (2011) « Eugen Bleuler's *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias* (1911) : A centenary appreciation and reconsideration », *Schizophrenia Bulletin*, 37, 3, 471-479.

MOSKOWITZ A., HEINIMAA M., VAN DER HART O. (in press.) « Defining psychosis, trauma and dissociation : Historical and contemporary conceptions. » *Psychosis, trauma*

- and dissociation (2nd Ed.) Moskowitz, A., Schäfer, I. & Dorahy, M.J. (Eds.), London, Wiley.
- MOSKOWITZ A., NADEL L., WATTS P., JACOBS W.J. (2008) « Delusional atmosphere, the psychotic prodrome, and de-contextualised memories » *Psychosis, trauma and dissociation : Emerging perspectives on severe psychopathology*. Moskowitz, A., Schäfer, I., Dorahy, M. J. (Eds.), London, Wiley, pp. 65-78.
- MOSKOWITZ A., READ J., FARRELLY S., RUDEGEAIR T., WILLIAMS O. (2009) « Are psychotic symptoms traumatic in origin and dissociative in kind ? » *Dissociation and the Dissociative Disorders : DSM-V and Beyond*, Dell, P., O'Neil J. (Eds.), New York, Routledge, 521-533.
- NIJENHUIS E.R.S., VAN DER HART O. (2011) « Dissociation in trauma : A new definition and comparison with previous formulations », *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 416-445.
- PERONA-GARCELÁN S., CARRASCOSO-LÓPEZ F., GARCÍA-MONTES J.M., DUCTOR-RECUERDA M.J., LÓPEZ JIMÉNEZ A. M., VALLINA-FERNÁNDEZ O., PÉREZ-ÁLVAREZ M., GÓMEZ-GÓMEZ M.T. (2012) « Dissociative experiences as mediators between childhood trauma and auditory hallucinations », *Journal of Traumatic Stress*, 25, 1-7.
- ROSS C. (2008) Dissociative Schizophrenia. *Psychosis, trauma and dissociation : Emerging perspectives on severe psychopathology*. Moskowitz, A., Schäfer, I., Dorahy, M. J. (Eds.), London, Wiley, pp. 281-294.
- SCHARFETTER C. (2008) Ego-fragmentation in schizophrenia : a severe dissociation of self-experience. *Psychosis, trauma and dissociation : Emerging perspectives on severe psychopathology*. Moskowitz, A., Schäfer, I. & Dorahy, M. J. (Eds), London, Wiley, pp. 51-64.
- SCHNEIDER K. (1959) *Clinical Psychopathology*, 5th ed, New York, Grune and Stratton.
- VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R.S., STEELE K. (2006) *The haunted self : Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London : W.W. Norton and Co. Pour une traduction française : *Le Soi Hanté : Dissociation structurelle et le traitement de la traumatisation chronique* (2010), Bruxelles, De Boeck.
- VAN DER HART O. AND WITZTUM E. (2008) Dissociative Psychosis. *Psychosis, trauma and dissociation : Emerging perspectives on severe psychopathology*. Moskowitz, A., Schäfer, I., Dorahy, M. J. (Eds.), London, Wiley, pp. 255-269.
- VARESE F., UDACHINA A., MYIN-GERMEYS I., OORSCHOT M., BENTALL R.P. (2011) « The relationship between dissociation and auditory verbal hallucinations in the flow of daily life of patients with psychosis », *Psychosis : Psychological, Social and Integrative Approaches*, 3, 14-28.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Geneva, Author

Chapitre 25

Les traumatismes vicariants

Gabrielle Bouvier
Hélène Dellucci

Le travail en psychotraumatologie, tant pour ce qui est de la prise en charge en situation aiguë, que celle concernant les traumatismes complexes et chroniques, a des effets sur les soignants. Outre le sentiment d'efficacité, la satisfaction dans une relation d'aide soutenante, ces effets peuvent aussi être moins agréables. Les psychotraumatologues entendent des contenus qui peuvent surprendre, provoquer des visions d'horreur, et contaminer le professionnel. Prendre soin de personnes dans un état de stress aigu, ayant un ESPT simple ou complexe peut-il avoir des répercussions délétères sur les soignants ? Cela peut-il aller jusqu'à la création d'une blessure traumatique ? L'épuisement d'un soignant peut-il être compris dans le cadre d'une traumatisation vicariante ? La réalité de ces effets et des risques doit être prise en compte pour le bien-être des soignants, souvent dévoués et volontaires, de façon à ce que leurs interventions restent efficaces. C'est ce phénomène du traumatisme vicariant que nous allons aborder à travers les pages qui suivent, leur symptomatologie, leur prévention et leur traitement.

DÉFINITION

Le Larousse donne comme définition pour le terme vicariant : qui remplace quelque chose d'autre. Par extension, un traumatisme vicariant parle d'un traumatisme apparu chez une personne « contaminée » par le vécu traumatique d'une autre personne avec laquelle elle est en contact. On peut aujourd'hui penser que le système des neurones miroirs joue probablement un rôle dans cette transmission, notamment par contamination physiologique et sensorielle. Mc Cann et Pearlman en 1990 (Mc Cann et Pearlman 1990) font référence de façon spécifique aux expériences traumatiques vécues par des thérapeutes travaillant avec des survivants.

Ultérieurement, leur définition est étendue par Saakvitne et ses collègues à un plus large groupe de personnes qui inclut tous ceux aidant des survivants ou des personnes traumatisées (Saakvitne *et al.*, 2000), telles que les gens du clergé (Day *et al.*, 2006), les travailleurs sociaux de première ligne (Price *et al.*, 2007), les professionnels du système judiciaire (Levin et Greisberg, 2003; Peters 2007), les prestataires de soins (Madrid et Schacher, 2006 ; Shah, 2010).

Un traumatisme vicariant peut donc apparaître chez tout professionnel travaillant avec des personnes traumatisées.

L'empathie semble être fondamentale dans le mécanisme pouvant amener un traumatisme vicariant (Pearlman et Saakvitne, 1995). Dans sa description de l'empathie, Decety (2005) indique qu'elle comprend deux facteurs : d'une part « un partage affectif non conscient et automatique avec autrui », et d'autre part « la nécessité de supprimer ou réguler temporairement et consciemment sa propre perspective subjective pour se mettre à la place de l'autre sans perdre son identité. » Ce second facteur aurait alors un effet protecteur. En reprenant cette définition de l'empathie, nous pouvons voir que ces deux facteurs jouent un rôle dans la relation du professionnel avec son patient. En effet, le partage affectif non conscient et automatique est inné et amène le professionnel à se mettre à la place du patient. Il s'agit d'une résonnance motrice passant par le système des neurones miroirs (Gallese, 2005), qui implique notre état du corps, nos réactions viscérales, puis nos émotions et permet au professionnel de se représenter le vécu de son patient de façon très réaliste. Le second facteur, c'est-à-dire se mettre à la place de l'autre sans perdre son identité, acquis au sein d'une relation d'attachement sécurisée, notamment par les apprentissages qui aident ainsi à trouver la bonne distance, jouerait quant à lui plutôt un rôle protecteur en permettant au professionnel de se demander ce que son patient a subi, comment il l'a vécu et comment il y a survécu. Le professionnel ressentira alors de la compassion et y trouvera un moteur pour aider son patient tout en pouvant penser : « je sais que je suis différent de toi. »

Lors de l'apparition d'un traumatisme vicariant, ce second facteur ferait défaut et ne jouerait alors plus son rôle protecteur, amenant ainsi le professionnel à s'identifier à son patient traumatisé et à commencer à imaginer ce qu'il ressentirait si les événements racontés lui étaient arrivés à lui. Le défaut de cette protection pourrait dès lors mener à une exacerbation du ressenti non volontaire et automatique (premier facteur), et provoquer chez le professionnel une sortie de sa fenêtre de tolérance. Ainsi, les événements vécus par le patient, son histoire ou ses réactions peuvent entrer en résonnance avec le propre vécu du professionnel, ce qui peut aboutir à une réaction traumatique chez ce dernier.

Ce mécanisme ne peut se prévenir, surtout la première fois, car les réseaux entrant en jeu sont souvent restés implicites chez le professionnel. Il ne s'agirait dans ce cas de rien d'autre que du réveil de réseaux neuronaux traumatiques dormants qui, s'ils sont suffisamment chargés en matériel émotionnel non résolu, pourraient être activés face à un déclencheur vécu chez

l'autre. Les personnes ayant des histoires traumatiques personnelles non résolues semblent plus vulnérables face à la traumatisation vicariante, même si les résultats des recherches divergent quant à ce point.

Une autre hypothèse expliquant l'apparition d'un traumatisme vicariant, complémentaire à la précédente, pourrait être celle du débordement face à des sentiments de désespoir et d'impuissance vécus par un professionnel engagé dans une relation d'aide. La motivation du professionnel à faire tout son possible pour la personne dont il s'occupe peut alors l'amener à en faire toujours davantage dans un mécanisme d'escalade symétrique proportionnel au sentiment d'impuissance ressenti.

Nous ne parlerons dans ce chapitre que des traumatismes vicariants apparaissant dans le cadre d'une relation professionnelle. Les traumatismes vicariants transmis par voie transgénérationnelle ou familiale ne seront pas traités ici, même s'il existe de nombreuses similitudes. Une fiche est consacrée aux traumatismes transgénérationnels.

Il nous paraît important de mentionner le cas des professionnels devant gérer le stress aigu chez des personnes qui viennent de vivre un événement dramatique. Les collègues spécialisés dans les interventions précoces attirent notre attention sur le fait qu'il est primordial de ne pas se laisser contaminer par le contenu des événements, ni céder à la panique de ne pouvoir rien faire face à l'énormité de ce qui s'est passé. Nous avons vu de nombreux collègues, avec des qualités cliniques hors pair, paniquer et se retrouver dans un état de vulnérabilité qui, outre le risque d'une traumatisation vicariante, réduit l'efficacité de leur intervention. Nous conseillons à ces collègues de d'abord apaiser leur corps, avant d'œuvrer à apaiser celui de leurs patients. Ensuite, nous encourageons le professionnel à se décentrer du contenu des événements, aussi horrible soit-il, pour se centrer sur la lecture physiologique d'abord, sur les besoins de leurs patients ensuite. Toute personne souffrant d'un stress aigu a de bonnes raisons d'être dans cet état, et a besoin d'un thérapeute capable de rester calme, réfléchi et centré sur ce qui peut apaiser son patient.

En psychotraumatologie comme en psychothérapie par ailleurs, un axe de travail important constitue l'attention que les professionnels devraient porter à leur ressenti face à leur patient. En effet, lorsqu'ils remarquent que la personne suivie provoque des réactions corporelles et des émotions négatives comme face à un déclencheur, cela montre une détérioration des conditions de travail, qui risquent de mettre à mal la fenêtre de tolérance du professionnel. Il faut alors penser au risque d'apparition d'un traumatisme vicariant.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes du traumatisme vicariant sont semblables à ceux d'une réaction post-traumatique selon le DSM IV-R, mais tendent à être moins intenses (Brady *et al.*, 1999 ;

Ghahramanlou et Brodbeck, 2000 ; Arvay et Uhlemann, 1996 ; Schauben et Frazier, 1995). Un traumatisme vicariant peut donc se manifester entre autres par des symptômes intrusifs tels que des *flashbacks*, des cauchemars et des pensées obsessionnelles (Courtois, 1988 ; Danieli, 1988 ; Herman, 1992 ; McCann et Pearlman, 1990), des comportements d'évitement (Courtois, 1988 ; Haley, 1974), des sentiments de détresse (Courtois, 1988 ; Herman, 1992), une altération du fonctionnement global (Dutton et Rubinstein, 1995 ; Figley, 1995 ; McCann et Pearlman, 1990). Un traumatisme vicariant peut aussi se traduire par une rupture dans les croyances fondamentales du professionnel (Brady *et al.*, 1999 ; Mc Cann et Pearlman, 1990), dans son image, son estime de soi, la confiance en ses capacités (Arvay et Uhlemann, 1996), ses croyances envers autrui et son environnement (Brady *et al.*, 1999 ; Schauben & Frazier, 1995 ; Mc Cann et Pearlman, 1990 ; alston et Figley, 2003). Peuvent apparaître également des troubles dans les relations interpersonnelles professionnelles ou privées avec notamment un sentiment d'insécurité, une difficulté à faire confiance et à gérer la distance relationnelle avec les patients (McCann et Pearlman, 1990 ; Pearlman et Saakvitne, 1995 ; Bober *et al.*, 2006), des difficultés à respecter la confidentialité, une inquiétude exagérée pour la sécurité des patients, des sentiments d'isolement et d'impuissance (Illife et Steed, 2000). On observe également des symptômes somatiques tels que des troubles du sommeil (McCann et Pearlman, 1990), de l'anxiété et des états dépressifs (Holtz *et al.*, 2002).

CONCEPTS RELIÉS

Le traumatisme vicariant a souvent été comparé à la fatigue compassionnelle, à un état de stress traumatique secondaire, au *burnout*, voire au contre-transfert analytique. Les définitions de tous ces termes sont variables selon les sources et elles se recouvrent souvent. Comment dès lors les différencier ?

Le terme de traumatisme secondaire est un terme générique utilisé la plupart du temps pour parler de tous les concepts décrivant une atteinte de la santé psychique d'un professionnel travaillant avec des personnes traumatisées.

En ce qui concerne le *burnout*, même si ce concept a été utilisé parfois pour décrire les réactions au travail en lien avec des personnes traumatisées, il est aujourd'hui clairement identifié dans le DSM-V comme une sous-catégorie de la dépression. Il est important de noter qu'il s'agit d'une pathologie liée à l'activité professionnelle quelle qu'elle soit, décrite comme une démotivation constante par rapport au travail. Toutes les professions sont concernées sans exclusion. Ce diagnostic peut donc être posé chez des personnes sans aucun lien avec des traumatismes.

La fatigue compassionnelle par contre n'est pas liée de façon restrictive à l'activité professionnelle, et indique plutôt un débordement du professionnel et un épuisement face à la

souffrance d'autrui, sans que cela soit forcément en lien avec une histoire traumatique de la personne aidée. Ce phénomène peut prendre des aspects divers sur le plan symptomatologique et ressembler au burnout, au traumatisme vicariant, à la dépression, ou à un mélange de tout cela.

Contrairement à la fatigue compassionnelle et au *burnout*, le traumatisme vicariant est toujours en lien avec une exposition au matériel traumatique d'autrui et présente lui-même les caractéristiques cliniques d'une traumatisation (Pearlman et Saakvitne, 1995), comme par exemple des images intrusives, ce qui n'est pas le cas de la fatigue compassionnelle ou du *burnout*. Ces deux derniers tableaux peuvent donc être observés chez des professionnels qui n'ont jamais été en contact avec des patients traumatisés ce qui n'est pas le cas du traumatisme vicariant.

Le contre-transfert, quant à lui, est une réaction du professionnel à son patient. Il est présent dans chaque relation et il fait partie de la thérapie. Il peut être utilisé par le professionnel et peut être d'une grande aide dans la thérapie, s'il est correctement compris et manié. Les traumatismes vicariants peuvent aussi être vus comme des réactions face à un patient donné, une histoire particulière mais si le contre-transfert est un aspect indissociable de la relation thérapeutique, que celle-ci se situe dans un courant psychanalytique ou non, un traumatisme vicariant n'est heureusement pas toujours présent dans une thérapie et il est domageable, pour le patient et pour le professionnel. Néanmoins, s'il survient, un traumatisme vicariant peut être « utile » au professionnel, qui peut ainsi avoir l'occasion d'accéder à du matériel implicite chez lui-même. Il n'est donc jamais superflu de se poser la question : « qu'est-ce que cette situation m'évoque ? que m'apprend-elle d'utile ? » Cela soutiendra la transformation de ce réseau dysfonctionnel en un apprentissage précieux, neutralisé d'émotions.

Un professionnel travaillant avec des patients traumatisés peut présenter à la fois un traumatisme vicariant et un *burnout*, chaque tableau clinique ayant sa symptomatologie, son évolution et son traitement. De la même manière, un traumatisme vicariant et un contre-transfert peuvent coexister et, dans ce cas, s'intensifier l'un l'autre (Pearlman et Saakvitne, 1995).

PRÉVENIR LE TRAUMATISME VICARIANT

Après ce bref tour d'horizon et avoir passé en revue les risques et les conséquences possibles à travailler avec des patients traumatisés, devons-nous considérer chaque professionnel travaillant avec des victimes de traumatismes à risque d'une traumatisation vicariante ? En tenant compte des hypothèses posées plus haut quant aux facteurs pouvant amener un traumatisme vicariant (le rôle de l'empathie, la présence de réseaux implicites chez le thérapeute, un possible débordement par des sentiments de désespoir et d'impuissance),

nous pouvons dire que nul professionnel travaillant au contact de patients traumatisés n'est à l'abri de développer un traumatisme vicariant. Peut-on alors prévenir ce phénomène, et si oui comment ?

Une prévention efficace nécessite que nous puissions nous armer face à l'émergence de vagues de désespoir et d'impuissance chez nos patients. Lorsque celles-ci surgissent dans le processus, cela signifie que nous avons affaire à un réseau neuronal bloqué dans des mémoires du passé, c'est-à-dire sans perspective d'avenir, donc sans espoir. La théorie de la dissociation structurelle (van der Hart *et al.*, 2006, 2010) nous apprend que réseau traumatique et réseaux de la vie quotidienne peuvent être déconnectés les uns des autres, et présenter une amnésie pour leurs contenus respectifs. Cela a pour conséquence d'une part un évitement phobique et hostile de tout contenu traumatique, d'autre part, la libération de charges émotionnelles considérables, lorsque les mémoires du passé sont touchées, risquant alors d'amener le patient à sortir de sa fenêtre de tolérance. Outre la stabilisation physiologique, il est important que le professionnel ne perde pas de vue qu'il a affaire à un survivant, qu'il continue à s'intéresser aux ressources de survie de ce dernier et soit garant de maintenir la perspective d'un avenir positif. En pratique, même si nous sommes des professionnels bien formés, nous sommes aussi tous des humains, susceptibles d'être surpris par ce que nous entendons et percevons de la part de nos patients. Face au risque d'oublier cette dimension de survie si importante, il n'est donc pas inutile de se rappeler régulièrement que dans notre travail de psychotraumatologues, nous faisons équipe avec des survivants.

Nous conseillons aux professionnels qui pourraient avoir des idéations touchées par le désespoir ou l'impuissance, de faire une pause pendant l'entretien. Cette pause de quelques minutes durant laquelle nous pouvons boire un café, manger un carré de chocolat, regarder le ciel, croiser d'autres collègues, peut nous permettre, en tant que professionnel, de restaurer nos capacités d'orientation. Faire un café, un thé ou aller chercher un verre d'eau sont des actions qui mettent en mouvement le corps du thérapeute, et de ce fait le font changer d'état. Cette pause, notamment dans le contenu du récit, en plus de l'aide pour le thérapeute à porter son regard à nouveau sur les capacités de survie et de résistance de son patient, lui permettent de prendre soin de lui, une dimension qui devient primordiale dans ce moment crucial et qui agira comme une modélisation à l'égard du patient. Cette intervention thérapeutique ne prend que quelques minutes. Le professionnel ainsi réarmé pourra retourner en entretien avec un état du corps plus calme, qui lui sera nécessaire pour continuer à aider la personne.

Un autre aspect important pour le bien-être du professionnel est de veiller à ce que la prise en charge du patient soit solidement construite, avec un plan de traitement clair, auquel il pourra se référer de façon à avoir toujours à l'esprit les objectifs du traitement. Cette conceptualisation permet au professionnel de se maintenir dans une situation où il peut avoir une influence thérapeutique favorable sur le patient. Un plan de traitement, des objectifs thérapeutiques concrets et des évaluations régulières permettent ainsi de se rendre compte

de l'avancée du patient et des changements opérés par lui. Il nous paraît donc nécessaire et extrêmement utile de prendre le temps de construire cet outil de travail qui s'avérera précieux tant pour la personne en thérapie que pour le professionnel.

Il nous paraît primordial que l'outillage du professionnel compte un espace de supervision, ou d'intervision, c'est-à-dire un lieu bienveillant et neutre qui peut lui permettre de se remettre en question en toute sécurité et d'avancer dans le confort d'être accompagné et conseillé. Cela permettra au professionnel de se situer tout en gagnant en objectivité par le partage collégial. Outre le soutien dont il bénéficie, cette pratique réflexive l'amènera également à garder une distance suffisante, dans le but de rester thérapeutique et efficace dans de bonnes conditions pour son patient et pour lui-même. Le groupe de soutien sera également à même de constater chez le collègue les premiers signes d'une possible traumatisation vicariante et l'interpeller en ce sens, afin que cette blessure puisse rapidement être transformée en un apprentissage pertinent.

On comprendra que l'accent doit être mis sur l'idée de ne pas rester seul face à un patient susceptible de déclencher chez le professionnel des réactions pouvant conduire à développer un traumatisme vicariant.

TRAITER UN TRAUMATISME VICARIANT

Lorsque le traumatisme vicariant est installé, plusieurs pistes peuvent encore être proposées. Nous allons les énumérer dans un ordre qui n'est pas forcément celui dans lequel elles doivent être appliquées. De plus il s'agit d'outils à utiliser en fonction des besoins du professionnel sans qu'il soit forcément nécessaire de les cumuler.

Un bon outil est le protocole de la lettre d'influence, directement dérivé du protocole de la lettre (Dellucci, 2009). Ici c'est au professionnel d'écrire une lettre à son patient avec lequel il se sent dans une impasse, coincé, émotionnellement touché au point de risquer de sortir de sa fenêtre de tolérance. En général, à ce stade, le thérapeute présente des émotions suffisamment intenses pour l'inviter à inclure dans cet écrit tout ce qu'il a sur le cœur, dans le ventre, tout ce qu'il pense et qu'il n'ose pas dire à son patient. Cette lettre ne sera pas remise au patient bien sûr, mais fera l'objet d'un retraitement chez le thérapeute, travaillée par le professionnel pour son propre compte avec un collègue, en supervision, en intervention ou dans son propre espace thérapeutique. Cette lettre se travaille comme n'importe laquelle au moyen du protocole des lettres. Cet outil permet au professionnel d'aborder ses propres réseaux implicites qui entrent en résonnance avec ceux de son patient et qui ont fini par amener le travail thérapeutique dans une impasse. Cette pratique, d'après nos constatations empiriques, conduit à l'apaisement du professionnel, fait émerger des pistes chez ce dernier, qui étaient bien présentes, mais obnubilées par sa souffrance. Nous avons également constaté

des changements importants par la suite, pas seulement chez le professionnel, mais aussi chez le patient. D'autre part, le thérapeute pouvant se situer plus clairement dans la prise en charge, cela a un effet sur la relation thérapeutique qui se trouve grandement améliorée.

Sans attendre un traumatisme vicariant avéré, nous conseillons l'utilisation de la lettre d'influence à chaque fois que le thérapeute serait tenté ou déjà en train de se suradapter à son patient. Nous comprenons ainsi la suradaptation comme déjà une perte de distance, une réaction face à l'impuissance ressentie, qui mène invariablement le thérapeute à se surinvestir et ce, pas nécessairement de la manière la plus adaptée pouvant dès lors avoir pour effet une détérioration des conditions de travail.

Il est aussi possible d'utiliser l'exercice du patient catastrophe. Celui-ci consiste à utiliser la difficulté actuelle avec le patient comme un plan de ciblage, c'est-à-dire à définir des déclencheurs en lien avec ce patient, jusqu'à cibler la pire situation possible avec le patient concerné. En partant de la pire image de cette situation difficile, une cognition négative est définie qui sera utilisée pour rechercher des cibles dans le passé du professionnel. Ici, la connexion de la difficulté avec ce patient avec les cibles du passé et surtout le souvenir source émergant la plupart du temps de manière tout à fait surprenante, soutient ainsi l'hypothèse de la présence de réseaux implicites chez le professionnel. Ces cibles ainsi mises à jour pourront faire l'objet d'un retraitement EMDR tout à fait classique.

Parfois il peut être utile d'explicitier les pires peurs du thérapeute face au patient, afin de permettre d'en reconnaître leur part rationnelle pour pouvoir agir dans la réalité, et la part irrationnelle de cette peur, qui pourra faire l'objet d'un retraitement par un protocole standard. Il est possible également qu'une prise en charge qui bloque amène chez le thérapeute l'émergence d'une émotion qui devient prépondérante. Il peut aussi s'avérer utile de débayer chez le professionnel les émotions et les sensations engrangées en utilisant les outils habituels en EMDR (protocole standard, travail sur les peurs du futur, remise à zéro des émotions ...)

Nous pouvons dire que les traumatismes transmis dits vicariants existent, qu'ils se manifestent comme n'importe quel traumatisme sur le plan clinique et qu'ils se désensibilisent aussi facilement que les blessures d'événements que l'on a soi-même subies. Nous tenons à souligner que comme pour toute blessure traumatique transmise, dont les traumatismes vicariants font partie, celle-ci signale l'importance et l'intensité du lien qui peut exister entre deux ou plusieurs personnes. En termes d'attachement, cette dimension nous paraît non-négligeable.

Par ailleurs, même si les professionnels restent centrés sur les ressources et les compétences de leurs patients et usagers, ce qui à notre sens les protège en grande partie d'une traumatisation vicariante, il n'empêche qu'ils peuvent néanmoins être touchés par ce que vivent leurs patients. Rappelons-nous que la notion de fenêtre de tolérance n'est pas réservée à l'exclusivité de nos patients. Nous invitons dès lors nos collègues à s'exercer à prendre soin d'eux-mêmes. Cela aura deux conséquences : d'une part, ils seront mieux en mesure de prendre soin des personnes dont ils s'occupent, d'autre part leur capacité à prendre soin d'eux agira comme un modèle.

BIBLIOGRAPHIE

- ARVAY M.J., UHLEMANN M.R. (1996) « Counsellor stress in the field of trauma : A preliminary study ». *Canadian Journal of Counselling*, 30, 3, 193-210.
- BOBER T., REGHER C., ZHOU, Y.R. (2006) « Development of the Coping Strategies Inventory for trauma counselors ». *Journal of Loss and Trauma : International Perspectives on Stress and Coping*, 11, 1, 71-83.
- BRADY J., GUY J., POELSTRA P., BROKAW, B. (1999) « Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors ». *Professional Psychology : Research and Practice*, 30, 4, 386-393.
- COURTOIS C.A. (1988) *Healing the incest wound : Adult survivors in therapy*. NewYork : Norton.
- CUNNINGHAM, M. (1999) « The impact of sexual abuse treatment on the social work clinician ». *Child and Adolescent Social Work Journal*, 16, 4, 227-290.
- DELLUCCI H. (2009) « Les neurones miroirs : une nouvelle clé pour comprendre les traumatismes transmis ? » *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43, 2. Bruxelles, De Boeck.
- DANIELI Y. (1988) « Confronting the unimaginable : Psychotherapists' reactions to victims of the Nazi Holocaust ». In J. P.Wilson, Z. Harel, B. & Kahana (Eds.) *Human adaptation to extreme stress : From the Holocaust to Vietnam*. (pp. 219-238), New York, Plenum
- DAY J.H., VERMILLYEA E., WILKERSON J., GILLER E. (2006.) *Risking connection in faith communities : A training curriculum for faith leaders supporting trauma survivors*, Baltimore, Sidran Institute Press.
- DECETY J. (2005.) « Une anatomie de l'empathie. » *Psychologie et Neuropsychiatrie cognitives*, 3, 11, 16 – 24.
- DUTTON M.A., RUBINSTEIN F.L. (1995.) « Working with people with PTSD : Research implications ». In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 82-100), New York, Brunner/Mazel.
- FIGLEY C.R. (Ed.) (1995) *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, New York, Brunner/Mazel.
- GALLESE V. (2005) « Embodied simulation : from neurons to phenomenal experience ». *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 4, 23 – 48.
- GHAHRAMANLOU M., BRODBECK C. (2000) « Predictors of secondary trauma in sexual assault trauma counselors ». *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 4, 229-240.
- HALEY S.A. (1974) « When the patient reports atrocities : Specific treatment considerations of the Vietnam veteran ». *Archives of General Psychiatry*, 30, 191-196.
- HERMAN J.L. (1992) *Trauma and recovery*, New York, Basic Books.
- HOLTZ T., SALAMA P., CARDOZO B., GOTWAY C. (2002) « Mental health status of human rights workers. Kosovo, June 2000. » *Journal of Traumatic Stress*, 15, 5, 389-395.
- ILIFFE G., STEED L. (2000) « Exploring counselor's experience of working with perpetrators and survivors on domestic violence ». *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 393-412.
- LEVIN A.P., GREISBERG S. (2003) *Vicarious trauma in attorneys*. Pace Law review, <http://digitalcommons.pace.edu/plr/vol24/iss1/11>
- MC CANN I.L., PEARLMAN L.A. (1990) *Psychological trauma and the adult survivor : Theory, therapy, and transformation*, New-York, Brunner/Mazel.
- MADRID P.A., SCHACHER, S.A. (2006) « A critical concern : Pediatrician self-care after disasters », *Pediatrics*, 117, 5, 454-457.
- PEARLMAN L.A., SAAKVITNE K.W. (1995) *Trauma and the therapist : Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*, New-York, Norton.
- PETERS J.K. (2007) *Representing children in child protective proceedings : Ethical and practical dimensions* (3rd ed), LexisNexis Matthew Bender.
- PRYCE J.G., SHACKELFOR K.K., PRICE, D.H. (2007) *Secondary traumatic stress and the child welfare professional*, Chicago, Lyceum Books, Inc.
- SAAKVITNE K.W., GAMBLE S., PEARLMAN L., LEV B. (2000) *Risking connection : A training curriculum for working with survivors of childhood abuse*, Lutherville, Sidran Press.

SALSTON M.D., FIGLEY C.R. (2003) « Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization », *Journal of Traumatic Stress*, 16, 2, 167 – 174.

SCHAUBEN L.J., FRAZIER P.A. (1995) « Vicarious trauma : The effects on female counselors of working with sexual violence survivors », *Psychology of Women Quarterly*, 19, 1, 49-64.

SHAH S.A. (2010) « Mental Health Emergencies and Post-Traumatic Stress Disorder ». In G.B. Kapur & J.P.

Smith (Eds) *Emergency Public Health : Preparedness and Response*, pp. 493-516, Boston, Jones and Barlett Publishers.

VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R.S., STEELE K. (2006) *The Haunted Self : Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*, New York/London, W.W. Norton & Co. Pour la traduction française (2010) : *Le Soi Hanté : Dissociation Structurelle et Traitement de la Traumatisation Chronique*, Bruxelles, DeBoeck.

Chapitre 26

La dynamique familiale

Michel Silvestre

Le travail thérapeutique avec les enfants, que ce soit avec l'EMDR ou une autre approche, nous questionne sur son articulation avec le contexte familial. Doit-on travailler avec l'enfant seul, doit-on le voir avec ses parents, comment gérer la relation de l'enfant avec ses parents, comment construire le traitement de l'enfant en tenant compte de son besoin d'autonomie, de différenciation et d'appartenance ? Nous avons décrit dans un autre chapitre combien la thérapie EMDR avec un enfant doit s'inscrire dans une approche contextuelle s'appuyant sur la dynamique familiale autour des concepts d'attachement, de la régulation émotionnelle, du mode de communication verbale et non-verbale avec comme point d'orgue la notion de sécurité familiale.

COMMENT DÉFINIR LA DYNAMIQUE FAMILIALE ?

C'est un ensemble d'éléments comprenant la structure familiale et ses interactions et certains auteurs vont jusqu'à parler de danse familiale. Cette structure est illustrée par la hiérarchie familiale et les différents sous-systèmes, le mode de communication, les styles d'attachement, la qualité d'accordage des parents envers les enfants et le processus dynamique de résolution de problèmes spécifique à la famille et dépendant de son cycle de vie (Minuchin, 1998)

Cette hiérarchie observée au sein de la famille est un des aspects clés de la structure familiale. Nous entendons par hiérarchie la place occupée par les parents et les enfants. Est-ce que chacun est sa place ? Les parents fonctionnent-ils comme parents et les enfants comme enfants ? Bien évidemment le fonctionnement de cette hiérarchie dépend du niveau de développement des enfants et du cycle de vie de la famille.

On parlera alors de hiérarchie familiale fonctionnelle quand chaque membre sera à sa place. On la dira dysfonctionnelle dans les situations où l'enfant peut être parentifié, lorsque les parents ne fonctionnent pas comme parents ou lorsqu'il est pris dans une relation particulière de coalition avec un parent contre l'autre. On dira alors que l'enfant est triangulé dans le fonctionnement parental, obligé de fonctionner à un niveau où il ne devrait pas être, en rapport à son développement et prendre des décisions qui ne devraient pas le concerner. Ainsi, cette mère demandant à sa fille de 8 ans si son amant pouvait rester à la maison ce soir et sa fille de lui rappeler que ce n'était pas possible car papa rentrait.

Un autre point de la structure familiale est la notion de sous-systèmes. Nous envisagerons trois sous-systèmes familiaux : le sous-système parental, celui du couple et celui de la fratrie. Chaque sous-système est défini par trois éléments : une frontière extérieure régulant les échanges des membres de ce sous-système avec les autres membres de la famille, une frontière intérieure régulant les échanges entre les membres de ce sous-système et un mode de relation entre les membres de ce sous-système.

► Le sous-système parental

Le sous-système parental est fait des interactions des parents avec les enfants, de la mère avec les enfants ou du père avec les enfants. Nous observerons comment le sous-système mère-enfant est plus ou moins régulé par sa frontière extérieure. Est-ce que la mère peut s'occuper des enfants ou le père intervient-il chaque fois qu'elle décide de quelque chose avec eux ? Dans ce cas de figure, on parlera alors d'une frontière trop ouverte et de comportement d'intrusion.

D'une autre façon, si le père se sent exclu de ce que fait la mère avec les enfants et ne peut pas intervenir, on parlera alors d'une frontière fermée. Il est important d'observer le degré d'implication de chaque parent dans la vie des enfants pour déterminer la qualité de la relation du parent avec l'enfant ? Est-elle appropriée, permet-elle l'expression des émotions où est-elle désengagée ou enchevêtrée ? Une relation désengagée étant l'indication d'un style d'attachement plutôt évitant du parent et souvent associée avec une frontière fermée. Une relation enchevêtrée, l'indication d'un style d'attachement plutôt ambivalent et associée avec une frontière ouverte (Delage, 2013).

► Le sous-système du couple

Le sous-système du couple est aussi défini par une frontière externe et interne et une relation spécifique entre les deux partenaires. Un des points clés à évaluer est la présence ou pas de violences domestiques dans le couple. Nous rappelons au lecteur que cet élément est souvent sous-diagnostiqué par les thérapeutes et qu'il participe à définir ou pas un climat de

sécurité familiale. Il faut aussi noter la capacité de ce couple à se protéger des intrusions, comme celles des enfants ou d'autres membres de la famille élargie. Comment les parents protègent-ils leur intimité ? Est-ce qu'ils peuvent fermer la porte de leur chambre ? Est-ce que les enfants doivent traverser la chambre des parents pour aller aux toilettes ? Est-ce que l'enfant est tenu au courant des relations amoureuses des parents ou de la qualité de leur sexualité ?

Nous pouvons voir combien un enfant peut être aspiré dans un sous-système de couple et triangulé par celui-ci en fonction d'une frontière beaucoup trop ouverte. D'une façon opposée, si ce sous-système est caractérisé par une frontière très fermée, l'enfant peut se sentir rejeté voire abandonné par ses parents qui ne prendront pas ses besoins en compte. Ainsi, ce couple ne voulant pas sacrifier une soirée amoureuse d'un vendredi, ne prend pas en considération la souffrance de leur enfant et attend le lendemain pour l'emmener aux urgences et apprendre qu'il s'était fracturé le bras en rentrant de l'école.

► Le sous-système de la fratrie

Les mêmes éléments d'observation vont être à l'œuvre avec le sous-système de la fratrie. Quelle est la qualité de la frontière définissant cette fratrie ? Est-elle trop ouverte ou fermée ? Est-ce que les enfants peuvent s'amuser ensemble ou est-ce qu'ils doivent subir l'intrusion permanente d'un parent ? Comment les membres de cette fratrie résolvent-ils leurs conflits ? Est-ce qu'il y a des comportements de violence ? L'observation clinique nous a montré que la qualité de fonctionnement de la fratrie est une information sur la qualité de fonctionnement du couple.

Nous tenons à préciser pour le lecteur que ces notions de hiérarchie, de frontières et de sous-systèmes ne définissent pas un modèle normatif de fonctionnement familial mais sont les éléments d'une grille de décodage de la dynamique familiale.

Un autre aspect à prendre en compte dans l'observation de la dynamique familiale est la notion de cycles de vie. Milton Erikson définit le cycle de vie comme une alternance entre un temps d'équilibre et un temps de changement (Haley, 1973). Le temps d'équilibre est caractérisé par un fonctionnement homéostatique, avec une organisation particulière ou règne la notion illusoire de l'acquis une fois pour toutes, tout paraît stable. Le temps pour le changement est marqué par la notion de discontinuité, de rupture, de chaos, de déséquilibre, de crise, c'est un moment de bifurcation ou un symptôme peut apparaître (Carter et Mc Goldrick, 1980).

L'apport essentiel de cette notion de cycle de vie est de permettre une définition contextuelle du symptôme. C'est-à-dire qu'il peut être vu comme l'expression de la difficulté de ce système familial à franchir les étapes du cycle de vie. Le porteur du symptôme (souvent l'enfant) nous

alertant alors de la souffrance familiale. Le symptôme sera vu comme un problème et aussi comme ayant une fonction dans le groupe familial (Morris-Smith et Silvestre, 2013).

Il en est ainsi d'un enfant développant une phobie scolaire pour éviter de laisser sa maman seule dans la journée, d'un enfant présentant des troubles d'apprentissage pour rester « bébé » car grandir c'est dangereux. De même, un adolescent peut manifester des difficultés d'autonomisation au moment de quitter la maison car partir peut être trop douloureux pour ceux qui restent.

Il est opportun de noter que la nature des symptômes présentés par un enfant va dépendre des différentes phases du cycle de vie et nous informer des difficultés de la famille à négocier le passage d'un niveau de cycle de vie à un autre.

QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DU CYCLE DE VIE ?

Nous pouvons *a minima* envisager six étapes, mais le lecteur comprendra que la réalité est beaucoup plus complexe, en particulier lors des moments de réorganisation familiale comme à la suite d'un divorce. La première étape est celle où la personne quitte sa famille et explore le monde, la deuxième celle du développement d'une relation stable (mariage, PACS), vient ensuite la ou les naissance(s) des enfants et la période de l'enfance, puis celle du milieu de vie et de l'adolescence, le sevrage des parents et le départ des enfants et enfin l'étape de la retraite et de la vieillesse.

Venons-en maintenant au mode de communication qui caractérise cette dynamique familiale.

Les travaux de l'école du *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto en Californie ont mis en exergue cinq axiomes de la communication et nous servent de cadre de référence (Watzlawick, 1972).

- Le premier axiome de cette théorie de la communication met en évidence qu'on ne peut pas ne pas communiquer.
- Le deuxième, que dans toute communication humaine il y a une dimension non-verbale ou analogique, une dimension verbale ou digitale et un lien de méta communication entre les deux ; c'est-à-dire que la dimension non-verbale « parle » sur la dimension verbale en la validant ou pas. Ainsi, la forme d'un message qualifie ou pas le contenu de ce message comme déjà exprimé par Victor Hugo dans cette formule célèbre « la forme : c'est le fond qui remonte à la surface. »
- Le troisième axiome ajoute une notion d'ordre au message. Tout message, composé d'un niveau de communication non-verbal et verbal, définit en plus un ordre dans l'organisation de la relation : qui décide de quoi on parle, qui contrôle l'échange.

- Le quatrième axiome définit deux modes de relation observés dans toute communication humaine, une relation dite complémentaire et une relation dite symétrique. Dans une relation complémentaire, chaque partenaire est alternativement dans une position haute et basse (à l'image des balançoires d'enfants), étant à la fois celui qui organise la communication ou qui y répond. L'absence de flexibilité dans ce positionnement sera souvent à la source d'un dysfonctionnement, comme celui observé par exemple, dans les situations d'excès de la position basse. Situations rencontrées lorsque la personne porteuse d'un symptôme organise la vie de l'autre en le faisant travailler, s'inquiéter, réfléchir ; on parlera alors de la force de la position basse. Cette absence de flexibilité dans l'alternance de ces positions est une des caractéristiques des couples de violences domestiques (Christen *et al.*, 2004).

En ce qui concerne la relation symétrique, il s'agit d'une tension permanente dans la recherche de la position haute par chaque partenaire pour avoir le dernier mot. Ce pattern spécifique de fonctionnement dit d'escalade symétrique s'observera dans les couples à transactions violentes.

- Le dernier axiome porte sur la notion de ponctuation et donc de création de réalité, pour nous thérapeutique est particulièrement important dans la définition du problème présenté, que ce soit au sein d'une famille ou d'un couple. Il permet de définir qui a un problème, moi, lui, nous ? Cette ponctuation thérapeutique va dépendre non seulement de la famille mais plus largement de comment le thérapeute appréhende la situation.

Pour conclure sur l'évaluation de la dynamique familiale, nous aimerions insister sur les quatre points qui nous paraissent fondamentaux. Le fonctionnement de la hiérarchie familiale avec des frontières appropriées, la qualité des liens d'attachement, la congruence des messages de communication et la qualité d'accordage entre les parents et l'enfant. Ces quatre points permettent de répondre à la question essentielle avant tout travail thérapeutique, quel est le niveau de sécurité entre les membres de la famille ?

BIBLIOGRAPHIE

CARTER B., MC GOLDRICK, M. (1980) *The Changing Family Life Cycle*, New York, Gardner Press.

CHRISTEN M., HEIM C., SILVESTRE M., VASSELIER-NOVELLI C. (2004) *Vivre sans violence ? Dans les couples, les institutions, les écoles*, Relations, Edition ERES.

DELAGE M. (2013) *La vie des émotions et l'attachement dans la famille*, Paris, Odile Jacob.

HALEY J. (1973) *Uncommun Therapy, The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, MD*, New York, The Norton Library.

MINUCHIN S. (1998) *Familles en thérapie*, Relations, Édition ERES.

MORRIS-SMITH J., SILVESTRE, M. (2013) *EMDR for the Next Generation : Healing Children and Families*, www.academic-bookshop.com

WATZLAWICK P., HELMICK-BEAVIN J., JACKSON D.D. (1972) *Une logique de la communication*. Paris, Seuil.

Chapitre 27

L'attachement

Laura Vismara
Cyril Tarquinio

À partir des années cinquante, John Bowlby élabore le concept d'*attachement*, visant à montrer que les relations interpersonnelles sont la motivation centrale du développement humain. La façon dont un parent répond aux demandes d'attachement de son enfant est à la base de l'organisation du Soi, de la construction des relations sociales et du lien affectif. Dans cette perspective, la connaissance des représentations de l'attachement des parents donnera une idée de leur capacité à réfléchir et à résoudre leurs vécus relatifs à l'attachement, dans le passé comme dans le présent. L'absence d'une telle capacité peut représenter un grave risque dans la transmission intergénérationnelle d'états mentaux insécures et/ou atypiques, compromettant la régulation réciproque de la dyade parent-enfant : à court terme la santé mentale de l'enfant est minée, ce qui constitue un facteur de risque à moyen et long terme.

LES ORIGINES DE L'ATTACHEMENT

Les nouvelles recherches neurobiologiques montrent comment le mécanisme évolutif de l'attachement représente la matrice intersubjective primaire, qui permet à l'enfant, dès la naissance, de devenir un être social, en recherche constante des autres personnes pour apprendre des états d'imitation réciproque dans le contexte d'une adaptation émotive mutuelle. Ces comportements sont essentiels pour créer le Soi, pour adapter ses propres états intérieurs et ses relations extérieures (Schore et Schore, 2011).

En ce sens, l'attachement ne se veut pas uniquement un comportement manifeste, il est également une organisation intérieure qui « se construit au sein du système nerveux, au

cours et en tant que résultat des expériences que l'enfant vit dans sa relation transactionnelle avec sa mère » (Ainsworth, 1967).

L'axe central de la théorie dans sa formulation originale est le postulat selon lequel les premiers liens d'attachement sont organisés en modèles de fonctionnement du Soi en relation avec autrui. Ces modèles ne seraient toutefois pas des systèmes représentatifs rigides, mais plutôt des représentations dynamiques qui, dès lors qu'elles sont intériorisées, agissent en dehors de la conscience en structurant et en organisant les perceptions et les interprétations de l'expérience interpersonnelle. Il est notamment retenu que ces modèles organisent les sentiments et les comportements individuels dans les relations d'attachement (Bretherton, 1985 ; Main *et al.*, Cassidy, 1985). Pour cette raison, il ne s'agit pas de filtres passifs de l'expérience car ils contribuent également à une recreation individuelle active des modèles de relation. Mary Main les définit comme « un ensemble de règles conscientes et/ou inconscientes pour l'organisation des informations pertinentes dans l'attachement et pour acquérir ou limiter l'accès à ces informations concernant les expériences d'attachement, les émotions et les concepts. Les différences individuelles du Modèle Interne Opérant (MIO) sont liées non seulement au comportement non verbal mais aussi aux modèles du langage et des structures de la pensée » (1985).

Bowlby soutient que, dès lors qu'ils sont formés, ces modèles tendent à rester stables, sauf pour le cas où l'enfant connaît des expériences relationnelles significatives qui pourraient intervenir et les modifier ou les contredire. Des situations menant à la détérioration de la qualité des interactions avec la figure d'attachement peuvent également survenir. De tels événements pourraient pousser l'enfant à mettre en place des mécanismes de défense, puis à exclure les informations négatives et à former un modèle distinct du Soi par rapport à la figure d'attachement (Bowlby, 1973). Cette exclusion défensive, même si elle présente une valeur adaptative immédiate, interfère, au cours du développement, avec l'adaptation de l'individu (Bowlby, 1980).

Pour expliquer ce phénomène, l'auteur introduit la distinction entre mémoire sémantique et mémoire épisodique ou autobiographique, mise en place par Tulving (1972). La mémoire épisodique se réfère aux événements vécus, localisés de manière spécifique dans le temps et rappelés de manière séquentielle, tandis que la mémoire sémantique se réfère à la connaissance générale qui consiste en faits impersonnels, indéfinis, qui ont été codés au niveau linguistique.

Dans la formation d'un modèle opérant scindé, les enfants effacent les mémoires autobiographiques des expériences négatives et/ou traumatiques et emmagasinent les interprétations données par leurs *caregivers* dans la mémoire sémantique. Ainsi l'enfant aura un MIO, auquel il aura accès de manière consciente, qui considérera le Soi comme méchant pour justifier le refus du parent, et un MIO, en dehors de la conscience, qui considérera le *caregiver* comme

méchant et le Soi comme bon. Cependant, ce dernier continuera à influencer indirectement les processus mentaux, en n'assurant pas un bon fonctionnement des MIO.

Plus récemment, Bretherton (1999) a développé la notion de Modèle Interne Opérant, prenant en compte une relecture de l'attachement à la lumière des théories cognitives et sociales sur les représentations mentales. De ce point de vue, l'auteure propose de les considérer dans un réseau de hiérarchies de schèmes qui s'influencent les uns les autres, avec un nombre de niveaux imprécis (mais fini), plutôt qu'un modèle à deux niveaux comme l'a théorisé Bowlby. Selon cette hiérarchisation, les schèmes interactifs se présenteraient au niveau le plus bas, tout près de l'expérience, tandis que les schèmes généraux se trouvent sur les niveaux supérieurs, qui comprennent un ensemble de schèmes de niveau inférieur. L'auteure suggère, par conséquent, qu'un individu insécure, plutôt que d'avoir des Moi séparés, aurait un Moi du Soi et du *caregiver* mal organisé, où des réseaux de schèmes sont dissociés l'un de l'autre, à l'intérieur et entre les niveaux hiérarchiques, laissant apparaître des communications contradictoires avec les autres.

LES DÉVELOPPEMENTS DE LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

► L'attachement au cours de la vie

La recherche sur les processus de changement, qui révèlent les tendances adaptatives ou non-adaptatives de chaque phase d'évolution dans le cadre des objectifs et des crises attendus pour chacune d'entre elles, souligne l'importance, pour anticiper les résultats du parcours évolutif, de l'étude des modifications et des révisions des Modèles Opérationnels Internes au cours du cycle de la vie (Parkes, Stevenson-Hinde, Marris, 1995 ; Ainsworth, 1989, 1991 ; Main *et al.*, 1985 ; Kobak et Sheery, 1988 ; Greenberg *et al.*, 1990 ; Bying-Hall et Stevenson-Hinde, 1991 ; Carli, 1999), en valorisant le fonctionnement et les spécificités au-delà de l'enfance et ne se limitant pas à la seule relation *caregiver*-enfant.

Les travaux effectués ces dernières années ont exploré l'adaptabilité et le fonctionnement psychosocial pendant le développement en relation avec l'attachement. Ils ont montré qu'à l'âge d'un an, l'attachement sécure est lié à une affectivité positive et à des capacités à résoudre les problèmes ; à l'âge de deux ou trois ans, il correspond à une meilleure confiance en soi et une meilleure adaptabilité à l'école maternelle ; à quatre ou cinq ans, on note une dépendance moindre ainsi qu'une plus grande compétence et habileté dans la résolution des conflits (Kochanska, 2001).

À l'inverse, les stratégies comportementales et émotionnelles associées aux modèles d'attachement insécures génèrent des conditions moins propices à l'adaptation pour le développement de l'enfant. Toutefois, il y a peu de corrélations entre attachement insécure et manifestations

psychopathologiques à l'âge préscolaire et scolaire, sauf pour les cas à haut risque psychosocial. Ces travaux montrent que les facteurs de risques psychosociaux, tels que l'extrême pauvreté, le parent isolé, la cellule familiale éclatée, la dépression maternelle tendent à favoriser le développement d'un attachement insécuré d'une part, et à créer des facteurs de risque supplémentaires (Lyons-Ruth *et al.*, 1990).

Plusieurs modèles se sont focalisés sur la continuité de l'expérience interpersonnelle durant tout le cycle de la vie.

Dans un premier modèle (Bretherton et Munholland, 1999), la continuité s'applique aux *représentations des relations*. Ainsi, des parents disponibles et affectueux pendant l'enfance génèrent chez leur enfant un modèle opérationnel de relation caractérisé par des attentes positives envers les autres et par une image positive de soi (Crick et Dodge, 1994 ; Coie et Dodge, 1998 ; Matthys *et al.*, 1999 ; Cassidy *et al.*, 1996).

Le second modèle prend en considération le système neuronal et l'expression génétique. Des exemples chez les animaux montrent les effets du stress précoce sur un ensemble de systèmes neurobiologiques comprenant l'axe hypothalamo-hypophysaire-adrénalytique, les systèmes dopaminergiques, noradrénergiques et sérotoninergiques (Bremner et Vermetten, 2001). Dans les synthèses, le modèle animal montre que des facteurs de stress précoces entraînent une dysrégulation à long terme des systèmes de réponse au stress, y compris l'activation accrue du CRF (facteur de libération de l'hormone corticotrope), de l'axe HPA (hypothalamo-hypophyso-surrénalien) et des systèmes noradrénergiques. Les facteurs de stress précoces provoquent également des changements dans la morphologie de l'hippocampe, une zone du cerveau qui joue un rôle important dans l'apprentissage et la mémoire.

Les études effectuées sur des adultes ayant eu des expériences de trauma infantile concordent en général avec les données issues de recherches sur les animaux : il existe un lien entre trauma infantile et modification à long terme de l'axe hypothalamo-hypophysaire-adrénalien. (Bremner *et al.*, 1997). Les enfants dont l'attachement est désorganisé présentent une réactivité plus importante de l'axe hypothalamo-hypophysaire-adrénalien (Spangler et Grossman, 1993 ; Nachmias *et al.*, 1996). Bien que la détresse se manifeste moins chez les enfants de type insécurisé-évitant après de courtes séparations avec la mère, des mesures générales du rythme cardiaque ont indiqué pendant la séparation des schémas d'excitation similaires aux enfants de type sécurisé. Toutefois, des différences dans la réponse cardiaque sont survenues au cours de la réunion et portent sur l'orientation en faveur d'un objet plutôt que d'une personne. Par ailleurs, la découverte de cortisol accru, à la fois chez les enfants de type insécurisé-évitant et désorganisés, soutient l'interprétation théorique selon laquelle ces enfants, contrairement aux enfants de type sécurisé, ne disposent pas d'une stratégie d'adaptation appropriée.

Mary Main propose un modèle de transmission de l'attachement basé sur la capacité à comprendre la nature représentative de sa propre pensée et celle des autres : la capacité métacognitive (Main, 1991). Cela permet d'aller au-delà de l'expérience de la réalité et de comprendre la différence entre l'expérience immédiate et l'état mental qui pourrait la sous-tendre.

Peter Fonagy et Mary Target (1997), avec Moran, Steele, Higgitt, Gergely, Bleiberg et Jurist, ont développé les aspects intersubjectifs de la métacognition, introduisant le concept de *mentalisation*.

► Mentalisation et fonction de réflexion

La capacité à mentaliser est l'aptitude permettant de se voir et de voir les autres en termes d'états mentaux (sentiments, convictions, intentions et désirs), de raisonner, grâce au processus de réflexion, sur ses propres comportements et sur ceux des autres en termes d'états mentaux. Cette fonction permet de « distinguer la réalité intérieure de la réalité extérieure, les modalités de fonctionnement imaginaires des modalités réelles, les processus intrapersonnels (mentaux et émotionnels) des communications interpersonnelles » (Fonagy et Target, 1997). Pour qu'un individu puisse réaliser la mentalisation propre au fonctionnement complexe de la réflexion, il a besoin d'intégrer des modalités d'expériences différentes, liées à la réalité intérieure et extérieure. Selon Fonagy, il est nécessaire, pour que cela advienne, que la figure d'attachement considère l'enfant comme un « agent mental » dès les premières étapes de la vie, en se montrant sensible aux états mentaux de l'enfant au cours de leurs interactions et en les percevant correctement.

Le parent ou la figure d'attachement réfléchit sur les expériences mentales de l'enfant et les lui re-présente, traduites dans le langage compréhensible des actions physiques. Le rôle du parent est de fournir un « miroir social créatif » (Fonagy, 1993), qui saisisse pour l'enfant les aspects de sa propre activité en ajoutant une perspective organisatrice. Si le parent est suffisamment accordé, c'est-à-dire s'il donne un sens au comportement de l'enfant en termes d'idées, de croyances, de sentiments et de désirs, celui-ci se sentira non seulement compris, mais aura l'illusion que le processus de réflexion s'est déroulé en lui. En plus de fournir à l'enfant une compréhension de soi, cela pose les bases d'une régulation affective saine et d'un juste contrôle des impulsions, accroissant le sentiment d'efficacité chez l'enfant.

Dans cette perspective, les situations à risque sont à l'inverse caractérisées par une altération de la capacité à mentaliser. Dans les cas d'agressions et/ou de négligence, par exemple, la mentalisation est inhibée à des buts défensifs, afin d'alléger la douleur résultant de la reconnaissance de la souffrance et de la peur causée par celui qui devrait représenter la base de sécurité.

ATTACHEMENT ET PSYCHOPATHOLOGIE

« La théorie de l'attachement fournit un modèle d'intégration des premières expériences infantiles à leur développement successif, et en particulier à l'apparition de la psychopathologie » (Fonagy et Target, 2003.) Le concept de Modèle Interne Opérant, qui constitue la clé de voûte de la théorie de l'attachement, permet d'expliquer la durabilité de l'importance de la première expérience avec les parents dans le développement de la personnalité, et d'en souligner la vulnérabilité dans les troubles psychiatriques de l'enfance et de l'âge adulte.

Les expériences d'attachement optimales facilitent la régulation interactive et l'autorégulation des émotions, garantissant un fonctionnement efficace du Soi. Inversement, l'attachement insécurisé se caractérise par l'utilisation de stratégies de « minimisation » ou « d'amplification » des besoins d'attachement. La tendance à dévaloriser les besoins se rencontre chez l'enfant « évitant » et chez l'adulte « distant » (*dismissing*), tandis que la tendance à exacerber les besoins d'attachement est typique de l'enfant « résistant - ambivalent » et de l'adulte « anxieux - dépassé » (*enmeshed*), (Caviglia, 2009.)

Dans cette optique, certains auteurs (Dozier *et al.*, 1999, 2008) suggèrent que l'exacerbation des besoins d'attachement pourrait prédisposer davantage à des troubles de type «*internalisants*», comme la dépression et autres troubles affectifs, anxiété et personnalité *borderline*, lesquels se caractérisent par une tendance à se concentrer sur ses propres angoisses et vécus intérieurs. En revanche, la dévalorisation des besoins d'attachement, typique de l'attachement distant, pourrait prédisposer à des troubles «*externalisants* » comme les troubles de conduite, les personnalités antisociales, les troubles alimentaires et le syndrome d'abus de substances (Pianta *et al.*, 1996, Cole-Dekte Kobak, 1996 ; Bakermans-Kranenburg et van IJzendoorn, 2009.)

Toutefois, il n'existe pas de causalité linéaire liant l'attachement insécurisé à certains tableaux psychopathologiques spécifiques (Greenberg, 1999 ; Dozier *et al.*, 1999.) On peut néanmoins considérer l'attachement insécurisé comme une stratégie de régulation émotionnelle (ou interpersonnelle) ayant une plus faible capacité d'adaptation. En conséquence, cela rend l'enfant plus vulnérable à d'éventuelles déviations de trajectoires de développement, avec des répercussions sur toute la vie. À l'inverse, on peut considérer l'attachement sécurisant de l'enfance comme un facteur de protection (Fonagy, 2001.) En effet, des études empiriques confirment que les individus sécurisés sont plus enclins à vivre des expériences satisfaisantes et à être plus fortement engagés dans leurs relations privées (Cassidy et Shaver, 2008) ; leurs relations sont moins conflictuelles (Campbell *et al.*, 2005), ils ont moins tendance à se séparer ou à divorcer (Davila et Bradbury, 2001). En outre, comparé aux insécurisés, ils ont moins de probabilité de présenter des symptômes dépressifs (Hankin *et al.*, 2005), ont une estime de soi plus élevée et une meilleure capacité à réagir efficacement aux événements stressants (Berant *et al.*, 2008).

Enfin, des événements particuliers survenus au cours des premières relations tels que traumatismes, agressions ou pertes semblent jouer un rôle significatif (Bakermans-Kranenburg et Van IJzendoorn, 2009).

ATTACHEMENT DÉSORGANISÉ ET DISSOCIATION

De plus en plus d'études montrent que la désorganisation de l'attachement pendant la première année de vie constitue un facteur de risque pour certains troubles psychopathologiques, surtout si elle est associée à d'autres facteurs tels que : événements traumatiques, configuration génétique anormale et traits caractériels défavorables (Liotti, 2001).

L'existence d'une corrélation entre la désorganisation de l'attachement chez l'enfant et la non-élaboration de deuils ou de traumatismes chez le parent a fait naître l'hypothèse que l'attachement désorganisé est un facteur de risque dans la genèse du trouble de la personnalité *borderline* et des troubles dissociatifs (Caviglia, 2009 ; Liotti *et al.*, 1991).

Dans le MIO de l'attachement désorganisé, l'unité et la cohérence de la représentation sont brisées (Main et Solomon, 1990). Cela est probablement dû au fait que les souvenirs implicites des interactions précoces de l'enfant se basent sur des réponses parentales inquiètes et/ou inquiétantes. Selon Hesse et Main (1999), les parents des enfants désorganisés ont un état d'esprit de type non résolu-désorganisé dans l'*Adult Attachment Inventory* (AAI) ; de telles personnes sont susceptibles d'être déphasées, ou sujettes à des intrusions spontanées de souvenirs ou d'idées inquiétantes, et/ou à des éléments présents dans l'environnement particulièrement associés à ces idées ou à ces souvenirs. Ils ont ainsi suggéré que les parents de type non résolu-désorganisé peuvent, parfois, être particulièrement effrayés par des réponses de l'environnement qui sont inconsciemment associées à un événement traumatique. S'étant mis dans un tel état, le parent est susceptible de manifester des formes anormales de comportement menaçant, intimidant ou manifestement dissocié ; et l'énigme apparente que représentent de tels comportements peut, comme des menaces manifestement agonistes ou une maltraitance directe, constituer une source d'inquiétude pour l'enfant.

Ces souvenirs englobent des expériences anxieuses de l'enfant, les expressions inquiètes et/ou inquiétantes du parent, mais aussi les souvenirs de bien-être de l'enfant comme du parent (Liotti, 1999a, b). Dans la mesure où les émotions de frayeur, d'agressivité et de soulagement se succèdent aussi rapidement dans les interactions, les représentations qui en dérivent sont multiples. L'enfant peut construire une représentation de soi où il est la cause de la peur qu'il voit dans l'autre (soi persécuteur et l'autre victime) mais il peut aussi, dans le même temps, représenter l'autre comme malveillant et responsable de la peur vécue (l'autre persécuteur, soi victime) ; ou bien il peut se représenter en tant que victime et voir dans l'autre un sauveur et vice-versa, ou encore voir deux victimes, lui et l'autre. L'alternance des

différentes représentations (persécuteur, sauveur, victime) construira selon Karpman (1968), le « triangle dramatique. »

Il est probable que ces représentations contradictoires et incompatibles de soi-avec-l'autre entravent sérieusement la synthèse mentale d'une vision de soi unitaire, un processus que Janet (1889), nomme « synthèse personnelle. »

Toutefois, dans l'optique de l'attachement, les processus dissociatifs sont considérés comme les conséquences de l'événement traumatique et non comme une défense face à l'événement lui-même (Liotti 1999a, b). Les conséquences psychologiques du trauma sont l'écroulement des processus mentaux adaptatifs qui permettent de conserver un sens de Soi intégré, et le fait que la mémoire de l'événement traumatique ne soit jamais entièrement représentée dans la conscience. Lorsque les fonctions intégratrices de la conscience ne parviennent pas à gérer les représentations dramatiques et contradictoires du soi-avec-l'autre, ainsi que les émotions associées, on voit apparaître des expériences dissociatives. Dans un tel contexte, la capacité de mentalisation devient cruciale : en effet, celle-ci permet de développer un sens de soi et d'identité qui joue un rôle de facteur de protection face à des expériences potentiellement traumatiques. En absence d'un environnement d'attentions précoces fournissant l'occasion de se connaître soi-même et les autres en termes d'états mentaux, il est au contraire possible, dans la mesure où les capacités de mentalisation et de régulation autonome des affections manquent, que la réponse dysfonctionnelle dissociative augmente et que cela aboutisse par conséquent à un échec de l'intégration de l'expérience personnelle.

De manière empirique, Lyons-Ruth et ses collègues (2007, 2005), Melnick *et al.*, (2008) ont proposé d'élargir le système de codification de l'*Adult Attachment Inventory* en introduisant un état mental ultérieur, relatif à l'attachement de l'âge adulte et fortement lié à un attachement de type désorganisé chez l'enfant : la catégorie nommée Hostile/Impuissant (HH). Bien qu'on le retrouve surtout chez des adultes ayant vécu des histoires traumatiques et conflictuelles, telles que violences sexuelles, psychologiques et physiques, les personnes qui présentent cet état mental ont des caractéristiques différentes des individus dénommés irrésolus, comme évalué traditionnellement par l'AAI (Main et Goldwyn, 1985). L'état de la pensée insécure (U/d) se focalise sur la présence de lapsus dans le raisonnement et lors du discours, circonscrits à des épisodes de deuil et/ou abus concernant la relation précoce d'attachement, l'état mental HH a par contre un caractère envahissant et global (Barone et Frigerio, 2009).

L'état mental HI (Hostile/Impuissant) décrit l'organisation psychologique d'un parent qui se comporte de façon contradictoire et non intégrée de la figure d'attachement primaire ; à cela s'ajoute souvent une dévalorisation des adultes de l'environnement, parallèlement accompagnée d'une identification à l'une de ces figures d'attachement. Les transcriptions comportent de fréquentes références à des états de peur, dont l'origine ne peut être identifiée. Le système de codification HH met en évidence des aspects spécifiques, parmi lesquels : dévalorisation de la figure d'attachement, représentation de la figure d'attachement comme

impuissante, identification à la figure hostile et/ou impuissante, dénigrement de la douleur, références fréquentes à des états ou des situations de peur, attitude protectrice envers les parents, comportements punitifs, négation du trauma. La nature extrêmement fragmentée de ces états mentaux s'accompagne de représentations multiples de soi et de l'autre et d'une grande difficulté à accéder à une modalité de pensée mentalisante (Fonagy, 1999 ; Fonagy *et al.*, 2002).

Ces caractéristiques psychologiques sont particulièrement évidentes dans les dynamiques intersubjectives où l'adulte et l'enfant semblent partager les mêmes difficultés dans les fonctions intégratrices (Liotti, 2004). En effet, lors des interactions avec leurs enfants, les mères présentant un état mental hostile/impuissant, ou caractérisé par une extrême incohérence, ont des attitudes menaçantes, des communications affectives peu fluides, des stratégies de soin contradictoires basées sur le détachement et l'hostilité et des modèles de relation axés sur l'inversion des rôles.

L'attitude hostile du parent génère de la peur chez l'enfant et provoque une activation massive du système d'attachement vouée, toutefois, à ne pas trouver de solution. Face à ces menaces, l'enfant sollicite le parent pour trouver du réconfort, mais comme le parent représente lui-même la menace, il s'en détache tout en étant incapable de désactiver le système d'attachement. Cette situation paradoxale engendre des attitudes contradictoires de rapprochement et d'éloignement de la figure d'attachement et favorise, chez l'enfant, la constitution d'un *pattern* d'attachement désorganisé/désorienté que l'on retrouve souvent chez les enfants maltraités et dont les conditions psychosociales présentent un fort facteur de risque (Lyons-Ruth *et al.*, 1999 ; Crittenden, 1981, 1985).

Dans ces cas-là, la désorganisation de l'enfant se manifesterait surtout par des comportements agressifs et parfois hostiles ou, s'il y a identification avec une figure impuissante, à travers des attitudes vulnérables, complaisantes, avec inversion des rôles, ce qui, une fois adulte, peuvent le pousser à nouer des relations avec des personnes violentes (Lyons-Ruth *et al.*, 2005). Le trauma relationnel précoce dont ces enfants ont fait l'expérience a un impact considérable sur leur vie d'adulte.

Un des éléments clé de l'articulation entre théorie de l'attachement et pratique clinique est sans nul doute le problème de la continuité-discontinuité des modalités d'attachement. L'hypothèse que les schèmes restent perméables après la période des premières interactions maternelles est d'une importance cruciale : la possibilité que les différents modes d'attachement puissent subir des modifications dues à des rapports significatifs dans la sphère interpersonnelle ou suite à des événements traumatiques ouvre de nouveaux horizons d'un intérêt certain pour la compréhension du fonctionnement psychique ou de l'éventuel développement d'une psychopathologie. Des études longitudinales explorant l'attachement chez les mêmes personnes, de l'enfance jusqu'à l'âge adulte, ont fourni des éléments venant étayer cette thèse.

À la lumière de ces évidences, on trouve la discontinuité dans le cadre d'un fonctionnement psychique qui prévoit l'activation de schèmes différents selon la spécificité des situations. Dans cette optique, Mikulincer et Shaver (2003, 2007) soutiennent la thèse selon laquelle les individus ont un type d'attachement dominant, mais qu'il est possible, dans des situations particulières, que d'autres schèmes latents se déclenchent. Selon ces auteurs, la cause de ce changement serait liée à la présence de stimulations environnementales capables de faire émerger le souvenir de situations similaires à celles qui ont généré l'introjection de ces modèles latents (Mikulincer *et al.*, 2002). Par conséquent, quand on observe un changement de schème d'attachement, il faut toujours avoir à l'esprit que ce dernier n'est pas nécessairement permanent, mais qu'il peut subir des fluctuations.

Le rapport entre attachement et psychopathologie est donc extrêmement complexe. Bien que la théorie de l'attachement se soit développée à partir des observations de Bowlby sur des traumas dus à la guerre, précisément sur des enfants en rupture de lien parental, elle a été largement étayée par les recherches empiriques de Mary Ainsworth et Mary Main, respectivement sur l'enfance et l'état adulte d'échantillons normaux, dont la seule caractéristique était d'avoir des « qualités psychologiques » particulières : des femmes enceintes et/ou des enfants dans les douze premiers mois de vie (Muller et Lemieux, 2000).

Les représentations internes des expériences relationnelles, dites Modèles Opérationnels Internes (MOI) et leur réélaboration au cours du temps et du développement influence considérablement la qualité des relations qu'un individu pourra construire à l'âge adulte, ainsi que la qualité des soins qu'il sera en mesure de fournir en tant que figure d'attachement. Ce sont justement ces modèles opérationnels internes qui permettent de comprendre la continuité du vécu et de la représentation du Soi et de l'autre. Ils permettent d'expliquer de quelle manière les expériences d'attachement des relations importantes ont une influence sur l'estime de soi, la capacité d'autonomie et d'efficacité, la perception de soi. Ceux-ci constituent les marqueurs les plus significatifs de psychopathologie à l'âge adulte.

En second lieu, il faut souligner que l'attachement relève d'un système motivationnel bien spécifique, dont le but est de protéger du danger et, en termes évolutionnistes, d'assurer la survie de l'espèce en recherchant une proximité avec la figure primaire représentant ce que l'on nomme la base de sécurité. Si l'on se penche sur cet aspect fondamental du lien d'attachement dans sa dimension strictement biologique, il est clair que le déficit de la relation d'attachement n'est qu'un des aspects susceptible d'influencer l'adaptation de l'individu ; par conséquent on ne peut rapporter toutes les manifestations symptomatiques relatives à l'insécurité au rapport avec la figure d'attachement.

En effet, s'il est vrai que la qualité de l'attachement est une variable importante dans la compréhension du développement d'un individu, il est néanmoins nécessaire d'embrasser un modèle multifactoriel utilisant divers niveaux d'analyse et de méthode, et prenant en compte des variables aussi bien internes qu'externes au sujet (Cicchetti et Dawson, 2002).

Exemples de mentalisation

Forte mentalisation :

Curiosité, envie et effort de comprendre les états mentaux de l'enfant

Parfois elle se sent frustrée, elle se met en colère et je ne sais pas toujours pourquoi. Elle désigne une chose, je la lui donne, mais finalement ce n'était pas ce qu'elle voulait. Dans ces moments je me sens décontenancée car je ne sais pas ce qu'elle ressent, surtout quand elle est perturbée. Quand je lui interdis de faire quelque chose parce que c'est dangereux elle se met en colère. Alors j'essaie de la prendre dans mes bras mais elle, bien sûr, refuse, car elle est dans sa colère et je ne veux pas l'interrompre. Dans ces moments, c'est moi qui ressens le besoin de la prendre pour la soulager, alors je l'assieds par terre.

Faible mentalisation :

Hostilité

« Il n'y a rien à faire quand un mioche braille tout le temps. »

Déni

Pensez-vous que vos expériences avec vos parents ont eu une influence sur ce que vous êtes aujourd'hui ? (elle soupire). Non, d'après moi c'est dans les gènes (hum hum), je ne pense pas que... j'en sais rien, je ne suis pas psychologue.

Réponse égocentrique

[Parlant de son enfant de deux mois] : « Il fait déjà ses nuits. Je sais qu'il fait ça pour me rendre heureuse. »

Banale et cliché

Qu'est-ce qui vous rend la plus heureuse dans le fait d'être parent ? - Eh bien, voir que les enfants sont en bonne santé et qu'ils sont heureux. C'est le principal.

Scission

« Ma mère est un ange, elle aurait fait n'importe quoi pour nous, comme moi avec mes enfants. Je ne voudrais surtout pas être comme mon père. Il n'était jamais là et ne voulait pas s'occuper de nous. »

Contenu bizarre ou inapproprié

[Une mère parlant de sa fille de 4 ans] Quand elle fait ça, c'est comme si elle était possédée par le diable. Elle a un regard étrange, elle me surveille.

BIBLIOGRAPHIE

- AINSWORTH M.D.S. (1967) *Infancy in Uganda : Infant care and the growth of love*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- AINSWORTH M.D.S. (1989) « Attachments beyond infancy », *American Psychologist*, 44, 709-716.
- AINSWORTH M.D.S., BOWLBY J. (1991) « An ethological approach to personality development », *American Psychologist*, 46, 331-341.
- BAKERMANS-KRANENBURG M.J., VAN IJZENDOORN M.H. (2009) The first 10,000 Adult Attachment Interviews : distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups, *Attachment and Human Development*, 11, 3, 223-263.
- BARONE L., FRIGERIO A. (2009) Qualità della disorganizzazione nelle rappresentazioni mentali d'attaccamento delle madri : uno studio pilota nell'ambito del maltrattamento, *Maltrattamento e Abuso All'Infanzia*, 11, 39-50.
- BERANT E., MIKULINER M., SHAVER P.R. (2008) « Mothers' attachment style, their mental health, and their children's emotional vulnerabilities : A 7-year study of children with congenital heart disease », *Journal of Personality*, 76, 1, 31-66.
- BOWLBY J. (1973) *Attachment. Attachment and loss : Vol. 2. Separation*, New York, Basic Books.
- BOWLBY J. (1980) *Attachment and Loss. III. Loss : Sadness and Depression*, New York, Basic Books.
- BREMNER J.D., RANDALL P., VERMETTEN E., STAIB L., BROWN R.A., MAZURE C., CAPELLI S., MCCARTHY G., INNIS R.B., CHARNEY D.S. (1997) « Magnetic image resonance-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse : a preliminary report », *Biological Psychiatry*, 41, 1, 23-32.
- BREMNER J.D., VERMETTEN, E. (2001) « Stress and development : behavioral and biological consequences », *Development and Psychopathology*, 13, 473-489.
- BREHERTON I., MUNHOLLAND K.A. (1999) « Internal working models in attachment relationships : A construct revisited », in J. Cassidy, P.R. Shaver, *Handbook of attachment*, New York, Guilford Press, p. 89-111.
- BYNG-HALL J., STEVENSON-HINDE J. (1991) « Attachment relationships within a family system », *Infant Mental Health Journal*, 12, 187-200.
- CAMPBELL L., SIMPSON J., BOLDREY J., KASHY D.A. (2005) « Perceptions of conflict and support in romantic relationships : The role of attachment anxiety », *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 510-531.
- CARLI L. (1999) *Dalla diade alla famiglia*, Milano, Cortina.
- CASSIDY J., KIRSH S., SCOLTON K., PARKE R. (1996) « Attachment and representations of peer relationships », *Development and Psychopathology*, 32, 892-904.
- CASSIDY J., SHAVER P.R., (2008) *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications*, New York, Guilford, 2nd Ed.
- CAVIGLIA G. (2009) *Attaccamento e psicopatologia. Dalla ricerca al lavoro clinic*, Roma, Carocci Editore.
- CICCHETTI D., DAWSON G. (2002) « Editorial : Multiple levels of analysis », *Development and Psychopathology, Special Issue : Multiple Levels of Analysis*, 14, 3, 417-420.
- COIE J.D., DODGE K.A. (1998) « Aggression and antisocial behavior », in W. Damon, N. Eisenberg, *Handbook of child psychology*, 3, 5, 779-862.
- COLE-DETKE H., KOBAC R. (1996) « Attachment processes in eating disorder and depression », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 282-290.
- CRICK NR, DODGE KA. (1994) « A review and reformulation of social-information processing mechanisms in children's development », *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- CRITTENDEN P. (1981) « Abusing, neglecting, problematic, and adequate dyads : Differentiating by patterns of interaction », *Merrill-Palmer Quarterly*, 27, 1-18.
- CRITTENDEN P. (1985) « Maltreated infants : Vulnerability and resistance », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 85-96.
- DAVILA J, BRADBURY T.N. (2001) « Attachment insecurity and the distinction between unhappy spouses who do and do not divorce », *Journal of Family Psychology*, 15, 371-393.

- DOZIER M., STOVALL-McCLOUGH, K.C., TYRRELL C. (2008) « Attachment and psychopathology in adulthood », in J. Cassidy & P.R. Shaver, *Handbook of attachment theory and research*, New York, Guilford.
- DOZIER M., STOVALL K.C., ALBUS K. (1999) « Attachment and psychopathology in adulthood », in J. Cassidy & P. R. Shaver, *Handbook of attachment theory and research*, New York, Guilford.
- FOAMY P., GREELY G., JURIST E., TARGET M. (2002) *Affect Regulation, Metallization, and the Development of the Self*, New York, Other Press.
- FONAGY P. (1993) « Psychoanalytic and empirical approaches to developmental psychopathology : can they be usefully integrated ? », *Journal of the Royal Society of Medicine*, 86, 577-581.
- FONAGY P., LEIGH T., STEELE M., STEELE H., KENENDY R., MATTOON G., TARGET M., GERBER A. (1996) « The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- FONAGY P. (1999) « Attachment, the development of the self, and its pathology in personality disorders », in J. Derksen, C. Maffei, & H. Groen, *Treatment of Personality Disorders*, New York, Springer-Verlag Inc.
- FONAGY P. (2001) *Attachment Theory and Psychoanalysis*, London, Karnac Books.
- FONAGY P., TARGET, M. (1997) « Attachment and reflective function : Their role in self-organization », *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- FONAGY P., TARGET M., (2003) *Psychoanalytic perspectives on developmental psychopathology*, London, Whurr Books.
- FONAGY P. STEELE M., STEELE H., MORAN G., HIGGITT A. (1991) The capacity for understanding mental states : « The reflective self in parents and its significance for security of attachment », *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-218.
- GREENBERG M., CICHETTI D., CUMMINGS E.M. (1990) *Attachment in the preschool. Theory, Research, and Intervention*, Chicago, University of Chicago Press
- GREENBERG M.T. (1999) « Attachment and psychopathology in childhood », in J. Cassidy, P.R. Shaver, *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications*, New York, Guilford Press.
- HANKIN B.L., KASSEL J.D., ABELA J.R.Z. (2005) « Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms : Prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms », *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 136-151.
- HESSE E., MAIN M. (1999) « Second-generation effects of unresolved trauma as observed in non-maltreating parents : Dissociated, frightened and threatening parental behavior », *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 481-540.
- JANET P. (1889) *L'Automatisme Psychologique*, Paris, L'Harmattan, 2005.
- KARPMAN S. (1968) « Fairy tales and script drama analysis », *Transactional Analysis Bulletin*, 7(26), 39-43.
- KOBAK B., SCEERY A. (1988) « Attachment in late adolescence : Working models, affect regulation, and perceptions of self and others », *Child Development*, 59, 135-146.
- KOCHANSKA G. (2001) « Émotionnel développement in children with different attachment histories : the first three years », *Child Development*, 72(2), 474-90.
- LIOTTI G. (2004) « Trauma, dissociation, and disorganized attachment : three strands of a single braid », *Psychotherapy*, 41, 472-486.
- LIOTTI G., INTRECCIALAGLI B., CECERE, F. (1991) « Esperienza di lutto nella madre e predisposizione ai disturbi dissociativi della prole : Uno studio caso-controllo », *Rivista di Psichiatria*, 26, 283-291.
- LIOTTI G. (1999a) « Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology », in J. Solomon, C. George, *Disorganization of attachment*. New York, Guilford, p. 291-317.
- LIOTTI G. (1999b) « Understanding the dissociative processes : The contribution of attachment theory », *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 757-783.
- LIOTTI G. (2001) *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionistica*, Milano, Cortina.
- LYONS-RUTH K., BRONFMAN E., ATWOOD G. (1999) « A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind : Expressions in mother-infant interaction », in J. Solomon, C. George, *Attachment disorganization*, New York, Guilford, p. 33-70.

- LYONS-RUTH K., BRONFMAN E., PARSONS E., VONDRA J., BARNETT, D. (1999) « Atypical maternal behavior and disorganized infant attachment strategies. Frightened, frightening, and atypical maternal behavior and disorganized infant attachment strategies » (Serial No. 258) Atypical Patterns of Infant Attachment : Theory, Research, and Current Directions. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64, 3.
- LYONS-RUTH K., CONNELL D., GRUNEBAUM H., BOTEIN S. (1990) « Infants at social risk : maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment », *Child Dev.*, 61, 85-98.
- LYONS-RUTH K., HOLMES B., SASVARI-SZEKELY M., RONAI Z., NEMODA Z., PAULS D. (2007) « Serotonin transporter polymorphism and borderline or antisocial traits among low-income young adults », *Psychiatric Genetics*, 17, 339-343.
- LYONS-RUTH K., YELLIN C., MELNICK S., ATWOOD G. (2005) « Expanding the concept of unresolved mental states : Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization », *Development and Psychopathology*, 17, 1, 1-23.
- LYONS-RUTH K., MELNICK S., ATWOOD G., (2005) « Expanding the concept of unresolved mental states : Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization », *Development and Psychopathology*, 17, 1-23.
- MAIN, M. SOLOMON J. (1990) « Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation », in Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, *Attachment in the preschool years : Theory, research, and intervention*, Chicago, University of Chicago Press, p. 121-160.
- MAIN, M. (1991) "Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment", in Parkes C.M., Stevenson-Hinde J., Marris P., *Attachment across life cycle*, London-New York, Routledge.
- MAIN M, GOLDWYN R. (1985) Adult attachment scoring and classification systems, unpublished classification manual, Berkeley, University of California.
- MAIN M., KAPLAN N., CASSIDY J., (1985) « Security in infancy, childhood and adulthood : A move to the level of representation », *Child Development*, 50, 821-827.
- MATTHYS W., CUPERIUS J., VAN ENGLAND H. (1999) « Deficient social problem solving in boys with ODD/CD and ADHD and with both disorders », *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 311-321.
- MELNICK P.M., FINGER S., HANS B., PATRICK S., LYONS-RUTH K.. (2008) « Hostile-helpless states of mind in the AAI : A proposed additional AAI category with implications for identifying disorganized infant attachment in high-risk samples » in Steele H, Steele M, *Clinical applications of the adult attachment interview*, New York, Guilford, p. 399-423.
- MIKULINER M., GILLATH O., SHAVER P. (2002) « Activation of the attachment system in adulthood : Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures », *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 881-895.
- MIKULINER M., SHAVER P.R. (2007) *Attachment in adulthood : Structure, dynamics, and change*, New York, Guilford Press.
- MIKULINER M., SHAVER, P.R. (2003) « The attachment behavioral system in adulthood : Activation, psychodynamics, and interpersonal processes » in Zanna MP, *Advances in experimental social psychology*. Vol. 35, 53-152.
- MULLER R., LEMIEUX K. (2000) « Social support, attachment, and psychopathology in high risk formerly maltreated adults », *Child Abuse & Neglect*, 24, 883-900.
- NACHMIAS M., GUNNAR M., MANGELSDORF S. PARRITZ R.H. (1996) « Behavioral inhibition and stress reactivity : The moderating role of attachment security », *Child Development*, 67, 508-522.
- PARKES M., STEVENSON-HINDE J., MARRIS P. (Eds), (1995) *Attachment across the life cycle*, London, Routledge, p. 52-65.
- PIANTA R.C., MARVIN R.S., BRITNER P.A., BOROWITZ K.C. (1996) « Mothers' resolution of their children's diagnosis : Organised patterns of caregiving representations », *Infant Mental Health Journal*, 17, 239-256.
- SCHORE J.R., SCHORE A.N, (2008) « Modern attachment theory : the central role of affect regulation in development and treatment », *Clinical Social Work Journal*, 36, 9-20.
- SPANGLER G., GROSSMAN K.E. (1993) « Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants », *Child Development*, 64, 5, 1439-50.

Chapitre 28

Outils d'évaluation de l'attachement

Laura Vismara
Cyril Tarquinio

Il existe actuellement des outils d'évaluation de l'attachement pour tous les âges. Les méthodes sont variées : observation, questionnaires d'autoévaluation, entretiens semi-directifs, évaluations de type projectif (jeux structurés ou histoires à compléter). En outre, les outils diffèrent en fonction des aspects spécifiques de l'attachement à évaluer : modèles opérationnels internes, fonction de réflexion ou qualité des liens d'attachement. Dans l'étude présente nous examinerons de manière synthétique une partie seulement de ces outils disponibles.

Une des thèses fondamentales de la théorie de l'attachement postule que les expériences précoces de soin ont des répercussions sur la qualité des liens d'attachement de l'adulte dans la mesure où elles structurent des perceptions et des attentes spécifiques.

Cependant, les stratégies qu'un individu met en acte pour se sentir en sécurité varient en fonction des caractéristiques environnementales d'une part, et également de ses capacités dans les différentes phases du développement. C'est pourquoi les outils d'évaluation doivent tenir compte des caractéristiques propres aux différentes périodes de la vie, prenant en considération les différentes modalités d'expression des liens d'attachement au cours du développement.

ÉVALUATION DE L'ATTACHEMENT DANS LA PETITE ENFANCE ET L'ENFANCE

L'observation directe et systématique de l'enfant et de ses relations significatives au cours de son développement est une méthode d'évaluation clinique fondamentale pour obtenir des connaissances approfondies sur les caractéristiques auto-organisatrices, affectives, cognitives et sociales de l'enfant dans un contexte interactif, régulé mutuellement par des *patterns* relationnels précis et les modèles mentaux de la relation (Ammaniti, 1991a, 1991b ; Beebe et Lachman, 1994 ; Beebe *et al.*, 1997 ; Cramer, 1987 ; Osofsky et Fitzgerald 2000 ; Sameroff et Emde, 1989 ; Sander, 1987 ; Sroufe, 1989 ; Stern, 1985, 1995 ; Tronick 1989 ; Zeanah *et al.*, 1989).

C'est dans cette perspective que se situe ce que l'on appelle la *Strange Situation* ou « situation étrange¹ » (Ainsworth *et al.*, 1978), qui est aujourd'hui la méthode la plus largement utilisée pour évaluer la qualité des liens d'attachement enfant-figure d'attachement (*adulte qui prend soin*).

Cette méthode d'observation en laboratoire part du présupposé que les enfants entre 12 et 18 mois sont censés utiliser leurs figures d'attachement comme *base de sécurité* (Bowlby, 1988) leur permettant d'explorer un nouvel environnement ainsi que d'être réconfortés et rassurés en situation de *stress*. Les circonstances stressantes de la « *situation étrange* » sont représentées par le local du laboratoire, espace non familial, par l'intervention d'une personne étrangère, et le fait d'être par deux fois séparé du parent/figure d'attachement, à chaque fois pendant trois minutes. La salle comporte des chaises, une pour la mère et une pour la personne étrangère qui rejoindra mère et enfant. Elle est équipée de jouets, avec au centre, un espace vide. La situation a pour but de susciter la curiosité de l'enfant, sans être inédite au point de l'effrayer. Les huit phases de l'expérimentation sont illustrées dans le tableau 28.1.

À partir des comportements des enfants dans la « *situation étrange* » trois catégories d'attachement ont été identifiées.

- L'enfant « anxieux » ou « inséure-évitant » (A), apparemment peu perturbé par la situation, ne demande pas de réconfort et ne manifeste pas de détresse. Il peut se montrer facile de contact avec la personne non familière, il ignore ensuite son parent à son retour ;
- L'enfant avec un attachement dit « sécure ou sécurisé » (B), proteste quand le parent part mais l'accueille à son retour, recherche sa proximité. Il recherche activement la proximité

1. La situation étrange est un dispositif d'observation. Il s'agit d'un scénario d'une vingtaine de minutes, fait de séparations et de retrouvailles, huit épisodes de trois minutes supposés engendrer une tension graduelle. Le but est d'observer comment s'organise l'enfant dans une situation étrange.

Tableau 28.1. Phases de la Procédure relative à la « situation étrange »

Phases	Durée	Brève description
1	<1 min.	Mère-enfant : on accompagne la mère et l'enfant dans la salle
2	3 min.	Mère-enfant : on laisse la mère et l'enfant seuls; l'enfant est libre d'explorer l'espace environnant.
3	3 min.	- Mère-enfant étrangère : une personne étrangère entre et s'assoit ; elle reste silencieuse (1 minute) ; elle discute avec la mère (1 minute) ; l'étrangère essaie de jouer avec l'enfant (1 minute). Après trois minutes, la mère quitte la pièce – <i>Première séparation</i>
4	3 min. ou moins	Enfant-étrangère : l'enfant et l'étrangère sont seuls, elle console, si nécessaire, l'enfant
5	3 min. ou moins	Mère-enfant : Premières retrouvailles : la mère revient et l'étrangère sort discrètement. La mère console, si nécessaire, l'enfant
6	3 min. ou moins	Enfant – Seconde séparation : la mère quitte la pièce. L'enfant reste seul
7	3 min. ou moins	Enfant-étrangère – Suite de la seconde séparation : l'étrangère entre dans la pièce et tente, si nécessaire de consoler l'enfant, sinon, elle s'assoit
8	3 min.	Mère-enfant : La mère revient et console, si nécessaire, l'enfant ; l'étrangère sort de la pièce discrètement

du parent et exprime ouvertement ses sentiments de malaise durant la séparation pour revenir explorer l'espace une fois le contact renoué avec le *caregiver*. Ce contact lui permet de repartir explorer ;

- L'enfant avec un attachement dit « anxieux résistant », ou « insécure-ambivalent » (C) se montre perturbé, anxieux. Il va chercher le réconfort du parent à son retour, mais de façon ambivalente, associant agrippement et colère. « Il résiste au fait d'être consolé.. » Les enfants protestent énergiquement au cours de la séparation mais manifestent un mélange de recherche de proximité et de résistance au contact pendant les retrouvailles. Ils restent inconsolables et sont incapables d'explorer l'espace pendant toute la durée de la procédure.

Main et Solomon (1986, 1990) ont identifié un quatrième modèle de relation entre parent et enfant révélé par la « situation étrange » : le modèle Désorganisé/Désorienté (D). Il se caractérise par un ensemble hétérogène de comportements pouvant se manifester par les caractéristiques de n'importe quel autre modèle, mais avec un plus haut degré de distorsion dû à la superposition d'une ou de plusieurs phases marquées par des comportements contradictoires et inexplicables. En effet, les enfants peuvent à la fois montrer de légers signes d'appréhension vis-à-vis du parent et une absence de capacité d'orientation dans l'espace environnant. Tout en reconnaissant la difficulté de lister de manière exhaustive tous les comportements relevant du modèle D, les auteurs ont identifié sept groupes représentatifs :

1. Manifestation séquentielle de modèles de comportements contradictoires ;
2. Manifestation simultanée de comportements contradictoires ;

3. Mouvements et expressions non dirigés, mal dirigés, incomplets et interrompus ;
4. Stéréotypie, mouvements asymétriques, mouvements inappropriés et positions anormales ;
5. Pétrification, immobilité, expressions et mouvements ralentis ;
6. Signes manifestes d'appréhension vis-à-vis du parent ;
7. Signes manifestes de désorganisation/désorientation.

Bien que les types d'attachement ne doivent pas être considérés comme des catégories de diagnostic, la recherche a montré que les enfants relevant de l'attachement D ont plus de probabilités de développer une problématique clinique dans la mesure où ils n'ont pas pu développer une stratégie appropriée et cohérente pour affronter le *stress* (Goldberg, 2000 ; Lyons-Ruth *et al.*, 2005 ; Hesse et Main, 2006).

Pour les comportements d'attachement des enfants après la petite enfance, on a développé trois systèmes de classification qui prévoient les modifications nécessaires à l'activation du système d'attachement de ces enfants en âge préscolaire et scolaire. Bien qu'elles se diversifient en systèmes de codification, et donc en types d'attachement, toutes ces méthodes prévoient des séparations et des retrouvailles entre enfant et *caregiver*, avec des temps de séparation de plus en plus longs (selon les tranches d'âge) durant lesquels on propose à l'enfant diverses activités. Voici les plus répandues :

- Le *Système Main-Cassidy* (1988), une procédure de séparations-retrouvailles pour évaluer l'attachement à l'âge scolaire. Elle prévoit une seule séparation, d'une heure, pendant laquelle l'enfant reste en compagnie d'un examinateur qui le soumet à une série de tests. Elle est suivie d'une phase de trois minutes de retrouvailles entre l'enfant et le parent, pendant laquelle leur comportement est observé. Le système de classification identifie les quatre modalités principales d'attachement : Sécure, Insécure-Evitant, Insécure Ambivalent ; la catégorie Désorganisé/Désorienté prend le nom de Désorienté/Contrôlant.
- Les enfants relevant de cette dernière classification montrent un comportement actif visant à contrôler ou à orienter l'attention/comportement du parent d'une façon qui d'ordinaire est propre au rôle parental. Le comportement désorganisé/contrôlant se manifeste par deux stratégies : la première est de type punitif et contrôlant (*punitive-controlling*), c'est-à-dire que l'enfant tente d'humilier, d'embarrasser ou de maltraiter le parent ; dans la seconde, l'enfant prend soin avec une sollicitude contrôlante (*caregiving-sollicitous controlling*) du parent, perçu comme fragile et inadapté, avec une nette inversion des rôles.
- Le *Système Cassidy-Marvin* (1992), est une procédure d'évaluation de l'attachement en âge préscolaire (de 2 ans et demi à 4 ans et demi) mise au point par Cassidy et Marvin, et basée, comme dans la « *situation étrange*, » sur des phases de séparations et de retrouvailles avec la figure d'attachement. Elle permet d'identifier 5 groupes d'attachement : sécure ; insécure/évitant ; insécure/ambivalent ; insécure désorganisé/contrôlant et insécure/autre.

La classification s'appuie sur différents indicateurs tels que, par exemple, la recherche de contact et de proximité physique avec la figure d'attachement, le contenu et le style de la parole qu'il lui adresse, la direction du regard, ainsi que la position du corps face à la figure d'attachement.

- Le *Preschool Assessment of Attachment* (PAA ou Évaluation préscolaire de l'Attachement) (Crittenden 1992, 1994) est un système de classification de l'attachement pour les enfants de plus de 20 mois. Bien qu'elle s'appuie sur la « *situation étrange* » cette méthode se focalise sur les principales compétences comportementales et cognitives des enfants en âge préscolaire ; la classification s'attache davantage à la fonction des comportements qu'à la présence/absence d'un comportement spécifique. La chercheuse a ainsi identifié une catégorie sécuritaire (B), deux catégories insécuritaires mais intégrées Défensif (A) et Coercitif (C) et trois classifications atypiques : Défensif/Coercitif (AC), Anxieux/Dépressif (AD) et Désorganisé (D). Il existe également une version pour l'âge scolaire, le *School Age Assessment of Attachment* (SAA ou Évaluation à l'Age Scolaire de l'Attachement).
- L'*Attachment Q-Sort* (AQS, Waters et Deane, 1985) est un outil d'évaluation de l'attachement à partir des signes comportementaux ; à la différence des autres systèmes qui classifient le comportement (et les représentations de l'enfant), cette méthode évalue la qualité du comportement de base de sécurité chez l'enfant, à son domicile. Le Q-set est composé de 90 items qui reproduisent le phénomène de base de sécurité, ou le comportement qui en découle chez des enfants de 1 à 5 ans. Les examinateurs doivent effectuer au moins deux ou trois visites pour un total de 2 à 6 heures d'observation. La méthode ne vise pas à faire une classification des modalités d'attachement, mais une évaluation continue de la sécurité à partir des comportements significatifs relatifs à l'attachement. Basé sur une observation naturelle dans un contexte écologiquement valable, l'AQS permet d'évaluer la sécurité de l'attachement sans qu'il soit nécessaire d'avoir un laboratoire ou d'autres équipements. Cet aspect constitue néanmoins sa principale limite : dans un environnement domestique familial, le système d'attachement a du mal à s'activer (Solomon et George, 2011).

Pour la période préscolaire et scolaire les techniques utilisant la représentation symbolique sont de deux types : A) basées sur les réactions aux images ; B) sur les histoires racontées en jouant avec les poupées, où se focalisent les thèmes majeurs de l'attachement. Parmi les premiers, il y a le *Separation Anxiety Test* (SAT – ou Test d'Anxiété de Séparation ; Hansburg, 1972 ; Klagsbrun et Bowlby, 1976) qui jusqu'à présent s'avère être un des outils les plus fiables pour mesurer la représentation interne de l'attachement. Ce test semi-projectif, d'abord élaboré par Hansburg (1972) pour des adolescents, a été adapté par Klagsbrun et Bowlby (1976) pour des enfants de 4 à 7 ans dans le but d'évaluer leurs réactions face à d'hypothétiques séparations avec les parents, représentées par un ensemble de vignettes.

Les sujets en mesure d'exprimer de manière appropriée les émotions négatives (tristesse, anxiété, solitude, colère) que suscitent ces images de séparation, et qui présentent des modalités de réactions et d'adaptation congruentes sont classés sécures (B). Les sujets qui n'expriment pas leurs émotions négatives sont classés évitants (A). Ils tendent à altérer leurs émotions en exagérant l'aspect positif, montrent des modalités de réaction excessivement mature ou fantaisistes, ou bien manifestent un déni de réalité ou une totale incapacité à agir. Les sujets qui exagèrent leurs émotions négatives sont classés ambivalents (C). Ces enfants montrent une incapacité à affronter les séparations et sont envahis par une méfiance irréaliste, un désir de vengeance ou une incapacité à agir. Les réponses des sujets désorganisés (D), sont bizarres et confuses, chargées d'anxiété et d'angoisse.

L'Attachment Story Completion Task (ASCT ou Tâche de Complétion d'Histoires d'Attachement, Bretherton *et al.*, 1990) est une expérience de jeu avec des poupées. Créée à l'origine pour mesurer la sécurité de l'attachement chez des enfants de 4 ans, elle comprend une série de cinq histoires (l'enfant renverse le sucre, l'enfant se blesse au genou, l'enfant « voit » un monstre dans sa chambre, les parents partent et reviennent), chacune étant décrite et présentée par un adulte. L'enfant doit la compléter et prévoir ce qu'il arrivera ensuite. On utilise des poupées qui représentent les membres de la famille : un père, une mère, deux enfants du même sexe que le sujet, et une grand-mère pour les deux dernières histoires. Il s'agit ici d'évaluer non pas l'attachement à une personne précise mais la représentation générale de l'attachement. Tout le processus est filmé et enregistré pour être ensuite codifié. Le système de classification développé par Bretherton identifie quatre types principaux d'attachement (A, B, C, D).

Le détail des transcriptions du comportement verbal des enfants prend en compte le contenu mais aussi la qualité formelle des verbalisations, lesquelles permettent de distinguer les enfants sécures des insécures. En général, les enfants sécures savent traiter les sujets relatifs à l'attachement, ils produisent des histoires plus cohérentes, leurs contenus émotionnels sont plus riches et, s'ils hésitent, ils inventent des histoires plus positives. À l'inverse, les enfants « évitants » évitent de donner des réponses tandis que les « désorganisés » produisent des histoires bizarres et désorganisées. Chez les enfants ambivalents, on n'a pas identifié de patterns récurrents. La méthode est efficace pour distinguer les sujets sécures des insécures, mais elle est imprécise pour repérer les différents types d'attachement insécure (Solomon et George, 2011a, b).

Il existe deux autres systèmes : *l'Incomplete Stories with Doll Family* (ISDF ou les histoires incomplètes avec la famille de poupées) de Cassidy (1988) (un ensemble de six histoires, différentes de celles de l'ASCT, conçues pour des enfants à l'âge de l'école maternelle) et *l'Attachment Doll Play Assessment* (ADPA – L'évaluation de l'attachement par le jeu de la poupée) de George et Solomon (1990, 1996, 2000) (modification de l'ASCT pour faciliter le jeu symbolique et stimuler la participation). Parmi les autres approches prometteuses pour

l'évaluation de la sécurité au niveau représentatif on trouve la technique du dessin de la famille (Hulse, 1951 ; Porot, 1952 ; Corman, 1964).

Enfin, pour la tranche d'âge des 8-15 ans, on a mis au point le *Child Attachment Interview* (l'entretien d'attachement de l'enfant) (Target *et al.*, 2003), un entretien d'évaluation de l'attachement. Il comporte 19 questions qui invitent l'enfant à se rappeler et à décrire ses expériences d'attachement ainsi que la manière dont il perçoit ses propres figures d'attachement, en particulier quand il se retrouve dans des situations de trouble émotionnel, de maladie, de séparation et de perte. A la différence de l'entretien d'attachement de l'adulte (*Adult Attachment Interview*), cet entretien porte sur les expériences actuelles de l'enfant et évalue ses ressentis face à la disponibilité et à la réactivité des figures d'attachement. La classification se fait à partir des vidéos de l'entretien et se réfère à des stratégies d'attachement analogues à celles identifiées pour l'enfance et l'âge adulte.

ÉVALUATION DE L'ATTACHEMENT CHEZ LES ADOLESCENTS ET À L'ÂGE ADULTE

Dans une étude fondamentale, Main *et al.*, (1985) ont découvert que la qualité de l'attachement des enfants (observé à 1 an et à 6 ans) présente de constantes corrélations avec des modèles précis de réponses fournies par les parents au cours de l' *Adult Attachment Interview*.

L'*Adult Attachment Interview* (AAI ou Entretien d'Attachement de l'Adulte) (Main et Goldwyn, 1985-1998) est un entretien semi-dirigé d'une heure environ, centré sur les expériences infantiles d'attachement et ses répercussions sur la personnalité de l'adulte. L'entretien demande au sujet de réévoquer et de réfléchir sur ses expériences tout en maintenant un discours cohérent avec la personne qui mène l'entretien. Le sujet est d'abord invité à décrire de manière générale ses rapports avec ses parents pendant l'enfance. On lui demande ensuite de décrire des souvenirs liés à des situations précises, puis on l'interroge sur les effets de ces expériences sur sa personnalité adulte. Cette investigation a pour but de mettre à jour comment les souvenirs et les expériences liés à la figure d'attachement se manifestent dans la structure de la pensée et du langage relatif à l'attachement ; le but est de comprendre comment le sujet a perçu et élaboré ses expériences, et d'appréhender de façon plus précise le degré de cohérence avec laquelle il les évalue et les explore.

L'entretien est enregistré, puis retranscrit mot à mot. La classification est opérée par deux examinateurs indépendants qui, après avoir lu la transcription pour avoir une vision globale de l'histoire de l'attachement, des événements majeurs et des modalités de la présentation, attribuent un nombre de points sur les différentes échelles de catégorisation, divisées en deux groupes. À la fin, ils produisent une classification globale. Les deux groupes d'échelle

sont : *l'expérience probable d'attachement durant l'enfance et l'état d'esprit actuel par rapport à l'attachement.*

À partir de l'analyse pertinente du matériel issu de l'entretien et selon les paramètres identifiés par la méthode de classification, on classe l'entretien dans une des trois catégories générales :

- **État mental Sécure-Autonome (F)** : les sujets classés sécures gardent un discours cohérent et collaboratif, indépendamment de l'aspect positif ou négatif des expériences racontées. Ils évaluent positivement les expériences d'attachement en restant objectifs quant à ces relations. Ils explorent librement leurs pensées et leurs sentiments au cours de l'entretien et reconnaissent l'impact de liens avec la figure d'attachement sur leur personnalité adulte. Les échelles les plus significatives sont celles de la cohérence de la transcription et l'échelle du mental. En effet, le discours ne viole pas les maximes de conversation de Grice (voir encadré ci-dessous) et il en émane une sensation d'authenticité et de fraîcheur.

Exemple : Commençons alors ... Oui, hum hum... Avec ces quatre premiers, disons AFFECTION, pourquoi avez-vous choisi...voyons... ce mot pour définir la relation entre vous deux...heu ... et bien...de fait, y a-t-il des exemples que vous pouvez me donner, ou bien pouvez-vous me décrire vos souvenirs de situations de votre relation, qui vous ont permis de penser à ...heu... Oui ! Qui peut-être vous ont poussée à...choisir ce mot-là. Mes souvenirs sont constants, par exemple le matin quand je me réveillais...qu'elle venait me réveiller au lit...avec justement des...baisers et embrassades et ensuite peut-être...et puis quand il y avait quelque chose qui n'allait pas, ou bien quand j'étais fatiguée à la crèche...bien sûr, je me souviens qu'elle m'embrassait beaucoup, alors pour moi, c'était une manifestation d'affection réelle, entendu comme présence physique en plus de l'affection mentale et aussi non physique. Pourtant je me souviens davantage d'une affection très physique et c'est ce que je veux dire plus qu'autre chose, cet attachement, les baisers, les embrassades, les différents câlins. Même le soir quand j'étais fatiguée, parfois je m'endormais sur le canapé, je me souviens elle me portait et m'emmenait au lit et me changeait.

Le concept de maximes de conversation a été développé par Paul Grice en 1975. Ces maximes sont des conventions langagières que chacun tend à respecter dans une conversation. Lors d'un échange verbal quel qu'il soit, on part du principe que l'interlocuteur les respecte, et réciproquement. C'est le principe de coopération, qui permet de mener une discussion cohérente. Ces maximes sont au nombre de quatre :

1. Maxime de quantité

- ➔ Donnez autant d'informations que nécessaire.
- ➔ Ne donnez pas plus d'informations que nécessaire.

Imaginons que quelqu'un vous demande où habite un tel. Vous lui indiquez, sauf cas particulier, la rue et le numéro. Vous n'indiquez pas simplement la ville, car ça ne suffirait pas. Vous donnez donc suffisamment d'informations. À l'inverse, vous ne mentionnez pas en plus de la rue la ville, le pays, le continent. Vous ne donnez donc pas trop d'informations.

2. Maxime de qualité (ou de vérité)

- Ne dites pas ce que vous croyez être faux.
- Ne dites pas ce que vous n'êtes pas en mesure de justifier.
- C'est cette maxime paradoxalement, permet de mentir. Étant donné que votre interlocuteur part du principe que vous respectez la maxime de vérité (on pourrait parler de présomption de sincérité), il pense que vous considérez ce que vous dites comme vrai.

3. Maxime de pertinence, ou de relation

- Soyez pertinent (dans la continuation de la discussion). Soyez à propos.

4. Maxime de manière

- Ne soyez pas obscur.
- Ne soyez pas ambigu.
- Soyez bref.
- Soyez méthodique.

Il faut comprendre que ces maximes ne sont pas toujours respectées. C'est d'ailleurs les transgressions qui permettent le mensonge, l'humour, la manipulation...

Il peut arriver que l'on transgresse une maxime non pas à des fins de ruse, mais pour en préserver une autre. Imaginez que vous ignorez l'adresse précise de la personne dont il était question plus haut. Vous indiquez peut-être simplement le quartier. Vous ne donnez donc pas assez d'information, violant ainsi la maxime de quantité, mais uniquement dans le but de ne pas vous tromper, préservant ainsi la maxime de qualité.

- **État mental Distant (Ds) :** les sujets sont classés distants quand leur discours semble vouloir minimiser l'importance des expériences et des liens d'attachement. Ces entretiens sont un cas typique de dérogation à la maxime de qualité, dans la mesure où les représentations générales de leur histoire personnelle ne sont pas étayées, voire, contredisent les épisodes décrits. Les réponses tendent à être extrêmement succinctes, violant la maxime de qualité (cf. note). Les échelles associées à la catégorie de l'attachement adulte distant sont celles de l'idéalisation des figures d'attachement (forte discordance entre la représentation globale de la relation, souvent décrite comme très positive, et les souvenirs de cette relation), de l'insistance dans l'absence de souvenirs (les sujets distants obtiennent beaucoup de points car ils répondent très souvent « je ne me souviens pas »), de la dévalorisation de l'attachement (ils manifestent souvent une attitude de déni, un total détachement envers les expériences ou les figures d'attachement).

Exemple. *Bien, alors vous m'avez décrit la relation avec votre maman comme une relation forte {hum}, vous souvenez-vous d'un épisode, quelque chose qui soit arrivé et qui pourrait décrire cette relation forte avec votre maman ?*

(pause de 2 secondes) toujours quand j'étais tout petit ?

Oui, entre...hum...ça ira même entre 5 et 12 ans.

(pause de 6 secondes) quelque chose qui soit arrivé et qui pourrait décrire cela.

Hum hum.

(pause de 6 secondes) je ne saurais pas dire un épisode spécifique, je ne saurais pas vous dire, c'est plus des choses du quotidien {hum} (pause de 5 secondes) mais (pause de 6 secondes) je ne saurais pas vous raconter un épisode (il rit).

- **État mental Anxieux- dépassé (E) :** les sujets anxieux semblent préoccupés par leurs liens et leurs expériences passées d'attachement, et manifestent des émotions confuses, allant de la colère à la passivité vis-à-vis des parents. Ils ont souvent des difficultés à fixer leur attention sur un thème et à se limiter aux questions posées par la personne qui mène l'entretien. Leurs phrases sont généralement longues, grammaticalement confuses, violant la maxime de qualité, de quantité et de manière. Les échelles associées à la catégorie de l'adulte anxieux sont celle de la colère émotionnelle et de la passivité des processus de pensée.

Exemple. Selon vous, de quel parent vous sentiez-vous le plus proche ? Aucun des deux, et c'est toujours le cas aujourd'hui. En fait, la semaine dernière, mon fils a été convoqué dans le bureau du principal, et ils m'ont appelée au travail pour aller le chercher. Je ne pouvais pas, aussi j'ai dû demander à ma mère. Juste à sa voix, j'ai compris qu'elle me jugeait. J'ai pensé : encore des paroles narcissistes. Le père de mon fils est égocentrique, tout comme elle. Est-ce que je vous ai déjà raconté qu'il me maltraitait ? De toute manière, je n'avais pas d'autre choix que de l'appeler. Si le père de mon fils avait dû venir, il y aurait eu une autre conflagration, des lettres à son avocat, et j'aurais été obligée de payer le mien. C'est sans arrêt. Je ne suis pas sûre d'avoir répondu à votre question.

- **État mental Irrésolu-Désorganisé (U) :** les trois catégories décrites ci-dessus peuvent être considérées irrésolues-désorganisées quand elles présentent une perte de contrôle du raisonnement et du discours. Pendant le récit d'événements potentiellement traumatiques on note une significative perte de contrôle du raisonnement et du discours. Le sujet peut par exemple avoir pendant un bref laps de temps la certitude qu'une personne décédée est encore vivante ou utiliser soudainement un langage élogieux. Ces pertes de contrôle sont circonscrites et pendant le reste de l'entretien le sujet rentre dans les catégories F, Ds ou E. On le place dans la catégorie U quand la transcription présente un nombre de points élevés (au moins 5-6) sur l'échelle « Non-résolution du « deuil » ou « Non-résolution du trauma. »

Exemple. Vos sentiments à l'égard de cette disparition (3 sec) en ce qui concerne la mort, un peu de peur, un peu de peur Avez-vous assisté aux funérailles ? Oui, je me souviens très bien de l'odeur des amandes, hum.

- **État mental Cannot Classify (CC) :** le sujet est placé dans cette catégorie quand l'entretien présente une combinaison de schèmes linguistiques contradictoires. L'effondrement des stratégies n'est pas seulement observé pendant le récit des événements traumatiques

comme chez les sujets Irrésolus-Désorganisés, mais pendant toute la durée de l'entretien. Ces sujets ne semblent pas avoir de stratégie de fond, ils peuvent au cours de l'entretien changer d'état mental par rapport à l'attachement, ou bien avoir un attachement Distant envers un des parents et anxieux/dépassé envers l'autre.

L'outil a été fréquemment soumis à vérification en ce qui concerne ses propriétés psychométriques. Des tests psychométriques rigoureux et des méta-analyses du AAI (questionnaire sur l'attachement chez l'adulte) démontrent une stabilité, et une validité discriminante et prédictive à la fois dans les populations cliniques et non cliniques (Hesse, 2008 ; Bakermans-Kranenburg et van IJzendoorn, 1993 ; Roismna *et al.*, 2007 ; van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg, 2008). Les stabilités premier test-deuxième test des catégories sécurisé/autonome, détaché et préoccupé sont de 77-90% sur des périodes allant de 1 à 15 mois (Bakermans-Kranenburg et van IJzendoorn, 1993 ; Benoit et Parker, 1994 ; Sagi *et al.*, 1994), et elles ne sont pas imputables à l'influence de l'intervieweur. Dans une récente méta-analyse de 61 échantillons cliniques, on a découvert de fortes associations entre des diagnostics psychiatriques et l'insécurité de l'attachement (van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg, 2008).

Il existe aussi une version modifiée pour l'adolescence : l'*Attachment Interview for Childhood and Adolescence* (AICA ou Entretien d'Attachement de l'Enfant et de l'Adulte ; Ammaniti *et al.*, 1990). Sa structure est très proche de celle de l'AAI, mais le langage utilisé est plus simple. Il comprend 34 questions qui, dans la première partie, portent sur l'histoire et la composition du foyer dans l'enfance et au moment présent ; sont inclus les grands-parents maternels et paternels, ainsi que les déménagements de la famille ou d'une figure d'attachement (Prior et Glaser, 2006). La seconde partie de l'AICA explore les liens d'attachement de l'adolescent avec son parent/figure d'attachement. On demande ensuite au jeune s'il a traversé des périodes de crise, maladie, tristesse et, si oui, comment il a affronté ces moments avec le parent/figure d'attachement. Les dernières questions portent sur les changements survenus entre l'enfance et la période actuelle, les changements dans les relations avec les parents/figures d'attachement et ses rapports actuels avec eux ; enfin, on demande à l'adolescent quels sont ses désirs pour l'avenir (Cammarella et Lucarelli, 2002) et quels rapports il entretient avec ses pairs. Le système de classification différencie les modèles d'attachement selon les types proposés pour l'adulte et correspondant à ceux pour l'enfance de la « situation étrange. »

Toutefois, pour l'adolescent et l'adulte, la recherche scientifique a adopté de nouveaux paradigmes et de nouvelles méthodes d'évaluation de l'attachement en se basant essentiellement sur la compilation de questionnaires dont l'objectif est de décrire subjectivement la qualité des relations actuelles. Les questionnaires d'autoévaluation ont l'avantage d'être soumis en peu de temps et de pouvoir opérer un classement des personnes non pas selon les styles d'attachement mais dans une dimension continue (Brennan *et al.*, 1998 ; Fraley *et al.*, 2000 ; Hazan et Shazer, 1987). Les plus répandus sont les suivants :

- Le *Parent Bonding Instrument* (PBI – l’instrument du lien parental) est un outil d’autoévaluation conçu par Parker *et al.*, en 1979 dans le but d’explorer le lien d’attachement entre parent et enfant. L’outil prend en considération deux dimensions fondamentales de la relation parent-enfant : la première, celle du prendre soin, va d’un excès d’affection, d’empathie et de proximité, à un excès de froideur et d’indifférence ; la seconde, celle de l’hyperprotection, va des comportements de contrôle, répression, intrusion, frein à l’indépendance, à l’encouragement à l’autonomie (Canetti *et al.*, 1997). Le croisement du nombre de points évaluant le « soin » et la « protection » permet de classer la qualité du lien avec le parent dans un des patterns ou quadrants suivants, résultat de l’intersection orthogonale des dimensions « soin » et « protection » (Parker, 1983) :
 - ➔ Lien optimal : soins élevés et faible protection ;
 - ➔ Lien affectueux et coercitif : soins élevés et protection élevée ;
 - ➔ Contrôle sans affection : peu de soins et protection élevée ;
 - ➔ Lien faible : peu de soins et faible protection.
- L’*Adult Attachment Scale* explore le domaine des relations sentimentales en demandant aux individus de choisir parmi les trois prototypes celui qui les décrit le mieux dans leurs relations sentimentales les plus importantes (Hazan et Shaver, 1987). Les prototypes proposés sont construits à partir de la description des trois patterns de la classification qu’Ainsworth et ses collègues (1978) ont mise au point pour la Strange Situation :
 - ➔ Les sujets sécures, qui qualifient de chaleureux le lien avec leurs parents, décrivent leur relation sentimentale comme une expérience heureuse basée sur une confiance réciproque. Ces personnes se sentent à l’aise sur le fait de vivre avec un partenaire à la fois donneur et receveur de soin, et croient que l’amour peut durer longtemps pour peu qu’on affronte ensemble les hauts et les bas d’une relation ;
 - ➔ Les sujets évitants qui fuient les situations intimes, comptent sur leur autosuffisance ; tout comme ils ont développé une stratégie de défense consistant à se détacher et à éviter leurs parents, ils montrent dans la vie de couple le même détachement/évitement, craignant que l’intimité les lie trop étroitement à l’autre. Ils ont du mal à croire à un rapport amoureux durable, complet et investi ;
 - ➔ Les sujets anxieux/ambivalents qui craignent que leur demande d’intimité soient rejetée et ont peur d’être rapidement abandonnés, cherchent le soutien de leur partenaire mais nourrissent des attentes irréalistes qui les inciteront à se méfier du partenaire, avec une tendance particulière à surestimer les expériences émotionnelles négatives. Ils critiquent leurs parents parce qu’ils n’ont pas été capables de leur apporter affection et protection mais ils n’ont pas confiance dans la disponibilité de leur partenaire, éprouvant une forte crainte d’abandon et de rejet. Enfin, ils ne se croient pas capables de tomber amoureux et de créer un lien durable.

- Le *Relationship Questionnaire* (RQ ou Questionnaire des relations) élaboré par Bartholomew et Horowitz (1991) et dérivé de *Adult Attachment Scale* propose quatre prototypes issus du croisement entre les deux dimensions de représentation des liens d'attachement. Ces deux dimensions, évaluées de façon dichotomique positive ou négative, sont corrélées à la vision du soi et à la vision des autres. Les trois premiers prototypes sont semblables à ceux du paradigme de Hazan et Shaver (1987), tandis que le quatrième correspond à une vision négative de soi et des autres.

Les modèles émergents sont les suivants :

- ➔ Schème d'attachement sécure (image de soi positive et image de l'autre positive) ;
- ➔ Schème anxieux (image de soi négative et image de l'autre positive) ;
- ➔ Schème évitant (image de soi négative et image de l'autre négative) ;
- ➔ Schème désorganisé/dévalorisant (image de soi positive et image de l'autre négative).

Ces quatre catégories ne s'entendent pas comme pouvant s'exclure les unes les autres, mais en tant que prototypes. Ce système de classement prévoit la possibilité pour une même personne d'être classée dans plusieurs prototypes. Il n'est donc pas demandé au sujet de choisir le prototype le plus représentatif de lui-même, mais d'évaluer d'après une échelle d'accord/désaccord de 1 à 7 points dans quelle mesure chacun des quatre prototypes le représentent. Le modèle d'attachement d'un sujet est par conséquent évalué en considérant le profil global dérivé des points attribués aux quatre prototypes prévus.

- L'*Inventory of Parent (IPPA-G) and Peer Attachment (IPPA-P)*, (Armsden et Greenberg, 1987) est un outil d'autoévaluation multifactoriel destiné à des sujets entre 12 et 19 ans. Il évalue le type d'attachement de l'adolescent par rapport à ses parents (IPPA-G, 28 item) et à un groupe d'individus de son âge (IPPA-P, 25 item). L'outil comprend trois dimensions différentes correspondant à trois échelles :
 - ➔ Échelle de la Confiance : le niveau de compréhension réciproque et le respect du lien d'attachement ;
 - ➔ Échelle de la Communication : mesure l'étendue et la qualité de la communication orale ;
 - ➔ Échelle de l'Aliénation : mesure les sentiments colère et d'aliénation interpersonnelle¹.

On calcule le nombre de points total de l'échelle en additionnant la dimension « Confiance » à la dimension « Communication », en soustrayant ensuite la dimension « Aliénation » : (Confiance + Communication – Aliénation (Baiocco *et al.*, 2009).

1. L'aliénation doit être comprise comme un sentiment d'absence de compréhension de la part de l'autre. La validité de l'échelle devrait donc avoir besoin de tests supplémentaires dans la mesure où elle est composée d'items qui proposent à nouveau les contenus des échelles sur la confiance et sur la communication, mais en termes négatifs.

L'IPPA permet de récolter des informations dans un continuum allant d'un niveau « faible » à un niveau « élevé » d'attachement ; le terme « attachement élevé » est de nature normative, il s'applique à un sujet caractérisé par une perception positive (confiance et bonne communication) du lien avec ses parents et ses pairs.

Armsden et Greenberg (1987) ont souligné qu'un nombre de points élevés sur les échelles d'attachement sont positivement corrélés à une perception positive de soi au sein du groupe familial et à un niveau élevé d'estime de soi.

Les chercheurs qui étudient l'impact de l'attachement sur la santé mentale pendant les différentes étapes de la vie appartiennent, selon leur formation disciplinaire, à deux courants principaux : celui qui est issu de l'école de la psychologie et de la psychopathologie du développement tend à privilégier les représentations de l'attachement et la façon dont elles influencent ou prédisent la structure de l'attachement des enfants ; le second, formé dans le cadre de la psychologie sociale et de la personnalité, se focalise sur l'application de la théorie de l'attachement à l'étude des relations romantiques et aux processus de personnalité.

Toutefois, on sait désormais que l'attachement doit être considéré comme une variable protectrice, s'il est de type sécure, ou à risque, s'il n'est pas intégré ou désorganisé et atypique, dans un modèle multifactoriel des dynamiques concourant à favoriser le bien-être de l'individu pendant toute sa vie. L'histoire personnelle de chaque individu, les caractéristiques cognitives, neurobiologiques et émotionnelles de chacun, la relation de couple, tout comme le contexte social et culturel fournissent des indications fiables sur la façon dont peut se structurer le processus d'adaptation de l'individu.

Malgré tout, l'attachement est le meilleur indicateur de la manière dont les expériences infantiles impactent le fonctionnement social et relationnel au cours de la vie. Pour cette raison, il est important de trouver une méthode partagée d'évaluation.

Dans cette optique, il est probable qu'une méthodologie multi-approches, associant l'autoévaluation et les entretiens, soit la plus adaptée à la compréhension des dynamiques de l'attachement ; en effet, elle ouvre la voie à l'élaboration d'une théorie globale, intégrée à l'étude du fonctionnement de la personne.

BIBLIOGRAPHIE

- AINSWORTH M.; BLEHAR M.; WATERS, E. ET AL., (1978) *Patterns of Attachment : A psychological study of the strange situation*, Hillsdale, Laurence Erlbaum.
- AMMANITI M. (1991a) « Narrazioni materne in gravidanza e stile di attaccamento infantile », in M. Ammaniti, *Rappresentazioni e narrazioni*, Bari, Laterza, p. 83-97.
- AMMANITI M. (1991b) « Maternal representations during infancy and early mother-infant interactions. » *Infant Mental Health Journal*, 12, 246-255.
- AMMANITI M., CANDELORI C., DAZZI N., DE CORO A., MUSCETTA S., ORTU F., POLA M., SPERANZA A.M., TAMBELLI R., ZAMPINO, F. (1990) « IAL : intervista sull'attaccamento nella latenza (AICA, Attachment Interview for Childhood and Adolescence) » Unpublished Manuscript, University of Roma La Sapienza, cit. in J. Cassidy, & P.R. Shaker, *Handbook of Attachment, Theory, Research, and Clinical Application*, New York, The Guilford Press.
- ARMSDEN G. C., GREENBERG, M. T. (1987) « The inventory of parent and peer attachment : Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. » *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.
- BAKERMANS-KRANENBURG M.J., VAN IJZENDOORN (1993) A psychometric study of the Adult Attachment Interview ; reliability and discriminant validity », *Developmental Psychology*, 29, 870-879.
- BAIOCCO R., LAGHI, F., PAOLA, R. (2009) « Le scale IPPA per l'attaccamento nei confronti dei genitori e del gruppo dei pari in adolescenza : un contributo all'validazione italiana [IPPA scales for evaluating attachment to parents and peers in adolescence : A contribution to the Italian validation]. » *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 13,2, 355-383.
- BARTHOLOMEW K., HOROWITZ L.M. (1991) « Attachment styles among young adults. A test of a four category model », *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- BEEBE B. B., LACHMANN F. F., JAFFE, J. (1997) « Mother-Infant Interaction Structures and Presymbolic Self and Object Representations », *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 2, 133-182.
- BEEBE B. E LACHMAN F. M. (1994) « Representation and internalization in infancy : Three principles of salience », *Psychoanalytic Psychology*, 11, 2, 127-165.
- BENOIT D., PARKER K.C. (1994) « Stability and transmission of attachment across three generations », *Child Development*, 65, 1444-1456.
- BOWLBY J. (1979) *The making and breaking of affectional bonds*, New York, Brunner-Routledge.
- BOWLBY J. (1988) *A Secure Base : Clinical Applications of Attachment Theory*, London, Routledge.
- BRENNAN K. A., CLARK C. L., SHAVER, P. R. (1998) « Self-report measurement of adult romantic attachment : An integrative overview », in J. A. Simpson & W. S. Rholes, *Attachment theory and close relationships*, pp. 46-76, New York, Guilford Press.
- BRETHERTON I., RIDGEWAY D., CASSIDY, J. (1990) « Assessing internal working models of the attachment relationship : An attachment story completion task for 3-year-olds », in M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings, *Attachment in the preschool years : theory, research and interventions*, Chicago, University of Chicago Press.
- CAMMARELLA A., LUCARELLI L. (2002) « Metodologie e strumenti di valutazione clinica e di ricerca in adolescenza », in M. Ammaniti, *Manuale di Psicopatologia dell'adolescenza*, Milano, Cortina.
- CANETTI L, BACHAR E, GALILI-WEISSTUB E, KAPLAN DE-NOUR, A, SHALEV AY (1997) « Parental bonding and mental health in adolescence. » *Adolescence*, 32,126, 381-394.
- CASSIDY J. (1988) « Child mother attachment and the self in six-years old. » *Child Development*, 59, 121-134.
- CASSIDY J., MARVIN, R. S., WITH THE MACARTHUR WORKING GROUP (1992) *Attachment organization in preschool children : Procedures and coding manual* (4th ed.) Unpublished manuscript, University of Virginia.
- CORMAN L. (1964) *The Family Drawing Test in Medical-Pedagogical Practice*, Paris, P.U.F.
- CRAMER (1987) « Objective and subjective aspects of parent-infant relations », in J. Osofsky, *The handbook of infant development*, New York, Wiley.

- CRITTENDEN P.M. (1992) « Quality of attachment in the preschool years. » *Development and Psychopathology*, 4, 209-241.
- CRITTENDEN P.M. (1994) The Preschool Assessment of Attachment coding manual, unpublished manuscript, Miami, FL : Family Relations Institute.
- FRALEY R. C., WALLER N. G., BRENNAN, K. A. (2000) « An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment », *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.
- GEORGE C., SOLOMON J. (1990/1996/2000) *Six-year attachment doll play classification system*, unpublished manuscript, Mills College, Department of Psychology, Oakland, CA.
- GEORGE C., SOLOMON J. (2011) « Caregiving Helplessness : Development of a Questionnaire to Screen for Maternal Caregiving Disorganization », in J. Solomon and C. George, *Disorganized attachment and caregiving*, New York, Guilford Press.
- GOLDBERG S. (2000) *Attachment and Development*, Hillsdale, NJ, The Analytic Press.
- HANSBURG H. G. (1972) *Adolescent Separation Anxiety : A Method for the Study of Adolescent Separation Problems*, Springfield, IL, Charles C. Thomas.
- HAZAN C., SHAVER P. (1987) « Romantic love conceptualized as an attachment process », *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- HAZAN C., SHAVER P. R. (1987) « Romantic love conceptualized as an attachment process », *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- HESSE E. (2008) « The Adult Attachment Interview : Protocol, method of analysis, and empirical studies », in J. Cassidy, P.R. Shaver, *Handbook of Attachment*, New York, The Guilford Press.
- HESSE E., MAIN M. (2006) Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples : Description, discussion, and interpretations », *Development and Psychopathology*, 18, 2, 309-343.
- HULSE W. C. (1951) « The emotionally disturbed child draws his family », *Quarterly Journal of Child Behavior*, 3, 152-174.
- KLAGSBRUN M, BOWLBY, J. (1976) « Responses to separation from parents : A clinical test for young children », *British Journal of Projective Psychology*, 21, 7-21.
- LYONS-RUTH K, YELLIN C, MELNICK S, ATWOOD G. (2005) « Expanding the concept of unresolved mental states : Hostile/Helpless states of mind on the adult attachment interview are associated with atypical maternal behavior and infant disorganization », *Development and Psychopathology*, 17, 1-23.
- MAIN M, GOLDWYN R. (1985, 1991, 1994, 1998) Adult attachment scoring and classification systems, unpublished classification manual, Berkeley, University of California.
- MAIN M., SOLOMON J. (1986) « Discovery of an insecure disoriented attachment pattern : procedures, findings and implications for the classification of behavior », in T. Brazelton, M. Youngman, *Affective Development in Infancy*, Norwood, NJ, Ablex,.
- MAIN M., SOLOMON J., (1990) « Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. » In M.T. Greenberg, D., M. Cummings, *Attachment in the preschool years : theory, research and intervention*, The University of Chicago Press.
- MAIN M., CASSIDY J. (1988) « Categories of response to reunion with the parent at age 6 : Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period », *Developmental Psychology*, 24, 3, 415-426.
- MAIN M., KAPLAN N., CASSIDY, J., (1985) « Security in infancy, childhood, and adulthood : a move to the level of representation », *Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.
- Osofsky J.D., Fitzgerald H.E. (Eds) (2000) *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*, New York, Wiley.
- PARKER G., TUPLING H., BROWN, L. B. (1979) « A Parental Bonding Instrument », *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- PARKER G., TUPLING H., BROWN L. B. (1979) « A Parental Bonding Instrument », *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- PARKER S. (1983) *Leisure and work*, London, George Allen & Unwin.
- PARKES C.M., STEVENSON-HINDE J., MARRIS P (EDS.) (1991) *Attachment across the life cycle*, London, Routledge.
- POROT M. (1952) « The Family Drawing. Exploration through Drawing of the Affective Situation of Children in Their Family », *Pédiatrie*, 3, 359-381.

- PRIOR V., GLASER, D., (2006) *Understanding attachment and attachment disorders : theory, evidence and practice*, London, Jessica Kinsley Publishers.
- ROISMAN G. I., HOLLAND A., FORTUNA K., FRALEU R.C., CLAUSSELL, E., CLARKE A. (2007) « The Adult Attachment Interview and self-reports of attachment style : an empirical rapprochement, *Journal of Personality Social Psychology*, 97, 678-697.
- SAGI A., VAN IJZENDOORN M.H., SCHARF M., KOREN-KARIE N., JOELS T., MAYSELESS (1994) « Stability and discriminant validity of the Adult Attachment Interview ; a psychometric study in young Israeli adults », *Development Psychology*, 30, 771-777.
- SAMEROFF A.J., EMDE R.N. (1989) (Eds.) *Relationships disturbances in early childhood. A developmental approach*, New York, Basic Books.
- SANDER L. (1987) « Awareness of inner experience », *Child Abuse and Neglect*, 2, 339-346.
- SOLOMON J., GEORGE C. (2011) « The disorganized attachment-caregiving system : Dysregulation of adaptive processes at multiple levels », in J. Solomon and C. George, *Disorganized attachment and caregiving*, New York, NY, Guilford Press.
- SROUFE L.A. (1989) « Relationships, self and individual adaptation », in A.J. Sameroff e R.N. Emde, *Relationship disturbances in early childhood : a developmental approach*, New York, Basic Books.
- STERN D.N. (1995) *Motherhood Constellation : A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*, Basic Books, New York.
- STERN D.N. (1985) *The interpersonal world of the infant*, New York, Basic Books.
- Target M., Fonagy P., Shmueli-Goetz Y. (2003) « Attachment representations in school-age children : the development of the Child Attachment Interview (CAI) », *Journal of Child Psychotherapy*, 29, 2, 171-186.
- TRONICK EZ. (1989) « Émotions and emotional communication in infants », *American Psychologist*, 44, 112-119.
- VAN IJZENDOORN M. H., BAKERMANS-KRANENBURG M. J. (2008) « The distribution of adult attachment representations in clinical groups : a meta-analytic search for patterns of attachment in 105 AAI studies », in H. Steele, M. Steele, *Clinical application of the Adult Attachment Interview*, New York, Guilford Press.
- WATERS E., DEANE K. E. (1985) « Defining and assessing individual differences in attachment relationships : Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood », in I. Bretherton & E. Waters, « *Growing points in attachment theory and research* », *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 41-65.
- ZEANAH C., ANDERS T., SEIFER R., STERN D. (1989) « Implications of Research on Infant Development for Psychodynamic Theory and Practice », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 657-668.

Chapitre 29

Violences domestiques, troubles de l'attachement et dissociation

Axes de réflexion et de traitement en psychotraumatologie

Hélène Dellucci
Michel Silvestre

Les violences domestiques sont une pathologie souvent rencontrée dans le travail thérapeutique. Les Nations Unies définissent la violence domestique comme une situation dans laquelle une personne exerce des violences physiques, psychiques, sexuelles ou économiques sur une autre personne avec laquelle elle est liée par un rapport familial, conjugal, de partenariat ou d'union libre, existant ou rompu, actuel ou passé (Christen *et al.*, 2004).

LA PRÉVALENCE DES VIOLENCES DOMESTIQUES

La prévalence nous donne une idée du nombre de personnes touchées par cette pathologie. Mondialement les agressions masculines entraînent plus de décès et de handicaps chez les femmes de 15 à 44 ans que le cancer, la malaria, les accidents de la route et la guerre (*The European Parliamentary Assembly*, 2004). En Europe, 50 % des femmes assassinées chaque année sont tuées par leurs conjoints (enquête européenne, octobre 1999) et en France une femme est tuée tous les 2,5 jours. L'enquête de l'ENVEFF effectuée par téléphone sur un

échantillon de 6970 femmes au sein de l'université Paris 1, confirme que « c'est dans le cadre de la vie de couple que les femmes adultes subissent le plus de violences psychologiques, physiques et sexuelles » (INED, 2001).

Le *National Child Traumatic Stress Network* aux USA (NCTSN, 2003) montre que les hommes sont majoritairement les auteurs de violences domestiques. Et que 99 % de cette violence se passe dans la maison de la victime et que les femmes risquent deux fois plus d'être victimes de violence domestique s'il y a des enfants à la maison.

Par ces chiffres, nous pouvons nous rendre compte du nombre potentiel de personnes traumatisées, femmes victimes, enfants victimes et auteurs de violences.

LES AUTEURS DE VIOLENCES, QUI SONT-ILS ?

Qui sont les auteurs de violences domestiques ? Une étude américaine montre que 73 % des auteurs sont des hommes, 13 % sont des femmes. Hommes et femmes sont auteurs ensemble pour 14 %. Soixante-sept pour cent des victimes et des auteurs étaient mariés ou cohabitaient au moment des violences et 43 % avaient des enfants à la maison au moment des violences (Fusco et Fantuzzo, 2009).

Un élément souvent cité dans les situations de violences domestiques est le rôle de l'alcool. Finney (2003) souligne que 32 % des actes de violence domestique ont lieu quand l'agresseur était sous influence de l'alcool, que c'est un élément contributeur à la violence et non pas la cause de la violence, qu'il a un effet désinhibiteur en exacerbant les problèmes quand il y a déjà un conflit. L'alcool est aussi mentionné comme une excuse après la violence.

LES EFFETS DES VIOLENCES DOMESTIQUES SUR LES ENFANTS

Nous focaliserons maintenant notre attention sur les conséquences pour les enfants d'une telle pathologie (Morris-Smith et Silvestre, 2013). La recherche nous montre que la violence subie dans l'enfance augmente le risque de comportements de violence dans la relation conjugale future soit comme auteur de violences ou victime et qu'être témoin de violences entre les parents est un facteur de risque pour développer des relations adultes violentes (Brewin *et al.*, 2000). Mais fort heureusement, nous savons aussi par notre pratique clinique que tous les enfants qui ont vécu ou ont été témoins de violences domestiques ne sont pas à risque, et ce grâce à leur capacité de résilience.

Les travaux du *National Child Trauma Stress Network* (2003) montrent que les enfants victimes de violences domestiques ont deux fois plus de risque d'avoir des problèmes psychiatriques

que les autres enfants et que plus ils sont jeunes, plus ils sont vulnérables aux blessures d'attachement. Ces enfants ont trois fois plus de risque d'être déscolarisés (atteinte cognitive) et quinze fois plus de risque d'être agressés que les autres. Une étude canadienne montre que la fréquence des agressions sur les enfants augmente avec la fréquence des violences domestiques et que dans 46 % des situations de violence sur enfant, un des parents était victime de violences domestiques et la situation la plus fréquente est celle d'un parent agressant l'autre parent et des deux parents agressant l'enfant (SHIFT, 2012).

Perry *et al.*, (1995) décrivent deux continuums différents de réponse comportementale face au trauma, une réponse d'hyperexcitabilité de type noradrénergique (système nerveux sympathique) caractérisée par des comportements d'hyperactivité, de distractibilité et de concentration faible et une réponse d'hypoexcitabilité de type sérotonergique (système nerveux parasympathique) caractérisée par des comportements d'évitement passif, de déni, de soumission et de sidération. Ces deux réponses comportementales peuvent être considérées comme des manifestations de tendances dissociatives.

Les violences domestiques génèrent chez l'enfant des ruptures dans les attentes développementales de protection envers la figure d'attachement et dans les stratégies de régulation de l'affect. Le protecteur devient une source de danger, l'enfant développe des sentiments contradictoires envers la figure d'attachement et il a à faire face à des peurs insurmontables avec nulle part où aller pour se faire aider. Même si l'enfant n'a pas directement vu les situations de violence, il aura subi une exposition sensorielle à cette violence comme le confirment les travaux de Fusco et Fantuzzo (2009).

Le lien désorganisé et une communication parentale perturbée sont d'importants prédicteurs pour les symptômes dissociatifs à l'âge adulte (Lyons-Ruth *et al.*, 2003 ; Lyons-Ruth *et al.*, 2006 ; Ogawa *et al.*, 1997), de même que les états d'âme faits d'hostilité et d'impuissance chez les parents (Lyons-Ruth *et al.*, 2005), ou l'indisponibilité, voire l'absence de réponse émotionnelle parentale (Dutra *et al.*, 2009).

LES EFFETS DES VIOLENCES DOMESTIQUES SUR LA STRUCTURE FAMILIALE

Dans ces situations de violences domestiques, la structure de la hiérarchie familiale peut être dysfonctionnelle avec des frontières générationnelles floues, des parents qui ne sont pas à leur place, un enfant parentifié avec un parent abdiquant. Les comportements parentaux sont effrayants, déstabilisants, incongruents et créent des situations paradoxales, insolubles et problématiques pour l'enfant. Les parents sont incapables d'apaiser ou de réguler l'enfant. La conséquence en est chez l'enfant le développement d'un style d'attachement de type désorganisé, où il est mis en position de sécuriser les parents. C'est une position paradoxale

où ses efforts sont inutiles et nous devons alors penser à la théorie du double lien où l'enfant est face à deux messages contradictoires, dans une relation de dépendance et avec une injonction à répondre. L'enfant sera enclin à développer des symptômes dissociatifs comme seule réponse à cette situation lui permettant ainsi de survivre en gardant le lien et en se coupant du contenu véhiculé dans ce lien (Goldsmith *et al.*, 2004).

L'attachement désorganisé est un des types d'attachement décrit dans les travaux de Main (1993). Les autres modalités d'attachement sont les attachements organisés, sécure, anxieux-évitant et anxieux-ambivalent et représentent 95 % des cas dans la population à bas risque. Dans la population à haut risque où nous trouvons les situations de violences domestiques, les attachements désorganisés peuvent représenter plus de 50 % des situations (Delage, 2013)

Les conséquences d'un attachement désorganisé se traduisent par des difficultés intrapersonnelles et interpersonnelles. Les difficultés intrapersonnelles s'observent par des difficultés d'accordage aux états émotionnels d'autrui avec une perte d'empathie, une dérégulation de l'affect, une attitude de méfiance et de suspicion, des attitudes et des comportements qui imitent l'agresseur et un processus de revictimisation. Les difficultés interpersonnelles se manifestent par un isolement social, des difficultés à maintenir des relations constructives, un problème avec les limites et des difficultés avec la prise de distance interpersonnelle.

Un élément essentiel de ce type d'attachement est la dérégulation de l'affect. L'enfant va présenter des difficultés avec sa capacité de régulation émotionnelle, d'auto-apaisement, à tolérer de fortes émotions, à nommer et exprimer ses sentiments et ceux des autres. Il pourra aussi manifester des comportements auto destructeurs et suicidaires.

LES TROUBLES DISSOCIATIFS, UNE CLÉ POUR COMPRENDRE LES EFFETS DES VIOLENCES DOMESTIQUES À L'ÂGE ADULTE

Les troubles dissociatifs constituent les suites d'une traumatisation chronique. Les auteurs de la Théorie de la Dissociation Structurelle de la Personnalité (van der Hart *et al.*, 2006, 2010) définissent la dissociation comme « ... un manque d'intégration parmi deux ou plusieurs sous-systèmes psychobiologiques de la personnalité comme système entier, ces sous-systèmes endossant chacun au moins un sens de Soi rudimentaire. »

Pour Pierre Janet, un précurseur de cette pensée, la dissociation était une incapacité à intégrer l'expérience traumatique par l'alternance entre le fait de ressentir trop ou trop peu (Janet, 1904). Cette incapacité mène à un échec de la réalisation des événements qui se sont produits, par exemple : « Je ne peux pas croire ce qui est arrivé », « mes sœurs disent qu'il y a eu des choses difficiles qui se sont produites, mais je ne suis pas de leur avis. » Un symptôme qui accompagne fréquemment la dissociation est le phénomène de dépersonnalisation, qui se caractérise par une perte des sensations pour son propre corps, qui peut aller jusqu'à des

vécus « hors du corps », principalement lorsque la personne, au moment du vécu traumatique, ne peut pas s'enfuir. Un autre phénomène caractéristique de la dissociation est la non-présentification, c'est-à-dire une perte de la capacité à percevoir, ressentir et se vivre dans le temps présent. On peut voir ces phénomènes dissociatifs également comme une ressource de survie, qui se font au prix d'une distanciation de l'expérience psychique, et physique, avec l'esprit qui s'échappe de l'ici et maintenant, de la réalisation consciente des événements et de l'expérience corporelle. Au-delà de la survie, ces mécanismes peuvent devenir des habitudes, déclenchées par des éléments moins massifs, et finir par se constituer en défenses autour desquelles s'organise la personnalité. Bien entendu, les éléments traumatiques restent en l'état et font l'objet d'un évitement massif.

Parmi les modèles théoriques qui expliquent la dissociation, les théories de l'attachement ont une place de choix. Celles-ci proposent comme étiologie de la dissociation des défauts d'attachement entre parents et jeunes enfants (Barach 1991 ; Liotti 1999 ; Lyons-Ruth *et al.*, 2006). Les troubles dissociatifs majeurs relèveraient d'un style d'attachement désorganisé (Fonagy 1997 ; Liotti 1999 ; van der Hart *et al.*, 2006, 2010), où l'adulte emploie des stratégies de défense contre toute forme d'attachement vue comme une menace pour l'intégrité psychique ou physique (Blizard 2003 ; Howell 2005 ; Steele *et al.*, 2001, van der Hart *et al.*, 2006, 2010). Ainsi, l'attachement désorganisé se montre simultanément sous deux aspects, qui peuvent être en conflit, d'une part, une phobie de l'attachement (activée le plus souvent par des systèmes d'action de défense, comme la fuite ou la lutte) et, d'autre part, une phobie de perte de l'attachement avec d'autres significatifs (activée la plupart du temps par des systèmes d'action de peur d'attachement, et se montrant par une panique devant toute séparation, des peurs d'abandon). Brewin et ses collègues (2000) ajoutent qu'il existe un risque élevé de troubles dissociatifs, en cas de manque de soutien social après des événements terrifiants.

LA THÉORIE DE LA DISSOCIATION STRUCTURELLE DE LA PERSONNALITÉ

Le cadre de pensée qui nous est le plus utile à l'heure actuelle pour conceptualiser les troubles dissociatifs est la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (van der Hart *et al.*, 2006, 2010). Cette théorie concerne la dissociation pathologique et distingue d'après Myers (1940) un fonctionnement apparemment normal et un fonctionnement de type émotionnel. Les réseaux qui assurent le fonctionnement apparemment normal sont orientés vers la survie de l'espèce, le fonctionnement de la vie quotidienne et restent dans un évitement phobique de tout contenu traumatique et de l'émergence émotionnelle. Cet évitement phobique peut aller jusqu'à une amnésie complète de l'existence même du trauma. Les réseaux traumatiques, par contre, portent les contenus traumatiques, et sont véhiculés par des systèmes d'action de

défense contre les menaces. Ce type de fonctionnement est avant tout orienté pour la survie individuelle. Pour plus de facilité, la littérature utilise communément le terme de « parties de la personnalité », en distinguant *partie de la personnalité apparemment normale* et *partie de la personnalité émotionnelle*, une carte de lecture qui ne doit pas conduire le thérapeute à réifier à outrance la métaphore utilisée.

La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP) prévoit trois degrés de dissociation :

1. La dissociation structurelle primaire, comprenant une partie de la personnalité apparemment normale (PAN) et une partie de la personnalité émotionnelle (PE). Pour les auteurs de la TDSP ce niveau de dissociation équivaut à un ESPT simple, pouvant comprendre plusieurs traumatismes. Il s'agit de personnes dont le niveau de fonctionnement général est bon. La stabilisation est en général courte, et la résolution traumatique peut être acquise rapidement ;
2. La dissociation structurelle secondaire comprend une PAN, qui assure le fonctionnement de la vie quotidienne, et plusieurs PE. Ces différentes PE sont le plus souvent véhiculées par des systèmes d'action différents, par exemple l'une étant organisée par des actions défensives, avec des stratégies de lutte ou de fuite, tandis qu'une autre peut être davantage mue par une tendance à l'agrippement, menant à une recherche de proximité plutôt que de sécurité. Plus le niveau de fonctionnement dissociatif est prononcé, plus ce conflit est important. Dans la structure de traitement proposée par la TDSP, il s'agit de la première phobie à dépasser, à savoir la peur de l'attachement, et en même temps qu'une panique de perte d'attachement avec le thérapeute (van der Hart *et al.*, 2006, 2010 ; Steele *et al.*, 2001, 2005) ;
3. La dissociation structurelle tertiaire fait partie des tableaux dissociatifs complexes, où le fonctionnement dissociatif est très prononcé. Ici, il y a plusieurs PAN, par exemple un fonctionnement en tant que mère, différent du fonctionnement professionnel, par exemple de soignant, encore différent du fonctionnement en tant que conjoint. Ainsi, une patiente, qui en tant que professionnelle avait l'habitude de fréquenter les tribunaux pour accompagner des personnes suivies, était terrorisée lorsqu'il a fallu aller au même tribunal, aller voir le juge des tutelles. Travailler sur cette cible non traumatique a été facile, malgré une souffrance dissociative par ailleurs très importante. Elle a pu voir le juge sereinement, passer les contrôles au tribunal sans encombre.

Dans la dissociation structurelle tertiaire, le nombre de PE est important, et souvent organisé par couches successives. Ces PE portent des traumatismes de l'histoire de la personne, en général provenant de la petite enfance, où il faudra porter autant d'attention aux actes commis, comme des agressions de tous ordres, qu'aux actes omis, c'est-à-dire des négligences, des défauts de protection, des indifférences, des évitements. Il arrive souvent aussi que certaines PE portent du matériel transgénérationnel, qui peut provoquer un état suicidaire, des symptômes psychotiformes. Ces cibles traumatiques portant du matériel qui n'appartient pas au patient sont les premières à retraiter, car il s'agit de petites cibles, qui le plus souvent sont responsables des symptômes les plus incompréhensibles.

L'attachement chez les personnes qui souffrent de dissociation structurelle tertiaire est désorganisé, avec un conflit apparemment insoluble entre la peur de s'attacher et en même temps la peur de perdre l'attachement avec le thérapeute (Steele et al., 2001, 2005 ; van der Hart et al., 2006, 2010). Le diagnostic posé à ce niveau de dissociation est celui de *Trouble Dissociatif de l'Identité*¹ (TDI). Ce qui est caractéristique chez ces personnes, et qu'on retrouve moins chez les personnes souffrant d'un trouble dissociatif pas autrement spécifié (DDNOS), est que les patients TDI ont des amnésies dans la vie quotidienne, font des choses dont ils ne se rappellent pas, par exemple écrire des messages, avec un contenu qu'ils ignorent, et d'autre part, peuvent être amenés à changer d'état, menant à des comportements qui peuvent paraître incompréhensibles au thérapeute non averti. Chez ces patients, la thérapie nécessite du temps. Souvent ces personnes ne sont pas bien fonctionnelles dans le quotidien, ou alors au prix d'un épuisement important, se soldant par un état dépressif chronique. Il n'est pas rare que ces personnes reçoivent de multiples diagnostics, d'une part en raison d'une comorbidité importante, d'autre part, parce qu'elles peuvent se comporter extrêmement dans deux situations différentes, avec deux interlocuteurs différents, donnant à une équipe l'impression d'avoir à faire à deux personnes, jumelles en apparence, mais différentes dans le comportement, la relation.

LES ATTACHEMENTS NOCIFS

Il n'est pas rare que parmi les réseaux dissociatifs, il y ait une ou plusieurs parties qu'on peut appeler communément *partie qui imite l'agresseur*. Il s'agit d'un fonctionnement fait d'attachements nocifs, où l'attachement, la loyauté et l'espoir fonctionnent de manière contre-productive, c'est-à-dire ne permettent pas à la personne de prendre en compte ses besoins, de mettre des limites et de se protéger suffisamment pour rester dans une relation constructive. Ces parties qui imitent l'agresseur peuvent rester soumises et dans une posture de victime tant qu'il y a un ou plusieurs agresseurs dans l'environnement. Il arrive même que ces parties défendent un agresseur, comme cela a pu être observé dans le syndrome de Stockholm. Ces parties dissociatives ne sont pas du tout phobiques de l'attachement avec l'agresseur. C'est entre autres le cas de femmes, qui retournent chez leur conjoint auteur de violences, même si elles se savent en danger. Ce qui caractérise ces personnes est qu'elles continuent à espérer

1. Dans la terminologie internationale, ce trouble est appelé *Dissociative Identity Disorder* (DID).

éperdument, que leur conjoint changera, qu'il répondra enfin aux besoins archaïques depuis si longtemps négligés. Dès que l'auteur des violences n'est plus présent, ces parties peuvent reprendre le rôle de ce dernier, en agressant autrui, par exemple à travers les jeux de remise en acte chez les enfants, ou en s'agressant soi-même, par exemple à travers des auto-mutilations, des sabotages, des tentatives de suicide.

Dans notre travail avec les victimes de violences domestiques, nous avons constaté que dans un premier temps, les mères ne demandent pas d'aide psychologique. Ce sont le plus souvent les travailleurs sociaux ou d'autres témoins de leur souffrance qui demandent de l'aide. Ces femmes présentent des tableaux dissociatifs assez prononcés, avec un évitement massif de tout trauma. Elles ne sont pas intéressées à aborder le passé, ont des difficultés à faire confiance. Construire une relation thérapeutique n'est pas chose facile, car les parties qui imitent l'agresseur sont déclenchées par les relations d'attachement constructives. Ces personnes ont en général une faible tolérance à l'affect pour les émotions de peur, de honte et de colère. Sortir des violences démarre le plus souvent avec une période dépressive importante, avec des risques suicidaires réels, car ce qui est à l'ordre du jour est de faire le deuil d'une relation qui a pris beaucoup de place.

CONCEPTUALISATION ET PLAN DE TRAITEMENT DANS UN CONTEXTE DE VIOLENCES DOMESTIQUES

Le traitement sera complexe, car il devra s'adresser aux victimes, à l'auteur de violences et à la famille. Le thérapeute devra développer une pensée complexe lui permettant d'intégrer les déterminants singuliers et relationnels. Un travail de partenariat sera souvent nécessaire pour appréhender les différents points de vue, les différentes sensibilités et les réflexions sur les normes socioculturelles homme/femme.

En termes de planification du traitement, trois points clés doivent guider l'intervention thérapeutique :

1. Le premier est la sécurité concernant les membres de la famille et à ce sujet le thérapeute doit évaluer si et quand les comportements de violences domestiques doivent être signalés. Se pose alors la question de comment regarder les violences domestiques : s'agit-il d'une affaire privée ou publique ?
2. Le deuxième point est l'organisation du plan de traitement, à savoir qui a besoin de traitement et qu'est-ce qu'on va traiter ?
3. Finalement, le troisième point est une réflexion du contexte pour savoir quelles sont les institutions publiques qui doivent être impliquées dans cette prise en charge.

Nous suggérons que l'approche thérapeutique face à ce trauma complexe soit de type intégratif afin de prendre en compte à la fois les blessures individuelles et les blessures du lien. Si nous gardons en tête que la notion de sécurité de l'enfant est essentielle, le travail avec l'auteur des violences doit s'effectuer en premier avant tout autre travail relationnel familial ou avec l'enfant victime (Morris-Smith et Silvestre, 2013). Il est illusoire de penser un travail thérapeutique avec un enfant s'il est toujours dans sa vie quotidienne confronté aux comportements de violence domestique.

LA STABILISATION ET LA PHASE DE PRÉPARATION EN EMDR

En psychotraumatologie et notamment dans la mise en œuvre de la thérapie EMDR, la stabilisation est une phase importante, et consiste en une préparation avant toute confrontation visant à retraiter les réseaux de mémoire traumatiques. Une stabilisation réussie va répondre à trois besoins fondamentaux :

1. Le premier besoin concerne l'intégrité immédiate et le sentiment d'être en sécurité. Les personnes souffrant de traumas complexes ont fait l'expérience tangible que leur intégrité n'est pas sauve. Tant que la sécurité dans l'ici et maintenant pose question, celle-ci est une priorité. Cela vaut en premier lieu pour l'entourage de la personne. Ensuite, avant d'aller plus loin, il est nécessaire que la/les personne/s en thérapie puissent avoir accès à un sentiment de sécurité dans l'ici et maintenant du lieu et du thérapeute qui les accompagne ;
2. Le second besoin consiste à construire avec le thérapeute un lien d'attachement sécurisé. Avec les personnes souffrant de traumas complexes, les troubles de l'attachement sont toujours présents. Cependant, même en cas d'attachement désorganisé, la capacité à entrer en contact demeure intacte, et dès lors il est possible de construire une relation d'attachement sécurisé avec le thérapeute, pourvu que ce dernier soit prédictible, contenant et constant. Cette étape peut prendre du temps et nécessiter un soin constant à travers la thérapie, surtout si les personnes ont des difficultés à garder le lien. Une fois qu'un lien suffisamment bon est mis en place avec le thérapeute, d'autres liens constructifs peuvent être créés avec des personnes de l'entourage, et en cas de dissociation avec des mouvements internes ;
3. Un troisième besoin important pour se stabiliser consiste en la possibilité à avoir de l'espoir et une perspective d'avenir. Les personnes souffrant de traumas complexes, surtout, sont régulièrement aux prises avec d'intenses sentiments d'impuissance et de désespoir. Définir des objectifs, poser la question aux personnes, à quoi elles verront qu'elles n'auront plus besoin de thérapie, permet d'orienter l'attention vers un futur souhaité. Lorsque le travail sur des cibles traumatiques est difficile, avoir établi au préalable un scénario du futur qui

fait envie, donne du sens au fait de traverser des émergences émotionnelles dans le travail présent. D'autre part, avec les personnes souffrant de troubles dissociatifs, lorsque les réseaux traumatiques sont activés, cette partie de l'expérience coincée dans le trauma, sans lien vers un après apaisé, peut faire perdre la perspective de l'ici et maintenant à la personne et mener à des blocages. Une perspective d'avenir est un bon antidote à cela.

LE TRAVAIL SPÉCIFIQUE AVEC L'AUTEUR DE VIOLENCES

Le travail EMDR avec l'auteur peut porter sur son mode d'attachement hyper-anxieux, son niveau de différenciation faible (envahissement important de l'émotionnel sur le cognitif), sa relation avec sa famille d'origine, son estime de soi forte ou faible mais vulnérable, sa fenêtre de tolérance étroite et souvent son type d'attachement désorganisé développé dans l'enfance. Ces différents éléments sont autant de cibles de traitement EMDR, mais la participation de l'auteur de violences en traitement nécessite souvent une décision de justice (Smith et Silvestre, 2011).

LE TRAVAIL AVEC LA FAMILLE

Le travail de thérapie familiale ciblera l'amélioration de la qualité des liens d'attachement parents-enfants, la mise en place d'une hiérarchie familiale congruente et l'élaboration d'un récit narratif pour développer un attachement plus sécurisé, réduire la vulnérabilité émotionnelle en augmentant la fenêtre de tolérance et soutenir le traitement des souvenirs traumatiques pour en réduire les conséquences chez les enfants et les aider à développer un meilleur contrôle des affects avec moins d'impulsivité.

En conclusion, la thérapie EMDR a toute sa place dans le traitement d'une telle pathologie et de ses conséquences sur les victimes. La finalité du travail thérapeutique sera d'agir sur ce qui peut être transmis par l'auteur des violences à sa famille, à savoir un trouble de la régulation des affects, une vulnérabilité émotionnelle, une faible estime de soi, des comportements de dépendance et de co-dépendance, un isolement social, un modèle éducatif sexiste garçon/fille du partage des responsabilités de la vie quotidienne et un mode de communication particulier. Celui-ci est en effet caractérisé par un apprentissage implicite des comportements de violence comme seule réponse et l'absence d'apprentissage explicite et de mentalisation des émotions. Le but d'une telle thérapie sera d'arrêter la transmission du trauma aux générations futures par l'élaboration d'un récit familial permettant de parler avec une distance des événements douloureux.

BIBLIOGRAPHIE

- BARACH P.B. (1991) « Multiple personality disorder as an attachment disorder », *Dissociation*, 4, 3, 117-123.
- BLIZARD R. (2003) « Disorganized attachment : Development of dissociated self states and a relational approach to treatment », *Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 3, 27-50.
- BREWIN C.R., ANDREWS B., VALENTINE J.D. (2000) « Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748 – 766.
- CHRISTEN M., HEIM C., SILVESTRE M., VASSELIER-NOVELLI C. (2004) *Vivre Sans Violences ?* Paris, Editions Erès, Collection Relations.
- DELAGE M. (2013) *La vie des émotions et l'attachement dans la famille*, Paris, Odile Jacob.
- DUTRA L., BUREAU J.F., HOLMES B., LYUBCHIK A., LYONS-RUTH K. (2009) « Quality of early care and childhood trauma : a prospective study of developmental pathways to dissociation », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 6, 383-390.
- THE EUROPEAN PARLIAMENTARY ASSEMBLY (2004) *Campagne pour lutter contre la violence domestique à l'encontre des femmes en Europe*. The Parliamentary Assembly Doc. 10273, Strasbourg, France.
- FINNEY A. (2003) *Alcohol and intimate partner violence : Key findings from research*. Home Office Findings n° 215, London, Research, Development and Statistics Directorate.
- FONAGY P.M. (1997) « Multiple voices vs. metacognition : An attachment theory perspective », *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 181-194.
- FUSCO R. A., FANTUZZO J.W. (2009) « Domestic violence crimes and children : A population-based investigation of direct sensory exposure and the nature of involvement », *Children et Youth Services Review*, 31, 2, 249-256.
- GOLDSMITH R.E., BARLOW M.R., ET FREYD J.J. (2004) « Knowing and not knowing about trauma : Implications for therapy », *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 41, 448-463.
- HOWELL E.F. (2005) *The dissociative mind*, Hillsdale, New Jersey, Analytic Press.
- INED (2001) *Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France, Enveff*. Population et Sociétés n° 364, Paris, France.
- JANET P. (1904) « L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion », *Journal de Psychologie*, 1, 417 – 453.
- LIOTTI G. (1999) « Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. » In J.Solomon & C.George (Eds), *Attachment disorganization* (pp. 297-317), New York, Guilford Press.
- LYONS-RUTH K., YELLIN C., MELNICK S., ATWOOD G. (2003) « Childhood experiences of trauma and loss have different relations to maternal unresolved and Hostile/Helpless states of mind on the AAI », *Attachment and Human Development*, 5, 4, 330 – 352.
- LYONS-RUTH K., YELLIN C., MELNICK S., ATWOOD G. (2005) « Expanding the concept of unresolved mental states : Hostile/Helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization », *Development and Psychopathology*, 17, 1, 1 -23.
- LYONS-RUTH K., DUTRA L., SCHUDER M.R., BIANCHI I. (2006) « From infant attachment disorganization to adult dissociation : Relational adaptations or traumatic experiences ? », *Psychiatric Clinical of North America*, 29, 63-86.
- MAIN M. (1993) « Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs multiple (incoherent) model of attachment : Findings and directions for future research. » In C.M. Murray-Parkes, J. Stevenson-Hinde & P.Morris (Eds) *Attachment Across the Life Cycle*, London, Routledge.
- MORRIS-SMITH J., SILVESTRE M. (2013) *EMDR for the Next Generation : Healing Children and Families*, www.academic-bookshop.com . Pour la traduction française (sous presse).
- MYERS C.S. (1940) *Shell shock in France 1914-1918*, Cambridge, UK : Cambridge University Press.
- NCTSN, (2003) National Child Traumatic Stress Network, www.nctsn.org

OGAWA J. R., SROUFE L.A., WEINFELD N.S., CARLSON E.A., EGELAND B. (1997) « Development and the fragmented self : longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample », *Development and Psychopathology*, 9, 4, 855 – 879.

PERRY B., POLLARD R.A., BLAKELY T.L., BAKER, W.L., VIGILANTE D. (1995) « Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and use-dependent development of the brain : How states become traits », *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.

SHIFT (2012) *The project to end domestic violence*, University of Calgary, Canada.

SMITH J., SILVESTRE M., (2011) « La thérapie EMDR pour les auteurs de violences domestiques. » In Coutanceau & Smith (Eds) *Violence et Famille*, Paris, Dunod.

STEELE K., VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R.S. (2001) « Dependency in the treatment of complex PTSD and dissociative disorder patients », *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 4, 79-116.

STEELE K., VAN DER HART O., NIJENHUIS, E.R.S. (2005) « Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization : Overcoming trauma-related phobias », *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 3, 11-53.

VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R.S., STEELE, K. (2006) *The Haunted Self : Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York/London : W.W. Norton & Co. Pour la traduction française (2010) : *Le Soi Hanté : Dissociation Structurale et Traitement de la Traumatisation Chronique*, Bruxelles, DeBoeck.

Chapitre 30

Les traumatismes transgénérationnels

Trouver du sens en prenant en compte ce qui nous dépasse...

Hélène Dellucci

De nombreux auteurs, depuis des décennies, attirent notre attention sur la dimension traumatique de certains événements qualifiés de catastrophe et de leurs effets au sein des familles (Ancelin Schützenberger, 1993, 1996). S'il apparaît clairement comment aider les personnes qui, collectivement, ont vécu un événement traumatique, comment cibler les blessures émotionnelles issues de contenus que les personnes elles-mêmes n'ont pas vécues ? Comment comprendre ces symptômes, qui pour la plupart n'ont aucun sens apparent ? Et comment prévenir la non-transmission des blessures ? Nous tenterons de répondre à ces questions à travers des pistes concrètes de ciblage, et de traitement, entre autres en EMDR.

LES TRAUMATISMES TRANSMIS

Parmi les blessures traumatiques transmises, nous distinguons trois niveaux : les traumatismes familiaux, les traumatismes transgénérationnels et les traumatismes vicariants.

On peut parler de traumatisme familial ou collectif, lorsque les effets traumatiques d'un ou plusieurs événements négatifs s'étendent à plus d'une personne d'un même groupe¹. Ces

1. Cette définition peut être étendue à tout groupe, comme par exemple une équipe, une salle de classe, etc.

blessures produisent des interactions qui viennent modifier ou perturber les liens familiaux, en produisant des ruptures, modifiant les rôles de chacun, ainsi que les sous-groupes dans la famille. La capacité à partager des émotions est altérée et mène souvent à une compensation à travers une tendance à l'enchevêtrement dans un premier temps, un désengagement par la suite. À ce titre, Michel Delage (2007) a rapproché les perturbations au niveau de l'attachement avec la typologie de ces stratégies familiales.

Les traumatismes transgénérationnels peuvent être définis comme des expériences traumatiques, qui ont laissé des blessures émotionnelles, qui s'étendent aux membres des générations suivantes, même si ces dernières n'ont pas expérimenté les faits. C'est ainsi que nous avons été amenés à désensibiliser des séquelles post-traumatiques de la première et de la Seconde Guerre mondiale chez des personnes qui sont nées après cette période (Dellucci, 2009). Ces personnes ne pouvaient donc pas avoir vécu ces événements, historiquement datés, mais force est de constater, cliniquement, qu'elles portaient bien des séquelles post-traumatiques, allant parfois jusqu'à des troubles dissociatifs avec des manifestations envahissantes.

Une dernière catégorie de blessures transmises constitue les traumatismes vicariants, c'est-à-dire ceux qui touchent les aidants. Nous parlons de traumatismes vicariants lorsqu'un aidant se retrouve avec des blessures émotionnelles provenant de sa démarche d'aide.

En général, cela touche des professionnels dévoués, qui ont à cœur d'aider les personnes, parfois au-delà de leurs propres besoins et limites, qu'ils perdent de vue. Trois hypothèses nous guident : soit il s'agit d'une résonance personnelle, qui peut être exacerbée par une situation professionnelle rencontrée. Aucun professionnel n'est à l'abri de cela. Ce genre de situation, ne se prévient pas, surtout la première fois, car ces résonances sont pour la plupart restées implicites. Une seconde hypothèse que nous pourrions avancer serait un épuisement du professionnel, provenant d'un « manque de zones de récupération », une notion chère à Sapolski (2004). Une troisième hypothèse nous fait postuler une contamination du professionnel par les sentiments d'impuissance et de désespoir du patient, lorsque ce dernier perd la perspective du présent et du futur.

LES TRAUMATISMES TRANSGÉNÉRATIONNELS : COMMENT LES COMPRENDRE ?

Les traumatismes transgénérationnels sont des blessures psychiques portées par des personnes qui n'ont eux-mêmes pas vécu l'événement ayant causé le trauma. La dimension explicite est souvent indisponible ou anecdotique. Les récits, s'il y en a, sont déconnectés de leur dimension émotionnelle, et traités de manière phobique (avec une impression de réveiller un malheur si quelqu'un en parle, avec une pensée magique que cela pourrait se reproduire, si on pense trop fort à l'événement) ou hostile (des personnes qui restent dans une attitude

revendicatrice et agressive, sans que personne n'en comprenne le bien fondé, un évitement des personnes qui présentent des symptômes, plutôt qu'une tentative de comprendre). Ainsi, la dimension implicite est présente, à travers des symptômes corporels (par exemple une activation sexuelle lorsque les médias rapportent des faits divers), des fragments (des images sans fondement, comme une peinture), des contenus et des images éparses (des dessins de squelettes d'un enfant de 11 ans), des phobies d'impulsion (par exemple une peur de faire du mal à des personnes vulnérables). Les déclencheurs dans la vie quotidienne des porteurs du trauma sont fréquents. Il peut s'agir d'un moment où sont attendus des résultats d'analyses, parfois le déclencheur peut être un enfant lui-même, un lieu, une date, ...). Les contenus traumatiques semblent ne pas avoir de sens apparent.

Cependant, un récit permettant de donner du sens apaise, en venant s'insérer dans les repères présents. La véracité de ces récits ne peut souvent pas être vérifiée. Dans la mesure où le thérapeute EMDR travaille à partir des éléments émergents, et vise à apaiser l'activation physiologique, nous pouvons laisser la construction du récit à la personne à qui il appartient. Pour le patient, le contenu du récit a de l'importance. Le rôle du thérapeute reste celui d'un témoin accompagnant.

Les traumatismes transgénérationnels génèrent un évitement plus ou moins massif. Une co-morbidité en termes de troubles d'attachement, de traumatismes ontogénétiques n'est pas à exclure et brouille souvent le tableau clinique. Il convient alors d'établir une hiérarchie de ciblage.

LES TRAUMATISMES TRANSGÉNÉRATIONNELS ET LE MODÈLE TAI

Ces blessures sont par essence des blessures relationnelles : les personnes portent des séquelles parce qu'elles sont en lien. En général les blessures relationnelles comportent leur part de trahison, d'espoirs déçus et de deuils, qui viennent s'ajouter à la souffrance du traumatisme en soi. Les blessures relationnelles provenant de transmissions transgénérationnelles ne s'inscrivent pas dans cette logique. Il s'agit de séquelles provenant de la souffrance de quelqu'un d'autre, pas d'une trahison. Souvent les liens envers les personnes touchées par le traumatisme primaire sont constructifs, et ils restent préservés, au-delà de la souffrance qu'il suscite.

Le modèle TAI indique que les symptômes d'aujourd'hui proviennent de mémoires et d'informations dysfonctionnellement stockées. Si pour un problème donné, le souvenir source peut être trouvé et désensibilisé, cela a un effet soulageant sur toute la problématique. Si par contre le souvenir source reste inconnu, la cible dans l'enfance sur laquelle se concentre le travail n'est pas le souvenir le plus ancien. Ce dernier peut provenir d'un âge préverbal, ou peut même être plus ancien encore. Étant donné que les traumatismes transgénérationnels ne

sont pas explicités, ils ne sont souvent pas mis en lien avec la problématique, et peuvent dès lors agir comme des mémoires qui alimentent une cible dont le SUD ne baisse pas. Ainsi, les déclencheurs ne deviennent pas neutres, le travail peut se bloquer et le processus s'enliser.

Une possible explication pour un tel phénomène est que le souvenir source dans la vie du patient n'est pas le souvenir source de la problématique. Celui-ci doit être recherché explicitement lorsque le plan de ciblage est établi, et une fois trouvé, il convient de le traiter avant le souvenir source ontogénétique.

Les traumatismes transgénérationnels, une fois décelés, constituent de petites cibles, qui peuvent être facilement retraitées. On pourrait se demander pourquoi. Notre hypothèse va dans le sens d'une absence de blessure directe du lien entre le patient et la personne traumatisée à l'origine. Le patient est touché par des séquelles post-traumatiques qu'il porte, mais il conserve également toute son empathie pour le parent traumatisé à l'époque, dont il comprend, à l'aide de sa propre réaction corporelle, la souffrance causée par l'événement initial.

LES TRAUMATISMES TRANSGÉNÉRATIONNELS DANS LE PLAN DE CIBLAGE

Généralement, un plan de ciblage est établi à partir d'une problématique, ou d'un symptôme posant problème. La première dimension questionnée est la vie quotidienne du patient. C'est ainsi qu'une liste de déclencheurs est établie, pour définir ensuite la pire situation possible, accompagnée d'une cognition négative sous-tendant la problématique.

À partir de la définition d'une cognition, la recherche dans le passé est guidée par celle-ci, et ce jusqu'au souvenir le plus ancien dans la vie de la personne. Celui-ci se situe le plus souvent dans l'enfance, avant l'âge de 10 ans.

En deçà de ces souvenirs déterminés comme sources, nous pouvons identifier le socle des expériences et empreintes précoces, fait de mémoires préverbaux traumatiques qui constituent souvent le début d'une problématique complexe, surtout lorsqu'il y a des dysfonctionnements familiaux.

En deçà de l'expérience ontogénétique, nous pouvons situer l'expérience partagée sur le plan familial. Les traumatismes transgénérationnels en font partie.

Étant donné que les traumatismes transgénérationnels sont par essence des traumatismes du lien, nous proposons, lors de l'établissement du plan de ciblage, de rechercher le lien source de cette problématique, qui risque d'aller bien au delà du souvenir source se limitant à l'expérience du patient.

Deux questions peuvent guider le praticien dans la recherche du lien source :

1. Est-ce que quelqu'un d'autre dans votre famille souffre ou a souffert du même problème ? / a été confronté à la même chose ?
2. *La personne est ainsi invitée, soit par questionnaire direct, soit par float back ou par pont d'affect, à faire le lien avec sa famille d'origine. Très souvent, une réponse éclairante se fait jour.*
3. Qui dans votre famille aurait pu dire la même chose ? : répétez la cognition négative.

Cette question posée ainsi invite le patient à se décentrer de lui pour vérifier la pertinence d'un message implicite reçu de ses aïeux. Si le patient trouve une mémoire, celle-ci est souvent fortement chargée en émotions, et constitue le début d'un récit qui peut surprendre.

Bien sûr, un scénario du futur bien établi permettra au patient de toucher de manière tangible l'espoir de s'affranchir de la problématique le faisant souffrir.

Nous conseillons au praticien de commencer par retraiter la mémoire transgénérationnelle. Non seulement celle-ci constitue une petite cible qui régressera vite, mais permettra un travail avec davantage de sens et d'efficacité pour la suite du plan de ciblage.

LES TRAUMATISMES TRANSGÉNÉRATIONNELS : COMMENT LES DÉCELER ?

Outre le questionnaire direct lors du plan de ciblage, un autre moyen pour déceler les traumatismes transgénérationnels est l'outil systémique qu'est le génogramme, inventé par Murray Bowen (1974), et qui représente un outil thérapeutique utilisé en thérapie familiale pour aider une personne à se différencier par rapport à sa famille d'origine (Carter et Orfanidis, 1976 ; Guerin et Pendagast, 1976 ; Pendagast et Sherman, 1977).

Il s'agit d'une représentation graphique, retraçant les membres de la famille d'origine d'une personne, les générations, la qualité des relations entre les personnes, les héritages et les problématiques et bien sûr les ressources. Plus il y a eu d'expériences négatives, qui peuvent avoir laissé des traces traumatiques, plus il convient de poser des questions de survie au long de cette exploration : comment votre grand-mère a-t-elle fait, après décès de son mari, pour mener la barque familiale avec quatre enfants jeunes ? Comment tel grand-père a fait, au retour de la guerre, pour avoir le courage de ... Comment, en dépit des catastrophes qui ont eu lieu, ils ont fait pour avoir des enfants, les élever ? Sur le plan familial, une famille qui a survécu est une famille qui a réussi à ce qu'il y ait une génération suivante.

Établir un génogramme permet de mettre en lumière un premier niveau de compréhension pour mettre en face des difficultés traversées, les ressources que les personnes ont mises en œuvre pour faire face à ce qui leur arrivait dans le but d'en faire le moins pire. Le questionnaire

autour du génogramme est un moment important, qui peut être déstabilisant, si l'accent n'est pas suffisamment mis sur le côté ressource. Outre les compétences et les forces transmises, raconter ce que l'on sait de son histoire familiale, et les émotions que cela suscite, est un moment important qui renforce le lien thérapeutique et permet à la personne de trouver la motivation nécessaire pour aborder ces cibles. Au-delà de la dimension thérapeutique, nous utilisons le génogramme comme un outil exploratoire pour trouver des cibles familiales en lien avec une problématique. Le thérapeute décèlera les absences d'informations, les incohérences, bref les « points chauds » et les « points froids. » Ces dernières notions nous ont été inspirées par le concept de fenêtre de tolérance de Siegel (1999). Les « points chauds » sont des relations où peut être repéré une hyperactivation, c'est-à-dire un débordement par le haut par exemple par des colères débordantes, des violences, des conflits, une anxiété non contenue, des intrusions, de l'enchevêtrement, des douleurs qui semblent inconsolables. Les « points froids » à l'inverse sont des relations où l'émotion ne peut être ni vécue, ni partagée, où il y a des défauts d'empathie, un manque de soutien, des ruptures, une absence de parole, parfois assortie d'une règle familiale « on ne se parle pas », ou bien « on ne pose pas de questions. »

Une fois un génogramme établi, il est possible de l'impliquer dans le questionnement direct, et ce surtout si le patient manque d'informations pour qualifier les liens, malgré la présence de symptômes ou de somatisations envahissantes. La réponse « oui/non » corporelle ou intuitive peut être obtenue si l'on questionne les différents niveaux du génogramme par rapport à ce qui pose problème : est-ce que ce ressenti a à voir avec votre expérience ? Avec la génération de vos parents ? Les grands-parents ? Du côté maternel ? Du côté paternel ? Cette recherche davantage « sensorielle » permet de « trouver la bonne adresse » du lien source, pour ensuite le cibler.

Ces cibles permettront de hiérarchiser les « éléments source » pertinents par rapport à la problématique ciblée. Lorsque apparaissent des liens non constructifs de parents auteurs de violences, de négligences et de maltraitements, il sera important de mettre ces conduites en perspective en posant la question au patient : « où est-ce que votre parent a-t-il appris cela ? » Même si les parents sont responsables de leurs actes en tant qu'adultes, cette mise en perspective fait souvent apparaître un lien source les dépassant. Celui-ci peut alors être ciblé directement.

LES SYMPTÔMES D'UNE SOUFFRANCE TRANSGÉNÉRATIONNELLE

Les principaux symptômes décrits par Hummel et Hase (2013), qui doivent amener le clinicien à explorer la présence d'une souffrance transgénérationnelle sont le meurtre et le suicide.

Nous aimerions affiner cette lecture en ajoutant les tentatives de meurtre et les tentatives de suicide, les passages à l'acte répétés dans le cadre de violences domestiques, qu'elles aient lieu uniquement dans le couple ou s'étendent à d'autres membres de la famille. Lorsque dans une famille, il y a des pathologies psychiatriques lourdes comme la psychose, il est important d'inclure la dimension transgénérationnelle dans la conceptualisation du cas clinique. Nous mettons sur le même plan les problématiques d'inceste. Selon Boszormenyi et Sparck (1984), ces tableaux cliniques ne prennent sens qu'à partir du moment où la lecture s'étend sur trois générations. L'auteur postule l'existence de loyautés invisibles, c'est-à-dire non explicites, mais bien présentes sur le plan implicite. Lorsque de jeunes enfants sont ressentis comme dangereux par les parents, nous avons l'assurance que ce qui est perçu chez l'enfant relève de réseaux déclenchés chez le parent, des réseaux traumatiques qui proviennent de son propre passé ou de celui de ses aïeux.

Par ailleurs, nous ajoutons à la symptomatologie transgénérationnelle les secrets de famille, c'est-à-dire les contenus trop empreints de honte et de peur pour en partager le contenu. Un phénomène que nous avons souvent observé en lien avec des blessures transgénérationnelles non digérées sont les défauts ou les ruptures d'attachement entre parents et enfants, par exemple entre la grand-mère et la mère, alors que grands-parents et petits-enfants se sentent proches. Ainsi, il n'est pas rare que nous croisions des personnes en thérapie qui décrivent des relations de négligence, de maltraitance qu'ils ont subies de la part d'un ou de leurs deux parents. Lorsque nous posons la question où ce parent a appris cela, il apparaît fréquemment qu'il vivait déjà cette maltraitance lorsque lui-même était enfant. Logiquement nous pourrions lire là une répétition. Mais ces mêmes patients nous apprennent alors que ce grand-parent, qui a maltraité son propre enfant, a été pour son petit fils/fille un grand-parent soutenant, empathique. Parfois ces grands-parents prennent même l'allure de héros dans le discours du patient en face de nous. Si l'on recherche dans le génogramme, on peut retrouver ce schéma relationnel à plusieurs reprises, tant vers les générations plus anciennes, si l'information est présente, ou alors des deux côtés de la famille d'origine.

Un signe plus discret, mais dont la recherche s'avère souvent fructueuse concerne d'importantes différences de traitement parmi les membres d'une même fratrie. Parfois, les parents se rendent compte eux-mêmes de ces différences, lorsque naît un second ou un troisième enfant, par exemple une mère responsable et attentive qui se rend compte à la naissance de son fils cadet, qu'elle nourrit « une colère au delà du raisonnable » à l'égard de sa fille aînée. Une recherche par *float back* nous a amené vers l'arrière-grand-mère, mère du grand-père maternel, décédée en couches lors de sa naissance. Les contenus apparus pendant le retraitement décrivaient comment toute la famille, souffrant de cette perte insurmontable, regardait ce bébé comme le meurtrier de sa mère. La haine avait été transmise de génération en génération. Une fois cette unique cible retraitée, la patiente décrit lors de la réévaluation

un comportement modifié à l'égard de sa fille, avec le sentiment maintenant d'une implication émotionnelle comparable envers ses deux enfants.

Les phobies d'impulsion, se montrant la plupart du temps sous la forme d'une peur de faire du mal à autrui, alors qu'il n'y a aucun fait avéré, nous donnent aussi un indice pour explorer la dimension transgénérationnelle. Dans la même idée, tout *flashback* ou intrusion perceptuelle (par exemple, « l'angoisse de mourir à la naissance de mon premier enfant ») ressentie comme délirante chez des personnes qui par ailleurs n'ont pas de mal à discerner la réalité, doivent mener le clinicien à rechercher des cibles transgénérationnelles. C'est ainsi qu'un élément « la maison de campagne du frère » était soudainement devenu un déclencheur, alors que cet élément était neutre auparavant. Son exploration a marqué le début d'un long retraitement de faits de guerre chez une patiente montrant un tableau clinique dissociatif.

Les symptômes provenant de traumatismes transgénérationnelles, où le contenu est absent, n'ont par définition pas de sens. Ainsi, un symptôme d'hypercondrie apparu soudainement, exploré par pont d'affect a mené à une cible concernant le décès soudain de la sœur (8 ans) du père (6 ans), d'une leucémie foudroyante. Pour cette patiente, attendre des résultats médicaux fonctionnait comme un déclencheur. Dans son histoire, malgré une absence d'amnésie, nous n'avions rien trouvé. C'est à partir d'une somatisation, c'est-à-dire la localisation, dans sa gorge, de son angoisse hypocondriaque pour ses enfants et son mari, jamais pour elle, que nous avons pu trouver cette cible et la retraiter en une seule séance.

En bref, l'écoute attentive du clinicien, de la dimension relationnelle du patient avec les membres de sa famille actuelle et de sa famille d'origine à travers la recherche de « points chauds » ou « *hot spots* » et de « points froids » ou « *cold spots* », tels que décrits plus haut, permet de faire éclore un tableau clinique plus complet à partir duquel un plan de traitement et les plans de ciblage pourront être mieux définis.

LES TRAUMATISMES TRANSGÉNÉRATIONNELS :

► Comment les traiter ?

Une fois ces cibles particulières mises à jour, que ce soit par questionnement direct, par *float back*, par pont d'affect, ou bien à travers le génogramme, plusieurs possibilités de retraitement deviennent alors possibles. Tant que possible, nous invitons le clinicien à privilégier le protocole standard de la phase 3 à la phase 8. Très souvent, ces cibles régressent en peu de temps, c'est-à-dire une à deux séances. Les cognitions, par exemple « CN : on va tous mourir ; CP : tout va bien » sont souvent autoréférencées au groupe, plutôt qu'à la personne, ce qui dans une perspective transgénérationnelle a tout son sens.

Si l'émergence d'une cible est accompagnée d'une forte réponse émotionnelle ou corporelle, que la personne est stable par ailleurs et que la relation thérapeutique le permet, le retraitement immédiat avec un protocole standard sans cognitions peut être effectué, à condition de revenir à un plan de ciblage où les autres cibles de cette problématique feront l'objet d'un travail avec prise en compte des cognitions.

Le but du travail sur la cible transgénérationnelle est avant tout de toucher la racine émotionnelle et la retraiter. Celui sur les cognitions s'adresse à la chronicité de la problématique, dont on ne peut pas faire l'économie en psychotraumatologie.

Ici, les méthodes d'oscillation ne sont souvent pas nécessaires.

Si la dimension transgénérationnelle concerne une relation plutôt qu'un fait, et ce surtout s'il y a foison de cibles possibles, nous proposons le Protocole des Lettres (Dellucci, 2009b). Cette méthode douce permet de retraiter pas à pas un nombre important de cibles, qui sont pour la plupart des blessures relationnelles. Le but est d'assainir ce lien. Dans les cas de liens non constructifs, où la personne a pris sur elle et porté, parfois pendant longtemps, une large part de la problématique d'un parent ou d'un membre de la famille, nous recommandons d'ajouter un « rituel pour rendre » tel que nous l'avons appris dans les pratiques de constellations familiales (Sparrer, 2004/2007). Ici, ce rituel est effectué à travers un travail avec une représentation mentale, en accompagnant la personne à son rythme par des stimulations bilatérales, jusqu'à apaisement complet de son corps.

Le travail sur des cibles transgénérationnelles dans les cas de troubles dissociatifs importants est à concevoir à part. Les techniques décrites au long de ces pages permettent d'approcher un grand nombre de cibles provenant de traumatismes transgénérationnelles, pourvu que le lien thérapeutique soit de bonne qualité et que le patient soit d'accord et motivé. Citons simplement que dans le cas de troubles dissociatifs avec évitement massif il existe des pratiques spécifiques utilisant le protocole des lettres d'une manière particulière ainsi que le protocole double (Dellucci 2014b). Le travail avec les personnes souffrant de traumatismes complexes, avec ou sans troubles dissociatifs nécessite que le clinicien puisse bénéficier de formations spécifiques et d'un accompagnement en supervision.

► Comment prévenir la transmission de traumatismes aux générations futures

La première crainte qui émerge auprès d'adultes touchés, soucieux du bien être de leurs enfants est de leur avoir transmis de la souffrance transgénérationnelle. À cela nous répondons deux choses : d'une part, tout le travail thérapeutique sur les séquelles des traumatismes transgénérationnels qu'ils portent les soulage eux-mêmes et soulage aussi leurs enfants. Nous avons ainsi vu des changements spectaculaires non seulement chez les personnes en thérapie, mais également dans le lien envers leurs enfants, ainsi que celui envers des conjoints et

parfois également des modifications salutaires qu'on peut voir chez des parents. C'est ce qui motive de nombreux adultes à s'intéresser et à s'affranchir des traumatismes qui circulent dans la famille. Ils s'engagent dans ce travail en première ligne pour ne pas transmettre à leurs enfants.

La seconde chose que nous indiquons aux personnes est que la transmission est inévitable. Les enfants, les parents, les grand-parents, les autres membres de la famille sont en lien, de fait, peu importe la qualité du lien. On peut faire comme si on n'était pas en lien mais on l'est inévitablement. C'est ce que nous démontrent les constellations familiales (Sparrer 2004/2007). L'enjeu devient alors de savoir qu'est-ce qu'on transmet, et comment. Si nous raisonnons en termes TAI, nous pouvons dire qu'en cas de traumatismes transgénérationnels, ce qui est transmis est de l'ordre de la blessure non intégrée, perçue comme menaçante, qui ne permet pas de faire la différence entre aujourd'hui, où le danger est écarté, et à l'époque où déjà survivre était un défi de taille. S'affranchir de cette traumatisation permet dès lors une transmission de ressources, d'apprentissages utiles. Si un traumatisme peut être considéré comme une expérience d'apprentissage non encore aboutie en raison d'une charge émotionnelle trop importante, faisant basculer la physiologie dans des réactions de survie (Dellucci 2014), alors nous pouvons dire que la transmission de l'expérience sans trauma devient une transmission ayant du sens, racontant une histoire permettant d'honorer la mémoire, sans que celle-ci fasse souffrir. D'ailleurs, à demander l'avis de ceux l'ayant traversé, nous pouvons être certains qu'ils n'auraient pas voulu transmettre de blessure, mais seraient au contraire soulagés de savoir que leur expérience a servi aux générations futures pour vivre dans de meilleures conditions.

Pour résumer, le but est de créer une narration, une histoire qui ait du sens et qui peut être transmise tout en permettant la circulation d'émotions non débordantes. Se sentir touché n'a rien de pathologique, au contraire. Nous commençons en général à travailler avec les membres de la famille les plus motivés, et après intégration du trauma chez eux, nous les invitons à « faire tache d'huile » avec le résultat qu'ils ont acquis. Entendre une histoire familiale qui a du sens est vécue comme apaisante par tous les membres. Le plus souvent cela a un effet assainissant sur les liens, les personnes se redressent et finissent par être fiers de leurs aïeux survivants, auxquels ils peuvent désormais rendre hommage sans souffrir. En général, les personnes s'étant affranchies de traumatismes transgénérationnels sont davantage en mesure de poursuivre leurs buts d'aujourd'hui, sans l'entrave d'une loyauté limitante.

En conclusion, nous pouvons dire que la souffrance transgénérationnelle est réelle et qu'elle est guérissable, pourvu que la personne portant les séquelles post-traumatiques soit motivée à les aborder et que les conditions de travail soient suffisamment bonnes. Dans la mesure où la dimension explicite concernant ces événements reste cachée et que ces cibles paraissent sans aucun sens, il est utile que

le clinicien élargisse sa recherche à cette dimension transgénérationnelle qui dépasse l'expérience ontogénétique du patient.

Une fois mises à jour, ces cibles peuvent être abordées grâce à la thérapie EMDR et en principe elles sont rapidement retraitées. La rapidité du retraitement provient du fait qu'il s'agit essentiellement d'une blessure du lien, ne remettant pas en cause ce dernier.

Finalement, nous pouvons dire que non seulement tout traumatisme est guérissable, mais nous pouvons ajouter la mention : « quel que soit l'endroit d'où il provient », permettant ainsi une transmission saine et étayante envers les générations futures.

BIBLIOGRAPHIE

ANCELIN SCHÜTZENBERGER A. (1993) *Aïe, mes aïeux*. Desclee de Brouwer, Paris.

ANCELIN SCHÜTZENBERGER A. (1996) « Transmission de l'angoisse indicible et transgénérationnelle. L'angoisse d'un traumatisme qu'on n'a pas vécu. » *Bulletin de Psychologie*, XLIX, 423, pp. 288 – 295.

BOSZORMENYI N.I., SPARK G.M. (1984) *Invisible Loyalties : Reciprocity in Intergenerational Family Therapy.*, New York, Brunner/Mazel, puis Routhledge.

BOWEN M. (1974) *Toward the differentiation of self in one's family of origin*. Georgetown family symposium.

CARTER E.A., ORFANIDIS M. (1976) « Family therapy with only one person and the therapist's own family. » In P. J., Guerin (Ed), *Family therapy* (pp. 197-199), New York, Gardner.

DELAGE M. (2007) « Attachement et Systèmes Familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques. » *Thérapie Familiale*, 28, 4, 391 – 414.

DELUCCI H. (2009) « Les neurones miroirs : une nouvelle clé pour comprendre les traumatismes transmis ? » *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 43, 2. De Boeck.

DELUCCI H. (2009b) *EMDR Letters*. Atelier présenté à la 10^{ème} Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.

DELUCCI H. (2014) « Psychotraumatologie centrée compétences. » *Revue Thérapie Familiale*, 35(2), pp. 193-226.

DELUCCI H. (2014b) *Getting Rid of Transgenerational Trauma through EMDR*. Atelier présenté à la 15^{ème} Conférence EMDR Europe, Edinbourg, Ecosse, Royaume Uni.

GUERIN P.J., PENDAGAST E.G. (1976) « Évaluation of family system and genogram. » In P. J. Guerin (Ed), *Family Therapy* (pp. 450-464) New York Gardner.

HUMMEL H., HASE M. (2013) *Transgenerational Trauma*. Atelier présenté à la Conférence EMDR Europe à Genève.

PENDAGAST E.G., SHERMAN C.O. (1977) « A guide to the genogram. » *Family*, 5, pp. 3-14.

SAPOLSKI M.R. (2004) *Why zebras don't get ulcers*. 3rd edition., New York, Henry Holt and Company.

SIEGEL D.J. (1999) *The Developing Mind. How Relationships and the Brain interact to Shape Who We Are.*, New York, The Guilford Press.

SPARRER I. (2004) *Wunder, Lösung und System*. Carl-Auer Verlag. Pour la traduction anglaise (2007) *Miracle, Solution and System. Solution-focused systemic structural constellations for therapy and organisational change*. Solution Books, United Kingdom.

Chapitre 31

Thérapie familiale et EMDR : une approche intégrative et contextuelle

Michel Silvestre

La pratique clinique nous apprend que le travail thérapeutique avec un enfant traumatisé est souvent de nature complexe, car non seulement il faudra l'aider, mais souvent aussi ses parents et ses frères et sœurs. L'impact d'un événement traumatique ne s'arrête pas à « la frontière de l'enfant » mais touche tous les membres de sa famille. Ainsi, les questions qui se posent au thérapeute, en face d'un enfant traumatisé en souffrance, sont de savoir qui est le patient ? L'enfant ? Son ou ses parents ? La famille traumatisée-gelée depuis l'incident ? Avec qui et par où commencer ? Rencontrer les parents avec ou sans l'enfant ? Les stabiliser ? Voir l'enfant seul ou avec ses parents ? Toutes ces questions se posent quand nous sommes face à un trauma complexe où l'enfant et sa famille ont besoin d'aide (Morris-Smith et Silvestre, 2013).

Le travail EMDR devient ici un travail intégratif dans lequel la prise en charge EMDR de l'enfant s'inscrit dans une démarche contextuelle plus large (Shapiro *et al.*, 2007).

La pratique clinique a évolué. Les situations complexes se multiplient et mettent en difficulté les professionnels et leurs références théoriques car les pensées sont encore trop souvent linéaires et « unifocales. » Nous avons besoin d'intégrer des approches et de nous appuyer sur les liens pour faire émerger les ressources d'un individu, d'un couple ou d'une famille. Passer de la fameuse notion de la singularité du sujet à celle du sujet existant et régulé dans un lien. Ce n'est pas uniquement de l'EMDR, c'est une thérapie intégrative des problématiques cliniques des blessures individuelles et des blessures du lien.

Quel sera alors le plan de traitement d'une telle intervention intégrative de deux paradigmes (la clinique relationnelle, au regard interactionnel et à la pensée circulaire s'articulant avec la clinique individuelle, au regard intrapsychique et à la pensée linéaire) ? Nous constatons dans notre pratique clinique combien une situation traumatique vécue par un enfant peut réactiver des éléments traumatiques dans les histoires personnelles des parents, entraîner un dysfonctionnement familial et combien ce dysfonctionnement familial pourra générer chez ce même enfant une souffrance supplémentaire (Silvestre, 2010).

Le postulat développé par l'école de Palo Alto (à la suite des travaux sur la communication humaine), de la primauté du relationnel sur l'individuel peut nous servir de cadre de référence pour conceptualiser un tel plan de traitement intégratif de ces deux paradigmes. La clinique individuelle sera intégrée dans la clinique relationnelle car le cadre relationnel servira de support et de base contenante au travail individuel. Le travail relationnel de groupe sur les relations traumatisées permettra l'activation des ressources familiales, des patterns d'attachement, le développement des résiliences groupales et de la sécurité.

La clinique individuelle sera elle focalisée, dans un deuxième temps sur le comportement symptomatique de l'enfant traumatisé. C'est donc un travail d'une focale étroite sur une cible précise définie.

Cette construction thérapeutique de la thérapie individuelle de l'enfant, de la thérapie relationnelle de la famille, permet de répondre à la complexité des situations observées. La recherche a ainsi montré qu'il y a de nombreuses rechutes chez l'enfant, lorsque les éléments contextuels de comorbidité ne sont pas pris en compte (Mc Farlane, 2008).

Les différentes définitions du symptôme présenté par l'enfant, inhérentes au choix des différents paradigmes, sont un élément aidant dans cette démarche intégrative. Ainsi, est-ce que le symptôme présenté par l'enfant peut être perçu seulement comme une information sur l'enfant lui-même ? Ou est-ce une information sur l'enfant et le dysfonctionnement familial en relation avec la situation traumatique ? Nous pouvons alors conceptualiser cette définition du symptôme de quatre façons.

Premièrement, le symptôme peut être défini comme un symptôme mineur de développement normal dans un fonctionnement familial sécurisé. L'intervention thérapeutique ressemblera alors plus à un travail de psychoéducation d'une durée brève. Deuxièmement, le symptôme peut être perçu comme la manifestation de la souffrance de l'enfant dans un contexte familial sécurisé. Le travail thérapeutique sera alors organisé suivant une perspective clinique de nature linéaire, l'EMDR avec l'enfant a ici toute sa place. Une troisième dimension est le cas où le symptôme de l'enfant est perçu comme indiquant et soulignant une dynamique familiale dysfonctionnelle. L'intervention thérapeutique sera alors plutôt une thérapie familiale dans une perspective de compréhension circulaire où le travail sur les interactions et la hiérarchie familiale en seront les pièces angulaires. La dernière possibilité est celle de l'articulation

d'une perspective linéaire et circulaire où le symptôme de l'enfant est compris comme étant à la fois une information sur sa souffrance et sur le dysfonctionnement familial. L'intervention thérapeutique sera construite autour de l'intégration de la thérapie EMDR dans la thérapie familiale. Dans ce travail intégratif, la perspective individuelle de pensée linéaire intrapsychique et diachronique s'articule avec la perspective relationnelle de pensée circulaire, interactionnelle et synchronique.

Cette définition du symptôme aide à la mise en place du plan de traitement : thérapie individuelle, familiale ou intégrative en permettant de définir qui est traumatisé, qui rencontrer en consultation en premier, l'enfant ou la famille. Le regard personnel et clinique du thérapeute sur la famille est ici essentiel, est-ce qu'il perçoit la famille comme une ressource pour le changement ou un blocage potentiel ? De plus, nos représentations de genre nous ont souvent bloquées en nous faisant nous focaliser trop longtemps sur la relation dyadique mère-enfant, en excluant le père et en nous privant ainsi de l'observation du fonctionnement familial.

Ce travail familial interactionnel a pour but d'arrêter la transmission des conséquences du trauma en transformant un événement traumatique douloureux en un récit narratif au travers duquel les choses peuvent être dites avec distance (Delage, 2008). Il s'appuie sur les qualités d'attachement des membres de la famille, favorise le développement de l'empathie, de la capacité de partage des émotions pour prendre soin les uns des autres et la diminution du stress par la qualité de la vie relationnelle (Erdman et Caffery, 2003). Il permet ainsi de créer un contexte de sécurité pour réduire la vulnérabilité émotionnelle, améliorer le contrôle des affects et développer la résilience. L'apport du contexte familial permettant, quand c'est possible, d'assurer la régulation émotionnelle quand le cortex préfrontal de l'enfant ne peut plus.

On peut alors schématiser le travail intégratif de thérapie familiale et d'EMDR par l'adaptation du protocole standard EMDR. Les phases 1 et 2 d'histoire et de préparation se déroulent en présence de l'enfant et de sa famille pour observer la dynamique familiale, la qualité des liens d'attachement et surtout évaluer le niveau de sécurité familiale. La stabilité émotionnelle des parents est un paramètre essentiel pour la poursuite du travail avec l'enfant.

Les phases suivantes de 3 à 7 (évaluation, désensibilisation, installation, scanner du corps et clôture) se déroulent avec l'enfant en présence ou pas du parent, en fonction de l'âge de l'enfant et de l'évaluation clinique du thérapeute.

La phase 8 de réévaluation se fait avec l'enfant et sa famille pour évaluer à la fois les changements individuels et relationnels.

Un tel travail d'intégration de la thérapie EMDR et de la thérapie familiale peut amener le lecteur à se poser la question de savoir comment il peut garder sa manoeuvrabilité thérapeutique en termes d'affiliation. Est-il le thérapeute de l'enfant, de la famille ou des parents ? La théorie des différents niveaux logiques développée par l'école de Palo Alto nous aide

à comprendre que l'affiliation à un groupe est d'un niveau logique supérieur à celle d'un individu (Watzlawick *et al.*, 1972). La conséquence en est que l'affiliation du thérapeute avec le groupe familial validera son affiliation avec chaque membre du groupe. Par contre, l'affiliation avec un seul membre (l'enfant ou un parent) ne validera pas son affiliation avec les autres membres du groupe familial. Ainsi, si le thérapeute rencontre en premier lieu la famille de l'enfant, il y a une cohérence logique qui lui permettra de circuler entre tous les différents niveaux de la hiérarchie familiale, du groupe vers l'individu et retour. Il pourra ainsi rencontrer les parents seuls, l'enfant seul et les différents sous-systèmes sans souci d'affiliation. Mais si le thérapeute commence son travail thérapeutique avec l'enfant, son niveau d'affiliation ne le validera pas pour rencontrer par la suite la famille ou les parents car ils appartiennent à un autre niveau logique. Si une telle rencontre venait à se produire, le thérapeute peut ressentir un sentiment de malaise vis-à-vis des parents ou de l'enfant, conséquence de cette incohérence logique et l'enfant peut vivre un conflit de loyauté en se sentant trahi par le thérapeute.

C'est ainsi que pour permettre au thérapeute de garder le plus de liberté de mouvement possible dans son travail avec l'enfant, nous privilégions le plus souvent de démarrer ce travail intégratif par un entretien familial. Le thérapeute peut ensuite, en fonction de son évaluation clinique, voir les parents seuls en cas d'instabilité émotionnelle ou démarrer avec la thérapie EMDR de l'enfant.

En conclusion, si la thérapie EMDR est un travail individuel sur un trauma personnel, la thérapie familiale est un travail de groupe sur des relations traumatisées. L'intégration de ces deux approches, monadique sur un contexte étroit et interactionnelle sur un contexte plus large, permet de cibler les modalités de traitement d'informations anciennes (modèle TAI) et l'intégration de nouvelles informations sur un niveau personnel et interactionnel, historique et dans « l'ici et le maintenant. » La finalité d'un tel travail intégratif est d'aider les membres blessés d'une famille à faire passer à la génération suivante une histoire et non pas un trauma en arrêtant ainsi la transmission de patterns dysfonctionnels.

C'est un saut vers un niveau de pensée plus riche caractérisé non pas par l'un ou l'autre de ces paradigmes, mais par l'un et l'autre en réponse aux situations traumatiques.

BIBLIOGRAPHIE

DELAGE M. (2008) *La résilience familiale*, Paris, Odile Jacob.

MC FARLANE A. (2008) *Conférence ISTSS*, Londres, juin 2008.

MORRIS-SMITH J., SILVESTRE M. (2013) *EMDR for the Next Generation, Healing Children and Families*, UK, Academic Publishing International Limited.

ERDMAN P., CAFFERY T. (2003) *Attachement and Family Systems*, New York, Taylor & Francis Books, Inc.

SILVESTRE M. (2010) « La résilience : une histoire de l'intégration des regards inter- et intra-personnels » in Delage, M. et Cyrulnik, B. *Famille et Résilience*, Paris, Odile Jacob.

SHAPIRO F., KASLOW F., MAXFIELD L. (Eds), (2007) *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes*, New York, Wiley.

WATZLAWICK P., HELMICK-BEAVIN J., JACKSON D.D. (1972) : *Une logique de la communication*, Paris, Seuil.

Chapitre 32

La thérapie EMDR avec les enfants

Michel Silvestre

La thérapie EMDR avec les enfants est une spécialité de la thérapie EMDR générique, basée sur un modèle développemental élaboré par Tinker et Wilson (1999), prenant en considération les niveaux de développement de l'enfant. Elle s'appuie sur le même protocole d'intervention en huit phases et sur le même concept théorique du traitement adaptatif de l'information (TAI) que la thérapie EMDR pour les adultes. Ce concept théorique fait l'hypothèse qu'il existe au sein de chaque personne un système physiologique de traitement de l'information grâce auquel de nouvelles expériences et informations sont traitées pour atteindre un état adaptatif.

Ce système physiologique du traitement de l'information, comme pour celui du fonctionnement du corps, est orienté vers la guérison et la santé. Mais de la même façon que pour l'adulte, lors d'un trauma envahissant chez l'enfant, la réponse physiologique interfère avec ce processus adaptatif et le souvenir traumatique est encodé dans un état spécifique où il n'est pas traité. Il est gelé et stocké en l'état où il a été perçu à l'époque du trauma avec les images, les émotions, les sensations et donne naissance à des réactions dysfonctionnelles.

Les recherches nord-américaines du *National Child Traumatic Stress Network* (NCTSN) en 2003 montrent que seulement 20 % des traumas vécus par les enfants sont des traumas simples pour lequel le travail thérapeutique peut être entrepris seulement auprès de l'enfant traumatisé. Nous développerons ici comment l'EMDR peut être appliqué à ces enfants victimes d'un trauma simple. Le travail avec les situations de trauma complexe où non seulement l'enfant est traumatisé mais aussi son système familial avec des liens d'attachement blessés et une hiérarchie familiale perturbée seront présentés dans un autre chapitre.

Un élément central du travail EMDR avec l'enfant est la notion de sécurité : la sienne, celle de son groupe familial et celle du thérapeute. Aussi, avant de commencer un travail EMDR de désensibilisation sur une cible particulière, le thérapeute doit évaluer si l'enfant est en danger ou s'il est disqualifié au sein de sa famille. Est-ce que ses parents le croient, le soutiennent et tolèrent ses émotions ? Dans ce travail de préparation, il est important de rendre les parents attentifs à leurs propres émotions et d'évaluer s'ils ont besoin d'aide, afin de pouvoir aider leur enfant. Le lecteur comprendra que le travail avec les enfants peut rapidement devenir complexe si le niveau de sécurité n'est pas satisfaisant et si les parents manifestent un niveau élevé de vulnérabilité émotionnelle comme on peut l'observer par exemple, dans les situations de violences domestiques.

Pour guider le lecteur dans cette phase de préparation, nous proposons une série de points à observer entre l'enfant et son ou ses parents au sein de la dynamique familiale (ensemble d'éléments caractérisant le fonctionnement familial), comme la qualité de l'accordage (capacité des parents à prendre en compte le point de vue de l'enfant), la qualité des liens d'attachement (liens d'attachement pouvant être organisés de type sécure, anxieux-évitant, anxieux-ambivalent, ou désorganisés), le fonctionnement de la hiérarchie familiale (parents et enfants à leurs places, parents agissant comme parents), les frontières intergénérationnelles (elles peuvent être plus ou moins ouvertes ou fermées et définissent le mode de communication), l'implication de l'enfant dans des jeux relationnels de triangulation ou de coalition et la cohérence des histoires narratives (cohérence qui permet de transformer un événement traumatique douloureux en un récit narratif au travers duquel les choses peuvent être dites avec distance) (Morris-Smith et Silvestre, 2013).

L'implication des parents dans la thérapie dépend bien sûr de l'âge de l'enfant, mais il est essentiel de les rencontrer en début de traitement, même dans le cas d'un trauma simple, pour évaluer les points indiqués ci-dessus, les mettre en confiance et s'appuyer sur leurs compétences. Ces compétences seront des ressources particulièrement utiles dans le travail avec les jeunes enfants pour les aider à développer une histoire narrative. La présence des parents est nécessaire pour établir l'histoire du développement de l'enfant : sa naissance, sa petite enfance et ses apprentissages divers. Ils facilitent aussi le travail du thérapeute lors de l'élaboration de l'histoire familiale et de la « ligne de temps traumatique » ou peuvent s'inscrire l'histoire des événements traumatiques, de l'enfant et des membres de la famille, les âges où les traumas se sont déroulés et ce qui se passait à ce moment-là en termes de développement dans le réseau familial, social et scolaire.

Le thérapeute a aussi besoin des parents pour obtenir l'autorisation de traitement de l'enfant, leur expliquer le fonctionnement de l'EMDR et les effets possibles, leur demander de noter les changements observés et les avertir des possibles comportements de fatigue et/ou d'excitation après la séance.

Avec les jeunes enfants, il est recommandé d'expliquer aux parents le processus de la thérapie EMDR avec les SBA, en les montrant par exemple par l'installation du lieu sûr et en faisant pratiquer à l'enfant le signal Stop. Le thérapeute doit ensuite établir une relation sécurisante avec l'enfant, respecter ses choix et établir des frontières pertinentes avec les parents, surtout en début et fin de séance. L'enfant doit pouvoir sentir que le thérapeute, par sa capacité contenante, peut le protéger.

Après ce travail de préparation, la phase de traitement et de désensibilisation sera abordée au travers du protocole développemental. Nous verrons que des versions différentes de ce protocole enfant auront besoin d'être utilisées pour cibler des souvenirs d'âges différents. Un protocole enfance pourra être nécessaire pour traiter des mémoires pré-verbales et au fur et à mesure qu'elles le seront, ce protocole sera élargi pour s'adapter au processus de développement et finir en utilisant un protocole d'âge approprié au stade actuel de développement de l'enfant.

Ce protocole développemental s'ancre sur la notion des stades de développement développée par Piaget : le stade formel de 11 à 18 ans ; le stade opératoire concret de 7 à 11 ans ; le stade intuitif et préopératoire de 2 à 7 ans et le stade sensori-moteur de 0 à 2 ans.

Ainsi, nous aurons quatre étapes dans ce protocole EMDR développemental : de 9 à 12 ans et plus ; de 6 à 8 ans ; de 4 à 5 ans ; de 2 à 3 ans et moins :

- Pour les enfants de 9 à 12 ans et plus : le protocole pourra parfois être complet et ressembler au travail fait avec un adulte. Les difficultés cependant dans la mise en place du protocole pourront apparaître avec la définition de la cognition positive et de son corollaire la VOC. Cette activité, difficile pour certains adultes, nécessite un niveau de développement de l'enfant élevé lui permettant de méta communiquer entre un souvenir cible, une cognition positive et une évaluation de cette cognition positive. Cet exercice est souvent hors d'atteinte pour beaucoup d'entre eux. La règle de conduite étant de s'adapter aux possibilités de l'enfant, ces deux éléments du protocole peuvent être mis de côté. Tous les autres éléments tels que l'émotion, le niveau de SUD et les sensations sont possibles.
- Pour les enfants de 6 à 8 ans : la modification portera sur l'utilisation du dessin pour représenter la cible de traitement, s'adaptant ainsi au mode d'expression privilégié de l'enfant de cet âge. La cognition négative sera parfois difficile à trouver et l'enfant l'exprimera sous une forme émotionnelle comme « j'ai peur. » La cognition positive sera abandonnée ainsi que la VOC. L'émotion peut toujours être nommée, ainsi que le niveau de SUD et la sensation. D'autres adaptations vont caractériser les SBA comme l'utilisation de stimulations sonores, de claquements des doigts ou de tapotements, en plus des mouvements oculaires. Un élément important à ce stade est la présence du/des parents pendant la séance comme source d'information et aussi source de sécurité. Cette présence est déterminée par l'évaluation

clinique du thérapeute et n'est pas basée uniquement sur la demande de l'enfant ou des parents.

- Pour les enfants de 4 à 5 ans : la cible est un dessin, la cognition négative est uniquement émotionnelle, il n'y a aucune cognition positive, sauf peut-être une définie par le parent, il n'y a pas de VOC, mais l'enfant conserve la possibilité de nommer une émotion, de donner un niveau de SUD et de localiser une sensation. Les mouvements oculaires sont difficiles et remplacés par des stimulations tactiles telles que les tapotements. Le processus associatif verbal habituel entre les sets de SBA peut être ici remplacé par des dessins successifs que l'enfant effectue entre les SBA. Dessins que le thérapeute s'abstiendra de commenter de la même façon qu'il reste en dehors des associations verbales d'un patient adulte.
- Pour les enfants de 2 à 3 ans et moins : la cible est un dessin ou l'histoire narrative racontée par les parents. L'évaluation du fonctionnement familial est absolument nécessaire pour s'assurer de la sécurité de l'enfant. En effet, le lieu sûr devient une personne sûre, en général le parent présent. Nommer une émotion n'est pas possible, mais l'enfant peut indiquer une sensation et évaluer le niveau de SUD. A ce stade les stimulations sont essentiellement tactiles sous la forme de tapotements. Les parents sont présents comme source d'information sur l'enfant, son développement et comme acteurs de l'histoire de ce qui s'est passé au travers de la technique de l'histoire narrative.

Arrêtons-nous maintenant sur cette technique de l'histoire narrative. C'est un protocole particulier développé par le Dr Joan Lovett (1999) pour aider les parents à résoudre un trauma, à développer leur résilience, à renforcer leur attachement et donc leur empathie et à retrouver de la confiance en aidant leur enfant. Il permet d'aider le jeune enfant préverbal ou l'enfant plus âgé, mais préverbal lors du trauma, à consolider le souvenir d'un événement dans une image et à le traiter point par point, alors qu'il peut être incapable de dire ce qui c'est passé. Ce processus permet à l'enfant de « remplir les blancs » de son histoire et de développer une compréhension de ce qu'il a vécu. C'est une activité de mentalisation où le cortex préfrontal des parents, par leur discours se connecte avec les éléments sous-corticaux de l'enfant, ses émotions et sensations, pour en favoriser l'intégration.

L'histoire est écrite par les parents guidés par le thérapeute, dans un vocabulaire simple et dont le format est adapté aux besoins développementaux de l'enfant. Elle parle de l'événement traumatique comme de quelque chose qui est arrivé à un enfant ou à l'enfant lui-même et met en avant des éléments de résolution pour les aspects incompréhensibles créés par le trauma. Elle doit avoir un début avec des éléments positifs auxquels l'enfant peut s'identifier (sorte de lieu sûr), un milieu avec des éléments spécifiques parlant du traumatisme, des détails comme la vision du lieu, des odeurs, des émotions (sorte de cible et cognition négative) et une fin qui donne à l'enfant une résolution constructive avec des croyances positives sur lui-même (tissage éducatif, cognition positive).

Le parent raconte l'histoire soit d'un seul trait, soit phrase par phrase en fonction de l'âge et de la réaction de l'enfant. Le thérapeute fait des SBA pendant le récit soit en continu, si l'enfant est jeune (moins de 4 ans), soit après chaque phrase ou après un passage qui gêne l'enfant, le fait réagir ou à la fin de la lecture. Plusieurs lectures de l'histoire par le(s) parent(s) sont possibles jusqu'à l'apaisement de l'enfant.

Nous voyons donc que le protocole standard se réduit, comme la durée de la séance, en fonction du niveau de développement de l'enfant.

Il nous paraît important de passer en revue quelques points essentiels de ce travail. Premièrement, aller à la vitesse de l'enfant, le laissez nous guider en étant prudent de ne pas trop le stimuler et le garder dans sa fenêtre de tolérance (Ogden *et al.*, 2006). Rappelons-nous que les enfants avec des traumatismes complexes ou multiples ont besoin d'être approchés avec précaution et qu'il faut souvent les considérer comme plus jeunes sur le plan émotionnel. Deuxièmement, le faire respirer à la fin de chaque set, l'accompagner en lui parlant pendant les SBA, lui donner du *feedback* qu'il fait bien et que « ce sont des vieux souvenirs et pas des choses qui se passent maintenant. » Ces différents éléments caractérisent la qualité d'accordage du thérapeute, permettant ainsi que la relation thérapeutique soit sécurisante pour l'enfant.

La proactivité du thérapeute est une autre marque de cet accordage, elle permet à l'enfant de faire des liens avec d'autres moments où il a pu être en difficulté en lui demandant par exemple : « est-ce que tu peux penser à d'autres moments... » ou « est-ce qu'il y a d'autres choses qui te mettent en colère ou qui te rendent triste... » Le thérapeute favorise ainsi l'association avec d'autres canaux cognitifs, émotionnels ou sensoriels.

Pour terminer cette liste, nous devons être attentifs au respect à apporter au signal « Stop. » Ce signal permet à l'enfant de garder du contrôle sur le processus thérapeutique et « Stop » veut dire « Stop. » L'enfant nous indique qu'il est en limite de sa fenêtre de tolérance et nous devons l'entendre en le ramenant dans son « lieu sûr » pour l'apaiser, avant de décider avec lui de la reprise ou non de la phase de désensibilisation.

En conclusion, nous voulons insister sur quelques points-clés de ce travail. L'importance du « lieu sûr » pour démarrer le protocole, y revenir fréquemment pendant la phase de désensibilisation, pour terminer la séance et comme une ressource que l'enfant peut utiliser chez lui associée à la technique du papillon. Le rôle des parents comme personnes sûres (s'il n'y a pas de comportements de violence intrafamiliale), comme source d'information sur le développement de l'enfant et comme aide pour comprendre le fonctionnement familial. Le rôle du thérapeute, par son comportement congruent et sa capacité d'accordage, pour s'adapter au niveau de développement de l'enfant, maintenir une relation sécurisante et obtenir les trois éléments minimum pour un travail EMDR avec un enfant : une cible, un niveau de SUD et une sensation corporelle.

BIBLIOGRAPHIE

LOVETT J. (1999) *Small wonders. Healing childhood trauma with EMDR*, New York, The free press.

MORRIS-SMITH J., SILVESTRE M. (2013) *EMDR for the Next Generation : Healing Children and Families*, www.academic-bookshop.com

NATIONAL CHILD TRAUMATIC STRESS NETWORK, NCTSN (2003)
www.nctsn.org

OGDEN P., MINTON K., PAIN C. (2006) *Trauma and the Body, a sensorimotor approach to psychotherapy* (pp26-40), New York, W.W. Norton & Company.

TINKER R.H., WILSON S.A. (1999) *Through the eye of a child.*, New York, Norton & Company.

Chapitre 33

EMDR et thérapie des états du Moi

Olivier Piedfort-Marin

Si l'efficacité de l'EMDR avec l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) et d'autres séquelles non complexes de traumatismes ou d'événements invalidants est clairement avérée, il n'en est pas de même pour les séquelles complexes de traumatismes, en particulier lorsque ceux-ci ont eu lieu dans l'enfance et l'adolescence. Dans ces cas, l'EMDR peut montrer des limites dans son application standard. Des modifications du protocole, des adjonctions d'autres techniques ou méthodes, ou encore l'intégration de l'EMDR dans une psychothérapie intégrative sont alors souvent nécessaires. La thérapie des états du Moi (Watkins et Watkins, 1997) peut être une approche intéressante pour optimiser l'efficacité du traitement EMDR dans les cas de traumatismes complexes. Différentes pistes sont proposées ici pour optimiser le traitement EMDR en utilisant la théorie des états du Moi et certaines techniques thérapeutiques propres à cette approche.

CONCEPTS THÉORIQUES DE LA THÉRAPIE DES ÉTATS DU MOI

La thérapie des états du Moi (*ego state therapy*) est fortement développée aux USA et en Allemagne, en particulier dans le champ de la psychotraumatologie où elle est souvent proposée en combinaison avec l'EMDR (Forgash et Copeley, 2008). L'ouvrage en français de Phillips et Frederick (2001) présente l'utilisation de la thérapie des états du Moi et de l'hypnose, néanmoins principalement avec des patients souffrants de troubles dissociatifs. La communauté EMDR allemande est fortement influencée par le travail de Luise Reddemann (2010, 2011; en français : 2013 ; Piedfort et Reddemann, sous presse) qui propose un traitement intégratif des séquelles complexes de traumatismes (nommé aussi trauma complexe)

basé sur la théorie des états du Moi et des exercices hypno-imaginatifs sans utiliser de transe profonde (Piedfort-Marin et Reddemann, 2016).

► La théorie des états du Moi

Le concept d'état du Moi a été proposé par Federn (1952) puis développé au niveau théorique et clinique par Watkins et Watkins (1997) dans leur ouvrage de référence. Selon ces derniers les êtres humains se développent selon deux processus de base : l'intégration permet de relier deux concepts et la différenciation permet de séparer des concepts généraux en entités plus spécifiques. Ces mécanismes sont à l'œuvre dans le développement intellectuel, psycho-affectif, sensorimoteur et comportemental de l'enfant. Par exemple l'enfant apprend à différencier le travail en classe et le jeu pendant la récréation. Jouer en classe ou étudier pendant la récréation ne sont pas adaptés.

Watkins et Watkins (1997) définissent un état du Moi « comme un système organisé de comportements et d'expériences dont les éléments sont reliés entre eux par des principes communs, et qui est séparé des autres états par une limite plus ou moins perméable. » Cette définition est un concept tellement général qu'il peut porter à confusion mais qui a l'avantage d'être souple. La catégorisation des différents états du Moi amène des précisions utiles pour la pratique psychothérapeutique.

► Les différents types d'états du Moi

Les états du Moi issus de la différenciation normale forment des facettes de notre personnalité relativement bien intégrées, c'est-à-dire que ces états du Moi – non pathologiques - s'ajustent bien l'un à l'autre. Par exemple, un sujet peut passer sans difficulté majeure d'un état du Moi « sérieux » à un état du Moi « joueur » en ajustant adéquatement dans quelle situation il peut activer l'un ou l'autre, tout en assumant avoir ces deux états du Moi en lui, c'est-à-dire sans conflit entre eux.

Les états du Moi peuvent aussi être issus d'introjections positives de personnes significatives, comme les parents. Des messages parentaux positifs formeront des introjections favorables au développement du sujet et d'une bonne estime de soi, se présentant sous la forme de cognitions positives auto-référencées adaptées.

Les états du Moi malveillants sont issus de l'introjection de messages négatifs ou malveillants - explicites ou implicites - de personnes significatives ou d'agresseurs. On les nomme aussi introjectes (malveillants). Ils peuvent se présenter sous la forme de pensées (egosyntoniques ou egodystoniques) telles que « tu es nulle », « tu es fainéant », « tu ne réussiras jamais », « tu es coupable », « tu es un objet », etc., associées à des émotions, sensations, attitudes

et comportements concordants. Des états du Moi malveillants peuvent se développer dans des situations de rejet, de menaces, de négligence émotionnelle, de violences sexuelles, physiques ou psychiques. L'introjection a pour fonction de maintenir la relation avec la personne de soin et d'attachement. Les états du Moi issus d'une identification à l'agresseur sont un type plus sévère d'états du Moi malveillants. Ils reproduisent alors le comportement de l'agresseur. L'identification semble avoir pour fonction de se protéger du sentiment d'impuissance.

Dans ces expériences douloureuses peuvent se développer également des états du Moi jeunes blessés. Le terme d'« enfant intérieur » ou d'« enfant blessé » est alors souvent utilisé, mais il peut s'agir aussi d'un état du Moi adolescent ou jeune adulte. Ces états du Moi contiennent des éléments des expériences traumatiques mémorisées selon le niveau de développement physique, sexuel, psycho-sexuel, affectif, intellectuel et relationnel du sujet au moment où a eu lieu l'événement traumatique. Les signes de la présence d'un état du Moi jeune blessé sont des symptômes post-traumatiques, y compris des symptômes anxieux et de l'humeur, mais aussi des symptômes correspondant aux symptômes post-traumatiques spécifiques aux enfants et adolescents, présents néanmoins chez le sujet adulte.

C'est le lien possible entre un symptôme et un état du Moi jeune blessé qui va être déterminant pour la conceptualisation des symptômes et pour le traitement.

Les états du Moi imaginaires sont des ressources intéressantes en psychothérapie : par exemple, la personne âgée que l'on sera plus tard, la sagesse intérieure, l'observateur intérieur ou l'observateur de l'observateur sont des états du Moi que l'on peut faire intervenir favorablement.

Enfin l'état du Moi adulte est un concept important en psychotraumatologie. Il représente la partie adulte du sujet et c'est elle (le plus souvent) qui vient en thérapie et aimerait résoudre des problèmes et se débarrasser de symptômes gênants. Le concept d'état du Moi adulte est aidant. Il permet de différencier le sujet adulte compétent de ses symptômes, compris comme l'expression d'états du Moi jeunes blessés ou malveillants, expression inadaptée face au monde actuel.

Les états du Moi sont plus ou moins séparés les uns des autres. On peut utiliser la métaphore d'une membrane séparant les états du Moi, membrane qui peut être plus ou moins perméable. C'est une notion importante, car selon l'étanchéité de la membrane, on aura plus ou moins facilement accès à la mémoire traumatique, c'est-à-dire à l'état du Moi contenant cette mémoire. Lorsque la membrane séparant l'état du Moi adulte et d'un état du Moi jeune blessé est très épaisse, sous l'effet de processus d'évitement psychique quasiment continu, cela signifie que la barrière dissociative est plus élevée. La communication entre les deux états du Moi et leur rapprochement se feront plus difficilement.

► Théorie des états du Moi et théorie de la dissociation structurelle de la personnalité

Il est nécessaire de distinguer la théorie des états du Moi (TEM) et celle de la dissociation structurelle de la personnalité (TDSP). Les deux théories proposent l'idée d'une séparation entre plusieurs entités contenues au sein du Moi/de la personnalité. La TEM propose une explication des comportements sains et pathologiques, et aussi des problématiques qui n'ont pas forcément une origine traumatique. La TDSP propose uniquement une explication des problématiques d'origine traumatique. Selon cette théorie une dissociation structurelle se met en place lorsque survient un événement menaçant qui dépasse les capacités intégratives du sujet. Il s'en suit alors une séparation entre une partie apparemment normale de la personnalité et une ou plusieurs parties émotionnelles de la personnalité, ces dernières contenant des éléments cognitifs, émotionnels, sensoriels et moteurs de l'événement menaçant non intégrés dans la partie apparemment normale. Ces parties dissociatives, en particulier les parties émotionnelles de la personnalité, ont une définition stricte (van der Hart *et al.*, 2010 ; Nijenhuis, 2015). Développer ce point dépasse le cadre de cet article. Néanmoins on peut préciser qu'un point central de la définition des parties émotionnelles est d'être d'origine traumatique et d'avoir une perspective à la première personne, au moins rudimentaire. Le concept d'état du Moi, y compris les états du Moi jeunes blessés et malveillants, dépasse le concept de partie émotionnelle de la personnalité, comme nous l'avons vu plus haut. Watkins et Watkins (1997) parlent de dissociation « lorsque le processus de séparation [entre deux états du Moi] devient excessif et inadapté. » On peut donc dire que les états du Moi excessivement séparés de l'état du Moi adulte correspondent à des parties émotionnelles de la personnalité. Les deux théories considèrent cette séparation comme adaptée lors de l'événement menaçant puisque cela favorise la survie, mais inadapté dans le présent puisque c'est à l'origine de symptômes. Ainsi, les parties dissociatives de la TDSP sont des états du Moi, mais tous les états du Moi ne sont pas des parties dissociatives. John Watkins (2008) précise ainsi :

Le terme « états du moi » se réfère à des segments de la personnalité qui fonctionnent avec plus ou moins d'autonomie les uns des autres. [...] Les états du moi semblent se situer sur un continuum et se manifestent à une extrémité sous la forme d'états émotionnels et à l'autre extrémité comme des « alters » isolés d'un trouble dissociatif de l'identité, d'authentiques personnalités multiples. Entre ces deux extrêmes, nous préférons le terme d'entités « différenciées » plutôt que celui d'« états dissociés. » La dissociation fait référence à une pathologie sévère dans laquelle les limites entre états du moi sont rigides et inflexibles.

Les deux théories sont utiles. La TDSP l'est en particulier pour conceptualiser les troubles dissociatifs et les troubles dissociatifs de la motricité et des organes des sens (OMS, 1994). Dans les cas de trauma complexe, la théorie des états du Moi a tout son intérêt parce qu'elle

propose une définition plus ouverte et souple des entités composant la personnalité, ce qui correspond mieux, selon nous, aux présentations cliniques de ce trouble.

► De l'utilité de la psychothérapie des états du Moi dans la psychothérapie EMDR

La psychothérapie EMDR et la psychothérapie des états du Moi ont des points communs (Leutner, 2014). Pour les deux approches, les perturbations et symptômes ont comme origines non seulement des traumatismes mais aussi des événements difficiles de la vie. Les deux approches ont des objectifs similaires : pour l'une, créer de nouvelles associations entre des réseaux de mémoire trop isolés les uns des autres, en particulier en facilitant l'émergence de réseaux de mémoires positifs et/ou adaptatifs (modèle du traitement adaptatif de l'information -- TAI de la psychothérapie EMDR) ; ou pour la seconde (TEM) rapprocher les états du Moi en vue d'une meilleure collaboration et utiliser des états du Moi porteurs de ressources. L'idée véhiculée par le modèle TAI selon lequel les souvenirs ne sont pas exterminés mais consolidés, est proche de la TEM qui stipule qu'aucun état du Moi ne devrait être éliminé mais au contraire mieux s'intégrer dans le Moi. Watkins précise (2008) que « la thérapie des états du Moi (avec ou sans hypnose) cible les interactions de ces segments différenciés de la personnalité entre eux, avec la personne entière et avec le monde extérieur. »

La théorie des états du Moi peut être très utile à plusieurs niveaux dans la pratique EMDR.

Elle donne des bases pour une adaptation du protocole standard EMDR en vue de faciliter le traitement dans les cas de trauma complexe. Elle permet aussi de comprendre et de conceptualiser certains processus que l'on observe pendant un retraitement EMDR (en particulier dans la phase 4) et certains blocages dans la psychothérapie en général ou dans le retraitement EMDR en tant que tel. Par exemple pendant le retraitement EMDR (phase 4), entre chaque série de stimulations bilatérales alternées (SBA), un patient peut dire :

- Je vois le petit garçon que j'étais, il a peur (SBA) ;
- Il n'y a personne pour le rassurer (SBA) ;
- Je prends le petit garçon dans mes bras pour le consoler (SBA) ;
- Finalement, je n'aime pas ce petit garçon (SBA) ;
- Il est nul, ce petit garçon (SBA) ;
- Mais je vais m'en occuper.

Dans un tel cas, on est bien en présence d'un état du Moi jeune blessé qui émerge chez l'adulte, et l'état du Moi adulte a tout d'abord de la compassion puis du rejet à son égard, puis de nouveau de la compassion. Cela ne veut pas dire pour autant qu'on soit là face à une dissociation. De tels processus où émerge un « enfant intérieur » ou un état du Moi imaginaire

peuvent se poursuivre aisément jusqu'à un retraitement EMDR abouti, mais néanmoins pas toujours. La TEM peut alors être utile, voire nécessaire.

INTÉGRATION DE LA THÉRAPIE DES ÉTATS DU MOI ET DE L'EMDR

Nous allons maintenant passer en revue les possibilités qu'offre la TEM dans la psychothérapie EMDR en suivant l'ordre chronologique des huit phases du protocole EMDR (Shapiro, 2006).

► Théorie des états du Moi pendant la phase 1 : anamnèse et conceptualisation

Dans la phase d'anamnèse le psychothérapeute devrait aussi axer sa recherche d'informations sur la présence de ressources, non seulement dans le présent mais aussi dans le passé, en particulier autour de la période où ont eu lieu les événements douloureux. « Quelles ressources aviez-vous quand vous étiez enfant ? Quelles personnes étaient un soutien pour l'enfant que vous étiez ? En quoi cela était-il aidant pour l'enfant que vous étiez ? » Par ces questions, on introduit déjà avec subtilité le modèle des états du Moi et la présence possible d'état du Moi ressources de l'enfance.

Un autre moyen d'introduire le modèle des états du Moi et de tester son acceptation par le patient est de faire référence aux situations douloureuses du passé en parlant non pas du patient dans son état adulte mais de l'enfant qu'il était. Par exemple : « Cela a dû être difficile pour l'enfant que vous étiez. » « L'adolescent que vous étiez est donc passé par des phases difficiles de solitude. » En outre, cette manière de faire permet une certaine distanciation et protège ainsi le patient de s'immerger trop dans les émotions douloureuses liées aux événements du passé.

Lors de la clarification des objectifs de changement, l'utilisation d'états du Moi imaginaires peut être aidante : « Si vous vous connectez à l'homme un peu plus âgé que vous serez à la fin de la thérapie, comment l'imaginez vous et comment imaginez vous sa vie ? ». » Si les objectifs thérapeutiques du patient semblent inadaptés ou difficilement réalisables, on peut poser la question suivante : « Si vous vous connectez à la femme âgée que vous serez vers la fin de votre vie (ou à votre sagesse intérieure), que vous dit-elle de vos attentes à l'égard de la psychothérapie ? » Là encore, on a introduit le modèle des états du Moi. Si par la suite on doit l'utiliser pour optimiser l'EMDR, cela fera alors facilement du sens pour le patient.

Si les hommes peuvent être plus réticents que les femmes à se connecter à leur enfant intérieur dès le début de la thérapie, notre expérience est qu'ils acceptent cela aisément dans le courant de la thérapie lorsque la relation thérapeutique est bien établie et lorsque cela fait du sens dans le travail.

Dans cette phase de conceptualisation le thérapeute doit être attentif à correctement évaluer les capacités du patient à réguler ses émotions. Deux risques majeurs peuvent se présenter avec des patients souffrant de trauma complexe.

1. Certains patients présentent une restriction notable des affects. Cela arrive par exemple lorsqu'il y a eu des négligences émotionnelles répétées dans l'enfance. Dans de tels cas le retraitement des situations traumatiques par l'EMDR pourrait avoir peu d'effets profonds, ou alors le risque de débordements émotionnels soudains pourrait déstabiliser le patient qui n'y est pas habitué et présente un évitement des affects depuis des années.
2. D'autres patients sont vite débordés par des émotions qu'ils n'arrivent pas à contenir, par exemple lorsque le thérapeute dresse avec le patient son histoire de vie. Dans de tels cas, le retraitement des situations traumatiques avec l'EMDR pourrait retraumatiser le patient : la mémoire traumatique serait activée lors de la phase 3 mais sans que le patient n'ait les capacités suffisantes pour l'intégrer pendant la phase 4. Dans ce second cas de figure en particulier, des adaptations du protocole EMDR ont été proposées (Hofmann, 2009 ; Dellucci, 2010). La thérapie des états du Moi peut aussi être utile et pertinente dans de tels cas.

Dans ces deux types de situation, pour la conceptualisation du cas, on devrait prendre en considération les limites de la psychothérapie EMDR et considérer l'adjonction d'autres techniques issues de la TEM, ou décider d'une approche intégrative qui inclurait thérapie des états du Moi et EMDR, ou encore considérer la TEM comme méthode de choix jusqu'à ce que le patient évolue suffisamment favorablement pour qu'on puisse considérer l'adjonction de l'EMDR. Nous savons à quel point il peut être difficile d'évaluer correctement si et quand il est adéquat d'utiliser l'EMDR (pour le retraitement direct de traumatismes du passé) dans les cas de trauma complexe, et de manière générale à quel point la psychothérapie des traumas complexes est un défi, aussi pour les thérapeutes chevronnés.

Certains patients viennent en thérapie avec une telle motivation de retraiter les traumatismes par l'EMDR qu'ils peuvent avoir de la peine à accepter la nécessité de faire un travail de stabilisation basé sur les états du Moi lorsque cela s'avère pertinent. En dehors des cas de contre-indication lors desquels le thérapeute devrait pouvoir assumer de ne pas momentanément satisfaire le patient, il peut être utile de suivre le patient dans son souhait de « faire de l'EMDR » tout en gardant à l'esprit qu'un état du Moi émergera peut-être pendant le processus (phase 4) ou qu'un blocage pourrait se présenter qui nécessitera l'adjonction de techniques issues de la TEM.

► La thérapie des états du Moi pendant la phase 2 : préparation et stabilisation

● Stabilisation par l'apaisement des états du Moi jeunes blessés

Cette phase est primordiale pour les cas de trauma complexe et elle peut être longue. Elle sert à élaborer une bonne relation de travail et à développer de bonnes capacités de régulation des affects en vue du travail de retraitement des mémoires traumatiques par la suite. L'exercice standard du lieu sûr s'avère souvent difficile à réaliser et peut donner au patient un sentiment d'échec. Pour le travail de stabilisation de traumas complexes selon la théorie des états du Moi, nous nous référons au travail de Luise Reddemann, travail qui a fait ses preuves dans une pratique clinique très répandue dans les pays germanophones (2010, 2011 ; en français : Reddemann, 2013 ; Piedfort et Reddemann, sous presse). Un aspect central de ce travail est d'apaiser les états du Moi jeunes blessés, issus notamment de situations traumatiques ou de rejet, selon le procédé suivant :

1. Mise en évidence d'un état du Moi jeune blessé en lien avec des symptômes,
2. Sécurisation de cet état du Moi, le plus souvent en le sortant de la situation traumatique pour le mettre dans un lieu sûr imaginaire,
3. Reconnaissance de la souffrance de l'enfant et que les événements n'auraient pas dû se passer ainsi,
4. Réconfort par des personnages bienveillants imaginaires et/ou par l'état du Moi adulte,
5. L'adulte devra avoir des contacts réguliers entre les séances avec « l'enfant blessé » afin de s'assurer qu'il va toujours bien et, si besoin, lui donner plus de réconfort et sécuriser davantage le lieu sûr imaginaire.

Vignette clinique illustrant cette procédure

Patient : Je n'arrive pas à m'endormir ces derniers temps.

Thérapeute : Comment expliquez-vous cela ?

Patient : Et bien je ne me sens pas bien quand je m'allonge à côté de mon compagnon le soir, je ressens un stress.

Thérapeute : Est-ce que vous observez d'autres choses qui viennent avec ce stress ?

Patient : Oui. Des images des abus par mon frère. Des images qui sont revenues récemment.

Thérapeute : Est-ce qu'on peut dire que les situations difficiles que la petite fille a vécues à l'époque remontent le soir parce qu'un homme est à côté de vous ? Alors que l'adulte se sent en sécurité avec cet homme, la petite fille ne l'est pas ?

Patient : Oui. C'est ça.

Thérapeute : Que pensez-vous de l'idée de s'occuper de cette petite fille ?

Patiente : Très bonne idée, mais j'ai peur tout de même.

Thérapeute : Nous n'allons pas aborder ce qui s'est passé. Je vous invite juste à retirer cette petite fille de cette scène et à la mettre en sécurité. Si cela convient, bien sûr.

Patiente : Oui. Je la mets dans la chambre avec la vue sur la mer et il y a la fée avec elle. C'est une pièce à côté de celles des autres petites filles.

(Le thérapeute laisse décrire le lieu et s'assure que « la petite fille » est en sécurité).

Thérapeute : Je vous invite à lui dire que sa souffrance est normale car elle a vécu quelque chose de terrible et qui n'aurait pas dû se passer. Il a fait quelque chose qu'on n'a pas le droit de faire.

Patiente : Elle se calme davantage. La fée la prend dans les bras et la console.

(La patiente se prend dans les bras elle-même et semble s'apaiser aussi par ce geste).

Thérapeute : Et si vous le souhaitez et le pouvez, vous pourriez peut-être vous aussi la prendre dans vos bras pour la consoler.

Patiente : Oui, je peux. Ca fait du bien.

Il s'agit d'une présentation clinique raccourcie mais cela se passe souvent ainsi. Il convient de laisser suffisamment de temps à chaque étape pour que le patient puisse correctement être en contact avec les sensations adaptées qui émergent, y compris la tristesse qui est alors pour l'adulte un début de processus de deuil. L'important est que l'adulte ne se laisse pas submergé par les émotions, sensations et pensées propres à l'état du Moi jeune blessé.

On remarquera que les éléments centraux de cette procédure sont présents dans les techniques EMDR proposées par Knipe (2008) également pour le trauma complexe. Lorsqu'on apaise et sécurise progressivement les états du Moi jeunes blessés, le patient développe de meilleures capacités de régulation des affects, en particulier de meilleures capacités d'auto-apaisement et d'auto-consolation - éléments centraux de la régulation des affects. Il est important de mettre l'état du Moi adulte au centre de ce processus thérapeutique, c'est-à-dire que le travail avec les états du Moi jeunes blessés devrait passer, autant que possible, par l'adulte. On renforce l'état du Moi adulte et on lui donne par la même occasion des outils pour réguler ses affects et ses symptômes en dehors des séances, ce qui renforce d'autant plus les compétences de l'adulte et son autonomie. Une question se pose régulièrement : faut-il réaliser des SBA (lents) pendant l'apaisement des états du Moi jeunes blessés ? S'il n'y a pas de contre-indication, néanmoins il n'est pas sûr que cela apporte un avantage notable au niveau clinique. Cela peut par contre satisfaire un patient qui n'abandonne pas son souhait de « faire de l'EMDR. » Cela peut aussi répondre à des besoins du thérapeute qui n'aurait pas clarifié certains aspects contre-transférentiels.

● *Stabilisation rapide des états du Moi jeunes blessés pour traiter un trauma récent*

Une variante plus rapide de l'apaisement des états du Moi jeunes blessés peut être utile dans les cas d'un trauma récent sur des antécédents de trauma complexe, lorsque la situation nécessite un traitement rapide du traumatisme récent mais doit prendre en considération les réactivations possibles de traumatismes anciens lors du retraitement. Par exemple lorsqu'une personne avec un trauma complexe des suites de violences sexuelles de l'enfance, a vécu récemment un accident de voiture. Être bloquée dans une voiture par une ceinture de sécurité peut rappeler un sentiment similaire vécu lors d'une situation de violence sexuelle.

La technique hypno-imaginative suivante peut alors être aidante. Il s'agit de demander à la patiente de s'imaginer le panorama de sa vie, puis d'imaginer un personnage bienveillant qui sort toutes les petites filles ou les adolescentes ou les jeunes adultes qui en ont besoin des situations difficiles où elles sont. Elles sont ensuite mises dans un lieu sûr imaginaire avec des personnages bienveillants qui les réconfortent. Il n'est ni nécessaire ni souhaitable de faire préciser les situations traumatiques en question. Cette technique peut permettre de stabiliser suffisamment la patiente pour ensuite retraiter en EMDR la situation traumatique récente, sans trop réactiver les traumatismes anciens. Cette technique peut être plus puissante que la technique du contenant (ou coffre-fort) car elle implique une sécurisation mais aussi un apaisement interne, ce que ne propose pas l'exercice du contenant.

► **Thérapie des états du Moi lors du retraitement EMDR (phases 3 à 8)**

On peut utiliser le protocole standard EMDR avec un état du Moi jeune blessé. Cela a été proposé par exemple par Maggie Phillips (2008). Nous proposons ici cette technique dans le cadre du traitement de trauma complexe et non d'un trouble dissociatif, ce qui dépasserait le cadre de cet article.

Nous proposons l'utilisation du protocole de l'enfant intérieur dans les cas suivants :

1. Lorsque le patient dans son état du Moi adulte rapporte peu de perturbation dans la phase 3 du protocole standard, en particulier lorsque l'échelle des unités subjectives de perturbation (SUD) est basse alors que le patient et/ou le thérapeute s'attendaient à un SUD plus élevé, ou que l'échelle de validité de la cognition (VOC) et l'échelle SUD sont basses, ce qui peut sembler à priori contradictoire. Cela peut signifier que l'état du Moi adulte n'est pas en contact avec toute la perturbation qui est certainement contenue dans un état du Moi jeune blessé. La question est alors de savoir comment accéder à la mémoire traumatique à laquelle l'adulte n'a pas assez accès pour espérer un retraitement satisfaisant. Nous observons ces phénomènes chez des patients montrant en permanence une importante restriction des affects.

2. Dans d'autres cas la SUD peut avoir un niveau laissant penser que la mémoire traumatique est correctement activée par le protocole standard, mais après un certain nombre de séances les progrès ne sont pas satisfaisants, ce qui peut laisser penser que le retraitement n'atteint pas certains éléments centraux de la mémoire traumatique. Cela peut arriver chez certains patients qui semblent bien réguler leurs affects mais qui n'ont pas encore pu accéder à certains éléments du souvenir traumatique, comme par exemple la honte ou encore des sensations sensorimotrices spécifiques.
3. Dans certains cas d'un processus standard bloqué sans que les tissages thérapeutiques usuels n'amènent de changements favorables, ni qu'on ait d'autres explications à ce blocage.
4. Enfin dans certains cas, le clinicien peut estimer que la mémoire traumatique doit être activée en prenant bien soin de prendre en considération le niveau de développement du sujet au moment du traumatisme.

Si on commence par le protocole standard (avec le moi adulte), et qu'on est ensuite passé au protocole avec le moi jeune blessé, alors il est important de reprendre le protocole avec le moi adulte par après. Si on commence d'emblée par le protocole avec le moi jeune blessé, alors nous conseillons de faire le protocole sur la même situation avec le moi adulte par après, ou en tout cas de contrôler s'il y a encore du matériel à retraiter sous le point de vue de l'adulte. Dans certains cas le protocole avec l'enfant intérieur peut aussi être conçu comme une métaphore pour accéder à la mémoire traumatique de manière plus complète.

Dans le protocole de l'enfant intérieur, le thérapeute invite le patient dans son état du Moi adulte à poser les questions du protocole standard à son enfant intérieur. Il peut arriver que le protocole doive être adapté concernant la recherche des cognitions et on peut alors s'inspirer du protocole pour enfants.

Procédure

Thérapeute : Expliquez au petit (Pierre, p.ex). qu'on veut travailler avec lui pour qu'il ne soit plus perturbé par cette situation. Est-ce qu'il est d'accord ?

Patient : (parle intérieurement ou à voix basse à son état du Moi jeune blessé). Oui, c'est bon.

Thérapeute : Je vous invite à lui demander quelle est l'image qui correspond au moment le plus perturbant de la situation.

Patient : Il me dit que c'est (...)

Thérapeute : Demandez-lui maintenant : quand il est en contact avec cette image, quels sont les mots qui lui viennent à l'esprit qui disent quelque chose de désagréable ou de négatif sur lui et qui résonnent encore comme vrai maintenant.

Patient : Il me dit que c'est (...)

Thérapeute : Demandez-lui maintenant ce qu'il préférerait penser de lui maintenant à la place de ... (répéter la cognition négative - CN).

Patient : Il me dit (...)

Thérapeute : Demandez-lui : quand il est en contact avec l'image, comment résonnent les mots (répéter la cognition positive - CP) entre 1 - complètement faux et 7 - complètement vrai ?

Patient : Il me dit (...)

Thérapeute : Quand il est en contact avec l'image et avec les mots (répéter CN), quelle est la perturbation émotionnelle qu'il ressent maintenant entre 0 - pas de perturbation/neutre et 10 - perturbation maximum ? Que dit-il ?

Patient : Il me dit (...)

Thérapeute : Quand il est en contact avec l'image et les mots (répéter CN), où cette perturbation émotionnelle résonne-t-elle dans son corps maintenant ? Que dit-il ?

Patient : Il me dit (...)

Thérapeute : Maintenant je vous invite à rester en contact avec le petit Pierre et il reste en contact avec l'image, les mots (répéter la CN) et la sensation dans le corps. ... (Puis réaliser des SBA).

Notre expérience nous a amené à concevoir plusieurs manières de pratiquer les SBA. En voici quelques propositions :

- Les deux états du Moi (adulte et enfant) suivent en même temps les doigts du psychothérapeute ;
- Le Moi adulte se fait des SBA par tapotements sur les genoux en pensant qu'il les fait au moi enfant ;
- L'adulte suit les SBA pendant qu'il s' imagine faire des tapotements au moi enfant ;
- L'adulte fait des tapotements à une poupée ou une peluche qui représente l'enfant intérieur ;
- Un personnage imaginaire fait des SBA au moi enfant, par exemple une fée avec sa baguette magique.

Ce protocole ne sert pas uniquement à retraiter la mémoire traumatique, il aide au rapprochement entre l'adulte et son enfant intérieur. Cela rend progressivement plus perméables les limites entre les états du Moi, facilite leur réconciliation mutuelle (un aspect important de la TEM) et améliore ainsi la personification, indispensable à l'intégration de mémoires traumatiques.

Une variante intéressante de ce travail est proposée par Egli-Bernd (2011). La modification du protocole standard (avec l'état du Moi adulte) se fait alors au niveau des cognitions négatives et positives. La cognition négative est demandée au moi qui a vécu l'événement (l'état du Moi jeune blessé) et la cognition positive (sous la forme de « tu es ... ») est demandée au moi adulte à propos du Moi qui a vécu l'événement. C'est le Moi jeune blessé qui évalue la VOC de cette cognition positive.

● Émergence d'un état du Moi jeune enfant pendant le protocole standard

Il peut arriver qu'un enfant intérieur émerge pendant le processus de retraitement EMDR. Entre les SBA le patient rapporte des éléments à propos de l'enfant intérieur ou à propos des liens entre l'adulte et l'enfant intérieur. Il arrive qu'une véritable rencontre - souvent émouvante - ait lieu, l'adulte découvrant des éléments du traumatisme auxquels il n'avait pas eu accès auparavant. Les membranes entre les deux états du Moi deviennent plus perméables. En voici une illustration clinique.

Vignette clinique

Il s'agit d'une patiente souffrant de troubles alimentaires de type hyperphagique et d'obésité pour lequel un travail EMDR a déjà été effectué sur un bon nombre de situations du passé et de l'enfance précoce. En ciblant une situation actuelle de besoin irrésistible de manger (ciblage des déclencheurs du présent), la patiente rapporte des émotions de tristesse, de solitude et de colère contre sa mère, puis voici le processus qui émerge spontanément :

Patient : Une douleur dans le ventre (SBA).

Patient : Un vide dans l'estomac. (SBA).

Patient : Une sensation dans l'estomac. (SBA)

Patient : J'ai peur de laisser sortir ce qui monte. (SBA)

Patient : Je suis en contact avec la petite fille. (SBA)

Patient : Mâchoires serrées, mal au dos. Je ne sais pas ce qu'on est en train de revivre ! (SBA)

Patient : Je ressens que la petite fille est déconnectée, je ne sais pas dans quelle situation. (SBA)

(Hypothèse que cela fait référence à une situation très précoce où la mère n'était pas assez engagée émotionnellement dans le contact avec la patiente alors jeune enfant.)

Patient : J'essaie de l'amener à me dire ce qui la fait – elle – se déconnecter ; le moment où elle a déconnecté. (SBA)

Patient : Peur chez les deux. Ça a dû être terrible ce qu'elle a vécu pour qu'elle se déconnecte comme ça, donc on va lever les barrières gentiment. (SBA)

Patient : Je lui ai dit que je suis là pour elle.

Thérapeute : Je vous invite à lui dire de suivre aussi les mouvements des doigts. (SBA)

Patient : Douleur poitrine. Je lui dis en arrière fond « on arrête quand tu veux. » (SBA)

Patient : Rien ne se passe du côté droit du corps. (SBA)

Patient : Un peu de sensation sur le côté droit du visage. (SBA)

Patient : Elle n'arrive plus à suivre les mouvements des doigts, moi si. (SBA)

Thérapeute : Vous pouvez lui demander pourquoi elle n'arrive plus à les suivre ?

Patient : Elle dit que ça va trop vite. Chaque fois qu'on m'a dit qu'on m'aimait, j'ai souffert par après. J'ai le sentiment qu'elle a peur que je la laisse tomber. (SBA)

Thérapeute : C'est peut-être ça. Mais vous pourriez aussi lui demander directement si c'est ça ?

Patient : Je n'ai pas de réponse mais une douleur sous le pli du bras gauche.

(La séance arrivant à sa fin, le thérapeute propose la mise en lieu sûr et l'apaisement de la petite fille avec des personnages bienveillants protecteurs et réconfortants, sans SBA).

Patient : La douleur se diffuse dans tout le bras. Elle n'y croit pas à ces personnages bienveillants.

Thérapeute : Bien sûr elle n'y croit pas, parce qu'à chaque fois qu'on lui a dit qu'on l'aimait, elle a souffert après, comme vous l'avez dit avant. Mais maintenant elle peut créer elle-même des personnages bienveillants, alors ils pourront être comme elle le souhaite.

Puis la patiente rapporte que l'enfant intérieur crée des personnages bienveillants qui sont un soleil comme dans une bande dessinée et Barbapapa, et que cela l'apaise bien.

Ainsi, dans cet extrait de séance, on voit que l'adulte a pu commencer à accéder à une situation perturbante encore pas clairement identifiée mais significative. Après cette séance, la patiente exprima sa difficulté à entrer en contact avec cette enfant intérieure. L'invitation à ce qu'elle fasse elle-même des SBA à l'enfant intérieure par des tapotements sur les genoux aida beaucoup à un rapprochement. Ce travail fut très fructueux pour établir des liens avec cet état du Moi jeune blessé pris dans une déconnexion émotionnelle importante.

● *Intrusion d'états du Moi malveillants*

Ce que l'on nomme en EMDR pensées bloquantes peut correspondre à des états du Moi malveillants selon la TEM. Par exemple, le retraitement d'une situation traumatique peut être bloqué par une cognition qui émerge du type « je suis incapable » alors que cette cognition n'a à priori rien à voir avec la problématique traitée. Cette cognition peut s'adresser au processus EMDR lui-même ou se référer à la situation retraitée ou aux deux. Elle peut se rapporter à des messages parentaux négatifs dans l'enfance (introjecte malveillant).

Vignette clinique

Monsieur A., 45 ans, souhaite traiter en EMDR un ESPT des suites d'un accident de voiture dont il a été victime sans avoir fait de faute de conduite. Avant cela il n'a jamais dû consulter. Sa vie est stable et heureuse. La CN de base est « je suis en danger » et la CP « je suis en sécurité maintenant. » Rapidement émerge pendant la phase 4 (retraitement) la pensée bloquante « je suis incapable. » Cette cognition s'adresse au processus lui-même : « je suis incapable donc l'EMDR ne va pas fonctionner avec moi. » Des tissages thérapeutiques sont proposés sans succès. Dans ce cas, on conviendra qu'une problématique annexe à l'ESPT bloque son traitement. Le modèle TAI nous encouragerait dans ce cas à faire un plan de ciblage à partir de la cognition « je suis incapable », de retraiter les situations ayant amené à l'installation de cette problématique d'estime de soi, puis de retraiter l'accident de voiture. Néanmoins cela pourrait dépasser la demande du patient qui vient pour un traitement bref et ciblé de l'ESPT. L'émergence d'une problématique habituellement pas particulièrement perturbante peut être expliquée par l'état de fragilité du patient suite à l'accident, à des séquelles médicales même sans gravité qui s'en sont suivies, et à l'ESPT en tant que tel (la fatigue est une composante fréquente de l'ESPT qui se rajoute à une baisse du niveau de fonctionnement).

Un travail de stabilisation de l'introjecte basée sur la théorie des états du Moi et utilisant l'imaginaire (Reddemann, 2011 ; Piedfort et Reddemann, sous presse) peut permettre de libérer rapidement l'espace psychique nécessaire pour continuer le retraitement EMDR en ciblant seulement le traumatisme isolé. Cette solution peut être plus économique que de faire un plan de ciblage sur la problématique bloquante pour ensuite la retraiter en EMDR et accéder ensuite librement au retraitement de l'événement traumatique isolé (l'accident de voiture).

Protocole simplifié du travail avec les états du Moi malveillants :

1. Entrer en contact avec l'état du Moi malveillant et l'accueillir avec bienveillance.
2. Rechercher avec le patient des explications sur l'origine et l'apparition de cet état du Moi. Souvent le patient peut rapidement dire que c'est sa mère ou son père ou une autre personne significative qui lui disait la phrase négative en question.
3. Reconnaître la valeur de cet état du Moi en expliquant au patient qu'il a été introjecté pour maintenir et protéger la relation avec la personne significative.
4. Réorientation dans le présent. Les états du Moi malveillants ne savent pas que le temps a continué sa progression et qu'il y a un moi adulte. Ensuite le patient est invité à dire à l'introjecte son âge et par exemple qu'il est marié, père, qu'il a le permis de conduire, quel est son travail, etc. À ce stade l'introjecte tend à perdre de sa force.
5. L'adulte est invité à négocier avec l'introjecte pour que ce dernier agisse différemment. L'idée est que l'introjecte a été utile, voire nécessaire, au moment de son apparition, mais que maintenant l'adulte peut faire les choses autrement et a des compétences qu'il n'avait pas, enfant. Il s'en suit alors une négociation pour aboutir à un changement en douceur, avec l'accord des deux états du Moi, l'adulte et l'introjecte.

Dans la plupart des cas, on obtient déjà un changement intéressant avec une ou deux séances d'un tel protocole, ce qui permet de reprendre rapidement le cours du traitement de l'ESPT.

Vignette clinique (suite)

Thérapeute : Cette idée que vous êtes incapable et que l'EMDR ne va pas fonctionner avec vous, savez-vous d'où elle vient ?

Patient : Non je ne sais pas et cela m'énerve parce que j'ai lu que ça aidait beaucoup de gens, donc je ne vois pas pourquoi cela ne m'aiderait pas.

Thérapeute : Si je comprends bien, vous-même vous vous considérez capable, mais il y a comme une force en vous qui dit « tu es incapable » et cela vous perturbe.

Patient : Oui, c'est ça.

Thérapeute : Pouvez-vous vous tourner vers votre monde intérieur et entrer en contact avec cette force en vous et lui demander pourquoi elle vous dit ça ?

Patient (se concentre, puis) : C'est étrange mais il me vient l'idée que c'est pour me protéger. J'ai l'image de moi lorsque j'étais jeune adolescent. J'étudiais au conservatoire de musique et j'avais souvent cette idée que j'étais incapable alors qu'on disait que j'étais doué.

Thérapeute : Pourriez-vous demander à cette force de quoi elle veut ou voulait vous protéger ?

Patient : Elle veut me protéger de la déception que je pourrais avoir si quelque chose ne fonctionnait pas. Si je pense que je ne suis pas capable alors je ne serai pas déçu si j'échoue. Il me vient que mon père était toujours déprimé si quelque chose ne se passait pas bien. J'imagine que j'ai intégré cela de mon père.

Thérapeute : Oui, les enfants n'ont souvent pas d'autres possibilités que d'intégrer ce que pensent leurs parents. C'est pour maintenir ou renforcer le lien avec eux. Pourriez-vous remercier cette force de vouloir vous aider, et voir ce qui se passe alors ?

Patient : (se concentre, puis) Je sens que cela se calme à l'intérieur.

Thérapeute : Pouvez-vous lui demander quel âge vous avez ?

Patient : Elle dit 12 ans !

Thérapeute : Je vous invite à lui dire que vous avez 45 ans, que vous êtes marié, père de deux enfants, homme d'affaire.

Patient : Je sens que cette force est étonnée. Je la ressens moins forte.

Thérapeute : Maintenant je vous invite à négocier avec elle pour qu'elle vous aide autrement que dans le passé. Vous m'avez dit que vous aviez fait face à des déceptions au niveau professionnel et que vous aviez bien relevé les défis. Peut-être pourriez-vous lui dire que maintenant vous êtes un homme capable de faire face aux déceptions.

Patient : Oui c'est vrai. (Le patient se concentre). Elle me dit qu'elle va rester proche mais qu'elle va me laisser prendre des risques.

Ensuite il a été possible de reprendre le traitement EMDR en ciblant la situation de l'accident de voiture avec une bonne résolution de l'ESPT.

● *Utilisation des états du Moi imaginaires pendant le retraitement EMDR*

L'utilisation de certains états du Moi peut aider à libérer le retraitement EMDR pendant la phase 4 en cas de blocage ou de looping. Plusieurs situations peuvent se présenter.

Lors d'un blocage sur le thème de la responsabilité ou de la colère, on peut faire appel à un état du Moi pour faire un tissage thérapeutique adapté, en particulier la sagesse intérieure ou la personne âgée et sage que l'on sera à la fin de sa vie.

Exemple 1 : Blocage sur le thème de la responsabilité :

Thérapeute : Si vous demandez à votre sagesse intérieure ce qu'elle pense, que vous dit-elle ?

Patient : Elle me dit que j'ai le droit de me pardonner.

Thérapeute : continuez avec ça. (puis SBA).

Exemple 2 : Blocage sur le thème de la colère et de la vengeance :

Thérapeute : Peut-être arrivez-vous à vous imaginer la personne âgée que vous serez plus tard. Si vous lui demandez ce qu'elle pense de la situation, de votre colère et de votre désir de vengeance, que dit-elle ?

Patient : Elle me dit que je devrais pardonner, car c'est comme ça que je pourrai aller mieux. Je serai plus heureux dans ma vie si je n'ai pas cette colère en moi.

Thérapeute : Continuez avec ça. (puis SBA).

Quand bien même l'EMDR n'a pas comme but d'aider les patients à retrouver des souvenirs amnésiés (Shapiro, 2006), dans certains cas le retraitement EMDR bloque parce que le patient a un besoin insistant de se souvenir d'une partie de l'événement traumatique dont il ne se souvient pas. Faire intervenir l'observateur intérieur peut alors être aidant.

Exemple d'intervention :

Thérapeute : Je comprends que vous avez un fort besoin de reconstruire la partie de l'événement qui vous manque dans votre souvenir.

Patient : Oui. J'ai besoin de savoir ce qui s'est passé. Je sens que sans cela je ne pourrai pas avancer.

Thérapeute : Il arrive qu'on ait comme une partie en nous qui nous suit tout au long de notre vie, comme un observateur intérieur. Et cet observateur intègre aussi des choses qui ne se sont pas inscrites dans notre conscient. Vous pourriez vous tourner vers votre monde intérieur et voir si vous arrivez à entrer en contact avec cet observateur intérieur... Et alors vous pouvez lui demander de vous dire ce qui s'est passé à ce moment-là de l'agression. Ou peut-être l'observateur communique avec vous en vous envoyant des mots ou des images ou par un autre moyen... Observez ce qui vient.

Avec cet exemple d'intervention, on peut avoir un résultat intéressant en obtenant des réponses aux interrogations du patient et ainsi libérer le processus de retraitement. Le patient peut être étonné et quelque peu déstabilisé des informations obtenues. Il faut en tenir compte dans le processus thérapeutique général. Dans certains cas la reprise du retraitement EMDR (phase 4) doit attendre que le patient personifie un minimum ces nouveaux éléments.

Nous avons vu différentes utilisations possibles de la thérapie des états du Moi en combinaison avec l'EMDR. Les deux théories sont proches et complémentaires. La théorie des états du Moi peut renforcer l'EMDR dans les cas où le traitement adaptatif de l'information ne se fait pas de manière optimale. La théorie des états du Moi est intégrative donc ouverte à son adjonction ou sa combinaison à l'EMDR. Elle a ceci de puissant qu'elle utilise la force de l'imagination comme source inépuisable de ressource et de résilience. Comme le dit Watkins (2008), « les techniques basées sur la théorie des états du Moi peuvent permettre les conditions qui rendront de nombreux patients plus accessibles et le traitement plus sûr pour les thérapeutes EMDR. » Il convient d'utiliser et de développer des pratiques cliniques intégratives suffisamment structurées, reposant sur une compréhension claire et une pratique appropriée de la thérapie des états du Moi associée au modèle TAI.

BIBLIOGRAPHIE

- EGLI-BERND H. (2011) « EMDR in dissociative processes within the framework of personality disorders. The impact of cognitions in the EMDR process. The dialogue protocol », *Journal of EMDR Practice and Research*, 5, 3, 131-139.
- DELLUCCI H. (2010) *La boîte de vitesse*. Présentation au congrès EMDR Europe de Hamburg.
- FEDERN P. (1952) *Ego Psychology and the psychoses*, New-York, Basic Books, Inc.
- FORGASH, C., COPELEY, M. (2008) *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and Ego State Therapy*, New York, Springer. Edition française : (2016) *Guérir le traumatisme et la dissociation avec l'EMDR et la thérapie des États du Moi*, Bruxelles, SATAS.
- HOFFMANN A. (2009) « The inverted EMDR standard protocol for unstable complex posttraumatic stress disorder. » In M. Luber (Ed), *EMDR scripted protocols. Special populations* (pp. 313-328), New York, Springer.
- KNIPE J. (2008) « Loving eyes. Procedures to therapeutically reverse dissociative process while preserving emotional safety. » In Forgash C., Copeley M. (2008) Eds. *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and Ego State Therapy* (pp. 181-225), New York, Springer.
- LEUTNER S. (2014) *EMDR and Ego-state therapy : Networking whilst processing*. Paper presented at the EMDR Europe congress. Edinburgh.
- NIJENHUIS E. (2015) *The Trinity of trauma : ignorance, fragility and control*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1994) Classification internationale des maladies. 10^{ème} révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement, Paris, Masson.
- PHILLIPS M., FREDERICK C. (2001) *Psychothérapie des états dissociatifs : Guérir le moi divisé*, Bruxelles, SATAS
- PHILLIPS M. (2008) « Combining Hypnosis with EMDR and Ego State Therapy for ego strengthening. » In Forgash, C., Copeley, M. (Eds), *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and Ego State Therapy* (pp 91-120), New York, Springer.
- PIEDFORT-MARIN O., REDDEMANN L. (sous presse) *Guérir le trauma complexe par la théorie des états du moi et des techniques hypno-imaginatives*.
- REDDEMANN L. (2010) *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*, Stuttgart, Klett-cota. 16^{ème} édition.
- REDDEMANN L. (2011) *Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie - PITT, das Manual*. Stuttgart : Klett-cota, 11^{ème} édition.
- REDDEMANN L. (2013) « Hypnothérapie et états du moi. » *Hypnose et thérapies brèves*, vol. 28. p. 20-28.
- SHAPIRO F. (2006) *Manuel d'EMDR : principes, protocoles, procédures*, Paris, InterEditions.
- VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R.S., STEELE K. (2010) « Le Soi hanté. La dissociation structurelle et le traitement de la traumatisation chronique », Bruxelles, De Boeck.
- WATKINS J.G., WATKINS H. (1997) *Ego states : theory and therapy*. New York, Norton.
- WATKINS J.G. (2008) Foreword. In Forgash, C., & Copeley, M. (2008) Eds. *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and Ego State Therapy*. New York, Springer.

Chapitre 34

Les empreintes précoces

Le retraitement EMDR des mémoires préverbaux

Hélène Dellucci

La thérapie EMDR s'est assortie par le biais de Katie O'Shea d'un protocole permettant d'aborder et de retraiter les expériences du début de la vie (O'Shea, 2009). L'importance de ces interactions précoces est reconnue parmi de nombreux courants psychologiques. Nous savons aujourd'hui que les empreintes d'un âge préverbal ont leur importance, surtout dans le traitement des traumatismes complexes. Les circonstances de vie difficiles n'attendent pas l'âge ni la capacité de former des souvenirs conscients pour survenir. Les statistiques nous apprennent que le lieu de violences le plus important est la famille (voir le chapitre sur les violences domestiques). Il nous paraît dès lors important d'inclure les vécus traumatiques précoces dans le plan de traitement.

Lorsque des empreintes de blessures préverbaux surgissent dans le retraitement autour d'une autre cible, que celle-ci se situe dans le présent ou le passé, même s'il s'agit de l'événement préalablement conceptualisé comme le souvenir source, le processus est modifié, le retraitement se fait différemment, ce qui peut surprendre le praticien EMDR qui ne s'y attend pas.

Il est utile que le thérapeute EMDR connaisse le travail spécifique avec ces traumatismes particuliers, pour être en mesure de proposer un retraitement efficace.

Dans ces pages, nous décrivons brièvement le protocole des empreintes précoces, ainsi que les particularités à prendre en compte dans ce type de travail autour des expériences qui se sont déroulées avant l'âge de trois ans.

LES EMPREINTES PRÉCOCES : DES SOUVENIRS AVANT TOUT CORPORELS

Lorsque nous abordons les empreintes précoces en EMDR, nous assistons avant tout à une émergence de traces mnésiques corporelles, qui peuvent s'accompagner de mouvements spécifiques, d'impressions non rationnelles, autour de thématiques fondamentales : l'existence-même, l'attachement, la place reçue auprès des figures d'attachement et dans la famille, ainsi que tout ce à quoi le tout petit et son entourage ont été confrontés.

Il n'y a pas si longtemps circulaient des idées en néonatalogie, selon lesquelles un nouveau-né ne pouvait pas ressentir de la douleur, son système nerveux n'étant pas assez mature. Cela ne date que d'une trentaine d'années.

Aujourd'hui, lorsque nous abordons avec des adultes en thérapie EMDR cette période de vie avant l'âge de trois ans, apparaissent des contenus qui nous indiquent que non seulement le tout petit et le nouveau-né, mais aussi le fœtus peuvent ressentir et être influencés par l'attitude de leur entourage, éprouver des sensations corporelles, capter des ondes de choc d'événements qui ont touché leurs proches. Nous sommes ainsi confrontés à des problématiques, dont les racines peuvent être retrouvées à cette période préverbale. Ces mémoires sont restées le plus souvent implicites, parce que en deçà de la formation de souvenirs conscients.

Katie O'Shea (2001) a eu l'idée de cibler directement ces périodes préverbales, à savoir la phase fœtale, la phase autour de la naissance et celle allant de zéro à trois ans. En utilisant l'EMDR, l'auteur propose de désensibiliser toute émergence en termes de traces mnésiques corporelles ou de contenus mentaux, et d'accompagner le retraitement de tissages permettant de corriger les déficits développementaux.

Dans notre travail autour des empreintes précoces, nous avons avant tout constaté à quel point c'est le corps qui s'exprime. Ces émergences archaïques, qui s'expriment de manière privilégiée par la dimension sensori-motrice sont ainsi suivies et accompagnées par des stimulations bilatérales à un rythme particulier, et ce jusqu'à ce que le corps soit tout à fait apaisé.

INDICATIONS POUR LE TRAITEMENT DES EMPREINTES PRÉCOCES

Ces traces mnésiques n'apparaissent souvent pas telles quelles dans la vie de l'adulte. Les personnes venues consulter se présentent en thérapie avec des plaintes décrivant un malaise vague, une sensation de mal-être, des dépressions récurrentes, des addictions, des troubles dissociatifs, des troubles de la personnalité avec des difficultés relationnelles, des troubles d'attachement, des somatisations, des zones d'amnésie plus ou moins étendues, des phobies

multiples ou un syndrome anxieux généralisé. Il n'est pas rare que ces patients décrivent des relations familiales complexes, des tentatives récurrentes pour former un couple constructif et stable qui échouent, une difficulté à prendre leur place dans différents domaines de leur vie, et ce malgré de nombreuses tentatives et une motivation certaine.

Katie O'Shea (2006, 2009) propose une liste d'indications qui ajoute les tableaux suivants : l'adoption, des placements multiples, si la grossesse ou/et l'accouchement ont été traumatiques, si la mère a été en détresse physiquement ou émotionnellement pendant la grossesse, l'accouchement ou après, s'il y a eu des difficultés dans le développement, des hospitalisations ou des chirurgies précoces, des maltraitances ou des négligences connues, s'il y a eu un syndrome d'exposition à l'alcool du fœtus, des troubles autistiques, un syndrome d'Asperger, des troubles de déficit de l'attention et d'hyperactivité, des troubles du sommeil, de l'alimentation ou de l'élimination, s'il y a ou il y a eu des détresses émotionnelles envahissantes, un discours incohérent ou bien toute intuition que le malaise puisse être en lien avec une période ressentie comme précoce.

LES EMPREINTES PRÉCOCES DANS LE PLAN DE TRAITEMENT

Notre choix de proposer le travail sur les empreintes précoces s'adresse à toute personne souffrant de traumatismes complexes, dans le but de restaurer les fondements de l'attachement et de la construction du Moi. En termes TAI, nous dirons que nous nous adressons aux mémoires source en deçà des souvenirs source, et ce quelle que soit la problématique abordée.

Nous pensons que si le praticien EMDR décèle des indications qui lui font supposer des mémoires archaïques traumatiques, le travail sur les empreintes précoces devrait se faire en premier, avant d'aborder d'autres problématiques plus spécifiques, donc avant d'établir un plan de ciblage. Cela suppose bien sûr, que le praticien puisse expliquer le bien fondé de cette approche au patient, et que ce dernier soit partant et motivé par cette stratégie thérapeutique. Il arrive aussi que le praticien soit confronté à un patient souhaitant aborder une problématique précise, sans être intéressé par un travail plus fondamental sur le début de la vie. Dans ce cas, nous suivons le choix de la personne.

S'il s'avère nécessaire, au cours du travail, de réajuster le ciblage autour des empreintes précoces, il sera toujours possible de mettre entre parenthèses le plan de ciblage pour y revenir une fois les traces existentielles retraitées.

Restaurer la fonctionnalité de ce socle d'expériences intra et intersubjectives amène les personnes à sécuriser leurs attachements, à développer une meilleure acuité de leurs besoins avec une capacité accrue de mettre des limites constructives et à augmenter leur estime de soi.

LA PRÉPARATION AVANT D'ABORDER LES EMPREINTES PRÉCOCES

Avant de proposer le travail sur les empreintes précoces, il est nécessaire que soit établie une bonne relation thérapeutique, car la qualité d'un contact bienveillant et soutenant de la part du thérapeute, la confiance et la motivation de s'engager dans ce travail de la part du patient sont nécessaires. Pour cela il faut que le patient soit suffisamment stabilisé, c'est-à-dire qu'il soit capable de s'apaiser lui-même, qu'il ait une bonne tolérance à l'affect, qu'il vive dans un environnement pas trop hostile. Katie O'Shea propose d'apprendre au patient de se sentir en sécurité dans un endroit sûr, par exemple le cabinet du thérapeute. À ce titre, effectuer des exercices d'ancrage corporels et des exercices d'orientation avec l'aide du thérapeute peuvent être utiles, de façon à arriver à un apaisement du corps dans l'ici et maintenant. Ensuite, l'auteur propose la mise en place d'un contenant (Kluft, 1998), permettant de mettre de côté tout trauma sur lequel ne porte pas directement le travail. Fractionner ainsi l'exposition nous permet d'éviter de toucher trop de réseaux traumatiques à la fois.

Un autre exercice de stabilisation que propose Katie O'Shea (2009) est la « remise à zéro¹ » des émotions, avec le but de restaurer la fonctionnalité des ressources émotionnelles. Une émotion après l'autre est abordée et retraitée pour elle-même, sans toucher de trauma. Il s'agit d'un protocole sans cognitions. La tolérance à l'affect ainsi restaurée permettra un travail sur les traumatismes de manière plus sécurisée.

Ajoutons que pour une stabilisation soit réussie, il sera important d'installer un lieu sûr, même si cette démarche peut se faire par étapes. Plus les patients souffrent de traumatismes complexes, plus un lieu sûr imaginaire peut s'avérer utile, car ce dernier n'est pas en lien avec l'expérience négative du patient. Il peut être nécessaire de combiner l'installation du lieu sûr avec des exercices d'apaisement corporels ou de pleine conscience.

Finalement, cette étape de préparation nécessite d'obtenir le consentement éclairé du patient, de lui expliquer la démarche, de répondre à ses questions et de désensibiliser au préalable toute crainte ou appréhension que cela suscite (voir chapitres sur le Protocole Inversé et la Boîte de Vitesses).

Veillez poser un cadre prédictible : « Nous allons aborder trois périodes distinctes : d'abord la période fœtale, avant votre naissance, puis le moment autour de votre naissance, et ensuite la période de 0 à 3 ans. Il est normal que nous n'ayons aucun souvenir conscient de ces périodes. L'auteur du protocole, Katie O'Shea dit que s'il y a des empreintes traumatiques, notre corps et notre cerveau les trouvent immédiatement.

Je vous demanderai de laisser venir simplement, en ne jugeant pas ce qui émerge. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Ce qui vient peuvent être des pensées, des images, des

1. En anglais, l'auteur appelle cette pratique : *resetting emotions*.

impressions, des sensations corporelles ou des émotions. Celles-ci peuvent être impressionnantes, et tout ce que vous aurez à faire est de regarder défiler les choses qui vous viendront en tête tout en faisant attention et en suivant ce qui se passe dans le corps. De mon côté, s'il y a une émotion, j'aurai tendance à continuer les stimulations jusqu'à ce qu'elle s'apaise, puis nous ferons une pause, je vous demanderai de prendre une respiration, et je vous demanderai ce qui vous vient.

Nous n'allons jamais rechercher de vérité, ni de souvenirs. Ce qui peut émerger peuvent être des choses que vous pouvez avoir vécues, ou perçues, voire captées, ou alors qui ont pu être transmises. Nous ne le savons pas. Si quelque chose émerge, j'aurai tendance à juste vous accompagner, et votre cerveau et votre corps le traiteront.

Vous pouvez dire STOP à tout moment si vous en avez besoin. Comment allez-vous dire stop ? (Attendre le signal de la personne).

Les stimulations bilatérales se font par tapotements. Est-ce que vous préférez les tapotements sur les genoux, ou bien préférez-vous les mains ? » (Veuillez montrer les différents types de tapotements de façon que le patient puisse choisir ceux qui lui conviennent).

Il sera important que le thérapeute prenne du temps pour ces explications, et s'assure que la personne ait bien tout compris.

LE PROTOCOLE DES EMPREINTES PRÉCOCES : COMMENT CONCRÈTEMENT ?

Les trois périodes de vie, à savoir la phase fœtale, la phase néonatale, et celle allant de zéro à trois ans constituent trois cibles différentes. Katie O'Shea, l'auteur du protocole des empreintes précoces indique, que s'il existe un événement spécifique, celui-ci peut être directement ciblé. Cependant, d'après notre expérience, cibler systématiquement les trois périodes successivement permet non seulement de traiter l'événement connu, mais aborde également toutes les autres empreintes restées implicites.

► La phase fœtale

Après avoir posé un cadre prédictible, le ciblage de la phase fœtale se fait comme suit :

- ➔ Lorsque vous pensez à vous,
- ➔ En tant que fœtus,
- ➔ Porté par votre maman,
- ➔ Dans son ventre,

- ➔ Pendant la grossesse,
- ➔ Qu'est-ce qui vous vient ?

Même si l'EMDR n'est pas assimilable à l'hypnose, il est utile de prononcer cette phrase, comme s'il s'agissait d'une induction invitant à une régression d'âge, en suivant une prosodie faisant une pause à chaque ligne indiquée.

Quelle que soit la réponse du patient (en termes d'images, de pensées), nous invitons le thérapeute à explorer aussi les réactions corporelles : *et votre corps, comment réagit-il ?*

Les stimulations bilatérales (SBA) se font par tapotements. Pendant cette phase, les SBA se font au rythme des battements cardiaques d'un adulte. K.O'Shea indique que c'est le son qu'entend le fœtus pendant cette période de vie.

Le travail de désensibilisation continue jusqu'à ce qu'il y ait deux éléments positifs ou neutres. Le retour à la cible se fait à travers la phrase d'amorce décrite ci-avant. Les canaux successifs sont retraités, jusqu'à ce que le retour à la cible ne donne plus que des contenus non spécifiques sous forme d'une image indiquant un fœtus comme dans les livres, qui vit sa vie tranquille de fœtus, avec un corps qui est apaisé. Un fœtus en noir et blanc par exemple ne constitue pas une fin de retraitement, un fœtus qui ne bouge pas non plus.

Le travail autour des empreintes précoces se fait par thèmes. Pendant la phase fœtale, le thème central concerne l'existence-même. Les personnes expriment des contenus comme : « ma mère était perdue, personne ne se doute de moi », « ma mère se demande si elle va me garder », « mon père n'est pas content », « une impression de n'être connecté à rien » ou bien des sensations « il y a beaucoup de bruit », « ça secoue dans tout les sens », « une sensation vague de ne pas être en sécurité », avec des réactions du corps qui peuvent être impressionnantes : « une impression que je ne peux pas bouger », « le corps qui se vrille », « une sensation de coton », « des nausées », puis les associations successives peuvent concerner d'autres moments de vie, comme la naissance, des événements survenus plus tard, pouvant aller jusqu'à des associations concernant la vie actuelle. Tous les contenus émergents ont comme point commun cette thématique d'existence. Quels que soient ceux qui émergent, le travail d'accompagnement se fait avec les SBA de la phase fœtale, et le retour à la cible se fait aussi vers cette période-là.

D'autres thématiques peuvent concerner des contenus transgénérationnels. Une patiente, venue travailler autour des empreintes précoces avec la conviction d'avoir eu un jumeau mort *in utero*, rapporte les associations suivantes dès le ciblage de la phase fœtale : « il y a beaucoup de gens, ils marchent le long d'une route, des kilomètres de files, ils sont fatigués, ils souffrent, ils doivent quitter leur pays, ... » et elle pleure intensément, prise d'un chagrin immense devant la souffrance des gens qu'elle perçoit et auxquels elle se sent reliée. Sa thérapeute, quoique surprise par ces contenus, continue le travail de retraitement, car la patiente suit un processus qui avance bien. Dès que ce canal est désensibilisé, le retour à la

cible donne les associations suivantes : « il y a beaucoup de bruit », puis « les gens parlent fort, cela me gêne », etc. En fin de séance, lors du *débriefing*, la patiente indique, émue, que ses aïeux sont d'origine arménienne, et qu'elle est convaincue d'avoir vu des images du génocide, même si elle-même ne l'a pas vécu.

Parfois des personnes indiquent une réponse du corps « figée », ou « c'est silencieux » ou « rien » en termes de contenu mental. Nous invitons le thérapeute à faire la différence entre « rien », qui constitue un contenu, certes montrant une sous-activation comme faisant partie d'un réseau neuronal en retraitement, et un corps détenu, calme. Nous invitons ainsi le patient à localiser ce « rien », et nous continuons le retraitement. Parfois des contenus comme « c'est blanc », « je vois du noir », ou des images de couleurs, voire une image montrant une photo de la mère enceinte sont évoqués. Quels qu'ils soient, tant que le processus n'est pas bloqué, le travail de retraitement continue.

Lorsqu'au retour à la cible, le patient ne donne plus que des contenus positifs, et évoque un fœtus qui va bien, avec un corps apaisé, nous pouvons considérer la phase fœtale comme terminée.

► La phase néonatale

La phase autour de la naissance se cible comme suit :

- Quand vous pensez à vous,
- En tant que nourrisson,
- A la naissance,
- Qu'est-ce qui vous vient ?

Ici aussi, la désensibilisation se fait par tapotements, mais cette fois au rythme cardiaque d'un nouveau-né. K.O'Shea évoque que dans nos contrées, c'est ce que le nouveau-né entend, l'ouïe étant le sens le mieux développé avant la naissance. Les contenus sont souvent bien plus précis, et les réponses émotionnelles plus fortes : « une impression de carrelage blanc », « des bruits forts », « du froid », « de l'agitation », « une difficulté à respirer », « un toucher qui devient douloureux. » Ici aussi, le travail de désensibilisation se fait tout au long du canal mnésique, jusqu'à évocation de deux éléments positifs ou neutres. Ensuite, le retour à la cible se fait avec la phrase décrite en début de paragraphe. La fin du retraitement de cette période est marquée par un corps détendu, et des contenus de nourrisson tranquille, qui vit sa vie de nourrisson.

Ici les thèmes travaillés concernent avant tout l'attachement et la place reçue dans la famille. Parfois, des personnes n'évoquent que des contenus autour du nouveau-né. Il arrive même qu'elles perçoivent le nouveau-né dans une bulle dans l'espace, tranquille, calme. Cela ne constitue pas une indication suffisante pour décrire la fin du travail autour de cette phase.

Nous invitons régulièrement les patients, qui n'évoquent pas spontanément des contenus impliquant les figures d'attachement, à imaginer comment ce nouveau-né a été accueilli dans la famille. Cela bouscule surtout les personnes qui jusque-là ont évité tout contenu les mettant en lien avec leurs parents. Cette dimension fait partie du travail sur la phase néonatale. Bien entendu, la sortie de l'évitement est marquée par une réponse émotionnelle et corporelle souvent assez intense, avec laquelle nous continuons le travail.

Ici aussi, des contenus tout au long de la vie peuvent émerger et sont retraités. Le retour à la cible se fait sur la dimension néonatale.

► La phase de zéro à trois ans

Le travail sur les deux périodes précédentes a permis de retraiter les dimensions les plus fondamentales. La suite du travail de retraitement se fait en général sans complications. Le ciblage de cette période de zéro à trois ans se fait en incluant le prénom d'usage donné au patient :

- Lorsque vous pensez à la petite/au petit [prénom],
- De zéro à trois ans,
- Qu'est-ce qui vous vient ?

Les SBA se font ici à un rythme habituel en EMDR, soit par tapotements, soit par mouvements oculaires. Les contenus abordés concernent surtout les événements qui se sont déroulés dans cette période de vie, comme des hospitalisations, des séparations, des événements survenus dans la famille, comme des deuils, des accidents, ... etc.

Il arrive ici aussi que les personnes indiquent comme première association une photo d'eux lorsqu'ils étaient petits, avant que d'autres contenus ou des réponses plus intenses n'émergent.

La fin de la période de zéro à trois ans se montre avec un tout petit capable d'insouciance, avec un corps détendu.

► Tissages utiles

Au-delà du processus de désensibilisation, il peut être utile d'inviter la part adulte du patient, à prendre soin du fœtus, du nouveau-né ou du tout petit. Le thérapeute peut s'aider de tissages comme : *de quoi ce petit bout aurait-il besoin ?* ou bien *que pouvez-vous faire pour ce fœtus/nourrisson/petit pour qu'il/elle puisse aller bien ?* amorçant un travail avec l'enfant intérieur, jusqu'à ce que les besoins développementaux de celui-ci soient assouvis.

Dans ce travail sur les empreintes précoces, les ressentis et les associations peuvent revêtir une apparence « bizarre » : des mouvements involontaires, des impressions venues de nulle part, des ressentis de sous-activation, des mots inhabituels pour décrire cet éprouvé, par exemple : « une gangue sur les avant bras. » Quels qu'ils soient, nous suggérons au clinicien d'inviter le patient à se « *laisser ressentir cela comme n'importe quelle autre émotion.* » Cette démystification des contenus émergents permet de rester centré sur l'avancée du retraitement.

CHANGEMENTS OBSERVÉS APRÈS LE RETRAITEMENT DES EMPREINTES PRÉCOCES

Tout contenu, fondamentalement, appartient au patient. Nous ne faisons pas d'exception pour ceux concernant ce travail sur cette période préverbale. C'est le patient qui mettra un sens, et ce quel que soit le degré de véracité de l'éprouvé ressenti. Néanmoins, il n'est pas rare, lors de la réévaluation, de voir des patients rapporter des confirmations de la part de leurs parents, restés pantois devant les questions que leur pose leur enfant sur des aspects dont ils se croyaient les seuls détenteurs.

À l'issue du travail sur les empreintes précoces, le retraitement des autres souvenirs du passé se fait souplement. Nous faisons l'hypothèse que ce travail se fait sur une période en amont de l'installation de la dissociation, en tout cas en ce qui concerne l'expérience ontogénétique.

C'est notre tâche de thérapeutes d'être attentifs à ces changements qui peuvent se révéler discrets quoique fondamentaux. La personne peut mettre en place des modifications de comportements, de réactions, de schémas tout entiers, sans se rendre compte qu'il y a eu changement. Il est même possible que la personne mette en place de nouveaux modes de fonctionnement, des ressources, tout en se disant aussi dysfonctionnelle qu'avant. En accompagnant ces modifications, l'aide du thérapeute consiste à les rendre conscients et explicites. Nous encourageons de ce fait une réévaluation suffisamment fouillée à chaque reprise de séances.

Les changements observés chez les patients sont de plusieurs ordres : ils semblent davantage en lien avec leurs besoins, et arrivent à mettre des limites permettant de respecter ces derniers. Souvent, ces modifications du comportement se font avec un aplomb qui peut surprendre, et ce sans que le patient le note explicitement, par exemple : « j'ai dit à mes parents que je ne peux pas assumer toutes leurs demandes, que je suis fatiguée et que j'ai besoin de repos » indiquait une patiente qui se plaignait d'épuisement face à des parents très demandeurs qu'elle ne pouvait s'empêcher de voir quotidiennement pour leur porter assistance.

D'autres changements que nous observons concernent une sécurisation des relations d'attachement, et une meilleure estime des patients envers eux-mêmes. Certaines personnes trouvent ou retrouvent des passions qui leur permettent de vivre une vie avec davantage de sens, d'autres font face aux défis de leur quotidien avec plus de solidité.

PARTICULARITÉS À PRENDRE EN COMPTE DANS LE TRAVAIL AUTOUR DES EMPREINTES PRÉCOCES

Le retraitement des empreintes précoces dure en moyenne entre trois et quinze heures. Nous ne pouvons pas prédire à l'avance combien d'empreintes traumatiques seront trouvées et retraitées. En l'absence de mémoires préverbaux traumatiques, ce travail se résumera à une installation de ressources. Il peut être très utile de programmer le retraitement des empreintes précoces sur des périodes plus longues de deux ou trois heures, voire davantage.

Même si le retraitement des mémoires préverbaux peut se montrer puissant et efficace, les empreintes précoces ne bougent pas entre les séances. A la séance suivante, la personne retrouve exactement le travail de retraitement à l'endroit où il a été suspendu auparavant, et ce quelle que soit la durée de l'intervalle entre ces deux séances. Ainsi, nous avons vu des personnes, ayant interrompu leur thérapie (au gré d'une période d'été ou après des changements importants dont ils ont voulu profiter pleinement avant de continuer leur cheminement) retrouver les mêmes enjeux et contenus laissés à la séance de retraitement précédente. Nous n'avons à ce jour pas d'explications pour ce phénomène, même si des pistes épigénétiques commencent à se dessiner.

Une autre particularité tient au fait que parfois plusieurs dimensions se mélangent. Nous avons déjà évoqué l'émergence de contenus transgénérationnels. Mais il arrive aussi que le travail sur les propres empreintes précoces se mélange avec des expériences d'adulte concernant la même thématique : la grossesse d'une maman, l'accouchement, des images de soi petit se juxtaposant avec celles de ses propres enfants. Cela tient au fait qu'il s'agit de la même thématique. Nous conseillons de simplement continuer le travail de retraitement, tant que le processus se déroule bien.

Le travail sur les mémoires préverbaux peut se faire avec des adolescents, pourvu qu'ils soient d'accord et motivés. Dans ce cas, nous proposons un dispositif de thérapie individuelle.

Lorsque le travail sur les empreintes précoces se fait avec des enfants, ou des tout-petits, nous impliquons d'office les parents. Pour des enfants en âge d'école maternelle ou primaire, les thérapeutes EMDR enfants proposent la construction d'une histoire narrative, à raconter en présence des parents, accompagnés de SBA sur l'enfant. K.O'Shea travaille aussi avec des parents et leurs bébés, dans le but d'éviter l'émergence de mauvais traitements à l'égard de ceux-ci. Pour ce faire, elle invite les parents à raconter avec le plus de détails possibles,

la période allant de la première pensée concernant l'enfant jusqu'à aujourd'hui, le tout accompagné de SBA doux sur l'enfant.

Une autre particularité est celle de la question de savoir s'il s'agit de vrais ou de faux souvenirs. En psychothérapie, nous ne recherchons pas de vrais souvenirs. Nous travaillons sur le récit de la personne, ses objectifs, son désir de changement. Cela nous amène à dire que nous travaillons sur des contenus mentaux que les personnes retraitent. Ensuite, nous explorons les changements survenus entre les séances et l'adéquation de ceux-ci par rapport aux souhaits de la personne.

LORSQUE LE RETRAITEMENT DES EMPREINTES PRÉCOCES SE BLOQUE

Même si le retraitement des empreintes précoces s'adresse à la dimension source de l'expérience ontogénétique, nous avons fait l'expérience que le processus peut se bloquer, notamment chez des personnes souffrant de traumatismes complexes.

Un processus peut s'enliser pour plusieurs raisons :

- Un événement inattendu potentiellement traumatique peut se produire entre deux séances, ayant pour effet une réaction de stress aiguë, mettant la personne dans un état de vulnérabilité. Si une telle chose se produit, quelle que soit la cible en cours, il convient de mettre celle-ci entre parenthèses, c'est-à-dire dans le contenant, et de s'occuper de l'événement qui vient de se produire, car celui-ci prend toute la place dans l'attention de la personne.
- Une peur particulière peut surgir entre deux séances, voire à l'intérieur d'une même séance : celle-ci tend à capter une partie de l'attention et si elle ne s'apaise pas, mènera inévitablement à de l'évitement du travail en cours. Cela peut concerner une peur « de ce qui peut émerger », « d'apprendre des choses qui vont modifier les relations avec mes parents », « d'être pris pour fou », « que rien ne change », « que ça ne marche pas »... Quelle que soit la bonne raison pour cette peur, nous conseillons au thérapeute de l'entendre comme une cible à part entière, qui mérite d'être retraitée avant de continuer le travail sur les empreintes précoces. Ici aussi, le travail initial est mis entre parenthèses.
- Une émotion peut devenir prépondérante entre deux séances, et pour laquelle il apparaît que la personne a une tolérance à l'affect affaiblie. Cela concerne avant tout des émotions évitées auparavant. Lorsqu'elles surgissent, elles peuvent aisément prendre toute la place. Ainsi, une patiente rapporte à la réévaluation : « depuis la dernière fois je suis triste, mais triste, tout le temps. » Ici aussi, il convient de fractionner la cible, en mettant le travail sur les empreintes précoces de côté, pour consacrer cette séance de retraitement uniquement à l'émotion, ici la tristesse.

- Une autre source de blocage concernent les éléments transgénérationnels non directement accessibles. Dans la logique du Traitement Adaptatif de l'Information (TAI) élargie à l'expérience partagée, les traumatismes transgénérationnels constituent les souvenirs source avant les empreintes précoces (voir chapitre à ce sujet). Si ceux-ci restent dissociés, sous le sceau d'un secret doublé d'une loyauté à ne pas l'aborder, s'il y a un évitement important alimenté par la honte ou par la peur, et qu'ils sont néanmoins en lien avec le thème abordé pendant les empreintes précoces, il se peut qu'ils ne se retraitent pas simplement comme dans le cas de la patiente d'origine arménienne décrit plus haut. Si le thérapeute suspecte une souffrance transgénérationnelle avec un processus qui se bloque, alors nous lui conseillons d'explorer les liens avec la famille d'origine à travers le génogramme. Si cet exercice suscite une peur, ou une émotion qui pourraient s'avérer bloquantes, nous proposons de les aborder d'abord, pour ensuite revenir sur la dimension transgénérationnelle, et puis sur les empreintes précoces.
- Dans la grande majorité des cas, le blocage des empreintes précoces concerne une relation difficile et extrêmement chargée en affect négatif. Aurélie avait soigneusement évité de parler du lien d'attachement lors du retraitement des empreintes autour de la naissance. Elle avait vu le bébé dans une bulle suspendue sur un nuage, seul. Lorsque sa thérapeute lui demande comment cette petite a été accueillie, Aurélie se raidit : « ah non, pas ma mère ! » suivi d'un mouvement émotionnel fait de peur et de colère. Ayant tenté de continuer le retraitement en le centrant sur ces émotions évoquées, celui-ci se bloque rapidement avec le refus d'Aurélie d'aller plus loin : « je n'aime pas ma mère, je ne veux aucun contact avec elle ! » La thérapeute demande alors à Aurélie, si elle aimerait se sentir plus tranquille par rapport à sa mère, que cela ne l'obligerait en rien d'être en contact avec elle, ce que la patiente a accepté. La thérapeute a proposé à Aurélie d'écrire une lettre à sa mère et a appliqué le protocole de la lettre. Ensuite, le travail sur les empreintes précoces a pu reprendre, et Aurélie a pu, avec beaucoup d'émotion, laisser sa part adulte s'occuper mentalement du nourrisson, lui dire qu'elle l'aime et qu'elle prendra soin d'elle.

Cette navigation entre le fractionnement d'une cible et la bifurcation vers d'autres cibles intermédiaires pour contourner les blocages sera plus amplement décrit dans le chapitre consacré à la « Boîte de Vitesses. »

Pour conclure, nous aimerions souligner à quel point la considération et le traitement des empreintes précoces peut être une démarche puissante, au service de changements fondamentaux chez la personne. Notre expérience avec ce travail sur les mémoires préverbaux nous amène à pousser tout psychotraumatologue à considérer et à aborder cette période cruciale du début de la vie. Les patients qui s'engagent dans un tel travail, montrent des changements fondamentaux de l'ordre d'une sécurisation de leurs attachements, une plus grande prise en compte de leurs besoins, une

meilleure capacité à négocier leurs limites et une estime de Soi améliorée et ce de manière totalement intégrée entre la pensée, le ressenti et l'action comportementale.

Classiquement en EMDR, il fallait connaître le souvenir, pour pouvoir le traiter. Aujourd'hui, nous savons que ce n'est plus nécessaire. Des protocoles nouveaux permettent aux thérapeutes bien formés d'accéder à des blessures provenant d'une période où il n'y avait pas de mots pour les nommer et d'aider les personnes à s'en affranchir.

Cependant, même si les observations cliniques sont encourageantes, il serait utile et nécessaire de les valider par une démarche de recherche rigoureuse, qu'il s'agisse de recherches fondamentales en physiologie et en neurosciences, ou bien d'études cliniques contrôlées.

BIBLIOGRAPHIE

KLUFT R.P. (1998) « Playing for time : temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder », *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 90 – 98.

O'SHEA M.K. (2009) *The EMDR early trauma protocol*. In R. Shapiro (Ed) *EMDR Solutions II : for Depression, Eating Disorders, Performance and More*, New York, W. W. Norton & Company.

O'SHEA M.K. (2009) *EMDR friendly preparation methods*. In R. Shapiro (Ed) *EMDR Solutions II : for Depression,*

Eating Disorders, Performance and More, New York, W.W. Norton & Company.

O'SHEA M.K. (2006) *Rebuilding the Foundation*. Reconnecting the Self. Atelier présenté au Congrès EMDR Europe à Istanbul, Turquie.

O'SHEA M.K. (2001) *Accessing and repairing preverbal trauma and neglect*. Papier présenté au Congrès EMDR Canada, Vancouver, Colombie Britannique, Canada.

Chapitre 35

Le Protocole des Lettres : retraiter en douceur des « affaires relationnelles non terminées »

Hélène Dellucci

En psychotraumatologie des cas complexes et chroniques, il est enseigné que plus la traumatisation est d'ordre relationnelle, chronique et date de la prime enfance, impliquant les parents ou des figures d'attachement, plus il est difficile d'aider ces personnes dans une approche qu'on pourrait qualifier de linéaire. Même les thérapeutes expérimentés décrivent régulièrement un travail de longue haleine, sans succès garanti (Follette et al., 1991 ; Herman et Schatzow, 1984 ; Korn et Leeds, 2002) Souvent ces thérapies sont décrites comme des entreprises laborieuses, semées d'embûches (Dye et Roth, 1991 ; Goodman et Nowak-Scibelli, 1985), qui décourageraient tout apprenti thérapeute avec l'injonction : c'est trop compliqué.

Nous proposons dans ces pages une lecture alternative, ainsi qu'un protocole spécifique, pour retraiter en douceur ces blessures relationnelles sans créer de déstabilisation iatrogène.

LES TRAUMATISMES DU LIEN, UNE VASTE AFFAIRE

Plus la traumatisation d'ordre relationnelle est prépondérante, plus la capacité même à être en relation est impactée. Cela concerne les relations avec l'entourage, qu'il soit familial, intime, ou professionnel, mais aussi celle avec le thérapeute, ainsi que la personne face à elle-même, c'est-à-dire dans la manière dont elle se traite. Les collègues spécialisés dans

les questions de l'attachement en lien avec les troubles dissociatifs (Barach 1991, Liotti 1999, Brewin, Andrews et Valentine, 2000 ; Lyons-Ruth et al., 2006) nous apprennent à quel point ce vecteur si central qu'est l'attachement est important pour les mammifères que nous sommes. Un lien d'attachement sécure est fondamentalement stabilisant. Si la capacité à être en lien est impactée, tout le travail sur les traumatismes se fait « sans filet » et il nous manquera cette dimension relationnelle sécurisante et stabilisatrice dont nous avons besoin pour intégrer l'expérience.

D'autre part, à moins de limiter le traitement psychotraumatologique aux seules catastrophes naturelles et aux accidents sans implication humaine, la majorité des traumatismes contiennent une dose certaine de blessure relationnelle. Si nous distinguons ces deux dimensions du traumatisme, à savoir la part de blessure individuelle (la surprise devant un événement inattendu, la douleur subie, le débordement émotionnel, ...) et la part de blessure d'ordre relationnel (le vécu de trahison, l'absence d'empathie, la perte de confiance, le manque de soutien, ...), nous pouvons affirmer sans trop de risque de nous tromper, qu'aborder un souvenir traumatique implique le travail sur ces deux dimensions simultanément. La personne retraçant une mémoire traumatique du passé ne viendra donc pas travailler sur un seul événement, mais également sur une multitude de ramifications relationnelles en lien avec celui-ci. S'il s'agit d'une relation faite d'un attachement pas trop désorganisé, nous pouvons partir du principe que la dose de traumatisation du lien accompagnant la blessure individuelle n'est pas trop élevée. De ce fait celle-ci ne dépassera pas les capacités d'intégration du patient et le travail de désensibilisation et d'intégration par rapport à ce traumatisme se fera dans de bonnes conditions.

Si par contre un événement traumatique vient se greffer sur une relation, avec un proche, déjà chargée d'une multitude d'événements négatifs, nous risquons d'activer tous ces éléments associés lorsque nous ciblons ce trauma que nous croyions si bien isolé. Ainsi, un événement apparemment simple peut devenir le déclencheur d'un vaste ensemble de réseaux neuronaux chargés en affect négatif non encore métabolisé. Plusieurs réseaux traumatiques à forte charge émotionnelle qui s'activent en même temps risquent de mener au mieux au blocage, au pire à une déstabilisation majeure. Ces liens souffrants, au lieu de s'assainir, sont susceptibles d'ouvrir la boîte de pandore précédemment évitée avec soin.

Souvent, les personnes touchées par de telles blessures peuvent ne pas se rendre compte de la souffrance relationnelle face à un proche, surtout si la relation dysfonctionne depuis le début, et qu'il n'y a pas encore eu la possibilité de prendre du recul. À la confrontation traumatique s'ajoute alors la réalisation de la souffrance relationnelle, ce qui peut suffire pour bloquer un processus prometteur.

Les personnes impliquées dans des violences conjugales, les enfants ayant subi toutes sortes de violences familiales et de négligences, deviennent souvent, à l'âge adulte, des personnes qui n'arrivent pas à se stabiliser sur le plan relationnel. Cette absence de stabilisation se

caractérise par une difficulté à ressentir et partager des émotions avec d'autres personnes dans de bonnes conditions (Delage, 2007) et à former et maintenir des liens d'attachement sécurés à l'âge adulte (Demos, 1988 ; Liotti, 1992 ; Schore, 1994, 1997 ; Teicher *et al.*, 1997 ; Young, 1994). Il n'est pas rare de voir ces patients retourner dans le giron de leurs agresseurs, se retrouver dans des dispositifs où ils sont exploités, et où ils ont de grandes difficultés à mettre des limites et faire valoir leurs besoins. Cela montre, comme le confirme notre travail clinique, combien les liens d'attachement nocifs peuvent être forts.

Outre la nécessité d'une stabilisation spécifiquement relationnelle (Dellucci et Bertrand, 2012), notre premier objectif sera d'abord de cibler les blessures relationnelles, dans l'espoir de voir s'assainir un certain nombre de relations d'attachement.

LA DÉCOUVERTE DU PROTOCOLE DE LA LETTRE EN EMDR : VIGNETTE CLINIQUE

L'idée de combiner le protocole EMDR avec la pratique des lettres thérapeutiques a été apportée par une patiente. C'est ainsi qu'Eliane, 55 ans, souhaitant déblayer une série de traumatismes en nombre impressionnant, évoque lors d'une reprise des séances après un épisode de déstabilisation : « je voudrais laisser derrière moi toutes ces choses difficiles, mais je ne veux pas que ça prenne vingt autres séances. »

Venue en thérapie, envoyée par son psychiatre, Eliane avait des insomnies depuis des années, malgré une dose quasiment toxique de somnifères. Elle a rapidement fait un transfert de confiance de son psychiatre vers la thérapeute. En dépression chronique depuis plus de quarante ans, avec de multiples tentatives de suicide, des passages à l'acte, Eliane vit isolée, travaille en tant qu'employée dans un service public. Son objectif est simple : se débarrasser de toutes ses séquelles post-traumatiques. Lorsque la thérapeute lui demande à quoi elle verra ses objectifs atteints, Eliane évoque : « je pourrai dormir normalement, je n'aurai plus besoin de médicaments, et j'aurai des relations constructives : je verrai des amis, je pourrai me protéger si j'en ai besoin, » et elle ajoute prudemment : « et peut-être je pourrai un jour à nouveau être en couple. »

La stabilisation a été rapide, Eliane se sentait en sécurité, et l'attachement entre la thérapeute et Eliane a rapidement permis d'aborder des empreintes précoces (O'Shea¹, 2009). Ce travail s'est étendu entre septembre et mi-mai sur une vingtaine de séances. Parmi les changements constatés chez Eliane, on peut signaler une meilleure gestion de son sommeil, sans pour

1. Katie O'Shea est l'auteur de ce protocole EMDR très utile, avec lequel il est possible de désensibiliser les mémoires préverbaux allant de la période fœtale jusqu'à l'âge de trois ans, une période naturellement sous amnésie.

autant un arrêt des insomnies, ni des médicaments. Elle montre une meilleure tolérance à l'affect et une capacité accrue à prendre soin d'elle, notamment lorsqu'elle a été harcelée dans son travail. La période de fin mai coïncidait avec une période anniversaire du décès des parents d'Eliane, ainsi que de son frère. Avec ces trois personnes importantes, Eliane avait vécu de multiples agressions de tous ordres, avec une exception pour son père, avec lequel elle disait avoir une bonne relation, sauf lorsque sa mère la maltraitait : alors il s'effaçait complètement, laissant Eliane avec un sentiment d'abandon difficilement gérable. Les épisodes traumatiques avaient été multiples et touchaient quasiment toutes ses relations familiales : un frère toxicomane l'entraînant dans des tournantes, mettant toute la famille en difficultés financières. Dans la famille qu'elle a fondée, Eliane a eu une vie de couple houleuse se terminant par des violences conjugales, un accouchement traumatique (une césarienne en urgence). La seule personne avec laquelle les relations semblaient saines, quoique distantes, sont celles avec son fils, qu'elle ne voyait pas souvent en raison de ses nombreux épisodes dépressifs, selon Eliane.

Cette période anniversaire de fin mai a été marquée par une recrudescence de phénomènes hallucinatoires, sous la forme d'esprits lui intimant de se suicider, que ce ne serait qu'une question de temps. Devant l'hésitation de la thérapeute, Eliane propose elle-même, pour la première fois, « d'aller se reposer à la clinique », le temps que la crise suicidaire passe.

Par la suite, une fois sortie, Eliane envisage de prendre des vacances, et un rendez-vous pour la rentrée a été fixé. C'est alors qu'elle a pu énoncer un avis critique sur la durée de sa thérapie en rapport avec ses petits moyens financiers d'employée de bureau. Lorsqu'une personne exprime un avis critique, elle a, consciemment ou non, une alternative à proposer. La thérapeute l'a explorée en questionnant : « et comment pensez-vous que nous puissions faire ? » Eliane prit quelques minutes pour réfléchir, puis évoque : « J'aime bien écrire. J'aime aussi l'EMDR. C'est efficace, ça m'a beaucoup aidé. Si j'écrivais une lettre, est-ce que vous pensez que vous pourriez travailler en EMDR avec moi là-dessus ? » Ébahie devant autant de créativité, la thérapeute n'a pas osé dire non : « je vous encourage à écrire à qui vous pensez que c'est utile. Je vais réfléchir et trouver un moyen de travailler en EMDR d'ici la prochaine fois. » À la séance suivante, Eliane apporte une lettre écrite à son père : la thérapeute l'a invitée à lire à voix haute sa lettre et a accompagné toutes les émergences corporelles avec des stimulations bilatérales, et ce jusqu'à ce que le corps d'Eliane s'apaise. Lors de la réévaluation à la séance suivante, il s'avère que la lettre reste tout à fait neutre. Forte de cette expérience, Eliane avait déjà écrit une lettre à sa mère. En deux séances, le travail autour de celle-ci a été effectué. Ensuite, Eliane écrit une lettre à son frère, en évoquant : « j'y aborde des choses que je n'ai jamais dites à personne. » La thérapeute, invariablement intéressée par les réactions d'Eliane, plutôt que par le contenu de sa lettre, en effet sordide, aborde celle-ci de la même manière que les deux précédentes : trois séances plus loin c'est chose faite. À la suite de cela, Eliane choisit d'écrire une lettre à son chef de service, par

lequel elle s'était sentie harcelée récemment. La césarienne en urgence a fait l'objet d'un protocole EMDR standard.

À la suite de ce travail sur un total de 8 séances, Eliane va beaucoup mieux, ne montre plus de signes de dépression et indique ne plus avoir besoin d'aide pour le moment. Elle dort maintenant six heures par nuit, avec une dose de somnifères fortement réduite. Son projet de diminuer ses antidépresseurs est discuté avec son psychiatre.

Trois mois après, Eliane allait toujours bien, dormant six heures par nuit, et avait le projet de randonnées avec des amis pendant ses vacances. Des prises de nouvelles à intervalles réguliers pendant trois ans ont permis de constater qu'Eliane n'a pas subi d'autre déstabilisation.

Eliane a refait une demande de thérapie six ans après l'arrêt de sa première thérapie EMDR, avec un tableau de douleurs chroniques et à nouveau un épisode dépressif. C'est à cette occasion qu'est apparu que la relation conjugale avec son ex-mari n'avait pas été abordée. Eliane a pu reformer un couple, mais celui-ci ne la satisfait pas. Une nouvelle série de quatre lettres ont été travaillées : une lettre à son ex-mari, qui a pris plusieurs séances, une lettre à une amie proche qui venait de décéder, une lettre à son fils, et une dernière à son compagnon actuel. À la suite de ce travail, Eliane sort de son épisode dépressif et part à la recherche d'une spiritualité qui lui permet de donner un sens à sa vie et à son expérience. Elle peut renouer avec des membres de sa famille lointaine et arrive à se positionner clairement dans ses relations et dans sa vie en fonction de ses choix existentiels.

La déstabilisation majeure a montré, que malgré des avancées certaines, certaines séquelles post-traumatiques restaient néanmoins très actives, au point à faire croire en un épisode de bouffée délirante. Nous faisons l'hypothèse qu'il s'agissait d'un réseau dissociatif, sans doute dormant jusque là, qui s'est réveillé par une concordance de date - mi-mai à fin juin - à laquelle avaient eu lieu les décès de ses proches, ainsi que toutes les hospitalisations d'Eliane, dont certaines en urgence. Notre proposition de travailler sur les empreintes précoces, avait été guidée par l'objectif d'Eliane, de se débarrasser de la totalité de ses traumatismes et par l'hypothèse que les événements difficiles avaient certainement commencé dès le début de sa vie.

La proposition d'Eliane, de travailler en EMDR à partir de ses lettres écrites a accéléré le processus thérapeutique, mais aussi les changements qu'Eliane a pu mettre en œuvre dans sa vie. Est-ce que nous pouvons dire que la dépression d'Eliane a pu être traitée par le travail sur les empreintes précoces uniquement ? Nous ne le pensons pas. Ce qui nous guide dans cette pensée est la seconde tranche de thérapie qu'Eliane est venue faire et dans laquelle elle a surtout abordé ses relations conjugales.

Les récentes recherches sur la dépression (Hofmann et al., 2014) viennent corroborer le travail d'Eliane sur ses blessures du lien, en proposant comme traitement de la dépression d'aborder avant tout des événements de vie stressants sous forme de pertes et d'humiliations.

LE PROTOCOLE DES LETTRES : COMMENT CONCRÈTEMENT ?

Comme il l'est préconisé généralement en EMDR, nous conseillons aux praticiens de ne jamais travailler sans avoir établi avec le patient un lieu sûr, c'est-à-dire avoir installé, avec des stimulations bilatérales alternées (SBA), un réseau neuronal exclusivement positif. À cela, nous ajoutons un exercice de confinement¹ qui permettra un travail fractionné, et l'apprentissage au patient de techniques d'apaisement corporelles, comme la cohérence cardiaque, de la relaxation, des techniques de pleine conscience ou d'hypnose, que la personne pourra mettre en œuvre de manière autonome.

► L'écriture de la lettre

Le thérapeute demande au patient d'écrire une lettre à la personne avec lequel/laquelle il a un compte à régler :

- ➔ Comme si la personne (cible) pourrait tout comprendre, tout entendre, même si dans la réalité cela n'est pas vrai ;
- ➔ Sans se censurer : avec les mots qui viennent droit du cœur, jusqu'au sentiment d'avoir écrit tout ce qu'il avait à dire.

Cela peut se faire, soit :

- ➔ En tant que tâche à faire à la maison ;
- ➔ Juste avant la séance (par exemple dans la salle d'attente) ;
- ➔ Ou en séance (en 10 min).

Ici nous considérons le destinataire de la lettre comme la cible. La lettre, qui bien sûr ne sera pas envoyée, constituera de canevas de travail, à partir duquel le protocole des lettres peut être appliqué.

► En séance : 8 étapes

1. Vérifiez le lieu sûr :

- ➔ Les images reviennent-elles facilement ?
- ➔ Est-ce que se projeter dans le lieu sûr apaise le corps ?
- ➔ Le lieu sûr reste-t-il sûr d'une séance à l'autre ?

1. Il s'agit d'un exercice provenant de l'hypnose (Kluft, 1998), et qui consiste à construire mentalement un espace contenant, pour y confiner toutes les mémoires dans l'attente d'être abordées dans de bonnes conditions.

- ➔ Vérifier le signal STOP, la position des chaises, le choix des SBA, la bonne distance, la motivation de travailler toujours sur cette relation.
- 2. Rendez-vous prédictible en expliquant la procédure¹ :
 - ➔ « *Je vous demanderai de lire votre lettre à voix haute. Dès qu'il y aura une émotion ou une sensation corporelle qui émergera, nous arrêterons la lecture, et je vous propose de faire des stimulations bilatérales, en suivant ce qui se passe dans le corps, jusqu'à ce que tout soit à nouveau calme.* - ➔ *À ce moment, je vous demanderai de revenir à votre lettre, à la phrase avant celle qui a déclenché l'émotion, et vous pourrez continuer à lire, jusqu'à la prochaine émotion, et alors nous referons des stimulations. Nous allons parcourir ainsi la lettre jusqu'à la fin.* - ➔ *Il se peut que je vous interrompe pour vous demander ce que vous ressentez. Je vous demanderai toujours de localiser ce que vous ressentez dans le corps.* - ➔ *Quand toute la lettre sera lue, je vous proposerai de revenir au début et de la relire d'un trait, comme un scanner du corps, c'est-à-dire en faisant très attention à ce que vous ressentez dans votre corps, juste pour voir si nous n'avons rien oublié. Est-ce que ça va ? »* (s'assurer que la personne a bien compris et qu'elle est d'accord)
- 3. Avant de commencer à lire, ressentez-vous déjà quelque chose ?
 - a) Si oui : commencez les SBA, vous êtes déjà à l'étape 4 ;
 - b) Si non : demandez au patient de commencer la lecture.
- 4. Pendant que le patient lit son texte à voix haute, le thérapeute scrute la personne et l'interrompt dès qu'il a l'impression qu'une émotion ou une sensation apparaît. Cela peut provenir d'indications visuelles, ou de la voix du client qui change, ou encore provenir d'un contenu particulier.
 - ➔ Dès qu'une émotion, ou une sensation corporelle apparaît : demandez à la personne de la localiser dans le corps, puis de se concentrer sur cet endroit, et faites des SBA. Tant qu'il y a des associations et un processus qui change, continuez les séries de SBA et ce jusqu'à ce que le corps soit tout à fait calme.
 - ➔ Il se peut qu'il y ait une suite de sensations ou d'émotions : continuez les SBA.
 - ➔ Il peut y avoir un canal avec des images, des pensées : continuez des SBA.
 - ➔ Les sets de SBA continuent jusqu'à ce que le corps soit tout à fait calme, et que deux contenus positifs ou neutres apparaissent, ou alors si la personne sort du processus.
- 5. Dès que le corps est calme, demandez à la personne de revenir à la phrase avant celle qui a déclenché l'émotion, et demandez-lui de continuer la lecture à voix haute.

1. Tout ce qui est noté en italique peut être lu tel quel par le praticien.

- ➔ Il est intéressant d'attirer l'attention du patient sur le changement qui se produit à l'endroit où auparavant il y a eu une émergence émotionnelle, en lui demandant : « *et maintenant, qu'est-ce que vous notez ?* »
 - ➔ Souvent la personne dit « rien », ou « ça va » et constate de ce fait que ce qui était problématique avant, ne l'est plus maintenant : cela aide à construire une histoire à petits succès et à en prendre conscience.
6. Répétez les étapes 3 à 5 jusqu'à ce que toute la lettre soit parcourue.
7. Scanner du corps : demandez à la personne de faire un scanner du corps en pensant au destinataire (cible) et à la lettre dans son ensemble.
- ➔ Soit il y a des sensations/émotions qui émergent : SBA comme d'habitude, jusqu'à ce que le corps soit tout à fait apaisé. Passez ensuite à 7b.
 - ➔ Refaire un scanner du corps : s'il est positif ou neutre, faites une série de SBA, puis veuillez demander au patient de relire la lettre en restant en lien avec son corps : « *veuillez relire la lettre, en vérifiant avec votre corps si tout est en ordre, ou si nous avons oublié quelque chose.* »
 - ➔ S'il y a du matériel qui émerge, traitez comme décrit du point 3 au point 5. Dans ce cas, refaites un scanner du corps et une lecture *bodyscan*
 - ➔ S'il n'y a pas d'autre matériel qui émerge, le travail sur cette cible relationnelle est terminé.
8. Clôture : félicitez la personne, et clôturez la séance comme d'habitude en EMDR.
- ➔ Clôture d'une séance où le travail de la lettre n'est pas terminé : demandez à la personne de marquer l'endroit de la lettre où la lecture s'arrête, en lui assurant que vous allez continuer la prochaine fois.
 - ➔ Demandez à la personne de « *mettre dans le contenant tout ce qui n'est pas fini d'être traité,* » puis demandez-lui « *de faire un tour dans le lieu sûr,* » jusqu'à ce que vous remarquiez que son corps est complètement calme.
 - ➔ Faites ensuite un *débriefing* habituel, en posant la question de ce que la personne a appris ou gagné de cette séance - cela permet une synthèse du travail accompli - et en discutant éventuellement avec la personne d'un micro-objectif, c'est-à-dire une petite chose, qui ne soit pas trop coûteux, qui va en direction des souhaits de la personne et que celle-ci aimerait voir se passer d'ici la prochaine séance.

► La Réévaluation

À la séance suivante, faites une réévaluation, comme d'habitude en EMDR : explorez

- ➔ Comment la personne est rentrée après la dernière séance ?

- ➔ Est-elle/il resté(e)-e stable, ou y a-t-il eu une déstabilisation ?
- ➔ En cas de déstabilisation, explorez comment la personne a fait pour se restabiliser.
- ➔ Évaluez si vous continuez avec la lettre, ou s'il est nécessaire de centrer le travail sur une peur émergente, une émotion prépondérante ou si du matériel dissociatif émerge qui mériterait qu'on s'y arrête.
- ➔ Y a-t-il eu des changements, et si oui : veuillez explorer en détail comment la personne a réussi à les mettre en œuvre. Cela renforcera son autonomie, une dimension importante d'un attachement sécurisé.
- ➔ Veuillez évaluer les changements dans la relation avec le destinataire de la lettre.
- ➔ D'autres éléments, prises de conscience, des rêves, cauchemars...

► Reprise d'une séance incomplète

Veuillez retourner à l'endroit marqué dans la lettre, et reprenez au paragraphe précédent.

Dans certains cas il peut s'avérer utile, de retourner au début de la lettre. La personne en relisant cette section pourra se rendre compte du changement par rapport à la séance précédente.

En général, dès que la personne aborde la section pas encore travaillée, des émotions réémergent et le travail de retraitement peut continuer.

Le travail sur une lettre peut ainsi prendre plusieurs séances. Tout dépend de ce que les contenus que la personne a mis dans sa lettre permettent de toucher. C'est ainsi que Dominique, une patiente anorexique de 50 ans - venue consulter avec l'objectif d'arrêter le grignotage, qui contrôlait son poids avec une restriction alimentaire et des exercices physiques extrêmes, se tailladant les jambes et le ventre dès que son poids passait de 47 à 48 kg, et avec laquelle toute intervention en EMDR classique avait échoué - a écrit une lettre à sa mère. Celle-ci arrivait en fin de vie, et Dominique qui était enfant unique, se sentait dans l'obligation de s'occuper d'elle, malgré ses réticences. Sa mère l'avait maltraitée pendant son enfance, tant physiquement, psychologiquement, et émotionnellement avec le but d'en faire une danseuse étoile. La thérapeute avait demandé à Dominique si cela l'intéresserait de se sentir plus confortable dans cette tâche qu'elle s'est donnée, ce à quoi la patiente acquiesçait en paraissant soulagée. La lettre de Dominique consistait en un texte de vingt lignes, écrite sur une feuille d'écolier format A5, dans un langage apparemment désaffectivé, avec une écriture d'un enfant d'école primaire. Le travail EMDR à partir de cette lettre a pris vingt séances. Dominique a pu toucher des sensations physiques dans un premier temps, des émotions par la suite. À chaque séance, la lecture d'un fragment de lettre a donné lieu à un canal de ressentis et d'associations foisonnantes. À la fin de chaque séance, Dominique acceptait de mettre de côté ce qui n'avait pas encore fini d'être retraité et a pu repartir apaisée. Lors des réévaluations en début de

chaque séance, Dominique rapportait des observations de changements, tant dans la relation à sa mère, que dans les relations avec son entourage : son mari, sa fille, son fils. Elle ne s'est plus tailladée, a pu accepter de porter une tenue féminine au mariage de son fils, et elle a pu trouver du plaisir à s'occuper de ses petits-enfants. À la suite de la lettre, Dominique a demandé à travailler sur la dimension des relations intimes avec son mari.

Dans cet exemple clinique, le protocole de la lettre a pu constituer une porte d'entrée vers un travail de retraitement des traumatismes relationnels du passé, là où toute autre approche plus directe en EMDR avait échoué.

► Après le travail avec le protocole de la lettre

Lorsque le travail de retraitement de la lettre est terminé, c'est le patient qui choisit de faire avec sa lettre ce qui a le plus de sens pour lui. Il y a des personnes qui déchirent la lettre et souhaitent la jeter, d'autres la laissent dans leur dossier, ou la rangent dans un endroit précis choisi avec soin, certains trouvent utile de l'envoyer à leur destinataire. Nous avons des exemples, où des personnes ont ajouté à la fin de la lettre un rituel particulier : brûler la lettre, l'enterrer dans un coin du jardin, l'emmener sur la tombe d'un être cher, en faire un masque en papier mâché. Dans notre approche thérapeutique, nous n'intervenons ni dans le choix, ni dans la mise en œuvre de ce qui est fait avec la lettre. Il s'agit d'une démarche autonome de la personne qui constitue parfois la première action dans une relation assainie.

► La lettre du futur (Yvonne Dolan)

La lettre du futur est un écrit particulier, mise au point par Yvonne Dolan (1991/1996) dans lequel le patient est invité à se projeter dans un futur souhaité, libre de la problématique pour laquelle il est venu consulter. Fréquemment utilisé dans le champ des thérapies centrées sur la solution (De Shazer, 1985/1999, Berg 1994/1998, De Shazer et Dolan 2007/2009), cette technique s'apparente à la question miracle, où le questionnement porte surtout sur un futur souhaité, plutôt que la description d'une série de problèmes. Dans notre champ des thérapies centrées compétences, proches du modèle de Bruges (Isabaert et Cabié, 1997, Isebaert, 2005) et particulièrement en psychotraumatologie (Dellucci, 2014), nous utilisons ce type de lettre lorsque :

- ➔ Le travail avec les lettres classiques se bloque ;
- ➔ Les personnes se montrent très défensives, malgré un souhait de changement ;
- ➔ Le nombre de problèmes décrits est tel que le thérapeute et le patient risquent de se retrouver ensevelis, confus, et perdent de ce fait toute perspective d'avenir, nécessaire à une stabilisation réussie.

C'est Yvonne Dolan elle-même qui nous a proposé d'utiliser le type de lettre qu'elle propose avec des stimulations bilatérales. Pour l'écriture de la lettre, le thérapeute demande au patient :

- ➔ De choisir une date précise dans le futur ;
- ➔ De choisir une personne concrète à qui écrire et à laquelle il/elle souhaite raconter de bonnes choses ;
- ➔ De se projeter à la date dans le futur ;
- ➔ Et de décrire une situation, dans laquelle tous les problèmes pour lesquels il a consulté, auront disparu. Décrire le plus concrètement possible, avec les circonstances environnantes, les sentiments, les pensées, etc.

La personne peut décrire comment elle en est arrivée là, mais ce n'est pas nécessaire. Cela reste une possibilité intéressante, même si la plupart des personnes que nous rencontrons en psychotraumatologie n'ont pas d'idée du chemin à parcourir.

La suite du protocole de cette lettre se fait selon les 8 étapes décrites plus haut sous la rubrique 3.2.

DIFFÉRENTS TYPES DE LETTRES

Le critère central pour ce travail relationnel est la motivation de la personne à aborder réfléchir sur son lien à l'égard d'une personne. Peu importe la nature du lien ou la disponibilité de la personne. La consigne donnée est conditionnelle : « comme si le destinataire pouvait tout entendre, tout comprendre, même si dans la réalité, ce n'est pas vrai. » Cette injonction, qui semble paradoxale reflète la nature de la dynamique relationnelle. Ainsi, la personne peut écrire à une personne défunte, un membre de la famille qu'elle n'a jamais connu, mais dont elle perçoit l'influence à travers d'autres, comme par exemple un grand père décédé avant la naissance du père et qui a manqué à toute la famille. Les personnes peuvent écrire à un groupe de personnes, par exemple une lettre aux femmes de ma famille, ou bien à une institution. Ce qui compte est de produire un écrit qui donnera accès à la dimension émotionnelle implicite, avec le but d'assainir cette relation d'attachement. Il est possible d'utiliser le protocole de la lettre en supervision, où le thérapeute est invité à écrire à son patient. Bien entendu, cette lettre n'est pas destinée à être partagée avec le patient. Dans le travail avec les personnes souffrant de traumatismes complexes, il est possible d'écrire à une version de soi plus jeune, à un bébé avorté, jusqu'à permettre à des réseaux dissociatifs bien différenciés, d'écrire et de se faire entendre. Quelle que soit la forme du texte, nous avons confiance dans le fait que la personne va choisir les mots justes, dans l'ordre juste, et la séquence des phrases qui correspondent à son niveau d'intégration actuel.

Parfois des personnes ne peuvent pas écrire, et choisissent un texte qui leur parle, ou bien les mots d'une chanson qui les touche. Ce matériel peut tenir lieu de lettre. Avec des personnes illettrées, Marie Pierre Combaz s'est prêtée à écrire une lettre dictée par la personne, en grandes lettres, pour ensuite appliquer le protocole de la lettre avec succès. La personne peut écrire dans une langue que le thérapeute ne comprend pas. Cela ne pose aucun frein au travail d'assainissement de cette relation d'attachement.

La seule limite que nous avons constaté est lorsque les personnes n'aiment pas écrire ou ne souhaitent pas aborder la relation visée. Si le refus est motivé par une peur, nous abordons d'abord la peur, et par la suite le travail sur une lettre est possible avec soulagement.

SOIGNER LES BLESSURES DU LIEN : TROIS DIMENSIONS À CONSIDÉRER

Distinguer la blessure du lien et la blessure propre dans un trauma est pertinent (Steele et Steele, 2003) et nous permet d'aborder spécifiquement la dimension d'attachement d'abord. La relation ainsi visée n'est pas faite que de blessures, le lien avec les ressources peut dès lors se faire au rythme du retraitement des émotions négatives. Le protocole des lettres, en suivant une approche par petits pas, c'est-à-dire ligne par ligne constitue une méthode douce, qui contrairement au protocole EMDR standard, n'active pas le réseau traumatique là où ça fait le plus mal. Ce qui nous a guidé dans la conception du protocole de la lettre est la dimension sensori-motrice proposée par Bessel van der Kolk (1994) : « c'est le corps qui donne le score. »

Une réflexion qui nous paraît intéressante est la distinction de deux types de mémoire, proposée par Brewin dans la théorie de la représentation double (Brewin et al., 1996 ; Brewin 2001 ; Brewin et Holmes, 2003). L'auteur décrit une « mémoire accessible verbalement, » représentant l'accès explicite et autobiographique, avec une possibilité de situer un événement dans le temps et l'espace, et une « mémoire accessible situationnellement », sous-corticale, contenant les fragments perceptuels, les sensations corporelles, les émotions non accessibles consciemment, sans lien avec la mémoire autobiographique et avec une impossibilité de situer l'événement dans le temps et l'espace. Cette distinction nous permet de postuler que le protocole des lettres pourrait relier ces deux types de mémoire dans le travail de retraitement. La personne, en écrivant sa lettre, utilise pour décrire cette relation la mémoire accessible verbalement, sémantique et autobiographique. Le travail en EMDR sur ce texte permet d'accéder et de retraiter les émotions, sensations, images et autres fragments perceptuels « entre les lignes. » Ainsi nous pouvons affirmer que le protocole des lettres, comme le protocole EMDR standard permet de relier ces deux types de mémoires, avec la spécificité ici, de focaliser le retraitement sur la dimension de l'attachement.

Nous avons observé que ce travail se fait sans déstabilisation iatrogène.

Ce retraitement des relations d'attachement peut se faire selon trois dimensions distinctes :

- ➔ Le lien à l'entourage, qu'il s'agisse de l'entourage direct, ou bien de la famille élargie, jusqu'aux liens transgénérationnels ;
- ➔ Le lien à soi-même, avec la possibilité de s'adresser à une version de soi plus jeune, d'aborder des lettres où s'expriment des parties émotionnelles, et ;
- ➔ Le lien thérapeutique : ici c'est le thérapeute qui assainit la relation qu'il entretient avec le patient, en travaillant sur une lettre écrite au patient. Ces lettres d'influence permettent au thérapeute de mettre en œuvre des modifications importantes, se répercutant invariablement chez le patient.

Après cette excursion dans la conceptualisation autour des blessures du lien apparaissent trois dimensions relationnelles distinctes à prendre en compte en psychotraumatologie complexe : le lien avec l'entourage, restreint et apparemment plus éloigné, le lien de la personne avec elle-même et d'éventuels réseaux dissociatifs et finalement le lien thérapeutique, dans lequel le thérapeute tient une place importante et de ce fait une influence considérable. Le protocole des lettres, qui se base sur l'écriture thérapeutique en y ajoutant des spécificités inspirées par la rigueur du protocole standard en EMDR semble répondre aux défis des traumatismes d'ordre relationnelles. Ainsi ces blessures qui impactent la relation d'attachement deviennent assainissables, permettant dès lors un retraitement des autres traumatismes dans de bonnes conditions. Même si des recherches sont nécessaires pour étayer ces propos, nous pouvons affirmer que l'absence de déstabilisation observée cliniquement est un argument permettant de considérer le protocole des lettres comme une méthode douce, qui ne perd rien de son efficacité.

BIBLIOGRAPHIE

BARACH PB. (1991) « Multiple personality disorder as an attachment disorder », *Dissociation*, 4, 3, 117-123.

BERG IK. (1994) *Family based services : A solution-focused approach*. New York : Norton. Pour la traduction française (1998) *Services axés sur la famille. Une approche centrée sur la solution*. Paris : Erès.

BREWIN CR. (2001) « A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment », *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.

BREWIN CR., DALGLEISH, T., JOSEPH, S. (1996) « A dual representation theory of post-traumatic stress disorder », *Psychological Review*, 103, 670-686.

BREWIN, CR., ANDREWS B., VALENTINE J D. (2000) « Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adult », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.

BREWIN CR., HOLMES E.A. (2003) « Psychological theories of posttraumatic stress disorder », *Clinical Psychology Review*, 23, 339-76.

DELAGE M. (2007) « Attachement et Systèmes Familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques », *Thérapie Familiale*, 28, 4, 391-414

DELUCCI H. (2014) « Psychotraumatologie Centrée Compétences », *Thérapie Familiale*, 35, 2, 192-226.

- DELLUCCI H., BERTRAND, C. (2012) « Le Collage de la Famille Symbolique et Approche Narrative. Une voie alternative pour constituer un lien d'attachement et une identité en lien avec les valeurs existentielles », *Thérapie Familiale*, 33, 4, 337-355.
- DEMOS EV. (1998) *Affect and the development of self : A new frontier*. In A. Goldberg (Ed), *Frontiers in self-psychology : Progress in self psychology*, 3, 27-53. Hillsdale, NJ : Analytic Press.
- DOLAN YM. (1991) *Resolving Sexual Abuse. Solution Focused Therapy and Ericksonian Hypnosis for Adult Survivors*. Norton & Company. Pour la traduction française (1996) *Guérir de l'abus sexuel et revivre*. Bruxelles : Satas.
- DE SHAZER S. (1985) *Keys to solution in Brief Therapy*. Norton & Company. Pour la traduction française : (1999) *Clés et Solutions en Thérapie Brève*. Bruxelles : Satas.
- DE SHAZER S., DOLAN YM. (2007) *More than miracles : The state of the art in solution focused brief therapy*. Binghampton, NY : The Haworth Press. Pour la traduction française (2009) *Au-delà des miracles. Un état des lieux de la thérapie brève solutionniste*. Bruxelles : Satas.
- DYE E., ROTH S. (1991) « Psychotherapy with Vietnam veterans and rape and incest survivors », *Psychotherapy*, 28, 103-120.
- FOLLETTE VM., ALEXANDER P.C., FOLLETTE, W.C. (1991) « Individual predictors of outcome in group treatment for incest survivors », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 150-155.
- GOODMAN B., NOWAK-SCIBELLI D. (1985) « Group treatment for women incestuously abused as children », *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 531-544.
- HERMAN J.L., SCHATZOW E. (1984) « Time-limited group therapy for women with a history of incest », *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 605-616.
- HOFMANN A., HILGERS A., LEHNUNG M., LIEBERMANN.P., OSTACOLI L., SCHNEIDER W., HASE, M. (2014) « Eye Movement Desensitization and Reprocessing as an Adjunctive Treatment of Unipolar Depression : A Controlled Study », *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 3, 103-112.
- ISEBAERT, L. & CABIÉ, M.C. (1997) *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Editions Erès, collection Relations.
- ISEBAERT, L. (2005) *Kurzzeittherapie – Ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie*. Thieme Verlag.
- KLUFT, R. P., (1998) « Playing for time : temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder », *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 90-98.
- KORN DL., LEEDS AM. (2002) « Preliminary Evidence of Efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of Treatment of Complex Post-traumatic Stress Disorder », *Journal of Clinical Psychology*, 58, 12, 1465-1487.
- LIOTTI G. (1992) « Disorganized/ disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders », *Dissociation*, 5, 196-204.
- LIOTTI G. (1999) « Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology ». In J. Solomon & C. George (Eds), *Attachment disorganization* (pp. 297-317) New York : Guilford Press.
- LYONS-RUTH K., DUTRA L., SCHUDER M. R., BIANCHI I. (2006) « From infant attachment disorganization to adult dissociation : Relational adaptations or traumatic experiences ? », *Psychiatric Clinical of North America*, 29, 63-86.
- O'SHEA MK. (2009) « The EMDR early trauma protocol ». In : R.Shapiro (Ed), *EMDR Solutions 2. For depression, eating disorders, performance and more*. New York : Norton.
- SCHORE AN. (1994) *Affect regulation and the origin of the self : the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- SCHORE AN. (1997) « Early organization of the nonlinear right brain and the development of a predisposition to psychiatric disorders », *Development and Psychopathology*, 9, 595-631.
- STEELE H., STEELE M., (2003) « Clinical uses of the Adult Attachment Interview ». In Cortina, M., & Marrone, M., (Eds) *Attachment theory and the psychoanalytic process*. London : Whurr (pp. 107 – 126)
- TEICHER M.H., ITO Y., GLOD C.A., ANDERSEN S.L., DUMONT N., ACKERMAN E. (1997) « Preliminary evidence for abnor-

mal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI ». In R. Yehuda & A.C. McFarlane (Eds), *Psychobiology of post-traumatic stress disorder* 821, 161-175. New York : New York Academy of Sciences.

VAN DER KOLK, B. (1994) « The body keeps the score : Memory and the evolving psychobiology of post-

traumatic stress », *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.

YOUNG, J. E. (1994) *Cognitive therapy for personality disorders : A schema-focused approach*. Sara-sota, FL : Professional Resource.

Chapitre 36

La Boîte de Vitesses : une structure de traitement EMDR intégrative

S'adapter sans se perdre dans la thérapie à travers un paysage de traumatisations complexes et chroniques

Hélène Dellucci

Travailler en EMDR avec des personnes souffrant de traumatismes complexes n'est pas simple. Nous avons rarement une anamnèse complète, due à des zones d'amnésie et des ressentis de honte qui font taire au patient des informations importantes dont nous aurions besoin pour planifier le traitement. La stabilisation n'est pas évidente, souvent les praticiens rapportent que les outils de stabilisation ne fonctionnent pas. Certains patients semblent vivre un état permanent de crise rendant l'accès au travail sur les cibles traumatiques difficiles, même si celles-ci sous-tendent le fonctionnement de la personne.

Entre évitement, risque de déstabilisation majeure ou abandon de la thérapie, le travail avec les personnes souffrant de trauma complexes et chroniques devient une entreprise hasardeuse, aléatoire, dans laquelle les patients ne vont pas mieux et les thérapeutes se découragent. C'est ainsi que les patients souffrant de troubles dissociatifs étendus passent en moyenne 14 ans à trouver un thérapeute qui leur convienne (Huber, 2004).

Devons-nous pour autant renoncer à travailler en EMDR avec ces patients apparemment difficiles ? Souvent ces personnes ont une demande et nourrissent, malgré leurs souffrances, l'espoir d'être soulagées de leurs blessures. Est-il possible de travailler en EMDR de manière rigoureuse et sécurisée,

en l'adaptant à chaque personne, là où elle en est, quel que soit son degré de stabilité, l'état plus ou moins chaotique de sa vie, et cela sans se perdre ?

Nous proposons à travers ces pages une structure de traitement en EMDR intégrant les meilleures stratégies mises en œuvre pour répondre aux exigences du travail avec des personnes ayant des traumatismes complexes. En proposant une hiérarchie d'intervention en fonction des phénomènes émergents, cette structure de traitement permet au thérapeute de s'adapter aux besoins du patient, tout en sachant ce qu'il fait et pourquoi. Pour une meilleure compréhension de la manière dont s'articulent les différents ciblage, nous proposons la métaphore de la boîte de vitesses, qui permet une adaptation constante de la vitesse d'avancement en fonction des conditions et de la topographie rencontrée pendant le périple thérapeutique.

SITUATION INITIALE

Depuis que nous avons débuté notre travail de psychotraumatologues, le protocole EMDR nous paraît d'une pertinence et d'une qualité remarquables. Aucune autre approche ne propose un protocole aussi bien construit et complet, s'inspirant de différents courants, que ce soit la libre association, chère au courant psychanalytique, ou bien la précision des mesures du courant comportemental, la centration sur la dimension des croyances centrales au courant cognitiviste, ou encore la confiance en les capacités d'auto guérison du patient comme le propose le courant humaniste.

L'approche EMDR en trois temps prévoit de cibler et de retraiter les souvenirs du passé en premier lieu, car ceux-ci sont censés constituer le socle du dysfonctionnement. Dans un second temps, une fois tous les souvenirs du passé retraités, le travail se centre sur les déclencheurs du présent, en vue de les neutraliser, pour finalement aborder le scénario du futur. Cette procédure est efficace, surtout avec des personnes bien fonctionnelles, qui montrent des traumatismes clairement définis. Etablir un plan de ciblage constitue une grande aide dans la planification du traitement, pourvu que les souvenirs puissent être nommés. Cela est rarement le cas chez des personnes où l'inscription traumatique se fait dès le plus jeune âge, et que la personne a organisé son fonctionnement autour de celle-ci. Il en résulte une ambivalence à quitter un fonctionnement devenu familier, même s'il est symptomatique, un parcours jalonné de peurs qui peuvent empêcher un travail sur les souvenirs du passé, des blessures relationnelles qui ont mené à un style d'attachement insécure et qui lui même rend propice de nouvelles blessures relationnelles. Par ailleurs, les mémoires traumatiques préverbales, par nature sous amnésie, font que le souvenir source abordé, même s'il se situe dans l'enfance, est rarement le souvenir source réel. À cela s'ajoute une dimension transgénérationnelle avec son cortège de souffrances héritées, qui peuvent ajouter à la confusion du tandem thérapeutique : le thérapeute ne sait plus ce qui est ciblé, ce qui est abordé. Souvent le SUD ne baisse pas, et

la découverte d'une souffrance bien plus importante que celle ressentie au gré d'un évitement efficace fait s'étioler la motivation du patient.

La littérature décrit que les personnes souffrant d'un ESPT complexe présentent fréquemment une dérégulation sévère de l'affect, des comportements auto blessants, des processus dissociatifs et peu de réponses positives au traitement (Follette *et al.*, 1991 ; Herman et Schatzow, 1984). Ces patients montrent une forte proportion de ruptures thérapeutiques et des niveaux d'anxiété élevés (Dye et Roth, 1991 ; Goodman et Nowak-Scibelli, 1985). À ce tableau Korn et Leeds (2002) ajoutent une tendance suicidaire chronique et des niveaux élevés de détresse avant le traitement EMDR.

Si l'on regarde du côté des auteurs qui œuvrent dans le champ de la dissociation, ces patients sont décrits avec une comorbidité importante, incluant des états dépressifs majeurs, des troubles de l'humeur, des états suicidaires, des comportements d'auto-mutilation et une auto agressivité importante, des troubles anxieux, des troubles du comportement alimentaire, des symptômes somatoformes et des somatisations, des abus de substances (Boon et Draijer, 1993 ; Coons *et al.*, 1988 ; Dell, 2001 ; Ellason *et al.*, 1996 ; Rodewald *et al.*, 2011), un tableau déjà complexe, auquel certains auteurs ajoutent des troubles de la personnalité (Coons *et al.*, 1988 ; Dell, 1998 ; Ellason *et al.*, 1996). À cette description s'ajoutent des troubles d'attachement, un sentiment inadéquat de Soi, des schèmes cognitifs altérés et une difficulté à réguler leurs affects et à contrôler leur impulsion (Demos, 1988 ; Liotti, 1992 ; Schore, 1994, 1997 ; Teicher *et al.*, 1997 ; Young, 1994). Le défi que la souffrance de ces patients pose au thérapeute est donc de taille. Installer une relation thérapeutique dans laquelle la personne se sent suffisamment en sécurité et où elle peut se mettre au travail dans de bonnes conditions, semble déjà en soi constituer un objectif thérapeutique de taille, qui est rarement explicité comme tel. D'autre part, devant la masse des réseaux traumatiques non intégrés, le nombre de déclencheurs et de problématiques encore actuelles, le thérapeute se pose invariablement la question de savoir où commencer. Dès qu'une problématique a été choisie, le patient nous fait état d'une souffrance à un autre endroit, semble motivé pour aborder celle-ci, invitant ainsi le thérapeute dans un imbroglio de cibles où il risque de se perdre.

ÉTAT DES LIEUX DES STRATÉGIES DE TRAITEMENT FACE À DES TRAUMATISATIONS COMPLEXES ET CHRONIQUES

Le monde EMDR amène un certain nombre de réponses pertinentes au sujet de l'abord des patients souffrant de traumatismes complexes.

Un certain nombre d'auteurs ont proposé des techniques d'oscillation (Levine, 1997 ; Twombly, 2000 ; Fine et Berkowitz, 2001 ; Knipe, 2009), qui sont parfaites pour construire une attention

double, si importante pour un travail de retraitement réussi. Ce procédé consiste à installer une ressource dans un premier temps, et à la maintenir active au cours du processus, où par petites touches, le réseau traumatique est activé. Des allers-retours successifs entre l'activation de la ressource et la brève activation contrôlée du réseau dysfonctionnel permettent un retraitement par petits bouts.

Le protocole inversé (Hofmann, 2005, 2009) propose d'inverser l'approche classique en trois temps, en commençant par la dimension du futur, qui ici se conjugue le plus souvent sous forme de peurs les plus diverses, par exemple la peur d'être submergé, de changer, de devenir ou d'être vu comme fou, d'une démarche à venir, d'une rencontre familiale... Dans un deuxième temps, le protocole inversé nous invite à aborder les déclencheurs dans le présent, dans le but de rendre la vie actuelle plus confortable. Une fois que de bonnes conditions ont ainsi pu être installées, et que la personne se stabilise dans le présent, les souvenirs du passé pourront être abordés plus facilement, à commencer avec ceux d'un passé récent, pour aboutir en dernier lieu au retraitement des souvenirs d'enfance.

Nous avons appliqué cette logique avec un certain succès. Cibler la dimension irrationnelle des peurs du futur a été efficace et intéressant à plus d'un titre. Il s'agit de petites cibles où en général le processus ne bloque pas. Ces peurs, lorsqu'elles peuvent être entendues et retraitées lorsqu'elles émergent, permettent au patient de se sentir entendu et pris en compte, et cela contribue à renforcer la qualité de la relation thérapeutique. Nous avons par ce biais pu mettre en œuvre le protocole standard, de la phase 3 à la phase 7, permettant au patient de l'apprivoiser sans être exposé à une souffrance trop importante. En ce sens, cette pratique nous a permis d'installer de bonnes conditions de travail.

Cependant, passer des peurs du futur qui constituaient un travail facilement abordable, aux déclencheurs du présent nous a paru un saut important en ce sens que les déclencheurs ramenaient invariablement au traumatisme du passé. Ici le travail de retraitement se rebloquait aussi facilement qu'avec les traumas du passé : avec un SUD qui ne baisse pas, des canaux interminables, et peu de changement concernant la sensibilité face à ce déclencheur. Nous en avons déduit que les déclencheurs étaient en lien étroit avec les traumas du passé. Cela s'est confirmé lorsque nous travaillons avec des personnes souffrant de traumas complexes, qui n'ont pas de souvenir et où la seule voie pour aborder les traumas du passé sont les déclencheurs. Néanmoins, cela nécessite un patient qui soit stable, volontaire, qui ait une bonne tolérance à l'affect, ce qui est rarement le cas en début de travail avec les personnes souffrant de traumas complexes et de troubles dissociatifs.

Pour construire une tolérance à l'affect suffisante, nous avons eu recours à un travail qui cible directement les émotions. Katie O'Shea (2009a) a eu la bonne idée de mettre au point la « remise à zéro des émotions » (en anglais « *resetting emotions* »), qu'elle utilise comme méthode de préparation avant de toucher la sphère traumatique. Aborder et dépolluer les circuits émotionnels innés hors traumatisme permet aux patients de retrouver la part ressource

de leurs émotions. Une autre approche de Katie O'Shea qui a retenu notre attention est le protocole des empreintes précoces (O'Shea, 2009b). Ici les périodes préverbales sont ciblées directement en appliquant une procédure EMDR simplifiée, sans cognition. L'auteur indique, que s'il y a des empreintes précoces traumatiques, celles-ci vont émerger. Ce protocole nous a séduits tant par sa simplicité que par son efficacité à aller retraiter les souvenirs source restés implicites. Nous avons constaté que retraiter les mémoires préverbales dans un cadre prédictible rendait ce processus plus doux que le travail sur les déclencheurs ou les souvenirs du passé. O'Shea indique que par ce retraitement, les fondements du Moi sont reconstruits et consolidés de manière plus fonctionnelle. En accord avec cette idée, nous avons observé que les personnes, à l'issue de ce travail, deviennent plus assertives, sont davantage en lien avec leurs besoins, arrivent à mettre plus facilement des limites constructives, voient leur estime de soi s'améliorer et sécurisent leurs attachements. Nous avons rapidement inclus le travail sur les empreintes précoces dans le plan de traitement à proposer à toute personne souffrant de traumatismes complexes.

Ces deux procédés de Katie O'Shea, à savoir le travail sur les circuits émotionnels et les mémoires préverbales nous ont paru particulièrement utiles pour combler le passage des peurs du futur, facilement retraillables, aux déclencheurs du présent et aux traumatismes du passé.

Face à ce foisonnement extrêmement intéressant, notre souhait a été de pouvoir utiliser toutes ces approches, car chacune a sa pertinence propre. Mais comment ? Et qu'est-ce qui justifie notre raisonnement ?

UNE STRUCTURE DE TRAITEMENT INTÉGRATIVE : LA BOÎTE DE VITESSES

Dans un effort d'intégration, nous avons hiérarchisé ces différents protocoles dans une structure de traitement progressive. Notre souhait était d'avoir à portée de main une structure précise et dynamique, qui permette au thérapeute de faire face à l'imprévu : des levées d'amnésie, des peurs qui surgissent, des soubresauts de la vie, une déstabilisation, pour n'en citer que quelques-uns.

Une métaphore qui nous a paru particulièrement utile a été de penser la thérapie avec les patients complexes comme un périple en voiture, où le rôle du thérapeute consisterait à maintenir le véhicule et ses occupants dans de bonnes conditions de voyage, celui du patient de dire où il veut aller. Dans ce périple, qui avec des patients aux traumatismes complexes prend du temps, nous pouvons avoir une idée de la saison et de la route, mais finalement, nous ne pouvons pas tout prévoir. Nous ne pouvons pas garder en mémoire tous les virages en épingle, ni une soudaine détérioration de la météo. En voiture, tout ce que nous savons, c'est que nous devons adapter notre vitesse aux exigences du terrain, et qu'il est important de continuer pour

arriver à bon port. L'outil qui nous sert à adapter la vitesse tout en garantissant l'avancée du véhicule est précisément la boîte de vitesses. Ainsi, nous devons rétrograder dès que c'est nécessaire, mais il sera possible aussi d'accélérer dès que ce sera possible.

► Structure de la Boîte de Vitesses

En intégrant ce qui précède, nous avons établi la hiérarchie de traitement suivante :

- Vitesse 0 : la stabilisation
- C'est ici que nous installons des outils de stabilisation, comme un contenant, un lieu sûr, mais où nous faisons également l'inventaire de ce que le patient fait déjà et qui s'avère efficace. Nous explorons les ressources de survie et veillons à apaiser le corps. Avec des patients souffrant de traumatismes complexes, il sera utile de commencer par des exercices d'ancrage et d'orientation, de façon à ce qu'un travail avec des exercices impliquant l'imagination soit possible. Pour des personnes qui ont des difficultés à ressentir le temps présent, il va être utile également d'ajouter des exercices de relaxation, de pleine conscience, le but étant que le patient apprenne à rester présent et à s'apaiser de façon autonome. Lorsqu'émergent des réseaux dissociatifs, il sera nécessaire d'accompagner le patient pour créer des liens internes constructifs, avant de continuer.
- Vitesse 1 : la désensibilisation des peurs irrationnelles du futur, des scénarios catastrophes
- Ces peurs circonstanciées, lorsqu'elles émergent, tendent à bloquer le processus, si elles ne sont pas entendues. Au mieux, la personne prend sur elle pour ne pas trop en tenir compte, au pire cela mène à un évitement dont les vraies raisons ne sont pas nommées. Ces peurs viennent polluer la fenêtre de tolérance et s'ajoutent à l'activation du souvenir ciblé. Nous pensons qu'un grand nombre de blocages trouvent ici leur source. Pour éviter que le processus thérapeutique ne se délite et le retraitement ne s'arrête, il est important d'entendre et de traiter ces peurs dès qu'elles émergent. Il s'agit de petites cibles qui régressent rapidement. Ainsi, le patient se sent entendu et respecté dans son vécu, aussi imprévisible soit-il. Ces peurs irrationnelles se laissent facilement aborder par un protocole EMDR standard.
- Vitesse 2 : la remise à zéro des émotions et des sensations physiques
- Katie O'Shea (2009a) propose que ce travail sur les circuits émotionnels se fasse hors traumatisme et sans cognition. Tout trauma, lorsqu'il émerge, est confiné dans un contenant, puis le processus de désensibilisation de l'émotion continue. Dans ce type de travail, l'émotion est ciblée pour elle-même : « *Lorsque vous pensez à la colère, qu'est-ce qui vous vient ?* » Nous ajoutons à la recherche du contenu mental celle de la réaction corporelle, et nous portons une grande attention au processus du corps. Cette démarche a pour but de restaurer une tolérance à l'affect suffisamment bonne et d'installer un lien envers le corps

qui sera vécu comme une ressource plutôt qu'une menace. C'est un travail qui se fait sur chaque émotion séparément. Les émotions positives, d'ailleurs, peuvent aussi faire l'objet d'un tel retraitement, si leur tolérance est faible. Ainsi, une patiente souffrant de boulimie indiquait que chaque fois qu'elle éprouvait une grande joie, elle ne pouvait s'empêcher de manger compulsivement par la suite.

Dans notre travail, nous abordons de la même manière les sensations corporelles problématiques, par exemple un sentiment de vide, une sensation d'oppression, une tension dans la nuque, ... Une fois que le patient a réussi à apaiser son corps à l'aide des exercices d'ancrage pendant la stabilisation, nous avons une ligne de base à laquelle nous pouvons revenir. Aborder les sensations en les ciblant directement sans viser de traumatisme s'est avéré très précieux avec des patients souffrant de troubles dissociatifs. Ils n'ont accès ni aux souvenirs du passé, ni aux émotions, mais leurs corps montre souvent des sensations à foisons, qui limitent le travail dans l'ici et maintenant. La stratégie de commencer par désensibiliser les sensations ou les émotions pour elles-mêmes a un effet sécurisant sur la relation thérapeutique, favorisant un attachement sûr. Par ailleurs, le patient apprend que les émotions ne sont pas dangereuses, et qu'il s'agit de ressources importantes.

- Vitesse 3 : le retraitement des empreintes précoces
- Une fois la tolérance à l'affect suffisamment restaurée, le patient dispose d'une fenêtre de tolérance lui permettant d'aborder la dimension traumatique de son passé. Étant donné que les patients souffrant de trauma complexes ont, pour la grande majorité, vécu des situations qui ont dépassé leurs capacités d'intégration à un âge précoce, nous pensons que le retraitement de ces empreintes est nécessaire dans le plan de traitement. Ces mémoires datant d'un âge préverbal constituent le socle des plans de ciblage et fonctionnent comme des souvenirs source implicites de ceux déjà établis. Dans la mesure où nous abordons ici le début de l'expérience ontogénétique, nous faisons l'hypothèse que tout apprentissage, aussi précoce soit-il, et ayant mené à un fonctionnement devenu pathologique aujourd'hui (dissociation, style d'attachement insécure, trouble de personnalité, pour n'en citer que quelques-uns) peut faire l'objet d'un retraitement et être consolidé de manière plus adaptée.
- Vitesse 4 : la désensibilisation et le retraitement des déclencheurs du présent
- Après avoir consolidé le socle des expériences fondatrices de la personne, la désensibilisation des déclencheurs du présent se fait sans encombre. Le protocole EMDR standard peut être mis en œuvre sans problème. Ici nous savons que nous entrons en lien avec un réseau traumatique.

Si le tandem thérapeutique décide de prime abord de cibler un déclencheur, par exemple la rencontre d'un chien dans le cadre d'une phobie des chiens, la parole d'un collègue dans le cadre d'une problématique relationnelle, ou le bruit du réveil, même en l'absence d'une problématique précise et consciente, ... il est utile de savoir que le travail sur cette cible est déjà assez confrontant. Si celui-ci se bloque, si une peur émerge, alors il sera utile de

mettre ce déclencheur entre parenthèses, et de revenir vers un ciblage moins confrontant, comme p.ex. la peur qui a surgi. Une fois cette cible traitée, et le patient stable, le travail sur le déclencheur peut reprendre, ou bien le thérapeute choisira une autre direction jugée plus pertinente.

- Vitesse 5 : la désensibilisation et le retraitement des souvenirs du passé
- Ici nous nous retrouvons avec des cibles initialement visées par l'approche EMDR classique. Le thérapeute décidera s'il peut proposer d'aborder le souvenir source directement ou s'il vaut mieux commencer par des cibles plus récentes.

Ces différents niveaux de ciblage supposent que le patient soit en mesure de ressentir une activation, des émotions, qu'il se sente motivé pour aborder l'aspect de sa problématique proposé par le thérapeute. Cela nécessite un processus où la personne n'ait pas besoin d'avoir recours à des processus dissociatifs, et où l'environnement relationnel soit stable et soutenant. Si tel n'est pas le cas, d'autres ciblagés restent possibles. Nous les décrirons dans la rubrique 4 ci-dessous.

► La Boîte de Vitesses : comment concrètement

En matière de stabilisation, nous commençons par apaiser le corps, avant d'avoir recours aux exercices impliquant l'imagination. Une fois le corps calme, le patient peut évaluer la sécurité qu'il ressent dans l'ici et maintenant. Pour ce faire, nous avons mis en place une échelle de sécurité : « de 1, qui signifie je ne me sens pas du tout en sécurité ici dans ce lieu, avec ce thérapeute, à 10, qui signifie je me sens complètement en sécurité ici dans ce lieu avec ce thérapeute, à combien estimez-vous votre sécurité maintenant ? » Tant que le patient ne se sent pas suffisamment en sécurité, il est illusoire de le confronter à des souvenirs du passé. C'est au thérapeute qu'incombe la tâche de faire en sorte que son patient se sente suffisamment en sécurité dans l'ici et maintenant et avec lui.

Cette mesure de sécurité peut être effectuée de manière globale, en début de thérapie, ou de manière ciblée ? par exemple « pour aborder ce souvenir. » En général, une valeur en dessous de 5 indique un besoin de davantage de stabilisation.

La vitesse 1 est le lieu où nous pouvons rétrograder, dès qu'une peur émerge et risque de bloquer le processus, que ce soit en début de travail ou bien à la reprise d'une cible après une séance EMDR. Nous avons l'habitude de poser explicitement la question en fin de phase 2 de préparation à l'EMDR : « y a-t-il une peur qui pourrait nous empêcher de travailler sur ce que nous avons choisi ? » Cette invitation à rendre explicite ce qui resterait implicite invite le patient à faire équipe avec le thérapeute, et permet à ce dernier de guider le processus thérapeutique.

Les éléments nécessaires à aborder en vitesse 2 se dessinent lors de l'anamnèse. La littérature nous apprend que les sentiments de honte et de peur maintiennent le fonctionnement dissociatif (Kluft, 2007 ; Dorahy *et al.*, 2015 ; van der Hart *et al.*, 2006/2010 ; Irwin, 1998). Nous comprenons cela comme une tolérance à l'affect très amoindrie pour ces émotions. S'ajoutent deux autres émotions importantes qui à notre sens sont mal tolérées chez les patients dissociatifs, à savoir la panique de perdre le lien (van der Hart *et al.*, 2006/2010, Boon *et al.*, 2011/2014) et la colère (Andrews *et al.*, 2000 ; Boon *et al.*, 2011/2014). Chez les patients présentant des troubles dissociatifs, il est donc primordial de remettre à zéro au moins ces quatre émotions pour avancer dans le traitement. Avec ces patients nous préconisons, comme le propose l'auteur de ce protocole, Katie O'Shea (2009a), de travailler hors trauma dans un premier temps. Concrètement cela signifie que tout contenu traumatique est confiné dans un contenant, avant de commencer, et chaque fois que ceux-ci émergent.

Ainsi, travailler sur les peurs émergentes, et remettre à zéro les émotions, hors réseau traumatique, s'apparente à un travail de stabilisation dont le but est de créer de bonnes conditions de travail pour aborder une cible traumatique.

À ce stade-ci, il nous paraît important de mentionner les stratégies concrètes de mise en œuvre de ces différents ciblage. En utilisant la métaphore de la boîte de vitesses, nous pourrions mentionner les « sous-vitesses » :

■ Le protocole EMDR standard :

Le protocole EMDR standard reste notre outil préférentiel pour naviguer sur cet axe émotionnel, qu'il s'agisse de cibler des peurs irrationnelles et des scénarios-catastrophes (vitesse 1), des déclencheurs (vitesse 4) ou des souvenirs du passé (vitesse 5).

■ Un protocole EMDR sans cognitions :

Pour les patients plus fragiles, dont nous craignons l'activation d'un trop grand nombre de réseaux traumatiques du cluster abordé, nous choisissons de travailler sans cognitions pendant la phase 3 : restent donc l'image, l'émotion, le SUD et la localisation de la perturbation dans le corps. Une fois la phase de désensibilisation terminée, cette démarche n'empêche pas l'installation d'une cognition positive (phase 5), définie à ce moment-là, ainsi qu'un scanner du corps (phase 6).

Même si ce procédé sans cognition s'est révélé très utile dans un premier temps, nous revenons cependant à un protocole EMDR standard avec cognitions dès que la stabilité du patient le permet.

Les protocoles proposés par Katie O'Shea (2009a, 2009b), à savoir la remise à zéro des émotions (vitesse 2) et le retraitement des empreintes précoces (vitesse 3), sont à l'origine décrits sans cognitions. L'émotion ou la période préverbale sont ciblées, en retenant un

contenu mental qui suit la question « qu'est-ce qui vient ? », auquel nous ajoutons la réaction corporelle « et que ressentez-vous dans votre corps ? »

En ce qui concerne la remise à zéro d'une émotion, l'auteur (O'Shea, 2009a) propose, en fin de désensibilisation, d'installer cette dernière comme une ressource. Si nous prenons l'exemple de la colère : « à quoi sert la colère ? » Pour cette émotion la définition en tant que ressource pourrait être « à mettre des limites » ou « me recentrer sur mes besoins. » O'Shea indique qu'une émotion est remise à zéro, lorsque son évocation ne donne plus que du matériel neutre ou positif et que le corps est apaisé.

Comme mentionné plus haut, un travail sans cognitions au départ n'empêche pas, une fois le corps apaisé et le retour à la cible n'amenant que du matériel positif ou neutre, d'installer une cognition positive : « lorsque vous pensez à la colère, qu'aimeriez-vous dire de vous même maintenant ? » La réponse souvent donnée à cette étape est « je peux me protéger » ou « je suis digne de respect. » La cognition est installée jusqu'à ce que la VoC soit 7 et qu'il n'y ait plus de changements. Ensuite, ce travail peut être complété par un scanner du corps.

■ Les méthodes d'oscillation :

Pour les patients très fragiles, qui ont des difficultés à maintenir une attention double, les méthodes d'oscillation sont d'un grand secours. Le ciblage à chaque vitesse peut être abordé dans un premier temps avec une méthode d'oscillation. Ici le ciblage se fait bien entendu sans cognition, uniquement par un contenu mental (penser à la cible) et/ou une réaction corporelle, pour un bref temps négocié à l'avance. Knipe (2009, 2014) propose dans un premier temps une exposition de 2 à 10 secondes, avant de revenir à la ressource qui sert de référence. L'auteur indique qu'en général peu de séances d'oscillation sont nécessaires, pour que le patient apprenne une attention double.

Dans notre expérience, si une oscillation est nécessaire, nous limitons le travail sur le réseau ciblé à trois rounds, c'est-à-dire nous installons solidement une ressource, puis nous négocions avec le patient un temps pendant lequel il pense à la cible. Dès que ce temps d'exposition bref est révolu, nous ramenons le patient à la ressource et nous évaluons avec lui l'expérience vécue. Dans un premier temps, nous limitons ce procédé à trois rounds, c'est-à-dire trois expositions, car pour les patients ayant des difficultés d'attention double, l'effort consenti est déjà énorme. Si à la réévaluation à la séance suivante le patient reste stable, le temps d'exposition dans la procédure d'oscillation, ainsi que les allers-retours peuvent être augmentés.

Ces trois stratégies correspondent à la question : « comment cibler ? » Quant à celle de savoir « quoi cibler ? », nous revenons à la navigation dans la structure de la Boîte de Vitesses. Le ciblage des empreintes précoces (Vitesse 3), des déclencheurs (Vitesse 4) et des souvenirs du passé (Vitesse 5) fait l'objet d'une négociation et d'un accord préalables.

Conformément à l'approche standard en trois temps en EMDR, si nous pouvons le faire, notre préférence ira à aborder l'événement traumatique à la source du mal-être et à accompagner la

désensibilisation et le retraitement dans de bonnes conditions, avec l'espoir que la personne puisse en intégrer ses réalisations nouvelles et les apprentissages qui en découlent. Si la personne dispose de capacités d'intégration suffisantes, d'une bonne tolérance à l'affect, d'une stabilisation lui permettant de toucher la pire expérience tout en maintenant l'attention double, c'est-à-dire le lien sécurisé avec le thérapeute et le présent, avec une motivation à aborder ces mémoires dysfonctionnelles, alors toutes les conditions sont réunies pour aborder les réseaux traumatiques d'emblée en vitesse 5. Si ce traitement va trop vite, le processus cesse d'être fluide, le patient tourne en rond dans sa souffrance et n'a plus accès à des prises de conscience intégratives, le retraitement s'étiole, le cheminement adaptatif cesse ou se bloque. Si une telle chose se produit, le thérapeute est invité à rétrograder vers un traitement moins confrontant, en fractionnant la cible pour n'aborder que ce qui émerge : une peur soudaine, une émotion qui reste prépondérante, un aspect relationnel à retraiter isolément.

Globalement, nous avons constaté que si le travail de désensibilisation se déroule à la bonne vitesse, il n'y a ni déstabilisation iatrogène, ni évitement. Au contraire, la motivation et l'implication du patient augmentent et il se montre non seulement beaucoup plus compliant au travail thérapeutique, mais il prend une part active dans la proposition de cibles pertinentes, ou de tâches thérapeutiques en fin de séance.

Le choix de la bonne vitesse peut se faire *a priori*, ou alors en réaction à ce qui émerge dans le processus. Ainsi, face à une abréaction qui prend du temps à s'apaiser, il est possible de passer à une stratégie d'oscillation, en ramenant l'attention du patient vers un bon souvenir, le lieu sûr, l'orienter dans le cabinet du thérapeute, puis, après avoir évalué l'expérience, repartir sur la cible en continuant l'oscillation. De même, lorsqu'un patient, lors de la réévaluation à une séance ultérieure indique avoir peur de revenir à la cible, nous conseillons de mettre la cible en attente, et focaliser le travail sur la peur ayant émergé. Ensuite, il sera bien plus confortable de revenir à la cible initiale, et de continuer le travail de désensibilisation.

Pour plus de visibilité sur la stratégie à adopter à chaque séance, en tenant compte de ce qui se passe dans la vie de nos patients et ce qui émerge d'imprévu, nous proposons « la feuille de route », démarche pragmatique.

► La Feuille de route : une stratégie pour naviguer dans la Boîte de Vitesses

Naviguer dans la Boîte de Vitesses suppose que le thérapeute sache quoi faire quand et pourquoi. Nous avons développé un système de questionnement en arborescence en cinq étapes pour faciliter la prise de décision à chaque séance.

● *Est-ce que la personne est stable¹ ?*

NON ⇒ veuillez continuer à stabiliser, ou bien restabiliser

S'il y a eu un nouvel événement négatif qui prend toute la place : veuillez débriefer en restant centré sur les besoins immédiats de la personne et remettre l'attention sur les repères de la vie quotidienne.

OUI ↓ (veuillez aller à la prochaine question).

● *Où se trouve la personne sur l'échelle de sécurité² ?*

● *Est-ce que la valeur est en dessous de 5, ou bien a-t-elle chuté depuis la dernière fois ?*

OUI ⇒ veuillez explorer ce que vous pouvez faire en tant que thérapeute, pour que la personne puisse se sentir davantage en sécurité/plus confortable (Veuillez soigner la dimension du confort physiologique).

NON, la valeur sur l'échelle est satisfaisante : ↓ (veuillez aller à la prochaine question)

● *Y a-t-il une peur particulière qui pourrait entraver/bloquer ce que nous avons prévu ?*

OUI ⇒ Veuillez demander à la personne, si ça l'intéresserait que cette peur la perturbe moins ? En cas d'accord, veuillez désensibiliser et retraiter cette peur³, quelle qu'elle soit.

NON ↓ (veuillez aller à la prochaine question)

1. Les critères de stabilité que propose Arne Hofmann sont de trois ordres :

- La personne est capable de mener à bien les tâches de la vie quotidienne (travail, famille, hygiène, alimentation...) ;
- La personne est en mesure de s'auto-apaiser efficacement ;
- La personne peut évoquer le/les traumatismes tout en « restant en surface », c'est à dire sans être activé au point de ne plus pouvoir faire rien d'autre.

2. *Sur une échelle entre 1 (je ne me sens pas du tout en sécurité ici et maintenant, avec le thérapeute, dans ce lieu) et 10 (je me sens tout à fait en sécurité ici), où vous situez-vous en ce moment ?* (version générale).

Il existe aussi une version centrée sur une tâche. Dans ce cas, il convient d'ajouter à la formulation générale : *pour aborder ce que nous avons prévu aujourd'hui ?*

3. Si plus d'une peur émerge simultanément, veuillez d'abord retraiter les peurs qui pourraient polluer une bonne relation thérapeutique, puis les peurs touchant la vie immédiate, et ensuite les peurs irrationnelles du futur. Si la personne fait un choix, veuillez la suivre dans celui-ci.

● *Y a-t-il une émotion/sensation corporelle prépondérante en ce moment ?*

OUI ⇒ Veuillez demander à la personne, si ça l'intéresserait que cette émotion/sensation la perturbe moins ? En cas d'accord, veuillez faire une remise à zéro¹ de cette émotion/sensation.

NON ↓ (veuillez aller au prochain point).

● *Projet d'aujourd'hui*

- ➔ Aborder un souvenir du passé ou un déclencheur du présent ;
- ➔ Retraiter les empreintes précoces ;
- ➔ Aborder une blessure relationnelle ;
- ➔ Faire une remise à zéro d'une émotion/sentiment particulier ?
- ➔ Aborder une peur du futur évitée préalablement ;
- ➔ ...

DE LA BOÎTE DE VITESSES VERS UN MODÈLE D'INTERVENTION BI-AXIAL

Dans une première version de la Boîte de Vitesses (Dellucci, 2010), il y avait, au delà des cinq niveaux de ciblage décrits sous 3.1. un « Joker », c'est-à-dire un ciblage particulier de la dimension relationnelle de l'expérience en utilisant un procédé doux : le protocole des lettres (Dellucci, 2009). Cibler ainsi la blessure du lien permet non seulement d'assainir un attachement particulier, mais avant tout, et surtout lorsque les événements ayant blessé le lien se succèdent, de travailler sans risque de déstabilisation. C'est la raison pour laquelle cibler le lien à travers une lettre écrite par le patient devenait pertinent dès qu'une relation problématique aurait pu mettre à mal le travail sur un événement. Par exemple, nous avons constaté que lorsque le travail sur les empreintes précoces se bloquait, le passage par un travail sur une lettre à un parent (par exemple la mère, un frère aîné, un enfant aîné décédé, un père résumé à un rôle de géniteur, ...) permettait de continuer la désensibilisation et le

1. La remise à zéro constitue un protocole spécifique, où les émotions, sentiments sont désensibilisés jusqu'à redevenir des ressources, ce qu'ils étaient à l'origine. Il s'agit d'un protocole sans cognitions.

La remise à zéro des sensations physiques est pertinente dans la mesure où le thérapeute connaît les exercices d'ancrage, que la personne ait pu expérimenter le fait d'être en lien avec son corps et soit complètement orientée dans le lieu présent, au présent.

Attention, pour toute sensation physique persistante au cours de la séance, il est important d'orienter la personne vers un médecin somaticien, afin d'exclure toute affection physique et ne pas risquer, par une interprétation psycho-somatique erronée, de passer à côté d'un problème organique.

processus thérapeutique. Une fois la lettre terminée, il a été possible de reprendre sans plus d'encombre le travail sur les empreintes précoces là où il avait stagné auparavant.

D'autre part, nous savons aujourd'hui que lors d'un ciblage sur une expérience passée, la dimension d'attachement étant primordiale, la blessure relationnelle ne peut pas ne pas s'inviter dans le travail de retraitement. Lorsqu'il y a un nombre de blessures du lien important, l'activation de celles-ci peut contribuer à déstabiliser un patient et le faire sortir de sa fenêtre de tolérance. Dans ce cas, notre choix ira vers le travail sur les blessures du lien d'abord. Le cas clinique suivant nous permet de brièvement illustrer notre propos.

Nina, une patiente adulte demande à s'affranchir d'attouchements lorsqu'elle était enfant. L'anamnèse permet de mettre à jour un trauma complexe chez Nina, avec des symptômes de tricotillomanie, une totale impossibilité d'avoir des relations sexuelles abouties, et une tendance à s'épuiser à soutenir sa famille d'origine tout en étant incapable de demander de l'aide, ni de se confier. Nina avait grandi dans un système familial dysfonctionnel où elle était parentifiée, avait manqué de protection, en se retrouvant à une place où c'était elle qui portait sa famille d'origine en s'épuisant, avec peu de retours constructifs. Devant cette prédominance de blessures relationnelles multiples, la thérapeute a choisi de privilégier le travail sur les relations d'abord et Nina s'est vue proposer d'écrire une lettre à son cousin qui l'avait agressée. Ce travail sur la dimension relationnelle a permis à Nina d'assainir les relations avec ses parents, ses sœurs et la famille élargie, avant de désensibiliser le souvenir d'attouchements qui s'est révélé être un double viol à un âge précoce, souvenir qui était en grande partie sous amnésie. Cette stratégie s'est révélée payante, car Nina a non seulement assaini toutes les relations de son environnement immédiat, mais s'est affranchie des agressions sexuelles, et de plusieurs autres cibles ayant émergé dans l'actualité en seulement quinze séances, sans être déstabilisée (Dellucci et Tarquinio, 2015).

Un autre argument qui nous amène à privilégier l'axe d'attachement avant l'axe des émotions (vitesses 1, 2, 3, 4, 5) provient du travail thérapeutique avec des patients souffrant de troubles dissociatifs importants. En effet, aborder les peurs, les émotions, les empreintes précoces, les déclencheurs et les événements du passé est tout à fait réalisable avec des personnes qui ont accès à leurs peurs, qui sont volontaires pour travailler sur leurs émotions, les déclencheurs, et les souvenirs du passé dont ils se souviennent. Bref, les moins compliqués des patients traumatisés complexes sont sécures dans la relation, expriment leurs ressentis, se mettent au travail et sont ceux avec lesquels il est possible de construire une bonne tolérance à l'affect. Mais qu'en est-il des patients au passé tellement lourd qu'ils ont dû construire d'importantes barrières d'amnésie, qui ont eu des expériences de solitude au-delà de l'entendable, qui souvent ont des parcours de vie chaotiques depuis leur petite enfance ? Comment faire lorsqu'une personne, bien que volontaire et engagée dans le travail thérapeutique, n'a pas accès à ses émotions, ni aux souvenirs du passé ? Quelle priorité donner au travail de retraitement lorsqu'apparaissent des troubles de la personnalité, où

constamment la dimension relationnelle mise à mal vient empêcher un travail directement sur les traumatismes ?

Le cheminement de pensée nous amenant à distinguer la part de la blessure relationnelle de celle de la blessure individuelle du patient nous a permis d'avancer avec ces personnes qui n'avaient plus de lien avec leur corps, ne ressentant ni émotion, ni sensation agréable. Ces patients montrent le plus souvent de larges zones d'amnésie et n'ont dès lors pas accès aux souvenirs du passé. Pour eux rien que la réalisation de leur trouble et des contenus mnésiques qui les fondent peut déjà en soi être déstabilisant voire traumatique. Comment alors, dans ces conditions, construire un lien thérapeutique sécurisé, lorsque le fait même d'entrer en relation fonctionne comme un déclencheur, lorsque toute bienveillance est vue comme un précurseur d'abus ou comme une insulte ?

Avec ces personnes souffrant de traumatismes chroniques, surtout sur le plan relationnel, établir une relation thérapeutique faite d'un lien suffisamment sécurisé est un processus décrit comme compliqué (Demos, 1988 ; Liotti, 1992 ; Schore, 1994, 1997 ; Teicher *et al.*, 1997 ; Young, 1994 ; Blizard, 2003 ; Howell, 2005 ; Steele *et al.*, 2001 ; van der Hart *et al.*, 2006/2010), soit parce que la relation a du mal à s'établir dans de bonnes conditions, soit parce que la personne s'y accroche à un point tel qu'elle n'est plus encouragée à assainir et à construire d'autres liens constructifs autour d'elle.

C'est au contact de ces patients instables, relationnellement parlant, que le « Joker » de la Boîte de Vitesses s'est développé en un axe d'attachement qui distingue trois dimensions, à savoir la relation à l'autre, la relation à soi, et la relation thérapeutique.

Une stabilité relationnelle suffisante suppose d'être capable de reconnaître ses besoins, maintenir des relations constructives, pouvoir reconnaître et se protéger des relations abusives, être en mesure de mettre des limites, de demander de l'aide et l'accepter, s'appuyer sur autrui, et être capable de vivre et de partager des émotions. Pour ces patients l'axe d'attachement est suffisamment sécurisé pour permettre un travail sur les peurs, les émotions, les déclencheurs et les mémoires traumatiques du passé sans encombre.

Pour les personnes n'arrivant pas à se stabiliser sur le plan relationnel, le modèle TAI nous invite à supposer de l'information dysfonctionnellement stockée, et nous amène dès lors à aborder cet axe d'attachement de manière privilégiée, avant de cibler le travail sur des événements particuliers.

La première dimension relationnelle que nous considérons est la relation à l'autre, donc les relations qui lient notre patient aux personnes de son entourage immédiat, à sa famille d'origine, voire à d'autres personnes significatives. Nous explorons la qualité des relations, et invitons la personne souffrant de traumatismes complexes à d'abord assainir les relations avec l'environnement immédiat : la cellule familiale dans laquelle elle vit, les personnes rencontrées dans le travail, toutes les personnes faisant partie du quotidien. Il arrive souvent qu'un

patient ait réussi à construire des liens suffisamment constructifs dans son environnement immédiat, ce qui à notre sens est déjà un facteur stabilisant, même si les relations avec la famille d'origine restent difficiles. Nous retrouvons régulièrement ce schéma avec des personnes qui se sont éloignées de leur famille d'origine, soit en termes géographiques, soit en réduisant les possibilités de contact. Après avoir aidé à assainir les attachements avec les personnes de l'environnement immédiat, nous nous intéressons aux liens avec la famille d'origine. Cette dimension du lien contient aussi le travail sur les cibles transgénérationnelles.

L'expérience nous montre que le travail de retraitement avec le protocole des lettres permet de ressentir des émotions, de désensibiliser l'affect émergeant par petits bouts, en suivant l'organisation du texte de la lettre établie par le patient. Nous pensons qu'ainsi nous suivons les capacités d'intégration du patient, qui aura écrit les mots, dans l'ordre et la séquence qui correspond le mieux à la relation qui le lie au destinataire.

La plupart du temps, après avoir assaini les liens les plus importants, le travail sur les autres cibles du passé et les déclencheurs ne pose plus de problème. Si l'abord de la relation à l'autre apparaît trop difficile, alors ce constat nous invite à nous intéresser à la dimension de la relation du patient avec lui-même, dans ce cas, avec les états dissociatifs internes. Cette seconde dimension relationnelle prend toute son importance avec les patients dissociatifs, car elle devient primordiale, si le lien à autrui n'est pas accessible, soit parce qu'il suscite trop de peur, ou que son caractère abusif ne peut être remis en question. Cette dimension du lien à soi et à des parties de soi concerne surtout les personnes qui ont développé une hostilité importante à l'égard d'elles-mêmes. Ici nous explorons les mouvements provenant de réseaux dissociatifs, et nous aidons le patient à établir des liens constructifs internes. Pour conceptualiser ce travail, la théorie de la dissociation structurelle (van der Hart *et al.*, 2006/2010) nous a été d'un grand secours. Parfois il arrive que nous désensibilisions des contenus portés par une partie émotionnelle, après avoir retraité la peur émergente chez la partie apparemment normale de la personne. C'est ainsi qu'il est possible de travailler sur l'émotion que porte ce réseau (vitesse 2) ou bien un contenu transgénérationnel, des mémoires transmises qui n'appartiennent pas à la vie de la personne. Travailler sur ce second axe suppose entrer en lien avec les états du Moi ou les parties dissociatives directement pour aborder ces réseaux d'information par ce biais.

Pour les personnes qui restent coincées dans des attachements nocifs et des liens non constructifs, nous avons recours à l'installation de figures symboliques, et nous accompagnons la personne dans l'apprentissage de liens constructifs à travers un dialogue répété suffisamment souvent pour construire une nouvelle habitude (Isebaert, 2005). Ce travail avec des figures imaginaires est bien connu en psychotraumatologie (Reddemann, 2001, 2011 ; Parnell, 2013). Au-delà de ce dialogue qui équivaut à une installation de ressources d'attachement, nous pensons qu'il est important de relier le choix de ces figures aux valeurs

et aux choix existentiels du patient, et de créer un objet, comme un collage, qui restera permanent quel que soit l'état du patient (Dellucci et Bertrand, 2012).

Il arrive néanmoins, que même l'exploration des mouvements internes ne stagne, que les relations à autrui soient inabordables, que l'émotion ne soit pas au rendez-vous lorsqu'un contenu est ciblé, et ce malgré la présence de symptômes et de plaintes récurrentes. Le processus thérapeutique peut alors prendre le chemin d'une impasse, dans laquelle thérapeute et patient restent coincés dans un lien qui est fort, mais qui ni n'avance ni ne recule, où des sentiments d'impuissance font légion. C'est ici que la troisième dimension de l'axe d'attachement devient importante ? Celle du lien thérapeutique. Ce lien est particulier en ce sens qu'il s'agit d'un lien intime, limité dans le temps, demandant un engagement de part et d'autre, et qui place les protagonistes impliqués dans des rôles clairement définis.

Nous savons que le travail thérapeutique en psychotraumatologie des traumatismes complexes nécessite un lien d'engagement important, tout en demandant aux protagonistes de rester dans une relation de travail. Ce défi nous amène à la supposition que la relation thérapeutique avec ces personnes est faite d'un lien fort, qui peut faire se connecter des réseaux et fonctionnements implicites chez le patient et le thérapeute.

Si le patient stagne dans son travail, que le thérapeute, malgré ses compétences et sa bonne volonté se retrouve dans une impasse, alors cette dimension de la relation thérapeutique peut être abordée directement. À notre sens, cela permet d'éviter le risque d'un trauma vicariant. Outre les possibilités qu'offre la supervision ou le partage au sein d'un groupe d'intervention, notre modèle prévoit la possibilité d'une lettre d'influence.

Ce procédé invite le thérapeute à écrire une lettre à son patient, en prenant soin d'y exprimer tout ce qu'il ressent, même ce qu'il n'oserait jamais dire en face à face.

N.B. : cette lettre ne sera évidemment jamais remise au patient ! Elle servira de support pour un travail avec le protocole de la lettre que le thérapeute pourra faire, soit avec un collègue, ou bien dans son propre lieu thérapeutique.

Si le patient ne peut se mettre au travail malgré une demande, et si toutes les autres voies ne permettent pas d'accéder à une cible qu'il est possible de retraiter, alors la « lettre d'influence » que travaillera le thérapeute peut être un levier qui ne nécessite que la motivation du thérapeute. Le but de cette démarche est de permettre au thérapeute de pouvoir rester dans une relation de travail et dans un lien constructif, c'est-à-dire un lien dans lequel il n'est pas maltraité par la thérapie, et dans lequel le fait de bien se traiter servira de modèle au patient.

Pour résumer notre propos, nous proposons le modèle illustré dans la figure 36.1 :

Dès que sur l'axe du lien, le patient se stabilise et que sa capacité d'attachement est suffisamment fonctionnelle et peu souffrante, alors l'axe émotionnel avec les cinq vitesses propose un ciblage au plus près de l'expérience du patient et de ses objectifs. Plus les capacités

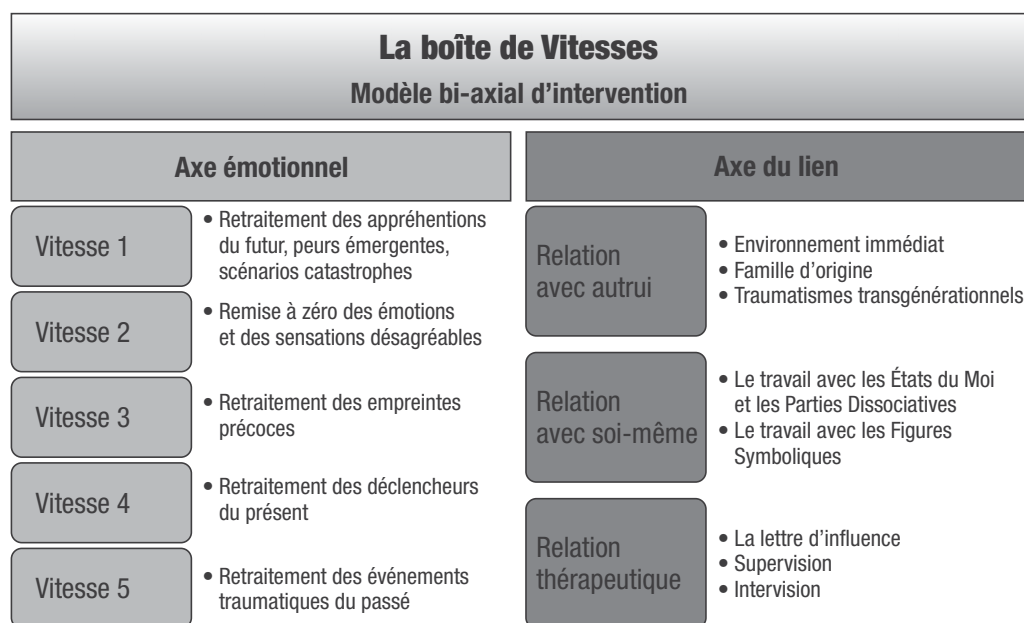


Figure 36.1. Synthèse des différentes dimensions prises en compte dans le modèle de la Boîte de Vitesses

d'attachement du patient sont mises à mal, plus sa souffrance se situe à ce niveau, plus l'axe du lien offre des possibilités de travail, qui auront comme but premier de restaurer cette dimension si fondamentale. À partir du moment où suffisamment de liens d'attachement sont restaurés, le patient se stabilisant sur ce plan, l'abord de l'axe émotionnel pourra se faire dans de bonnes conditions, en ciblant un événement du passé ou un déclencheur du présent. Ce travail pourra se faire soit directement dans un processus stable et continu, soit nécessitera un fractionnement dans le retraitement en ciblant uniquement une émotion devenant prépondérante, ou une peur particulière ayant émergé. Il se peut aussi qu'une relation problématique émerge, ramenant dès lors le travail de retraitement sur l'axe d'attachement, avant de revenir à la cible initiale. Ainsi, le processus de retraitement continue, quelle que soit la vitesse à laquelle il avance. Avancer ainsi permet au tandem patient-thérapeute de consolider leur relation, et les acquis gagnés à chaque séance, et permet un cheminement dont le but est de se rapprocher des objectifs du patient. La motivation et l'espoir ainsi maintenus incitent le patient à se mettre au travail entre les séances, favorisant dès lors son autonomie.

Les personnes en thérapie évoluent à des vitesses différentes, en fonction d'un nombre important de paramètres, que nous ne pouvons pas contrôler en tant que thérapeute. Notre rôle est de fournir un cadre sécurisant et de bonnes conditions de travail. Le but de cette structure de traitement est d'aider

le thérapeute à s'adapter aux personnes en thérapie et à leurs circonstances de vie, tout en sachant ce qu'il fait et pourquoi.

Notre hypothèse fondamentale soutient que les personnes en thérapie avancent aussi rapidement qu'elles le peuvent, eu égard leur situation particulière. Si elles ralentissent, c'est qu'elles ont de suffisamment bonnes raisons pour cela, que ces dernières soient conscientes ou non. Ce que nous essayons d'éviter est qu'elles ralentissent à cause du thérapeute.

Notre devise est de progresser aussi vite que possible, si les ressources du patient et ses conditions de vie le permettent, et d'aller aussi lentement que nécessaire pour que le cheminement thérapeutique se déroule en toute sécurité. Le modèle bi-axial permet ainsi d'adapter le degré d'exposition à ce que la personne est en mesure d'aborder, et de cheminer dans une démarche de succès à petits pas vers la construction de résilience et d'apprentissages utiles. Le bouclage d'objectifs restreints dans de bonnes conditions produit chez le patient une sensation de « triomphe », chère à Janet (1919), ce qui crée de la motivation à avancer et une participation active à sa thérapie. Le résultat est une coopération entre le patient et le thérapeute dans un processus dynamique qui ni ne stagne, ni ne dérape.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREWS B., BREWIN C. R., ROSE S., KIRK M. (2000) Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime : the role of shame, anger and childhood abuse, *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 69-73.
- BLIZARD R. (2003) Disorganized attachment : Development of dissociated self states and a relational approach to treatment, *Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 3, 27-50.
- BOON S., DRAIJER N. (1993) Multiple personnalité disorder in The Netherlands : A clinical investigation of 71 patients, *American Journal of Psychiatry*, 150, 489-494.
- BOON S., STEELE K., VAN DER HART O. (2011) Coping with trauma-related dissociation. Skills Training for patients and therapists. New York : W.W. Norton & Company. Pour la traduction française (2014) Gérer la dissociation d'origine traumatique. Exercices pratiques pour patients et thérapeutes, Bruxelles, De Boeck.
- COONS P.M., BOWMAN E.S., MILSTEIN V. (1988) Multiple personality disorder : A clinical investigation of 50 cases, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 519-527.
- DELL P.F. (2001) Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed, *Journal of Trauma & Dissociation*, 2, 7-37.
- DELL P.F. (1998) Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 352-356.
- DELLUCCI H. (2009) *EMDR Letters*. Papier présenté à la 10^{ème} Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.
- DELLUCCI H. (2010) *No matter how slow you go, as long as you don't stop : A six gear mechanics for a safe therapy journey through complex trauma*. Poster présenté au 11^{ème} Congrès EMDR Europe à Hambourg, Allemagne et au 1^{er} Congrès EMDR Asie à Bali, Indonésie.
- DELLUCCI H., BERTRAND C. (2012) Le Collage de la Famille Symbolique et Approche Narrative. Une voie alternative pour constituer un lien d'attachement et une identité en lien avec les valeurs existentielles, *Revue Thérapie Familiale*, 33, 4, 337- 355.
- DELLUCCI H., TARQUINIO C. (2015) L'EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing – au service de la thérapie systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 55, Bruxelles, De Boeck.
- DEMOS E.V. (1998) Affect and the development of the self : A new frontier. In A. Goldberg (Ed), *Frontiers in self psychology*, Vol. 3, pp. 27 – 52. Hillsdale, NJ : The Analytic Press.

- DORAHY M.J., MIDDLETON W., SEAGER L., MCGURRIN P., WILLIAMS M., CHAMBERS R. (2015) Dissociation, shame, complex PTSD, child maltreatment and intimate relationship self-concept in dissociative disorder, chronic PTSD and mixed psychiatric groups, *Journal of Affective Disorders*, 172, 195- 203.
- DYE E., ROTH S. (1991) Psychotherapy with Vietnam veterans and rape and incest survivors, *Psychotherapy*, 28, 103-120.
- ELLASON J.W., ROSS C.A., FUCHS D.L. (1996) Lifetime Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder, *Psychiatry*, 59, 255-266.
- GOODMAN B., NOWAK-SCIBELLI D. (1985) Group treatment for women incestuously abused as children, *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 531-544.
- 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. Eye Movement Desensitization Reprocessing, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 3-4, 275-290.
- FOLLETTE V.M., ALEXANDER P.C., FOLLETTE W.C. (1991) Individual predictors of outcome in group treatment for incest survivors, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 150-155.
- HERMAN J.L., SCHATZOW E. (1984) Time-limited group therapy for women with a history of incest, *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 605- 616.
- HOFMANN A. (2005) *EMDR in the treatment of complex PTSD patients*. Papier présenté à la Conférence EMDR Europe, Bruxelles, Belgique.
- HOFMANN A. (2009) The inverted EMDR Standardprotocol for unstable Complex Posttraumatic Stress Disorder. In Luber, M. (Ed) *EMDR Scripted Protocols. Special Populations*. pp. 313-328, New York, Springer Publishing Co.
- HOWELL E.F. (2005) *The dissociative mind*. Hillsdale, NJ : Analytic Press.
- HUBER M. (2004) *Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Ein Handbuch*. Fischer Verlag.
- IRWIN H.J. (1998) Affective predictors of dissociation-II : shame and guilt, *Journal of Clinical Psychology*, 54, 237-245.
- ISEBAERT L. (2005) *Kurzzeittherapie – Ein praktisches Handbuch. Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie*, Thieme Verlag.
- JANET P. (1919) *Les médications psychologiques*, Paris, L'Harmattan.
- KLUFT R.P. (2007) Applications of innate affect theory to the understanding and treatment of dissociative identity disorder. In : E. Vermetten, M. J. Dorahy & D. Spiegel (Eds) *Traumatic Dissociation : Neurobiology and Treatment*. Arlington, VA : American Psychiatric Press, Inc., 301-316.
- KNIPE J. (2009) The Method in Constant Installation of Present Orientation and Safety, in : Luber, M. (2009) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols - Special Populations*, New York, Springer.
- KNIPE J. (2014) *EMDR Toolbox. Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation*, New York, Springer.
- KORN D., L., LEEDS, A.M. (2002) Preliminary evidence of efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder, *Journal of Clinical Psychology*, 58, 12, 1465-1487.
- LEVINE P. (1997) *Waking the tiger. Healing Trauma*. North Atlantic Books, Ca. Pour la traduction française : (2008) *Réveiller le tigre. Guérir le traumatisme*. Editions Socrate.
- LIOTTI G. (1992) Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders, *Dissociation*, 5, 196- 204.
- O'SHEA M. K. (2009a) EMDR friendly preparation methods. In R. Shapiro (Ed) *EMDR Solutions II : for Depression, Eating Disorders, Performance and More*, New York, W.W. Norton & Company.
- O'SHEA M. K. (2009b) The EMDR early trauma protocol. In R. Shapiro (Ed) *EMDR Solutions II : for Depression, Eating Disorders, Performance and More*, New York, W. W. Norton & Company.
- PARNELL L. (2013) *Attachment-Focused EMDR. Healing relational trauma*. New York/London : W.W. Norton & Co.
- REDDEMANN L. (2001) *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*, Stuttgart, Klett-Cotta. 15. Auflage.

- REDDEMANN L. (2011) Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual, Stuttgart, Klett-Cotta. 7. Auflage.
- RODEWALD F., WILHELM-GÖLING, C., EMRICH, H. M., REDDEMANN L., GAST U. (2011) Awis-I Comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 2, 122-131.
- SCHORE A.N. (1994) *Affect regulation and the origin of the self : The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- SCHORE A.N. (1997) Early organization of the nonlinear right brain and the development of a predisposition to psychiatric disorders, *Development and Psychopathology*, 9, 595-631.
- STEELE K., VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R.S. (2001) Dependency in the treatment of complex PTSD and dissociative disorder patients, *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 4, 79-116.
- TEICHER M.H., ITO Y., GLOD C.A., ANDERSEN S.L., DUMONT N., ACKERMAN E. (1997) Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. In R. Yehuda & A.C. McFarlane (Eds), *Psychobiology of post-traumatic stress disorder*, 821, 161-175. New York : New York Academy of Sciences.
- TWOMBLY J.H. (2000) Incorporating EMDR and EMDR Adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder, *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 61-81.
- VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R.S., STEELE, K. (2006) *The Haunted Self : Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York/London : W.W. Norton & Co. Pour la traduction française (2010) : *Le Soi Hanté : Dissociation Structurale et Traitement de la Traumatization Chronique*, Bruxelles, DeBoeck.
- YOUNG J.E. (1994) *Cognitive therapy for personality disorders : A schema-focused approach*. Sarasota, FL : Professional Resource.

Chapitre 37

Les techniques d'oscillation : construire une attention double

Hélène Dellucci

Les techniques d'oscillation ont été inventées dans le cadre de thérapies avec des patients souffrant de traumatismes complexes, de façon à contenir toute la déstabilisation qu'une confrontation traumatique puisse induire. Elles consistent en une approche graduelle du réseau traumatique, par titrage¹, en suivant une logique de tout petits pas, en vue de construire la capacité d'attention double, nécessaire à un retraitement réussi.

Il est important de connaître ces techniques, qu'elles soient employées de façon programmée ou de manière fortuite, lorsque le thérapeute peut craindre un dérapage du processus.

1. Il s'agit ici d'un terme emprunté à la chimie, et qui décrit une logique dans laquelle deux solutions quelque peu réactives sont mélangées goutte par goutte.

UNE MÉTHODE DE CONFRONTATION DOUCE

Les techniques d'oscillation constituent une méthode de confrontation douce¹ en psychotraumatologie. Elles permettent de rester dans un lien étroit avec les ressources de la personne, tout en touchant graduellement un réseau neuronal chargé avec du matériel négatif.

Ce processus fait de plusieurs allers-retours entre ressources et matériel négatif permet d'approcher le matériel traumatique à petites doses, tout en limitant le temps d'exposition et ce pour ne pas dépasser les capacités d'intégration du patient.

Les techniques d'oscillation s'adressent surtout à des patients qui ont des difficultés à maintenir l'attention double. Souvent il s'agit de personnes, qui autant faire se peut, évitent les contenus traumatiques, parfois malgré une motivation à les aborder. Si le thérapeute arrive malgré tout à initier un travail sur ces cibles traumatiques, il se peut que la personne y plonge en perdant la perspective de l'ici et maintenant. Il y a alors un risque de retraumatisation, si le patient sort de sa fenêtre de tolérance et que le thérapeute ne parvient pas à l'y ramener.

L'ATTENTION DOUBLE

L'attention double, c'est-à-dire la capacité à rester avec un pied dans le présent, dans la relation avec le thérapeute, aujourd'hui dans ce lieu où se passe la thérapie, et en même temps avec une attention portée à l'événement du passé, avec ses émotions, ses sensations, et les contenus sous forme d'images ou de pensées, est une des clés d'une désensibilisation et d'un retraitement réussis. C'est en cela que le cerveau du patient peut reconstruire ce réseau neuronal contenant le matériel traumatique pour le mettre en lien avec des ressources, des *insight*, un corps qui s'apaise, de nouvelles compréhensions et des pistes d'action.

Les techniques d'oscillation appelées en anglais aussi « *pendulation techniques* » permettent de construire chez le patient cette attention double, en apprenant à son système que la confrontation peut être brève et maîtrisée, sans que les choses ne dérapent, et que finalement, le processus de travail sur les événements négatifs peut se passer dans de bonnes conditions.

1. À l'inverse du protocole standard en EMDR, où la phase 3 consiste à activer le réseau neuronal à l'aide de l'image, de la cognition négative et de la sensation corporelle, une méthode douce de confrontation ne va pas activer la totalité du réseau neuronal, mais uniquement une partie suffisante, pour commencer un retraitement, sans toutefois de garantie que cette cible soit retraitée en totalité. D'autres méthodes douces consistent dans le protocole des 4 champs ou IGTP (Jarero *et al.*, 2006 ; Artigas *et al.*, 2009) ou le protocole des lettres (Dellucci, 2009.)

LES DIFFÉRENTS AUTEURS AYANT PROPOSÉ DES TECHNIQUES D'OSCILLATION

► Peter Levine

Ces procédés n'ont pas nécessairement été inventés par les thérapeutes EMDR. Le premier auteur connu, pour avoir construit toute son approche à travers une méthode d'oscillation est Peter Levine, à travers la thérapie qu'il appelle le *Somatic Experiencing* (Levine, 1997/2008). Dans un premier temps, en guise de stabilisation, Levine propose des exercices d'exploration et de prise de conscience de sensations corporelles neutres ou positives, à travers des exercices d'ancrage, comme par exemple toucher son visage avec les mains et prendre conscience du visage contenu par les mains, et d'autre part la surface du visage touchée par les mains. Ainsi, lorsqu'il en vient à passer à la phase de confrontation des traumatismes, Levine (1997/2008) propose de partir d'un contenu positif, qui peut être une image, une expérience, une sensation physique ou bien une partie du corps ressentie comme positive, pour se centrer ensuite sur le contenu négatif, qui peut aussi consister en une image, une expérience, une sensation physique ou une partie du corps. Tout dépend du matériel ciblé. L'oscillation avec le matériel positif est en parfait contraste avec le matériel négatif ciblé. Puis l'attention est reportée sur le contenu positif. Ainsi, le matériel négatif est directement mis en lien avec les contenus positifs, avec l'espoir que ces derniers viennent contaminer le négatif.

► Joanne Twombly

Joanne Twombly est thérapeute EMDR. Spécialisée dans le travail EMDR avec des personnes souffrant de troubles dissociatifs, elle propose un procédé (Twombly, 2000) où elle réoriente le patient dans le lieu thérapeutique avec des stimulations bilatérales (SBA). Une fois le patient bien présent et en accord avec la confrontation du trauma, Twombly l'amène à aborder le réseau traumatique, et le désensibilise avec des stimulations bilatérales, avant de revenir au lieu thérapeutique et continuer avec des SBA.

► Fine et Berkovitz

Catherine Fine et Ami Berkowitz (2001) proposent, à travers leur « *Wreathing protocol* » une technique alliant Hypnose et EMDR, de travailler à partir d'aspects fractionnés d'une situation au présent, et en l'apaisant, d'aller toucher des aspects analogues d'événements du passé. Inspirés par cette pratique, nous avons trouvé intéressant d'installer une ressource spécifique, liée à l'expérience traumatique, de façon à créer le plus grand contraste avec le thème du trauma. Le trauma pourrait être par exemple la perte traumatique d'un être cher, comme la

perte d'un animal. La ressource en contraste avec ce trauma serait un bon moment avec cet animal, ou bien un moment où la personne s'est sentie entourée, si c'est la dimension d'abandon qui est au premier plan. Chez Fine et Berkowitz, tant la situation du présent que l'expérience traumatique sont abordés avec des SBA.

► Jim Knipe

C'est Jim Knipe, qui nous propose en 2002, un protocole complet qu'il nomme CIPOS (Knipe, 2009, 2014). Cet acronyme signifie l'installation constante de l'orientation et du sentiment de sécurité dans le présent. Knipe propose, comme Twombly, d'orienter la personne dans le présent du lieu de thérapie, accompagné d'un sentiment d'être en sécurité, ce qu'il installe avec des SBA. Son protocole propose comme méthode d'évaluation la « *back of the head scale* », c'est-à-dire l'échelle du fond du crâne, une échelle analogique montrée par la main et dont les pôles sont « complètement dans ma tête, pas du tout ici », et « tout à fait ici dans la pièce, avec le thérapeute. » Cette mesure permet de rester au plus près de la subjectivité du patient et le maintient dans une posture d'expert de son expérience. Une fois que la personne est pleinement orientée, « suffisamment présente dans la pièce », le réseau traumatique est prudemment abordé par de très courtes séquences négociées à l'avance (allant de 2 à 10 secondes), puis si tout se passe bien, cette période de confrontation est allongée. Le processus d'oscillation est poursuivi jusqu'à ce que le patient ait appris « la compétence précieuse d'émerger d'un état du Moi traumatique pour revenir à une orientation dans un ici et maintenant sécurisé », selon l'auteur. Lorsque le patient est en mesure de maintenir l'attention double, les SBA peuvent aussi être faites sur du matériel traumatique.

QUELQUES TECHNIQUES D'OSCILLATION

► Le CIPOS en 10 étapes

Jim Knipe propose un protocole bien documenté (Knipe, 2009) avec une version courte et une version longue, traduits en français. Voici sa démarche en 10 étapes :

1. Obtenez la pleine permission du client (et ses parties impliquées) pour travailler en toute sécurité sur un contenu hautement perturbant.
2. Évaluez le degré de sécurité ressenti par le client dans le bureau du thérapeute.
3. Renforcez l'orientation dans le présent par des exercices d'ancrage et d'orientation en utilisant des SBA.

4. Évaluez l'orientation présente à travers la « back of the head scale » (échelle du fond du crâne).

Lorsque la personne est suffisamment présente, le travail titré sur le trauma peut commencer :

5. 2 à 10 secondes de confrontation au trauma (pas de SBA !).
6. Répétez les étapes de 3 à 5 quatre fois.
7. 2 à 20 secondes de confrontation au trauma (pas de SBA !).
8. Répétez les étapes de 3 à 7 autant de fois que nécessaire.
9. Lorsque l'attention double peut être complètement maintenue pendant plus de 20 secondes, la confrontation traumatique peut aussi être faite avec des SBA.
10. Ensuite, il est possible de continuer la désensibilisation par le protocole EMDR standard.

► L'oscillation, concrètement

Si nous résumons l'essentiel des techniques d'oscillation, nous pouvons en extraire un schéma invariable quel que soit l'auteur, selon la démarche suivante :

1. Le thérapeute explique le processus au patient, et négocie avec lui un temps de confrontation. Il s'assure auprès du patient de sa motivation à bien vouloir aborder la cible traumatique aujourd'hui, ainsi que de sa capacité à utiliser le stop.
2. La ressource (lieu sûr, ancrage dans le corps, orientation dans l'ici et maintenant sécurisé du bureau du thérapeute, un souvenir positif, une qualité préalablement installée, une figure de soutien, ...) est rappelée et renforcée avec des stimulations bilatérales (SBA) et ce jusqu'à ce que le corps soit tout à fait apaisé.
3. La cible (un traumatisme du passé, un déclencheur, une peur, ...) est abordée de manière succincte. Ici, pas de questionnement en phase 3, car celle-ci est trop longue. Le patient est invité à penser au contenu négatif pendant le temps négocié. Le thérapeute peut compter à rebours, à voix haute ou non. Il sera important de respecter le temps défini. Des SBA peuvent être ajoutées si le patient les supporte. Si ce temps négocié comporte plusieurs minutes, plusieurs sets peuvent être effectués. La longueur de cette étape dépend de la cible abordée, et de l'état de fragilité du patient. Plus ce dernier est fragile, plus cette période de confrontation doit être courte dans un premier temps.
4. Retour à la ressource jusqu'à ce que le corps soit à nouveau complètement apaisé.
5. Cette confrontation (étapes 2 à 4) est évaluée par le patient et le thérapeute, et en fonction de cette dernière, un autre round est mis en œuvre.
6. Refaites les étapes de 2 à 5.

S'il s'agit d'une première démarche de confrontation par technique d'oscillation, quelle que soit la raison pour laquelle cette dernière a été décidée, il convient de ne pas aller au-delà de trois rounds de confrontation lors d'une première séance. Ces démarches de confrontation et de sortie du réseau neuronal coûtent beaucoup d'énergie et de concentration. La fatigue occasionnée rend plus difficile ces va-et-vient.

À la fin de la séance, le thérapeute peut avoir recours à la clôture habituelle en EMDR (phase 7) et terminer la séance en demandant au patient ce qu'il a appris ou ce qu'il retient de ce travail aujourd'hui. Souvent les personnes se montrent soulagées devant la maîtrise du processus et indiquent qu'elles se souviennent avoir des ressources. « Je ne savais pas que ça peut se passer sans que je n'ai besoin de souffrir comme à l'époque », indique une patiente en fin de séance. Chez elle, le thérapeute a eu recours à une technique d'oscillation suite à un débordement à la séance précédente, qui avait nécessité l'arrêt du processus et le retour à une démarche de stabilisation pendant le reste de cette séance.

► Plus près des ressources : la technique de l'éponge

Korn et Leeds (2002) ont également développé un protocole d'installation de ressources, indépendamment de l'évaluation d'une cible. Outre des ressources installées à travers de bons souvenirs, le protocole RDI (*Ressources Development and Installation*) propose également d'extraire des ressources de figures soutenant, qu'elles soient réelles ou symboliques. Cela s'avère particulièrement utile lorsque les personnes disposent de peu de conscience de leurs ressources, de façon à installer les contenus positifs nécessaires à une pratique d'oscillation réussie.

À l'inverse des techniques proposées par Twombly, Fine et Berkowitz et Knipe, Hofmann (2009) propose la technique de l'éponge, en étendant le travail de Kiessling (2009) sur l'installation d'une ressource en fonction des besoins du moment.

La technique de l'éponge, qui peut aussi être vue comme une technique d'oscillation. Elle se déroule de la manière suivante :

1. Choisissez le contenu sur lequel vous allez vous concentrer, établissez un score SUD
2. « De quelles compétences auriez-vous besoin, pour faire face à... » : choisissez les ressources nécessaires. Une réponse théorique, corticale est plus utile.
3. Installer la première compétence en choisissant :
 - ➔ Une situation dans laquelle elle était présente,
 - ➔ Une image représentant la situation,
 - ➔ Et en localisant le ressenti dans le corps,
 - ➔ Et renforcez-les avec 4-6 SBA.

N.B. : dès qu'il y a du matériel négatif qui émerge : recherchez une autre ressource et recommencez

4. Installez la seconde compétence : répétez les étapes de 3a. à 3d.
5. Installez la troisième compétence : répétez les étapes de 3a. à 3d.
6. Faites revenir les trois ressources ensemble : SBA.
7. Vérifiez le score SUD pour la cible choisie.

Dans la plupart des situations, le degré d'activation a baissé, en moyenne de deux à quatre points.

Au sens strict, tout arrêt du processus de désensibilisation et un retour à l'ici et maintenant est déjà le début d'une technique d'oscillation. Globalement, s'il a été nécessaire d'arrêter un processus de désensibilisation et de retraitement, soit parce que la cible était trop intense, ou parce que la personne n'a pas pu trouver rapidement un apaisement, ou s'il y a eu débordement, il est utile de proposer une technique d'oscillation.

Parfois, le fractionnement d'une cible ne passe pas tant par un raccourcissement du temps d'exposition, que par la cible choisie. Lorsque le retraitement d'une cible concernant un trauma du passé devient trop difficile et fait émerger des peurs, par exemple de continuer, de décompenser, de retomber dans la dépression, de ne jamais en sortir, alors il peut être utile de mettre de côté la cible en traitement, devenue source d'inconfort iatrogène, et se concentrer à la désensibilisation de cette peur spécifiquement. En général, ces peurs, qui constituent de petites cibles, régressent vite. Le chapitre sur la boîte de vitesses abordera ces aspects plus en détail.

BIBLIOGRAPHIE

ARTIGAS L., JARERO I., ALCALÁ N., LOPEZ-CANO T. (2009) *The EMDR Integrative Group Treatment Protocol (IGTP)* In : Luber, M. (Ed), *Eye Movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols : basic and special situations*. Springer, New York, pp. 279-288.

DELLUCCI H. (2009) *EMDR Letters*. Papier présenté à la Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.

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. *Eye Movement Desensitization Reprocessing* ». *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 3, 4, 275-290.

HOFMANN A. (2009) *The Absorption Technique*. In : Luber, M. (Ed) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols - Special Populations*, New York, Springer.

JARERO I., ARTIGAS L., HARTUNG J. (2006) « EMDR Integrative Group Treatment Protocol : a post-disaster trauma intervention for children and adults », *Traumatology*, 12, 121-129.

KIESSLING R. (2009) *The Wedging Technique*. In : Luber, M. (Ed) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols - Basics & Special Situations*, New York, Springer.

KNIPE J. (2009) *The Method in Constant Installation of Present Orientation and Safety*, in : Luber, M. (2009)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols - Special Populations, New York, Springer.

KNIPE J. (2014) *EMDR Toolbox. Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation*. Springer, New York.

KORN D.L., LEEDS A.M. (2002) « Preliminary evidence of efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the stabilization phase of treatment of complex post-traumatic stress disorder ». *Journal of Clinical Psychology*, 58, 12, 1465-1487.

LEVINE P. (1997) *Waking the tiger. Healing Trauma*. North Atlantic Books, Ca. Pour la traduction française : (2008) *Réveiller le tigre. Guérir le traumatisme*. Editions Socrate.

TWOMBLY J.H. (2000) « Incorporating EMDR and EMDR Adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder », *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 61-81.

Chapitre 38

Le protocole EMDR standard inversé

Adapter l'EMDR aux personnes instables souffrant d'ESPT complexe

Hélène Dellucci

L'invention de l'EMDR en 1989 par Francine Shapiro a été une révolution dans le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT). Les méta-analyses démontrent son efficacité (van Etten et Taylor, 1998 ; Davidson et Parker, 2001 ; Maxfield et Hyer, 2002 ; Bradley *et al.*, 2005 ; Bisson et Andrew, 2007), et ce d'autant plus si le protocole standard est appliqué rigoureusement (Maxfield et Hyer, 2002). Cependant, pour une majorité de personnes souffrant de traumatismes complexes, le protocole standard dans son approche en trois temps semble trop confrontant, risquant de provoquer une déstabilisation et un évitement ultérieur de la thérapie EMDR pourtant si efficace. Faudrait-il alors réserver le travail EMDR aux seuls patients stables, ayant des séquelles post-traumatiques en nombre restreint ? Comment faire avec les personnes instables ? Faut-il étendre la phase de stabilisation ? Jusqu'à quel moment. N'y a-t-il pas un risque de ne jamais aborder les traumatismes à la source de la problématique ?

Nous aborderons dans ces lignes le protocole inversé proposé par Arne Hofmann (2005, 2009, 2014). Nous décrirons les propositions de l'auteur, que nous commenterons en illustrant par des exemples cliniques issus de notre pratique.

DES TRAUMAS SIMPLES AUX TRAUMAS COMPLEXES, AVEC OU SANS TROUBLES DISSOCIATIFS : DIFFÉRENTS TABLEAUX CLINIQUES

Nous distinguons différents types de traumatisation :

► La réaction de stress aigu

Il s'agit ici de la réaction immédiate après un événement potentiellement traumatique. Nous ne parlons pas de traumatisme à ce moment. Ce dernier fait partie d'un trouble qui se chronicise au-delà de trois mois. La réaction de stress aigu se résume à la période de vulnérabilité, faisant suite à la rupture de notre illusion d'invulnérabilité et d'immortalité, avec laquelle nous vivons quotidiennement, et qui nous permet de nous centrer sur nos projets, de nous projeter dans l'avenir. Un événement faisant ainsi irruption et qui dépasse les capacités d'intégration a pour effet dans un premier temps de sortir la personne de la trajectoire qu'elle s'était donnée et qui semblait aller de soi.

► Le trauma simple

Si les réactions émotionnelles et les symptômes persistent au-delà de trois mois, nous pouvons parler d'un État de Stress Post-Traumatique. L'ESPT simple consiste en un événement unique, ou plusieurs événements dans une vie, sans lien les uns avec les autres. Pragmatiquement, les professionnels parlent d'un « coup de tonnerre dans un ciel bleu », c'est-à-dire que la personne n'a pas de séquelles préétablies. Un événement unique est guérissable en une à trois séances d'EMDR (Shapiro, 2001), trois à cinq séances, si l'on prend en compte une séance de stabilisation et une séance de clôture. Les personnes touchées par un trauma simple se remettent souvent spontanément sans séquelles décelables, les observations indiquent une proportion de trois quarts de rémissions spontanées après un événement potentiellement traumatique. C'est entre autres la raison pour laquelle, dans un cabinet de psychotraumatologue, ce sont les tableaux cliniques les plus rares.

► Les traumas multiples

La multiplication de blessures traumatiques, si celles-ci restent en nombre raisonnable, sans lien entre elles, et sans troubles de l'attachement, peut être qualifiée de traumatismes multiples, tout en restant dans un cadre d'ESPT simple. Ce sont les personnes qui répondent le mieux à la thérapie EMDR classique, qui propose une approche en trois temps : après

avoir établi un plan de ciblage, les événements sont abordés dans l'ordre de leur occurrence, à savoir en premier lieu le souvenir source, l'événement qui fonde la problématique, pour ensuite aller retraiter tous les souvenirs du passé en lien avec le problème. Une fois le passé retraité efficacement, les déclencheurs dans la vie courante se sont neutralisés. Dans le cas contraire, ceux-ci sont abordés spécifiquement, de façon à retraiter l'activation sous-jacente. Pour finir, le protocole EMDR classique prévoit l'installation d'un scénario du futur permettant à la personne de prévoir des pistes d'action concrètes, allant jusqu'à un petit défi.

► Les traumas complexes

La plus grande cohorte de personnes traumatisées est formée par ceux qui ont accumulé les expériences difficiles à travers le temps. Ces personnes, qui ont déjà mis en place des ressources de survie hors pair, sont souvent épuisées par une lutte incessante contre les effets des déclencheurs dans leur quotidien. Les symptômes francs de l'ESPT sont moins visibles, car noyés dans une comorbidité plus vaste faite en majorité de troubles de l'attachement et de dépressions chroniques, mais aussi de troubles du comportement alimentaire (Garner et Garfinkel, 1997 ; Root et Fallon, 1988), de tableaux anxieux ou compulsifs, d'addictions, de mises en danger (Felitti *et al.*, 1998), d'automutilations (van der Kolk *et al.*, 1991) et de comportements les mettant en risque d'expérimenter davantage de situations victimisantes. Les personnes souffrant de traumas complexes peuvent être classées en deux catégories : celles qui restent fonctionnelles, malgré une charge traumatique importante, et celles qui trébuchent dans leur vie et sont envahies à un point tel qu'elles ont des difficultés à assumer les tâches de la vie quotidienne.

► Les troubles dissociatifs

Lorsque la traumatisation chronique a débuté dès le plus jeune âge et a impliqué pour une grande part des adultes censés prendre soin et des figures d'attachement, il arrive que la survie se fasse au prix d'un conditionnement comportant un évitement tellement massif, que des pans entiers d'expérience passent sous amnésie. Des symptômes de déréalisation, de dépersonnalisation et de perte du sens du temps présent complexifient ce tableau déjà difficile.

Les troubles dissociatifs se distinguent sous leur forme psychoforme et somatoforme (Nijenhuis, 2004), incluant des réseaux neuronaux carapacés à un point tel, que se forment des sous-systèmes de la personnalité, endossant chacun au moins un sens de Soi rudimentaire (van der Hart *et al.*, 2006/2010). Les recherches corroborent clairement cette thèse, tant sur le plan des mesures physiologiques (conductance de la peau, potentiels évoqués visuels, variables du système nerveux autonome, activation physiologique – revue par Nijenhuis *et*

al., 2002), mais également sur le plan cérébral (Reinders *et al.*, 2003, 2006, 2012), dans le sens de pattern cérébraux différenciés ne communiquant pas entre les différents états activés. D'un point de vue clinique, lorsqu'il y a ESPT complexe avec ou sans troubles dissociatifs, nous avons toujours affaire à de l'amnésie, des phobies, des émotions débordantes, et des réactions de survie.

L'AMNÉSIE, LES PHOBIES ET UNE MAUVAISE TOLÉRANCE À L'AFFECT : UNE RÉALITÉ À PRENDRE EN COMPTE DANS LA THÉRAPIE DES TRAUMAS COMPLEXES

L'amnésie peut être plus ou moins étendue, soit sous forme totale, c'est-à-dire une non-connaissance que quelque chose est ignoré, soit identifiée, c'est-à-dire avec une amnésie pour le contenu, tout en n'ignorant pas son existence, par exemple une personne qui nous dit n'avoir aucun souvenir avant l'âge de 12 ans. La plupart d'entre nous avons une amnésie tout à fait naturelle pour ce qui a pu se passer pendant les trois premières années de notre vie.

Les phobies sont multiples. Les auteurs de la théorie de la dissociation structurelle (van der Hart *et al.*, 2006/2010) énumèrent celles qui sont propres à ce fonctionnement : la peur de s'attacher et en même temps la phobie de perdre l'attachement avec le thérapeute, les peurs des réactions corporelles des traumatismes et de leurs suites, la phobie des contenus traumatiques, et finalement les peurs de la vie quotidienne. L'aspect phobique est ce qui distingue les personnes souffrant de troubles dissociatifs de celles qui n'ont pas développé cette stratégie de survie extrême.

Outre l'émergence de phobies particulières, d'autres émotions (par exemple : la panique de perdre le lien, la honte et la culpabilité, la colère, la tristesse), vécues soit de manière débordante, soit ne pouvant pas être touchées du tout, signalent une mauvaise tolérance à l'affect. Sans toucher aucun réseau traumatique, certaines émotions sont déjà mal vécues dans la vie quotidienne. Au moment où est abordé un réseau traumatique, l'émotion stockée s'ajoute à la difficulté de tolérer celle du quotidien, rendant le travail de retraitement difficile et laborieux, entraînant le plus souvent le blocage du traitement de l'information et de l'évitement par la suite.

Même lorsque les personnes sont informées, parfaitement consentantes et demandeuses pour se débarrasser de leurs traumatismes, la peur émergeant au moment où ces réseaux dissociés sont touchés est toujours de la partie. Le clinicien doit en tenir compte, sinon il en va du sentiment de sécurité dans l'ici et maintenant, ce qui signe le plus souvent l'arrêt de la thérapie, par réflexe auto-protecteur.

Cependant, lorsque nous considérons les patients souffrant de traumatismes complexes, nous ne devons pas perdre de vue qu'il s'agit de survivants au sens propre. Ces personnes ont pour la plupart fait face à des événements dont nous ne saurons sans doute jamais l'ampleur, sans pour autant savoir consciemment comment ils ont réussi à survivre. C'est la tâche du thérapeute de faire émerger à la conscience cette dimension fondamentale. Il s'agit de personnes, pour lesquelles les méthodes d'exposition simples ne marchent pas, parce que trop confrontantes. Pourtant, ce sont les personnes qui espèrent le plus, à juste titre, d'être aidées par les procédés développés en psychotraumatologie. Alors, comment faire, concrètement ?

LE PROTOCOLE INVERSÉ : UNE PISTE POUR ABORDER LES TRAUMAS COMPLEXES

Arne Hofmann (2005) a eu l'idée ingénieuse d'inverser l'ordre dans lequel les cibles sont abordées, à savoir commencer par aborder les peurs du futur et du présent, puis traiter les déclencheurs de la vie quotidienne, et finalement aborder le passé en commençant par les événements récents, avant d'aborder ceux d'un passé lointain.

Cette stratégie de traitement, selon l'auteur (Hofmann, 2009) s'adresse spécifiquement aux personnes souffrant d'un ESPT complexe et qui sont instables. Le but en est de permettre une réduction des symptômes dans l'immédiat et une amélioration de la vie quotidienne. L'ordre des traumatismes abordés reste inversé jusqu'à ce que les patients soient suffisamment stables pour pouvoir aborder les souvenirs du passé.

Un autre but du protocole inversé est d'aider les patients, mais aussi les thérapeutes à rapidement commencer l'utilisation de l'EMDR, et de dépasser de possibles tendances à l'évitement par une stabilisation interminable, sans pour autant emmener le patient trop tôt dans une exposition traumatique insupportable.

L'auteur ajoute que ce procédé convient bien aux personnes ayant une histoire d'hospitalisations psychiatriques. Nous pouvons ajouter que nous avons proposé le protocole inversé à tous les patients venus consulter avec des traumatismes complexes, plus particulièrement lorsque des peurs émergent au cours du processus ou entre deux séances.

Lorsqu'un retraitement ou bien un projet de retraitement suscite un mouvement phobique (par exemple la peur d'être jugé, la peur du changement, une peur concrète de quelque chose à venir, la peur d'être débordé par ce qui peut apparaître, ...), alors cette activation physiologique s'ajoute au travail prévu et risque d'en amoindrir l'efficacité. Il convient dès lors de mettre le projet entre parenthèses, et aborder les peurs émergentes.

Le protocole inversé concrètement :

- Pour cibler une situation future perturbante, Arne Hofmann propose l'utilisation de la technique d'absorption. Le procédé exact est décrit dans la fiche consacrée aux méthodes d'oscillation. Ainsi, la seule exposition à la cible concerne la définition d'un niveau de perturbation (grâce à l'échelle SUD), pour ensuite partir à la recherche de qualités dont la personne pourrait avoir besoin, suivie d'une installation de ressources. À la suite, le SUD est réévalué. Dans la plupart des cas, celui-ci montre une nette diminution.
- Ainsi, les éléments perturbants dans le réseau neuronal ne sont pas abordés directement, mais davantage mis en lien avec des ressources.
- Les déclencheurs du quotidien (par exemple, un rendez vous médical) ou un traumatisme secondaire (par exemple, un dernier examen médical qui s'est mal passé), qui produisent des symptômes dans le présent peuvent être abordés par la méthode CIPOS (Knipe, 2009, 2014). Il s'agit d'une méthode d'oscillation. Ici aussi, nous renvoyons le lecteur intéressé au chapitre sur les techniques d'oscillation où le CIPOS est décrit pas à pas.
- Le but de ce travail sur les déclencheurs est la diminution des symptômes dans la vie quotidienne et la stabilisation. Le fait que les déclencheurs suscitent moins d'envahissement dans le quotidien de la personne, même si le problème de fond n'est pas encore réglé, amène une amélioration du sommeil et des fonctions de base dans la vie du patient. Celui-ci arrive à mieux contrôler son expérience corporelle, il devient capable de s'apaiser plus efficacement, ce qui permet ensuite de pouvoir aborder les souvenirs traumatiques du passé.
- Avant d'aborder le passé, cependant, Arne Hofmann propose une évaluation de la stabilité sous la forme de quatre tests :
 - ➔ Le test de la vie de tous les jours : est-ce que la personne est capable d'assumer les tâches de la vie quotidienne ?
 - ➔ Le test du lieu sûr : est-ce que le lieu sûr peut être installé facilement et la personne peut-elle s'apaiser efficacement entre les séances ?
 - ➔ Le test des stimulations bilatérales alternées : est-ce que la personne supporte des sba ?
 - ➔ Le test de l'anamnèse : est-ce que la personne est en mesure de parler de son histoire sans basculer malgré elle dans le trauma ?
- Si ces quatre conditions sont réunies, alors la personne peut être considérée comme suffisamment stable et fonctionnelle pour permettre le travail sur les traumas du passé. Dès qu'un patient se déstabilise, et que ces quatre conditions ne sont plus remplies, le travail sur le passé est remis entre parenthèses et nous invitons le clinicien à revenir aux niveaux A et B.
- Les événements du passé sont aussi retraités dans l'ordre inverse de l'occurrence dans la vie de la personne, c'est-à-dire du plus récent au plus ancien. Plutôt que de rechercher un souvenir source, Arne Hofmann propose aux cliniciens de commencer par des traumatismes

secondaires (non centraux) qui ont eu lieu à l'adolescence ou plus tard dans la vie. Ainsi, cet abord fractionné permet de diminuer la charge contenue dans les réseaux et clusters traumatiques.

Si le retraitement des souvenirs secondaires et récents se fait sans encombre, alors le travail peut continuer avec le retraitement des souvenirs de la petite enfance, et les éléments-clés de la problématique abordée (souvenir source et pire souvenir)

Arne Hofmann ajoute que ce processus n'est jamais linéaire. Le plus souvent l'approche, même par le protocole inversé consiste en un « va et vient » entre le travail de stabilisation (A et B) et le retraitement des traumatismes (D).

NOTRE EXPÉRIENCE AVEC LE PROTOCOLE INVERSÉ

Appliquer le protocole inversé nous a paru pertinent avec les personnes, souffrant de traumatismes complexes, venues consulter en cabinet privé. Ces survivants portent non seulement des séquelles traumatiques considérables, mais sont assaillis au quotidien par des peurs diverses qu'elles soient rationnelles ou non (par exemple peur de la mort, peur que le thérapeute les laisse tomber s'ils osent s'exprimer, peur qu'il arrive quelque chose de grave s'ils racontent ce qu'ils ont subi, peur de retomber dans la dépression, peur d'une confrontation ou d'une fête de famille à venir, de retourner au travail, ...), par une tolérance à l'affect fortement amoindrie, des difficultés relationnelles, des déclencheurs provoquant des réactions corporelles qui rendent leur quotidien pénible à vivre.

Même si nous sommes parfaitement d'accord avec Francine Shapiro pour dire que les symptômes d'aujourd'hui ont à leur base des mémoires dysfonctionnellement stockées, celles-ci nous ont paru difficilement abordables dans un premier temps.

Parmi les outils de stabilisation de base, nous comptons outre le lieu sûr également un exercice de confinement des mémoires du passé (le contenant) et des exercices corporels destinés à apaiser directement le corps.

Nous abordons les peurs du futur généralement par un protocole EMDR standard, sans toucher de trauma dans un premier temps, avec le but de voir rapidement régresser la peur visée. Ce type de retraitement à partir de cibles non traumatiques permet à la personne de faire connaissance et de s'adapter au protocole EMDR sans être débordée par la charge émotionnelle contenue dans les mémoires traumatiques du passé. Ce n'est que lorsque les personnes ne sont pas en mesure de supporter un protocole standard, que nous avons recours à une technique d'oscillation, ou une installation de ressources (voir le chapitre sur les techniques d'oscillation).

Nous avons fait l'expérience que les peurs du futur sont de petites cibles qui se neutralisent rapidement. Cela a un effet motivant chez les patients, et renforce ainsi le lien thérapeutique. C'est alors qu'il est possible de poursuivre l'anamnèse, de proposer d'éventuels outils diagnostiques, et de définir des objectifs. Afin de permettre aux personnes, prêtes à se mettre au travail, de toucher leur capacité à espérer, il nous paraît utile de définir les objectifs comme des scénarios du futur, c'est-à-dire en soignant le détail jusqu'à aboutir à un « bout de film qui fait envie. »

VIGNETTE CLINIQUE : DÉSENSIBILISATION DE PEURS ÉMERGENTES HORS TRAUMA

Sylvie, 46 ans, soignante dans un service de soins palliatifs, vit seule. Elle est divorcée et ses deux enfants entament des études supérieures. Formée en psychotraumatologie, elle a décelé des séquelles post-traumatiques complexes avec des troubles d'attachement dont elle devine l'origine dans son enfance avec des parents immatures. Elle dit avoir peu de souvenirs de son enfance, et décrit ses symptômes de la manière suivante : une peur de la mort envahissante, dont elle aimerait se débarrasser, une relation avec sa mère problématique, qu'elle aimerait assainir et une difficulté à être heureuse en couple. L'anamnèse donne peu d'éléments malgré la motivation de Sylvie qui décrit ses objectifs de la manière suivante :

- ➔ La peur de la mort envahissante ne lui facilite pas son travail, même si Sylvie trouve qu'elle le gère assez bien. Elle aimerait pouvoir penser à la mort, « normalement » comme une personne de son âge, sans angoisses ;
- ➔ La relation que Sylvie entretient avec sa mère semble problématique, elle décrit ne pouvoir s'empêcher de « porter » sa mère qui l'appelle tous les jours, qui envahit son quotidien. Sylvie décrit une mère immature, toxique depuis toujours, extrêmement négative, régulièrement violente verbalement. Les temps partagés aboutissent régulièrement à une attitude de repli chez Sylvie, avec une impression de ne jamais assez en faire, et de subir le caractère impossible d'une mère dont elle comprend qu'elle ne changera pas. L'objectif par rapport à cette problématique serait au mieux de mettre des limites efficaces à sa mère, au pire de pouvoir prendre ses distances, sans culpabiliser ;
- ➔ Une troisième thématique qui pèse à Sylvie est une relation amoureuse avec un homme qui entretient avec elle une relation extraconjugale. Même si cette relation a permis à Sylvie de se sentir moins seule, celle-ci ne correspond plus aujourd'hui à ses besoins, et elle se sent malmenée. L'objectif serait de se sentir bien en couple et avec elle-même.

En phase 1, nous faisons l'anamnèse, établissons un plan de traitement. À la proposition de la thérapeute d'aborder en premier la peur de la mort, Sylvie refuse catégoriquement : « c'est beaucoup trop difficile pour l'instant. » Elle choisit son troisième objectif.

La stabilisation (phase 2) est rapidement acquise : la relation thérapeutique est bonne, Sylvie se sent en confiance. Un contenant et un lieu sûr sont installés, et Sylvie apprend à s'apaiser à l'aide d'exercices d'auto-hypnose et de cohérence cardiaque qu'elle fait efficacement.

Lorsque Sylvie évoque sa relation de couple actuelle et passée, elle indique que celle-ci n'a jamais vraiment correspondu à ses souhaits. Être en couple a mené à des échecs, être sans conjoint ne lui convient pas non plus. La thérapeute oriente l'attention de Sylvie vers l'exploration de ses besoins actuels, ce qui aboutit à une liste d'éléments souhaités : davantage de temps partagé, soigner la relation de complicité psychique autant que les relations sexuelles, pouvoir compter sur son compagnon comme sur un ami. Sylvie indique que bien qu'elle soit au clair avec ses besoins maintenant, elle ne se sent pas de les aborder avec son compagnon. Une peur bloquante émerge à savoir celle que son ami ne veuille plus d'elle. Malgré le fait que Sylvie comprend que si elle vit une relation qui ne respecte pas ses besoins, elle ne sera pas heureuse, et si elle souhaite que les choses se modifient, il faudrait au moins qu'elle aborde ces thèmes, elle se sent incapable de mettre en œuvre un quelconque pas concret. La thérapeute lui demande si elle souhaiterait ne plus être paralysée par la peur que son ami la quitte si elle exprime ses besoins, ce à quoi Sylvie acquiesce. Nous abordons cette cible qui concerne une peur dans le présent, bloquant un comportement adaptatif (Image : le visage fermé du compagnon qui lui dit « si c'est comme ça, ce n'est plus la peine » ; Cognition négative : Je ne suis pas digne d'être aimée ; Cognition positive : je suis digne d'être aimée ; VoC : 1 ; Émotion : la peur, de l'angoisse ; SUD : 8 ; Localisation dans le corps : la poitrine). Cette cible est complètement retraitée pendant cette séance (SUD : 0 ; VoC : 7 ; bon scanner du corps).

À la séance suivante, Sylvie rapporte qu'elle a osé aborder ses besoins avec son ami. Celui-ci a accepté d'écouter, lui a dit « oui, oui » quant à ses besoins, mais que rien n'a changé. Le reste de la séance est consacré à discuter de la dimension professionnelle, où Sylvie indique des conditions difficiles. Elle perçoit qu'un collègue est harcelé et elle se dit qu'elle pourrait être la prochaine cible. Ici aussi, nous aboutissons à une liste de besoins pour Sylvie, et une stratégie pour se protéger d'un supérieur qui apparaît comme harcelant.

À la séance suivante, la thérapeute questionne Sylvie pour savoir où elle en est par rapport à ses besoins dans son couple. Même si la dimension professionnelle a fait intrusion, car elle fait partie de la réalité à laquelle Sylvie doit faire face, il est néanmoins important que la thérapeute ne laisse pas tomber l'objectif de la patiente, à savoir assainir la relation conjugale. Sylvie indique que son ami avait bien entendu ses besoins, qu'il a acquiescé, mais que dans la réalité rien n'a changé. La suite de la discussion fait émerger l'idée de poser des limites. Encore une fois, Sylvie entend sur le plan rationnel, tout en indiquant

qu'elle se sent incapable de vivre seule. La thérapeute, qui reconnaît cette croyance comme bloquante, propose à Sylvie d'aborder celle-ci en EMDR. À nouveau, tout trauma est confiné dans un contenant, et cette « peur de se retrouver seule » est abordée avec un protocole standard EMDR (Image : Sylvie assise seule sur son canapé, incapable de faire quoi que ce soit ; Cognition négative : je suis abandonnée ; Cognition positive : je peux faire face ; VoC : 2 ; Émotion : une énorme tristesse ; SUD : 9 ; Localisation dans le corps : une boule dans la gorge). Le retraitement se fait en souplesse, et cette cible est complètement retraitée à la fin de cette séance.

À la séance suivante, deux semaines plus tard, Sylvie indique qu'elle a posé un ultimatum à son ami, qui a réagi en la quittant, en trouvant cela trop compliqué. La thérapeute utilise cette séance pour débriefer ces événements, en centrant la discussion sur les besoins de Sylvie. A la fin de la séance, cette dernière reconnaît qu'elle est étonnée de prendre si bien cette séparation.

À la séance suivante, Sylvie arrive, et contrairement à son habitude qui est de se mouvoir de façon élégante et féminine, elle se déplace avec un pas lourd, et s'assied dans le fauteuil de façon inhabituelle en donnant l'impression comme si elle était un ouvrier dans le bâtiment après une longue journée de travail. La thérapeute, quelque peu interloquée par ce changement d'attitude chez Sylvie lui demande quel thème elle souhaiterait aborder aujourd'hui : « je voudrais grandir » est la réponse surprenante. La thérapeute, suspectant un réseau dissociatif, propose à Sylvie d'aborder cette dimension aujourd'hui, ce qu'elle accepte.

Émerge alors une partie dissociative provoquant de la peur et de l'hostilité de la part de Sylvie. Sur trois séances, ce réseau dissociatif (véhiculé par le système d'action de fuite) est exploré sans toucher de trauma, ce qui amène le tandem thérapeutique à désensibiliser deux peurs l'une après l'autre : « peur d'être débordée par ce qui pourrait émerger et s'avérer incontrôlable » (retraitée en une séance), et la peur de rencontrer cette part émotionnelle identifiée comme une petite fille de 6 ans : « peur qu'elle change de visage et se transforme en personnage d'horreur. » A la fin de trois séances, Sylvie se sent prête à aborder les souvenirs du passé et demande à travailler sur les empreintes précoces.

DISCUSSION

Ce cas clinique montre l'intérêt d'aborder les peurs bloquantes au moment où elles émergent. Cela permet d'explicitier ce qui autrement serait resté implicite et viendrait entraver le processus thérapeutique. Nous avons ainsi pu commencer rapidement le retraitement en EMDR, en choisissant dans un premier temps d'aborder ces cibles en confinant tous les traumatismes dans un contenant. Nous pensons que les peurs émergentes mettent suffisamment à mal les capacités intégratives de la personne pour ne pas y ajouter l'activation et les émotions

intenses que contient un réseau traumatique. Contrairement à ce que propose Arne Hofmann, l'auteur du protocole inversé, nous avons pu aborder ces peurs hors trauma avec un protocole standard. Si Sylvie avait été moins fonctionnelle, nous aurions suivi le conseil de l'auteur en installant des ressources et faire ainsi baisser le SUD en lien avec ces peurs.

Commencer ainsi par de petits objectifs permet à ces cibles d'être rapidement retraitées et de voir se boucler la séance avec le sentiment que cela s'est passé « mieux que prévu. » Outre la surprise de Sylvie de se voir quitter ses peurs aussi rapidement, cela a produit de la motivation à faire le pas suivant dans le cheminement vers ses objectifs.

Nous pouvons supposer que la perte d'un lien conjugal, même s'il n'était pas satisfaisant, a suscité l'émergence d'un réseau dissociatif. Cependant, celui-ci a pu être abordé et Sylvie a pu construire des liens internes bienveillants, même si au départ elle a fait preuve d'une hostilité et d'une peur importantes face à ce qui pouvait émerger. Nous pensons que si nous avions fait l'impasse sur les peurs émergentes, le processus thérapeutique se serait bloqué. C'est d'ailleurs ce que Sylvie rapportait de ses essais thérapeutiques précédents, restés infructueux.

Nous pensons aussi qu'il a été utile de suivre le choix de la patiente dans l'ordre des thèmes à aborder. En tant que thérapeute, nous aurions commencé par la peur de la mort, puis abordé la relation à la mère, pour finir par la relation conjugale, dont nous faisons l'hypothèse qu'elle découle des deux thématiques précédentes.

Suivre le choix de Sylvie lui a permis non seulement d'atteindre un de ses objectifs en moins de 10 séances, mais a également conduit à une motivation de continuer à explorer ce qui émerge et aborder les traumatismes du passé.

LES LIMITES DU PROTOCOLE INVERSÉ

Le protocole inversé nous a permis d'aborder des problématiques complexes chez des personnes, quel que soit leur degré de fonctionnalité, et a rendu possible l'utilisation du protocole EMDR standard rapidement, également avec ces patients.

Cependant, autant il nous a paru facile d'aborder les peurs du futur, autant le travail sur les déclencheurs mérite une attention particulière. Les peurs du futur peuvent être abordées en étant déconnectées de tout trauma, mais pour les déclencheurs cela n'est pas possible. Néanmoins, guider le retraitement en abordant les déclencheurs qui créent dans la vie quotidienne les symptômes les plus invalidants nous paraît une bonne piste pour amener à une réduction des symptômes et une stabilisation suffisante. Chez des patients présentant des amnésies étendues, les déclencheurs sont la seule piste pour retrouver et retraiter l'information dysfonctionnellement stockée.

Une erreur serait de croire qu'une réduction des symptômes équivaut à ce que la problématique soit réglée. Si les traumatismes du passé ne sont pas retraités, ces réseaux restent en l'état et sont susceptibles de reprovoquer des symptômes dès que les conditions de vie se détériorent à nouveau.

Une difficulté que nous avons rencontrée dans l'application du protocole inversé avec des personnes souffrant de traumatismes complexes a concerné le retraitement des déclencheurs et des traumatismes du passé. Très souvent nous assistons à l'émergence de réseaux dissociatifs portant du matériel préverbal. Malgré le fait que le protocole inversé permet aisément d'aborder les peurs bloquantes qui émergent au cours du processus, un autre problème rencontré est que pour d'autres émotions que la peur, la tolérance à l'affect peut être fortement amoindrie et mener ainsi à des blocages et des impasses thérapeutiques dès qu'elles sont suscitées.

Le chapitre concernant le protocole précoce (O'Shea, 2009), le protocole des lettres (Dellucci, 2009) et la Boîte de Vitesses (Dellucci, 2010) permettront de compléter le protocole inversé de manière intéressante.

Inverser l'ordre de l'approche en trois temps classiquement proposée par Francine Shapiro permet non seulement un abord protecteur de la symptomatologie provenant de traumatismes complexes, mais évite bien des impasses thérapeutiques qui pourraient être dues à l'émergence de peurs bloquantes dans le processus. Ainsi le protocole inversé, s'intéressant avant tout à l'amélioration de la vie actuelle, soutient l'établissement d'une bonne relation thérapeutique nécessaire au tandem patient-thérapeute, et permet d'améliorer les conditions de vie actuelle, réduire la symptomatologie, suscitant ainsi espoir et motivation chez le patient. Même si à l'origine le conseil d'aborder les peurs émergentes propose une stratégie d'installation de ressources, nous avons fait l'expérience qu'il est possible d'appliquer un protocole EMDR standard de la phase 3 à la phase 8, rendant ainsi le retraitement plus efficace et les résultats plus robustes. Bien que le protocole inversé présente une voie de choix, nous suggérons qu'il mériterait d'être complété par d'autres ciblage permettant de prendre en compte trois autres aspects : la construction d'une meilleure tolérance à l'affect pour d'autres émotions que la peur, l'émergence des mémoires préverbales et la dimension des blessures relationnelles.

BIBLIOGRAPHIE

BISSON J., ANDREW M. (2007) « Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) », *The Cochrane Library*, 3.

BRADLEY R., GREENE J., RUSS E., DUTRA L., WESTEN D. (2005) « A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD », *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.

DAVIDSON P.R., PARKER K.C.H. (2001) « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : A meta-analysis », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305-316.

DELLUCCI H. (2009) *EMDR Letters*. Papier présenté à la 10^{ème} Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.

- DELLUCCI H. (2010) *No matter how slow you go, as long as you don't stop : A six gear mechanics for a safe therapy journey through complex trauma*. Poster présenté au 11^{ème} Congrès EMDR Europe à Hambourg, Allemagne et au 1^{er} Congrès EMDR Asie à Bali, Indonésie.
- FELITTI V.J., ANDA R.F., NORDENBERG D., WILLIAMSON D.F., SPITZ A.M., EDWARDS V., KOSS M.P., MARKS J.S. (1998) « Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults », *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- GARNER D.M., GARFINKEL P.E. (1997) *Handbook of treatment for eating disorders*. 2^{ème} édition (1^{ère} édition 1985), New York, The Guilford Press.
- HOFMANN A. (2005) *EMDR in the treatment of complex PTSD patients*. Papier présenté à la Conférence EMDR Europe, Bruxelles, Belgique.
- HOFMANN A. (2014) *EMDR - Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. 5^{ème} édition (1^{ère} édition 1999) Stuttgart : Thieme Verlag.
- HOFMANN A. (2009) *The inverted EMDR Standardprotocol for unstable Complex Posttraumatic Stress Disorder*. In Luber, M. (Ed) *EMDR Scripted Protocols. Special Populations*. pp. 313-328, New York, Springer Publishing Co.
- KNIPE J. (2009) *The Method in Constant Installation of Present Orientation and Safety*, in : Luber, M. (2009) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols - Special Populations*, New York, Springer.
- KNIPE J. (2014) *EMDR Toolbox. Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation*. Springer, New York.
- MAXFIELD L., HYER L.A. (2002) « The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD », *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.
- NIJENHUIS E.R.S. (2004) *Somatoform Dissociation : Phenomena, measurement, and theoretical issues*, New York, Norton.
- NIJENHUIS E.R.S., VAN DER HART O., STEELE K. (2002) « The emerging psychobiology of traumarelated dissociation and dissociative disorders. » In H.D'Haenen, J.A. Den Boer & P.Willner (Eds), *Biological Psychiatry* (pp.1079-1098), London, Wiley.
- O'SHEA M.K. (2009) *The EMDR early trauma protocol*. In : R.Shapiro Ed. *EMDR Solutions 2*. For depression, eating disorders, performance and more, Norton, New York.
- REINDERS A.A.T.S., NIJENHUIS E.R.S., PAANS A.M., KORF J., WILLEMSSEN A.T., DEN BOER J.A. (2003) « One brain, two selves », *Neuroimage*, 20, 2119-2125.
- REINDERS A.A.T.S., NIJENHUIS E.R.S., QUAK J., KORF J., HAAKSMA J., PAANS A.M. ET AL. (2006) « Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder : A symptom provocation study », *Biological Psychiatry*, 60, 730-740.
- REINDERS A.A.T.S., WILLEMSSEN A.T.M., VOS P.J., DEN BOER J.A., NIJENHUIS E.R.S. (2012) « Fact or factitious ? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states », *PLoS ONE* 7, 6, <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0039279>
- ROOT M.P.P., FALLON P. (1988) « The incidence of victimization experiences in a bulimic sample », *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 161-173.
- SHAPIRO F. (1989) « Eye Movement Desensitization : A new treatment for post-traumatic stress disorder. » *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 3, 211-217.
- SHAPIRO F. (2001) « Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures. » Guilford Press. Pour la traduction française : (2006) *Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures*. Inter Éditions, France.
- VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R.S., STEELE, K. (2006) *The Haunted Self : Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*, New York/London, W.W. Norton & Co. Pour la traduction française (2010) : *Le Soi Hanté : Dissociation Structurelle et Traitement de la Traumatisation Chronique*, Bruxelles, DeBoeck.
- VAN DER KOLK B.A., VAN DER HART O. (1991) « The intrusive past. The flexibility of memory and the engraving of trauma. » *American Imago*, 48 4, 425-454.
- VAN ETEN M.L., TAYLOR S. (1998) « Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder : a meta-analysis », *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.

Chapitre 39

Traiter les troubles de personnalité borderline par la thérapie EMDR

Dolores Mosquera
Andrew M. Leeds

Plusieurs études et revues indiquent que le trauma peut être considéré comme un facteur causal dans le développement des Troubles de Personnalité Borderline (TPB) dans le cadre d'un modèle d'étiologie multifactoriel (voir l'étude Mosquera *et al.*, 2014).

Le modèle de Traitement Adaptatif de l'Information (TAI ou *Adaptive Information Processing* - AIP ; Shapiro, 2001) fournit une base conceptuelle permettant de comprendre comment des informations biographiques pertinentes au sujet d'expériences infantiles peuvent être liées aux particularités spécifiques de la psychopathologie adulte. Le TAI offre également un excellent cadre thérapeutique à un trouble qui est fortement lié à des expériences négatives et traumatiques précoces (Brown et Shapiro, 2006).

Néanmoins, il est nécessaire d'adapter certaines procédures EMDR standard pour travailler avec des patients souffrant de TPB tout au long des huit phases de la thérapie EMDR ; Mosquera et Gonzalez, 2014). Un sous-groupe de patients avec TPB qui présente des caractéristiques prédominantes de dissociation structurelle (van der Hart *et al.*, 2006/2010 ; Mosquera *et al.*, 2011) sera mieux pris en charge avec des interventions se rapportant à la dissociation structurelle (Gonzalez et Mosquera, 2012, Mosquera *et al.*, 2014 ; Mosquera et Gonzalez, 2014). Un autre sous-groupe souffrant de TPB dont la nature sera davantage biologique aura besoin d'une pharmacothérapie pendant la phase de stabilisation du traitement (Mosquera *et al.*, 2014). Ce chapitre abordera le traitement EMDR du sous-groupe présentant des troubles de l'attachement et des antécédents de traumatismes complexes, mais sans caractéristiques prédominantes de dissociation structurelle.

LA PRISE EN CHARGE DU TPB À TRAVERS LE PROTOCOLE STANDARD EMDR

► Phase 1 - Anamnèse

Les praticiens ont besoin de collecter des informations sur les problèmes présents, ainsi que sur les expériences négatives et traumatiques du passé, tout en gardant à l'esprit le souci du rythme du patient et de sa tolérance à l'affect. Il est nécessaire que les thérapeutes contrôlent activement jusqu'à quel degré les patients avec TPB sont activés par le processus d'anamnèse, et doivent être prêts à ralentir le processus thérapeutique pour se recentrer sur le développement des capacités de confinement du matériel, de présentification et de régulation de l'affect (Mosquera *et al.*, 2014).

► Phase 2 - Préparation

Le patient doit bénéficier de psychoéducation dès les premières étapes de la thérapie afin d'aborder les défenses, la résolution de problèmes, les émotions, les besoins et particulièrement la prise en charge de soi, dans le but de l'aider à acquérir une perspective et à développer les ressources nécessaires avant le retraitement du trauma. Pour les patients souffrant de TPB, la psychoéducation ne doit pas être considérée comme une intervention limitée dans le temps. Elle doit être longitudinale avec l'introduction de l'information adaptative tout au long du processus thérapeutique. Par exemple, l'information sur l'attachement sain doit être introduite lors de l'anamnèse, abordée plus spécifiquement pendant le travail de prise en charge de soi, et réintroduite sous forme de tissages pendant les phases 4 à 7.

Les schémas de prise en charge de soi sont habituellement problématiques chez les patients avec TPB car ils tendent à privilégier la reconnaissance externe ou la satisfaction immédiate. Dans les cas de trauma graves, le Développement et l'Installation de Ressources (DIR) (*Resource Development and Installation* – RDI ; Korn et Leeds, 2002 ; Leeds, 2009) doit être prolongé afin de développer la prise en charge de soi et les capacités d'adaptation (Gonzalez et Mosquera, 2012) aux activités du quotidien : sommeil et exercices réguliers, nourriture ordonnée, pas d'abus de substances, soutien social et stabilité économique.

Les patients atteints de TPB sont sujets à des états émotionnels intenses qu'ils ne savent pas gérer, ou qu'ils amplifient par des réactions émotionnelles secondaires (par exemple en se mettant en colère parce qu'ils ressentent de la tristesse.) D'un côté, ils semblent tolérer une large gamme de réactions émotionnelles et cependant, de l'autre, ils font souvent preuve d'une tolérance extrêmement limitée de certaines émotions spécifiques. Les patients avec TPB ont besoin d'apprendre à accepter toutes leurs réactions émotionnelles et à les placer dans

des contextes situationnels afin qu'ils puissent comprendre ce qui les déclenche (y compris des événements passés et présents.)

Les activités d'auto-distraction peuvent s'avérer plus utiles que des exercices pour se contenir ; en effet, ces patients ont excessivement tendance à se contenir jusqu'à ce qu'ils explosent. Les stratégies de régulation tournées vers l'extérieur (appel désespéré à des amis ou des proches, quête du « grand » amour romantique, etc). doivent petit à petit céder la place à l'autorégulation (grâce à un dialogue interne encourageant, un changement du centre d'intérêt attentionnel, etc..) Les solutions magiques doivent être délaissées au profit de stratégies réalistes. Les procédures de prise en charge de soi peuvent aider ces patients à comprendre leur état émotionnel, à l'accepter et à se regarder avec compassion, sans jugement, ainsi qu'à fixer des limites dans les relations.

Les patients atteints de TPB présentent également des déficiences dans leur estime de soi et leurs capacités de prise de conscience métacognitive (Fonagy *et al.*, 2002 ; Mosquera et Gonzalez, 2014). Ces déficits doivent être évalués et pris en charge, à la fois dans la phase de préparation - par exemple avec l'exercice de dessin du cercle (Mosquera et Gonzalez, 2014), qui consiste à demander au patient de réfléchir à différents aspects de soi et de les dessiner dans un cercle afin d'obtenir une perception de son système interne et des problèmes de différenciation - ainsi que dans les phases 4 à 7, y compris en proposant un délai suffisant et un soutien à la mentalisation dans la phase de clôture. Il faut également aborder la question des défenses tout au long du processus thérapeutique.

► Retraitement du trauma : phases 3 à 7

Une tentative prudente d'utiliser le protocole standard complet de l'EMDR dans le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT) (Leeds, 2009 ; Shapiro, 2001) peut être initiée quand le patient montre des signes de stabilité dans ses activités quotidiennes et une autorégulation émotionnelle. Cet essai initial peut être présenté comme un test visant à vérifier si le moment est opportun pour commencer directement à aborder les souvenirs négatifs et traumatiques anciens. Si la première cible est bien choisie, si le patient comprend l'objectif de la procédure et s'est fixé des attentes réalistes, les résultats de ce « test » peuvent aider à décider quand retraiter les cibles suivantes.

SÉLECTIONNER DES CIBLES

Pour les patients avec TPB, il est souvent difficile de choisir des cibles. Il existe généralement un grand nombre de cibles pertinentes avec de nombreuses expériences négatives de vie, et de nombreuses expériences traumatiques uniques ou récurrentes (Mosquera, 2012 ; Leeds

et Mosquera, 2012 ; Mosquera *et al.*, 2014). D'un autre côté, dans des cas complexes de trauma, l'amnésie ou les souvenirs fragmentés peuvent interférer avec l'identification de cibles pertinentes du passé. Lorsqu'il y a des souvenirs clairement identifiés, les mécanismes de défense et d'évitement peuvent empêcher qu'on les aborde directement. Au lieu de cela, il est parfois nécessaire de mener davantage de travail de préparation, de psychoéducation et de stabilisation.

Les patients avec TPB présentent différentes situations spécifiques qui influencent le cheminement thérapeutique. Grâce à une approche progressive, nous pouvons commencer la thérapie EMDR avec des stimulations bilatérales par des contenus plus tolérables et progresser vers des contenus plus difficiles. Lorsque nous travaillons avec des patients souffrant de TPB et en l'absence de symptômes dissociatifs sévères, cinq options de base peuvent être prises en compte pour les interventions thérapeutiques en EMDR, de la plus supportable et accessible à celles plus difficiles à accéder et à tolérer (Mosquera *et al.*, 2014) :

- ➔ Offrir de la psychoéducation et de l'Installation de Ressources (DIR) sur des éléments adaptatifs : l'option est opportune quand le thérapeute juge que le patient a besoin d'une préparation spécifique et n'est pas prêt à retraiter les éléments dysfonctionnels ;
- ➔ Explorer, en collaboration avec le patient, l'effet des stimulations bilatérales sur des éléments dysfonctionnels limités afin de tester ses réponses spécifiques avec des *sensations* corporelles gênantes et des situations de la vie quotidienne stressantes ;
- ➔ Cibler et retraiter des éléments défensifs dysfonctionnels sélectifs et limités. Ceci diffère du retraitement complet du réseau de mémoire des souvenirs spécifiques. Parmi les exemples figurent le choix de pulsions défensives pour éviter, des pulsions compulsives pour distraire ou du matériel transférentiel ;
- ➔ Le choix et le retraitement des déclencheurs actuels (tout en abrégant ou en reportant délibérément les souvenirs centraux) peuvent être préférés quand le thérapeute estime que le patient n'est pas encore prêt à cibler des souvenirs anciens, mais est prêt à retraiter du matériel faisant partie de la problématique ;
- ➔ Le choix et le retraitement des souvenirs anciens commencent quand le thérapeute juge que le patient est prêt. Cela peut être des souvenirs de l'âge adulte, de l'adolescence ou de l'enfance, selon leur contribution au pire symptôme présent. Nous pouvons les découvrir à travers : (a) l'anamnèse directe, (b) le pont d'affect (Watkins, 1971) ou le *float back* (Young *et al.*, 2002, p. 195) ou à partir des mécanismes déclencheurs actuels et de (c) l'association spontanée de souvenirs plus récents vers des mémoires sources plus anciennes.

LES CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT GUIDENT LE SÉQUENÇAGE DE LA CIBLE

Les caractéristiques spécifiques du patient guident le séquençage de la cible et organisent le plan thérapeutique. Deux problématiques doivent être retraitées en premier car elles peuvent interférer avec le traitement et la sécurité du patient :

1. Des comportements ou des symptômes à haut risque, tels que le désespoir qui peuvent mener le patient à décompenser ;
2. Des souvenirs, des pensées ou des idées envahissants.

L'objectif de ce chapitre étant d'offrir des exemples pratiques pour illustrer la conceptualisation et le traitement par la thérapie EMDR, deux exemples de cas seront analysés.

VIGNETTES CLINIQUES

► Cas N° 1 : Trouble de l'attachement avec préparation prolongée, une « cible test » et une restructuration des défenses

Le premier cas implique une femme de 27 ans ayant une histoire d'abandon par sa mère à l'âge de trois ans, et des violences émotionnelles et physiques de la part de ses grands-parents. Son père était un héroïnomane qui l'aimait et partageait des moments positifs avec elle, mais était généralement indisponible et parfois négligent.

Travail de stabilisation : les dix premières séances ont servi à établir une relation de confiance, proposer de la psychoéducation et réduire les symptômes et les comportements à haut risque (consommation de cocaïne, automutilation et tentatives de suicide). À ce stade, les interventions de prise en charge de soi en termes de limites pour Soi, de régulation émotionnelle et l'apprentissage de limites fixées à autrui ont été réalisées en se basant sur un programme psychoéducatif (Mosquera, 2013) sans stimulations bilatérales. Ces interventions de stabilisation ont été renforcées par des tissages à de nombreuses reprises pendant le retraitement ultérieur des souvenirs traumatiques, et pendant les impasses thérapeutiques fréquentes : la patiente arrêta de prendre ses médicaments, ne venait pas au rendez-vous (pensant qu'elle « allait bien ») ou consommait des drogues.

► Retraitement des souvenirs traumatiques

Avant de commencer à travailler sur ses cibles les plus pertinentes, il a été décidé de cibler dans un premier temps une situation qui ennuyait « un petit peu » la patiente. En effet, elle

était terrifiée de travailler sur des problèmes du passé. La cible choisie était une petite dispute qu'elle avait récemment eue avec son petit ami. Lors du processus de désensibilisation, nous avons fait un retour à la cible après chaque série de stimulations bilatérales. Le résultat positif de cette première séance de retraitement a donné à la patiente davantage de confiance pour travailler sur des souvenirs plus anciens et plus dérangeants. Lors du retraitement des cibles ultérieures, l'EMDR a été appliqué de manière similaire, avec de fréquents retours à la cible. Malgré l'existence de nombreuses cibles pertinentes issues de son enfance, elle se plaignait fréquemment d'intrusions récurrentes portant sur la manière dont sa grand-mère l'avait manipulée afin de chasser son père toxicomane. La patiente se sentait très coupable car son père était mort quelques semaines plus tard. Ce souvenir, qui l'envahissait le plus souvent a été traité en premier.

Dans son second souvenir, elle voyait son père s'injecter de l'héroïne, tomber inconscient et la laisser seule au milieu d'un groupe de prostituées et de dealers. Curieusement, la patiente a trouvé plus facile de retraiter ce souvenir que toutes les cibles suivantes. Sa capacité à mener à terme le retraitement de ce souvenir (SUD 0, VOC 7 et bon scanner corporel) l'ont aidée à se préparer pour poursuivre sa thérapie EMDR. Après le retraitement de ces deux souvenirs, il a été nécessaire de travailler sur les défenses pour cibler l'idéalisation de son grand-père.

Ensuite, son traitement a consisté à aborder les pensées négatives envahissantes et récurrentes (telles que « je suis inférieure » et « je suis stupide ») en identifiant des souvenirs fondamentaux associés à l'aide de la technique du *float back* (Young *et al.*, 2002). Les souvenirs associés à ces pensées autocritiques n'avaient pas été précédemment révélés par la patiente qui ne les avait pas jugés utiles. D'autres souvenirs liés à la toxicomanie de son père, sa maladie due au sida et sa mort, se sont avérés très pertinents, mais provoquaient une douleur tellement extrême qu'ils n'ont pu être retraités qu'à la fin du travail précédent, lorsque la patiente avait suffisamment confiance que la thérapie EMDR puisse la soigner.

Après les résultats positifs de cette longue série de séances, un plan thérapeutique chronologiquement plus structuré a pu être établi. Ce plan impliquait de travailler sur les souvenirs anciens de sa mère qui l'avait négligée et abandonnée (à l'âge de 3 ans), les souvenirs des membres de sa famille se disputant entre eux, les situations de négligence de son père et de ses grands-parents, et les comportements directement violents de sa grand-mère.

Après ce cycle de thérapie, la patiente s'est sentie beaucoup plus sûre d'elle-même. Elle a arrêté de tout se reprocher et n'a plus pensé à elle-même comme un mauvais enfant. Au lieu de cela, elle s'est mise à penser : « J'ai fait ce que j'ai pu », et « J'étais une brave petite fille. » À la fin de son travail thérapeutique réparti sur 20 séances sur une période d'un an et demi, la patiente était capable d'améliorer la prise en charge de soi et son autorégulation, de demander et d'accepter de l'aide avant que les situations ne lui échappent, et de mieux comprendre ses sentiments et ses émotions. Elle était capable de fixer des limites, d'éviter

les problèmes relationnels et toute consommation de drogues ou d'alcool. Enfin, elle a appris à montrer plus de compassion envers elle-même.

► Cas N° 2 : Troubles de l'attachement avec retraitement EMDR standard

Une femme de 34 ans souffrant de dépression chronique et de Trouble de Personnalité Borderline - a été traitée par de nombreux professionnels depuis l'âge de 20 ans avec à la fois un traitement pharmaceutique et différentes psychothérapies. Lors de sa prise en charge, elle avait déjà été hospitalisée quatre fois pour tentatives de suicide lors des deux années précédentes. Elle déclare se sentir accablée et incontrôlable la plupart du temps, avec une impulsivité sexuelle et agressive, une dépendance émotionnelle et des pensées extrêmes (« tout ou rien »). Elle admet des violences physiques continues mutuelles avec son concubin. Elle a connu des attaques de panique récurrentes (2 à 3 par mois) au cours des deux dernières années. Elle explique être effrayée de ses propres réactions, de sa difficulté à être seule et ressentir un sentiment constant de solitude. Elle appréhende son avenir et se sent désespérée. Elle développe de puissantes pensées négatives, dont de nombreuses sont liées au changement de parents d'accueil, son père et sa mère l'ayant laissé en charge à ses grands-parents lorsqu'elle avait deux ans (« *On m'a laissée dans un no man's land* »). Elle signale des difficultés majeures dans la relation d'attachement avec ses parents (une mère très exigeante et critique, et un père alcoolique et faible qui ne l'a jamais défendue).

Quand elle avait deux ans, ses parents ont trouvé du travail dans un autre pays et l'ont laissée aux soins de ses grands-parents. Elle explique : « *Comme ils ne savaient pas quoi faire de moi, ils m'ont laissée avec mes grands-parents. Je me suis sentie abandonnée, non voulue, imparfaite, mauvaise, coupable.* » « *Je n'ai pas compris pourquoi ils l'ont emmenée (sa grande sœur) et pas moi.* » Petit à petit, la patiente a développé un lien sécurisant avec sa grand-mère. Puis, quand elle avait quatre ans, ses parents sont revenus et l'ont éloignée de sa grand-mère. Parmi les autres expériences traumatiques spécifiques figure son frère essayant de se suicider le jour de son 12^e anniversaire (« *Personne ne s'est souvenu de mon anniversaire* ») et un avortement à l'âge de 22 ans - sa mère l'ayant alors chassée de la maison en l'accusant « d'être une meurtrière. »

► Conceptualisation du cas et plan de traitement

Étant donné l'échec de ses traitements précédents et sa situation actuelle de violence domestique active, une approche prudente de stabilisation des cas complexes aurait pu mener à une décision de différer le traitement du souvenir traumatique en faveur d'un travail sur la stabilisation et des interventions de renforcement de l'ego, telles que le DIR. Dans ce cas, cependant, une bonne relation d'attachement avec sa grand-mère, malgré la courte période

pendant laquelle elles ont vécu ensemble, assure à la patiente de la résilience et une source de force. Par conséquent, nous avons décidé de limiter la phase de préparation et de commencer le retraitement des expériences étiologiques au début du plan de traitement.

Le travail thérapeutique a commencé avec trois séances de psychoéducation (Mosquera, 2013) afin de stabiliser la régulation émotionnelle, la prise en charge de soi, la fixation de bornes et de limites. Lors de ces trois séances, les stimulations bilatérales ont été utilisées à la fois pour installer les ressources et renforcer les moments de *réalisation*. Lors de la quatrième séance, la patiente et le thérapeute ont décidé de commencer avec sa pire expérience d'enfance - être abandonnée par sa mère à l'âge de deux ans - celle-ci affectant nettement ses relations actuelles. Elle a bénéficié d'un total de 30 séances de retraitement EMDR standard - des tissages psychoéducatifs étant proposés lorsque cela s'avérait nécessaire - sur une période de dix-huit mois.

Cibles :

- Voir sa mère passer la porte quand elle avait deux ans ;
- Les souvenirs liés à sa mère, incluant corrections, humiliations et insultes ;
- Les souvenirs de son père soul et agressif, et de ses parents se disputant ;
- La tentative de suicide de son frère lors de son 12^e anniversaire ;
- Son avortement et les souvenirs qui y sont liés ;
- Les bagarres avec son mari ;
- Les souvenirs liés aux pensées négatives quotidiennes sur elle-même en tant qu'être humain ;
- Les souvenirs liés à sa croyance « je suis une mauvaise mère. »

Grâce à son travail thérapeutique, la patiente a été capable de développer de bonnes capacités d'autorégulation. Les idées suicidaires ont cessé et la capacité de se prendre en charge s'est considérablement améliorée, ainsi que la capacité à prendre soin de son fils. La patiente a pu comprendre comment ses anciens comportements interféraient avec le maintien de relations adaptatives, entraînant une amélioration des relations avec son mari. Elle a été capable de pardonner à ses parents leurs erreurs passées et se concentrer sur le soutien réel qu'elle reçoit dans sa vie actuelle.

L'EMDR est une thérapie prometteuse pour les patients souffrant de Troubles de Personnalité Borderline. Son application nécessite un certain nombre d'adaptations des procédures EMDR standard, mises au point à l'origine pour des cas plus simples d'ESPT.

L'expérience clinique suggère que de nombreux patients atteints de TPB avec des antécédents complexes de négligences et de violences n'ont besoin que d'une quantité limitée d'interventions de

stabilisation et de modifications modérées des procédures EMDR standard pour accéder sans problème au matériel traumatique et le retraiter, conformément à la description faite dans cet article.

Une question centrale du développement et de l'organisation de plans de traitement EMDR sûrs et efficaces pour les patients atteints de TPB est la mise au point des compétences conceptuelles, perceptuelles, procédurales et intersubjectives dont les praticiens ont besoin pour organiser leur travail tout au long des huit phases de l'EMDR.

Le développement de ces compétences nécessite une formation spécialisée de praticiens avancés, de la formation continue et des supervisions.

BIBLIOGRAPHIE

- BROWN S., SHAPIRO F. (2006) EMDR in the treatment of borderline personality disorder, *Clinical Case Studies*, 5, 5, 403-420.
- FONAGY P., GERGELY G., JURIST E.L., TARGET M. (2002) *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*, New York, Other Press.
- GONZALEZ A., MOSQUERA D. (2012) *EMDR and dissociation : The progressive approach*, Charleston, SC, Amazon Imprint.
- KORN D.L., LEEDS A.M. (2002) Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder, *Journal of Clinical Psychology*, 58, 12, 1465-1487.
- LEEDS A.M. (2009) *A guide to the standard EMDR protocols for clinicians, supervisors, and consultants*, New York, Springer Publishing Company.
- LEEDS A.M. MOSQUERA D. (2012) Borderline Personality Disorder and EMDR. Atelier présenté à la Conférence EMDRIA à Washington : Attachment : Healing Developmental Trauma.
- MOSQUERA D. (2012) Treating Borderline Personality Disorder with EMDR. Atelier présenté au Congrès National EMDR au Pays Bas.
- MOSQUERA D. (2013) *Rough Diamonds II. Psychoeducational and Treatment Manual for Borderline Personality Disorder. Structured program for professionals*, 2nd edition revised, Pléyades, S.A. (Published in Spanish)
- MOSQUERA D. GONZALEZ A. (2014) *Borderline Personality Disorder and EMDR Therapy*, Pléyades, S.A. (English edition in Amazon Imprint)
- MOSQUERA M., GONZALEZ A. VAN DER HART O. (2011) Borderline personality disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality, *Revista Persona*, 11. 1, 1-73.
- MOSQUERA D., LEEDS A. GONZALEZ A. (2014) Application of EMDR Procedures for Borderline Personality Disorder, *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 2, 74-89.
- SHAPIRO F. (2001) *Eye movement desensitization and reprocessing, basic principles, protocols and procedures*, New York, The Guilford Press. Pour la traduction française (2007) : Manuel d'EMDR : Principes, protocoles, procédures, InterEditions.
- VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R.S., STEELE K. (2006) *The haunted self : Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*, New York, Norton. Pour la traduction française (2010) : Le Soi Hanté. Dissociation Structurelle et le traitement de la Traumatization Chronique, Bruxelles, De Boeck.
- WATKINS J.G. (1971) The affect bridge : a hypnoanalytic technique, *International Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 1, 21-27.
- YOUNG J. E., ZANGWILL W.M., BEHARY W.E. (2002) Combining EMDR and schema-focused therapy : The whole may be greater than the sum of the parts. In F. Shapiro (Ed), *EMDR and the paradigm prism* (pp. 181-208) Washington DC, American Psychological Association Press.

Chapitre 40

Traiter les troubles narcissiques par la thérapie EMDR

Dolores Mosquera
Jim Knipe

Le Trouble de Personnalité Narcissique et le Trouble de Structure Narcissique sont associés à des comportements égoïstes et un manque d'empathie envers les autres. Les qualités manifestes des troubles narcissiques, telles que la grandiosité, l'exploitation d'autrui, l'arrogance, les problèmes dans les relations interpersonnelles et la rage, sont familiers aux praticiens, mais les signes cliniques cachés peuvent passer inaperçus et dès lors ne pas être traités. L'objectif de ce chapitre est d'analyser les formes diverses de la symptomatologie narcissique, la manière dont elle peut être conceptualisée à partir du modèle de Traitement Adaptatif de l'Information (TAI) et traitée par la thérapie EMDR (Shapiro, 2001).

Approcher les troubles narcissiques par la thérapie EMDR part de l'hypothèse que ce trouble est basé sur des expériences difficiles et préjudiciables vécues dans la petite enfance : soit des événements traumatiques identifiables et spécifiques (Afifi *et al.*, 2011), soit la situation plus courante de « traumatismes par omission » - la situation d'un enfant qui, de façon répétée, est frustré dans ses besoins d'attachement et d'éducation (Cohen *et al.*, 2014). Nous partons du principe que, pour l'individu adulte narcissique, les deux types de trauma ont joué un rôle, non seulement par la création de mémoires dysfonctionnellement stockées à partir d'événements stressants, mais aussi d'autres éléments traumatiques stockés dysfonctionnellement (Éléments Dysfonctionnellement Stockés – EDS, Gonzalez et Mosquera, 2012, Mosquera et Knipe, 2015). Il s'agit par exemple de défenses psychologiques et souvent de dissociation (c'est-à-dire un manque d'accès pleinement conscient entre des états de soi/des réseaux de souvenirs fonctionnant séparément).

LA THÉRAPIE EMDR POUR LES PATIENTS AVEC DES TROUBLES NARCISSIQUES (D'APRÈS MOSQUERA ET KNIPE, 2015)

L'utilisation des procédures EMDR peut s'avérer difficile lorsqu'on travaille avec des structures de personnalité complexes caractérisées par des schémas défensifs rigides et des états du Moi séparés. Les parties de la personnalité peuvent fonctionner très séparément et ne disposent peut-être pas d'un accès pleinement conscient entre elles. Elles ont peut-être aussi des difficultés à atteindre la pleine « réalisation » (van der Hart *et al.*, 2006, 2010) de la manière dont le présent est séparé et différent du passé (Kernberg *et al.*, 2000). L'échec de la réalisation peut rendre plus probables les projections erronées sur d'autres personnes, et entraîner des problèmes relationnels importants, y compris dans les relations avec un thérapeute. Le thérapeute doit se montrer vigilant face à ces distorsions lorsqu'elles surviennent dans la relation thérapeutique.

► Plan de traitement, sélection des cibles et plan de ciblage

● Objectif de la thérapie

L'investissement dans une image excessivement positive peut dominer le sens de Soi d'une personne, ou simplement être un état d'esprit qui survient, à des degrés variables, dans certaines circonstances spécifiques. Que l'investissement soit important ou restreint, il peut progressivement s'effectuer un glissement dans la thérapie, passant de l'investissement émotionnel dans le « Faux Self » à l'acceptation d'être simplement un « Soi authentique. » L'illusion est abandonnée, et le deuil s'accompagne d'une compensation : un sentiment accru d'ancrage et de cohérence avec Soi, ainsi qu'une ouverture vers des relations authentiques avec autrui. Une personne peut finalement accepter : « Je ne suis pas merveilleux(se), et en fait, ça me convient, et je suis soulagé(e) de savoir que je ne suis pas horrible. Cela me convient d'être seulement qui je suis. » C'est gratifiant pour l'individu de découvrir la simple permission d'être humain, et d'être conscient de l'humanité des autres. Avec ces patients, la thérapie est par nécessité lente et progressive.

● Cibles initiales

Masterson (1981) recommande de commencer le traitement d'un individu présentant une structure narcissique en « renvoyant le reflet de la vulnérabilité narcissique. » En d'autres mots, la construction de la relation première survient lorsque le thérapeute reflète avec empathie la perturbation du client associée aux moments pendant lesquels le « Faux Self » n'était pas accepté par les autres, ou se révélait égoïste, irréaliste, gênant ou inapproprié

d'une certaine manière. Par exemple, le thérapeute peut affirmer : « Je peux comprendre que, lorsque cela survenait, c'était très contrariant. Pouvez-vous m'en dire plus sur vos sentiments en réaction à cela ? » En adéquation avec cette approche, un thérapeute EMDR pourrait suggérer que le ciblage commence avec des événements qui contiennent des perturbations *plus accessibles*, ceux que le patient peut *facilement identifier comme négatifs et personnellement problématiques*, tels que les déclencheurs actuels ou les événements récents. Une blessure narcissique récente (c'est-à-dire un événement qui a sévèrement ébranlé le « Faux Self » déformé et exagérément positif du client) peut s'avérer une cible très largement accessible, contenant des sentiments d'humiliation, une colère impuissante ou d'autres effets négatifs. Cette situation pourrait offrir une excellente opportunité de présenter au patient les procédures de traitement EMDR et expliquer les avantages de cette approche thérapeutique. Nombre de ces situations apparaissent habituellement lors de la présentation initiale d'une personne avec une structure narcissique. En effet, l'égocentrisme irréaliste, l'autosatisfaction et le sentiment que tout est dû ont tendance à provoquer des réponses négatives de la part des autres. Cette auto-idéalisation irréaliste, survenant à un degré plus ou moins élevé, risque à terme de se terminer en humiliation - un « crash avec la réalité. »

● Cibler les premières blessures narcissiques, les pires et les récentes

Si le patient a suffisamment confiance en son thérapeute, certaines situations douloureuses peuvent être révélées et analysées. Les premières, les pires et les plus récentes pourront être relevées. Comme plusieurs de ces situations sont abordées et traitées avec succès au fil du temps, l'alliance thérapeutique s'en trouve renforcée, conduisant enfin le patient à être en mesure de travailler directement sur les expériences centrales de l'enfance : désengagement parental, abandon émotionnel, et/ou violences.

Pour certains patients, il est utile de présenter ce type de travail comme une procédure « de soulagement du stress. » Par exemple, un patient peut venir à la séance en se plaignant qu'une personne n'a pas « agi correctement » avec lui. Et que cette situation a été stressante pour lui. Le thérapeute pourra alors répondre que c'était le type de choses qui « pourra l'aider à être moins tourmenté, même si cela ne supprimera pas tout le stress qu'il ressent. »

Le stress de ces blessures narcissiques étant moindre, et le patient à même de se souvenir de ces situations avec plus de clarté et moins de perturbation, il se peut que peu à peu le patient puisse ne plus se focaliser sur ses seuls besoins et le sentiment que tout lui est dû. Il pourra aller vers la reconnaissance des autres, non pas tant en objets, mais comme des gens réels et séparés. L'empathie - l'intérêt et l'engagement envers les besoins et les expériences séparés des autres - peut être présentée au patient comme une solution à un problème autrefois déroutant : « Pourquoi les autres personnes ne me répondent-elles pas positivement alors que je suis aussi impressionnant ? »

Petit à petit, le patient présentant des traits narcissiques parvient à voir et ressentir l'importance de l'empathie envers les autres, et pourquoi ce ressenti est la clé de relations satisfaisantes et réussies avec les autres personnes. Parallèlement, le patient peut également connaître une modification de la définition même de soi, en faveur d'une perception de lui-même plus réaliste et équilibrée. Un patient a déclaré : « Je me rends compte maintenant que je ne suis pas si bien, et que je ne suis pas si mal ! »

● *Cibler des événements positifs initiaux qui ont créé une auto-idéalisation*

Une fois que le patient peut commencer à avoir ce type de ressenti conscient, il est alors possible d'entrouvrir la porte, de revenir en arrière et de cibler spécifiquement les événements positifs qui ont été à l'origine de l'auto-idéalisation. Il s'agit alors de cibler plus spécifiquement les affects positifs associés à ces événements. Voici quelques exemples : des souvenirs d'un parent qui se montre encourageant ; des situations actuelles au cours desquelles l'individu a satisfait un besoin obsessionnel de gagner l'admiration des parents dans le monde d'aujourd'hui ; ou un moment au cours duquel le patient a su gagner l'admiration d'autres personnes. Typiquement, ces exemples étant ciblés, le caractère défensif de l'auto-idéalisation apparaîtra plus clairement. Un concept de soi excessivement positif peut apparaître comme une manière de s'éloigner d'une douleur émotionnelle liée à des événements traumatiques ou à de la négligence. Il s'agit alors d'une stratégie pour ne pas ressentir les effets négatifs. Réciproquement, il peut être utile d'identifier et de cibler les moments du passé où il y a eu des blessures narcissiques - quelque chose est survenu qui a rendu le concept de soi narcissique intenable - et la personne s'est sentie humiliée ou déshonorée, au moins pour une courte période, jusqu'à ce que le concept de soi de perfection soit restauré. Ce sont là des exemples où il s'agit de cibler des souvenirs ayant un affect positif stockés de manière dysfonctionnelle. Des souvenirs qui forment ensuite le fondement des défenses d'idéalisation empêchant tout accès aux souvenirs à valence négative de violence ou de non implication parentale. Une fois que l'alliance est solide et que le patient a développé un meilleur sentiment de maîtrise en lien avec le traitement de souvenirs inconfortables, alors il est possible de poursuivre avec le retraitement du trauma des souvenirs centraux (Mosquera, 2012).

● *Les scénarios du futur*

Les scénarios du futur doivent être utilisés pour compléter l'approche en trois temps et consolider les résultats obtenus après le traitement des souvenirs du passé et des déclencheurs du présent.

► Phase 1 de la thérapie EMDR avec des individus narcissiques : anamnèse

Pendant la phase 1, il sera nécessaire de mettre en place un lien thérapeutique solide grâce à une compréhension répétée, juste et empathique de la part du thérapeute. Il faut que le patient soit convaincu que : « Son thérapeute comprend vraiment les choses, qu'il comprenne qui il est ! » Masterson (1981) décrit la nécessité que le thérapeute « renvoie le reflet de la vulnérabilité narcissique » particulièrement dans la première partie du traitement. Le rôle du thérapeute est d'aider le patient narcissique à développer sa curiosité et savoir pourquoi les autres réagissent souvent de manière négative, et ainsi commencer à entrapercevoir que son concept de soi surdimensionné est irréaliste et trompeur. En abordant avec le patient les notions de supériorité et le sentiment que tout lui est dû, il est important que le thérapeute utilise des mots qui entrent en résonance avec la vulnérabilité sous-jacente et les défenses d'auto-idéalisation du patient. Il faut alors s'assurer que des sentiments de honte ou d'attaque ne surgissent pas (Mosquera, 2012). Le « Faux Self » légitime et supérieur du patient (Winnicott, 1960), bien que semblant solide et robuste, est généralement très fragile, comme un fin vernis recouvrant des sentiments de vide et souvent un énorme doute de soi-même. Le patient peut apparaître « grossier », en ne montrant aucune conscience des effets de ce qu'il dit de négatif sur les autres personnes. Lors des premières séances, il est probablement préférable que le thérapeute évite de répondre à cette grossièreté par des interprétations prématurées. Dans certains cas, même les attaques verbales sur le thérapeute peuvent s'en tenir à une réponse minimale - ces attaques peuvent être un « test » inconsciemment motivé visant à déterminer si le thérapeute est capable de maintenir son estime de soi face à des attaques (le client a besoin de savoir que le thérapeute dispose d'un sens de soi suffisamment résilient). Il se peut que le patient soit surpris par la résilience du thérapeute - une résilience qui peut contraster nettement avec les réponses et les retours habituels dont il fait l'objet.

Personne ne tirera profit de la thérapie si le patient abandonne. Un certain degré de relation thérapeutique positive est nécessaire pour que la confrontation entre le patient et le thérapeute soit efficace. Plus la confrontation est importante, plus la relation doit être solide. Quand le patient sera convaincu que le thérapeute est « de son côté » et qu'il travaille dans son intérêt, alors la confrontation, conduite avec compassion et empathie, n'en sera que plus efficace. En d'autres termes, le thérapeute ne doit pas affronter le patient dans les premières séances. Le patient peut avoir besoin de se prouver et ce à plusieurs reprises, que le thérapeute ne ripostera pas comme ont pu le faire les autres personnes qui ont traversé sa vie. Cela ne signifie pas que le thérapeute doit se montrer hypocrite, mais il doit être pleinement conscient du danger de mal interpréter le *feedback* négatif du patient, voire d'engendrer un vrai malentendu. Paradoxalement, cette approche peut donc pousser le patient à être plus détendu et prêt à dévoiler les aspects potentiellement vulnérables de lui-même.

► Phase 2 de la thérapie EMDR : préparation

Durant la phase 2 de la thérapie EMDR, le praticien doit éviter de formuler des phrases qui impliquent que le patient aurait besoin d'une stabilisation prolongée. Cela pourrait mener à l'activation des défenses et interférer avec le traitement.

● *Des interventions psycho-éducatives*

La phase de préparation constitue un processus long qui consiste à démanteler les nombreuses couches défensives caractéristiques des patients avec une structure narcissique. La psychoéducation est souvent très utile pour décrire comment les défenses peuvent se développer pendant l'enfance en réaction à un environnement difficile. Les défenses s'expliquent comme une tentative d'aider le Moi du patient, et non comme un défaut ou une faiblesse personnels. Les traumatismes anciens peuvent être identifiés, mais étant donné la fragilité de la personnalité initiale du patient, il convient de ne pas commencer avec les événements les plus négatifs ou les plus chargés émotionnellement. Il faut en effet faire tomber de nombreux murs avant d'en arriver là. (Mosquera, 2012).

La psychoéducation et la réflexion collaborative, tout comme la reformulation des problèmes et de l'histoire du client, sont nécessaires avant d'identifier les souvenirs dysfonctionnellement stockés qui alimentent la structure narcissique.

● *L'introduction de la stimulation bilatérale en phase 2 pour les patients narcissiques*

La stimulation bilatérale peut être utilisée en phase 2 pour améliorer les interventions et traiter des cibles non traumatiques, telles que les défenses ou les problèmes relationnels. À ce stade, le principal souci est de ne pas se méprendre sur la sécurité, la stabilité et le contrôle apparents du patient. Il s'agit aussi de ne pas surestimer sa capacité de résilience. Sa fragilité cachée peut être élevée, et le patient peut décompenser par le retraitement de défenses qui lui sont encore nécessaires au maintien d'un sentiment de stabilité et de contrôle.

● *Stratégies de stabilisation*

Les patients présentant des caractéristiques narcissiques doivent apprendre à développer leurs capacités à réguler leurs émotions et entretenir les relations interpersonnelles. Cette information doit être introduite avec précaution car ces patients risquent de se montrer hypersensibles aux messages qui peuvent sous-entendre qu'ils ne sont pas supérieurs, capables ou doués.

Même les interventions qui sont habituellement stabilisantes, telles que l'installation de ressources (Leeds, 2009) ou les exercices structurés pour prendre soin de soi (Gonzalez et

Mosquera, 2012 ; Mosquera et Gonzalez, 2014), ne doivent pas être utilisées tant que le patient n'est pas capable de progresser par une pensée réfléchie et atteindre un sens de soi plus réaliste. Lorsque le patient s'améliore dans l'évaluation juste et objective de ses problèmes, des ressources nouvelles et plus à même de l'aider et de prendre soin de lui.

● Travailler avec des souvenirs positifs idéalisés

Le travail sur les défenses (Knipe, 1998, 2005, 2014) ciblant des souvenirs d'affects positifs liés au « Faux Self » peut être utile pour un patient qui est devenu conscient de la nature trompeuse de l'idéalisation déformée de soi. Par exemple, un homme de 31 ans était bouleversé par la crainte que sa petite amie avec qui il vivait, ne soit pas suffisamment impressionnée par l'importance de ses revenus. Parfois, lorsqu'elle affirmait que le niveau de ses revenus n'était pas une chose importante pour elle, il se sentait mal à l'aise, il interprétait cela comme un signe qu'elle ne l'aimait pas. Au cours de la psychothérapie, le patient a identifié des souvenirs très spécifiques, notamment sur la manière dont ses parents lui avaient transmis le message selon lequel accumuler de l'argent synonyme de valeur. Ce message lui avait en outre été transmis dans un contexte où ses parents ne se montraient pas impliqués à son égard, où en même temps il recevait d'eux d'intenses critiques. Il avait ainsi appris que « le moyen d'être relié aux autres était de gagner beaucoup d'argent, et ainsi être considéré comme ayant de la valeur. » Si ma puissance économique n'est pas reconnue, cela signifie que l'autre personne est indifférente à mon égard. » Il fut donc utile de cibler avec lui le sentiment positif associé à un souvenir spécifique. Un événement au cours duquel il avait annoncé à ses parents son salaire élevé. L'affect positif de ce souvenir, initialement un « 10 » (sur une échelle de 0 à 10), a diminué après des séries répétées de stimulations bilatérales (SBA). Ce travail fit également émerger de nombreuses images de solitude pendant l'enfance. Celles-ci ont également été ciblées dans la prise en charge EMDR (protocole standard, phases 3 à 7). Cette approche (appelée la méthode du niveau d'affect positif - *Level of Positive Affect method*, LOPA ; Knipe, 1998, 2014) ne doit être utilisée chez ces patients qu'après l'instauration d'une relation thérapeutique suffisamment soutenante, car elle implique un niveau élevé de révélation de soi de la part du client. Un thérapeute expérimenté pourrait penser : « Est-ce une bonne idée... de réduire la force d'une défense psychologique ? Est-ce que le patient ne risque-t-il pas de devenir encore plus vulnérable face aux souvenirs et aux sentiments post-traumatiques dérangeants ? » Nous avons découvert qu'habituellement ce n'était pas le cas. Quand les origines du « Faux Self » idéalisé du patient sont ciblées, dans le contexte d'une relation thérapeutique solidement établie, la force de la défense narcissique tend à diminuer, ainsi que (en parallèle), l'intensité du matériel traumatique sous-jacent. Ce matériel peut être ciblé en toute sécurité à l'aide des procédures EMDR standard utilisées pour les souvenirs difficiles.

L'idéalisation peut concerner soi-même ou autrui. Par exemple, une patiente s'est retrouvée en danger en raison de son attitude d'idéalisation de son petit ami qui avait été violent avec elle. Bien que pour ces raisons, il se trouvait en prison pour l'avoir presque tuée, elle restait dans le déni de la situation et « s'accrochait » aux souvenirs de moments idéalisés qu'elle avait passés avec lui. En ciblant dans la prise en charge les meilleurs moments idéalisés, elle fut paradoxalement capable de prendre conscience de la situation de danger dans laquelle elle se trouvait.

● Travailler avec la dissociation et les parties de la personnalité

Si l'environnement familial a été extrêmement négligeant, non soutenant et/ou maltraitant, de sévères fragmentations peuvent se former dans la structure de la personnalité (Bennett, 2006 ; van der Hart *et al.*, 2006/2010 ; Afifi *et al.*, 2011 ; Mosquera, 2012 ; Lyons-Ruth *et al.*, 2006). Il peut survenir une séparation amnésique entre l'État du Moi idéalisé et positif, et d'autres États du Moi qui détiennent les souvenirs de solitude et d'abandon ou de violences.

Comprendre que le patient narcissique possède des parties ou des États du Moi différents (par exemple un « Faux Self » grandiose, un enfant vulnérable, une partie protectrice agressive) peut aider le thérapeute à appréhender la structure sous-jacente et à planifier ses interventions. Il est possible que le patient accède consciemment à ces parties, ou revive des souvenirs qui les activent. Si cela est le cas, et que le patient est en mesure de se sentir dans une sécurité émotionnelle suffisante avec le thérapeute, alors ces souvenirs peuvent être ciblés à l'aide des procédures EMDR standard. L'ordre des cibles abordées doit être évalué en fonction des besoins actuels du patient en matière de sécurité et de stabilité émotionnelle, ainsi que des objectifs thérapeutiques préalablement négociés. Mais s'il s'agit d'un trouble dissociatif comorbide – c'est-à-dire une histoire d'attachement désorganisée dans l'enfance et une séparation dissociative entre des parties de personnalité - le traitement devra être poursuivi par une « approche plus progressive » du travail avec les phobies dissociatives et les parties du système interne (van der Hart *et al.*, 2013 ; Gonzalez et Mosquera, 2012).

► Phase 3 : évaluation

Pendant la phase 3, plusieurs problèmes spécifiques peuvent survenir au contact de cette population. Il semble que souvent, les patients avec des traits narcissiques n'aiment pas qu'on leur demande de quantifier leurs expériences. C'est le cas dans la procédure EMDR avec les échelles VOC et SUD (sans doute parce que les chiffres les obligent à se pencher de près sur leur propre expérience intérieure).

En phase 3, les problèmes sont habituellement liés aux cognitions. Lors du ciblage initial, le thérapeute ne doit pas trop insister pour obtenir une cognition négative (CN) autoréférencée.

Il peut être utile de permettre au patient d'exprimer ses CN sur les autres avant de demander une CN autoréférencée. Il peut aussi être utile d'accepter des cognitions comme : « Cela me dérange encore. » C'est là une cognition modérée comparée aux autres CN, mais la plupart des personnes avec des troubles narcissiques peuvent l'accepter (Knipe, 1998). Dans ce cas, la cognition positive (CP) peut également être très modérée et devenir : « Cela ne me dérange plus. » En ce qui concerne les CP, il faut être particulièrement attentif à ne pas accepter une cognition idéalisée telle que « Je suis le meilleur » ou « Je suis supérieur. » Lors de cette phase, il faut avoir conscience que les réponses du patient peuvent provenir de la partie du patient qui porte la perturbation, tandis que l'autre provient du « Faux Self » idéalisé. Par exemple, un patient peut identifier un souvenir dérangeant, accompagné d'une CN : « Cela me dérange vraiment ! » Puis le client peut attribuer à une CP associée : « Cela ne me dérange pas du tout », avec un score de Validité des cognitions (VoC) de « 7 » !

► Phase 4 : désensibilisation

Les praticiens doivent également garder à l'esprit que selon le modèle TAI, nous espérons que les sets de SBA conduiront peu à peu à connecter le patient à de l'information adaptative. Ce qui ne signifie pas que ces associations seront toujours vécues comme positives. Par exemple, un patient ayant une défense égocentrique consistant à rejeter la faute sur les autres peut devenir de plus en plus conscient de ses torts et de sa responsabilité personnelle lors des événements difficiles. Par exemple : « Je suis coupable » est plus adaptatif que « les autres sont la cause de mon problème » dans des situations où en fait, le patient a une part de responsabilité dans ce qui est arrivé. Le processus peut ressembler à un « traitement inversé » partant du positif (idéalisé) au négatif (réaliste). Paradoxalement, de nombreux patients se sentent soulagés lorsque ce glissement s'opère : ils se débarrassent alors de l'obligation de devoir toujours être spécial et impressionnant aux yeux des autres. Cette possibilité explique pourquoi une alliance thérapeutique solide et basée sur la confiance est si importante lorsqu'on travaille avec des patients présentant des caractéristiques narcissiques. Si la thérapie se déroule de manière utile et adéquate, le patient révélera nécessairement de la fragilité et de la vulnérabilité. Le thérapeute doit veiller à éviter des mots qui risqueraient de sous-entendre des sentiments de honte. Si le patient doit se désinvestir de son « Faux Self » idéalisé, cela doit se faire à un rythme qui doit être le sien et qu'il peut tolérer.

Parfois, les thérapeutes peuvent avoir besoin de jouer un rôle plus actif afin de garantir que toutes les émotions soient incluses dans la phase de désensibilisation. Par exemple, dans l'histoire du patient, la peur ou la tristesse peuvent ne pas avoir été permises. Le patient n'avait que l'autorisation d'être un enfant parfait-idéalisé, sans les sentiments ou d'autres comportements que ses parents n'auraient pas tolérés. Le thérapeute peut introduire des

tissages tels que « accordez-vous le droit de ressentir TOUS vos sentiments » ou « laissez-les sortir, c'est bien. »

► Phase 5 : installation

Certains patients rencontrent des problèmes pour chercher une CP car ils pensent à tort qu'ils ont besoin d'être convaincus par cette affirmation avant de commencer le retraitement EMDR. À ces patients, le thérapeute peut répondre : « Je ne m'attends pas à ce que votre affirmation ait un score (VoC) élevé dès le début de ce travail. Si votre score est de 1, 2 ou 3, cela signifie simplement que nous sommes sur la bonne voie. »

Dans certains cas, cette phase peut être compliquée car les clients ayant souffert d'environnements négligents ou traumatiques précoces peuvent manquer de réseaux positifs réalistes auxquels se relier. D'autres n'ont pas l'expérience d'affects positifs partagés avec les personnes qui se sont occupées d'eux pendant l'enfance. Ils peuvent donc se sentir perturbés par des affirmations de soi positives à cause du manque de tolérance envers les affects positifs (Leeds, 2009). Ces patients peuvent simplement ne pas se sentir familiers avec l'empathie, parce que de telles expériences ne font pas partie de leur histoire personnelle. Pire, de tels sentiments envers les autres pouvaient par le passé être punis ou ignorés.

Un « moment pédagogique » important survient souvent au cours de la phase 5 lorsque le patient se met à réaliser qu'une CP de supériorité ou de sentiment que tout lui est dû n'est en fait pas réaliste ou tenable. À ce stade, le thérapeute peut suggérer une CP plus appropriée. Par exemple, au lieu d'une CP défensive : « Je suis intouchable/incassable », le thérapeute peut suggérer une CP plus réaliste : « Je sais me protéger moi-même. »

► Phase 6 : scanner corporel

Au cours de la phase 6, il semble qu'il y ait moins de variations par rapport au protocole habituel. Certains patients avec des traits narcissiques ont appris à dissocier certaines sensations corporelles. Après les premières phases du protocole EMDR, ces derniers peuvent se révéler plus ouverts et plus conscients. Par exemple, après la phase 4 et la phase 5, un patient peut signaler plus de tension physique, de fatigue ou de faim (si la dissociation de la faim faisait partie du « Faux Self » initial, comme cela peut parfois arriver chez les patients anorexiques). Le thérapeute doit être conscient que ces sensations physiques sont peut-être les manifestations d'éventuels nouveaux d'informations traumatiques qui s'ouvrent. Il faut alors s'assurer que le patient est capable de contenir correctement toute informations qui émergent avant de finir la séance.

► Phase 7 : clôture

Il est souvent préférable de laisser une cible incomplète, et terminer une séance avec une clôture appropriée et sûre, plutôt que *de trop insister*. Certaines cibles - tant les souvenirs d'auto-idéalisation que les souvenirs de traumatismes ou de négligences - peuvent nécessiter plusieurs séances. Outre les procédures de clôture habituelles, qui visent à apaiser des tensions, il est recommandé de poser des questions spécifiques telles que : « Qu'est-ce que vous avez compris ici, aujourd'hui, et qui peut vous aider ? » ou « Vous êtes sur le point de partir aujourd'hui, de quoi aimeriez-vous absolument vous souvenir - quelque chose qui vous serait vraiment utile ? »

► Phase 8 : réévaluation

Le patient présentant au départ une structure narcissique peut avoir besoin de temps et des séances supplémentaires afin de consolider ce qu'il a appris ou découvert pendant les séances consacrées au traitement des souvenirs. En une séance, le patient peut être capable de développer une compréhension claire de la manière dont l'image excessivement positive et idéalisée qu'il avait de lui-même représentait un problème pour atteindre ses objectifs. Par ailleurs, le patient peut rencontrer un désinvestissement émotionnel par rapport au besoin d'être supérieur ou au sentiment que tout lui est dû. Néanmoins, entre les séances, ces patients peuvent revenir à des voies défensives ancrées depuis longtemps, dans leurs manières d'être en relation avec autrui et de s'idéaliser. Il peut être nécessaire, à travers un nombre de séances important, d'identifier et de cibler des événements supplémentaires qui sont à l'origine ou à la base d'une auto-idéalisation inadéquate. Il peut s'agir de souvenirs variés :

- Où à l'âge de 7 ans, l'enfant est dorloté ;
- Où à l'âge de 9 ans il a des performances supérieures par rapport à un frère ou une sœur ;
- Comme des sentiments de supériorité par rapport à des camarades de lycée ;
- Comme le refus de prendre en compte les sentiments des autres dans ses relations actuelles ou à son travail ;
- Etc.

Lorsque chacune de ces cibles d'affects positifs dysfonctionnels est résolue, l'investissement émotionnel du « Faux Self » narcissique est susceptible de diminuer. Lorsque cela survient, il est important d'attirer l'attention du patient sur la satisfaction accrue qu'il peut ressentir lorsqu'il s'engage dans la relation avec d'autres personnes - un engagement empathique sans compétition.

La phase de réévaluation est cruciale pour un retraitement approprié des cibles. Il est important de ne pas perdre de vue l'objectif et d'éviter de « sauter d'une cible à l'autre. »

Le patient peut fournir différents aspects sur lesquels travailler, mais il est important de ne pas s'égarer. Certains cas peuvent évoluer lentement, particulièrement ceux qui n'ont jamais été en thérapie auparavant, et par conséquent, risquent, dans un premier temps, de ne pas disposer d'une vraie identité centrale. Au fil du temps, tandis que nous retirons les armures et les couches défensives, une forte conscience de « Voilà qui je suis vraiment ! » peut émerger.

Ces patients peuvent avoir besoin d'un travail de reconstruction après les séances de traitement, où ils apprendront à regarder à l'intérieur de soi, reconnaître qui ils sont vraiment, et comment fonctionner avec cette nouvelle compréhension qu'ils ont d'eux-mêmes. Lorsque ces patients entrent en contact avec leur vrai soi, qu'ils n'ont plus leurs structures défensives et pas encore de vraie identité, ils peuvent sentir leur état empirer. Il peut y avoir une période, après l'affaiblissement des défenses du « Faux Self », au cours de laquelle le patient expérimente des sentiments de vide et d'absence de sens. Dans ces cas, il est très important que le thérapeute aide le patient à comprendre que ces sentiments sont des vestiges post-traumatiques d'abandons précoces pendant l'enfance et qu'ils sont généralement dénués de réalité actuelle. Pendant cette partie de la thérapie, quand certains problèmes centraux sont traités, il devient pertinent d'installer des patterns de prise en charge de soi qui deviendront des référents utiles à reconstruire une nouvelle manière d'entrer en lien avec le vrai « soi. » Le protocole de Développement et d'Installation de Ressources (DIR) peut être utile pour créer et/ou renforcer les aspects adaptatifs et sains de la personnalité (par exemple, un engagement empathique avec les autres). Il est essentiel que le thérapeute identifie et apprécie les changements positifs du patient, et qu'il articule cette reconnaissance positive avec le travail du difficile renoncement aux défenses anciennes ainsi qu'avec le ciblage plus direct de souvenirs plus perturbants encore.

Une structure narcissique peut être la conséquence d'une conception de soi déformée et exagérément idéalisée, qui en retour est le fruit de situations précoces nombreuses et différentes, dues à des louanges excessives et une surprotection. Par ailleurs, cette conception de soi idéalisée est liée au besoin de créer des défenses psychologiques afin d'empêcher la pleine émergence de souvenirs de négligences et de violences sévères. Pour qu'un processus de thérapie EMDR efficace se mette en place, il est nécessaire de comprendre le cheminement spécifique que chaque patient a du suivre depuis la prime enfance jusqu'à sa vie d'adulte actuelle.

Un traitement efficace des troubles narcissiques implique : de faire activement écho à la conception de soi du patient et la manière dont il perçoit le problème qui se présente ; d'engendrer l'autoréflexion chez le patient pendant la phase de préparation ; d'identifier les nombreux évitements et les impasses possibles, qui peuvent résulter d'une suractivation des défenses ; d'identifier et de traiter les expériences fondamentales de non-soutien, négligences et traumatismes anciens qui peuvent initialement avoir été dissimulées (c.-à-d. dont l'accès conscient a été bloqué) par les défenses ; d'identifier et de corriger empathiquement les perceptions déformées que le patient a du thérapeute ; et d'éviter des réactions contre-transférentielles non-thérapeutiques qui peuvent survenir chez le thérapeute.

BIBLIOGRAPHIE

- AFIFI T.O., MATHER A., BOMAN J., FLEISHER W., ENNS M.W., MACMILLAN H., SAREEN J. (2011) Childhood adversity and personality disorders : Results from a nationally representative population-based study, *Journal of Psychiatric Research*, 45, 814-822.
- BENNETT S. (2006) Attachment Theory and Research Applied to the Conceptualization and Treatment of Pathological Narcissism, *Clinical Social Work Journal*, 34, 1, 5-21.
- COHEN L.J., TANIS T., BHATTACHARJEE R., NEXCI C., HALMI W., GALYNKER, I. (2014) Are there differential relationships between different types of childhood maltreatment and different types of adult personality pathology ? *Psychiatry Research*, 215, 192-201.
- GONZALEZ A., MOSQUERA D. (2012) *EMDR and dissociation. The progressive approach*, Ediciones Pléyades, Madrid.
- KERNBERG P., WEINER A.S., BARDENSTEIN K.K. (2000) *Personality Disorders in Children and Adolescents*, New York, Basic Books.
- KNIPE J. (1998) It was a golden time : healing narcissistic vulnerability. In : Manfield, P. (Ed) *Extending EMDR*, New York, Norton.
- KNIPE J. (2005) Targeting positive affect to clear the pain of unrequited love : Codependence, avoidance and procrastination. In R. Shapiro (Ed), *EMDR solutions* (pp. 189-211), New York, Norton.
- KNIPE J. (2014) *EMDR Toolbox : Theory and Treatment for Complex PTSD and Dissociation*, New York, Springer.
- LEEDS A.M. (2009) *A guide to the standard EMDR protocols for clinicians, supervisors, and consultants*, New York, Springer Publishing Co.
- LYONS-RUTH K., DUTRA L., SCHUDER M.R., BIANCHI I. (2006) From infant attachment disorganization to adult dissociation : Relational adaptations or traumatic experiences ? *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 1, 63 – 86.
- MASTERTSON J.F. (1981) *The Narcissistic and Borderline Disorders. An integrated developmental approach*, New York, Brunner/ Mazzeel.
- MOSQUERA D. (2012) *Narcissistic Personalities, trauma and EMDR*, Congrès National EMDR, Pays Bas.
- MOSQUERA D., GONZALEZ A. (2014) *Borderline Personality Disorder and EMDR Therapy*, Ediciones Pléyades, Madrid.
- MOSQUERA D., KNIPE J. (2015) Understanding and Treating Narcissism with EMDR Therapy, *Journal of EMDR, Practice and Research*, 9, 1, 46-63.
- SHAPIRO F. (2001) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures*. Second edition, New York, Guilford Press. Pour la traduction française (2007) : Manuel d'EMDR : Principes, protocoles, procédures. InterEditions.
- VAN DER HART O., GROENENDIJK M., GONZALEZ A., MOSQUERA D., SOLOMON R. (2013) Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders : Applications of the stabilization phase, *Journal of EMDR Practice and research*, 7, 2, 81-94.
- VAN DER HART O., NIJENHUIS E., STEEL K. (2006) *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*, New York, Norton. Pour la traduction française (2010) : Le Soi Hanté. Dissociation Structurelle et le traitement de la Traumatisation Chronique, Bruxelles, De Boeck.
- WINNICOTT D.W. (1960) Ego distortion in terms of true and false self. In : *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 140-153), New York, International University Press.

Chapitre 41

Syndrome de Munchausen Par Procuration (SMPP) et EMDR

Eric Binet

Le Syndrome de Munchausen Par Procuration (SMPP), dans son traitement des victimes ou des auteurs, heurte tout thérapeute à des écueils relatifs aux fondements symptomatiques qui le caractérisent. Dans les cas les plus précoces (sans doute la majorité) l'ampleur des troubles dissociatifs associés nécessite, plus qu'une connaissance diagnostique du SMPP, une meilleure compréhension de la dimension paradoxale où se trouvent emprisonnées les personnes : le soin étant du registre de la maltraitance. Pour cette raison, pour la plupart des patients ayant vécu un SMPP pendant leur enfance, expérimenter une relation thérapeutique les entraîne inévitablement sur les premiers pas du temps du trauma, à la peur et au désespoir. De là, quelques recommandations au thérapeute EMDR pour s'orienter au mieux dans un traitement afin d'éviter la répétition du passé traumatique dans et par le soin.

RAPPELS SUR LE SYNDROME DE MUNCHAUSEN PAR PROCURATION

Si l'existence du « *Syndrome de Munchausen Par Procuration* » est surtout connue comme une forme de violence faite aux enfants depuis les recherches publiées en 1977 par Meadow, pédiatre néphrologue, l'existence du « *Syndrome de Munchausen* (ou SM) » (chez l'adulte) date quant à lui, avec cette appellation, de Asher en 1951. Mais c'est oublier que le SMPP peut exister entre adultes, voire avec des animaux... Toutefois, dans le cas du SMPP classiquement d'origine maternelle (9 fois sur 10), mêlant nomadisme médical et une attaque

médicale du corps de son enfant, force est de constater que ces pathomimies apparaissent dans des études plus anciennes, même dans « *Les fleurs du mal* » de Baudelaire sous les traits de « *Mademoiselle Bistouri...* »

Si aujourd'hui dans le DSM-V, l'appellation « *trouble factice* » recouvre le SM et le SMPP il est étonnant de constater que la notion de SMPP n'ait pas de reconnaissance officielle, étant toujours sujet à controverses sans compter tous les nouveaux vocables sous lesquels il a disparu (« *syndrome de Polle* », « *syndrome de Meadow* », « *complexe de Médée* », etc..) Seule la CIM-10 fait exception, mais en s'écartant de la notion de trouble factice pour classer le SMPP dans les formes de maltraitance sur mineur. Cette difficulté à circonscrire et définir le SMPP tient sans doute à plusieurs raisons, l'une des plus importantes étant les résistances soulevées à son évocation tant le SMPP est une mine de situations cliniques inexhaustives à recenser (toutes les spécialités pédiatriques peuvent être concernées, physiques comme psychologiques), inimaginables dans la façon dont certains symptômes sont induits (quel que soit l'âge de l'enfant, même *in utero*), insoutenables quand on réalise que ce sont ces mêmes mères, apparemment si attentionnées, qui agissent de façon parfois meurtrières (par empoisonnement, étouffement). Avec des freins - déni et dénégation - à son diagnostic qui expliquent sans doute pourquoi récidives, morbidité et mortalité sont les trois piliers du SMPP (Criddle, 2010). D'où ce risque aussi à sous-estimer la prévalence de ces mauvais traitements, les données officielles se basant de 1 cas sur un million d'enfants ou 2,8 sur 100000 (Pasqualone et Fitzgerald, 1999) à 2 pour 1 000 (Binet *et al.*, 2000)... Cette prise d'otage médicalisée une fois découverte, et c'est rarement le cas (Binet, 2009), n'a souvent pas d'autre issue pour l'enfant qu'une nouvelle forme d'amputation : une parentectomie par le biais d'un placement ; quand la mère ne se suicide pas ou n'est pas incarcérée.

Pour le dire autrement, reconnaître un cas de SMPP n'est pas une chose aisée, et repérer un SMPP dans l'histoire d'un adulte l'est encore moins. La démarche diagnostique dans la phase 1 de l'EMDR est semée d'embûches pour un non médecin car les pathologies évoquées sont suffisamment complexes pour perdre le consultant, quand l'amnésie dissociative ne fait pas tout simplement barrage. Pour un médecin, il faudra traverser un questionnement mêlé de doutes et de culpabilité par rapport à des situations anciennes au cours desquelles il aurait pu faire alliance, à son insu, à des mères SMPP. Les personnes souffrant de SM ou ayant vécu un SMPP pendant leur enfance sont donc en quelque sorte pour les thérapeutes LA complication des complications, tout soin étant par essence vecteur de violence, un soignant le mal incarné. Comme pour l'échelle de Fujita pour les tornades ou l'échelle de Richter pour les tremblements de terre, dans le SMPP nous sommes face au dernier échelon, celui des dégâts incommensurables. De là, en EMDR, des précautions spécifiques à prendre en amont et en cours de traitement pour que le thérapeute intervienne sans jamais rejouer les effets délétères dont son patient a déjà eu à souffrir.

SYNDROME DE MUNCHAUSEN PAR PROCURATION ET ÉTATS DISSOCIATIFS

Dans les cas de SMPP, le profil du père se caractérise par ses absences et/ou sa distance par rapport au suivi médical de son enfant. Le « profil type » de ces mères s'avère plus complexe, même si plusieurs traits typiques sont fréquemment rencontrés :

- Passé de syndrome de Munchausen (voire de SMPP pendant l'enfance) ;
- Mythomanie ;
- Conduites addictives avec ou sans drogues ;
- Des connaissances médicales et paramédicales ;
- Une meilleure prise en compte des soins que de la souffrance de leur enfant.

Le SMPP se définit en soi comme un trouble mental, mais sur le plan psychopathologique, dans la littérature internationale, ces mères offrent une telle comorbidité qu'elle rend a priori impossible une classification dans une structure psychopathologique unique. Il fut un temps où ces mères étaient considérées comme hystériques, puis psychotiques, multipliant à l'infini les diagnostics. L'utilisation de tests projectifs (Rorschach et TAT) a confirmé des traits de « personnalité limite », voire « psychotique », leur « fond dépressif » mais surtout une difficulté à réellement les associer à une classification psychiatrique (Bouden *et al.*, 1996) ; autant de pistes confuses nous ramenant à celles des troubles dissociatifs, le Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI) en particulier. Ainsi Chu (1998), dans son ouvrage « *Rebuilding Shattered Lives : Treating Complex PTSD and Dissociative Disorders* », y associe SMPP et TDI. Mais d'autres auteurs l'avaient déjà postulé, J. Goodwin en 1988 en faisant le lien entre SMPP et troubles dissociatifs et Toth et Baggalev en 1991 qui l'associèrent au trouble multiple de personnalité, un trouble reconnu aujourd'hui comme un TDI. Pour résumer, la majorité des personnes présentant un SMPP, soit en tant qu'auteurs soit en tant que victimes, vivent de façon plus ou moins consciente :

- Des réminiscences sensorielles (douleurs, paralysie, anesthésie...) ;
- Une confusion temporo spatiale ;
- Une amnésie dissociative partielle ou complète ;
- Des conduites activantes (recours aux soins +++) ;
- Des conduites de contrôle et d'évitement (phobie des soins) ;
- Des échecs thérapeutiques...

En suivant la littérature sur les états dissociatifs (van der Hart *et al.*, 2006, 2010), il ne fait donc aucun doute que les patients - auteurs ou victimes de SMPP - souffrent d'un trouble dissociatif complexe, soit un trouble dissociatif de l'identité (TDI), soit un trouble dissociatif

non spécifié (DDNOS). Mais le processus de fragmentation au cœur de la dissociation ne les touche pas seulement psychologiquement (plaintes ou peur phobique des hôpitaux), le corps est pour ainsi dire en première ligne de ce qu'on pourrait appeler les parties dissociatives (sensations physiques ou douloureuses incontrôlables dans certaines parties de leur corps ou à l'inverse insensibilité à la douleur) ; tout particulièrement quand les soins invasifs ont eu lieu pendant la petite enfance, une constante dans les cas de SMPP. Pour reprendre une expression de Shapiro (2007), les sensations physiques sont souvent de véritables « *foyers (...) où se concentrent des mémoires traumatiques*. » Comme des tatouages illustrant les interventions médicales douloureuses et les hospitalisations prolongées à répétition, elles reflètent les tensions et l'insécurité fixées dans le passé et toujours actives dans le présent. Or, pour les histoires de SMPP relevant de traumatismes précoces par des soins multiples, un environnement thérapeutique est par essence inadapté : à la fois insécurisant et menaçant. Comme nous allons le détailler dans la vignette clinique suivante, ce sont généralement ces résurgences corporelles calquées sur les souffrances traumatiques passées qui prennent le contrôle de la personne de façon temporaire ou chronique, plus encore en séance de psychothérapie car susceptibles de déclencher des sentiments intolérables de vulnérabilité. Accepter et vivre une relation thérapeutique en arrivant à s'y sentir en sécurité ou avec un minimum de bien-être sera ainsi un but essentiel.

VIGNETTE CLINIQUE EMDR D'UNE ADULTE AYANT VÉCU UN SMPP ENFANT

Âgée d'une quarantaine d'années, Sophie relate dès les premières séances les innombrables malaises à répétition qu'elle ressent (sensations de vertiges, objets flottants dans sa vision...) et la détresse émotionnelle qui les accompagne (peur d'avoir un cancer, de bientôt mourir). Pour « s'en sortir », elle est suivie par plusieurs médecins qui lui prescrivent régulièrement prises de sang, scanners, IRM... Pourtant, cela ne lui suffit pas, il lui arrive régulièrement d'appeler SOS médecins ou de se rendre aux urgences. À chaque fois, les résultats ou les examens sont négatifs, apparemment Sophie n'est pas « malade », mais rien ne la rassure. Elle a déjà entrepris plusieurs psychothérapies de façon prolongée, des séances de sophrologie, sans succès sur son état d'anxiété permanent dont elle souhaiterait se libérer.

Pour certains, Sophie serait qualifiée d'« hypocondriaque », ce qu'elle-même reconnaît du bout des lèvres. Mais son anamnèse révèle une autre histoire, plus obscure. Certes, il lui est arrivé adulte d'avoir déjà des soucis médicaux, mais sans commune mesure avec l'état d'anxiété généralisé qui la caractérise. Du côté de son enfance, les échanges deviennent plus délicats. Sur la défensive, elle répète au début de nos rencontres ne rien se rappeler dans une attitude d'évitement évidente. Pourtant, elle se souvient avoir été énurétique jusqu'à l'âge

de 15 ans, elle se rappelle aussi de scènes de violences physiques entre ses frères aînés... Son père est décrit comme absent, pris par ses obligations professionnelles. Ses rapports avec sa mère sont « fusionnels », mais rien ne transparaît réellement, affectivement de cette fusion, sinon que sa mère est sa principale confidente. Au fur et à mesure de nos rencontres, l'alliance thérapeutique s'instaure en évitant autant que faire se peut de se rapprocher des souvenirs de son enfance, la barrière de l'amnésie les rendant inaccessibles.

En considérant l'ensemble des signes de dissociation somatoforme, un premier temps de la thérapie fut de renforcer les vécus de Sophie dans l'ici et maintenant par le biais d'exercices d'ancrage trouvés ensemble. La remise à zéro des émotions¹, en particulier sa tristesse (Sophie s'interdisant de pleurer), permit de repérer par la suite une partie d'elle-même, petite fille, dans l'auto-surveillance et le contrôle de ses pleurs.

Ensuite, à partir de sa liste des événements négatifs récents, la stratégie thérapeutique fut de se rapprocher de ses angoisses avec la sphère médicale mais de façon indirecte, en travaillant sur des personnes de son entourage qui avaient pu être malades ou décédées. L'évolution de la maladie de sa belle-mère (maladie de Charcot) quelques années auparavant, son deuil n'ayant pu être fait, fut ainsi une première « cible » qui, inévitablement, fit remonter des épisodes médicaux de son enfance. Cette stratégie fut réutilisée plus tard dans la thérapie à l'occasion d'une remontée d'angoisse et de sensations physiques intrusives après qu'une de ses collègues soit venue sur son lieu de travail pendant son arrêt maladie suite à une infection virale importante. Cette dernière présentant une paralysie au niveau du visage, Sophie fit - dans l'heure qui suivit - un malaise. Dans l'ensemble de ces situations, la CN était soit « je suis en danger », soit « je vais mourir » et l'émotion ressentie non pas de la peur, mais de la « panique » avec un SUD à chaque fois supérieur à 8. Chacune des séances de retraitement fit ressurgir des sensations physiques douloureuses, gênantes, le plus souvent sans aucun rapport avec les scènes du départ. De même, revinrent des souvenirs très flous de blouses blanches, de crises d'asthme à l'hôpital.

Par la suite, il fut possible d'amener Sophie à prendre en compte la dimension dissociative au cœur de ses sensations, elle arriva par exemple à reconnaître à travers elles une petite Sophie attirée par les punitions (les soins médicaux étant associés pour elle à des punitions). C'est donc seulement après avoir abordé et traité en EMDR à plusieurs reprises des situations médicales traumatiques, qu'il fut possible d'évoquer l'hypothèse d'un SMPP. Passé un premier temps de dénégations et de doutes, Sophie développa un regard différent sur ce lien si particulier qui l'unissait à sa mère, toujours rapporté à sa santé et aux médecins. La honte masquait cette dimension d'emprise dans laquelle elle était toujours bloquée au début de nos premières rencontres (elle détaillait le contenu de nos rencontres à sa mère et n'osait

1. Il s'agit ici d'un protocole spécifique, mis au point par O'Shea (2009) et qui consiste à cibler une émotion pour elle-même, sans viser de traumatisme en particulier.

m'en parler). Sophie se rappela aussi en séance de certaines informations qu'on lui avait dites sur sa petite enfance : ses nombreux séjours à l'hôpital ses deux premières années, sans explications réelles... Une mère qui répétait alors à qui voulait l'entendre que sa fille était mourante... L'issue principale de sa thérapie, en dehors de la disparition de ses symptômes physiques et des plaintes associées, fut d'avoir une autre perspective de son avenir que celle, répétitive, d'un attachement morbide à la maladie et au monde médical.

SMPP ET TRAITEMENTS EMDR : QUELLES SPÉCIFICITÉS ?

Une revue de la littérature sur le SMPP et l'EMDR ne fait apparaître qu'à une seule occasion une référence au SMPP dans le livre de Mollon (2005) « *EMDR and the Energy Therapies : Psychoanalytic Perspectives*. » Des retranscriptions de séances EMDR avec des patients mentionnent le cas d'une patiente qui dit avoir une mère ayant subi enfant un SMPP (p.142). Cet aspect n'est pas pris en compte par le thérapeute, semble-t-il, car il n'évoque ni conduites à tenir, ni prise en compte particulière sur le plan anamnestique. Pourtant le SMPP – se rapprochant d'une forme de traumatisation et de stress chroniques - nécessite quelques précautions, d'autant que ceux qui l'ont vécu ont généralement de grandes difficultés à croire en la possibilité d'un soin bientraitant à leur égard. Dans la vignette clinique ci-dessus, l'avantage pour le thérapeute était de pouvoir compter sur une partie dissociative « addictive » aux soins (en n'oubliant jamais qu'une autre partie dissociative peut être effrayée de la capacité thérapeutique du thérapeute...) Mais il se peut que les cas les plus courants soient probablement ceux de personnes dans l'évitement phobique des soins. Probablement, car notre biais de recrutement nous fait rencontrer des personnes en demande de soins, pas celles qui s'y refusent...

La ligne directrice recommandée pour travailler avec des patients souffrant d'un SM ou ayant souffert d'un SMPP rejoint donc le consensus actuel initié par Janet (1898, 1909) : avec une première phase de stabilisation avant une phase de traitement des mémoires traumatiques. Cette première phase de stabilisation est évidemment la plus longue puisqu'elle implique aussi une meilleure régulation émotionnelle (cohérence cardiaque, mentalisation, exercice d'ancrage corporel), une meilleure sécurité intérieure. Ces exercices de stabilisation, comme le fait de s'entraîner à des exercices d'ancrage dans le présent, sont détaillés dans le dernier ouvrage de Boon *et al.*, (2014). Cependant, la question du lieu de référence de ces exercices de stabilisation s'avère cruciale. En effet, en première intention, à l'encontre de ce qui peut être habituellement recommandé, le cabinet du thérapeute ne devrait pas être utilisé pour ces exercices. « L'ici », *a fortiori* si le cabinet se trouve dans un local partagé avec des médecins, risque d'être immédiatement et irrémédiablement associé au passé. Pour ces patients, la recherche d'un lieu réel ou imaginaire, éloigné de toute référence au soin sera beaucoup plus

sécurisante ou tranquillisante qu'un lieu référé au soin. À l'inverse, le bureau du thérapeute risque d'activer des systèmes d'alarmes internes (liés à des expériences intenses jusque-là sous contrôle) et des réactions de fuite proportionnelles au danger ressenti. Il va de soi que ce principe s'applique aussi à la recherche d'un lieu sûr ou d'un conteneur imaginaire afin d'y maintenir enfermées des images perturbantes.

Ne pas aggraver les troubles dissociatifs revient souvent à ne pas augmenter les symptômes corporels en prenant en compte les comportements d'évitement liés aux événements traumatiques. Sans quoi il existe un risque d'interruption prématurée ou de sabotage de la thérapie, le patient ayant trop peur. Y faire intrusion trop directement risque en effet d'activer dans le présent ce qui a accompagné ces expériences passées : douleurs, panique, envie de fuir... Une relation saine soignant-patient leur ayant manqué, il est important d'offrir à ces personnes le soutien émotionnel dont elles sont en attente. Cela inclut aussi de s'intéresser aux émotions qui leur posent problème en diminuant autant que faire se peut le sentiment de vulnérabilité indissociable de la relation thérapeutique.

De la même manière, redonner du sens à l'expérience morbide et mortifère par laquelle ces patients sont passés revient à prendre le temps de les aider pour comprendre l'origine et la signification des symptômes et des déclencheurs potentiels. Cela passe par un temps d'échange progressif sur ce que sont les phénomènes dissociatifs : comment des parties de la personnalité s'influencent mutuellement, sans forcément être conscientes les unes des autres ; les sensations physiques étant leur forme d'intrusion privilégiée. La compréhension qui en ressort (par rapport à ces résurgences) sera un signe très favorable d'intégration.

Cependant, les situations de SMPP, s'étant majoritairement déroulées dans la petite enfance, donc sans souvenirs précis, ces réseaux mnésiques sont plus facilement accessibles de façon détournée par le biais de situations de la même sphère (maladie marquante d'un proche, décès d'une connaissance...) Elles serviront alors simplement de point d'entrée, à doses homéopathiques, dans les réseaux mnésiques. Cette manière détournée apotropaïque d'orienter le traitement en ciblant des événements potentiellement traumatiques, mais périphériques à la personne, n'est pas sans rappeler le désordre vécu initialement par procuration, ici rejoué à titre thérapeutique de façon salubre, par l'entourage.

L'enfermement morbide dans lequel se trouvent les personnes atteintes de SMPP se traduit par un long et pénible parcours thérapeutique. Seulement, à la différence des personnes présentant des troubles dissociatifs, ce parcours va de pair avec un parcours médicalisé souvent précoce et douloureux. Des aménagements sont donc nécessaires en thérapie EMDR pour éviter que la relation thérapeutique n'active trop fortement le sentiment d'insécurité y étant attaché depuis la petite enfance. Outre un temps de phase de préparation (phase 2) il est nécessaire de prolonger jusqu'à la création d'une alliance thérapeutique, le travail de désensibilisation est plus favorable s'il est chronologiquement référé à des déclencheurs du présent.

BIBLIOGRAPHIE

- ASHER R. (1951) « Munchausen's syndrome », *Lancet*, 1, 339-341.
- BINET E., WEIGEL B., DANON G., LE NESTOUR A. (2000) « Le syndrome de Münchhausen par procuration, Essai de compréhension psychologique », *Psychiatrie de l'Enfant*, XLIII, 1, 55-108.
- BINET E. (2009) « Recourir à la loi dans le cas de syndrome de Münchhausen par procuration : une solution face à des parents à l'abri de tout soupçon ? » In Villerbu, L.M., Somat, A., Bouchard, C. (Eds) *Temps psychique, temps judiciaire*, Paris, L'Harmattan, p.317-25.
- BOON S., STEELE K., VAN DER HART O. (2014) *Gérer la dissociation d'origine traumatique, exercices pratiques pour patients et thérapeutes*, Louvain-la-Neuve, De Boeck.
- BOUDEN A., KREBS M.O., LOO H., OLIE J.P. (1996) « Le syndrome de Münchhausen par procuration : un défi à la médecine », *Presse Medecine*, 25, 12, 567-569.
- CHU J.A. (1998) *Rebuilding Shattered Lives : Treating Complex PTSD and Dissociative Disorders*, New York : John Wiley & Sons.
- CRIDDLE L. (2010) « Monsters in the Closet : Munchausen Syndrome by Proxy », *CriticalCareNurse*, 30, 6, 46-56.
- GOODWIN J. (1988) « Munchausen's syndrome as a dissociative disorder », *Dissociation : Progress in the Dissociative Disorders*, 1, 1, 54-60.
- JANET P. (1898) *Névroses et idées fixes*, Tome 1, Paris, Editions Flammarion.
- JANET P. (1909) *Les Névroses*, Paris, Editions Flammarion
- MEADOW R. (1977) « Munchausen syndrome by proxy : The hinterland of child abuse », *Lancet*, 2, 343-345.
- MOLLON P. (2005) *EMDR and the Energy Therapies : Psychoanalytic Perspectives*, London, Karnac.
- O'SHEA M.K. (2009) EMDR friendly preparation methods. In R. Shapiro (Ed) *EMDR Solutions II : for Depression, Eating Disorders, Performance and More*, New York, W.W. Norton & Company
- PASQUALONE G.A., FITZGERALD S.M. (1999) « Munchausen by proxy syndrome : the forensic challenge of recognition, diagnosis, and reporting », *Critical Care Nurse*, 22, 1, 52-64.
- SHAPIRO F. (2007) *Manuel d'EMDR, principes, protocoles, procédures*, Paris, Dunod-InterEditions.
- TOTH E.L., BAGGALEV A. (1991) « Coexistence of Munchausen's syndrome and multiple personality disorder : detailed report of a case and theoretical discussion », *Psychiatry*, 51, 3, 248-253.
- VAN DER HART O., NIJENHUIS E.R.S., STEELE K. (2006) *The haunted self : Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*, New York/London, W.W. Norton & Company. (Pour la traduction française : *Le Soi Hanté : Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*, Bruxelles/Paris, De Boeck, 2010)

Chapitre 42

EMDR et psychologie positive

Martine Regourd-Laizeau
Joanic Masson

Depuis sa création en 1987, l'EMDR bénéficie de nombreux développements, et s'est enrichie d'autres pratiques qui permettent d'envisager le traitement d'autres problématiques ou pathologies avec succès (Regourd-Laizeau, 2013). Parmi celles-ci, le courant de la psychologie positive englobe les théories et les recherches sur ce qui rend la vie plus digne d'être vécue (Seligman et Csikszentmihalyi, 2000) et constitue une perspective d'enrichissement de la thérapie EMDR.

LA PSYCHOLOGIE POSITIVE

La psychologie positive considère « l'étude des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des individus, des groupes et des institutions » (Gable et Haidt, 2005). Certains praticiens EMDR se sont saisis de cette perspective et l'ont intégrée à leur pratique. Voyons d'abord ce qu'est la psychologie positive.

► Genèse

En 1998, Seligman, président de l'Association Américaine de Psychologie (A.P.A.), fait un constat délicat devant ses collègues. Avant la seconde Guerre Mondiale, la psychologie avait trois missions distinctes : soigner la maladie mentale, faire en sorte que la vie de chacun soit plus productive et remplie, et détecter les talents et les faire progresser. Toutefois, après

la guerre, l'accent a été mis essentiellement sur le traitement des maladies des vétérans et la pathologie mentale. Cela a été très bénéfique, puisque 14 maladies, précédemment difficiles à traiter, ont livré leurs secrets à la science et peuvent maintenant être soignées ou considérablement soulagées (Seligman, 1994). La contrepartie est que les autres missions fondamentales de la psychologie (faire en sorte que chacun ait une vie meilleure et développer les talents) ont toutes deux été occultées et la psychologie est devenue une sorte de science de la victimologie. L'objectif de la psychologie positive est donc de rétablir cet équilibre et de faire passer le focus d'une centration sur la pathologie et le traitement des événements difficiles de la vie, à une centration sur ce qui permet de construire des qualités positives. On pourra ainsi valoriser les expériences positives : le bien-être, la satisfaction, l'espoir, l'optimisme, les états de grâce et le bonheur, que ce soit dans les expériences passées, pour le présent ou le futur. Ce focus positif sera utilisé au niveau individuel, collectif, organisationnel, et éducationnel. La psychologie positive possède un arsenal d'applications qui ont démontré leur efficacité (Seligman *et al.*, 2005) telles qu'exprimer sa gratitude, faire des actes de bonté, soulager les symptômes dépressifs mais aussi utiliser ses forces pour améliorer le bien-être, et qui pourront bénéficier à la thérapie EMDR. Shapiro (2012) envisage ces intégrations acceptables à condition qu'elles soient mesurées, validées et publiées scientifiquement.

► De l'EMDR à la psychologie positive (ou le contraire)

De nombreux praticiens font jouer leur créativité et allient différentes pratiques (hypnose, états du moi, etc). à l'EMDR, comme cela est le cas pour la psychologie positive. L'objectif de l'utilisation de la psychologie positive est de renforcer le potentiel des personnes avant, pendant et après le traitement. D'autre part, la psychologie positive fournit de nombreuses pistes de travail (Bernard *et al.*, 2009) qui renforcent l'effet de l'EMDR notamment les travaux sur la croissance post-traumatique de Tedeschi et Calhoun (2004), sur le sens de la vie (modèle PERMA de Seligman, 2011), les forces de caractères (Peterson et Seligman, 2004) parmi lesquelles la gratitude (Emmons et Crumpler, 2000) ou l'optimisme. Les protocoles qui vont suivre sont inspirés de la psychologie positive.

UNE INTÉGRATION RÉUSSIE

Les travaux de Korn et Leeds (2002), Popky (2005), McKelvey, (2009), Regourd-Laizeau *et al.*, (2012) présentés ci-dessous représentent les premières contributions publiées. Certains autres protocoles de ce courant figurent dans le chapitre EMDR et coaching. Une perspective intéressante d'intégration de l'EMDR à la psychothérapie positive sera abordée en dernier lieu avec le protocole EMDR du Tournesol.

► **Protocole de développement et d'installation de ressources de Korn et Leeds (2002)**

L'objectif du protocole de développement et d'installation des ressources de Korn et Leeds (2002) est de faciliter le développement des ressources internes et de renforcer le Soi. Les ressources internes sont nécessaires car elles vont servir d'appui pour faciliter le traitement. Il s'applique aux personnes présentant un PTSD simple ou complexe, sujets généralement en manque de ressources ou souhaitant améliorer leur performance. Il est souhaitable de vérifier une éventuelle dissociation avant d'utiliser ce protocole et de prendre des précautions envers les patients qui ont subi des négligences précoces ou qui présentent un style d'attachement insécuré (Main et Morgan, 1996), notamment en adaptant la durée des séances et les ressources travaillées. Le protocole est présenté dans le tableau 42.1.

Ce protocole est extrêmement utile dans la pratique du praticien EMDR car il permet de créer une relation thérapeutique forte, génère des affects positifs chez le patient, renforce la conscience de soi et permet d'aborder ensuite le protocole standard avec plus de ressources.

► **Protocole DeTur (Popky 2005) (traduction F. Mousnier Lompre)**

Le DeTUR vise une désensibilisation des déclencheurs de comportements dysfonctionnels tels que des comportements addictifs par exemple. Il s'agit de travailler sur des objectifs intermédiaires (objectifs positifs) pouvant conduire à la réussite de l'objectif final qui serait l'arrêt de l'addiction. Ce protocole est présenté dans le tableau 42.2.

Ce protocole permet de travailler sur la progression thérapeutique en projetant le patient dans une perspective de réussite.

► **Protocole EMDR d'optimisme (Regourd-Laizeau, 2013 ; Regourd-Laizeau et al., 2012)**

Ce protocole EMDR d'optimisme a été élaboré en tenant compte des travaux sur le style explicatif puisqu'un style explicatif pessimiste constitue un facteur de risque de développer une dépression. Inspiré du protocole standard EMDR (Shapiro, 1995), du protocole « Développement et Installation des Ressources » (DIR) de Korn et Leeds (2002), du « *Peak Performance Protocol* » (Lendl et Foster, 1997), il intègre naturellement certaines composantes des trois protocoles. Placée dans une perspective non pathologisante, il ne s'agit pas de désensibiliser une quelconque situation traumatique mais d'intégrer les composantes du DIR de Korn et Leeds (2002) et de souligner ce qui est positif dans le répertoire existant du client, dans le cadre théorique des styles explicatifs de Seligman (1994). En effet, l'idée est de modifier éventuellement la perception des causes des événements auxquels il est confronté afin qu'il

Tableau 42.1. Présentation du protocole de Korn et Leeds

Situation cible « Pensez à une situation récente qui a été difficile (1) où vous auriez aimé avoir pensé, senti ou vous être comporté différemment que ce que vous avez fait (ou 2) où une situation où vous avez vécu des pensées intrusives, des sentiments désagréables ou des souvenirs pénibles. » Situation cible :				
« Quand vous pensez à (situation cible), quelle est la partie la plus difficile maintenant ? » Partie la plus difficile : Évaluation du SUD initial : Pour identifier une ressource, sélectionner 2A, 2B et 2C, ou 2D.				
Identification d'une ressource concrète Comportement souhaité : 2A) « Que voudriez-vous être capable de faire dans cette situation ? »	Croyance désirée : 2B) « Que voulez-vous croire au sujet de vous-même dans cette situation ? »	Émotion souhaitée : 2C) « Qu'aimeriez vous ressentir dans cette situation ? »	Identification d'une ressource abstraite Qualités recherchées ou points forts 2D) « Quand vous pensez à cette situation, quelles sont les qualités, ou forces avez-vous besoin ? » ;	
Sélectionner une ressource à la fois à partir de 3A, B, C ou D. Puis retournez à l'étape 3 pour une autre ressource :				
Expériences 3A) « Pensez à un moment où vous étiez en mesure de » (comportement souhaité). « Pensez à un moment où vous étiez en mesure de croire » (croyance souhaitée) « Pensez à un moment où vous avez ressenti » (émotion souhaitée)	Ressources relationnelles Modèles 3B) « Pensez à des personnes autour de vous qui possèdent ou incarnent cette qualité. Pensez à des personnes dans le monde, qui pourraient vous servir de modèle ; pensez à des personnes qui ont changé quelque chose dans votre vie en vous montrant d'autres possibilités. »	Ressources relationnelles Figures de soutien 3C) « Réfléchissez à qui vous voudriez avoir de votre côté, vous aidant à faire ce qui est le mieux pour vous, et qui vous aiderait à vous sentir » (émotion souhaitée). « Pensez à des amis, des parents, des enseignants, ou des proches, qui vous ont encouragé ou soutenu ? Pensez à un guide spirituel, quelqu'un qui vous donne de l'espoir ou de la force. »	Métaphores et ressources symboliques 3D) « Fermez les yeux si vous le souhaitez (ou les laissez ouverts si vous préférez) et laissez l'image (ou le symbole) venir à vous pour vous aider à être (comportement ou qualité souhaitée) ou vous aider à croire (croyance souhaitée) ou vous aider à ressentir (émotion désirée). »	

Tableau 4.2.1. (suite)

Explorer les souvenirs, les expériences et les images de ressources (expériences de maîtrise)
Développement des ressources (Travail avec une ressource ou une image à la fois)
4) « Quand vous vous concentrez sur _____ (l'expérience, personne, symbole, etc), que voyez-vous ? Qu'entendez-vous ? Que sentez-vous ? Quelles sensations ressentez-vous dans votre corps ? Quelles émotions ressentez-vous lorsque vous vous concentrez sur cette image ou cette ressource ? Où ressentez-vous ces émotions dans votre corps ? » (Notez les mots du patient)
Vérification de l'écologie et de la validité de la ressource
5A) « Lorsque vous vous concentrez sur _____ (reprendre les mots ressource et image), notez les mots, les sons, les odeurs, les sentiments, comment vous sentez-vous maintenant ? »
Évaluer la validité de la ressource de 1 à 7
Refléter la ressource
6A) « Fermez les yeux si vous le souhaitez (ou laissez-les ouverts si vous préférez) et soyez attentif à _____ (répéter les mots de la ressource) et notez _____ (description des sentiments, des sensations, des ressources, odeurs, et sons). » (Répéter et changer l'ordre des mots du client pour l'image, les sons, les émotions et sensations).
Vérification des associations ou affects positifs de la ressource
6B) « Que remarquez-vous ou que ressentez-vous maintenant ? »
Si le patient signale des associations ou affects négatifs, changez de ressource, sinon passez à l'étape 7.
Installation de Ressources
7A) « Maintenant, pendant que vous continuez à mettre l'accent sur _____ (mots du client pour l'image des ressources, émotions et de sensations), suivez mes doigts (stimulations bilatérales alternées). » « Que ressentez-vous ou remarquez-vous maintenant ? » Arrêtez la stimulation bilatérale si le client rapporte des associations ou affects négatifs. Neutralisez et mettez les de côté et recommencez avec une ressource alternative pour que les réponses positives se poursuivent.
Continuer les SBA.
Lien avec les indices verbaux ou sensoriels
Sélectionnez une ou plusieurs phrases de 8 A, B, C ou D, puis faire deux autres sets de stimulation

Tableau 42.1. (suite)

(Pour les expériences de maîtrise) 8A) « Pendant que vous vous concentrez sur cette expérience, pensez aux mots les plus positifs que vous pouvez vous dire maintenant. »	(Pour les modèles) 8B) « Imaginez-vous en train de voir et d'entendre _____ (nom de la personne modèle) agissant comme vous auriez envie d'être. Si vous souhaitez, imaginez-vous à l'intérieur de _____ (nom de la personne modèle), de sorte que vous pouvez voir à travers ses yeux et sentir comme elle agit, comment elle se sent et comment elle pense. »	(Pour les figures de soutien) 8C) « Imaginez _____ (figure de soutien) debout près de vous et elle vous offre ce dont vous avez besoin. Imaginez qu'elle sait exactement ce que vous avez besoin d'entendre. Imaginez un contact rassurant juste la façon dont vous avez besoin. »	(Pour les métaphores ou symboles) 8D) « Imaginez _____ (symbole). Imaginez maintenant _____ (symbole) entre vos mains. Imaginez être entouré par _____ (image ou sentiment). Inspirez _____ (sentiment). Répérez ou vous ressentez des sentiments positifs dans votre corps. »
9) « Imaginez vous capable d'agir, de penser ou de ressentir les ressources de maîtrise face à une future situation (situation cible) »			
Alternez les SBA et : « Que ressentez-vous ou remarquez-vous maintenant ? »			
(modèle avenir)			
Sélectionnez une ou plusieurs phrases de 9 A, B, C ou D, puis ajouter deux autres séries de stimulation.			
(Pour les expériences de maîtrise) 9A) « Imaginez être capable d'agir avec _____ (action de maîtrise) que vous avez été capable de faire quand (souvenir du client). Imaginez-vous penser _____. Ressentez (croyance de maîtrise). Ressentez _____ (émotion de maîtrise du client). »	(Pour les modèles) 9B) « Imaginez voir et entendre votre modèle étant comme vous aimeriez être. Ou, si vous le souhaitez, imaginez-vous dans le corps de votre modèle, de sorte que vous pouvez voir à travers ses yeux et ressentir comment c'est d'être capable d'agir, de sentir et penser comme ça. »	(Pour les figures de soutien) 9C) « Imaginez être en connexion avec _____ (figure de soutien) lorsque que vous faites face à cette situation. Notez comment ça serait pour vous. Écoutez _____ (personne de soutien) dire exactement ce que vous avez besoin d'entendre. »	(Pour les ressources symboliques) 9D) « Voyez et sentez votre symbole de la façon dont vous en avez besoin. Soyez conscient de ce symbole juste pour expérimenter cela. »
Alterner les SBA et : « Que ressentez-vous ou remarquez-vous maintenant ? »			
10) Vérification de la validité de la ressource			
Répétez l'opération pour chaque qualité ou ressource			
11) Répétez ce processus jusqu'à ce que le score de ressources s'élève à 6 et que le SUD sur la situation-cible descende à cinq ou moins.			
Réévaluer la situation cible			
12) « Et maintenant quand vous pensez à _____ (ressources installées) et quand vous vous imaginez étant dans la situation cible dans le futur, à combien évaluez-vous la perturbation que vous ressentez de zéro à dix, zéro indiquant aucune perturbation et dix représentant le plus perturbant que vous pouvez imaginer. »			

Tableau 42.1. (suite)

passage d'une vision pessimiste (causes internes, stables et globales en situation d'échec et externes, instables et spécifiques en situation de réussite) à une vision plus optimiste (schéma attributionnel inverse). C'est la raison pour laquelle, les stimulations bilatérales alternées utilisées sont lentes, afin de stimuler un système d'ancrage. Il s'agit dans ce protocole, d'acquiescer de nouvelles « ressources attributionnelles » (Regourd-Laizeau, 2013). Ce protocole est présenté dans le tableau 42.3.

► Le duo dynamique » d'Ann Marie McKelvey (2009)

McKelvey (2009) utilise quotidiennement des applications de psychologie positive dans les séances EMDR. Elle fait des « anamnèses positives » (inspirée de l'*Appreciative Inquiry*) en recherchant systématiquement les forces et les éléments positifs de la vie du client afin d'orienter la thérapie sur une approche positive. Quatre applications sur les forces de caractères et quatre sur la gratitude sont proposées.

● Les forces de caractères

Le DSM-IV-TR (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM), développé par l'Association Psychiatrique Américaine (APA), ou le CIM-10 (Classification Internationale de la Maladie proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S). de la psychologie traditionnelle établissent une classification permettant aux professionnels d'utiliser un langage commun sur les symptômes et diagnostics, etc. Peterson et Seligman (2004) ont créé une contrepartie inspirée de la psychologie positive s'intéressant aux forces pour arriver à une classification nommée « *Values in action-Inventory strengths* » (l'Inventaire des valeurs en action). McKelvey (2009) demande au patient, préalablement, de compléter le « *Values In Action-Inventory of Strengths* » (VIA-IS) afin d'obtenir une liste de 5 à 6 forces, qui servira de fil rouge pour la suite de la thérapie.

2.4.1.1 Dépoussiérage des forces

Il s'agit de repérer le besoin du client (défi, challenge, etc). puis d'orienter le focus sur les forces : « *De quelle force auriez-vous besoin pour répondre à ce défi ? Quelle force possédez-vous qui pourrait vous aider dans cette situation ?* » Le thérapeute recherche avec le client des exemples d'utilisation de cette force, en explore avec lui toutes les dimensions, ainsi que les sensations corporelles associées, tout en procédant à des stimulations bilatérales alternées

Tableau 42.2. Présentation du protocole DeTur

1. État-ressource intérieur « Rappelez-vous un moment où vous sentiez plein de ressources, fort, maître de vous-même et centrez-vous sur ces expériences et ces émotions. » Renvoyez au client ce qu'il dit, ce qu'il voit, ce qu'il entend, les odeurs, les goûts éventuels, tout en faisant des stimulations bilatérales pour le maintenir dans ces sentiments positifs.	
2. Objectif positif du traitement (OP) ^a Aidez-le à en construire l'image. « Imaginez une photo de vous, où vous avez atteint votre objectif. Pensez à ce que serait votre vie sans... » (exprimez ici l'addiction ou les comportements dysfonctionnels dont le client veut se débarrasser). « Que ferez-vous à la place ? Que voulez-vous ? », « Qu'est-ce que cela vous apportera ? Que verriez-vous sur la photo ? » Quand le client a construit son image, vérifiez que c'est bien ce qu'il veut : « Vous en avez vraiment envie ? C'est vraiment agréable pour vous ? » « Est-ce mieux si vous agrandissez l'image, si vous la rendez plus claire, plus brillante, plus proche de vous, ou si vous lui ajoutez des sons ? » Aidez-le à faire les ajustements qui vont rendre l'image plus attirante. Puis faites les stimulations bilatérales alternées.	
3. État positif et ancrage Associez complètement un état positif à l'OP par le biais d'ancrages et de renforcements. « Vous pouvez construire votre objectif positif. Imaginez clairement cet objectif. Quelles sont les choses que vous allez être capable de faire une fois que vous l'aurez atteint ? » « Entrez dans l'image de votre objectif, dans cette posture du corps que vous y avez. Notez vos émotions positives, expérimentez-les, respirez à l'intérieur de ces émotions, circulez dedans, vivez ce que cela vous fait de réussir. Notez ce que vous entendez, les odeurs, les sons, les goûts. Notez comment c'est de fonctionner pleinement. Tout en notant et en vivant ces émotions positives, touchez l'articulation de votre doigt jusqu'à ce que votre désir pour cet état positif soit le plus fort possible. Accentuez légèrement la pression sur ce point où vos émotions positives sont le plus intenses, pour renforcer le lien corps-esprit. » Pendant que le client appuie sur l'articulation de son doigt devenu « lieu d'ancrage », faites des stimulations bilatérales. Répétez le même processus en utilisant des sons : « Écoutez les sons, les mots positifs que vous vous dites à vous-même, les mots positifs que les autres pourraient vous dire, et ajustez les composantes auditives : le volume, la tonalité, le tempo, la balance, etc. Quand c'est positif, touchez votre ancrage. » Utilisez l'ancrage et les stimulations bilatérales simultanées pour intégrer encore davantage dans la physiologie du client les sentiments de réussite. Testez l'état positif du client lorsqu'il touche l'ancre et noter le résultat produit. Il doit rapporter un vécu positif. « Touchez votre articulation. Que ressentez-vous ? »	

Tableau 4.2.2. (suite)

4. Identifier les déclencheurs : « Comment savez-vous quand vous devez ----- ? » (prendre le produit, faire l'activité à laquelle il est "accro") « Qu'est-ce qui vous empêche d'être dans votre état positif ? Ces déclencheurs peuvent être un endroit, une personne, un moment particulier, une émotion, une odeur, un goût, un événement, une action, un objet. » Faites la liste de tous les déclencheurs d'usage du comportement addictif, en indiquant le degré d'impulsion sur l'échelle de 0 à 10, où 10 est le plus intense. Rangez-les ensuite dans le tableau ci-dessous en fonction de leur intensité croissante. « Évoquez maintenant l'image, avec les mots, les goûts, les odeurs qui vont avec. » « Quel est le degré d'envie, en ce moment même, de 0 à 10, où 10 est le plus élevé ? »		
Évaluation	Au début	à la fin
Déclencheur 1 :		
Déclencheur 2 :		

a. L'Objectif Positif (OP) ne signifie pas nécessairement l'abstinence pour un toxicomane ou un alcoolique. Il a pour objectif d'aider le client à se créer une image claire de lui-même quand il aura réussi, s'il fonctionne à plein, ayant atteint son but. On exprime l'OP en termes positifs, en le liant à des éléments de temps (dans un avenir assez proche), comme un objectif raisonnable, réalisable, et qui décrit dans les mots du client son succès et son fonctionnement complet. On l'exprimera de façon à le rendre attrayant, attirant, irrésistible.

Tableau 42.3. Présentation du protocole EMDR d'optimisme

Éléments d'évaluation : Questions de base permettant d'installer un rapport positif entre le client et le praticien EMDR. Identification d'un style explicatif pessimiste éventuel.
1. Recherche de la situation cible et évaluation
Situation d'échec :
« Vous est-il déjà arrivé de vivre des situations difficiles dans un domaine qui vous tient à cœur ? Pourriez-vous me parler de la dernière situation difficile, ou la situation la plus difficile que vous ayez vécue dans ce cadre ? »
« Maintenant quand vous y repensez, quelle est la partie la plus difficile ? Et quelle émotion ressentez-vous ? »
Évaluation du SUD ;
Il s'agit de rechercher les causes correspondant à un style explicatif optimiste dans l'échec : externe/spécifique/instable
2. Évaluation de la causalité : interne/externe - le praticien va stimuler l'occurrence correspondant à un style optimiste c'est à dire externe :
« Pourriez-vous me dire comment c'est arrivé ? Est-ce de votre responsabilité ? »
si non : ok (passer à la phase 3)
Si oui : (interne)
« Qu'est ce qui vous fait dire cela ? Qu'auriez-vous pu faire pour empêcher ça ? » orientation vers une explication externe. SBA lentes pour ancrer l'explication externe.
. 3. Évaluation de la dimension globale/spécifique : le praticien va stimuler l'occurrence correspondant à un style optimiste c'est à dire spécifique
« Est-ce que ça vous arrive seulement dans cette situation-là ? »
(oui : c'est spécifique : cela arrive uniquement dans cette situation, donc c'est inhabituel de rater, d'échouer, passer à 4).
Si non : - Recherche d'exception à la règle de la spécificité de la situation pour trouver la dimension globale.
« Est ce que ça vous est arrivé au moins une fois de réussir dans cette situation ? Comment avez-vous fait pour réussir si bien ? » SBA lentes pour ancrer la spécificité
4. Évaluation de la dimension stable/ instable :
« Est-ce que c'est quelque chose d'occasionnel ? »
(si oui : ok passer à 5 : Instable : « ça m'arrive rarement, généralement j'y arrive bien, c'est occasionnel »)
Si non signifie que cela arrive tout le temps, donc recherche d'exception à la règle de la stabilité dans le temps SBA lentes pour ancrer seulement l'instabilité
Situation de succès :
Il s'agit de rechercher les causes correspondant à un style explicatif optimiste dans la réussite à savoir : interne/ global/stable relié a des ressources positives.

Tableau 42.3. (suite)

Stimulation des ressources positives : « De quoi auriez-vous eu besoin (qualité, force ou ressource) pour réussir ? Parmi les personnes que vous connaissez, qui a cette qualité-là ? Comment le voit-on ? Comment cette personne fait-elle ? Quand elle réussit, comment se sent-elle d'après vous ? » SBA lentes pour ancrer les comportements, les émotions, les sensations positives internes.
Stimulation de la dimension interne « Est-ce que vous pouvez vous rappeler d'une situation où vous avez réussi ? Qu'est-ce que vous avez fait vous pour réussir si bien ? » - ressource 1 (stimulation) - ressource 2 (stimulation) - ressource 3 (stimulation)
Stimulation de la dimension globale « Dans quels autres domaines, réussissez-vous bien ? » Faire développer les idées de domaines de réussite. Accompagner les paroles par les SBA lentes.
Stimulation de la dimension stable : « Est-ce que ça vous arrive de réussir en général ? » OUI : on laisse parler avec SBA lentes. NON : ressource relationnelle : « Qui possède ou représente cette qualité ? » faire parler sur cette personne avec SBA lentes.
Clôture : « Comment vous sentez vous ? Qu'avez vous appris de cette séance ? » Inviter la personne à noter ce qui se passe de positif dans les prochaines semaines.

lentes. On procède de la même manière avec les autres forces en fonction des besoins du client.

2.4.1.2 *Changer une habitude*

Le patient repère une habitude dont il veut se débarrasser. Il s'agit de se servir des forces identifiées préalablement comme levier en intégrant les stimulations bilatérales alternées. « *On a vu que vous possédiez comme force la persévérance, comment pourrait-elle vous aider à arrêter de fumer ?* » Il est demandé au client de citer plusieurs possibilités, et on développe chaque possibilité.

2.4.1.3 *Forces et cognitions positives*

Le praticien intègre les forces de caractères afin de potentialiser les cognitions positives du protocole standard. Dans la phase 3 de l'évaluation du protocole standard, une cognition négative et une cognition positive sont établies par le thérapeute et le client. On va pouvoir la renforcer par une question du style : « *Quelle force de caractère pourrait améliorer cette cognition positive, et comment pourrait-elle le faire ?* »

2.4.1.4 *Trouver son équilibre (Quand les piliers rencontrent la technique du papillon¹)*

Il s'agit d'établir une représentation graphique de ce qui se passe dans la vie du client. Sur une feuille de papier douze lignes verticales sont tracées. Chaque ligne représente un domaine (carrière, finances, santé, spiritualité, satisfaction de vie, etc..) Chaque pilier est ensuite évalué par le client sur une échelle de satisfaction allant de 0 à 7 (trop ancrée, la cognition négative peut empêcher un niveau de satisfaction élevé). Puis il lui est demandé de dire à combien il voudrait être au niveau de la satisfaction. Cette information permet d'élaborer une cognition positive satisfaisante. La même procédure est appliquée pour chaque pilier. Enfin, le client désigne le pilier représentant le niveau de satisfaction le plus bas puis le plus haut. Il colorie ensuite l'espace qui sépare les différents niveaux de satisfaction de manière à obtenir une représentation visuelle du chemin qui lui reste à parcourir. Le point crucial consiste ici à identifier, à partir de ce schéma, la cognition négative responsable de la baisse du niveau de satisfaction pour la désensibiliser en utilisant le protocole standard. Le client est invité à nommer les forces qui l'aideront à aller vers la cognition positive tout en effectuant la « technique du papillon. »

1. La technique du papillon issue de l'EMDR est une stimulation bilatérale alternée que le patient peut effectuer seul. Il suffit de croiser les bras sur la poitrine, de sorte qu'avec les doigts de chaque main, il soit possible de toucher la zone qui se trouve entre la clavicule et l'épaule opposées et d'effectuer des tapotements de façon lente et régulière.

● La gratitude

S'appuyant sur les dernières études des psychologues et sur des recherches exhaustives en philosophie, théologie ou en anthropologie, Emmons (2010) montre que la pratique de la reconnaissance est une composante essentielle du bonheur et propose une série d'outils, des plus simples aux plus insolites, comme tenir un « journal de gratitude », initier un cycle « donner et recevoir », et même associer rythme cardiaque et « rythme de la gratitude » pour tester ses manifestations bénéfiques dans notre corps. Wood *et al.*, (2008) montrent d'ailleurs que la gratitude diminue le stress et la dépression et augmente le bien-être. Alexandre Jollien qui préface l'ouvrage d'Emmons 2010 précise que « le bonheur est un état d'esprit et la gratitude est l'un de ses joyeux exercices. » Parmi ces joyeux exercices, McKelvey (2009) en décrit quatre qui seront intégrés à l'EMDR ou non.

La liste de gratitude

Le client doit consacrer 3 à 5 minutes de son temps, au minimum 4 fois par semaine, pour inscrire sur une feuille de papier 10 aspects de sa vie pour lesquelles il éprouve de la gratitude. La liste rédigée, il est invité à effectuer sur lui-même pendant 4 à 5 minutes la stimulation bilatérale alternée dite « technique du papillon » en savourant chaque élément de la liste.

La lettre de gratitude

Le client est chargé de rédiger une lettre de gratitude envers une personne, pour une action qu'elle a eue au cours de sa vie, même lointaine. On installe avec les stimulations bilatérales alternées lentes la gratitude qui émerge de cette lettre.

Les trois bénédictions nocturnes

Chaque soir au coucher, le client est invité à repenser aux événements de la journée puis à répondre par écrit à la question : « *Qu'est-ce qui est arrivé de bien aujourd'hui ?* » Il lui est demandé de relire régulièrement ce qu'il a écrit pour prendre conscience des événements positifs de sa vie.

La pratique de la reconnaissance

L'alliance de la gratitude et des stimulations bilatérales alternées favorisent une conscience plus intense de l'environnement naturel et humain du client. Cette conscience se traduit chez ce dernier par une appréciation positive exprimée en termes de reconnaissance ancrée par le thérapeute au moyen des stimulations bilatérales alternées.

► Psychothérapie positive

La psychologie positive a permis le développement de la psychothérapie positive dont l'un des leader est Tayyab Rashid, (Rashid et Anjum, 2007 ; Seligman *et al.*, 2006 ; Rashid, 2015). Telle qu'elle se présente actuellement, la psychothérapie positive se compose de quatorze séances (Seligman, 2013). L'objectif à court terme est de permettre au client, ou au patient, d'identifier les ressources dont il dispose afin de faire face aux situations auxquelles il est confronté. Pendant les quatorze séances, les différents domaines de la psychologie positive sont balayés pour arriver à une augmentation du bien-être. Seligman *et al.*, (2006) montrent que dans la psychothérapie positive « le taux de soulagement des symptômes dépressifs était supérieur à celui du traitement habituel et à celui des médicaments. 55 % de patients en psychothérapie positive, 20 % de patients suivant le traitement habituel, et seulement 8 % de patients suivant le traitement habituel assorti d'antidépresseurs obtinrent une rémission » (Seligman, 2013). Les résultats encourageants (Csillik *et al.*, 2012) nous ont conduit à intégrer l'EMDR chaque fois que cela était possible en postulant sur une intégration plus rapide et plus approfondie.

► Thérapie EMDR du Tournesol[®] I, Regourd-Laizeau (2016)

Ce protocole de psychothérapie positive EMDR est inspiré de la psychothérapie positive de Rashid (Rashid et Anjum, 2007 ; Seligman *et al.*, 2006). Orienté vers les ressources, les cotés positifs et lumineux du patient, ce protocole permet de stimuler les ressources latentes et favorise la croissance des réseaux de ressources accroissant les possibilités d'intégration de l'information adaptative afin de surmonter les difficultés, voire de développer une vie plus épanouie en intégrant les travaux des plus grands scientifiques de la psychologie positive. Les stimulations bilatérales alternées lentes renforcent l'ancrage afin de faciliter l'intégration et le tissage cognitif. Selon Regourd-Laizeau (2013), il semble que les réseaux de ressources ne sont efficaces qu'à partir d'un seuil de développement critique. Le praticien EMDR identifie le réseau de ressources, puis le développe au moyen de suggestions accompagnées de stimulations bilatérales et lui permet ainsi de grandir et d'être opérationnel. Il peut s'agir d'en développer la taille et la force en donnant au patient des éléments concrets, cognitifs, émotionnels qui lui permettent d'élaborer une intégration. Le protocole est présenté dans le tableau 42.4.

L'évaluation du protocole tournesol EMDR est en cours et la comparaison avec la psychothérapie positive seront des données intéressantes comme le suggèrent les premiers résultats.

Tableau 42.4. Le protocole Tournesol EMDR

Figure 42.1. SEANCE		Figure 42.2. ETAPE	Figure 42.3. CONTENU
1	Cadre		Confidentialité. Les règles de fonctionnement et l'importance du travail intersession. Les problèmes sont considérés comme un manque relatif de ressources positives comme les émotions positives, l'engagement, les relations positives, le sens et accomplissement que le patient va acquérir dans la thérapie.
	Travail intersession		Le patient doit rédiger un texte de 300 mots décrivant une situation réelle qu'il a vécue de lui à son meilleur niveau.
2	Forces de caractères		Pendant la séance, le texte est relu et on extrait les forces de caractères apparaissant. Le client peut compléter le questionnaire VIAME.ORG pour les repérer ou choisir parmi les 24 cartes du jeu des forces de caractères [©] celles qui lui ont permis de réussir aussi bien dans cette situation réelle. Le praticien reprendra ensuite l'histoire rédigée en insistant sur les forces identifiées, les émotions positives, le sens, etc. et il ancre avec des séquences courtes de SBA lentes.
	Travail intersession		Journal de gratitude ou variante proposée par Isebaert (2005) : le patient doit répondre le soir au coucher pendant 21 jours aux questions suivantes : « Qu'est ce qui m'a donné du plaisir ou de la satisfaction aujourd'hui ? » « Qu'est ce que quelqu'un a fait pour moi qui m'a donné du plaisir ou de la satisfaction ? Que pourrais-je faire pour que cela se reproduise ? » « Quelles sont les choses de ma vie qui me donnent de la satisfaction ou me font plaisir ? »
3	Forces de caractères		Retour sur les éléments de satisfaction et de plaisir rapportés par le client, accompagnés de séquences courtes de SBA lentes. Identification précise des situations qui vont lui permettre d'utiliser ses forces pour augmenter son bien-être, son engagement, et le sens qu'il attribue à sa vie. Détermination d'objectifs (SMART) dans sa vie.
	Travail intersession		Le patient élabore un plan d'action concret intégrant les objectifs et les forces.
4	Souvenirs perturbants et négatifs		Retour rapide sur les éléments de la séance précédente. Discussion entre le thérapeute et le client sur le rôle des mauvais souvenirs et des émotions négatives qui pourraient entretenir des sentiments d'amertume ou générer de la dépression. Identification des pensées négatives, colère, rancune, etc. Choix de cibles éventuelles à traiter en EMDR. Dérouler le protocole standard.
	Travail intersession		Le patient retrouve des souvenirs négatifs et note les émotions de colère d'amertume et leur impact et comment cela perpétue la détresse émotionnelle.

Tableau 42.4. (suite)

5	Pardon	Retour rapide sur les éléments de la séance précédente. Le pardon est exploré comme une option pour transformer les sentiments de colère, d'amertume, de rancœur, associée à une transgression mineure dans une neutralité voire même, si possible, en émotions positives.
Travail intersession		Le patient décrit une situation et les émotions reliées à celui qui l'a offensé et s'engage à lui pardonner. Il n'envoie pas forcément la lettre.
6	Gratitude	Retour rapide sur les éléments de la séance précédente. Présentation de la gratitude et de la reconnaissance.
Travail intersession		Exercice ou variante avec la visite de gratitude. Le patient écrit la lettre de gratitude et va la lire au destinataire de ladite lettre. Ces éléments seront repris en séance avec les SBA.
7	Bilan intermédiaire	Évaluation des différents éléments vus auparavant : le plan d'action avec les forces de caractère, le pardon, les éléments sur la gratitude. Bilan des progrès thérapeutiques et des axes d'amélioration éventuels.
8	Satisfaction	Entretien sur les notions de « bien », « mieux », et « parfait » : le perfectionnisme et ses effets nocifs. De quoi le client est-il déjà satisfait ? Ancrage avec les SBA sur les faits concrets, les émotions, les sentiments, le sens etc.
Travail intersession		Le patient identifie par écrit des domaines de sa vie qui le satisfont, puis reconsidère ceux qui ne le satisfont pas en travaillant sur les aspects dont il pourrait se satisfaire.
9	Espoir, optimisme, et croissance post-traumatique	Retour rapide sur les éléments de la séance précédente. Ancrage avec SBA lentes sur matériel positif. L'espoir et l'optimisme sont présentés et discutés. On aide le patient à se rappeler des situations de pertes importantes ou des opportunités sont apparues. Le potentiel de croissance post-traumatique est également exploré.
Travail intersession		Le patient doit repérer 3 portes qui se sont fermées puis répondre à la question : « Quelles portes se sont ouvertes ? »
10	Communication pour des relations positives	Retour rapide sur les éléments de la séance précédente. Entretien sur le mode de discussion face à l'annonce d'un événement positif : actif ou passif, constructif ou destructeur. Sélection du mode actif constructif favorisant plus les relations positives. Puis rappel de souvenirs ou le patient a été accueilli sur le mode « actif/constructif » et ancrage des sentiments positifs, du sens, des émotions positives avec les séquences courtes de SBA lentes.
Travail intersession		Le patient détecte des opportunités d'attitude active/constructive.
11	Forces de caractères des proches	Retour rapide sur les éléments de la séance précédente. On choisit des personnes de l'entourage. On dispose les cartes des forces de caractères© et on lui demande d'identifier les forces pour la première personne, en étayant avec des exemples concrets. Puis on continue l'exercice sur une autre personne.

Tableau 42.4. (suite)

Travail intersession		Le patient emporte chez lui le jeu des forces de caractères© et est invité à faire l'exercice avec les personnes vues dans la session 11. Il peut aussi leur demander de passer le questionnaire Viame.org et discuter à partir des résultats. Il doit ensuite dessiner un arbre des forces de sa famille. Il peut organiser une soirée où l'on parle des forces de caractère de ces personnes.
12	Savourer	Retour rapide sur les éléments de la séance précédente. La notion de savourer est discutée. On évoque aussi des techniques et des stratégies pour se protéger de l'adaptation. On choisit un événement positif simple (un bon plat, une visite au musée, etc.) et l'on ancre au moyen de séquences courtes de SBA lentes, les émotions sensorielles ressenties.
Travail intersession		Le patient prévoit et fait une activité permettant de savourer (pleine conscience, méditation, dégustation, etc.)
13	Altruisme	Retour rapide sur les éléments de la séance précédente. Les effets thérapeutiques positifs de l'altruisme sont présentés ; puis rappel de souvenirs où le patient a aidé quelqu'un : ancrage des sentiments positifs, du sens, des émotions positives avec les séquences courtes de SBA lentes.
Travail intersession		Le patient s'engage dans un acte d'altruisme en utilisant ses forces personnelles et ses ressources.
14	Une bonne vie PERMA	Retour rapide sur les éléments de la séance précédente. Les éléments d'une vie épanouissante sont évoqués (sens, relations, émotions positives, engagement, accomplissement) ; des pistes pour la maintenir sont envisagées. Bilan de la thérapie et du protocole Tournesol EMDR. Clôture.

Les travaux proposés apportent une grande richesse d'action pour les praticiens EMDR. D'autres travaux viendront encore élargir la potentialisation que produit l'EMDR dans son aspect « reprocessing », même si le processus d'action ne semble pas le même que celui de la désensibilisation. Nul doute que ces deux aspects soient nécessaires sur le continuum du bien-être de la psychologie intégrant à la fois la psychologie telle qu'on la connaît et la psychologie positive. La croissance post-traumatique pourrait être un angle d'étude particulièrement précieux pour le praticien EMDR dynamisant la désensibilisation et optimisant le reprocessing.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNARD M., ZIMMERMANN G., FAVEZ N. (2009) Quelle place pour la psychologie positive dans le champ de la psychothérapie ? Perspectives théoriques et empiriques. *Pratiques Psychologiques*.
- CSILLIK A., AGUERRE C., BAY M. (2012) Psychothérapie positive de la dépression : Spécificités et apports cliniques, *Annales Médico-Psychologiques*, 170, 8, 541-546.
- EMMONS RA., CRUMPLER C.A (2000) Gratitude as a Human Strength : Appraising the Evidence, *Journal of Social and Clinical Psychology* 19, 1, 56-69.
- EMMONS R.A. (2010) Merci ! : Quand la gratitude change nos vies.
- GABLE S.L., HAIDT J. (2005) What (and why) is positive psychology ? *Review of General Psychology*, 9, 2, 103-110.
- KORN D., LEEDS A. (2002) Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex post-traumatic stress disorder, *Journal of Clinical Psychology*, 58, 12, 1465-1487.
- LENDL J., FOSTER S. (1997) *EMDR performance enhancement for the workplace : A practitioners' manual*. San Jose, CA : Performance Enhancement Unlimited.
- MAIN M., MORGAN H. (1996) Disorganization and disorientation in infant Strange Situation behavior : Phenotypic resemblance to dissociative states ? In *Handbook of Dissociation : Theoretical, Empirical and Clinical Perspectives*, ed. L. Michelson & W. Ray, New York, Plenum, pp. 107-131.
- McKELVEY A.M. (2009) EMDR and positive psychology. In Shapiro, R. *EMDR Solutions II : For Depression, Eating Disorders, Performance, and More*, Norton Professional Books, 242-261.
- PETERSON C., SELIGMAN M.E.P. (2004) *Character strengths and virtues : A handbook and classification*, Oxford, Oxford University Press.
- POPKY A.J. (2005) *DeTUR, an urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behaviors*. In R. Shapiro (Ed), *EMDR solutions : Pathways to healing* (pp. 167-188), New York, Norton.
- RASHID T., ANJUM A. (2007) *Positive psychotherapy for children and adolescents*. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankin (Eds), *Depression in children and adolescents : Causes, treatment and prevention* (pp. 250-287), New York, Guilford Press.
- RASHID T. (2015) Positive psychotherapy : A strength-based approach, *Journal of Positive Psychology*, 10, 1, 25-40.
- REGOURD-LAIZEAU M., MARTIN-KRUMM C., TARQUINIO C. (2012) Interventions dans le domaine du sport : le protocole d'optimisme, *Pratiques Psychologiques*, 18, 189-204.
- REGOURD-LAIZEAU M. (2013) *Psychologie positive et EMDR : Questions et perspectives*. Thèse de doctorat Université de Lorraine.
- SELIGMAN M. (1994) *What you can change & what you can't*, New York, Knopf.
- SELIGMAN M.E. (2011) *Flourish*. North Sydney, N.S.W, Random House Australia.
- SELIGMAN M., CSIKSZENTMIHALYI M. (2000) Positive psychology : An introduction, *American Psychologist*, 55, 5-14.

- SELIGMAN M.E.P., STEEN T.A., PARK N., PETERSON C. (2005) Positive psychology practice : Empirical validation of interventions, *American Psychologist*, 60, 410-421.
- SELIGMAN M.E.P., RASHID T., PARKS A.C. (2006) Positive psychotherapy, *American Psychologist*, 61, 774-788.
- SELIGMAN M.E.P. (2011) *Flourish*, New York, Simon & Schuster.
- SELIGMAN M.E.P. (2013) Vivre la psychologie positive.
- SHAPIRO F. (2012) EMDR therapy : An overview of current and future research, *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 62, 4.
- TEDESCHI R.G., CALHOUN L.G. (2004) Posttraumatic growth : Conceptual foundations and empirical evidence, *Psychological Inquiry*, 15, 1, 1-18.
- WOOD A.M., MALTBY J., GILLET R., LINLEY P.A., JOSEPH S. (2008) The role of gratitude in the development of social support, stress, and depression : Two longitudinal studies. *Journal of Research in Personality*, 42, 854-871.

Chapitre 43

EMDR et Coaching

Martine Regourd-Laizeau
Joanic Masson
Ingrid Petitjean

La première publication sur le coaching date de 1937, et depuis, les publications augmentent de façon exponentielle (Grant, 2011). Afin d'être précis, il convient de définir l'articulation entre psychologie et coaching. Le praticien EMDR pourrait utiliser de nombreux outils et protocoles EMDR présentés ci-après afin de renforcer sa pratique en coaching et ou/en psychologie. Les différents protocoles EMDR pourront s'intégrer et s'articuler dans une démarche de coaching tout en tenant compte des précautions nécessaires au niveau de la posture et de l'éthique.

DÉFINITION

Bien que les définitions de coaching varient, la plupart supposent une relation de collaboration entre le coach et le coaché dans le but d'atteindre les résultats de développement professionnel ou personnel qui sont évalués par le coaché (Spence et Grant, 2007). En règle générale, les objectifs de coaching sont fixés afin de développer les capacités d'un individu ou sa performance actuelle. En substance, le processus de coaching facilite l'atteinte des objectifs en aidant les individus à :

1. Identifier les résultats souhaités ;
2. Etablir des objectifs spécifiques ;
3. Renforcer la motivation en identifiant les forces et le renforcement d'auto-efficacité ;

4. Identifier les ressources et à formuler des plans d'action spécifiques ;
5. Surveiller et évaluer les progrès vers les objectifs ;
6. Modifier les plans d'action en fonction des feedback (grant *et al.*, 2010).

En comparaison avec la psychothérapie, on note plusieurs différences importantes que nous allons évoquer partiellement.

Le lien entre le thérapeute et le patient est une relation asymétrique. En effet, le plus souvent, le thérapeute est censé avoir les réponses alors que dans le coaching, le coach aide le client à découvrir ses propres réponses dans une relation d'égalité et un partenariat créatif. Le thérapeute s'intéresse généralement au passé qui a conduit à la situation dysfonctionnelle alors que le coach s'intéresse au présent et cherche comment aller vers un futur plus agréable. D'autre part, en coaching, la croissance et les progrès sont rapides et la démarche généralement agréable alors qu'en thérapie les progrès sont lents et la démarche délicate. Ces différences peuvent conduire l'individu à choisir un coaching ou une thérapie en fonction de ses attentes et craintes. La figure 43.1 reprend les différences entre consulting, coaching et thérapie (Kauffman et Coutu, 2009). On observe un chevauchement sur certaines compétences communes au coaching et à la thérapie.

Consulting		Orienté vers le futur	Thérapie	
Payé pour trouver des solutions	Conseille les dirigeants sur les problèmes d'affaires		Payée pour poser les bonnes questions	Orientée vers le passé
Centré sur la performance organisationnelle	Implique les managers dans la fixation des objectifs	Favorise la performance individuelle dans le contexte professionnel	Aborde des questions difficiles au travail et à la maison	Diagnostic et traite les dysfonctionnements
Tend vers l'objectivité	Basé sur l'éthique organisationnelle	Aide les cadres à découvrir leurs propres chemins	Centrée sur le changement individuel	Basée sur une éthique médicale
Fournit une analyse quantitative des problèmes	Payé par l'organisation		Explore l'expérience subjective	Payée par le patient
				Confidentialité garantie par la loi

Coaching

Figure 43.1. Domaines du consulting, du coaching et de la thérapie (Kaufman et Coutu, 2009)

COACHING ET PSYCHOLOGIE

Le coaching semble différent de la psychologie. Toutefois, l'approche humaniste est fondée sur une vision positive de l'être humain cherchant à relancer la mobilisation des forces de croissance psychologiques et à développer son potentiel (Maslow 1954, 1970). La thérapie orientée vers la solution (Isebaert et Cabié, 2006) met elle aussi largement l'accent sur les possibilités du patient. D'autre part, la naissance de la psychologie positive renforce cette ouverture vers l'univers des possibles (Seligman, 1998). Les domaines d'intervention et les méthodes du psychologue humaniste, orientés solutions ou positifs sont-ils différents de ceux du coach ? On peut considérer qu'ils s'en rapprochent avec plus de rigueur en général, et de rigueur scientifique pour le psychologue positif. Le coaching se spécialise selon les domaines. On distingue le coaching professionnel destiné à accompagner les personnes et les équipes dans le développement de leurs potentiels et de leurs savoir-faire dans le cadre d'objectifs professionnels et le coaching de vie qui répond au besoin de comprendre, d'appréhender une situation nouvelle dans la vie du coaché et de rétablir un équilibre. Le coach va donc s'intéresser à l'analyse du présent afin d'anticiper le futur et mobiliser les ressources dans l'atteinte d'un objectif.

COMPÉTENCES DU COACH

Afin d'atteindre ces objectifs, le coach va activer des compétences qui reposent d'après Lenhardt (2002) sur cinq habiletés : l'écoute des motivations profondes, la valorisation de l'autre et de soi-même, l'aptitude à résoudre les conflits, la prise en compte des émotions dans la communication, la gestion du changement humain, compétences que possèdent également le psychologue. Une attention toute particulière doit être portée sur la notion de posture du coach différente de celle du psychologue comme on peut le voir dans ce cas.

Cas d'un pilier de rugby suivi en coaching après une blessure.

Le psychologue de sa posture « traditionnelle » pourrait être dans une posture empathique pour découvrir le sens de la blessure et les implications pour le sportif. Le coach sera investi dans la découverte d'habiletés mentales permettant de repousser les limites, de switcher, d'activer des ressources (visualisation, pleine conscience) afin de favoriser des processus de récupération plus rapide.

EMDR ET COACHING

La formation EMDR s'adresse aux personnels de santé mentale habilités à pratiquer la psychothérapie en France : psychiatres, psychologues, médecins généralistes psychothérapeutes, psychothérapeutes reconnus par les Agences Régionales de Santé (ou niveau équivalent après acceptation de dossier par l'Association EMDR France).

Le praticien EMDR peut investir le coaching en combinant à la fois le protocole EMDR standard ainsi que d'autres protocoles avec les outils du coaching afin de permettre à une personne (ou un groupe de personnes) d'atteindre un objectif précis et défini. Il peut s'agir d'une épreuve de vie telle qu'un divorce, un changement de travail, mais aussi la préparation à une performance artistique, sportive ou académique, etc. Le protocole standard montre combien les cognitions négatives contribuent au traitement dysfonctionnel de l'information. Traiter ces croyances négatives facilite le traitement adaptatif de l'information et contribue à une évolution positive du sujet. L'EMDR, dans son utilisation traditionnelle, peut être utilisée sur des événements traumatisants (petit traumatisme ou grand traumatisme), sur l'anxiété de performance, les troubles anxieux que peuvent ressentir les coachés. Par exemple, Jamie Cudmore, membre de l'équipe canadienne junior de descente en ski alpin est devenu rugbyman professionnel après une chute accidentelle en ski. Il n'a jamais pu se libérer du souvenir de cette chute et a réorienté sa carrière vers un autre sport (rugby) avec le succès que l'on connaît. Mais combien de sportifs abandonnent leur carrière alors qu'un travail en thérapie pourrait les relancer ? Pourtant, l'EMDR a été testée avec succès sur les gymnastes (Arnold, 1994) avec une augmentation de la confiance en soi et une diminution de l'anxiété. Les cavaliers de dressage (Crabbe, 1996) ont augmenté leurs performances ainsi que les rugbymen qui ont vu augmenter leur estime de soi et leur optimisme (Regourd-Laizeau *et al.*, 2011). Pour la natation, Graham et Robinson (2007) ont montré les bénéfices du protocole standard.

Dans le monde de la performance, une contre-performance relative peut être intégrée de façon dysfonctionnelle comme une humiliation altérant longtemps l'estime de soi, mais aussi la performance de l'athlète. Les blessures altèrent les défenses psychologiques de l'athlète et engendrent des symptômes tels que ceux observés dans le PTSD (Peck *et al.*, 1996 ; Shuer et Dietrich, 1997). Andersen et Williams (1999) montrent que le souvenir de la blessure peut engendrer des affects négatifs anxiogènes au moment du retour à la pratique sportive, notamment la peur de se blesser à nouveau. Or, selon Eysenck et Calvo (1992), l'anxiété éprouvée par un expert en situation de performance consomme beaucoup de ressources attentionnelles (plus que les ressources disponibles), altérant la performance. Nous voyons avec cet exemple l'utilité de l'EMDR dans la pratique du coaching. Tout comme le coach, le praticien prendra garde à gérer avec encore plus de précaution la déstabilisation provoquée par le protocole standard en intensité et en temps.

Les écoles de coaching proposent des méthodes centrées sur les grands principes de l'écoute, de la reformulation, de l'art du questionnement. Nous avons choisi d'explicitier la méthode Target (2012), bien que moins connue, mais qui propose une modélisation empirique et pragmatique de la performance mentale en entreprise, dans le monde sportif et utilisable aussi en coaching de vie. Après trente ans de travail avec des athlètes, Christian Target a conceptualisé un modèle de performance mentale comprenant 7 éléments de potentiel (Figure 43.2), et une boîte à outils intégrant entre autres le profil d'aptitude au défi® s'inspirant d'un schéma de Csikszentmihalyi (1990), la boussole des émotions, etc.



Le triangle d'appui est composé de la gestion des **Émotions** qui concerne la capacité de l'individu à se mettre dans la bonne émotion et à gérer l'anxiété ou le stress, l'**Énergie** qui concerne la capacité à gérer le relâchement, et développer cette aptitude pour mieux récupérer et l'**Estime de soi** qui permet de développer une vision positive de soi. Les 2^e et 3^e niveau s'intéressent à la **motivation** et la **confiance**. La **concentration** représente l'étage de l'action performante, avec ses trois temps : explorer le passé, réussir l'action au présent, et programmer le futur. Vient ensuite la **communication** qui dépend de la performance mentale individuelle.

Figure 43.2. Le modèle de performance mentale, Target (2012)

Les principes de coaching s'appliquent à la fois à l'individu et aussi à l'équipe, mais d'autres points comme la cohésion d'équipe, la synchronisation, les attentes mutuelles ajoutent des bases de travail important. La performance mentale collective découle de l'aptitude du collectif à mobiliser positivement tous les éléments de potentiel. Theebom *et al.*, (2014) ont montré l'efficacité des pratiques de coaching dans les organisations sur la performance, le *coping*, les attitudes au travail et la régulation des objectifs. Le praticien EMDR pourra évaluer les 7 éléments de potentiel comme base de travail puis réparer, dynamiser, optimiser au moyen de différents protocoles EMDR. En s'inspirant du travail de Jarero et Artigas (2010),

des retraitements collectifs EMDR pourraient être tentés sur des équipes de travail ou des équipes de sportifs.

ÉTAPES DU COACHING EMDR

Target (Target 2012 ; Target et Petitjean 2016) propose de son côté une démarche de coaching en quatre étapes : description du problème, explicitation de l'action dans son contexte, élaboration d'un diagnostic et recherche de solutions. Nous proposons ci-dessous le cas de HV comme illustration d'un coaching MT-EMDR :

Étude de cas H.V.

Une violoniste de renom, « est stressée avant chaque concert. » Son contexte familial est favorable, elle est mariée et heureuse avec deux enfants. L'entretien de fixation d'objectifs nous amène à vouloir gérer ce « stress » et montre les difficultés à réaliser une note particulière. Le profil d'aptitude au défi (MT®= Méthode Target) montre des difficultés dans deux domaines : la gestion des émotions et la concentration.

L'entretien exploratoire permet d'identifier une cible traumatique : lors d'un concert à l'étranger, dans une salle climatisée à la température très basse, elle a eu tellement froid que l'archet a tremblé pendant une note de fin de phrase. Elle s'est sentie humiliée, honteuse par rapport aux autres musiciens et au public. Dix ans plus tard, elle éprouve encore de l'anxiété pour cette situation, et des moments de panique au moment de commencer chaque concert (position sur la boussole des émotions MT®). La solution proposée est une séance EMDR.

La cible correspond au : « moment où je sens mon bras tétanisé par le froid et la note tremblante sortir du violon. » CN : « je ne peux pas le supporter. » CP : « je peux faire face. » SUD : « 9. » La désensibilisation amène à un Sud à 0. Avec une CP : « je peux faire face. » Toutefois, le travail ne s'arrête pas là.

La séance suivante, le protocole de Kinowski (2003) qui est orienté vers une approche somato-sensorielle est appliqué : dans la première phase, elle prend son violon et joue. Le visage est fermé et les gestes sont contractés. Je lui demande de vivre encore plus intensément la musique, de la sentir, de se mettre en position de la vivre encore plus profondément... Ses bras commencent à accompagner le mouvement de l'archet. Elle s'arrête surprise et dit qu'elle éprouve plus de plaisir. J'utilise des SBA lentes pour installer la sensation positive (ressource). Elle reprend le violon et progressivement les mouvements se font de plus en plus fluides. Elle sourit et lorsqu'elle s'arrête de jouer, elle est ravie de sa performance : « Je vis la musique beaucoup plus, c'est tellement agréable ! » Les stimulations bilatérales renforceront cette attitude et les émotions qui l'accompagnent.

La session suivante sera une application du protocole de performance optimale de Lendl et Foster (1997). Après cette séance, elle a beaucoup de plaisir à jouer, plus de confiance, et d'énergie.

D'autres outils de la méthode Target® ont été proposés : respiration-expulsion pour gérer le discours interne négatif et respiration abdominale pour le recentrage. Les techniques de relâchement, de situation ressource calme (comparable au lieu sûr), des techniques de switch de + à ++ ont également été intégrées pendant les premières séances, comme la psychoéducation que ferait le psychologue avec un contenu plus orienté sur la situation.

PROTOCOLE « PARTIR DU BON PIED » (KINOWSKI, 2003)

L'objectif du protocole « Partir du bon pied » est d'augmenter les ressources en permettant à des personnes ayant des difficultés à verbaliser ou débordées par les émotions, à utiliser la mémoire de leur corps comme médium. Ainsi, cela permet également de traiter des personnes fonctionnant majoritairement sur un mode kinesthésique. Cette démarche s'applique au préalable, créant des ressources internes suffisantes afin d'appliquer ensuite le protocole EMDR standard. Le protocole est présenté dans le tableau 43.1.

PROTOCOLE DE PERFORMANCE OPTIMALE (FOSTER ET LENDL, 1996)

L'objectif du protocole de performance optimale est de faciliter le développement de ressources internes sur des répertoires comportementaux actuels afin d'affronter des situations de défi ou de déployer une ressource existante inhibée par l'anxiété de performance ou par un autre type de blocage. Il s'agit de passer de « bon » à « excellent » (Foster et Lendl, 1995, 1996 ; Lendl and Foster, 2009). Ce travail intègre les outils habituels de fixation d'objectifs, d'entretiens d'explicatifs, etc. Un travail intersession peut s'avérer nécessaire pour ancrer le travail de ressources. Ce protocole s'utilise en outre pour préparer une performance physique, mentale, cognitive, artistique etc. Par conséquent, il est préférable de l'utiliser après le protocole EMDR standard. Précisons qu'il convient de prévoir un espace temps suffisant entre la séance et la performance attendue (15 jours semblent être un espace correct). Le protocole est présenté dans le tableau 43.2.

PROTOCOLE DE DÉVELOPPEMENT ET D'INSTALLATION DE RESSOURCES MODIFIÉ, FISCHER (2001)

L'objectif du protocole de Fischer (2001) est de faciliter le développement des ressources internes et d'élargir la fenêtre de tolérance chez les clients ayant des symptomatologies

Tableau 43.1. Présentation du protocole « Partir du bon pied »

1^{re} étape : évaluation Questions de base permettant l'identification de la problématique générale. Le praticien repère les comportements, les cognitions, les styles qui accompagnent le problème. Puis il est demandé au client de repérer les manifestations physiques de son corps lorsque le problème se manifeste (tension, respiration accélérée, nausées, poussées d'adrénaline etc). et aussi comment il préférerait fonctionner. Évaluation à l'aide de deux des trois indices suivants : - Chiffre de SUD (du protocole EMDR standard) ; - Unités subjectives de sécurité du corps (SUBS), une échelle de 1 à 5 sur la gravité de l'inconfort physique du corps ; - Évaluation de la confiance (RoC, rating of confidence) - « <i>Sur une échelle de 1 à 7, à combien estimez vous votre confiance de fonctionner de façon optimale ?</i> »
2e étape : position du corps « <i>Expérimentez la position et la posture que vous adopteriez si la solution désirée était là.</i> » Le thérapeute encourage et aide à trouver la position adéquate. De façon remarquable, le patient est capable d'utiliser ses sensations physiques et changer sa position pour « être » la solution, même s'il a du mal à conceptualiser une solution.
3e étape : scanner du corps Par des séquences courtes de SBA lentes, le praticien EMDR installe chez le client la sensation telle qu'elle est ressentie dans ses muscles, ses articulations etc., jusqu'à une respiration profonde et calme, puis demander : « <i>Que remarquez-vous ?</i> » « <i>Et maintenant, centrez vous sur l'endroit de votre corps où vous vous sentez relaxé et dites-moi à quoi ça ressemble physiquement.</i> »
4e étape : Les trois images Pendant cette position physique orientée vers la solution et avec le contexte de soutien thérapeutique, le client est invité à associer librement une image à n'importe quel élément de la posture, et ceci à trois reprises. Les trois images obtenues sont installées avec un processus en trois étapes : mettre l'accent en demandant de zoomer sur l'image et de dire ce que cela lui fait. La deuxième étape est d'apprendre au patient à repérer les sensations physiques liées à l'image. La troisième phase est de transformer l'image en un point de référence somato-sensoriel en le stockant, de façon imaginaire, quelque part dans le corps.
5e étape : Voyage dans l'espace intérieur Cette phase consolide les résultats à partir d'une cognition positive ajoutée comme dans le protocole standard. Les cognitions issues de ce travail commencent par « Je peux... », « Je suis... » Le moteur du changement est la réponse du corps.

Tableau 43.1. (suite)

6e étape : Exposition Les trois images et la cognition forment un recueil de ressources sur lequel on peut s'appuyer pour retraiter la difficulté récurrente. Pendant que le praticien effectue des stimulations bilatérales alternées, le client centre son attention sur l'image et la cognition positive et fait revenir brièvement un des aspects du problème puis retourne vers les images et les sensations corporelles positives.
7e étape : Projection dans le futur Cette étape est similaire au protocole standard. Le thérapeute propose : « <i>Imaginez que cette situation se produise, le... (jour). Mettez-vous dans la position qui représente le futur, pensez à vos images, et aux sensations qui y sont liées et puis imaginez comment vous pourriez agir</i> » tout en effectuant des stimulations bilatérales alternées lentes.
8e étape : Évaluation finale Les évaluations finales mesurent l'évolution pendant la séance avec les indices de mesure utilisés en début du travail.

sévères et/ou un déficit d'expériences positives. Il vient en appui pour permettre ensuite un protocole EMDR standard. Ce protocole est présenté dans le tableau 43.3.

Tableau 43.2. Présentation du protocole de performance optimale

Histoire du client Image de l'autorité ? Contrôle perçu au travail ou dans le couple. Fonctionnement scolaire par rapport aux parents, aux professeurs. Personne qui réussissait dans la famille ? Expérience de l'échec ?
Sélection de la Cible de travail Le problème présenté peut être un sujet courant, une situation professionnelle ou une situation dans la recherche de performance du client : « <i>Qu'est ce qui vous préoccupe maintenant dans votre travail/dans votre musique/art/sport ?</i> » « <i>Quelle image représente le défi que vous avez actuellement au travail (ou la perspective du début) pour fonctionner mieux ?</i> » « <i>Quels mots vont le mieux avec cette image et expriment la croyance négative que vous avez maintenant ?</i> » « <i>Quand vous amenez cette image (liée au travail, l'art, le spectacle ou le sport), que voudriez-vous penser de vous maintenant ?</i> »
Élaboration d'un Lieu sûr « <i>Imaginez un endroit réel ou virtuel, dans lequel vous vous sentez protégé, tranquille et paisible. Notez l'émotion et les sensations physiques quand vous vous imaginez dans ce lieu. Pensez maintenant à comment vous pourriez prendre une ou deux minutes d'un jour de travail intense pour recréer ce lieu sûr et ressentir ce sentiment de bien-être. Imaginez-vous pensant à ce lieu sûr alors que vous êtes sur votre lieu de travail.</i> »
Création du Coach Intérieur « <i>Imaginez une personne réelle ou virtuelle qui peut être une ressource intérieure pour vous, comme un coach intérieur. Il peut être une partie de vous, comme votre Soi ou votre sagesse intérieure. Imaginez la voix de cette personne réelle ou virtuelle, vous calmant quand vous vous sentez mal ou frustré, qui vous rappelle vos forces, talents et vos qualités positives.</i> »
Création d'une Équipe Intérieure de support « <i>Imaginez ce coach intérieur et d'autres personnes qui vous soutiennent et vous encouragent, comme une équipe intérieure, comme une partie de vous qui vous acclame. Entendez et voyez-les maintenant comme s'ils étaient réellement autour de vous, avec des encouragements, vous souriant et vous donnant des conseils quand vous en avez besoin.</i> »
Liste des Succès « <i>Pensez à un moment dans le passé où vous vous êtes senti plus puissant, où vous aviez plus de contrôle. Ou bien, lorsque vous avez été heureux des résultats que vous avez obtenus. Notez les émotions et les sensations physiques qui viennent quand vous pensez à ces expériences réussies. Imaginez que vous apportez délibérément ces expériences réussies dans votre esprit quand vous vous sentez découragé, de façon à changer votre état d'esprit pour qu'il soit encore plus puissant et positif.</i> »

Tableau 43.2. (suite)

Lieu Mental <i>« Dans votre esprit, imaginez un espace interne comme une pièce confortable ou un bel espace en plein air, dans lequel vous pouvez être assis sur votre chaise préférée ou sur l'herbe sous les arbres. Imaginez un grand écran de projection devant vous sur lequel vous pouvez vous voir réussissant à faire les choses aussi bien que vous voulez les faire dans l'avenir. »</i>
Désensibilisation Désensibilisez le malaise actuel jusqu'à ce que le SUD soit égal à 0. Le but de cette phase est d'avoir accès au lien entre les performances actuelles et le passé ou les déceptions. Ces connexions apparaissent spontanément, et les mémoires des événements passés deviennent des cibles ultérieures.
Installation <i>« Imaginez maintenant la position, la qualité de voix, des gestes et le sentiment positif dans votre corps comme lorsque vous pensez à la situation cible souhaitée. »</i> Quand le client arrive à imaginer la situation clairement, le praticien l'installe avec les jeux courts de SBA. Pour un effet maximal, le praticien peut demander au client de se lever et de s'imaginer faisant face à la situation avec les ressources nécessaires. Le praticien peut alors installer l'expérience réussie imaginée tandis que le praticien et le client sont debout.
Scanner du corps (idem protocole standard)
Clôture (idem protocole standard)
Évaluation de la force des associations positives

Tableau 43.3. Présentation du protocole de Fisher

1. Définir la ressource nécessaire pour atteindre l'objectif : Identifier avec le client un problème douloureux, un sentiment ou un défi dans sa vie actuelle ou ce qui est le plus pénible actuellement. « Quel est le problème qui est le plus pénible dans votre vie au quotidien ? Quelle partie de ce problème est le plus difficile pour vous ? A quel moment vous sentez-vous découragé par ce problème ? »
2. Rechercher une ressource potentiellement aidante : Demander au client d'imaginer le type de ressources dont il aurait besoin, comment il aimerait se sentir ? : « Quelle force intérieure, ressource ou aptitude pourrait vous aider à ne pas vous sentir si mal ? démoralisé ? Impuissant ? » Si c'est trop abstrait, demander : « De quel sentiment ou conviction auriez-vous besoin pour être en mesure de (objectif de la ressource) ? »
3. Développer la ressource : Demander au client d'imaginer comment il se sentirait ou à quoi cela ressemblerait d'avoir cette ressource à l'intérieur du corps et de l'esprit ? Utiliser des images et des phrases pour stimuler la créativité et l'imagination du client : « Si vous vous réveillez chaque matin avec cette ressource, qu'est-ce qui serait différent ? Comment commenceriez-vous la journée ? » Ou « Si vous aviez cette ressource dans chaque cellule de votre corps, comment ça serait ? »
4. Elaboration de la ressource : Travailler ensemble les images proposées par le client : « Si vous vous sentez plus (ressources) qu'est-ce qui se passerait ? Quelle serait la prochaine étape ? » Lier les images avec les sensations physiques, les cognitions, et les sentiments : « Quand vous vous imaginez capable de ressentir cela et de faire (image), qu'est-ce qui se passe dans votre corps ? Comment le ressentez-vous ? Remarquez comme vos pensées évoluent lorsque vous avez cette ressource disponible en vous ? » Créer des mini-objectifs : « Imaginez-vous aller au travail avec cette ressource disponible en vous. Imaginez comme vous affrontez (la situation de défi) avec cette ressource intégrée dans chacune de vos cellules. » Lorsque le client a élaboré la ressource et a des sensations positives et des émotions connectées, la ressource peut être installée.
5. Installation de la ressource : Revenir sur les images significatives et les phrases associées, les évoquer en y associant la ressource. « Encore une fois, imaginez que vous possédez vraiment cette ressource, autorisez vous à sentir encore plus de (ressource). Notez les sensations dans votre corps qui vont avec cette ressource. » Relier l'image du mot et les sensations corporelles. Séquences courtes de SBA Relier le mot et les images : « avec la ressource à l'intérieur, vous vous sentez de plus en plus calme, et tranquille, continuez avec ça. » SBA Continuer le processus d'installation jusqu'à ce qu'un état positif soit atteint de façon consistante. Quand l'état positif est installé, il peut être testé en utilisant des situations de défi d'un niveau moyen.

Tableau 43.3. (suite)

6. Gérer les intrusions négatives : Lorsque le client rapporte des manifestations négatives ou intrusives (sentiments, pensées, sensations), ces dernières peuvent être réinterprétées comme un défi et pourront permettre de tester le lien avec la ressource. Cibler les pensées intrusives en utilisant les mots du client et en lui demandant de les localiser dans son corps. Si après plusieurs essais, les pensées intrusives se maintiennent, arrêter les stimulations bilatérales alternées et utiliser des ressources de psychoéducation : besoin de prendre du temps, difficulté à faire confiance à des sentiments positifs, besoin de plusieurs ressources pour gérer la situation de défi ou le matériel post-traumatique. Lors de séances ultérieures, faire des séances plus courtes sinon les manifestations négatives peuvent s'aggraver.
7. Résumé et renforcement : Revenir sur l'expérience émotionnelle et somatique quand on imagine avoir la ressource. Demander au client d'imaginer un symbole, une image, un mot, ou un mantra qui pourrait l'aider à contacter la ressource chaque fois qu'il en a besoin au cours de la journée. Relier les images de la ressource avec le symbole ou le mantra et installer à l'aide de courtes séries de stimulations bilatérales.
8. Encourager le client à penser à l'image ou au mantra fréquemment et à utiliser des indices de rappel visuels ou écrits dans son environnement pour lui rappeler de le faire. Renforcement de la ressource dans le temps : Lors des sessions ultérieures : « Comment ça se passe lorsque vous utilisez l'image [ou le mantra] pour vous connecter à la ressource ? » « Lors de situations délicates, avez-vous essayé d'accéder à vos ressources pour vous sentir moins dépassé ? » Rappel : si le client possède peu de ressources ou a des affects négatifs, lui demander de pratiquer régulièrement l'utilisation des ressources. Si le client présente des difficultés, diminuer la quantité de défi ou augmenter la ressource : ajouter des ressources supplémentaires nouvelles ou déjà installées à la situation future. Evaluer régulièrement la part des ressources intégrées à chaque séance de thérapie : les imaginer comme des « alliées » thérapeutiques pour le client et le thérapeute.
9. Aider le client à généraliser l'utilisation des ressources : Pour les clients qui ont eu peu d'expériences de maîtrise ou de sécurité ou un sentiment de ressources, apprendre à généraliser les ressources nouvellement développées est une partie essentielle du traitement. Utiliser la psychoéducation pour apprendre au client comment, quand utiliser les ressources dans la vie quotidienne : pour anticiper les événements stressants et les défis quotidiens, lorsqu'il est stimulé par un déclencheur, lorsqu'il est anxieux ou dépassé, etc. Les pensées intrusives doivent être anticipées et gérées (section 6) Pour les patients très instables, l'utilisation de la stimulation bilatérale continue est utile afin d'augmenter leur fenêtre de tolérance. La stimulation continue fournit un moyen d'installer la parole, la résolution de problèmes, et les éléments de psychoéducation utiles pour la thérapie

PROTOCOLE DES QUATRE ÉLÉMENTS (SHAPIRO, 2012)

Le protocole des quatre éléments est utile pour permettre au client de gérer le stress dans n'importe quelle situation. Il peut être intégré dans une séance de psychoéducation.

1. Élément TERRE : la sécurité dans le présent, dans la réalité. Prendre une minute ou deux pour « atterrir » pour « être ici maintenant » : placez les deux pieds sur terre, sentez la chaise qui vous soutient. « *Regardez autour de vous et repérez 3 nouvelles choses... Que voyez-vous ? Qu'entendez-vous ?* » (Il convient de ne pas poser cette question si l'attention est portée sur les dangers en cours). L'attention est dirigée vers la réalité de la sécurité dans le présent.

2. Élément AIR : la respiration de centrage. « *Faites votre exercice de respiration préféré. Option : Respirez par le nez pour la respiration abdominale, comptez 4 secondes, puis maintenez pendant 2 secondes puis expirez et relâchez pendant 4 secondes.* » Faire une douzaine de respirations lentes et profondes comme cela. L'attention est centrée vers l'intérieur.

3. Élément EAU : calme et contrôle : « *Sentez-vous la salive dans votre bouche ? Faites-la venir !* »

Switcher sur la réponse de relaxation. Lorsqu'un individu est anxieux ou stressé, sa bouche devient sèche parce qu'une partie de la réponse d'urgence de stress (système neuro-sympathique) est de déconnecter le système digestif. Ainsi, lorsque l'on salive, on bascule vers le système digestif (parasymphatique) et une réponse de relaxation. » C'est la raison pour laquelle on propose aux personnes ayant vécu une expérience difficile de prendre un verre d'eau ou un thé. Cela fait saliver et l'esprit peut contrôler de façon optimale les pensées et le corps. L'attention est dirigée vers la production de salive pour devenir plus calme, concentrée et plus en contrôle.

4. Élément Feu : illuminer le chemin de votre imagination. « *Amenez une image de votre lieu sûr (ou une autre ressource comme un souvenir où vous vous sentiez bien dans votre peau) - Qu'est-ce que vous sentez et où le sentez-vous dans votre corps ?* »

L'attention est dirigée vers les sentiments de sécurité/ calme/ etc. dans le corps]

Comme nous l'avons vu, les principes de coaching peuvent être intégrés à la pratique du psychologue qui pourra utiliser l'EMDR pour traiter les « blocages » liés à des traumatismes psychiques non assimilés, et renforcer les ressources, développer des potentiels afin de permettre au client d'aller vers l'univers des possibles. Il reste à définir si le coach non psychologue pourrait avoir accès aux formations EMDR et sous quelles conditions afin d'offrir des garanties au coaché. Ce chapitre risque de susciter des vocations de coaches chez les psychologues et cela implique la prise de posture différente du coach mais aussi de susciter des envies de devenir praticiens EMDR chez les coaches qui vont avoir à remplir les critères nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSEN M. B., WILLIAMS J.M. (1999) Athletic injury, psychosocial factors and perceptual changes during stress, *Journal of Sports Sciences*, 17, 735-741.
- ARNOLD A. (1994) Eye-movement desensitization and reprocessing and specific anxiety in female gymnasts. Dissertation Abstract international : Section B : *The Sciences and Engineering*, 65, 2B, 1020
- CSIKSZENTMIHALYI M. (1990) *Flow : The Psychology of Optimal Experience*. New York.
- CRABBE B. (1996) Can eye-movement therapy improve your riding. *Dressage Today*, 28-33.
- EYSENCK M.W., CALVO M.G. (1992) Anxiety and performance : The processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6, 409-434.
- FISHER J. (2001) Modified EMDR Resource Development & Installation Protocol.
- FOSTER S., LENDL J. (1995) Eye movement desensitization and reprocessing : initial applications for enhancing performance in athletes, *Journal of Applied Sport Psychology*, 7, 63.
- FOSTER S., LENDL J. (1996) Eye movement desensitization and reprocessing : four case studies of a new tool for executive coaching and restoring employee performance after setbacks. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 62, 213-217.
- GRAHAM L, ROBINSON E.M. (2007) Effect of EMDR on anxiety and swimming times. *Journal of Swimming Research*, 17, 1.
- GRANT A.M., PASSMORE J., CAVANAGH M., PARKER H. (2010) The state of play in coaching, *International Review of Industrial & Organizational Psychology*, 25, 125-168.
- GRANT A.M. (2011) Workplace, Executive and Life Coaching : An Annotated Bibliography from the Behavioural Science and Business Literature (1st Jan 2011), *Coaching Psychology Unit*, University of Sydney, Australia.
- ISEBAERT L, CABIÉ M.C. (2006) *Pour une thérapie brève : le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*, Amonville Saint-Agne, Érès .
- KAUFFMAN C., COUTU D. (2009) The realities of executive coaching. HBR Research Report, *Harvard Business Review*, 32.
- KINOWSKI K. (2003) *Put Your Best Foot Forward. Clinical practice manual. An EMDR-related protocol for empowerment using somatosensory and visual priming of resource experiences*. 2nd ed. EMDR European Annual Conference, Rome, May 17.
- JARERO I., ARTIGAS L. (2010) EMDR integrative group treatment protocol : Application with adults during ongoing geopolitical crisis, *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 4, 148-155.
- LENDL J., FOSTER S. (1997) *EMDR performance enhancement for the workplace : A practitioners' manual*. San Jose, CA : Performance Enhancement Unlimited.
- LENHARDT V. (2002) *Les responsables porteurs de sens : Culture et pratique du coaching et du team-building*. Insep consulting.
- MASLOW A. (1954) Motivation and Personality (réédité 1970) Trad. : Devenir le meilleur de soi-même : besoins fondamentaux, motivation et personnalité, Eyrolles, coll. « Éditions d'Organisation », 2008, p 383.
- PECK D.F., ROBERTSON A., ZEFFERT S. (1996) Psychological sequelae of mountain accidents : a preliminary study, *Journal of Psychosomatic Research* 41, 55-63. 30.
- REGOURD-LAIZEAU M., MARTIN-KRUMM C., TARQUINIO C. (2011) Interventions dans le domaine du sport : le protocole d'optimisme, *Pratiques Psychologiques*, 18, 2, 189-204.
- SELIGMAN M.E.P. (1998) Positive social science, *APA Monitor*, 29, 4, 2-5.
- SHAPIRO E. (2012) EMDR and early psychological intervention following trauma, European, *Journal of Applied Psychology* (ERAP)
- SHUER M.L., DIETRICH M.S. (1997) Psychological effects of chronic injury in elite athletes. The Western, *Journal of Medicine*, 166, 104-109.
- SPENCE G.B., GRANT A. (2007) Professional and peer life coaching and the enhancement of goal striving and well-being : An exploratory study, *The Journal of Positive Psychology*, 2, 185-194.

TARGET C. (2012) *La méthode Target, Guide de préparation mentale*. Editions Chiron.

TARGET C, PETITJEAN I. (2016) La bible de la préparation mentale : La méthode Target : de la théorie à la pratique.

THEEBOOM T., BEERSMA B., ANNELIES E.M., VAN VIANEN A.E.M. (2014) Does coaching work ? A meta-analysis on the

effects of coaching on individual level outcomes in an organizational context, *The Journal of Positive Psychology*, 9, 1, 1-18.

Chapitre 44

Traiter dans l'immédiat

Protocoles EMDR d'urgence

Jenny Ann Rydberg

Faut-il intervenir rapidement pour aider les victimes d'un incident critique ou attendre que les symptômes de stress post-traumatique apparaissent ? Traiter les symptômes de stress aigu ou seulement les troubles post-traumatiques avérés ? Faut-il adapter les approches habituelles centrées sur le trauma au contexte particulier de l'intervention précoce ? Telles sont les questions que se posent les professionnels de la santé mentale appelés à intervenir après des catastrophes d'origine naturelle ou humaine.

L'INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE PRÉCOCE

► Définition

Le rapport Cochrane (Roberts *et al.*, 2008) définit l'intervention précoce comme une intervention psychologique entamée au cours des trois premiers mois suivant un événement traumatique, visant à prévenir le développement d'un état de stress post-traumatique (ESPT) ou d'une détresse prolongée chez les personnes manifestant des symptômes de stress post-traumatique ou un état de stress aigu, ou qui sont à risque de développer un état de stress post-traumatique ou d'autres troubles psychologiques. Cette conception de l'intervention rapide vise donc tant la prévention que le traitement.

Se pose encore la question de savoir quand et qui traiter ? Vaut-il mieux prévenir ou attendre de traiter les individus qui manifestent des symptômes clairs de stress post-traumatique ou une perturbation de leur fonctionnement quotidien ?

► Arguments

Parmi les personnes exposées à un événement traumatique, les réactions seront multiples (Shapiro, 2012) :

- Une majorité se rétablira spontanément des réactions de stress initiales ;
- Certaines manifesteront un niveau important de détresse et des symptômes persistants ;
- D'autres ne montreront de perturbation que beaucoup plus tard ;
- Une minorité importante développera des troubles psychologiques ou physiques invalidants ;
- Plusieurs connaîtront une détresse infraclinique pendant des périodes prolongées, avec un impact certain sur leur qualité de vie.

Plus précisément, un tiers des personnes exposées à un traumatisme seront symptomatiques pendant trois ans ou plus (*National Institute for Clinical Excellence*, 2005) Les formes de perturbation sont diverses : selon Bryant (2011), douze mois après un événement traumatique, 10 % manifestent un ESPT, 16 % un trouble dépressif majeur, 11% un trouble anxieux généralisé, 10 % une addiction à des substances psychoactives, 9 % une agoraphobie, 7 % une phobie sociale, 6 % un trouble panique, 6 % une phobie spécifique et 4 % un trouble obsessionnel compulsif.

On pourrait penser à ne traiter que les individus symptomatiques lors de la période post-traumatique immédiate, mais l'état de stress aigu (ESA) possède une utilité limitée comme facteur prédictif. Certes, la plupart des personnes ayant reçu un diagnostic d'ESA, si elles ne sont pas traitées, manifesteront un ESPT ou un trouble psychiatrique par la suite, mais seule une minorité des personnes qui développeront un ESPT ou un autre trouble auront manifesté un ESA antérieur, même infraclinique (Roberts *et al.*, 2009 ; Bryant, 2011)

Les effets cumulés des événements traumatiques successifs méritent également d'être pris en compte. Ce processus, nommé sensibilisation, correspond à l'augmentation progressive de la réactivité de l'individu à des stimuli liés au trauma. Puisqu'un traitement différé rend possible la sensibilisation, une intervention précoce est susceptible d'empêcher les mécanismes neurobiologiques qui sous-tendent le développement de l'ESPT (McFarlane, 2009, 2010)

L'étude ACE (*Adverse Childhood Experiences*) sur l'impact des expériences défavorables telles que les violences et le dysfonctionnement familial dans l'enfance a démontré le lien entre ces événements et l'apparition de problèmes de santé à l'âge adulte (notamment des troubles

cardiovasculaires, pulmonaires et hépatiques, mais aussi le cancer, la dépression et l'addiction à des substances psychoactives parmi d'autres) (Felitti *et al.*, 1998)

Le rôle des antécédents et de la comorbidité est souligné par une étude australienne sur l'évolution de l'ESPT qui a décrit un taux de rémission de 92 % dans un intervalle moyen de 14 ans (Chapman *et al.*, 2012) Les personnes ayant vécu des traumatismes dans l'enfance ou des violences interpersonnelles, ayant des symptômes sévères ou un trouble secondaire, anxieux ou de l'humeur, étaient moins susceptibles de connaître une rémission de l'ESPT et rapportaient des durées avant rémission plus longues que les individus ayant vécu d'autres types d'expériences traumatiques, qui avaient des symptômes moins sévères et ne présentaient pas de comorbidité. Les auteurs concluent que si la plupart des personnes atteintes d'un ESPT finissent tôt ou tard par connaître une rémission, une minorité significative décrit encore des symptômes des décennies après leur première apparition ; ainsi les individus qui ont vécu un trauma infantile ou des violences interpersonnelles devraient se voir attribuer une priorité élevée pour les interventions psychologiques.

Enfin, McFarlane (2010) résume les données disponibles documentant les effets différés du stress traumatique et leur impact sur la santé psychologique et physique (hypertension, hyperlipidémie, obésité, troubles cardiovasculaires, fibromyalgie, côlon irritable, fatigue chronique, lésions traumatiques des cervicales, syndromes douloureux)

Yehuda *et al.*, (2000, 2007a, 2007b) ont démontré le lien entre l'ESPT parental et une susceptibilité accrue de développer un ESPT chez leurs enfants même devenus adultes. Ne pas traiter les victimes d'une catastrophe implique de ne pas intervenir sur le risque de transmission intergénérationnelle.

L'étude de McCanlies *et al.*, (2014) confirme que nous ne sommes pas tous égaux devant les événements traumatiques et que certains traits (résilience, satisfaction de vie, gratitude) ont un rôle protecteur. Les caractéristiques d'un incident critique ne suffisent donc pas à déterminer la nécessité d'une intervention psychologique précoce : quel que soit l'événement brutal, certaines personnes développeront des troubles à la suite de ce choc traumatique, d'autres pas. Une intervention initiale incluant un dépistage des personnes à risque semble donc bien pertinente.

En conclusion, si la plupart des personnes exposées à un événement traumatique ne développeront pas de trouble (ESPT ou autre), toutes sont potentiellement à risque d'un phénomène de sensibilisation, puisque même celles qui ne manifestent pas de symptômes marqués pendant les phases aiguës ou immédiates peuvent devenir sensibilisées et développer des troubles par la suite (Andrews *et al.*, 2007 ; Solomon et Mikulincer, 2006), voire transmettre à leurs enfants une vulnérabilité au stress (Yehuda *et al.*, 2000, 2007a, 2007b) L'intervention psychologique précoce semble donc ici avoir toute sa place.

PROTOCOLES D'URGENCE

Dans le domaine de l'intervention psychologique précoce, on peut distinguer les protocoles d'urgence (employés dans les 72 heures suivant l'incident critique) des protocoles des événements récents (utilisés jusqu'à plusieurs mois après le traumatisme) Seront développés ici les protocoles d'urgence.

Le débriefing psychologique est actuellement controversé (Rose *et al.*, 2005) C'est pourquoi les premiers intervenants devraient envisager les « premiers soins psychologiques » qui sont recommandés en tant qu'alternative préférable au débriefing, même si on ne dispose pas encore de données empiriques (Bryant, 2011 ; OMS, 2012 ; Roberts *et al.*, 2009) Les protocoles EMDR d'urgence partagent avec les premiers soins psychologiques des éléments tels que le renforcement d'un sentiment de sécurité, la diminution des réactions de stress aigu et le repérage des individus qui nécessiteront une prise en charge supplémentaire.

► Procédure de réponse aux urgences

La procédure de réponse aux urgences (ERP : *Emergency Response Procedure*) de Quinn (2009) est destinée à intervenir auprès de victimes de trauma sur les lieux même de l'incident, dans les véhicules de secours ou aux urgences hospitalières. Son but est de calmer et d'instaurer une orientation dans l'ici-et-maintenant. Les stimulations bilatérales d'attention double [SAD] (ou stimulations bilatérales alternées) sont utilisées pour leur effet d'apaisement psychophysiologique. Concrètement, l'ERP consiste pour le praticien à répéter des phrases rassurantes (cognitions positives) telles que « c'est [cet événement-là est] fini », « vous êtes en sécurité maintenant [par rapport à cet événement-là] » tout en administrant des tapotements bilatéraux au patient, jusqu'à ce que les réactions de stress aigu diminuent et que la personne soit capable de communiquer et de s'orienter dans le présent.

► Protocole EMDR des urgences

Cette approche (EMDR-ER : *EMDR Emergency Room and Ward Protocol*) développée par Guedalia et Yoeli (2009) est mise en œuvre par le thérapeute qui passe voir les patients hospitalisés de manière répétée, en faisant raconter l'histoire de l'événement traumatisant après une évaluation (phase 3) adaptée (image, cognition positive, VOC, cognition négative, émotion, SUD) et une observation du corps. Le thérapeute « tourne » entre les divers patients et fait raconter à nouveau le récit traumatique, en administrant des stimulations d'attention double, en ajoutant dès que possible les mots d'une croyance positive.

► Protocole EMDR modifié abrégé

Ce protocole de Kutz *et al.*, (2008) est administré en une séance unique de 30 à 60 minutes ou plus à des patients présentant un ESA, dès les premières heures mais aussi jusqu'à quelques mois après l'événement traumatique (Tableau 44.1) Les patients sont assis quand c'est possible mais peuvent aussi rester allongés dans leur lit d'hôpital.

Tableau 44.1. Protocole EMDR modifié abrégé

Phases EMDR standard	Spécificités du protocole EMDR modifié abrégé
Phase 1 Recueil de l'histoire	Évaluation clinique brève et recueil d'éléments de l'histoire contrés sur les expériences traumatiques antérieures et sur d'autres facteurs de risque tels que les maladies ou les problèmes psychiatriques antérieurs, l'histoire familiale, les médicaments pris actuellement ou par le passé, la personnalité prémorbide et le fonctionnement. La présence et la force du système de soutien du patient sont également évaluées. <i>The presence and strength of the patient's support system are also evaluated.</i> Le praticien recueille des informations sur la nature et l'intensité de la réponse péritraumatique.
Phase 2 Préparation	Le praticien décrit brièvement l'intervention proposée et avertit le patient que « l'intervention pourrait avoir un effet bénéfique sur la détresse mais n'en aura pas nécessairement. » Une brève démonstration (une à deux secondes) des stimulations bilatérales d'attention double (SAD) est possible.
Phase 3 Évaluation	Le praticien invite le patient à se centrer sur l'expérience sensorielle (image, son, odeur) ou corporelle (pression, étouffement, anxiété) ou sur la préoccupation cognitive la plus perturbante en lien avec l'événement traumatique. Les patients en phase aiguë y parviennent sans difficulté car ce qui les caractérise avant tout est leur incapacité à se défaire de telles intrusions pénibles. Le niveau de perturbation et la clarté de l'expérience sont évalués par l'échelle SUD (unités de perturbation subjective).
Phase 4 Désensibilisation	Le praticien administre la première série de SAD tandis que le patient se concentre sur l'intrusion perturbante. Ensuite, le patient est invité à décrire ses émotions, sensations, idées et associations. La détresse mentale causée par l'intrusion initiale est réévaluée au moyen du SUD. Si cette détresse n'a pas changé, si elle a augmenté ou si elle n'a diminué que légèrement, une autre série est administrée. Si la détresse disparaît totalement et que le patient ne parvient plus à détecter le moindre signe de détresse, une série supplémentaire permet de s'assurer que l'atténuation persiste. Si le patient décrit un nouvel aspect ou une nouvelle image mentale de l'événement traumatique, il est invité à se concentrer sur cette expérience nouvelle et une nouvelle série de SAD est réalisée. Si le souvenir d'un événement traumatique ancien émerge, le patient est invité à continuer à se centrer sur le souvenir perturbant actuel et à essayer d'ignorer l'association plus ancienne. Les séries (dont chaque dure 45-75 secondes) se poursuivent jusqu'à obtenir une amélioration marquée et stable. Six à huit séries peuvent être réalisées en l'absence d'une amélioration ou en cas d'une atténuation partielle de la détresse. Ainsi la durée de la séance unique est variable, Dans le cas des patients qui répondent rapidement et complètement et qui ne nécessitent que deux ou trois séries, la séance peut ne durer que 30 ou 40 minutes. Lorsque le SUD ne se réduit pas rapidement et que des séries supplémentaires sont nécessaires, la séance peut durer une heure ou plus.

► Protocole URG-EMDR

Le protocole d'URGence de prise en charge EMDR (URG-EMDR), développé par Tarquinio *et al.*, (2012), reprend de nombreux éléments des protocoles EMDR d'événements récents, tout en se destinant à une prise en charge équivalente à l'objet du *défusing* ou du débriefing (24 à 72 heures après l'incident critique) Plus précisément ce protocole relève d'une approche intégrative qui combine les points clés du protocole standard de Shapiro (2001), du protocole des événements traumatiques (RTE : *recent traumatic events*) de Shapiro (2001), du protocole R-TEP de Shapiro et Laub (2008), du protocole EMDR abrégé modifié de Kutz *et al.*, (2008) et de la procédure de réponse d'urgence de Quinn (2009), ainsi que de certains principes liés au débriefing psychologique. En effet, il ne vise pas seulement à atténuer les effets du traumatisme, à permettre une ventilation des émotions ou à offrir une démarche préventive pour éviter l'installation d'un état de stress post-traumatique ; la finalité est plus ambitieuse car il s'agit aussi de contribuer directement au processus de guérison pour faire retrouver un état de santé psychique presque comparable à l'état antérieur du patient. Cependant, les auteurs reconnaissent que leur protocole ne pourrait permettre de faire l'économie d'une prise en charge EMDR complète, mais qu'il s'inscrit en amont d'une telle démarche (Tableau 44.2).

Puisqu'il est mis en œuvre dans les 24 à 72 heures après l'incident critique et qu'il consiste en une séance unique, nous considérons qu'il appartient aux procédures d'urgence. S'il propose un traitement plus complet que les deux précédents (procédure de réponse aux urgences et protocole EMDR des urgences), il ne permet pas nécessairement un retraitement aussi complet que les protocoles des événements récents dont il reprend des éléments mais en se limitant à une séance unique. En ce sens, il permet de traiter dans l'immédiat l'impact de l'incident critique en lui-même, mais lorsque cet événement traumatique entraîne une série d'effets en cascade (impacts sur l'image de soi, l'intégrité corporelle, l'identité et les relations affectives, sociales et professionnelles, entre autres), un traitement en plusieurs séances pourrait s'avérer nécessaire.

Tableau 44.2. Protocole URG-EMDR

Phases EMDR standard	Spécificités du protocole URG-EMDR
Phase 1 Recueil de l'histoire	L'anamnèse réalisée est plus sommaire que dans une prise en charge classique, centrée sur l'incident critique et sur tout antécédent traumatique ainsi que sur les ressources du patient. De plus, comme dans le protocole RTE (Shapiro, 2001), le patient est invité, en faisant le récit de l'incident critique, à identifier les « moments sensibles ou perturbants » [<i>hot spots</i>] (fragments-cibles) qui constitueront les cibles de la procédure en 11 points.
Phase 2 Préparation	Comme dans toute prise en charge EMDR, des éléments de psychoéducation pertinents sont apportés au patient.
Phase 3 Évaluation	De manière proche du protocole RTE, il est demandé à la victime d'imaginer (métaphoriquement) que l'événement traumatique a été enregistré dans sa mémoire de façon comparable à ce qui se passe avec un caméscope. Il lui est alors demandé de rembobiner la cassette depuis le début, voire même jusqu'au moment juste avant que cela ne débute (nuance tirée du R-TEP de Shapiro et Laub, 2008). Il est alors demandé à la victime de visionner cette cassette et de s'arrêter avec sa télécommande virtuelle dès qu'elle sera confrontée à un aspect de l'événement qui génère chez elle des émotions. Il est ainsi possible de disposer, pour un même événement traumatique, de plusieurs fragments-cibles qui chacun peut avoir une pondération plus ou moins importante. Comme dans le protocole EMDR modifié abrégé (Kutz, 2008), aucune cognition n'est demandée. Vérification du <i>SUD global primaire de l'événement traumatique</i> dans son ensemble : « À l'instant, vous venez de repasser l'ensemble de ce qui s'est passé devant vos yeux. Sur une échelle de 0 à 10, où 0 correspond à pas de perturbation du tout et 10 à la pire des perturbations que vous puissiez imaginer, à combien l'estimez-vous maintenant ? » Ensuite, <i>pour chacune des cibles-fragments</i>, le thérapeute invite à évaluer : L'émotion : Quand vous revenez sur ce point critique [dire lequel], quelles sont les émotions que vous ressentez ? Le SUD : « Lorsque vous pensez à ce point critique [dire lequel], sur une échelle de 0 à 10, où 0 correspond à pas de perturbation du tout et 10 à la pire des perturbations que vous puissiez imaginer, à combien vous l'estimez maintenant ? » Rien n'est évidemment demandé en ce qui concerne le siège corporel de la perturbation, comme dans tous les protocoles d'urgence ou d'événements récents. Tant que toutes les cibles-fragments n'ont pas été retraitées, on ne peut pas s'attendre à ce que le corps soit « calme » ou apaisé.
Phase 4 Désensibilisation	Désensibilisation d'un fragment-cible après l'autre. Si les réponses apportées par le patient sont en lien avec le fragment-cible, on poursuit la désensibilisation. En revanche, si les réponses ne sont pas en lien avec le fragment-cible, on demande au patient de revenir sur le fragment-cible et de vérifier « ce qui vient, ce qui est là maintenant. » Lors de chaque retour au fragment-cible, le thérapeute demande au patient d'évaluer le niveau de perturbation (SUD) associé. Lorsque le SUD associé à un fragment-cible est égal ou inférieur à 3, le patient est de nouveau invité à parcourir mentalement l'événement traumatique jusqu'à identifier un autre fragment-cible. Une évaluation (phase 3) est réalisée pour ce nouveau fragment-cible avant de procéder à sa désensibilisation (phase 4). Lorsque tous les fragments-cibles ont été désensibilisés, le thérapeute invite le patient à évaluer le niveau de perturbation (SUD) associé à l'événement traumatique dans son ensemble (SUD global final). L'espoir n'est pas d'avoir un SUD qui soit forcément égal à zéro, mais il est impératif d'obtenir un SUD global final au moins trois fois plus bas que le SUD global primaire.

Tableau 44.2. (suite)

Phase 5 Installation	Pas de question sur la cognition positive de l'événement traumatique.
Phase 6 Scanner corporel	Pas de question sur les sensations corporelles en raison des souffrances physiques réelles du patient.
Phase 7 Clôture	Clôture adaptée à une fin de prise en charge.
Phase 8 Réévaluation	Réévaluation de certaines mesures par la suite pour les fins de la recherche.

En conclusion, les données actuelles sur les facteurs de vulnérabilité, le développement et l'évolution des séquelles post-traumatiques, depuis la réaction de stress aiguë jusqu'à l'ESPT chronique, ainsi que sur l'efficacité des interventions psychologiques précoces montrent l'intérêt des interventions psychologiques précoces. Les procédures et protocoles d'urgence offrent une continuité de solutions pour l'intervention EMDR précoce, depuis la réorientation vers la réalité de la sécurité dans le présent de la procédure de réponse aux urgences et du protocole EMDR des urgences jusqu'à l'intervention de prévention plus conséquente de l'URG-EMDR.

BIBLIOGRAPHIE

ANDREWS B., BREWIN C. R., PHILPOTT R., STEWART, L. (2007). « Delayed-Onset Posttraumatic Stress Disorder : a Systematic Review of the Evidence », *American Journal of Psychiatry*, 164, 9, 1319-1326.

BRYANT R.A. (2011) « Acute Stress Disorder as a Predictor of Posttraumatic Stress Disorder : a Systematic Review », *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 2, 233-239.

CHAPMAN C., MILLSA1 K., SLADE T., MCFARLANE A.C., BRYANT R.A., CREAMER M., SILOVE D., TEESON M. (2012) « Remission from post-traumatic stress disorder in the general population », *Psychological Medicine*, 42, 8, 1695-1703.

McCANLIES E.C., MNATSAKANOVA A., ANDREW M.E., BURCHIEL C.M., VIOLANTI J.M. (2014) « Positive Psychological Factors are Associated with Lower PTSD Symptoms among Police Officers : Post Hurricane Katrina », *Stress and Health*, 30, 5, 405-415.

FELITTI V. J., ANDA R.F., NORDENBERG D., WILLIAMSON D.F., SPITZ A.M., EDWARDS V., KOSS M.P., MARKS J.S. (1998) « Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death

in Adults : The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study », *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 4, 245-258.

GUEDALIA J.S.B., YOELI, F.R. (2009) « EMDR Emergency Room and Wards Protocol (EMDR-ER) », in *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols : Basics and Special Situations*, Luber, M., Hoboken (NJ), Wiley, p. 241-250.

KUTZ I., RESNIK V., DEKEL, R. (2008) « The Effect of Single-Session Modified EMDR on Acute Stress Syndromes », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 3, 113-115.

MCFARLANE A.C. (2009) « The duration of deployment and sensitization to stress », *Psychiatric Annals*, 39, 2, 81-88.

MCFARLANE A.C. (2010) « The long-term costs of traumatic stress : intertwined physical and psychological consequences », *World Psychiatry*, 9, 3-10.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (2005) *Post traumatic stress disorder (PTSD) : the management*

of adults and children in primary and secondary care, Londres, NICE Guidelines.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, WAR TRAUMA FOUNDATION, WORLD VISION INTERNATIONAL (2012) *Les premiers secours psychologiques : Guide pour les acteurs de terrain*, Genève, OMS.

QUIN G. (2009) « The emergency response protocol (ERP) », in *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols : Basics and Special Situations*, Luber, M., New York, Springer.

ROBERT N.P., KITCHINER N.J., KENARDY J., BISSON J. I. (2008) « Early Psychological Intervention to Prevent and Treat Post-Traumatic Stress Disorder (Protocol for a Cochrane Review) », in *Cochrane Library*, 3, New York, Wiley.

ROBERTS N.P., KITCHINER N.J., KENARDY J., BISSON, J.I. (2009) « Systematic Review and Meta-Analysis of Multiple-Session Early Interventions following Traumatic Events », *American Psychiatric Association*, 166, 3, 293-301.

ROSE S., BISSON J., WESSELY S. (2005) *A Systematic Review of Brief Psychological Interventions ("Debriefing") for the Treatment of Immediate Trauma Related Symptoms and the Prevention of Post-Traumatic Stress Disorder*, Hoboken (NJ), Cochrane Library/Wiley.

SHAPIRO F. (2001) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2nd ed), New York, Guilford Press. {Traduit en fran-

çais : *Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures*, Paris, InterEditions. 2007.}

SHAPIRO E., LAUB B. (2008) « Early EMDR Intervention (EEI) : a Summary, a Theoretical Model, and the Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP) », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 2, 79-96.

SHAPIRO E. (2012) « EMDR and Early Psychological Intervention following Trauma », *Revue européenne de psychologie appliquée*, 62, 241-251

SOLOMON Z., MIKULINCER M. (2006) « Trajectories of PTSD : a 20-Year Longitudinal Study », *American Journal of Psychiatry*, 163, 4, 659-666.

TARQUINIO C., BRENNSTUHL M.J., REICHENBACH S., RYDBERG J.A., TARQUINIO P. (2012) « Prise en charge précoce de victimes de viols et présentation d'un protocole d'urgence de thérapie EMDR », *Sexologies*, 21, 3, 147-156.

YEHUDA R., BIERER L.M., SCHMEIDLER J., AFERAT, D.H., BRESLAU I., DOLAN S. (2000) « Low Cortisol and Risk for PTSD in Adult Offspring of Holocaust Survivors », *American Journal of Psychiatry*, 157, 8, 1252-1259.

YEHUDA R., BLAIR W., LABINSKY E., BIERER, L.M. (2007a) « Effects of Parental PTSD on the Cortisol Response to Dexamethasone Administration in Their Adult Offspring », *American Journal of Psychiatry*, 164, 1, 163-166.

YEHUDA R., BIERER L.M. (2007b) « Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk Progress », *Brain Research*, 167, 121-135.

Chapitre 45

L'approche R-TEP

Le protocole EMDR de l'épisode traumatique récent

Jenny Ann Rydberg

Le protocole EMDR R-TEP est un protocole complet centré sur le trauma récent qui incorpore et étend les protocoles des événements récents précédents. Plusieurs de ses apports originaux pourraient même interroger la conceptualisation de cas et certains principes procéduraux du protocole EMDR standard, même si telle n'est pas la volonté de ses auteurs.

Elan Shapiro et Brurit Laub ont présenté leur protocole pour la première fois au congrès EMDR Europe à Londres, en juin 2008 (2008a), lors du séminaire dédié aux superviseurs. Le protocole est alors annoncé avec le titre U-TEP pour *Unfinished-Traumatic Episode Protocol* ou protocole de l'épisode traumatique inachevé. Le même mois paraît leur premier article qui évoque le R-TEP, *Recent-Traumatic Episode Protocol* (2008b). C'est cette appellation de l'épisode traumatique récent qui sera retenu par la suite pour correspondre au concept de l'intervention EMDR précoce, même si la notion de l'inachevé demeure intéressante.

CONCEPTS CLÉS

► Épisode traumatique

L'incident traumatique initial avec l'ensemble de ses séquelles est considéré comme un continuum traumatique qui se poursuit jusque dans le présent tant que ces expériences n'ont pas encore été retraitées de manière adaptative. L'épisode traumatique comprend plusieurs cibles qui sont sources de perturbation, dites points de perturbation (PoD : *Point of Disturbance*) depuis l'incident initial jusqu'à ce jour.

► Récit de l'épisode avec stimulations d'attention double (SAD) continues

Lors du récit de l'épisode, le patient raconte à voix haute l'histoire de l'épisode traumatique pendant que le praticien administre des SAD continues qui aident à ancrer le patient et à contenir ses affects. Une métaphore de distanciation (par exemple, un écran de téléviseur) peut être employée au besoin pour renforcer la contenance de la procédure. Ce retraitement initial commence à combler les brèches de l'histoire traumatique fragmentée. Avant le récit de l'épisode, lors des phases 1 (recueil de l'histoire) et 2 (préparation), le praticien empêche le patient d'évoquer les détails du trauma afin d'éviter une activation prématurée.

► Recherche Google ou scanner

La recherche Google est un mécanisme permettant d'identifier les divers points de perturbation (PoDs) par le biais d'un balayage non séquentiel de l'épisode traumatique, en silence, accompagné de SAD.

► Traitement focalisé

Les premières publications évoquaient un traitement « télescopique » passant d'un « zoom » étroit, la stratégie EMD, à un « zoom » intermédiaire, la stratégie EMDr, jusqu'au « zoom » large, la stratégie EMDR. Le terme EMDr est attribué à Roy Kiessling ; le « petit r » renvoie à un retraitement limité en comparaison de l'EMDR permettant des associations illimitées.

Actuellement, les auteurs préfèrent employer le terme de traitement « focalisé », alternant entre la stratégie EMD qui maintient un traitement « serré » en limitant les associations du traitement adaptatif de l'information au PoD, particulièrement efficace pour traiter les fragments sensoriels intrusifs, et la stratégie EMDr, la plus fréquente, limitant les associations à l'épisode traumatique seulement.

La figure 45.1 permet de mieux comprendre ces notions de traitement plus ou moins « serré » ou focalisé, avec un élargissement progressif des associations et du retraitement depuis l'EMD jusqu'à l'EMDR.

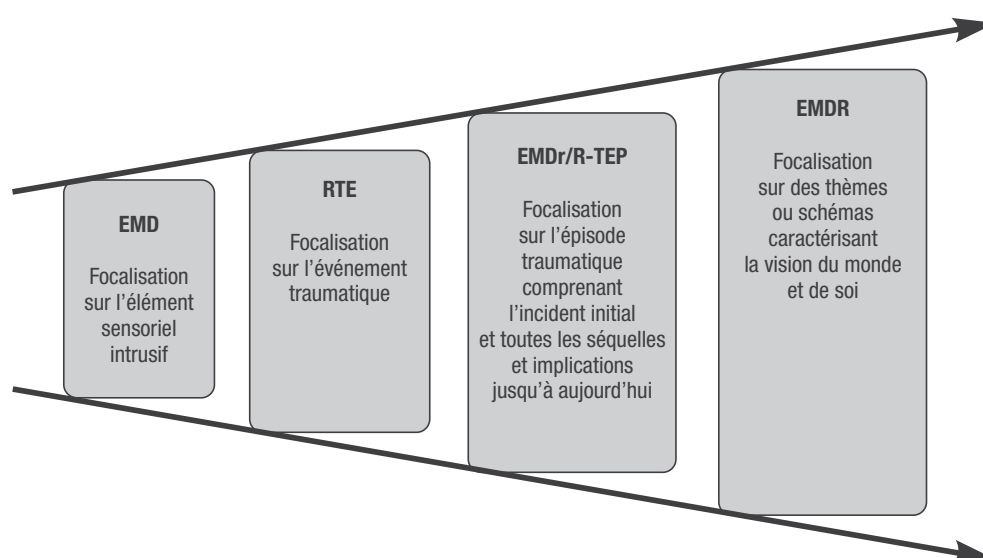


Figure 45.1. Élargissement progressif du champ du retraitement

ADAPTATION DES PHASES DU PROTOCOLE EMDR STANDARD

Le R-TEP reprend les huit phases du protocole EMDR standard en y apportant quelques modifications et ajoute une étape supplémentaire entre les phases 2 et 3. Les conditions particulières de l'intervention précoce demandent au praticien de faire preuve de sensibilité et de flexibilité.

► Exercices de stabilisation et d'autorégulation du R-TEP

● Quatre éléments

Les instructions de l'exercice des quatre éléments (Lobenstine et Shapiro, 2007) induisent un apaisement psychophysiologique :

1 – La TERRE (pour l'ancrage et la sécurité dans la réalité présente) : « Prenez quelques instants pour « arriver ici ». Placez vos deux pieds par terre, sentez le soutien de votre fauteuil...

Regardez autour de vous et remarquez trois nouvelles choses... Que voyez-vous ? Qu'entendez-vous ? »

[L'attention est dirigée extérieurement vers la réalité de la sécurité dans le présent.]

2 – L'AIR (respirer pour se centrer) : utiliser un exercice de respiration ; option : « En continuant à sentir la sécurité de vos pieds sur le sol, sentez comme vous devenez centré quand vous inspirez par le nez (pour une respiration abdominale) en comptant jusqu'à quatre, retenez votre respiration en comptant jusqu'à deux, expirez en comptant jusqu'à quatre. Prenez encore une dizaine de respirations lentes comme cela. »

[L'attention est dirigée intérieurement.]

3 – L'EAU (calme et contrôle, réponse de détente) : « Avez-vous de la salive ? Fabriquez-en encore... Quand vous êtes anxieux ou stressé, vous avez souvent la bouche sèche parce que la réponse de stress (système nerveux sympathique) arrête le système digestif. Alors quand vous fabriquez de la salive, vous rallumez le système digestif (système nerveux parasympathique) et la réponse de détente... et donc vous reprenez le contrôle. Alors en continuant à sentir la sécurité de vos pieds sur le sol, et en respirant pour vous sentir centré(e), ressentez le calme et le contrôle qui viennent en fabriquant de la salive. »

[L'attention est dirigée vers la production de salive et le fait de devenir plus calme et plus en contrôle.]

4 – Le FEU (allumez le feu de votre imagination) : « Quand vous sentez la sécurité de vos pieds sur le sol et la sensation d'être centré(e) en respirant et le calme et le contrôle en fabriquant de la salive... Faites venir une image de votre lieu sûr (ou d'une autre ressource comme le souvenir d'un moment où vous étiez bien dans votre peau). Que ressentez-vous dans votre corps et à quel endroit ? » Installer avec des SAD courtes et lentes ou avec le « papillon. »

[L'attention est dirigée vers des sensations de sécurité/calme/etc. dans le corps.]

Le patient évalue son SUD avant et après l'exercice. Le but est de diminuer le SUD d'un ou deux points. Il est invité à porter un bracelet en silicone ou à mettre un petit autocollant sur son téléphone portable ; chaque fois qu'il apercevra le bracelet ou l'autocollant, il devra vérifier son SUD, faire l'exercice des quatre éléments et réévaluer son SUD.

● Enveloppe de connexion aux ressources

Dans ce protocole de Brurit Laub (Laub, 2001, 2009), le praticien utilise la *connexion à une ressource passée* dans la phase de préparation (phase 2) : « Avant de démarrer, j'aimerais que vous vous rappeliez un moment où vous étiez bien dans votre peau... un moment ou une situation où vous vous sentiez bien et entier... il peut s'agir d'un souvenir ancien ou plus

récent... le souvenir de quelques instants ou d'une période de bien-être prolongé... Quelle est la première chose qui vous vient à l'esprit ? »

Le praticien procède au « traitement compact » (intégrant les aspects sensoriels, cognitifs, émotionnels et somatiques) de la connexion à une ressource passée. Le patient est invité à fermer les yeux, à se connecter à sa ressource en remarquant ce qu'il entend, sent comme odeurs, voit... en laissant venir ses émotions, sensations... en faisant le « papillon. »

Si des associations négatives apparaissent, le praticien propose de se concentrer sur les aspects positifs. Si le patient n'y parvient pas, il est invité à trouver un autre souvenir positif.

Lors de la phase de clôture (phase 7), le praticien énumère les ressources qui ont émergé pendant le traitement. Le patient en choisit une ou opte pour la ressource passée ; parfois une phrase positive forte apparaît spontanément. Le praticien procède au traitement compact de cette *connexion à une ressource de clôture*.

Une *connexion à une ressource future* (la manière dont le patient aimerait s'imaginer à l'avenir) peut éventuellement être ajoutée.

► Comparaison des protocoles EMDR standard et R-TEP

Se référer au tableau 45.1.

APPLICATIONS SUR LE TERRAIN

Après les attentats d'Istanbul en 2008, l'équipe d'intervenants a utilisé le R-TEP auprès de 23 rescapés adultes (Kaya, 2010). En moyenne, trois séances de 120 minutes ont suffi à traiter les cibles perturbantes de l'épisode traumatique. Les effets positifs étaient maintenus lors des suivis à trois et six mois.

En 2010, le R-TEP a été utilisé par une équipe italienne pour traiter 78 enfants après un accident d'autocar : les enfants traités en phase aiguë ont connu une évolution symptomatologique meilleure que celle des enfants sur liste d'attente (Fernandez *et al.*, 2014).

En 2011, les victimes du séisme et du tsunami de Tohoku ont reçu l'aide d'une équipe de praticiens EMDR japonais (Mehrotra, 2014). Le *Japanese Journal of EMDR Practice and Research* a publié un numéro spécial comprenant 14 articles sur les interventions EMDR pour venir en aide aux rescapés. L'équipe japonaise a pu offrir un traitement EMDR à dix rescapés, une intervention de développement et d'installation de ressources à cinq individus et le R-TEP à deux personnes. Ensuite, l'association EMDR Japon a organisé une formation en EMDR et des supervisions de groupe dans la région frappée par la catastrophe.

Tableau 45.1. Comparaison des phases dans le protocole EMDR standard et le protocole EMDR R-TEP

Phases	Protocole EMDR standard	Protocole EMDR R-TEP
1 Recueil de l'histoire	Recueil de l'histoire complète du patient. Plan de traitement en trois volets (passé, présent, avenir). Les cibles à traiter sont identifiées dans le(s) plan(s) de ciblage.	Recueil d'éléments restreints principalement destinés à évaluer la sévérité des symptômes, la motivation à bénéficier d'une intervention, les forces et ressources. La thérapie est centrée sur le trauma. Le plan de traitement repose sur le concept de l'épisode traumatique. Peu d'informations sont demandées sur le trauma à cette phase.
2 Préparation	Lieu sûr (ou autre technique d'autorégulation) et psychoéducation. Exercices de stabilisation supplémentaires au besoin.	Plusieurs exercices de stabilisation et d'autorégulation : par exemple, quatre éléments (comprenant le lieu sûr) et enveloppe de connexion aux ressources.
3 Évaluation	Par rapport à la cible identifiée dans le plan de ciblage (phase 1) et choisie pour la désensibilisation du jour, évaluation de : image, cognition négative (CN), cognition positive (CP), VOC, émotion, SUD, siège de la sensation corporelle.	Récit de l'épisode traumatique avec SAD continues. Recherche Google ou scanner avec SAD pour identifier les fragments-cibles ou PoD, Pour chaque PoD, évaluation de : image (« Quelle est l'image qui vient avec ce PoD ? »), CN (« Quels mots négatifs viennent en lien avec le PoD ou sur vous ? »), CP (« Quand vous faites venir ce PoD, comment aimeriez-vous y penser, ou qu'aimeriez-vous penser de vous ? »), VOC, émotion, SUD, siège de la sensation corporelle. Quand le niveau d'activation est élevé ou que PoD est une intrusion, une évaluation partielle peut être réalisée. Suggestions possibles pour la CN : je ne peux pas croire que c'est arrivé, je ne suis pas en sécurité, je suis désarmé/désarmé, j'aurais dû faire plus... Suggestions possibles pour la CP : c'est arrivé et c'est fini, j'ai survécu, je suis en sécurité par rapport à cet événement-là... On constate que les cognitions acceptées dans le R-TEP ne sont pas nécessairement aussi généralisables ou autoréférencées que dans l'évaluation standard.

Tableau 45.1. (suite)

4 Désensibilisation	Traitement avec SAD. Les associations ne sont pas limitées et se poursuivent tant qu'il y a du changement. Le retour à la cible a lieu en fin de canal ou éventuellement en cas de blocage. La phase 4 se termine lorsque SUD = 0 (ou 1 si écologique).	Traitement focalisé des PoD à l'aide de 2 stratégies : EMD : focalisation sur les fragments intrusifs, EMDr : focalisation sur l'épisode traumatique. En cas de blocage dans une stratégie, on passe à l'autre. Le retour à la cible a lieu lorsque les associations s'éloignent du PoD (stratégie EMD) ou de l'épisode traumatique (stratégie EMDr) ou éventuellement en cas de blocage. Le traitement d'un PoD se termine lorsque SUD = écologique (aussi bas qu'il peut descendre tant que l'ensemble de l'épisode traumatique n'a pas été retraité). La phase 4 se termine lorsque SUD de l'épisode traumatique = écologique (réaliste).
5 Installation	Installation de la CP.	Installation de la CP pour chaque PoD. Quand il n'y a plus de PoD, installation de la CP pour l'épisode traumatique.
6 Scanner corporel	Scanner corporel avec l'image + CP.	Pas de scanner corporel pour les PoD. Scanner corporel pour l'épisode traumatique avec l'épisode traumatique + CP de l'épisode traumatique.
7 Clôture	Clôture : psychoéducation et lieu sûr (ou autre technique d'autorégulation).	Clôture : psychoéducation et quatre éléments ou enveloppe de connexion aux ressources.
8 Réévaluation	En début de chaque séance, réévaluation de la dernière cible traitée. Mise à jour du plan de ciblage au besoin.	En début de chaque séance : recherche Google pour identifier les PoD restants. Réévaluation de l'épisode traumatique en fin de suivi.

Rochietta Tofani et Wheeler (2011) ont publié une étude approfondie de trois cas complexes (un enfant, un adolescent et un adulte) pour lesquels le R-TÉP a permis d'obtenir des gains thérapeutiques et comportementaux significatifs en trois ou quatre séances.

Après la tuerie dans l'école de Sandy Hook au Connecticut (État-Unis) en décembre 2012, des psychothérapeutes locaux ont été traités avec le protocole EMDR R-TÉP avant de suivre leur formation en EMDR pour pouvoir traiter les membres de leur communauté. Dans une communication personnelle avec Alter-Reid (2014), ils indiquent que le R-TÉP les a aidés à « nettoyer » leur propre trauma, les a rendus enthousiastes à apprendre l'EMDR et les a aidés dans leur apprentissage de l'EMDR.

DISCUSSION

Seuls les protocoles de Francine Shapiro (2001) sont enseignés dans la formation initiale à l'EMDR. Pour que d'autres protocoles puissent y être enseignés, mais aussi pour que diverses directives nationales et internationales les recommandent, ils doivent avoir démontré leur efficacité dans des essais randomisés contrôlés (ERC), le *gold-standard* de la recherche clinique. C'est sans doute dans cette optique que les auteurs du R-TÉP ont progressivement aligné leur protocole sur le protocole standard, en omettant certains des points originaux des premières versions, intéressants mais considérés comme moins essentiels ou moins acceptables par la communauté générale des praticiens EMDR. Cette posture est sans doute judicieuse car Shapiro et Laub publient cette année leur premier ERC sur le R-TÉP (2015). Il est fortement souhaitable qu'un protocole EMDR spécifiquement adapté aux événements récents puisse être recommandé, enseigné et mis en œuvre dans les situations post-catastrophe. Le RTE originel de F. Shapiro (2001) est, avouons-le, peu utilisé sur le terrain, mais les praticiens manquent de données objectives pour choisir un protocole d'urgence ou d'événements récents plutôt qu'un autre.

Ces points originaux initiaux, ensuite « oubliés », méritent tout de même d'être soulignés ici et pourraient nourrir une réflexion continue sur l'évolution des principes, protocoles et procédures standard en EMDR.

Tout d'abord, lors de ses présentations orales, E. Shapiro précisait toujours qu'il faut considérer que l'épisode traumatique commence « un peu avant », quelques instants, heures ou même jours avant l'incident traumatique principal. Ce sont ces instants qui sont considérés sous un autre angle en raison du choc traumatique qui a suivi : les derniers moments passés avec l'être cher qui sera retrouvé pendu le lendemain, l'altercation avec le fils adolescent avant son accident de scooter... Lors de la recherche Google ou scanner, nous préconisons de conserver cette notion, en invitant à envisager l'épisode « depuis un peu avant que ça ne commence... jusqu'à aujourd'hui. »

Les premières années, également, les auteurs indiquaient que dans la phase 4 (désensibilisation), le praticien devait laisser les associations se poursuivre tant qu'elles étaient conformes à la stratégie employée (EMD, EMDr, EMDR) ou qu'elles étaient adaptatives et continuaient à changer. Laub en particulier insistait sur l'intérêt du mouvement dialectique qui se crée lorsqu'on laisse les associations positives et adaptatives se développer, alors que dans la procédure standard, le praticien aura tendance à revenir à la cible dès l'obtention de deux réponses neutres ou positives afin de continuer la focalisation sur le matériel dysfonctionnel.

Aujourd'hui, les auteurs mentionnent simplement qu'il peut être intéressant d'employer plusieurs formes de SAD simultanées pour en augmenter l'efficacité, mais initialement, ils soulignaient le caractère fortement contenant du dispositif suivant, en particulier pendant le récit de l'épisode traumatique, mais aussi pendant les autres phases : le patient pose ses mains sur les accoudoirs de son fauteuil, sur un coin de table ou sur un coussin posé sur ses genoux ; le praticien pratique d'une main des tapotements alternés sur les deux mains du patient qui suit des yeux le mouvement de la main du praticien. De cette façon, la mémoire de travail du patient est optimalement sollicitée, laissant peu de place aux débordements émotionnels, le regard est porté vers le bas, ce qui restreint le champ visuel, fatigue moins les muscles oculaires et suscite moins d'étourdissements. Même dans la pratique de la procédure EMDR standard, ce dispositif tapotements + mouvements oculaires gagnerait à être enseigné pour ses propriétés contenant qui favorisent un retraitement sûr.

Pour leur première présentation de leur nouveau protocole au congrès EMDR Europe à Londres en 2008, Shapiro et Laub avaient annoncé au programme le nom *Unfinished Traumatic Episode Protocol* (U-TEP), pour le remplacer par son appellation actuelle, le *Recent Traumatic Episode Protocol* (R-TEP), lors de leur présentation auprès des superviseurs EMDR Europe. L'intérêt de leurs apports originaux a depuis pu être démontré dans le domaine des protocoles d'événements récents, ce qui constitue un premier succès évident. À Edimbourg, en juin 2014, Shapiro présentait les différentes applications possibles du R-TEP, à savoir le *Group Traumatic Episode Protocol* (G-TEP) pour les groupes, le *Structured Traumatic Episode Protocol* (S-TEP), reprenant le matériel pédagogique développé pour le G-TEP, à usage individuel, et le *Unfinished Traumatic Episode Protocol* (U-TEP), qu'il n'a pas pris le temps d'élaborer, mais dont l'annonce laisse voir que l'idée originelle n'a jamais été totalement abandonnée !

Dans l'optique « *unfinished* », on considère qu'un événement traumatique initial qui a entraîné une série de conséquences qui continuent à interagir au cours du temps et à créer d'autres traumatismes, correspond au concept d'épisode traumatique continu. L'ensemble des interactions entre ces différentes séquelles invalidantes empêcherait au long terme la consolidation de la mémoire ; les interactions multiples doivent également être prises en compte comme partie intégrante du paysage traumatique, ce que ne permettrait un plan de ciblage classique avec des cibles considérées comme des événements isolés.

Nous pouvons espérer que cette notion de l'épisode traumatique inachevé soit davantage développée et explorée. Son application pourrait s'étendre à d'autres types de troubles pour lesquels les facteurs étiologiques, contributifs, secondaires et de maintien sont multiples et complexes, comme c'est le cas des phobies complexes, des troubles obsessionnels compulsifs, de certains troubles somatiques médicalement inexpliqués.

Cela appellerait naturellement à réintégrer l'EMDR comme troisième stratégie du R-TEP : n'étant plus dans un cadre de prise en charge rapide, urgente et limitée, il n'y aurait plus de raison d'éviter d'explorer les thèmes et schémas identitaires.

Le R-TEP apparaît comme proposant bien plus qu'un nouveau protocole ou une simple variante du protocole et de la procédure EMDR standards. Nous considérons le R-TEP comme une nouvelle approche de la psychothérapie EMDR avec des apports subtils mais prometteurs qui permettent de questionner le rôle des différents éléments de la procédure EMDR standard et des principes habituels de conceptualisation de cas et plan de traitement.

BIBLIOGRAPHIE

ALTER-REID K., COLELL G., SIMONS N. (2014) « When Disaster Strikes Our Local Communities : U.S. EMDR Trauma Recovery Network Coordinators Reflect on Lessons Learned », *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 205-214.

FERNANDEZ I., CALLERAME C., MASLOVARIC G., WHEELER K. (2014) « EMDR Europe Humanitarian Programs : Development, Current Status, and Future Challenges », *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 4, 215-224.

KAYA F. (2010) « The effects of early EMDR interventions (EMD and R-TEP) on the victims of a terrorist bombing in Istanbul », in 11th EMDR Europe Conference, juin 2010, Hambourg, Allemagne.

LAUB B. (2001) « The Healing Power of "Resource Connection" envelope in the Standard EMDR Protocol » [en ligne] <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.EMDR.org.il%2Fdl%2Fbrurit-rc-eng.doc&ei=-oHfVMmPG8KsU7jdguAE&usg=AFQjCNEVht-3sdzohVIujnHkVdJXxpUMCw&sig2=NMjB17W4BIwf0hJ-jXTzuw&cad=rjt> [Consulté le 14 février 2015]

LAUB B. (2009) « Resource Connection Envelope (RCE) in the EMDR Standard Protocol », in Eye Movement

Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols : Basics and Special Situations, Lubert, M., New York, Springer, 93-99.

LOBENSTINE F.E., SHAPIRO E. (2007) « What Is an Effective Self-Soothing Technique That I Can Teach My Client to Use at Home When Stressed ? », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 2, 122-124.

MEHROTRA S. (2014) « Humanitarian Projects and Growth of EMDR Therapy in Asia », *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 252-259.

ROCCHIETTA TOFANI L., WHEELER K. (2011) « The Recent-Traumatic Episode Protocol : Outcome Évaluation and Analysis of Three Case Studies », *Journal of EMDR Practice and Research*, 5, 3, 95-110.

SHAPIRO E., LAUB B. (2008a) « Unfinished-Traumatic Episode Protocol (U-TEP) : A New Protocol for Early EMDR Interventions », in 9th EMDR Europe Conference, Londres, Royaume-Uni.

SHAPIRO E., LAUB B. (2008b) « Early EMDR Intervention (EEI) A Summary, a Theoretical Model, and the Recent Traumatic Episode Protocol », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 2, 79-96.

SHAPIRO E., LAUB B. (2015) « Early EMDR Intervention Following a Community Critical Incident : A Randomized Clinical Trial », *Journal of EMDR Practice and Research*, 9, 1.

SHAPIRO F. (2001) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Proce-*

dures (2nd ed), New York, Guilford Press. {Traduit en français : Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures, Paris, InterEditions. 2007.}

Chapitre 46

Traiter les peurs et les phobies spécifiques avec l'EMDR

Ad de Jongh

On estime qu'à un moment donné de sa vie, plus de 40 % de la population générale souffre d'une ou de plusieurs peurs vis-à-vis d'un objet ou d'une situation spécifique. Dans la mesure où la thérapie EMDR permet la résolution des réseaux de mémoires perturbants qui ont un effet critique pour le développement et qui contribuent à la persistance des problèmes chez les patients, elle peut potentiellement devenir une thérapie efficace dans le traitement des peurs disproportionnées et des phobies spécifiques. Ce chapitre offre un aperçu des données empiriques concernant l'utilisation de l'EMDR dans le traitement des peurs et des phobies spécifiques. Il décrit un protocole susceptible d'être utilisé pour la résolution des souvenirs responsables du développement et de l'exacerbation d'une réponse de peur disproportionnée en vue d'apaiser le patient.

QUE SONT LES PEURS ET LES PHOBIES ?

Lorsqu'une personne commence à manifester une peur excessive et déraisonnable face à un certain objet ou à une situation qui, en réalité, ne sont pas dangereux, il est probable que ses réactions correspondent aux critères de la phobie spécifique définis dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5^e édition (American Psychiatric Association, 2013). Les caractéristiques principales d'une phobie spécifique sont au nombre de trois : la peur est provoquée par un ensemble spécifique et limité de stimuli (par exemple serpents, chiens, injections, etc). ; la confrontation avec ces stimuli provoque une peur intense et un comportement d'évitement ; après évaluation de tous les facteurs environnementaux et situationnels,

la peur demeure « disproportionnée » par rapport à la réalité de la menace ou du danger de la situation. Ces symptômes doivent être présents depuis au moins six mois pour qu'un diagnostic soit posé (voir encadré n°1). Le *DSM-V* distingue cinq catégories principales ou sous-types de phobie spécifique (voir encadré n°2).

LES CRITÈRES DE DIAGNOSTIC DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE SELON LE DSM-V

- A. Une peur ou une anxiété marquée d'un objet ou une situation spécifique (par exemple voler, hauteur, animaux, recevoir une injection, voir du sang). Note : Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, la colère ou le raidissement du corps ;
- B. L'objet ou la situation phobique provoquent presque toujours une peur ou une anxiété immédiate ;
- C. L'objet ou la situation phobique sont activement évités ou subis avec une peur et/ou une anxiété intense ;
- D. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport au danger réel de l'objet ou de la situation spécifique, et par rapport au contexte socioculturel ;
- E. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants et durent habituellement 6 mois ou plus ;
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement provoquent une détresse ou un trouble cliniquement significatif dans les domaines de fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ;
- G. La perturbation ne s'explique pas mieux par des symptômes dus à un autre trouble mental, ni par la peur, l'anxiété ou l'évitement de situations associées à des symptômes évoquant la panique ou d'autres symptômes invalidants (agoraphobie) ; ni par des objets ou des situations liés aux obsessions (trouble obsessionnel compulsif) ; ni par des souvenirs d'événements traumatiques (état de stress post-traumatique) ; ni par un éloignement du domicile ni par une séparation des figures d'attachement (angoisse de la séparation) ; ni par des situations sociales (troubles de l'anxiété sociale).

LES CINQ SOUS-TYPES DE PHOBIE SPÉCIFIQUE

- Phobie de type animal (araignées, insectes, chiens, chats, rongeurs, serpents, oiseaux, poissons, etc.) ;
- Phobie de type environnement naturel (hauteurs, eau, tempête, etc.) ;
- Phobie de type situationnel (espaces fermés, conduire, voler, ascenseurs, ponts, etc.) ;
- Phobie de type sang, injection, blessure (peur de l'injection, voir du sang, regarder un geste chirurgical, etc.) ;
- Autres types (suffocation, vomissements, peur de la maladie, etc.)

Les symptômes de phobie sont extrêmement courants dans la population générale (Oosterink-Wubbe *et al.*, 2009). Des études épidémiologiques évaluant la prévalence des phobies montrent que les phobies spécifiques sont plus prévalentes que tout autre groupe de troubles psychiatriques étudié. Avec un taux de prévalence au cours de la vie supérieur à 10 % elles représentent un problème de santé publique grave (Robins *et al.*, 1984, Oosterink-Wubbe *et al.*, 2009).

L'APPARITION DES PEURS ET DES PHOBIES

La littérature sur les peurs et les phobies suggère que le problème des réponses de peur cliniquement pertinentes peut mieux s'expliquer et se comprendre avec le paradigme comportemental du *conditionnement classique* (Davey, 1997). Selon cette théorie, un stimulus neutre (par exemple : un chien ; le *stimulus conditionnel* ou SC) qui n'évoquait aucun sentiment de peur avant un apprentissage (par exemple : le fait d'être mordu ; appelé « le stimulus inconditionnel » ou SI) peut, après un incident, développer des propriétés génératrices de peur, même si le SI ne survient pas (en réalité, le chien ne mord pas). En d'autres termes, la réponse (à présent appelée la *réponse conditionnelle* ; RC) est devenue une réponse acquise (c'est-à-dire, conditionnelle) au SC.

On a découvert que les confrontations à des situations (potentiellement) menaçantes génératrices chez les sujets d'un sentiment d'impuissance (SI) et de réactions émotionnelles automatiquement perturbantes (Oosterink et de Jongh, Aartman, 2009), ont le plus grand risque de générer des phobies spécifiques. Les exemples typiques de sous-types de phobies spécifiques, dont l'étiologie repose fréquemment sur de tels événements stressants, sont les phobies d'accident qui apparaissent généralement après un grave accident automobile (de Jongh *et al.*, 2011), les phobies d'étouffement qui apparaissent habituellement après un épisode stressant de suffocation alimentaire (de Jongh et Ten Broeke ; de Roos et de Jongh,

2008), et la phobie dentaire qui peut survenir après un événement dentaire désagréable (par exemple douloureux) (de Jongh *et al.*, 2002 ; Doering *et al.*, 2013).

LE TRAITEMENT DES PHOBIES SPÉCIFIQUES

En ce qui concerne le traitement des peurs et des phobies, la thérapie cognitivo-comportementale s'est avérée d'une grande efficacité. Le modèle comportemental part de l'hypothèse que la réponse de peur disparaît petit à petit lorsque le stimulus conditionnel (SC ; par exemple : araignée, aiguille) est présenté à plusieurs reprises, mais sans être suivi du stimulus inconditionnel (SI, qui est l'événement douloureux ou désagréable initialement associé). La thérapie cognitivo-comportementale utilise des techniques telles que la désensibilisation systématique, l'exposition imaginaire et l'exposition réelle, également appelée exposition *in vivo*, considérée comme le traitement de choix des phobies spécifiques (Hofmann et Smits, 2008). En pratique, l'exposition *in vivo* est souvent associée à d'autres techniques, comme le modelage (*modeling*) par le thérapeute, les interventions cognitives pour corriger les fausses interprétations catastrophiques et la tension appliquée pour empêcher l'évanouissement en cas de phobie de type sang-injection-blessure.

Parce que la plupart des phobies apparaissent après un événement stressant, la phobie spécifique présente un certain nombre de similarités avec l'état de stress post-traumatique ou PTSD. Par conséquent, la thérapie EMDR apparaît comme un traitement particulièrement bien adapté aux états phobiques dont l'origine est clairement identifiée, et pour lesquels on estime que la résolution des souvenirs des événements ayant provoqué la peur serait bénéfique en termes de diminution de la sévérité des symptômes des patients (voir de Jongh *et al.*, 2002). En effet, les résultats d'études de cas non contrôlées (par exemple : de Jongh, 2012 ; de Jongh et ten Broeke, 1998 ; de Roos et de Jongh, 2008) et contrôlées (par exemple : de Jongh *et al.*, 2002), ainsi que d'études de cas-témoins (de Jongh *et al.*, 2011) et d'études contrôlées randomisées (de Jongh Ernst *et al.*, 2013 ; Doering *et al.*, 2013) étayaient cette hypothèse que des améliorations significatives peuvent être obtenues avec un nombre limité de sessions (de Jongh *et al.*, 1999 ; de Jongh *et al.*, 2011 ; Doering *et al.*, 2013). Par exemple, une étude auprès de 184 personnes souffrant de peur du voyage et de phobie du voyage, comparant les effets de la thérapie EMDR et de la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme (TCC-AT) a montré que les deux traitements étaient à part égale capables de produire des diminutions cliniquement significatives des mesures indexant les symptômes de traumatisme, anxiété et dépression avec une durée moyenne de traitement de 7,3 sessions (de Jongh *et al.*, 2011).

L'efficacité de la thérapie EMDR a également été testée à l'aide d'un essai clinique randomisé mené auprès de trente patients avec des troubles dentaires. Il s'agissait de patients qui

manifestaient une véritable phobie des soins relatifs à leur dentition, et qui évitaient de se rendre chez le dentiste depuis plus de quatre ans en moyenne (Doering *et al.*, 2013). Les participants étaient répartis aléatoirement, soit en traitement EMDR, soit sur une liste d'attente témoin. Après 3 sessions de 90 minutes, les patients suivant le traitement EMDR ont montré une réduction significative de l'anxiété dentaire et du comportement d'évitement, ainsi que des symptômes d'état de stress post-traumatique (PTSD). Ces effets étaient toujours significatifs à douze mois de suivi. Au bout d'un an, 83 % des patients avaient repris un traitement dentaire régulier.

LE TRAITEMENT EMDR POUR LES PHOBIES SPÉCIFIQUES

La section suivante décrit le protocole qui s'est avéré efficace dans un certain nombre d'études axées sur le traitement des phobies spécifiques.

► Évaluation et planification du traitement

L'évaluation des peurs et des phobies permet de déterminer si le patient remplit les critères DSM-V de phobie spécifique (voir encadré n°1). Cette évaluation consiste aussi à collecter des informations sur les circonstances dans lesquelles les symptômes se manifestent, sur les signaux externes concrets générateurs d'anxiété (stimuli conditionnels ; SC), et sur les signaux *internes*, comme les sensations corporelles (exemple : des palpitations cardiaques), les images et les discours intérieurs négatifs (par exemple « Je n'arrive pas à faire face »). L'étape suivante consiste à explorer ce à quoi s'attend exactement le patient (SI) lorsqu'il/elle est confronté(e) à ces stimuli (pour une description plus élaborée, voir de Jongh et Ten Broeke, 2007). Par exemple, un phobique des chiens peut croire que si il/elle s'approche trop de l'animal (SC), il l'attaquera (SI) ; tandis qu'un phobique de l'injection sera persuadé que si on lui fait une prise de sang (SC), il/elle s'évanouira ou l'aiguille se cassera dans son bras (SI). La méthode la plus couramment utilisée pour obtenir ce type d'informations est de poser au patient une série de questions ouvertes qui peuvent s'inscrire dans le contexte de situations hypothétiques (par exemple « quelle est la pire chose qui pourrait arriver si vous deviez conduire une voiture ? ») ou des épisodes réels d'anxiété (par ex. « Si vous aviez un rendez-vous avec le dentiste, que pensez-vous qu'il arriverait dans votre pire cauchemar ? »). Si le patient se montre peu explicite sur la catastrophe (par exemple « Il m'arrivera quelque chose de mauvais »), il est utile de relancer avec des questions plus spécifiques (par exemple « Qu'est-ce qui vous arrivera exactement ? » ou « Qu'entendez-vous par quelque chose de mauvais ? ») jusqu'à obtenir des informations plus précises (par exemple « Je vais m'évanouir », « Je vais mourir », « Je vais suffoquer » ; voir plus bas).

► Déterminer un objectif de traitement adéquat et réalisable

Il existe une grande variété d'objectifs de traitement, des objectifs simples, des objectifs plus globaux ou plus complexes. Ils sont fonction du thérapeute et des objectifs qu'il a fixés au patient pendant une session de thérapie simple, de ce qui doit être atteint à la fin du traitement, et précisément, de ce que le patient doit parvenir à réaliser dans des situations naturelles lorsqu'il est confronté à l'objet phobique.

Par ailleurs, il est important que le thérapeute partage avec son patient sa vision concernant ses plaintes et le traitement qu'il juge nécessaire. L'encadré n°3 présente un exemple de la manière dont un thérapeute peut expliquer ses idées et préciser au patient comment la thérapie EMDR va l'aider à traiter les souvenirs dérangeants d'événements significatifs du passé, et permettre ainsi de soulager ses symptômes.

UN EXEMPLE DE LA MANIÈRE DONT LE THÉRAPEUTE PEUT PARTAGER SA VISION DU TRAITEMENT AVEC LE PATIENT

« Maintenant, nous devons découvrir les souvenirs qui sont essentiels pour comprendre votre peur. Je suppose que vous n'êtes pas né(e) avec cette peur ? Par conséquent, votre peur est apparue à la suite d'un événement ou d'une série d'événements. Ces expériences vous ont amené(e) à avoir peur des... [par ex. « chiens »]. Ces expériences sont des souvenirs qui sont encore très actifs. Disons que chaque fois que vous êtes exposé(e) à une situation difficile [par exemple : une promenade dans le parc ou le contact avec un chien], les souvenirs d'un ancien événement « éprouvant » [par exemple : être mordu par un chien] sont – (consciemment ou inconsciemment) – déclenchés et réactivés. Grâce à l'EMDR, je vais vous aider à résoudre ces souvenirs afin qu'ils perdent leur charge émotionnelle. Une fois que ces souvenirs deviennent neutres, ils ne font plus obstacles à ce que vous soyez confronté(e) à certaines situations qui pourraient être liées à votre peur [telles que « se promener dans le parc »], et vous pouvez ainsi accroître votre confiance. Pour trouver les bons souvenirs, je vous demanderai de chercher dans votre esprit à différents moments de votre vie, comme une machine à remonter le temps, afin de déterminer quel événement de votre vie a généré ou aggravé votre peur.

► Identifier les souvenirs adéquats

Le premier souvenir qui doit être identifié est le souvenir de l'événement ayant provoqué la peur du client (par exemple être mordu par un chien en cas de phobie du chien, ou avoir subi un traitement médical ou dentaire horrible ayant abouti à une phobie médicale). Mais d'autres cibles possibles ne doivent pas être négligées (par exemple des expériences secondaires qui sont à l'origine de la peur ou de la phobie du patient, ou celles qui ont pour effet d'aggraver les symptômes du patient). En effet, elles peuvent être nécessaires comme point de concentration pour une série de procédures EMDR ultérieures (protocole standard) qui seront appliquées séparément, chacune impliquant un souvenir cible distinct.

Il est non seulement important que le thérapeute soit conscient des cibles qui sont liées aux cheminement possibles de la peur (voir encadré n°4), mais il doit aussi vérifier l'existence d'événements qui peuvent être considérés comme des « dommages collatéraux. » Par exemple, être ridiculisé par des collègues parce que le patient a réagi avec une peur extrême face à un petit chien. En général, ce genre d'expérience est susceptible d'impacter l'image et l'estime de soi d'un individu, et par conséquent doit être pris en compte.

LES CIBLES POSSIBLES CONFORMÉMENT AUX DIFFÉRENTS CHEMINEMENTS DE LA PEUR

1. Un événement stressant que le patient a déjà vécu *lui-même*. Par exemple, il/elle s'est peut-être évanoui(e) en raison d'une injection (expérience stressante) lorsqu'il/elle était enfant.
2. Un événement horrible dont a été *témoin* le patient (apprentissage par imitation). Par exemple, être témoin de la réaction de peur extrêmement puissante de sa mère à une aiguille.
3. Un événement désagréable ou choquant que le patient *a lu ou dont il a entendu parler* qui est arrivé à quelqu'un ou qu'il a appris d'une autre manière, indiquant que les injections ou les produits anesthésiques peuvent être dangereux (information négative).

► Préparation

Le travail de retraitement ne doit pas débuter avant d'avoir établi de bonnes relations et un rapport de confiance avec le patient, ni d'avoir présenté l'EMDR : ce qu'est cette thérapie et ce que le patient peut en attendre. Une autre recommandation ayant fait ses preuves consiste à vérifier que le patient ne craint pas ses propres réactions de peur ; en effet, de nombreuses phobies provoquent une peur de la peur. Si le patient n'a jamais été en mesure de faire face à la sienne correctement, ces sentiments de peur doivent être travaillés avant de cibler un souvenir traumatique. Une manière efficace de le gérer consiste à utiliser des procédures de self-contrôle. Tout particulièrement, entraîner un patient à se servir des « techniques de détournement » est une manière de remettre en question ses croyances erronées, telle que la perception qu'il/elle ne peut exercer aucun contrôle sur son anxiété.

Il est important de noter que les phobiques au sang ou aux blessures présentent un schéma de symptômes atypiques, dans lequel un accroissement initial de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle est suivi d'une chute soudaine de ces paramètres et parfois d'un évanouissement. Par conséquent, il est important d'enseigner aux patients « la technique de la tension appliquée. » Cette procédure prend en compte le schéma de réaction diphasique caractéristique de ce type de phobie (Öst et Sterner, 1987). Les patients apprennent à raidir leurs muscles, empêchant ainsi la chute de pression artérielle. Il faut demander aux patients de pratiquer la technique de tension appliquée avant de débuter réellement le traitement EMDR.

► Appliquer le protocole standard pour toutes les cibles qui ont été identifiées comme contribuant à l'état actuel

Le protocole EMDR standard sert à traiter toutes les cibles. À cet effet, une étape cruciale est la procédure de « retour à la cible. » Chaque fois que le patient revient à la cible, on lui demande de se concentrer sur *le détail le plus important* du souvenir, c'est-à-dire cet aspect qui provoque (toujours) le plus de troubles ; l'objectif est de s'assurer que le patient est capable de se connecter émotionnellement avec le matériau du souvenir dérangeant. Concrètement, une fois que le patient a décidé quel aspect est perçu comme le plus troublant, on introduit la stimulation bilatérale (SBA)¹. Cette procédure doit être répétée jusqu'à ce que le SUD = 0.

► Vérifiez si le patient a (toujours) une image catastrophique de l'avenir (ce que l'on appelle une « projection dans l'avenir »)

Quand tous les souvenirs qui « alimentent » actuellement la peur ont été résolus à l'aide du protocole standard, le thérapeute doit vérifier si le patient se fait toujours une représentation future catastrophique de l'avenir (appelé une « projection future » ou encore « *flashforward* »). En d'autres termes, que croit-il qu'il va lui arriver dans le pire des cas ou pendant un « scénario-catastrophe. » Que se passera-t-il si ce qui est redouté ou craint ne peut être évité ? C'est en fait la représentation mentale du stimulus inconditionnel (SI), qui est la concrétisation de sa peur anticipative ou de son anxiété.

Si le patient indique avoir une « projection future » et qu'à l'analyse, il n'obtient pas un SUD égal à 0, le protocole standard de l'EMDR doit porter sur cette projection future du patient (CN = « Je suis impuissant(e) », CP = « Je peux faire face ») afin de supprimer totalement la perturbation, ce qui devrait être possible dans tous les cas (pour une description détaillée de la procédure de « projection future », voir Logie and de Jongh, 2014). Cette procédure semble être très puissante et peut également être utilisée comme procédure autonome.

Cas clinique

L'EMDR appliqué à la « projection future » d'un jeune homme qui a peur de se rendre dans les salles de spectacle.

Un jeune homme évite de se rendre dans les salles de spectacle depuis une expérience stressante vécue après avoir mangé de la nourriture avariée. Alors que la comédie musicale commençait, il a

1. Bien que ce terme soit souvent lié à l'EMDR, peu de données empiriques indiquent que la bilatéralité est une condition nécessaire à l'efficacité de la thérapie EMDR. À ce titre, il serait plus correct d'utiliser le terme « mise à contribution de la mémoire de travail » (voir De Jongh Ernst, Marques, Hornsvelt, 2013.)

soudain eu très chaud, a commencé à transpirer et a éprouvé le besoin urgent d'aller aux toilettes. Mais sa place étant située au milieu de la salle, il a dû passer devant toute une rangée de personnes et n'a pas pu sortir rapidement. Il a ressenti des palpitations cardiaques et une attaque de panique, des symptômes qu'il n'avait jamais eus jusque-là. Après cet épisode, il a développé une peur des salles de spectacle et a évité toute comédie musicale ou autres spectacles. Ses symptômes concernent uniquement les salles de spectacle, et par conséquent ne semblent pas caractériser un trouble panique. Il souhaite se débarrasser de ces symptômes.

Après avoir expliqué au patient l'EMDR et les projections futures (par exemple : une représentation catastrophique de ce qui pourrait survenir s'il assistait à un spectacle dans une salle), le thérapeute lui a demandé de décrire l'image catastrophe telle qu'elle était actuellement enregistrée dans sa tête. Il a indiqué qu'il avait à l'esprit une image fixe d'une situation à laquelle il ne pouvait échapper. Le thérapeute lui a demandé de réaliser un cliché de cette situation. Dans cette image, il est totalement bloqué par les autres personnes, il souffre de palpitations cardiaques sévères et ne parvient pas à contrôler son corps. Il finit par déféquer dans son pantalon. Cette projection future inclut aussi les autres personnes dans la salle de cinéma qui le regardent et qui ont des mimiques étranges. Le thérapeute a identifié la combinaison CN/CP liée à cette image fixe comme étant « Je suis impuissant/Je peux faire face » (une image standard s'agissant de projection dans l'avenir), et a entamé la procédure de retraitement EMDR. Lorsque cette représentation catastrophe a été totalement résolue, la session a pris fin. Au cours du rendez-vous suivant, le patient a indiqué qu'il se sentait bien, et qu'il n'était plus enclin à éviter les salles de spectacle. Au cours d'un appel téléphonique de suivi réalisé six mois plus tard, le patient a précisé qu'il avait assisté à une comédie musicale, et qu'il n'avait ressenti aucune tension ni peur.

► Mettre en place un modèle futur

Il est probable que malgré un traitement réussi de tous les souvenirs cibles (y compris la projection dans l'avenir), les patients aient toujours besoin de se confronter à des situations dans lesquelles les anciens stimuli générateurs d'anxiété sont présents. La personne a alors besoin d'interagir avec ceux-ci (par exemple lors d'un traitement dentaire nécessaire). Pour vérifier si le client en est totalement capable et le préparer à une future confrontation avec (d'anciens) objets ou situations générateurs d'anxiété, on lui demande de se projeter mentalement dans le temps afin d'identifier une image mentale spécifique représentant une situation future typique (ce que l'on appelle *le modèle futur*) laquelle, dans le passé, aurait certainement déclenché la peur. À cet effet, et à l'opposé de la *projection dans l'avenir* qui implique le traitement d'une représentation dérangeante, il est utile de demander au patient de choisir une image d'une situation dans laquelle il/elle se comporte et se sent de la manière qu'il/elle aura vraiment choisie. Ensuite, on demande au patient de garder en tête cette image et de visualiser la scène aussi nettement que possible, tout en maintenant à l'esprit une CP standard (par exemple « Je peux faire face » ou « je peux gérer »). Ensuite, on introduit une série de mouvements oculaires. Le thérapeute poursuit cette procédure (instructions et notation de la VOC) jusqu'à ce que le *modèle futur* soit suffisamment mis en place ou aussi

longtemps que le patient fait état d'un renforcement de la validité (jusqu'à ce que $VOC = 7$). Si un blocage survient - après 10 installations ou plus, la VOC est toujours inférieure à 7 - il est probable qu'il existe d'autres souvenirs ou représentations mentales (plus probablement : une projection dans l'avenir) qui doivent être identifiés et traités. L'objectif de cette procédure est de préparer le patient à de futures confrontations avec la situation et d'accroître son sentiment de confiance en soi.

► Contrôle vidéo

Après l'intégration d'un modèle positif d'action future, le clinicien demande au patient de fermer ses yeux et de tourner une vidéo mentale. Le patient s' imagine dans l'avenir et tourne une vidéo mentale représentant le moment entre la session présente et une prochaine confrontation possible (et réussie) avec le stimulus ou la situation génératrice d'anxiété (par exemple un traitement dentaire à venir : se réveiller, se rendre chez le dentiste, s'asseoir dans la salle d'attente, etc.). On demande au patient d'identifier tout aspect dérangent apparaissant dans la vidéo mentale et on lui demande, aussitôt que survient un trouble pendant le tournage mental - de s'arrêter, d'ouvrir les yeux et d'informer le thérapeute sur ses expériences. Pour le thérapeute, c'est le signe qu'il doit cibler ces aspects dérangement tout en gardant à l'esprit le même CP utilisé lors de l'étape précédente (« Je peux faire face ») et administrer une longue série de mouvements oculaires. La vidéo mentale, qui est en fait un modèle futur opérationnel, est répétée plusieurs fois du début à la fin, jusqu'à ce qu'elle puisse être visualisée entièrement sans détresse.

► Confrontations *in vivo*

Il est possible que les patients ne soient pas complètement convaincus de leur capacité à surmonter une confrontation future avec le stimulus initialement phobique. Parfois, ils ont dû éviter certaines activités pendant si longtemps qu'ils ne savent plus comment se comporter ni comment se sentir en sécurité dans une situation autrefois phobique. Si tel est le cas, il est important que le thérapeute motive le patient à prendre part à une mission d'exposition ou une expérience comportementale *in vivo* qu'il aura conçue. Si le patient est réellement confronté aux stimuli qui normalement induiraient une réponse de peur, et qu'il se rende compte que la catastrophe qu'il/elle craint ne survient pas, alors cette expérience contribue à démontrer (ou « prouve ») que la peur peut être infondée, et qu'aucun danger réel n'existe.

La thérapie EMDR peut facilement s'appliquer comme une intervention spécifique, ou dans le concept élargi d'autres approches de traitement. L'avantage le plus important semble être la possibilité d'utiliser l'EMDR dans des situations où les déclencheurs primordiaux ne peuvent pas être reproduits ou stimulés réellement (par exemple, certaines situations sexuelles, de maladie ou de mort), ou plus généralement, pour lesquelles les stimuli phobiques sont difficiles à obtenir. Par exemple, tous les thérapeutes n'ont pas à portée de main dans leur cabinet des chiens, petits et grands, des rats, des guêpes (par ex. le problème des guêpes qui ont tendance à voler partout dans le cabinet est rarement abordé) ou des serpents. Ainsi, comparé à d'autres approches telles que l'exposition *in vivo*, il existe un nombre d'avantages certains et clairs à utiliser l'EMDR dans le traitement des phobies spécifiques.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013) « Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed) », Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- DAVEY G.C.L. (1997) « A contemporary conditioning model of phobias », In Davey, G.C.L. (Ed), *Phobias : A handbook of theory, research and treatment*. Chichester : Wiley.
- DE JONGH A. (2012) « Treatment of a woman with emetophobia : A trauma focused approach », *Mental Illness*, 4 :e3. DOI :10.4081/mi.2012.e3.
- DE JONGH A., ERNST R., MARQUES L., HORNSVELD, H. (2013) « The impact of eye movements and tones on disturbing memories of patients with PTSD and other mental disorders », *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 447-483.
- DE JONGH A., HOLMSHAW M., CARSWELL W., VAN WIJK, A. (2011) « Usefulness of a trauma-focused treatment approach for travel phobia », *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 124-137. DOI : 10.1002/cpp.680.
- DE JONGH A., TEN BROEKE E. (1998) « Treatment of choking phobia by targeting traumatic memories with EMDR : A case study », *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 264-269.
- DE JONGH A., TEN BROEKE E. (2007) « Treatment of specific phobias with EMDR : Conceptualization and strategies for the selection of appropriate memories », *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(1), 46-56.
- DE JONGH A., TEN BROEKE E., RENSSSEN M. (1999) « Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : Protocol, empirical status, and conceptual issues », *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1-2), 69-85.
- DE JONGH A., VAN DEN OORD H., TEN BROEKE E. (2002) « Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of specific phobias : Four single-case studies on dental phobia », *Journal of Clinical Psychology*, 58(12), 1489-1503.
- DE ROOS C.J.A.M., DE JONGH A. (2008) « EMDR treatment of children and adolescents with a choking phobia », *Journal of EMDR Practice and Research*. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 201-211.
- DOERING S., OHLMEIER M.C., DE JONGH A., HOFMANN A., BISPING V. (2013) « Efficacy of a trauma-focused treatment approach for dental phobia : a randomized clinical trial », *European Journal of Oral Sciences*. 121 : 584-593.
- HOFMANN S.G., SMITS A.J. (2008) « Cognitive-behavioral Therapy for adult anxiety disorders : a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials », *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- LOGIE R., DE JONGH A. (2014) « The Flashforward procedure : Confronting the catastrophe », *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 25-32.
- OOSTERINK-WUBBE F., DE JONGH A., HOOGSTRATEN, J. (2009) « Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes », *European Journal of Oral Sciences*, 117, 135-143.

OOSTERINK F.M.D., DE JONGHA., AARTMAN I.H.A. (2009) « Negative events and their potential risk of precipitating pathological forms of dental anxiety », *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 451–457.

ÖST L-G., STERNER U. (1987) « Applied tension : A specific behavioral method for treatment of blood phobia », *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29

ROBINS LN, HELZER JE, WEISSMAN MM, ORVASCHEL H, GRUENBERG E, BURKE JD, REGIER DA. (1984) « Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites », *Archives of General Psychiatry*, 41, 949–958.

Chapitre 47

La prise en charge du deuil et deuil bloqué

Thérapie EMDR et deuil

Martine Iracane

À la fois universel et singulier, le deuil constitue une expérience intime et douloureuse qui renvoie à la séparation définitive, et confronte l'humain à l'idée d'une finitude. Au cours d'un processus psychique d'élaboration de la perte nommé travail de deuil (Freud, 1915), le deuil mobilise des remaniements identitaires profonds, et tend vers une résolution progressive marquée par l'apaisement et l'introjection de l'objet perdu. Alors le sujet endeuillé « [...] *remplace une absence effective par une présence intérieure* » (Pillot, 1986). Ce processus normal peut, parfois devenir complexe et enfermer le sujet dans une souffrance invalidante.

Considérée comme une thérapie adaptée dans le cadre de la rencontre avec des patients endeuillés (Sprang, 2001 ; Currier *et al.*, 2008 ; Wittouck *et al.*, 2011), la thérapie EMDR peut libérer le processus naturel du travail de deuil, en ciblant les éléments à l'origine de blocages, en activant le traitement adaptatif de l'information sur les éléments passés, les déclencheurs de la douleur du présent et en orientant le patient vers une meilleure adaptation future. Offrant différentes déclinaisons dans l'application des soutiens proposés pour faciliter le travail d'intégration et de deuil, notamment quand celui-ci s'avère traumatique, associé à un psycho-traumatisme ou quand il devient compliqué, l'approche EMDR permet alors « [...] *aux patients de faire leur deuil avec un sentiment très fort de paix intérieure* » (Shapiro, 2007). Les propositions abordées sont transposables à toute perte significative au-delà de la perte stricte d'un être cher.

DU DEUIL SAIN AU DEUIL PATHOLOGIQUE

Le deuil normal ou sain peut être appréhendé à travers trois moments essentiels qui marquent le travail de deuil (Freud, 1915) : l'état de choc suivant l'annonce de la perte (surtout si elle n'était pas prévisible) qui entraîne un état d'hébétude et de sidération marqué par un abattement physique et psychologique importants, l'état dépressif - l'essence même du travail de deuil (Hanus, 1994) - qui prend la mesure de la réalité de l'absence, et la période de rétablissement.

Ces étapes permettent à la personne endeuillée d'effectuer un parcours d'intégration progressive de la perte, orienté vers l'acceptation. Cette dernière étape est souvent concomitante de la remise en route d'autres formes d'investissements.

À partir des propositions freudiennes, divers auteurs ont envisagé le travail de deuil en phases, distinguant plusieurs étapes, variant quelque peu en fonction des théorisations. Citons les modèles de Kübler-Ross (1969) - dont les phases sont le déni, le marchandage, la colère, la dépression et l'acceptation - et le modèle de Bowlby et Parkes (1970) - qui propose la phase d'obnubilation, la nostalgie, la désorganisation et le désespoir, et la réorganisation.

La durée du deuil est propre à chaque sujet et varie selon son vécu subjectif singulier, lui-même corrélé à un faisceau de causes telles que les circonstances de la survenue de la perte, le style et les liens d'attachement avec le défunt (Grappe, 2003), la qualité du soutien social, les facteurs de personnalité, la présence absence de deuils antérieurs et le contexte culturel (Malkinson, 2007).

Cependant quelques repères nous permettent d'évoquer les aléas du travail de deuil et de la complexification qui en résulte, car environ 20 % des personnes endeuillées présentent des réactions préoccupantes qui répondent au tableau de deuil compliqué ou traumatique (Crocq, 1999).

Un des indicateurs les plus fréquents des écueils du processus de travail du deuil normal réside dans la durée excessive de ses étapes : le maintien des symptômes au-delà de 6 mois (Jacobs et Prigerson, 2001) voire de 14 mois après la perte (Horowitz *et al.*, 1997) signe l'installation d'un deuil compliqué.

Déjà, le DSM-IV-TR (APA, 2000) considérait que la persistance au-delà de 2 mois des symptômes tels que l'insomnie, la perte d'appétit, la tristesse de l'humeur - surtout s'ils étaient associés à certaines caractéristiques comme une culpabilité excessive, des idées de mort, des sentiments profonds de dévalorisation, un ralentissement psychomoteur marqué, une altération profonde du fonctionnement au quotidien - répondait au diagnostic d'un état dépressif majeur (EDM).

Dans le DSM-V (APA, 2013) la proposition d'une nouvelle entité nosographique spécifique au deuil compliqué et démarquée de l'EDM a été soumise : le *Persistent Complex Bereavement*

*Disorder*¹ (PCBD). Le tableau clinique du PCBD est corrélé à un critère de durée (symptômes persistants au-delà d'un an pour les adultes et de 6 mois pour les enfants). S'il est cité dans le DSM-V, en lien avec « *l'Adjustement Disorder*² », le PCBD n'y est pas intégré comme entité nosographique reconnue, mais détaillé avec un encouragement à approfondir son étude.

Mais une autre forme de deuil compliqué s'avère souvent corrélée au traumatisme psychique qui peut lui être associé : le tableau clinique alors constitué répond à l'entité clinique du deuil traumatique,

« liée à la non résolution des symptômes de deuil et à leur association avec une altération du fonctionnement quotidien » (Bourgeois, 2002).

Dans le DSM-V, le critère A3 permet de faire le lien entre TSPT (Trouble de stress post traumatique) et le deuil, laissant supposer que le sujet confronté à la mort d'un proche dans des circonstances violentes et accidentelles peut développer un deuil traumatique.

A – Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

A3 – En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels

En effet, certains facteurs circonstanciels entourant le décès prédisposent au deuil traumatique (Zisook, 1991 cité par Montel et Tarquinio, 2014). L'annonce d'une mort violente, un décès par suicide (qui génère beaucoup de culpabilité), des circonstances de la mort comportant une dimension brutale et horrificante, déshumanisante peuvent générer un deuil traumatique.

Crash d'avion

Dans le cadre d'une intervention médico-psychologique suite au crash de l'avion dans les Alpes survenu en mars 2015, nous avons rencontré des familles en état de choc et de sidération, déclenché par la perte brutale et les circonstances horribles. L'impensable et inadmissible réalité et la colère générée par ce type de circonstances conditionnent très certainement, la survenue de deuils traumatiques parmi les proches.

1. Trouble du deuil complexe et persistant.
2. Trouble de l'adaptation.

Le deuil post-traumatique apporte quant à lui, une nuance au tableau précédent ; il fait converger la perte et l'effraction psychique consécutive à la confrontation à l'événement et entraîne chez le patient endeuillé une « double peine. »

« Les troubles proches du syndrome psychotraumatique, compliquent voire empêchent le travail de deuil. » (Bacqué, 2006).

Attentat terroriste

Durant les attentats terroristes, certaines personnes avaient été blessées lors de la fusillade ; elles se trouvaient alors sur les lieux du drame. Nous les avons rencontrées, endeuillées et fortement traumatisées suite au décès de leurs proches, lesquels les avaient protégées de la mort en se jetant sur elles...

Dans ces types de deuil, le fait de différer le soin dans l'espoir d'une résolution spontanée peut être illusoire, les incidences traumatiques venant bloquer tout processus de métabolisation de l'expérience de la perte (Tarquinio et Montel, 2014). Or la persistance des symptômes peut entraîner des conséquences psychopathologiques plus sévères, affecter la santé (Prigerson *et al.*, 2009).

LES CRITÈRES DU DEUIL COMPLIQUÉ (PRIGERSON ET AL., 1995)

Les travaux de Holly Prigerson et son équipe (1995) ont permis d'établir les critères du deuil compliqué, qui se caractérise par la présence de sept symptômes au moins, persistants six mois après le décès d'un proche.

- Le refus d'accepter la mort ;
- Recherche active du disparu ;
- Fait de se languir, de désirer ardemment la personne perdue ;
- Préoccupations constantes au sujet de la personne perdue ;
- Incapacité à croire vraiment à sa disparition ;
- Sentiment d'être toujours assommé, frappé de stupeur par le décès ;
- Pleurs incoercibles.

**SYMPTÔMES CLINIQUES DU DEUIL TRAUMATIQUE, CRITÈRES DE RECONNAISSANCE
(PRIGERSON ET AL., 1997)**

Critère A

La personne a fait l'expérience du décès d'un « autre significatif. »

La réponse ou la réaction comporte trois ou quatre symptômes ci-dessous présentés au moins quelque fois :

- 2a. Pensées intrusives concernant le défunt ;
- 2b. Manque et désir de présence du défunt ;
- 2c. Recherche du défunt ;
- 2d. Sentiment de solitude résultant de la mort.

Critère B

En réponse au décès, et quatre des huit symptômes suivants sont vécus comme « très vrais » :

- 1. Absence de but ou sentiment de futilité du futur ;
- 2. Sentiments subjectifs d'obscurcissement, de détachement ou absence de réactivité émotionnelle ;
- 3. Difficultés de reconnaître le décès (exemple : incrédulité) ;
- 4. Sentiment que la vie est vide et sans signification ;
- 5. Sentiments qu'une part de soi-même est morte ;
- 6. Le monde est conçu comme brisé (exemple : perte de la sécurité, de la confiance, du contrôle) ;
- 7. Symptômes ou comportements dangereux de la personne décédée ou en rapport avec elle ;
- 8. Irritabilité, amertume ou colère excessive liée au décès.

Critère C

La durée de ces perturbations (liste de symptômes) est de deux mois au moins.

Critère D

Ces troubles causent une altération significative du fonctionnement social, professionnel, et d'autres domaines importants.

LA CONCEPTUALISATION DE CAS

Francine Shapiro considère l'EMDR comme une indication thérapeutique adaptée pour soulager les souffrances invalidantes des patients endeuillés (Shapiro, 2007) même au décours d'un deuil normal. Prenant appui sur ses préconisations et sur quelques exemples issus de notre pratique clinique, nous présenterons et explorerons dans ce chapitre les différentes modalités de l'intervention thérapeutique EMDR essentiellement dans les cas de deuils compliqués, traumatiques et post-traumatiques, aux différentes étapes de leur traitement.

Cependant, en amont de ces applications, il convient d'évoquer la conceptualisation du cas clinique du patient endeuillé, de repérer ses ressources, le type de problématique de deuil, le contexte de vie actuel, etc...

Le vécu des patients endeuillés résulte de plusieurs facteurs complexes qui :

« rendent l'expérience de deuil de chacun et le traitement y correspondant, uniques. C'est la raison pour laquelle il n'existe pas une seule voie d'approche de ces processus de deuil. » (Solomon et Rando, 2007)¹.

Différentes modalités de travail thérapeutique peuvent contribuer, de ce fait, à un accompagnement spécifique des processus et vécus intimes des endeuillés. Rappelons avec Spierings (1999), qui revisite le postulat d'auto-guérison émis par F. Shapiro elle-même, que :

« l'EMDR ne soigne pas : il éloigne les blocages qui empêchent les gens de se soigner eux-mêmes. »

► Cadre du travail thérapeutique et plan de traitement

Le plan de traitement élaboré et éclairé par la conceptualisation de la présentation clinique singulière du patient endeuillé, offre un cadre de travail thérapeutique contenant. Il permet de repérer les principales difficultés alléguées par le patient dans le présent et de dégager les différents axes facilitateurs d'un cheminement progressif vers la sédation des symptômes, l'apaisement, et la mentalisation de la perte (Bacqué, 2006).

● *Le style d'attachement*

Parmi les critères pertinents à prendre en compte, nous insistons sur l'exploration des liens entretenus avec la personne défunte qui révèle le style d'attachement de la personne, déterminant souvent la qualité du travail de séparation. Ce paramètre affecte la durée, et la manière de conduire l'accompagnement du sujet endeuillé.

● *L'anamnèse*

Elle permet de déceler les éventuelles autres pertes antérieures, et de s'assurer de la stabilité du moi. Des deuils non élaborés, affectent et entravent le travail de deuil plus récent.

De même, le repérage des difficultés relationnelles avec le défunt apportera les informations nécessaires à la clarification des pistes de travail en EMDR : quelles éventuelles situations difficiles, ressentis négatifs, conflits ont émaillé le parcours de vie partagée avec la personne défunte ? L'ambivalence, les sentiments de culpabilité, les regrets, les remords viennent souvent générer des blocages émotionnels, des pensées dysfonctionnelles et parasiter le travail de deuil. Dans ces situations, la thérapie EMDR :

« semble accélérer le traitement de l'information dysfonctionnelle et permettre que des prises de conscience et des émotions appropriées et saines émergent » (Shapiro, 2007).

1. Traduction de l'auteur.

● Le repérage des résistances au traitement EMDR

Il arrive que les patients endeuillés, manifestent une certaine ambivalence à l'égard de l'utilisation de la thérapie EMDR présentée au patient comme une approche efficace pour digérer des expériences de vie difficiles. La proposition de cette pratique entraîne des peurs anticipatoires, des croyances inhibitrices et par voie de conséquence, des résistances au traitement. En effet, la crainte d'oublier le défunt et les vécus partagés dans les liens d'attachements, risquent, dans les représentations de l'endeuillé, de déclencher une seconde perte ou d'activer un conflit de loyauté.

« On est persuadé que la fin du deuil porte la menace de perdre à tout jamais celui qui pourtant est déjà parti » (Fauré, 2004).

Loïn de causer l'oubli tant redouté par l'endeuillé, la thérapie EMDR mobilise au contraire des réminiscences et associations positives comme la remémoration de moments apaisés, partagés avec le défunt (Sprang, 2001). Elle accélère le travail de deuil, favorise un accès plus rapide à la phase résolutive d'intégration de la perte et à celle du réinvestissement de la pulsion de vie.

● La co-construction d'un cadre de travail

Prenant en compte ces éléments et les caractéristiques de la rencontre clinique, il convient lors de cette phase de co-construire un cadre de travail.

Une simple question peut être posée au patient :

« En lien avec ce qu'il s'est passé, qu'avez besoin de garder et que vous souhaitez vous laisser partir ? » (Lazrove *et al.*, 1998)¹.

Cette proposition interroge les différentes facettes de la perte, conduit à les hiérarchiser et à en retenir certains aspects jugés essentiels ; autour de ce mouvement introspectif, c'est un début de travail qui s'opère et qui participe à relancer le processus de deuil.

● Synthèse

Ainsi, pour résumer et en s'inspirant de la proposition d'axes de travail de Fauré (2004), le plan de traitement peut intégrer plusieurs aspects en lien avec :

- La relation entretenue avec la personne défunte et les difficultés et conflits traversés dans ce lien ;
- Les circonstances de la disparition du défunt et leur vécu ;

1. Traduction de l'auteur.

- L'état actuel du patient endeuillé et les difficultés rencontrées.

Nous rajoutons :

- Les ressources internes et externes du patient déterminant les besoins de stabilisation supplémentaire ;
- Les changements désirés en termes d'objectifs réalistes et acceptables par le sujet endeuillé.

La stabilisation de l'état clinique et la psychoéducation nous semblent mériter un développement spécifique.

► La psychoéducation et la stabilisation

La psychoéducation revêt une place centrale avec les sujets endeuillés. Elle va contribuer, d'une part à une meilleure gestion et stabilisation d'un quotidien où les repères ont été pulvérisés, et d'autre part, à l'accessibilité des informations adaptatives nécessaires à l'activation du traitement adaptatif de l'information lors du traitement des cibles ultérieures.

Différentes stratégies de stabilisation psychologique spécifiques, activant des réseaux de mémoire adaptatifs positifs, participent à renforcer les ressources du patient endeuillé. Elles peuvent être proposées en amont du traitement des cibles névralgiques ou en complément de celles-ci, lors des phases 3 à 8 du protocole standard. Nous en donnons ici quelques exemples.

● La dimension spirituelle

Partie intégrante du cadre général du travail thérapeutique avec l'endeuillé, la prise en compte de la dimension spirituelle occupe une place centrale. Comprendre le vécu de l'endeuillé adossé à ses référentiels, son système de valeurs, à ses croyances, et parfois aux rituels religieux et culturels qui s'y réfèrent, permet de renforcer l'affiliation thérapeutique et la reconnaissance du thérapeute. L'intégration de ces éléments tout au long de l'accompagnement thérapeutique soutient l'accession à une symbolisation de l'expérience de la perte grâce à la mobilisation des ressources internes du patient (Spierings, 1999).

C'est autour de ces lieux et objets chargés de la trace symbolique du collectif d'appartenance que l'affliction et la désolation générées par la perte se trouvent reconnues et soutenues.

Le cas Thérèse

Thérèse, quelques jours seulement après la noyade tragique de son mari en sa présence impuissante, tourmentée par des images intrusives terrifiantes, trouve enfin un espace psychique de sécurité, de calme, et l'opportunité de réveiller la ressource intérieure réconfortante de sa foi, en s'imaginant

au temple. Lieu de refuge, lieu de recueillement, cette évocation intensifiée par les suggestions du thérapeute diminue fortement le niveau de détresse émotionnelle, et va ainsi permettre le traitement du trauma.

Pour ancrer le contre-poids positif à la détresse émotionnelle, le thérapeute peut proposer la visualisation et l'installation d'un espace imaginaire ou symbolique de sécurité et de calme du « *lieu sûr* » (Shapiro, 1997, inspiré de Daniels) et la consolidation d'une ressource selon le protocole DIR - Développement et Installation des Ressources - (Korn, Leeds, 2002).

Quelques SBA (stimulations bilatérales alternées), très lentes viendront ancrer dans le corps, dans l'ici et maintenant, un peu d'apaisement des tensions psycho-corporelles.

● La validation des réactions appropriées du présent

Normaliser et légitimer les affects appropriés, les cognitions et les symptômes, autour de ce bouleversement profond, en procurant de l'information sur le processus de deuil à l'endeuillé, conforte son travail de deuil et l'aide à élaborer.

Les déclencheurs de la recrudescence de la souffrance aux périodes anniversaires ou face à des lieux, objets, activités, investis au préalable en commun, ou autres moments critiques tels que la survenue d'expériences prenant un caractère un peu surnaturel, la prise de conscience de ressentis parfois contradictoires et ambivalents, réclament clarification et normalisation.

● Les ressources et les médiations thérapeutiques

L'enseignement de différentes stratégies d'auto-apaisement génératrices d'un sentiment de contrôle, de reconnexion à l'espoir, l'encouragement à la poursuite d'activités quotidiennes, peuvent favoriser *a minima*, le maintien de l'élan vital nécessaire, tandis que l'état de psychasthénie est validé.

La palette complexe des ressentis de l'endeuillé trouve souvent un support à son expression dans des espaces de médiations qui peuvent également aider le sujet endeuillé à filtrer des vécus sidérants et inhibiteurs du travail de transformation psychique. Ainsi la tenue d'un journal, de récits de souvenirs, la participation à un groupe de parole de sujets endeuillés facilitent et contribuent à un début de distanciation puis à une réappropriation subjective de la perte, favorables au travail de deuil (Spierings, 1999).

Tous les changements positifs discrets obtenus, peuvent être renforcés sur la base classique pratiquée en thérapie EMDR, de l'ancrage et de la mobilisation de ressources psychologiques avec la technique des stimulations bilatérales alternées soit en articulant avec le *protocole des ressources DIR*, soit en utilisant le protocole de l'absorption issu de la technique *The wedging technique* (Kiessling, 2009).

VERS L'ÉLABORATION D'UN PLAN DE CIBLAGE ET LES RETRAITEMENTS DES CIBLES

Partant du postulat que « *L'EMDR n'élimine pas, et même ne dilue pas les émotions saines et appropriées, y compris le chagrin* » (Shapiro, 2007), différents axes de travail peuvent soutenir l'évolution du TAI et la sédation de la symptomatologie envahissante des deuils traumatiques, post-traumatiques et compliqués concernés par l'échec des processus adaptatifs spontanés.

► Le deuil traumatique et post traumatique

● Le cas d'événements récents

Une annonce de mort violente et brutale, la disparition du corps du défunt, un suicide, une effraction traumatique générée par la confrontation au risque de sa propre mort ou celle dont le sujet a été témoin, des scènes de confrontation à la douleur d'un proche, à la transformation de son corps, à l'atteinte à son intégrité et à sa dignité déclenchent souvent des symptômes cliniques tels que des intrusions, des évitements, une activation neurovégétative en réaction à des déclencheurs (État de stress aigu) qui risquent de fixer le processus de deuil au premier stade de son évolution et complexifier globalement le déroulement du travail de deuil.

L'approche EMDR peut être pratiquée précocement dans les jours ou semaines suivant la confrontation à la perte.

L'objectif essentiel est alors de traiter les éléments traumatiques pour l'amorce d'un apaisement relatif et une remise en route du processus normal d'intégration de la perte.

Cependant :

- Les thérapeutes devront s'attendre à des niveaux élevés de détresse émotionnelle dus au caractère récent de l'événement ; la sortie de la fenêtre de tolérance des affects est fréquente et devra rapidement être accompagnée par les techniques de gestion des abréactions, de distanciation, de contenance, sous peine de renforcer les états de dissociation péri-traumatique qui ont marqué la première phase de choc. Le protocole cipos de jim knipe (2008) peut aider le patient à s'exposer au matériel traumatique en reprenant un peu de contrôle et en restant dans l'ici et maintenant du lien thérapeutique.
- Il vaut mieux éviter l'utilisation de l'emdr dans une phase de déni pour respecter les défenses psychologiques mobilisées par l'endeuillé face à une réalité irréprésentable (louboff, 2013).

En ce sens et grâce à leur effet contenant et leur approche progressive, les protocoles « *Événements récents* » de F. Shapiro (2001) ou le protocole *R-TEP*¹ d'E. Shapiro (2008) peuvent décontaminer les différents moments infiltrés d'éléments pollués par les informations brutes dysfonctionnelles où la sensorialité obnubile la pensée. Procédant par paliers successifs et graduels, intégrant de proche en proche les différents moments de l'événement traumatique, ce type d'approche fait évoluer le matériel perturbant vers une transformation des images horribles qui vont évoluer vers des images saines, acceptables, assimilables psychiquement. Des sentiments positifs liés au défunt qui ne trouvaient pas leur place, se manifestent alors. Le TAI aura ainsi été réactivé précocement pour prévenir les blocages du travail de deuil et la rumination mentale douloureuse dans laquelle l'endeuillé peut s'enfermer.

Associés à des risques de morbidités mentales et physiques importants, les deuils traumatiques méritent donc un repérage diagnostique et une identification précoces pour éviter qu'ils ne se compliquent davantage et engendrent des pathologies chroniques et sévères (Tarquinio et Montel, 2014).

● Le cas d'événements plus anciens

Le protocole standard est en général bien adapté pour ces situations de deuils plus anciens. Ainsi, face à ces problématiques, le plan de ciblage recueillera en première intention les cibles liées à la perte et aux circonstances ayant conduit à l'éclosion d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT), sans négliger le traitement des effets de traumatisation et pertes secondaires telles que la séparation d'un lieu de vie, les périodes anniversaires, avant d'aborder le traitement des cibles du présent et du futur.

Le cas Marine

Marine souffre de somatisations multiples et sévères. Endeuillée depuis plusieurs mois, suite au décès rapide de sa mère atteinte d'un cancer du pancréas, elle ressent beaucoup de culpabilité liée à l'impossibilité de manifester du chagrin et d'aller se recueillir sur la tombe.

Interrogée sur les circonstances de l'annonce de la maladie de sa mère, Marine nous fait part de sa visite en urgence à l'hôpital : « Je revois le visage de ma mère déformé par la maladie, et je repense au dégoût que j'ai éprouvé ... et je ne peux pas me pardonner. »

La problématique de deuil a fait l'objet de la construction d'un plan de ciblage comportant le souvenir source de la scène à l'hôpital, les moments présents de culpabilité intenses vécus face à son insensibilité en regardant des photos de sa mère, l'impossibilité de parler de la perte de sa mère à son entourage. Dans le futur, elle aurait souhaité être capable de se rendre au cimetière.

1. Protocole pour les événements traumatiques récents.

Le traitement de la phase 3 à 8 de la scène de l'hôpital a mobilisé beaucoup d'émotions et notamment la transformation des images traumatiques (le visage de la mère malade est apparu paisible et détendu « comme si elle dormait. » Cette séance a entraîné des effets rapides dans le quotidien alors que le traitement des autres cibles du présent et le scénario du futur n'avaient pas encore été abordés : Marine a traversé dans les jours qui suivirent, de grands moments de chagrin et de pleurs, elle a éprouvé le besoin de se rendre au cimetière et nous rapporte, avec une expression oscillant entre désolation et soulagement, comment elle a pris soin de la tombe qui avait été abandonnée depuis le jour des obsèques...

Marine rentrait ainsi dans la phase de dépression marquant le franchissement d'une étape du deuil, étape qui avait été verrouillée et empêchée par l'effraction traumatique et la culpabilité.

L'évolution spontanée du processus du travail de deuil a repris son cours.

► Certains aspects psychologiques et ressentis génèrent des blocages en dehors de toute effraction traumatique

C'est le cas de certains remords, regrets, culpabilités, de sentiment d'indignité ou d'incubabilité suite au décès, angoisse d'abandon et de nouvelles pertes, de peurs irrationnelles, de croyances, qui peuvent favoriser l'éclosion de deuils compliqués et empêcher l'accès aux informations adaptatives tournées vers la phase d'intégration et d'acceptation de la perte.

Il convient lors de la construction du plan de ciblage standard qui demeure très adapté, de les repérer, et les traiter (phase 3 à 8) au rythme des possibilités d'exposition et d'investissement du patient.

La dépotentialisation des situations du passé et des déclencheurs du présent particulièrement génératrices de douleur morale permettent d'acheminer le travail thérapeutique vers la direction future espérée, « écologique », adaptée aux systèmes de valeurs et au contexte actuel psychosocial du patient.

Par ailleurs, au cours du retraitement, la nécessité de garder quelque chose du lien à l'objet perdu, va se manifester par le maintien d'un niveau de perturbation « écologique » : l'atteinte d'un SUD à 0, irréaliste, permet la traduction et le repérage d'une partie du vécu subjectif du patient.

► Synthèse : les cibles du plan de ciblage

Ci-dessous, figure une série de situations pertinentes inscrites dans le plan de ciblage. Ces cibles peuvent participer au ralentissement - voire du blocage - du travail de deuil.

Passé

- Annonce d'un décès ou de la maladie ;
- Les scènes des obsèques : moment hautement symbolique de la séparation définitive ;
- Le moment de la prise de conscience des conséquences de l'absence ;
- Les éventuelles pertes antérieures ;
- Les pertes secondaires au deuil ou deuils secondaires

« Devoir vendre notre maison, lieu de tous nos souvenirs heureux... c'est comme si je perdais mon mari une deuxième fois » nous confie Christine.

Présent

- Les cauchemars et les images intrusives
- Les déclencheurs du présent

« Le vendredi soir, c'était un rituel, on avait l'habitude de tous se retrouver pour décider du programme du week-end... les enfants les petits enfants... je ne supporte plus le vendredi soir... je fuis la maison. »

- Les ressentis et problèmes de culpabilité, de contrôle ;
- Les colères excessives, empêchant le fonctionnement et l'adaptation au quotidien ;
- Les sentiments d'autodépréciation ;
- La croyance fondamentale dans l'impossibilité de survivre à la perte

« Je suis dévastée de l'intérieur... J'ai compris... On ne s'en remet jamais » nous dit Olga qui a perdu son mari 3 mois auparavant.

- Les regrets de ne pas avoir dit ou fait quelque chose

« Nous n'avons jamais parlé de sa mort imminente... je lui ai menti ... nous aurions dû nous dire adieu » regrette Olga.

- Les remords pour avoir exprimé des sentiments hostiles, des attitudes agressives et de rejet, générant de la culpabilité

« La veille de sa mort, on s'était disputé... c'est comme si je l'avais tué... » nous dit Ludovic, évoquant son père.

- L'absence de soutien social (Solomon et Rando, 2007).

Futur, recherche de cibles illustrant :

- L'acceptation ;
- La capacité à s'adapter ;
- La capacité à donner du sens à d'autres projets, et à d'autres manières de vivre ou d'investir la vie en restant relié à la perte avec tristesse et nostalgie adaptées).

► **La survenue de blocages durant le traitement des deuils compliqués et la gestion des abréactions**

Les éléments cibles, cités ci-dessus, peuvent émerger spontanément au décours de la phase de désensibilisation d'une situation, sous forme de blocages de l'information : le TAI n'avance plus.

Le dialogue avec le défunt, les techniques de tissage cognitif, l'écriture de lettres adressées au défunt (Delucci, 2011) permettent alors le dépassement du point de blocage en remettant en route naturellement le matériel associatif, jusqu'à contacter des informations positives.

Voici ci-dessous un exemple de tissage cognitif portant sur des regrets exprimés par une patiente engagée dans un deuil compliqué : Fatima se reproche inlassablement de ne pas avoir pu communiquer une dernière fois avec sa mère. Cette information négative tourne en boucle dans sa vie et la mine au quotidien ; le blocage apparaît au cours de la désensibilisation. Le thérapeute va encourager la verbalisation, ici et maintenant, des mots non-dits à l'époque. Outre l'atténuation des tensions, un réel recadrage cognitivo-émotionnel s'opère et sera accompagné de changements patents dans la réalité.

Le cas Fatima

Fatima accourue au chevet de sa mère malade, n'avait pas réussi à lui dire adieu avant que celle-ci ne rende l'âme. Depuis, elle ne cessait de s'auto-accuser de ce rendez-vous manqué et s'était enfermée dans un état d'irritabilité et d'anxiété majeur, accompagné de nombreuses somatisations.

Depuis les obsèques, 11 mois auparavant, elle se reprochait aussi de n'avoir jamais entrepris un voyage en Algérie pour aller se recueillir sur la tombe de sa mère.

Au cours de l'interruption de la désensibilisation de la cible du « rendez-vous manqué » alors que l'information bloquait autour de « *je suis arrivée trop tard... je n'ai pas pu lui parler une dernière fois* », la technique du tissage cognitif sur ce point, va mobiliser la question du thérapeute « *Qu'auriez-vous aimé dire à votre mère ?* », et entraîner la réponse « *Que je l'aime et que je lui demande pardon* »

« En quelle langue vous adressiez-vous à votre mère ? »

– « En arabe »

– Dites-le lui maintenant en arabe »

Cette réponse sera stimulée par une série de SBA et l'intervention facilitera la décrue de la perturbation émotionnelle et l'accès à une pensée positive : « Je peux me pardonner. »

Quelques semaines après cette séance, la patiente qui avait trouvé plus de tranquillité intérieure avait pu très naturellement entreprendre le voyage en Algérie pour aller se recueillir sur la tombe de sa mère.

Parfois, en dehors même du retraitement d'une cible, la technique du dialogue avec le défunt permet de gérer un état émotionnel extrêmement aigu et douloureux, pour tenter de stabiliser le patient dans un moment où la douleur est trop brûlante.

Le cas Emeline

Emeline, femme comorienne de 40 ans, a perdu brutalement son fils de 7 ans dernier-né d'une fratrie de 4 enfants. Inconsolable, effondrée au cours de cette première rencontre, elle accèdera à un peu d'apaisement suite au dialogue encouragé avec son enfant défunt, stimulé par du *taping* enveloppant, pratiqué sur ses épaules pendant que s'établissait le dialogue avec son enfant, médiatisé par le thérapeute :

« Qu'aimeriez-vous dire à votre enfant maintenant ? »

– « Qu'il me manque terriblement »

– « De là où il est, imaginez ce qu'il vous répondrait... »

– « Ne pleure plus Maman... Je suis bien là où je suis... Veille sur toi et sur notre famille... »

Le *taping*, contenant et réconfortant, appliqué durant cet échange, a suscité une nouvelle association, adaptative et apaisante : « Je crois que mon enfant a besoin de reposer en paix. Dans la religion musulmane on dit que si le chagrin de ceux qui restent dure trop longtemps, il empêche le défunt de partir au ciel, en paix »

Emeline s'est sentie plus apaisée dans les jours qui ont suivi cette séance « plus en contact avec mon fils que je sens dans mon cœur. »

LE MODÈLE SPÉCIFIQUE DU DEUIL COMPLIQUÉ SELON T. RANDO ET R. SOLOMON

Le modèle des 6 « R » (Solomon et Rando, 2007) propose un plan de traitement à travers une série de phases psychologiques du travail de deuil définissant chacune ses objectifs.

Reconnaître - Réagir - Se remémorer et réintégrer - Renoncer - Réadapter - Réinvestir, ces phases étant alignées sur un fil temporel.

Plusieurs cibles reliées à chacune des phases vont être traitées, relevant d'un aspect du travail psychique particulier, participant à une intégration exhaustive des éléments étiologiques du deuil compliqué et une remise en route du deuil normal :

Le croisement entre le protocole standard et ce modèle des 6 « R » vient alors révéler la complexité du processus de deuil et la nécessaire adaptabilité du thérapeute au vécu subjectif du

Tableau 47.1. Le modèle des 6 R - Inspiré de Solomon et Rando, 2007

Phases	Cibles prioritaires
Reconnaître	Aspects traumatiques
Réagir	Moments particulièrement douloureux dans le présent ou pertes secondaires
Se remémorer et réintégrer	Souvenirs douloureux, souvenirs liés à une impossible résolution, moments où les sensations de manque sont très élevées
Renoncer	Moments dans lesquels la difficulté à laisser partir le défunt est accrue, situations futures
Réadapter	Renforcement des ressources
Réinvestir	Obstacles notamment en lien avec l'attachement (peur de s'engager, etc.)

patient. Le travail thérapeutique EMDR accompagne l'apprentissage d'un « nouveau monde » qui se constitue peu à peu pour l'individu endeuillé (Rando, 1993).

Le deuil constitue une étape de renoncement et de remaniement identitaire profond, couteux en énergie, qui témoigne d'un processus actif d'adaptation à la perte. Vecteur de croissance personnelle, il entraîne une redéfinition du rapport au défunt, à soi et au monde.

Si « le deuil, même normal, est une blessure dont nous guérissons mais qui laisse en nous des traces, une cicatrice » (Hanus, 1994), cette trace symbolisée, représente le support d'une mémoire et d'une histoire transmissibles entre les générations.

Lorsque le travail de deuil subit des aléas et ne peut panser et penser la blessure de la perte, il peut être redynamisé par la thérapie EMDR : agissant sur les composants dysfonctionnels et traumatiques de l'expérience pour en permettre la métabolisation, la thérapie EMDR adaptée à la singularité du tableau clinique à travers la mise en œuvre d'un plan de traitement spécifique, remet en route les étapes naturelles du processus de deuil sans dispenser du chagrin normal, de l'incontournable mouvement introspectif et sans « devancer la croissance personnelle de l'endeuillé » (Shapiro, 2007).

Prenant appui sur une alliance thérapeutique marquée, par le respect et la reconnaissance de la douleur morale de l'endeuillé, l'EMDR peut se tisser à d'autres approches thérapeutiques complémentaires, intégrant aussi la dimension symbolique et spirituelle pour faire renaître l'espoir et accompagner l'endeuillé vers l'apaisement de la phase de résolution du deuil.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e édition révisée, Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-V (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5e édition, Washington D.C.
- BACQUÉ M.F. (2006) « Deuil et traumatisme », *Annales Médico-Psychologiques – Revue psychiatrique*, 164, 4, 357-363.
- BOURGEOIS M.L. (2002) *Les deuils pathologiques : traduction et validation de l'Inventaire de deuil compliqué* (Inventory of complicated grief, de HG Prigerson et al., 1995-1996) chez 107 patients psychiatriques hospitalisés et 100 témoins de la population générale : comparaison avec l'échelle TRIG (Texas revised inventory of grief, Faschingbauer et al., 1983) » Thèse de doctorat, Bordeaux 2.
- BOWLBY J., PARKES C.M. (1970) « Separation and loss within the family. »
- CURRIER J. M., NEIMEYER R. A., BERMAN J. S. (2008) « The effectiveness of psychotherapeutic interventions for the bereaved : A comprehensive quantitative review », *Psychological Bulletin*, 134, 648-661.
- CROCQ, L. (1999) *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob.
- DELLUCCI H. (2011) « Le protocole des lettres », in *EMDRrevue*, page consultée le 27 décembre 2015, http://EMDRrevue.com/wp-content/uploads/2011/05/Protocole-Lettres_HDellucci.pdf -
- FREUD S. (1915) *Œuvres complètes*, vol XII, Deuil et mélancolie, Paris, PUF.
- GRAPPE M. (2003) *Le deuil traumatique*, In Lachal C., Ouss-Ryngaert L., Moro M.-R. et al. *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*, Paris, Dunod, 177-191.
- FAURÉ C. (2004) *Vivre le deuil au jour le jour*, Paris, Albin Michel.
- HANUS M. (1994) *Les deuils dans la vie*, Paris, Maloine.
- HOROWITZ M.J., SIEGEL IEGEL B., HOLEN A., BONANNO, G.A., MILBRATH C., STINSON C.H. (1997) « Diagnostic criteria for complicated grief disorder », *The American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910.
- JACOBS S.C., PRIGERSON H.G. (2001) « Caring for bereavement patients? All the doctors just suddenly go ? », *Journal of medical Association*, 286, 11, 1369-1376.
- KIESSLING R. (2009) « The wedging technique » In M. Luber (Ed), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols : Basics and special situations*, New York, Springer Publishing Co, 91-92.
- KNIPE J. (2008) *The CIPOS method-procedures to therapeutically reduce dissociative processes while preserving emotional safety* EMDREA Conference, Londres.
- KÜBLER-ROSS E. (1969) *On Death and Dying*, New-York, Macmillan.
- KORN D.L., LEEDS A.M. (2002) « Preliminary Evidence of Efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of Treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Clinical Psychology*, 58, 12, 465-487.
- LAZROVE S., TRIFFLEMAN E., KITE L., MCGLOSSHAN T. ET ROUNSAVILLE, B. (1998) « An open trial of EMDR as treatment for chronic PTSD » *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 601-608.
- LOUBOFF F. (2013) *Dire adieu. Petit guide psychologique du deuil*, Paris, Payot.
- MALKINSON R. (2007) *Cognitive Grief Therapy : Constructing a rational meaning to life following loss*, New York, W. W. Norton.
- MONTEL S., TARQUINIO C. (2014) *Les psycho-traumatismes : histoire, concepts et applications*, Paris, Dunod.
- RANDO T.A. (1993) *Treatment of complicated mourning*, Champaign, IL, Research Press.
- PILLOT J. (1986) « Deuil et pré-deuil », *Bulletin JALMAV*, 4, 12.
- PRIGERSON H.G., FRANK E., KASL S.V., ET AL. (1995) « Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders : preliminary empirical validation in edery bereaved spouses », *American Journal of Psychiatry*, 152, 1, 22-30.

PRIGERSON H.G., BIERHALS A.J., KASL S.V. ET AL. (1997) « Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity », *American journal of psychiatry*, 154, 616-623.

PRIGERSON H.G., HOROWITZ M.J., JACOBS S.C. ET AL. (2009) « Prolonged grief disorder : Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11 », *PLoS medicine*, 6, 8, 917.

SHAPIRO E., LAUB B. (2008) « Early EMDR intervention (EEI) : A summary, a theoretical model, and the recent traumatic episode protocol (R-TEP) », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 2, 79-96.

SHAPIRO F., SILK-FORREST M. (1997) *Des yeux pour guérir*, Paris, Seuil, 2005.

SHAPIRO F. (2001) *Eye movement desensitization and reprocessing : Basic Principles, Protocols, and Procedures*, New-York, Guilford Press.

SHAPIRO F. (2007) *Manuel d'EMDR*, Paris, InterEditions.

SOLOMON R.M., RANDO T.A. (2007) « Utilization of EMDR in the treatment of grief and mourning », *Journal of EMDR Practice and research*, 1, 2, 109-117.

SPIERINGS J. (1999) EMDR and Mourning, Köln, Vortragsmanuscript.

SPRANG G. (2001) « The use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of traumatic stress and complicated mourning : Psychological and behavioral outcomes » *Research on Social Work Practice*, 11(3), 300-320.

WITTOUCK C., VAN AUTREVE S., DE JAEGERE E., PORTZKY G., VAN HEERINGEN K. (2011) « The prevention and treatment of complicated grief : A meta-analysis », *Clinical Psychology Review*, 31, 1, 69-78.

Chapitre 48

Le potentiel de la thérapie EMDR en gynécologie et obstétrique

Eva Zimmermann

La thérapie EMDR a fait ses preuves dans de nombreux domaines de la psychothérapie. De ce fait, peu d'adaptations sont réellement nécessaires pour l'appliquer avec succès aux situations comportant des prises en charge de femmes et de couples en gynécologie et obstétrique. Nombreuses sont les situations dans le domaine de la gynécologie qui se réfèrent à un traumatisme ancien (tel que problème sexuel, dyspareunie ou vaginisme après des cas d'abus ou de viol). On peut citer d'autres interventions qui sont également traumatisantes, notamment la mastectomie (ablation du sein lors d'un cancer) ou l'hystérectomie (ablation de l'utérus) ou encore dans certains cas, comme en oncologie où les interventions peuvent être synonymes de craintes importantes et d'un futur menaçant. En obstétrique, on observe également de nombreux schémas perturbants : des événements du passé comme les arrêts de grossesse ou les IVGs (Interruptions Volontaires de Grossesse) et les déclencheurs du présent, tels que l'incapacité ou la difficulté à procréer ou encore les complications liées à l'accouchement dans un futur proche. La thérapie EMDR dans ces nombreux cas, s'applique avec succès.

LA PRISE EN CHARGE EN GYNÉCOLOGIE

► Généralités

En gynécologie, les femmes sont exposées à de nombreuses difficultés, notamment celles liées à l'exercice du contrôle gynécologique. La nudité ainsi que le contact avec les parties intimes

constituent un réel problème pour beaucoup de femmes. Dans les cas de figures où elles sont victimes d'abus sexuels ou de violences diverses, ces difficultés semblent d'autant plus présentes. Pour les femmes, le taux d'agressions sexuelles subies est d'environ 20 % selon une enquête récente nationale française (Association mémoire traumatique et victimologie, 2015). Relevons cependant que ces chiffres ne représentent que les agressions identifiées. Nombreuses sont ainsi les femmes qui voient leurs traumatismes réactivés par les pratiques gynécologiques. La dimension sociale et psychologique envers ces femmes lors de la prise en charge médicale est souvent peu développée. Un service de psychologie en gynécologie serait une nécessité et une priorité pour les hôpitaux et les cliniques gynécologiques. Par ailleurs, l'Hôpital Cantonal de Fribourg en Suisse, constitue un exemple en la matière depuis 1996.

► Les protocoles EMDR en gynécologie

Lors de la prise en charge gynécologique, nombreuses sont les situations où la thérapie EMDR semble la plus adaptée. Les symptômes de l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) sont souvent déclenchés par les examens médicaux sans pour autant être reconnus comme une conséquence de ces mêmes interventions. Les femmes qui décompensent, avant ou après un examen ou une intervention chirurgicale, sont nombreuses. Après une hystérectomie par exemple, la patiente laissée seule sans appui psychologique, sera sans doute facilement désorientée et confrontée aux questions de maternité et de sexualité.

L'élaboration d'un *plan de ciblage* selon les règles de l'art (Shapiro 2015, Solomon et Shapiro 2008), doit partir du problème actuel, tout en créant des liens à l'aide de questions, de *floatbacks* et de ponts d'affects entre les problèmes du présent et les événements du passé. Ce plan nous livre ainsi une direction afin de pouvoir utiliser le *protocole standard de l'EMDR*, tout en appliquant les *trois temps* (Shapiro 2007) : passé - présent - futur.

Parmi les protocoles EMDR ayant fait leurs preuves, on trouve le *protocole de la douleur* (de Roos et Veenstra, 2006). Les douleurs causées par des interventions (douleurs périphériques) ne sont pas traitées de façon efficiente par la thérapie EMDR car leurs liens de causalité sont somatiques. Par contre, celles issues du système nerveux central se prêtent bien pour le *protocole de la douleur* et le *protocole standard de la thérapie EMDR*. Par douleurs issues du système nerveux central, nous entendons des symptômes de stress déclenchant des douleurs liées à des tensions, des crispations, des douleurs suite à des émotions fortes (très fréquentes au niveau du bas-ventre pour des femmes avec des problématiques sexuelles et d'abus sexuels) et où les médecins ne trouvent aucune cause « apparente. » Une autre difficulté récurrente en gynécologie est l'oncologie gynécologique : cancer du col de l'utérus, cancer des ovaires et cancer du sein. Une *prise en charge standard avec la thérapie EMDR* s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge plus étendue en soutien et en accompagnement de la femme durant les

interventions chirurgicales et médicales (opération, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie), et s'effectue avec le *protocole standard de la thérapie EMDR (phases 1-7/8)*. Durant la thérapie, les *scénarios du futur* prennent une place importante dans l'accompagnement des personnes souffrant de problèmes oncologiques (cf. chapitre sur les scénarios du futur).

Un autre problème fréquent en gynécologie est l'assistance d'urgence en cas de viol. Généralement, les femmes victimes de viol et qui désirent porter plainte sont amenées par les forces de l'ordre dans un hôpital afin d'effectuer un constat de viol. Par la suite, la prise en charge psychologique peut se faire immédiatement par le biais du *protocole des événements récents* (Shapiro, 2001) ou avec le *protocole R-Tep* (Shapiro et Laub, 2013), à condition que l'hôpital en question dispose d'un service psychologique.

Dans les hôpitaux universitaires et les hôpitaux régionaux, nombreuses sont les patientes issues de la population migrante. Habituellement originaires de pays en conflit où le viol est régulièrement utilisé comme arme de guerre, ces femmes rencontrent des problématiques spécifiques liées à leur statut particulier. Par soucis d'intégralité nous mentionnons ces cas d'ESPT complexes et de troubles dissociatifs, mais leur discussion dépasserait le cadre de cet article.

LA PRISE EN CHARGE EN OBSTÉTRIQUE

► Généralités

Le sujet de la fécondité a toujours constitué un problème pour les femmes dans le passé et dans le présent. Il peut impliquer quantités de conséquences néfastes, notamment en cas de fausse couche, d'IVG ou de malformation du fœtus résultant d'une grossesse désirée ou non désirée. Tous ces cas incluent une forte charge émotionnelle pour la femme et/ou pour le couple. De ce fait, des thématiques d'attachement sont immédiatement activées. La prise de décision concernant l'abandon ou le maintien de la grossesse est souvent ressentie comme un choix extrêmement difficile. À cette problématique peut s'ajouter la pression exercée par le partenaire ne désirant pas la grossesse.

Aussi les dépressions du post-partum (Davies, 2009) sont fréquemment liées à des expériences traumatisantes. Le modèle TAI décrit par Shapiro (2001) et Solomon et Shapiro (2008) voit les événements stockés de manière dysfonctionnelle comme source des symptômes et des problèmes actuels. Un manque de connaissance parmi le corps médical concernant l'impact des événements traumatisants sur la psyché renforce l'apparition de symptômes car le sujet ne se sent pas vraiment considéré. Le traitement prescrit est malheureusement bien plus fréquemment médical que psychothérapeutique.

► Les protocoles EMDR en obstétrique

La prise de décision quant au maintien de la grossesse implique également un choix éthique : « je garde le bébé » (« il ne faut pas tuer ») ou « j'avorte » (« je reprends ma vie d'avant »). Le protocole de Jim Knipe : LOUA (*Level of Urge to Avoid*) (Knipe, 2015), permet un choix plus éclairé pour la patiente. En d'autres termes il lui procure une solution acceptable à son conflit intérieur. Toutefois la perspective d'élever un enfant seul ou d'être rejeté par l'entourage peut provoquer un sentiment d'angoisse et pousser la patiente à l'avortement.

En Suisse, en Belgique et en France, l'avortement est légal jusqu'à la fin de la douzième semaine de grossesse (solution des délais), ce qui est fréquemment insuffisant pour effectuer un choix éclairé. L'utilisation du *protocole à deux mains* (Shapiro 2005) peut également aider la patiente dans ce sens. Le *protocole EMDR des scénarios du futur*, peut permettre d'atténuer les appréhensions liées à la venue d'un enfant « hors du temps. »

Un enfant non désiré peut constituer une source de désarroi profond, mais cela l'est davantage pour la perte d'un enfant désiré. Le taux de fausses couches ou de grossesses non évolutives est assez élevé (10 % pour des fausses-couches précoces, environ 1 % pour des fausses-couches tardives, CNGOF (Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français), 2014). Ces cas de figures sont souvent ressentis comme des tragédies pour la patiente et/ou le couple, car ils se projettent dès les premiers instants de vie de l'embryon en tant que parents. L'un des facteurs les plus marquants pour ces couples face au deuil du bébé relève du fait que celui-ci n'a jamais été « présent ». Un élément fréquent et aggravant pour ces couples représente la réaction parfois intrusive de l'entourage (« mais vous êtes jeunes, vous pouvez en refaire »). Ce type de réaction est perçu par le couple comme une absence de considération humaine. Pour le deuil, les *protocoles de deuil* (Solomon et Rando, 2007) fournissent une assistance efficace. Relevons toutefois que le deuil reste un processus naturel qui nécessite du soutien et du temps. Parallèlement à l'aspect traumatisant de la perte de l'enfant, on constate également un traumatisme lors de la perte de sang chez la femme qui souvent annonce la perte du bébé. Une autre situation traumatisante survient lorsque le médecin devient silencieux en effectuant un ultrason au cours d'un contrôle obstétrical. Cet élément peut être traité avec succès grâce au *protocole standard de la thérapie EMDR*. Ces moments ont été la cible et l'image du pire moment du retraitement par la thérapie EMDR pour de nombreuses femmes ayant perdu un enfant : la tête du gynécologue qui observe l'écran de l'ultrason et devient silencieux ! Une prise en charge immédiate de ce genre de patientes peut s'opérer par le biais du *protocole des traumatismes récents* (Shapiro, 2001) ou le *Recent-traumatic-Episode-Protocole (R-Tep)* (Shapiro & Laub 2013), tout particulièrement si la perte de cet enfant a été longue et compliquée.

Lors d'un accouchement avec une hémorragie interne comme complication post-partale, de très nombreuses femmes ont l'impression de mourir, et ce sentiment survient juste après avoir

donné naissance. Elles en conservent une forte perturbation car ce vécu présente tous les symptômes d'un ESPT ainsi que de l'anxiété et de la dépression (chez 10-50 % des femmes dans les premiers mois suivants, CNGOF, 2014). Pour soulager ces patientes, un traitement par la thérapie EMDR et le protocole standard est d'une aide précieuse.

Toutefois, un certain nombre de patientes ne sont pas prises en charge thérapeutiquement (avec la thérapie EMDR ou autre), et se retrouvent enceintes ultérieurement. Elles éprouvent alors une importante anxiété liée aux événements passés.

Utiliser la thérapie EMDR avec des femmes enceintes est en soi une contre-indication car des arrêts spontanés de grossesse sont assez fréquents. On cherche à éviter que la femme puisse faire des liens entre une séance EMDR peu de jours avant une perte de grossesse. Il est donc préférable d'user de prudence (Shapiro, 2007), même si aucune littérature scientifique n'a abordé ce sujet (Leeds, 2009) à l'heure actuelle. Néanmoins ne pas leur fournir de l'aide relève de la non-assistance à deux personnes en danger, la mère et le bébé. C'est surtout celui-ci qui est en danger car « des facteurs psychologiques (stress et dépression) sont significativement associés à un risque accru de récurrence de fausse couche » (CNGOF 2014).

Dans les cas d'accouchements provoqués après une mort in utéro, les retombées sont particulièrement difficiles pour les couples. Accoucher d'un enfant mort est un événement qui est dénué de toute « logique. » Le protocole standard ou de traumatisme récent est à conseiller dans ces cas-ci.

Soulevons également qu'une grossesse et un accouchement dit « normal » peuvent être source de problèmes : une étude longitudinale (Krings-George, 2013) révèle qu'à deux mois post-partum, 16,9 % de femmes présentent les symptômes d'un ESPT et toujours 16,5 % après un an. 16,3 % des femmes présentent une dépression du *post-partum* après une année. Les *protocoles standards de la thérapie EMDR* et le *protocole pour le traitement des dépressions* pourraient être appliqués avec succès à l'égard de ces patientes. Néanmoins, davantage de recherche est attendu dans ce domaine.

► Cas spécial : Le protocole EMDR avec des femmes enceintes

Une femme enceinte et angoissée (donc sous l'influence du stress, CNGOF, 2014) voit son risque d'accouchement prématuré augmenter davantage que pour une femme en bonne santé non angoissée. Néanmoins, comme nous l'avons déjà signalé, une grossesse est définie comme une contre-indication pour la thérapie EMDR (Shapiro 2007, p. 118), ou en tout cas, une prudence particulière est indiquée. Cela soulève une question de raisonnement et de procédure pour les cliniciens. Une femme enceinte souffrant de traumatismes résultant d'événements antérieurs, tel qu'un accouchement difficile, d'une fausse-couche, d'une intervention chirurgicale ou médicale formulera impérativement le besoin d'un soutien psychologique, et d'une façon plus pointue, d'une thérapie EMDR. Une femme enceinte souffrant de symptômes de

l'ESPT ou encore de séquelles se référant à des expériences perturbantes, doit, en premier lieu faire l'objet d'une évaluation. Celle-ci permettra aux cliniciens de juger si ces traumatismes doivent nécessairement être traités durant la période de grossesse. Dans le cas contraire, il serait plus judicieux d'attendre la fin de celle-ci. Toutefois si les symptômes ont pour cause directe la grossesse (accouchement traumatisant, fausses-couches antérieures, angoisses par rapport à l'accouchement, traumatismes sexuels déclenchés par la grossesse et les contrôles ainsi que l'idée angoissante de l'accouchement), la prise en charge doit se faire durant celle-ci. La période optimale se situe pendant le deuxième trimestre (4-6^{ème} mois de grossesse) car c'est à ce moment que le risque de fausse-couche est au plus bas. Comparativement le pourcentage de fausses-couches spontanées est assez élevé durant le premier trimestre (1-3^{ème} mois de grossesse environ 10 %, CNGOF 2014).

Une personne qui perd son enfant durant la période de grossesse recherchera systématiquement une raison et un coupable. Malgré le fait qu'il n'y ait ni preuves ni précédents témoignant que la thérapie EMDR peut déclencher une fausse-couche (Klaus 2006), il est nécessaire d'éviter toute possibilité de lien de causalité. Dans le dernier trimestre (6-9^{ème} mois de grossesse) les femmes voient le risque d'accouchement prématuré s'élever notamment dans les cas de stress. Il est judicieux et nécessaire d'éviter toute charge émotionnelle supplémentaire. Cependant, à l'approche de l'accouchement, les femmes en proie à la panique peuvent largement bénéficier de la thérapie EMDR soit en retraçant les événements du passé avec le protocole standard ou par la méthode des scénarios du futur.

Dès l'instant où l'on choisit d'appliquer la thérapie EMDR durant la grossesse, il devient impératif de « mettre le bébé en sécurité » et de se préparer à toute intervention. Il n'y a aucune preuve scientifique attestant d'un effet avantageux de cette mesure, mais psychologiquement elle est perçue par la femme comme un élément positif non négligeable. Généralement cette mesure est mise en œuvre de la façon suivante : on suggère à la femme de mettre le bébé en sécurité, généralement dans une bulle de lumière ou dans une bulle de cristal l'enveloppant et le mettant ainsi à l'abri de toute agression ou émotion forte. Cette protection agira comme un filtre qui ne laissera pas passer les charges émotionnelles de la mère durant le processus de retraitement de la thérapie EMDR. Un exercice de visualisation semble être l'outil idéal. On pourra dire par exemple : *« Je vous suggère de fermer les yeux et de respirer profondément ... visualisez votre bébé, bien calme, bien au chaud, bien détendu et paisible... Maintenant, entourez le bébé d'une bulle de lumière toute douce, ou d'une bulle de cristal, dans la couleur que vous associez au bien être afin de protéger votre enfant. Ressentez la présence de cette bulle et de son effet protecteur... Rassurez votre bébé en lui affirmant que rien ne pourra l'atteindre quels que soient les événements futurs. Il sera en parfaite sécurité tant qu'il sera à l'intérieur de sa bulle... Ressentez le bien-être de votre bébé, il est calme, serein et bien protégé... Le ressentez-vous ? »* Si « oui », demandez : *« Vous sentez-vous calme et confiante ? Ressentez-vous bien cela dans votre corps »* Quelques SBA (lents) peuvent intensifier davantage

le sentiment de confiance et de bien-être. Si « *non* » demandez : « *De quoi aurait besoin le bébé pour se sentir à l'abri ? Et vous ?* » Poursuivez et développez jusqu'à l'obtention d'une parfaite confiance. (Ne jamais commencer la thérapie EMDR avec des phases 4-6 sans cette confiance). Par la suite, les phases 3 à 7/8 peuvent être appliquées sans conséquences négatives (ni pour le thérapeute, ni pour la patiente). Parfois, si une intensité émotionnelle forte se manifeste pendant la phase 4 on demandera si le bébé est toujours en parfaite sécurité, ce que les femmes généralement acquiescent. Il est primordial de ne point omettre les trois temps du protocole EMDR : passé - présent - futur. Les résultats sont plus importants si le protocole est appliqué et respecté dans son intégralité (Maxfield et Hyer, 2002).

LES COUPLES INFERTILES OU INFÉCONDS

► Généralités

Un couple fertile est un couple capable de concevoir et de procréer, et lorsque ce n'est pas le cas, on parlera de stérilité. On définit comme infertile un couple non-stérile mais incapable de concevoir et fécond un couple ayant conçu. Un couple infécond est celui dans le cas contraire. La volonté liée à l'infécondité (c'est-à-dire que le couple désire ou non concevoir) n'a pas d'importance dans ce cas précis. Nombreux sont les couples inféconds, infertiles ou stériles dans nos pays qui subissent la pression sociale exercée par le postulat naturel et établi de la conception. Avoir un enfant représente un but essentiel dans nos civilisations et induit pour les couples incapables (stériles ou infertiles) ou non désireux (infécond) de concevoir, un fardeau émotionnel important qui se traduit par une souffrance profonde. La conséquence pour ces couples semble souvent être l'isolement (fuite sociale) à cause de l'incompréhension de leur entourage, additionné d'un sentiment de culpabilité important qui rend parfois difficile la prise en charge et l'assistance.

► Les protocoles EMDR afin d'assister les couples infertiles ou stériles

Quand un couple stérile ou infertile consulte, il est bien souvent déjà en proie à des difficultés importantes. Lorsque la raison de l'infertilité est connue (problèmes de trompes bouchées, de stérilité de l'un des deux partenaires, ou parfois des deux, ou encore d'une endométriose qui doit être traitée médicalement ou chirurgicalement), il existe différentes possibilités de traitement médicales, à savoir, la prescription d'hormones, l'insémination artificielle ou encore la fécondation *in vitro*. Ces solutions s'inscrivent généralement sur une longue durée et peuvent être ressenties par les couples comme des facteurs perturbants, parfois même très angoissants. Pour les couples stériles, les seules alternatives sont le don de sperme ou d'ovule (qui est à considérer comme une semi-adoption), ou encore l'adoption. La prise en charge

psychologique de ces couples leur confère un soutien adéquat et la thérapie EMDR permet de les soulager. Lombardo et Morrow (2010) proposent un protocole de questions pour les couples infertiles ainsi qu'une procédure qui ne dévie pas sensiblement du protocole standard de la thérapie EMDR. Les auteurs de cet article ont identifié une CN (Croyance Négative) assez fréquente chez les femmes infécondes : « *Je suis nulle.* » En effectuant un plan de ciblage standard, il a été régulièrement constaté que ces femmes avaient rencontré des difficultés dans leurs parcours scolaires. Ainsi, pour celles où la CN en question est active, le travail avec le protocole EMDR standard sur toutes les cibles du passé, en particulier celles du milieu scolaire, a pour but d'augmenter l'estime personnelle des ces patientes (CP : « *Je suis bien comme je suis* »). À la suite du traitement des cibles du passé, le clinicien pourra ensuite se focaliser sur les déclencheurs actuels et les scénarios du futur. Notons que plusieurs de ces patientes suivies dans un programme d'infertilité sont finalement tombées enceintes spontanément après avoir abordé cette problématique. Les scénarios du futur ne se réfèrent pas uniquement à la problématique de rester sans enfant, mais également à celle de concevoir un enfant handicapé ou malformé (crainte fréquente avec cette CN). L'idée sous-jacente qui se dégage de cette problématique suppose que ces femmes pensent être incapables de concevoir un enfant viable et en bonne santé (« *Dans mon parcours scolaire, je ne faisais jamais partie des douées* »). La connaissance de cette variable dans le cadre de l'infertilité a été d'un grand apport pour le traitement de ce type de patientes. Une étude comparative RCT (*Randomized Controlled Trial* – Essay randomisé contrôlé) de prise en charge de femmes infertiles avec la thérapie EMDR pourra dégager davantage de détails quant à l'effet direct du traitement des CN dysfonctionnelles sur la fertilité.

► Exemple de cas

Cas clinique

Une patiente infertile avec un désir d'enfant et plusieurs inséminations artificielles sans succès nous a consulté en clinique de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital cantonal de Fribourg/ Suisse pour avoir un soutien psychologique. Après une anamnèse détaillée sans événements particulièrement traumatisants, un plan de ciblage à partir de la CN « Je suis une incapable » a été élaborée. Plusieurs événements « petit t » (Solomon et Shapiro, 2008) ont été détectés et retraités par le protocole standard de la thérapie EMDR (phases 3-7-8). Ensuite, les déclencheurs actuels (annonce de grossesse de la part d'amies ou de collègues, faire-part de naissance, croiser une femme enceinte...) ainsi que les scénarios du futur respectifs ont été retraités. Les résultats ont été les suivants : des SUD à 0 et des VOC à 7 avec les CP : « Je suis capable » et « Je suis bien comme je suis. » Peu après, la patiente nous a annoncé sa grossesse par « voie naturelle », sans traitements médicalement assistés.

► **Utilisation de l'exercice des 4 éléments pour une femme désirant une grossesse (Adaptation du protocole des 4 éléments de Elan Shapiro et Laub, 2013)**

Cet exercice se prête à être fait avec les femmes désirant une grossesse, indépendamment du stade dans lequel elles se trouvent, qu'elles planifient (encore) une conception « naturelle » ou qu'elles ont prévu des méthodes de procréation médicalement assistées. Les femmes se sentent ainsi détendues (ce qui est en soi une bonne condition pour la conception) et deviennent plus confiantes.

Thérapeute (parle doucement et lentement) : Nous allons faire l'exercice des quatre éléments : Asseyez-vous confortablement, prenez quelques bonnes respirations profondes. Vous pouvez fermer les yeux ou les garder ouverts, selon vos préférences ! Sentez votre corps se laisser aller, se détendre, et laissez flotter votre esprit... faites tous les petits ajustements de votre corps pour vous sentir parfaitement à l'aise, détendue, bien...

Maintenant, sentez vos pieds par terre, sentez le contact avec la terre. La **terre**, c'est le premier élément. Sentez que vous êtes bien connectée à la terre, et peut-être vous arrivez à sentir sortir de vos pieds comme des racines qui descendent dans la terre, profondément, et qui trouvent, dans les profondeurs, cette énergie terrestre. Sentez que cette énergie monte à travers vos « racines », et qu'elle entre dans vos pieds, qu'elle remonte à travers vos chevilles, vos mollets, qu'elle traverse vos genoux et vos cuisses puis arrive dans votre bassin de là, elle se déploie dans tout votre corps. Cette énergie terrestre se retrouve spécialement dans votre bassin et enveloppe votre utérus, le berce, et tout doucement, traverse ses parois et remplit votre utérus depuis l'intérieur, avec toute son énergie, pour qu'il soit prêt à accueillir cet ovule fécondé, afin qu'il soit parfaitement à l'aise et qu'il ait envie de s'y nicher, d'y rester. Sentez cette énergie terrestre en vous. Sentez le bienfait qu'elle vous apporte, à vous et à tout votre corps. Ceci est donc le premier élément, la terre !

Le second élément est **l'air**. Sentez votre respiration, le mouvement incessant de cet air qui entre et qui ressort. En inspirant, vous aspirez l'air avec un peu de cette énergie céleste ou cosmique qui s'y trouve. Vous ressentez ensuite combien cette énergie vous fait du bien, combien elle vous apporte bienfait et bien-être. À chaque expiration, l'air emporte avec lui un peu de vos tensions, de vos soucis ou de vos craintes. Vous pouvez les évacuer... À chaque inspiration, vous sentez l'énergie arriver à nouveau et descendre dans votre torse, remplissant celui-ci de son énergie céleste, apportant un bien-être profond, et permettant ainsi de vous détendre. Cette énergie céleste dans l'air descend dans le bas-ventre, dans le corps tout entier, mais tout particulièrement dans le bassin où elle rencontre l'énergie terrestre et votre utérus. L'air avec son énergie enveloppe l'utérus, le berce doucement, et traverse ses parois. Et ainsi il arrive à l'intérieur de l'utérus et lui fait ressentir toute cette énergie céleste ou cosmique qui permet à votre utérus d'être juste parfaitement prêt, douillet et regorgeant d'énergie pour

accueillir cet ovule fécondé qui cherche une place parfaite pour s'y nicher et y rester. Ceci est le second élément, l'air ! Restez ainsi connectée à l'énergie terrestre qui ne cesse d'affluer.

Le troisième élément est **l'eau**. Sentez votre corps et tous les liquides qui s'y trouvent, particulièrement l'eau contenue dans chaque cellule. Maintenant, pour activer les flux d'eau dans votre corps, veuillez activer vos glandes salivaires et commencez à saliver. Ainsi, votre tube digestif reçoit le message transmis par votre système nerveux autonome l'informant que tout est calme et que le tube digestif peut reprendre son activité. Ceci est un indicateur important d'anti-stress, un message que votre corps a besoin d'entendre. En salivant, vous activez l'énergie de l'eau dans votre corps. Imaginez que toute cette énergie se trouve dans chaque cellule de votre corps, tout particulièrement dans celles qui se situent dans votre utérus ainsi que dans votre endomètre. Cette dernière occupe un rôle important afin de donner envie à cet ovule fécondé de s'y placer, de s'y nicher et d'y rester. Cette énergie de l'eau rencontre également l'énergie terrestre du premier élément ainsi que l'énergie céleste du second élément. Sentez ces trois énergies agir dans votre bassin et votre utérus.

Le quatrième élément est le **feu**. Sentez le feu sacré dans votre tête, cette lumière qui représente votre motivation, votre volonté, et vos désirs dans la vie, plus particulièrement celui de la maternité. Sentez que ce feu/cette lumière illumine votre tête depuis l'intérieur. Et sentez la douceur de cette lumière/de ce feu vous faire beaucoup de bien. Sentez la lumière descendre à travers votre cou, dans vos épaules puis dans vos bras, avant-bras, poignets, mains, et doigts jusque dans leurs extrémités. Partout sur son passage, la lumière laisse les parties traversées illuminées. Sentez que la lumière, le feu, descend également dans votre torse, arrive dans le bassin dans lequel il retrouve les trois énergies terrestre, céleste, et aquatique. De là il se déploie vers les jambes. Dans le bassin, la lumière, ce feu sacré qui vous anime, qui représente vos espoirs, vos projets, votre motivation dans la vie trouve votre utérus qu'elle enveloppe et berce doucement. De ce fait, la lumière traverse les parois de votre utérus pour le remplir depuis l'intérieur. Votre utérus est ainsi illuminé intérieurement de cette lumière qui représente votre envie et votre motivation dans la vie.

La thérapie EMDR peut être appliquée sans modifications majeures du protocole standard avec les femmes enceintes. Néanmoins, certaines précautions sont à prendre en compte dans ces cas spécifiques. Des protocoles et des procédures particuliers sont disponibles aux sujets consultants en obstétrique et en gynécologie. Les sujets en obstétrique sont pour la plupart des couples infertiles, ou des femmes ayant vécu des accouchements traumatiques et ceux en gynécologie souvent des personnes atteintes d'un cancer, ou qui ont subi des abus sexuels ou des viols. De ce fait, il est possible de tenir compte de la complexité de chaque problématique à un niveau intra- et inter-individuel et d'optimiser l'accompagnement des femmes dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique. À cet effet, la thérapie EMDR est un outil efficace

BIBLIOGRAPHIE

- ASSOCIATION MÉMOIRE TRAUMATIQUE ET VICTIMOLOGIE (2015) *Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. Dénier de protection, de reconnaissance et de prise en charge : Enquête Nationale auprès des victimes*. Bour-la-Reine.
- DE ROOS C., VEENSTR. S. (2006) *Protocole de la douleur*. Fiche de travail. Bruxelles, Bipe.
- DAVIES K. (2009) Treating Birth-Related Post-Traumatic Stress. In Shapiro, Robin Ed. (2009) *EMDR Solutions II. For Depression, Eating Disorders, Performance, and More*. New York, London.
- KLAUS P.H. (2006) *EMDR in Gynecology*. Notes de cours. Munich.
- KRINGS-GEORGE A. (2013) *État de Stress Post-traumatique (ESPT) suite à l'accouchement : Nouvelles recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR*. Thèse de Doctorat. Metz. Université de Lorraine.
- KNIPE J. (2015) *EMDR Toolbox. Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation*, New York.
- LEEDS A.M., (2009) *A Guide to the Standard EMDR Protocols for Clinicians, Supervisors, and Consultants*, New York.
- LOMBARDO M., MORROW R. (2010) Infertility Protocol With EMDR. En Luber, M. Ed. *EMDR Scripted Protocols. Special Populations*, New York.
- MAXFIELD L., HYER (2002) « The relationship between Efficacy and Methodology in Studies Investigating EMDR Treatment of PTSD », *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1, 23-41.
- SHAPIRO E., LAUB B. (2013) « The Recent Traumatic Episode Protocol (R-Tep) : An Integrative Protocol for Early EMDR Intervention (EEI) » En : Luber, M. Implementing EMDR. *Early Mental Health Interventions For Man-Made and Natural Disasters. Models, scripted protocols, and summary sheets*, New York, Springer Publishing Company
- SHAPIRO F. (2001) *Eye movement desensitization and reprocessing : Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed), New York, Guilford Press.
- SHAPIRO F. (2007) *Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures*, Paris.
- SHAPIRO F. (2015) *Formation à la thérapie EMDR Niveau 1. Manuel de Formation*.
- SHAPIRO R. (2005) The Two-Hand Interweave. In : Shapiro, R. (2005) *EMDR Solutions. Pathways to Healing*, New York.
- SOLOMON R., RANDO T.A. (2007) « Utilization of EMDR in the Treatment of Grief and Mourning », *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 2.
- SOLOMON R., SHAPIRO F. (2008) « EMDR and the Adaptive Information Processing Model. Potential Mechanisms of Change », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 4.
- Collège national de gynécologues et obstétriciens français, 2014. http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_pertes_grossesse.pdf

Chapitre 49

L'EMDR dans le traitement de la dépendance aux substances

Michael Hase

La comorbidité de l'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) chez les patients souffrant d'addictions peut aujourd'hui difficilement être remis en cause. Beutel (1999) a présenté des données d'une clinique spécialisée allemande, mettant ce lien en évidence. L'étude de Felitti (2002) montre également la relation évidente entre expérience traumatique et risque plus élevé de dépendance à une substance. Dans la littérature, des concepts pathogénétiques ont même été discutés. L'hypothèse de base est qu'un traumatisme sous-jacent conduit à un ESPT et les symptômes en découlant conduisent, de manière autochtone ou aussi iatrogène, vers l'abus de substances et en conséquence vers la dépendance. Pour un modèle alternatif, le développement de l'addiction précède et augmente le risque d'un traumatisme et le développement de l'ESPT à cause de la modification du mode de vie. On constate de plus en plus souvent le développement de dépendances à partir de troubles post-traumatiques. Les modèles purs se retrouvent rarement dans la vie réelle et le risque d'un traumatisme continu n'est pas à négliger, particulièrement chez les consommateurs et dépendants de drogues illégales. La question de la séquence est ici secondaire car dans le cas du trouble comorbide, chaque individu nécessite un traitement spécifique (Hase, 2003). Néanmoins, de nouveaux résultats ont depuis lors souligné la priorité du traitement du traumatisme (Marich, 2009 ; Hien *et al.*, 2010), car l'ESPT non traité constituera dans ses symptômes une source du trouble qui élève le risque d'une récurrence dans l'usage des drogues et ainsi le risque de dépendance. L'EMDR intervient ici comme méthode de thérapie spécifique contre le psychotraumatisme. Le modèle de Traitement Adaptatif de l'Information (modèle TAI) offre le cadre permettant de comprendre la pathogénèse et les processus de transformation (Shapiro, 2001 ; Shapiro, 2002), et ouvre le champ de compréhension vers le concept de mémoire de la dépendance.

LA THÉORIE DE LA MÉMOIRE DE DÉPENDANCE

L'expérience clinique ainsi que les résultats de la recherche expérimentale sur la dépendance indiquent l'existence d'une mémoire de la dépendance (Heyne *et al.*, 2000 ; Boening, 2001). L'influence possible de la thérapie sur une mémoire de la dépendance pourrait jouer un rôle considérable dans la réussite ou l'échec d'un traitement de l'addiction aux substances. Les offres thérapeutiques établies de la médecine de la dépendance tentent, à partir des fondements théoriques de la psychothérapie, de traiter un trouble de base accepté et variable, et visent à obtenir un meilleur *coping*, mais influencent peu les mécanismes sous-jacents de la dépendance *sui generis*. Une activation de la mémoire de la dépendance à mettre en relation avec le phénomène du *Craving* - c'est-à-dire l'envie irrésistible de consommer la substance -, considérée comme le cœur de la dépendance, de la perte de contrôle sur le propre comportement. L'influence de la thérapie sur le manque est amplement étudiée en raison de sa grande importance pour une abstinence, par exemple dans le cas des alcoolodépendants. Jusqu'à présent, on a surtout recherché des stratégies médicamenteuses. Ce n'est qu'au cours des dernières années qu'ont été développées et étudiées des approches basées sur l'exposition telles que la « *cue-exposure*¹. »

DÉCOUVERTES DE LA RECHERCHE FONDAMENTALE

Il faut en premier lieu aborder un modèle animal de la dépendance aux substances, le modèle nommé « *Point-of-no-Return*. » Les principes de l'évolution de la dépendance dans le modèle *Point-of-no-Return* semblent être les mêmes pour l'alcool, la dextroamphétamine et l'étonitazène. Lorsque l'on permet à des animaux du groupe contrôle de consommer l'une des drogues mentionnées ci-dessus, ceux-ci commencent à faire l'expérience d'une consommation de drogue. La première expérience avec la drogue est suivie d'une phase de consommation stable puis du développement de la dépendance chez une partie des animaux, qui semble alors être irréversible (Heyne et Wolffgramm, 1998 ; Wolffgramm *et al.*, 2000). On a pu remarquer une mémoire de la consommation de drogue stable dans le temps sans pouvoir déceler une pathologie spécifique ou une structure dans le système nerveux central comme cause de cette transformation. Une circonstance semble avoir une grande importance : le libre choix entre la solution de drogue et l'eau est indispensable pour le développement de la dépendance. Dans le paradigme de l'exposition forcée, les animaux ingèrent la drogue de manière constante. Ces animaux développent des signes de neuro-adaptation à la drogue qui s'avèrent pathologiques,

1. « Exposition à une réplique » : c'est-à-dire utiliser la thérapie d'exposition *in vivo* mais à un substitut de la substance (poudre blanche / drogue, bouteille vide / alcool....)

par exemple par la transformation du nombre de récepteurs de dopamine post-synaptiques dans le système de récompense. La nécessité du libre choix dans le développement d'une dépendance indique un processus d'apprentissage, et donc la création d'une mémoire. Comme on a trouvé non seulement des principes foncièrement similaires de développement de la dépendance dans le modèle animalier pour les trois drogues mentionnées ci-dessus, mais aussi des transformations neurochimiques comparables chez les rats dépendants à l'alcool et aux amphétamines (Heyne *et al.*, 2000), l'hypothèse d'un mécanisme fondamental est adéquate. L'explication la plus probable est l'apprentissage et la création d'une mémoire. Il semble raisonnable de différencier entre trois formes de création de mémoire : la mémoire de l'effet de la drogue, la mémoire de l'usage et la mémoire de la dépendance au sens le plus large.

La mémoire de l'effet de la drogue associe le souvenir de la prise de la drogue, y compris l'information contextuelle – donc la base des stimuli déclencheurs – et l'effet de la drogue. Dans la mémoire de l'usage de la drogue, la décision de la prise de drogue est associée largement avec le souhait de la modification de l'état intérieur. Le souvenir de la dose et du timing optimal peut en faire partie. Le souvenir de la dépendance au sens le plus large se développe sur la base du libre choix de la prise de drogue et de la consommation contrôlée par phases. Comme le *craving*, c'est-à-dire l'envie irrépressible n'était pas soulagé dans le modèle animalier par la prise d'une autre drogue, il faut conclure que la mémoire de la dépendance se compose du souvenir de l'effet spécifique de la drogue et du souvenir non spécifique de la perte de contrôle. Wolffgramm *et al.*, (2000) le formulent clairement : « *La récédive commence au niveau sous-cortical.* » Cela s'accorde bien avec l'idée du souvenir implicite.

L'EMDR DANS LE TRAITEMENT DE DÉPENDANTS

Les premières thérapies en la matière s'intéressaient au traitement de l'ESPT comorbide. Divers auteurs ont suggéré depuis longtemps la nécessité du travail sur le souvenir traumatique (Zweben et Yeary, 2006). Les premiers rapports sur la sécurité et l'efficacité du traitement ont été récemment publiés (Marich, 2009 ; Marich, 2010).

À partir de l'utilisation du modèle pathologique de la méthode EMDR – le modèle TAI – une intervention EMDR sur la mémoire de la dépendance a été développée et testée sur des alcoolos-dépendants dans le cadre d'une étude pilote (Hase *et al.*, 2008). Une étude de cas sur l'utilisation dans la pratique clinique a été récemment publiée (Abel et O'Brien, 2010). Une transformation de cette forme de mémoire mal adaptée et implicite, c'est-à-dire de la mémoire de la dépendance, élèverait les chances du patient dépendant de mettre en œuvre avec succès ses stratégies de réponse apprises puisque le *craving* diminue en intensité. Cette solution thérapeutique est théoriquement appliquée indépendamment du type de drogue. Des

études de cas ont été depuis réalisées dans le cadre de travaux sur la dépendance à l'héroïne, la cocaïne et la nicotine. Il semble y avoir ici une possibilité thérapeutique qui n'existe pas encore sous cette forme et qui enrichit le répertoire de traitements de la dépendance à des substances. Une autre solution développée, visant à retraiter la mémoire de la dépendance, a été incluse dans un protocole de traitement de la dépendance aux substances, qui a été nommée CravEx en raison de l'effet sur le *craving* (Hase, 2010).

Il me semble raisonnable cependant de parler d'un réseau de mémoire de l'addiction. Les idées de Wolffgramm *et al.*, (2000) peuvent totalement se concilier avec le modèle TAI et nos idées sur les réseaux de mémoire dysfonctionnellement stockés de la méthode EMDR. Les souvenirs de récurrence, de manque, des aspects apparemment positifs de la dépendance constituent les nœuds dans les réseaux que nous ciblons et retraisons. Dans le cas de la dépendance à différentes drogues, nous pouvons imaginer plusieurs réseaux, des clusters. Dans la stratégie habituelle, nous pouvons ici construire des clusters de souvenirs qui pourront être traités. La planification et la mise en œuvre du traitement EMDR suit fondamentalement la démarche connue. J'aimerais présenter maintenant en bref la procédure.

Popky a proposé une modification de la procédure EMDR dans son manuel « *EMDR Chemical Dependency Treatment Manual* » (Vogelmann-Sine *et al.*, 1998). Au lieu d'utiliser la mesure subjective de perturbation SUD, comme c'est le cas dans la méthode EMDR, il a été demandé aux patients d'indiquer leur ressenti subjectif de manque d'alcool à l'aide de l'échelle « *Level of Urge*¹ » (LoU). On demande au patient d'évaluer son envie irrépressible ressentie du moment sur une échelle de 0 (absolument pas) à 10 (maximum).

Il faut faire l'hypothèse que la mémoire de dépendance est activée lorsque l'individu, malgré une motivation pour l'abstinence, ressent un fort sentiment de manque/envie irrépressible ou lorsqu'il récidive. Dans ce contexte, les souvenirs d'envie irrépressible/de manque intense ou d'une récurrence peuvent être considérés comme des nœuds pertinents permettant de contrôler le réseau de la mémoire addictive. Cette stratégie de ciblage peut également être utilisée dans le travail avec des clusters de différentes drogues. Dans la mesure du possible, il faut se centrer sur le souvenir le plus mauvais, le plus ancien et le plus récent. Dans l'expérience pratique, il est souvent apparu utile de commencer par une expérience actuelle. Les souvenirs les plus anciens sont ensuite plus facilement accessibles. La planification du traitement suit ici le protocole standard. Premièrement, les souvenirs de récurrences ou des situations de forts envie/manque sont retraités dans le secteur « passé » du protocole standard, tel que décrit ci-dessus. Puis viennent les déclencheurs actuels et les problèmes de comportement associés dans le secteur « présent. » C'est seulement après qu'à lieu le travail dans la partie « futur » où les peurs d'une rechute peuvent être retravaillées en utilisant la fiche de travail sur la

1. « Niveau d'envie. »

Projection vers le futur et le scénario du futur. Ainsi, la capacité d'abstinence peut être renforcée.

Un autre aspect important est l'ambivalence observée régulièrement par rapport à la motivation pour l'abstinence. Il concerne l'expression des aspects supposés positifs des souvenirs relatifs à la consommation de drogue dans le réseau de mémoire addictif. Cela peut correspondre à l'effet direct de la drogue dans le système nerveux central ou résulter d'aspects secondaires, comme de l'appartenance temporaire à un groupe, ressentie comme agréable. On peut mettre à jour des nœuds au travers du questionnement sur les aspects « positifs » de la dépendance et les intégrer dans le processus de traitement. On peut également construire ici un plan de ciblage et le traiter dans le processus habituel. Lorsque la tentative de retraitement du souvenir du manque ou de récidive n'apportent que peu de progrès, l'expérience prouve qu'il faut placer l'ambivalence au début du travail dans la procédure décrite ci-dessus. Le travail avec le patient est souvent beaucoup plus facile par la suite.

LE PROCESSUS CONCRET DANS LA SÉANCE EMDR

Le travail sur le souvenir concret suit le schéma de déroulement (phases 3-7) de l'EMDR à l'exception d'une modification minimale : utilisation du LoU « *Level of Urge* » à la place du SUD. C'est ainsi que cette approche est facilement réalisable par des thérapeutes formés dans le cours EMDR de base, s'ils ont acquis les protocoles et procédures EMDR appris en réduisant les transformations du protocole au minimum. Dans le traitement concret, l'entière planification du traitement peut être complétée par une approche en trois temps du protocole EMDR standard en cas d'ESPT ou d'un traumatisme simple ou par le protocole EMDR inversé dans le cas d'un ESPT complexe. La clinique actuelle indique qu'il est possible de travailler sur des souvenirs issus du réseau de la mémoire de dépendance sans qu'il soit nécessaire d'activer les souvenirs traumatiques. Dans les faits, l'association en réseaux de souvenirs traumatiques comorbides se produit peu souvent. De tels ponts d'affect, s'ils se produisent spontanément, peuvent également être interrompus le cas échéant. Il semble donc possible d'utiliser le travail sur la mémoire addictive assez tôt dans le traitement y compris chez les patients comorbides et complexes, ce qui pourrait aussi faciliter le travail sur le trouble post-traumatique en réduisant le sentiment de manque de drogue.

Dans le travail sur les souvenirs de récidive, du *craving* ou des déclencheurs, nous pouvons voir les formes de traitement connues grâce au travail EMDR général. Le traitement peut être associatif, imaginatif, fade ou vivant. L'affect prépondérant du matériel associatif peut aussi apparaître clairement dans le processus. Nous connaissons bien ce phénomène de par le travail avec le matériel traumatique de souvenirs. L'« affect » attendu est évidemment l'envie irréprouvable de la drogue. Comme dans d'autres situations, il est raisonnable de maintenir

les associations émergentes dans le processus. Le calme et l'expérience du thérapeute sont ici primordiales. Avec le retraitement du souvenir on observe un recul du sentiment de manque/d'envie irrésistible. Lors de séances incomplètes, il est bon de pouvoir faire appel à des techniques stabilisatrices.

En ce qui concerne le traitement du *craving* aigu, il existe une adaptation de la technique d'absorption, qui a été élaborée par Sylvia Franke et intégrée dans le manuel CravEx (Hase, 2010). En cas de sentiment de manque/d'envie irrésistible aigu, on demande quel effet la drogue doit avoir (élimination de l'anxiété, apaisement, etc). puis si cet effet a déjà été obtenu d'une autre manière. Si le patient répond oui, on recherche les souvenirs qui représentent ces expériences puis ceux-ci sont installés comme une ressource avec des stimulations bilatérales. On rapporte souvent une baisse du *craving*.

EXPÉRIENCES ISSUES DE LA PRATIQUE

Des expériences ont pu avoir lieu entre-temps avec différentes drogues. En comparaison, le travail avec les patients alcoolodépendants semble être le plus facile. Chez les héroïnodépendants, on a également constaté un bon effet sur le *craving*. Dans le traitement de la dépendance à la nicotine, une dose de traitement significativement plus élevée et un traitement beaucoup plus large semblent être nécessaires. Dans le cas de la dépendance au cannabis, le retraitement minutieux de souvenirs « positifs » est nécessaire. Ce domaine semble prendre de l'importance en général. Un autre problème est nettement apparu. En cas de concentration élevée de drogue dans le corps, il est difficile d'activer la mémoire de dépendance. Cela constitue aussi une raison pour travailler d'abord avec l'aspect positif. Ce problème était également fortement présent dans le traitement des alcoolodépendants qui prenaient en même temps des benzodiazépines. Il était difficile d'activer des souvenirs issus du réseau de la mémoire de dépendance. Les processus demeuraient peu actifs et leur résultat peu satisfaisant. L'explication se trouve probablement dans l'effet très similaire sur le système nerveux central.

Une grande précaution est recommandée dans le traitement de dépendants aux stimulants. Des études de cas indiquent qu'un ciblage et un retraitement de souvenirs issus du réseau de la mémoire addictive sont possibles. Il a néanmoins souvent été rapporté qu'au cours de ce travail l'envie irrésistible, le *craving*, réapparaît de manière importante, surtout après des séances incomplètes lorsque le retraitement continue après coup. La motivation du patient pour arriver à l'abstinence ou la capacité du thérapeute à maintenir le cadre thérapeutique revêt une importance particulière. Ici aussi, l'expérience du thérapeute avec ce type de patients est indispensable. Il est nécessaire d'intégrer une bonne préparation du patient

grâce à l'installation de ressources ainsi qu'un travail préalable par exemple avec le matériel apparemment « positif. »

Divers travaux ont été publiés concernant l'utilisation de la méthode EMDR dans le traitement des patients dépendants. Des premiers rapports sur la sécurité et l'efficacité du traitement EMDR des patients comorbides ont récemment été publiés (Hase et al., 2008 ; Marich, 2009 ; Marich 2010). Une étude de cas sur la mise en œuvre du travail sur la mémoire de dépendance dans la pratique clinique a été récemment publiée (Abel et O'Brien, 2010). O'Brien et Abel ont également présenté un projet de travail EMDR avec des patients dépendants (2011). Les auteurs s'orientent d'après le schéma de modification comportementale de Prochaska et DiClemente (1984) dans lequel ils prévoient différentes interventions EMDR. Abel et O'Brien (2010) réduisent cependant l'approche CravEx présentée à un retraitement de la mémoire de dépendance et ne voient pas que l'utilisation de techniques de ressources dans le protocole CravEx servant par exemple à la réduction du *craving* ainsi que le travail sur l'ambivalence sont également prévus.

Mentionnons l'existence d'un protocole proposé par Miller (2012), nommé « Feeling State Addiction » dont la focalisation semble intéressante, même si à mon sens une nouvelle terminologie ne soit pas nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

ABEL N.J., O'BRIEN J.M. (2010) « EMDR treatment of co-morbid PTSD and alcohol dependence: A case example », *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 50-59.

BEUTEL M. (1999) « Sucht und sexueller Mißbrauch », *Psychotherapeut*, 44, 313-319.

BOENING J.A. (2001) « Neurobiology of an addiction memory », *Journal of Neural Transmission*, 108, 6, 755-65.

FELITTI V.J. (2002) « The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead », *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 4, 359-69.

HASE M. (2003) « You'll never walk alone - Trauma und Sucht Über die Konvergenzscheinbar divergierender Konzepte », in *Mehr als abhängig ? Schlafstörungen : Trauma, Betäubung, Behandlung*, Jellinek C., Bellmann GU., Westermann B., Freiburg, Lambertus-Verlag, p. 127-145.

HASE M., SCHALLMAYER S., SACK M. (2008) « EMDR Reprocessing of the Addiction Memory : Pretreatment, Post-

treatment, and 1-Month Follow-Up », *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 3, 170-180.

HASE M. (2010) « CraveEx: An EMDR approach to treat substance abuse and addiction », in *EMDR scripted protocols*, Lubert M., New York, Norton, p. 467-488.

HEYNE A., MAY T., GOLL P., WOLFFGRAMM J. (2000) « Persisting consequences of drug intake : towards a memory of addiction », *Journal of Neural Transmission*, 107, 6, 613-38.

HEYNE A., WOLFFGRAMM J. (1998) « The development of addiction to d-amphetamine in an animal model : same principles as for alcohol and opiate. » *Psychopharmacology*, 140, 4, 510-8.

HIEN D.A., JIANG H., CAMPBELL A.N.C., HU MC., MIELE GM., COHEN L.R., BRIGHAM G.S., CAPTICK C., KULAGA A., ROBINSON J., SUAREZ-MORALES L., NUNES E.V. (2010) « Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes ? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's clinical trials network », *American Journal of Psychiatry*, 167, 95-101.

MARICH J. (2009) « EMDR in the Addiction Continuing Care Process: Case Study of a Cross-Addicted Female's Treatment and Recovery », *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 2, 98-106.

MARICH J. (2010) « Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Addiction Continuing Care : A Phenomenological Study of Women in Recovery », *Psychology of Addictive Behaviors*, 24, 3, 498-507.

O'BRIEN JM., ABEL N.J. (2011) « EMDR, Addictions and the stages of change: A Road Map for Intervention », *Journal of EMDR Practice and Research*, 5, 3, 121-130.

PROCHASKA J.O., DICLEMENTE C.C. (1984) *The transtheoretical approach : crossing traditional boundaries of therapy*, Homewood, IL : Dow-Jones-Irwin.

SHAPIRO F. (2001) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*, New York, Guilford.

SHAPIRO F. (2002) « EMDR 12 years after its introduction: past and future research », *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1, 1-22.

VOGELMANN-SINE S., SINE L.F., SMYTH N.J., POPKY A.J. (1998) *EMDR Chemical Dependency Treatment Manual*, Honolulu, Hawaii.

WOLFFGRAMM J., GALLI G., THIMM F., HEYNE A. (2000) « Animal models of addiction: models for therapeutic strategies ? », *Journal of Neural Transmission*, 107, 6, 649-68.

ZWEBEN J., YEARY J. (2006) « EMDR in the Treatment of Addictions », *Journal of Chemical Dependency*, 88, 2, 115-227

Chapitre 50

EMDR et troubles psychosomatiques

Patrick Zillhardt

La définition des troubles psychosomatiques (encore appelés maladies psychosomatiques) est liée aux influences et modes de l'histoire de la médecine. Au préalable, quelques mots doivent être consacrés à clarifier les limites et les éléments de ces pathologies afin d'appréhender au mieux l'impact de la thérapie EMDR.

La littérature à ce sujet indique depuis plus d'une décennie une efficacité de l'EMDR dans les troubles psychosomatiques.

Les premiers articles indiquant une efficacité concernent essentiellement les douleurs chroniques et le traitement des membres fantômes (Grant et Threlfo, 2002 ; Russel, 2008 ; Schneider, 2005). Depuis, comme nous le verrons dans cet article, la thérapie EMDR peut se montrer efficace dans diverses pathologies telles que les dermatoses, l'hypocondrie, la gestion du vécu douloureux des patients atteints de maladie cancéreuse, les symptômes dissociatifs corporels et les syndromes fonctionnels complexes comme la fibromyalgie entre autres.

Pour écrire ce chapitre, nous nous sommes beaucoup appuyés sur notre activité de psychiatre de liaison pendant de nombreuses années dans un centre hospitalo-universitaire à Paris.

L'objectif de ce chapitre est d'explicitier, dans la mesure du possible, au travers des théories modernes relatives aux troubles psychosomatiques, les points d'action de l'EMDR dans ces pathologies et d'insister sur la genèse de ces pathologies qui réside essentiellement dans le concept de « cercles vicioux pathogènes. » (Cathebras, 2006).

L'approche EMDR, seule ou associée à d'autres thérapies, permet de modifier de façon bénéfique les distorsions de l'information au niveau de la partie psychique (souffrance, anxiété, etc.) impliquée dans ces mêmes cercles vicioux pathogènes.

Quelques exemples simplifiés de l'approche EMDR seront présentés notamment dans le traitement de l'hypocondrie et de la fibromyalgie.

DÉFINITION ET ÉVOLUTION DU CONCEPT DE TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES

Le terme de psychosomatique est apparu au début du XX^e siècle suite aux travaux d'un psychiatre allemand du nom d'Heimroth. Ce dernier a généré un courant de pensée vers la recherche des facteurs psychiques et somatiques impliqués dans les maladies. (Pirlot, 2007).

Il nous apparaît intéressant, pour les praticiens, de présenter quelques modèles différents élaborés par certains anciens. En effet, le regard curieux porté par les anciens dans le traitement des troubles psychosomatiques pourrait-il créer une émulation, une expérience complémentaire chez les praticiens EMDR ?

Nous évoquerons brièvement quelques modèles et si possible leur interaction avec l'EMDR.

- Freud (Freud, 1896) propose la conceptualisation d'un lien entre un conflit psychique et une expression somatique via des voies nerveuses, sensibles et motrices ainsi que par le système nerveux central.
- Déjà émergent dans ce premier modèle freudien, des bases futures de la thérapie EMDR. Les symptômes fonctionnels ou médicalement inexpliqués, les symptômes somatiques ou les symptômes fonctionnels complexes sont constitués afin d'apaiser « la tempête » du conflit psychique. Si nous faisons une transposition avec le traitement EMDR, nous voyons par expérience, que le réseau mnésique à retraiter réside dans le conflit initial et ses origines. On pourrait ainsi rajouter qu'en thérapie EMDR, le praticien peut travailler directement sur les symptômes du fait des interconnexions.
- Le deuxième modèle de Freud développe l'hystérie de conversion. Il a ainsi décrit le transfert et la tentative de résolution du conflit psychique sexuel par des symptômes moteurs ou sensitifs (paralysie, hypo-anesthésie ou douleurs). L'hystérie de conversion est accessible à l'approche EMDR.
- Le modèle d'Alexander et Dunbar (école de Chicago 1940-1950), (Alexander, 1963)
- Ces travaux marquent l'importance du système nerveux autonome (SNA) et des émotions dans la genèse des troubles psychosomatiques. Le passage du psychologique au physiologique s'effectue par le symptôme fonctionnel puis son aggravation en symptôme lésionnel. L'origine est la répression des états affectifs.
- L'intérêt de ce modèle réside dans la prise en compte des systèmes sympathiques et parasympathiques ainsi que des hormones du stress elles-mêmes reliées aux régulations psycho-immunologiques.
- Les quelques exemples suivants sont indicatifs du rôle des émotions dans la médecine psychosomatique : l'ulcère gastrique, le côlon irritable, les colites spasmodiques, l'asthme, l'hypertension artérielle.

À ce modèle se rajoute l'importance des histoires de vie personnelle, familiale et médicale, les trajectoires chaotiques de stress, les facteurs héréditaires émotionnels, les regards portés par le patient lui-même sur son corps, sa maladie, son travail et sa sexualité...

Dans les études modernes, on retrouve chez ces patients des facteurs pérennisant tels que le stress et des types de personnalité caractéristique : *borderline*, évitante, passive dépendante, etc.

Nous remarquons que la compréhension du modèle d'Alexander et Dunbar constitue un plan stratégique très efficace pour le praticien EMDR. Il incite à prendre en compte l'émotionnel et sa régulation. Il rend plus accessible et plus riche la construction des trois plans de travail en thérapie EMDR : le plan de traitement avec la prise en compte de plusieurs pathologies cliniques, et également des plans de ciblage et donc la possibilité de retraitement comme par exemple sur les émotions, leurs origines (développementales ou traumatiques) et leur gestion.

- Le modèle de Marty de l'école psychosomatique de Paris (Marty, 1980) constitue lui aussi un modèle de référence. Il s'appuie au départ sur une répression des pulsions agressives. La répression par rapport au refoulement est volontaire et consciente. Mais elle n'en induit pas moins une fantasmagorie inconsciente, liée à des problématiques du deuil, de la séparation, de la perte d'objets d'attachement...etc.
- Les travaux de Sami-Ali (Sami-Ali, 1987) portent sur le déficit de projection et l'impasse psychologique. L'imaginaire est le registre du moi avec ce qu'il comporte de méconnaissance, d'aliénation, d'amour et d'agressivité dans la relation duelle. La somatisation est inversement proportionnelle à la projection. L'absence de projection aboutit au refoulement de l'imaginaire. Le sujet est incapable de « conflictualiser » subjectivement la relation. Ce peut être un « œdipe inopérant » avec une incapacité à se situer. Ainsi, toute relation (professionnelle, personnelle...) peut prendre un caractère bloqué, marqué par l'incapacité de dire « non » ou passionnel avec comme seule issue la rupture, la perte d'amour et le « vide. »
- L'impasse se traduit pour Sami-Ali par une somatisation non convertive. L'EMDR permet de travailler de façon efficace sur ces impasses psychologiques.
- Quant au stress, les connaissances récentes en psychopathologie et en physiologie ont donné de solides fondements à l'approche psychosomatique. (Eriksen et Ursin, 2004)
- Le stress intègre indirectement l'ensemble des modèles précédemment décrits. Il met en mouvement l'ensemble des axes fondamentaux neurophysiologique, biologique, immunologique, hormonal et psychologique.
- C'est un système de survie développé au cours de l'évolution et qui est mis en action presque en permanence. Le problème est moins la quantité de stress que le cumul des points de rupture du système.

- Le stress implique deux phénomènes concomitants qui sont la menace et le sentiment d'être impuissant face à la menace (réelle ou imaginaire) de la douleur, de l'émotion et la mise en jeu de mécanismes d'ajustements axés sur la diminution de l'émotion et ou de la recherche de résolution du problème qui induit la menace.
- Ces ajustements peuvent nous guider dans la construction de clusters de cibles en EMDR.

La figure 50.1 (page suivante) rend compte de manière synthétique des enjeux de santé liés à ces ajustements du stress. Il met en évidence l'interaction des facteurs environnementaux et de l'histoire individuelle du patient.

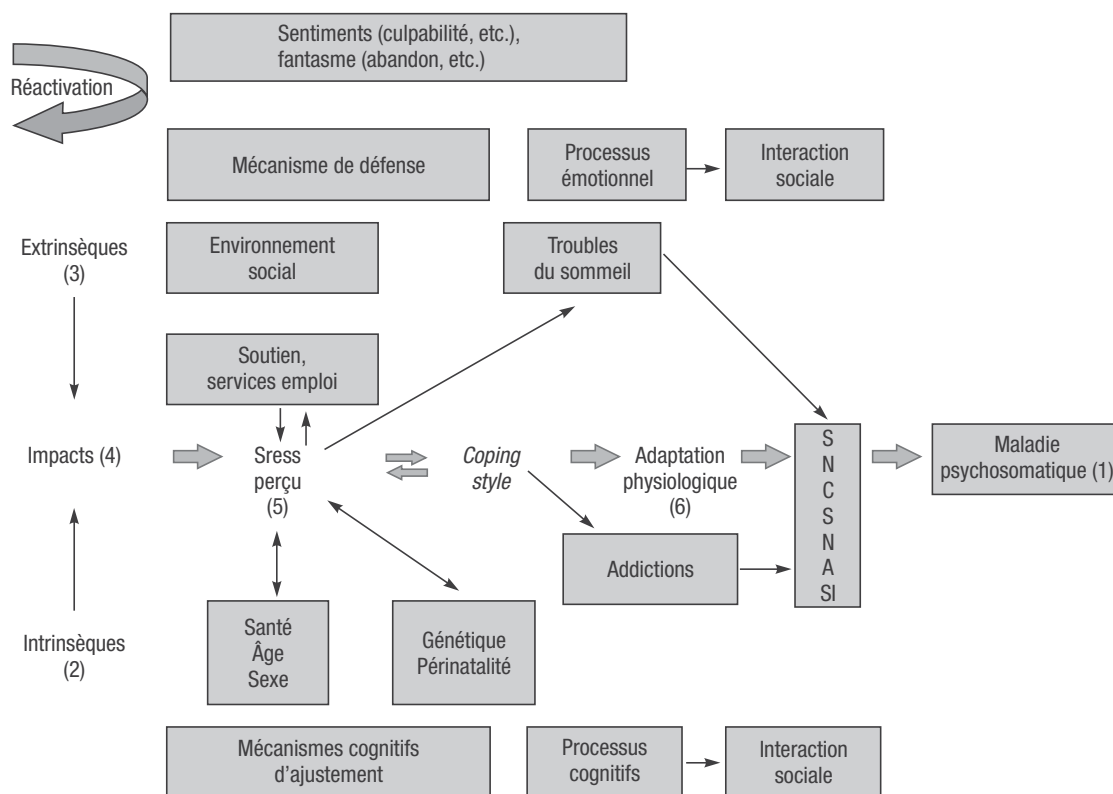


Figure 50.1. Modèle biopsychosocial du stress (d'après Cathébras)

Dans cette figure, la maladie somatique (1) est la résultante de l'interaction de plusieurs facteurs intrinsèques (2) et extrinsèques (3) qui vont induire comme impact (4) le stress(5) qui lui-même provoquera une adaptation physiologique (6) avec intervention des systèmes nerveux centraux, autonome, immunitaire, et l'axe hypothalamo-hypophysaire et surrénalien seront à l'origine du développement de la maladie psychosomatique.

- Enfin les modèles actuels de « maladie construite » et de « cercles vicieux pathogènes » prennent en compte l'ensemble des facteurs à l'origine des troubles psychosomatiques.
- Le point fondamental est la genèse des somatisations et des symptômes fonctionnels associés à des syndromes plus complexes tels que les maladies construites. Les prémices mêmes de tout traitement y compris l'EMDR sont de considérer ces pathologies d'origine circulaire et non linéaire. En effet, les distorsions et les facteurs agressifs de toute nature sont liés à des causalités circulaires complexes et non linéaires que l'on appelle cercles vicieux pathogènes (Cathebras, 2006). Ces cercles vicieux pathogènes sont en fait des fragments d'interactions de la vie, vie corporelle, sociale et professionnelle du patient.

Après l'anamnèse et le bilan médical et paramédical, le praticien prenant en charge ces patients doit rechercher les différents cercles vicieux pathogènes et les « disséquer » pour rechercher leurs origines sociales, traumatiques, familiales, etc.

Après les avoir mis à jour, le praticien doit expliquer ensuite au patient ces facteurs pathogènes.

L'approche EMDR est plutôt classique en retraçant au niveau des cercles, les cibles où interviennent des cognitions, des émotions et des comportements inadaptés. Les principes habituels ainsi que le traitement adaptatif de l'information ou TAI sont respectés.

Prenons l'exemple d'un patient stressé, insomniaque pour diverses raisons, ayant un caractère anxieux. Ce patient va ressentir une fatigue générale, puis un déconditionnement musculaire, des douleurs, une intolérance à l'effort. La persistance des symptômes entraîne une perte de confiance en soi pouvant être accentuée par des comportements inadaptés. Ces processus appellent souvent une focalisation parfois intense sur le corps. Démoralisation et dépression intense s'installent.

D'autres éléments morbides peuvent encore s'ajouter à ce tableau, comme par exemple des anomalies mineures d'un examen neurologique ou d'un résultat biologique. Cette figure nous fait bien appréhender le drame des somatisations, de leurs origines jusqu'au développement des graves et douloureuses pathologies construites.

Les origines psychosociales des maladies psychosomatiques ont été démontrées dans différentes études ainsi que la relation patient/médecin. Cette relation peut s'avérer déterminante dans le traitement et les résultats obtenus par le patient. En effet, dans cette problématique, des travaux ont mis en exergue des facteurs psychosociaux, souvent intriqués aux perturbations biologiques et physiologiques (Green, 1994).

Parmi les facteurs psychosociaux, trois grandes origines de somatisation peuvent être individualisées (Cathébras, 2006). Bien sûr, elles peuvent représenter de larges champs de traitement pour l'EMDR :

1. L'expression atypique d'une maladie psychiatrique. Ce groupe constitue environ 50 % des patients en consultation de médecine générale. Notons cependant que de plus en plus de patients admettent que leur maladie présente des facteurs physiques et psychologiques mêlés.
2. Les modalités d'appréhension de la maladie ou du symptôme divergent, plus ou moins, entre le soignant et le patient. Les patients ont tendance à ressentir, à amplifier et à exprimer des symptômes somatiques sans argument médico-biologique.

Il en résulte :

- ➔ Un conflit d'attribution du symptôme entre le patient et le praticien ;
- ➔ Les symptômes sont médicalement inexpliqués ;
- ➔ Une consommation accrue de soins médicaux et para médicaux.

L'origine n'implique pas l'existence d'un trouble psychiatrique préalable.

Ces divergences entraînent doute et perte de confiance chez le patient et peuvent constituer, de ce fait, un facteur aggravant. C'est une cible dans le traitement en EMDR.

1. La détresse psychologique qui peut être définie par :

- ➔ L'expression de plaintes somatiques permanentes ou récurrentes, véritable langage codé des détresses et des émotions douloureuses ;
- ➔ Le concept de détresse psychologique est indissociable de la notion de circularité dans la genèse des troubles de somatisation. (fink *et al.*, 2007) ;
- ➔ Des résultats épidémiologiques récents ayant trait au complexe biopsychosocial. (kopp *et al.*, 2007).

Le concept de « maladies construites » suggère bien sûr aux praticiens l'idée de troubles corporels et psychologiques, s'aggravant et se complexifiant avec le temps. En effet, il apparaît de nouveaux symptômes dus à l'évolution morbide de la maladie et de l'accroissement hautement probable de la détresse psychologique. Le statut biopsychosocial se dégrade générant de nouveaux tableaux cliniques physiques et psychologiques.

Ces somatisations en chaîne vont retentir sur le psychisme et générer des troubles nouveaux sévères tels que des troubles psychiques altérant le champ social avec des conséquences dramatiques, comme par exemple la dépression, l'anxiété, l'addiction, le suicide, etc.

Les syndromes complexes fonctionnels qui peuvent être assimilés à des maladies construites sont actuellement (Cathebras, 2006) :

- La fibromyalgie ;
- Le syndrome de fatigue chronique ;
- Les douleurs chroniques ;

- Le syndrome de l'intestin irritable ;
- Le s.a.d.a.m. syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil masticateur ;
- La stomatodynie ;
- Les douleurs thoraciques non coronariennes ;
- Le syndrome d'hyperventilation ;
- Le syndrome d'hypersensibilité chimique multiple ;
- Les cancers.

En conclusion, les concepts actuels mettent l'accent sur les aspects de détresse psychologique dans son ensemble, des causalités circulaires plus que linéaires de la maladie, de la médiation par un modèle biopsychosocial et de l'existence de facteurs prédisposants, précipitants, d'entretien et de consolidation.

La médecine psychosomatique a une approche centrée sur le patient plus que sur la maladie elle-même. Elle intègre la relation médecin-malade avec sa problématique actuelle dans le continuum expérientiel et historique du patient.

Il est intéressant de noter quelques données statistiques sur la fréquence des somatisations des troubles psychosomatiques, en effet :

- Un tiers des symptômes somatiques sont inexpliqués en médecine générale ;
- Un quart des symptômes présentés motivant une consultation spécialisée sont médicalement inexpliqués malgré des investigations poussées ;
- Un quart des symptômes présentés sont chroniques, c'est-à-dire qu'ils persistent pendant une durée supérieure à six mois. Il n'y a pas plus de prévalence nette des troubles psychiatriques chez les malades présentant des symptômes inexpliqués que chez ceux dont les symptômes ont une explication médicale.

Dans les services hospitaliers, les patients somatisant chroniques, c'est-à-dire hospitalisés depuis plus de six mois pour des symptômes médicalement inexpliqués subissent autant d'investigation et plus d'interventions chirurgicales que les patients non somatisant (Pirlot 2007).

QUELQUES PROTOCOLES EMDR EN MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE

Aux multiples cibles composées non seulement des symptômes (ou syndromes) manifestes mais aussi de tous les éléments de vie, développementaux et ou traumatiques chez le patient,

il faut ajouter le vécu phénoménologique. Ce vécu phénoménologique correspond à une expérience intérieure douloureuse dont le patient est incapable de trouver les origines implicites. Le rôle du thérapeute sera de les rendre explicites. Ce vécu, du reste, accroît la multiplicité de nouveaux symptômes qui toucheront tous les domaines de la vie sociale, personnelle et professionnelle.

La force opérante de l'EMDR est probablement le traitement adaptatif de l'information (TAI) c'est-à-dire un élargissement progressif du champ associatif cognitif qui facilite la construction de liens nouveaux avec soi et l'environnement et, probablement, le passage de l'implicite à l'explicite de la souffrance. Expliciter la souffrance la diminue et permet d'établir des plans résolutifs des problèmes évoqués.

L'EMDR est donc un outil efficace au niveau du retraitement de ces cercles vicieux pathogènes à l'origine des troubles psychosomatiques et des maladies construites.

► **Préalable au traitement EMDR**

Les entretiens préliminaires constituent une partie fondamentale du traitement par EMDR.

Dès le premier contact, le thérapeute entreprend un travail préliminaire de motivation. C'est-à-dire qu'il convainc le patient qu'être motivé, c'est accepter d'entrer soi-même dans un processus de transformation. Au cours de l'entretien, le thérapeute prête attention aux messages verbaux ainsi qu'aux messages corporels (mouvement, tendance à l'action) qui sont différents signes que le thérapeute pourra utiliser pour récolter des informations profondes. Cette observation du corps permettra au thérapeute d'aider le patient à expliciter ces manifestations implicites.

Il est souvent utile de proposer au patient de faire un tableau indiquant l'âge, les dates d'apparition des symptômes en corrélation avec les événements de vie notables, les émotions, les sentiments et même mieux, le sens qu'il donne à tous ces éléments somatiques et psychologiques.

Il peut aussi écrire une biographie axée sur les éléments significatifs de vie, notamment les traumatismes corporels, psychologiques et des troubles d'attachement et bien sûr les expériences positives.

Avant la construction d'un protocole EMDR, les vraies questions auxquelles le thérapeute devra répondre sont, quels symptômes sont d'origine somatique et ceux d'origine psychologique.

► Exemples de traitement EMDR adapté à l'hypocondrie et à la fibromyalgie

Dans cet article, nous proposons deux protocoles simplifiés de traitement EMDR adapté à l'hypocondrie et à la fibromyalgie, les douleurs chroniques étant traitées dans un autre chapitre.

Comme nous l'avons déjà expliqué, le thérapeute doit identifier les cibles et les cercles vicieux pathogènes à l'origine de la maladie.

● L'Hypocondrie

Le patient décrit ses symptômes, leur survenue par rapport à son histoire, leur évolution, les phénomènes concomitants puis la trajectoire de vie, son histoire avec les soignants, les organismes sociaux, les mécanismes d'attribution et d'amplification des différents facteurs, le vécu existentiel actuel.

Devant un tableau clinique complexe du patient se joue toute la stratégie clinique du thérapeute. En fonction de l'état clinique du patient et de l'environnement, il incombe au thérapeute de choisir les symptômes les plus représentatifs de la pathologie globale dans son environnement (plan de traitement). Par exemple dans l'hypocondrie, le thérapeute va choisir de traiter en priorité les symptômes anxio-dépressifs. Au cours du traitement, l'une des origines de la dépression peut être le fait qu'il a peur de mourir seul (exemple : « je mange, j'ai une douleur à l'estomac, je dois avoir un cancer, je vais mourir seul et délaissé ») ceci constituera le noyau pathogène qui pourra être retraité en EMDR selon le protocole habituel.

Ensuite le protocole standard peut être appliqué dans les étapes 3 à 8. Les cognitions positives doivent s'appuyer sur des explications rassurantes explicites et adaptées pour le patient. C'est capital pour la réattribution des symptômes. L'expérience retraitée peut concerner le passé, le passé récent et le présent. À cette phase, le retraitement concerne surtout les pensées et situations qui amènent des croyances négatives. Puis vient l'étape de retraitement des scénarios futurs.

Dans ces étapes l'utilisation de tissages cognitifs est efficace.

La figure simplifiée 50.2 (page suivante) permet d'identifier les cercles vicieux pathogènes.

La dépression et l'anxiété vont activer le système nerveux autonome qui va engendrer une augmentation des réactions physiologiques (troubles paniques, accélération du rythme cardiaque, insomnie, ...etc.) Celles-ci vont amplifier les symptômes fonctionnels et provoquer des attributions ou des biais d'interprétation de ces symptômes qui accroissent les pensées négatives. La circularité des origines est bien visible dans cette figure.

Nous sommes en présence de cercles vicieux pathogènes où chaque élément alimente et amplifie l'apparition des symptômes et leur pérennisation.

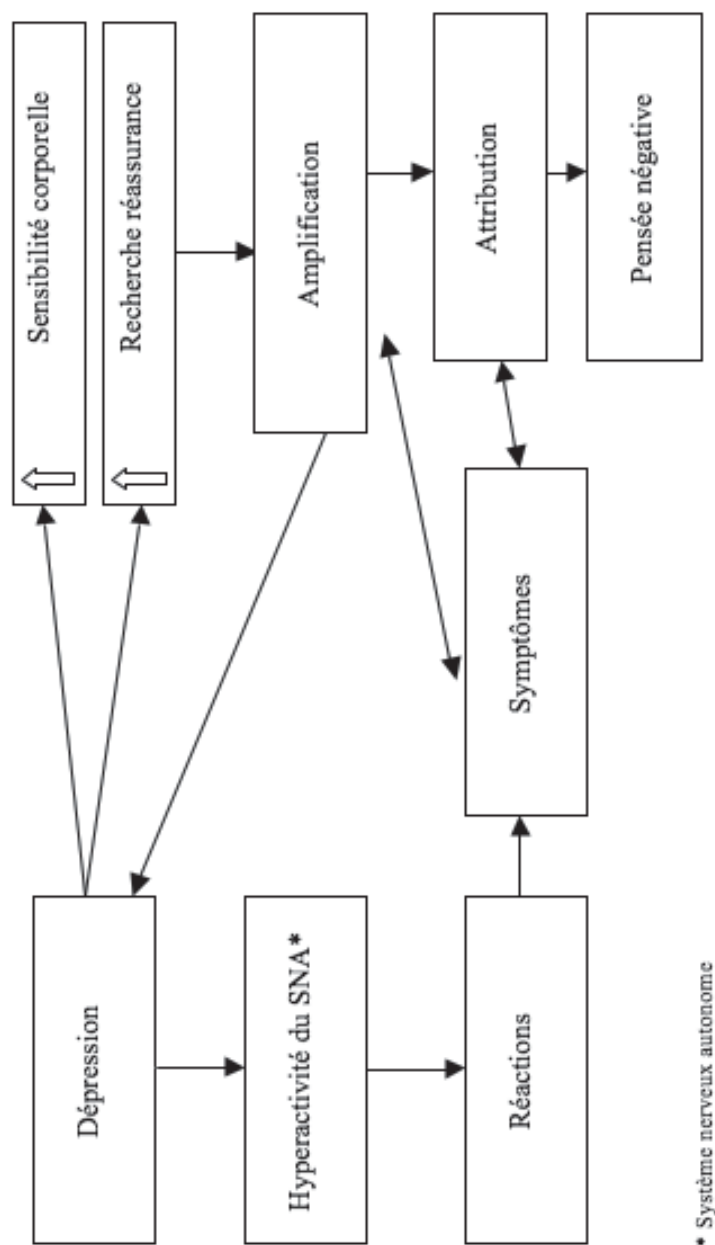


Figure 50.2. Identification des cercles vicieux pathogènes dans l'hypochondrie

● La Fibromyalgie

La fibromyalgie est caractérisée par des douleurs chroniques diffuses, fluctuantes réparties symétriquement sur des muscles du corps. Le sex-ratio est de neuf femmes pour un homme et la prévalence de 3,4 % pour les femmes et de 0,5 % pour les hommes. Elle est très souvent associée à la fatigue chronique.

À titre d'exemple, nous présentons un cas clinique de fibromyalgie traité par l'EMDR. Le traitement de ce cas peut constituer les éléments de protocole utilisable dans cette maladie.

L'anamnèse doit être particulièrement approfondie compte tenu de la multiplicité des systèmes impliqués dans cette pathologie et plus particulièrement sur les différents facteurs :

- ➔ Prédisposants (génétiques, antécédents médicaux...) ;
- ➔ Déclenchants (stress, événements de vie, troubles anxio-dépressifs) ;
- ➔ D'entretien d'origine biologique ou comportementaux (déconditionnement musculaire, troubles du sommeil, recherche de réassurance...) ;
- ➔ Psychosociaux associés (conflits avec environnements, famille, organismes sociaux, iatrogénie...)

La recherche de ces cercles vicieux pathogènes et leur genèse doivent être explicitées à la patiente. Cette démarche permet d'obtenir souvent un effet apaisant et soutenant vis-à-vis du traitement.

Dans l'exemple décrit ici, la patiente est âgée de 50 ans. Elle travaille dans l'industrie pharmaceutique, elle est très contente de son poste. Elle souffre cependant de surpoids (point retrouvé dans la fratrie) et de solitude affective. « Sa famille c'est son job. » Elle perd subitement son emploi et se retrouve demandeuse d'emploi dans un contexte socioéconomique difficile. Elle est seule, ne peut attendre aucune aide de sa famille et les quelques amies qu'elle avait appartenaient à la même sphère professionnelle, elle est donc toute seule. Elle est anéantie et perd progressivement l'espoir et l'estime de soi. Malgré tous ses efforts, elle ne réussit pas à se réinsérer professionnellement. Comme souvent, elle rentre dans un processus dangereux de compensation avec crises de boulimie très difficile à traiter. Sur le plan psychologique, elle vit dans le spectre de la misère, car elle ne trouve pas de travail. Quelques mois après, elle développe un syndrome douloureux musculaire et abdominal qui l'amène à faire un bilan médical complet. Celui-ci indique une infiltration fibro-adipeuse du foie et une sérieuse apnée du sommeil. L'évolution vers une cirrhose hépatique avec risque d'hépatocarcinome est envisagée. Elle commence à nourrir des idées suicidaires lorsqu'on décide de la traiter en EMDR.

L'approche EMDR a consisté à définir et « disséquer » ces cercles vicieux pathogènes en commençant, car cela nous semble être plus efficace, par retraiter le dernier élément, c'est-à-dire les idées suicidaires et ensuite le spectre de la misère pour remonter ainsi tous les

facteurs. Nous avons été heureux de constater qu'après quelques séances (une dizaine) la patiente a repris courage et paraît plus combative. Les douleurs musculaires et abdominales ont disparu. Le bilan hépatique complet montre une amélioration notable. Le traitement se poursuit actuellement depuis 18 mois.

Le protocole standard EMDR est appliqué sur chaque facteur constituant le cercle vicieux pathogène.

► L'EMDR et les autres applications

Au cours de notre expérience de psychiatre de liaison à l'hôpital, nous avons remarqué grâce à l'utilisation de la thérapie EMDR, des améliorations notables sur des maladies psychosomatiques telles que :

- Dans la sphère gastro-intestinale, sur les ulcères gastroduodénaux, sur le syndrome de l'intestin irritable, la rectocolite ulcéro-hémorragique ;
- La douleur chronique ;
- Dans la sphère dermatologique : le psoriasis, l'acné névrotique, les dysmorphophobies corporelles ;
- Dans les cancers : la gestion des souffrances physiques et psychologiques.

Malgré la diversité des présentations cliniques proposées par l'incontournable classification des troubles mentaux du DSM-V-TR, on peut, jusqu'à présent, conserver le terme de maladie psychosomatique.

Quel que soit le tableau clinique présenté depuis la douleur chronique jusqu'aux syndromes viscéraux complexes et multifocaux, toutes ces maladies semblent régies par « un contexte psychosomatique. » Ce dernier caractérisé par un « saut » du psychisme supérieur vers le « somatique » réalise selon les termes de Marty, une déhiérarchisation du système nerveux central. Dans la réalisation du symptôme psychosomatique, les grands axes psychophysiologiques du stress sont impliqués, système nerveux central, système nerveux autonome, axe hypothalamo-corticotrope et système immunitaire, etc. Tous ces systèmes sont reliés par de véritables mémoires nerveuses et immunologiques.

Les distorsions au niveau des mécanismes d'ajustement au stress, et on pourrait ajouter les styles d'attachement, agissent, semble-t-il directement sur la maladie psychosomatique.

La thérapie EMDR, à la lumière de toutes ces approches et modèles, peut tous les accueillir grâce à son étonnante souplesse de mise en œuvre. Par le truchement de son paradigme fondamental de retraitement adaptatif de l'information, l'induction d'un processus efficient peut être tentée à partir du symptôme même ou plus classiquement d'expériences de vie ayant probablement un rôle dans la genèse et la pérennisation des troubles. La pratique de l'EMDR paraît dotée dans ces cas d'une grande souplesse car permettant de basculer, à des moments clés, certainement sur des modalités d'expression somatique, sémantique et franchement traumatique, y compris dans les affections où

le corps même porte les traces, des stigmates tissulaires visibles (dermatologie par exemple). Le traitement peut être long du fait de la multiplicité des cibles. Il nous semble que les résultats positifs sont d'autant plus nombreux qu'il y a de cercles vicieux pathogènes retraités.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER F. (1963) *La Médecine psychosomatique*, Paris, Payot.
- CATHEBRAS P. (2006) *Troubles fonctionnels et somatisation*, Paris, Masson.
- FINK P., TOFT T., HANSEN M.S., ORNBOL E., OLESEN F. (2007) « Symptoms and syndroms of bodily distress : an exploratory study of 978 internal medical, neurological and primary care patients », *Psychosomatic medicine*, 69, 30-39.
- ERIKSEN H.R., URSIN H. (2004) « Subjective health complaints, sensitization and sustained cognitive activation (stress) », *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 445-448.
- GRANT M., THRELFORD C. (2002) « EMDR in the treatment of chronic pain. » *Journal of Clinical Psychology*, 158, 12, 1505-1520.
- GREEN A. (1994) « Psychique, somatique, psychosomatique », In : *Somatisation, psychanalyse et science du vivant*, Paris, Eshel, p. 167-85.
- KOPP M.S., SKRABSKI A., SZEKELY A., STANDER A., WILLIAM R., (2007) « Chronic stress and social changes : socio economic determination of chronic stress », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1113, 325-338.
- MARTY P. (1980) *L'ordre psychosomatique*. Paris, Payot.
- PIRLOT G. (2007) « Modèles actuels en psychosomatique », EMC, Psychiatrie, 37400-C-10.
- RUSSEL M.C. (2008) « Treating traumatic amputation-related phantom limb pain : a case study utilizing EMDR within the armed services », *Clinical case studies*, 7, 2, 136-153.
- SAMI-ALI M. (1987) *Penser le somatique, imaginaire et pathologie*, Paris, Dunod.
- SCHNEIDER J., HOFMAN A., ROST C., SHAPIRO F. (2008) « EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain », *American Academy of Pain Medicine* 1526-2375, 76-82.

Chapitre 51

La prise en charge de la douleur chronique

Marie-Jo Brennstuhl
Cyril Tarquinio

Il peut paraître étonnant de convoquer la question de la prise en charge EMDR dans le contexte si spécifique de la douleur chronique. C'est l'hypnose qui, dans ce domaine, a sans aucun doute le plus œuvré et ouvert le plus de portes. À cet égard, l'EMDR lui emboîte le pas et lui doit beaucoup ! Aussi, dans ce texte, nous avons souhaité faire le point sur la question de la douleur chronique en envisageant les dimensions psychiques que pouvait recouvrir une telle affection. La douleur chronique représente un problème de santé publique majeur. Plus d'un milliard par an est attribué au surcoût lié à la prise en charge de la douleur chaque année en France, malgré les différents plans gouvernementaux mis en place entre 1998 et 2010.

Multifactorielle, la douleur chronique intègre quatre composantes fondamentales : sensorielle, cognitive, comportementale et émotionnelle. Si les médicaments antalgiques ont une action avérée dans le cadre de la douleur aiguë, leur utilisation sur le long terme dans le cadre de la douleur chronique peut provoquer - entre autre - des effets secondaires néfastes, limitant leur efficacité.

L'utilisation de la thérapie EMDR, bien que novatrice dans le domaine du traitement de la douleur s'avère néanmoins prometteuse et apparaît comme une proposition de prise en charge efficace.

DÉFINITION ET COMPOSANTES DE LA DOULEUR CHRONIQUE

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme « (...) une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en rapport avec une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion. » (Merskey et Bogduk,

1994). Bien que vague, cette définition met en exergue le rôle plutôt subjectif de la douleur et celui des émotions qui lui sont souvent associées. Il convient donc d'accepter qu'une douleur puisse être un véritable handicap pour un patient, alors même qu'il serait impossible d'en identifier les éventuels substrats corporels. Selon la Direction Générale de la Santé, la douleur chronique se répartit entre les pathologies rhumatologiques (lombalgies, lombo-sciatalgies chroniques, fibromyalgies, algodystrophies...), abdomino-pelviennes, cancéreuses, liées au Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise (SIDA) et neurologiques ou neuropathiques¹.

C'est en 2005, que l'*American Medical Association* (AMA) propose pour la première fois de distinguer des indicateurs permettant d'identifier l'existence d'un syndrome douloureux chronique (Sanders *et al.*, 2005). Il s'agit le plus souvent d'une douleur persistante ou récurrente, d'une durée (intermittente ou chronique) qui va au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale, qui répond mal au traitement médical et/ou invasif approprié et qui s'accompagne d'une altération significative et durable du statut fonctionnel du patient.

Selon Melzack et Casey (1968), il est possible de positionner la douleur autour de quatre dimensions fondamentales dont il conviendrait toujours de tenir compte dès lors que la prise en charge des patients douloureux chroniques doit s'envisager (repris par l'ANAES, 1999) :

- Une dimension sensori-discriminative qui correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la nature (brûlure, décharges électriques, torsion, etc.), de la durée (brève, continue, etc.), de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs (Atallah et Guillerrou, 2004) ;
- Une dimension cognitive, qui renvoie à l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception douloureuse et les réactions comportementales (comme la valeur attribuée à la douleur ou les anticipations, en lien notamment avec les expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées) ;
- Une dimension comportementale, propre aux aspects moteurs de la douleur, qui va de la recherche de positions antalgiques, aux mouvements provoquant ou aggravant le ressenti douloureux, jusqu'aux phénomènes d'évitement. La dimension comportementale englobe également le retentissement de la douleur sur la vie du patient, d'un point de vue professionnel, familial et social, autant sur les activités de la vie courante que dans la relation à l'autre ;
- Une dimension émotionnelle, qui confère à la douleur une tonalité désagréable, pénible, difficilement supportable. Elle est déterminée par la cause de la douleur et par son contexte. La signification de la maladie et l'incertitude de son évolution sont des facteurs qui vont pondérer le vécu douloureux de chaque malade. Cet état émotionnel peut aller jusqu'à

1. Diabétique, post-zostérienne, AVC, SEP, traumatismes médullaires, post-amputation (douleurs de membres ou d'organes fantômes), suites d'intervention chirurgicale ou de traumatisme, douleurs cranio-faciales, migraines, céphalées de tension, algies vasculaires de la face, névralgies faciales.

l'anxiété ou la dépression. Ici l'émotion n'est pas considérée comme une simple conséquence de la sensation douloureuse, mais comme un élément fondamental de l'expérience douloureuse que certains n'hésitent pas à considérer comme la dimension centrale de la douleur.

Il existe par ailleurs plusieurs mécanismes de douleur chronique (Haute Autorité de Santé, 2008) qui peuvent s'associer :

- La douleur par excès de nociception, produite par une stimulation somatique mécanique (musculaire, osseuse, cutanée...), d'origine inflammatoire, infectieuse, dégénérative, viscérale, etc. ;
- La douleur neuropathique causée par une lésion au niveau du système nerveux périphérique, dérégulant la connexion habituelle du nerf avec le cerveau et provoquant l'information douloureuse inadaptée ;
- La douleur idiopathique ou psychogène, non corrélée avec une cause organique établie.

DOULEURS PHYSIQUES ET DOULEURS PSYCHIQUES

Parmi les différentes composantes de la douleur présentées précédemment, des troubles comorbides viennent également perturber la prise en charge des patients douloureux chronique comme l'anxiété ou les affects dépressifs. Par ailleurs, il n'est pas rare de retrouver des événements de vie concomitants à l'apparition ou au maintien de la douleur, même s'ils ne sont pas identifiés par les patients comme tels.

Bien que la plupart des études suggèrent que la dépression est secondaire au développement de la douleur chronique, son apparition peut être également antérieure ou concomitante. Pourtant, les personnes souffrant de douleur chronique ont davantage de risques de présenter un syndrome dépressif que les autres. En effet, entre 31 % et jusqu'à 100 % des douloureux chroniques seraient touchés par des affects dépressifs (O'Reilly, 2011).

La dépression chez les douloureux chroniques impacterait notamment les activités quotidiennes et serait à l'origine d'une augmentation des cognitions négatives, voire des distorsions cognitives sur les croyances associées à la douleur, perturbant ainsi le fonctionnement optimal de l'individu.

Le rôle de la dépression dans l'apparition de la douleur et son maintien à long terme a également été mis en avant, notamment lorsqu'il est associé avec le catastrophisme (Meeus *et al.*, 2012). En effet, des symptômes précurseurs de dépression, associés à une tendance au catastrophisme chez le patient, prévaleraient à l'installation et le maintien à long terme de la douleur, impactant de ce fait la qualité de vie des patients (Chung *et al.*, 2012).

L'anxiété quant à elle est considérée comme un facteur de vulnérabilité dans la douleur chronique. En effet, il joue un rôle prépondérant dans l'intensité et l'incapacité liée à la douleur (Schwartz *et al.*, 2011). L'anxiété concomitante à la douleur chronique se focalise notamment autour d'inquiétudes concernant les symptômes physiques de la maladie en général.

La comorbidité de la douleur chronique et de l'anxiété n'est pas sans conséquence. L'augmentation de l'anxiété serait significativement liée à l'augmentation de la sensibilité douloureuse. Mais également les mécanismes d'évitement et de cognitions dysfonctionnelles liées à la douleur, associées à la peur, l'anxiété accroissent également la réaction à la douleur. Bien évidemment, la douleur en elle-même par son côté anxiogène est un facteur d'augmentation de l'anxiété, les troubles se maintiennent donc de manière concomitante.

Dans leur revue de 2001, Sharp et Harvey ont, quant à eux, été les premiers à s'intéresser aux liens entre État de Stress Post-traumatique (ESPT) et douleur chronique. Ils relèvent un taux de 20 % à 80 % de douleur chronique chez les patients atteints d'un ESPT, et un taux de 10 % à 50 % d'ESPT, chez les patients souffrant de douleur chronique.

De ces constatations, ils vont proposer une série de sept processus psychologiques expliquant le maintien mutuel de l'ESPT et de la douleur chronique :

- Les biais attentionnels, où les sensations douloureuses rappellent le trauma de manière réursive ;
- La sensibilité anxieuse est vue comme pouvant maintenir la comorbidité entre espt et douleur chronique à travers l'interprétation des sensations. L'anxiété liée à l'espt contribue à maintenir les croyances de l'individu sur la douleur comme quelque chose de nuisible et donc vont l'inquiéter davantage ;
- Les reviviscences du trauma : la douleur chronique est ici envisagée comme une reviviscence traumatique (comme le serait un *flashback*) qui maintient le lien entre la sensation physique et le trauma ;
- Le *coping* évitant concerne d'une part l'incapacité du douloureux chronique face à certaines activités physiques qui le déconditionnent, et d'autre part l'évitement caractéristique de l'espt ;
- La dépression et la réduction des activités forment le cinquième facteur de maintenance mutuelle en entretenant l'incapacité du côté de la douleur chronique, et l'évitement du trauma du côté de l'espt ;
- La perception douloureuse, intensifiée par l'anxiété, augmente le niveau de douleur perçue, la détresse émotionnelle et l'incapacité de ces patients ;
- Les ressources cognitives étant utilisées pour gérer la douleur chronique et l'espt, il reste peu de ressources cognitives disponibles pour développer des stratégies plus adaptatives.

Tout se passe comme si la sensation douloureuse contribuait à rappeler le trauma, à la manière d'un indice de rappel permanent qui enfermerait les individus dans une spirale dont il devient alors difficile de se sortir. Il est même possible d'envisager la douleur chronique comme une reviviscence traumatique, comparable en tout point aux *flashbacks* intrusifs du classique ESPT. À la différence qu'il ne s'agit en rien d'une image ou d'un son relatif à un événement traumatique mais d'une incarnation somatique du symptôme qui maintiendrait le lien entre la sensation physique et le trauma (Brennstuhl *et al.*, 2014). Une telle perspective ouvre sans conteste, des pistes nouvelles pour la prise en charge de la douleur notamment à travers l'utilisation de l'EMDR.

EMDR ET DOULEUR CHRONIQUE

Une première étude expérimentale et exploratoire sur la douleur aiguë qui consistait à tremper la main des participants dans de l'eau glacée a démontré les effets de la thérapie EMDR sur la diminution de la sensation douloureuse, en opposition à un groupe témoin (Hekmat *et al.*, 1994). Nous pouvons constater les premiers effets physiologiques des mouvements oculaires sur la partie sensitive de la douleur à travers cette étude. La douleur chronique étant une affection plus complexe, il s'agit alors de compléter cet effet en ayant une action sur les composantes cognitives et émotionnelles.

Par la suite, la relaxation induite par les mouvements oculaires a été mise en exergue dans la diminution des symptômes douloureux chez les patients fibromyalgiques (Friedberg, 2004). Par ailleurs, d'autres cas cliniques ont également mis en évidence les effets de l'EMDR dans des domaines de la douleur chronique comme le syndrome de fatigue chronique (Royle, 2008), ou la fibromyalgie (Kavakci *et al.*, 2010).

Dans une étude récente (Mazzola *et al.*, 2009), les auteurs ont exploré l'efficacité et précisé les effets d'un protocole spécifique « EMDR à la douleur chronique » sur la diminution de la douleur et des affections comorbides. Néanmoins, cette étude a été réalisée sans groupe témoin ce qui a eu pour effet de relativiser la portée de leurs résultats.

Les travaux de Brennstuhl (2013), ont également confirmé l'intérêt de l'EMDR dans la prise en charge des douleurs chroniques qui dans tous les cas s'est révélée plus efficace que la psychothérapie de soutien du groupe contrôle.¹

1. Notons que dans cette étude le protocole standard s'est révélé plus efficace que le protocole de la douleur dans la prise en charge du psychotraumatisme, ainsi que sur les différentes composantes de la douleur. Un tel résultat viendrait corroborer l'hypothèse de la douleur comme trouble réactionnel à un événement de vie traumatique.

► Identifier les cibles

Il s'agit dans un premier temps d'identifier les cibles appropriées à prendre en compte lors du traitement EMDR, sachant que tous les événements de l'histoire douloureuse du patient provoquant encore de l'émotion perturbante sont à prendre en considération.

La question la plus importante à se poser face à cette problématique concerne le choix stratégique de la cible, permettant la diminution plus rapide de la douleur. Cependant, chez les patients douloureux chroniques différentes cibles sont souvent présentes.

De Roos et Veenstra (2010) établissent trois cibles différentes à distinguer lors du traitement de la douleur chronique avec la thérapie EMDR :

- La mémoire traumatique : trauma classique ou mémoire traumatique, comme un accident, une amputation ou une opération ;
- La mémoire douloureuse : mémoire émotionnelle dysfonctionnelle, relative à l'expérience traumatique de la douleur ou aux conséquences traumatiques de la douleur, comme une attaque de panique, être abandonné par la famille ou les amis, perdre son emploi... ;
- La douleur aiguë : la cible n'implique pas un souvenir mais la douleur éprouvée dans l'ici et maintenant (état).

► Protocole EMDR douleur aiguë : prendre en charge la sensation douloureuse

EMDR - Protocole de la douleur aiguë (De Roos et Veenstra, 2010)

1. Introduction

- a. Mise en place des chaises et construire la relation thérapeutique
- b. Explication de l'EMDR et de la douleur
- c. Evaluer la distance et la vitesse des mouvements oculaires avec le patient
- d. Choix de la stimulation bilatérale (visuelle, auditive ou tactile)
- e. Signal STOP

2. Cible : douleur actuelle

- a. « Décrivez comment vous sentez la douleur maintenant »
- b. « Construisez une image/ une photo représentant la manière dont vous sentez la douleur maintenant »
- c. « Décrivez cette image/ cette photo. Faites un dessin représentant la manière dont vous sentez la douleur maintenant »

Questions qui peuvent vous aider :

- « Si la douleur avait une couleur, de quelle couleur serait-elle ? »
- « Si la douleur avait une forme/ taille, quelle forme/ taille aurait-elle ? »

- « Si la douleur avait une température, quelle température (froid/ chaud) aurait-elle ? »

3. Cognition négative (CN)

« Si vous pensez à la douleur ou si vous vous concentrez sur la douleur, quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit qui disent quelque chose de négatif sur vous ou sur la douleur maintenant ? »

Questions qui peuvent vous aider :

- « Qu'est-ce que cette douleur dit de vous en tant que personne ? »
- « Que diriez-vous d'une telle personne ? Comment appelleriez-vous une telle personne ? »
- « Qu'est-ce que les gens disent souvent d'une telle personne ? Comment appelle-t-on en général ce type de personne ? »

4. Cognition positive (CP)

a. Détermination de la CP. « Plutôt que (CN), si vous pensez à la douleur ou si vous vous concentrez sur la douleur, que préféreriez-vous penser/ croire de vous même ? »

b. Validité de la Cognition positive (VoC). « Si vous pensez à la douleur ou si vous vous concentrez sur la douleur, sur une échelle de 1 (complètement faux) à 7 (complètement vrai), dites-moi à quel point vous ressentez ces mots (CP) comme vrais maintenant ? »

5. Émotions

« Si vous pensez à la douleur ou si vous vous concentrez sur la douleur et en même temps sur ces mots (répétez la CN) quelle(s) émotion(s) éprouvez-vous maintenant ? »

6. SUP (Subjectif Units of Pain)

« Si vous pensez à la douleur ou si vous vous concentrez sur la douleur et en même temps sur ces mots (CN), quelle est la force de la douleur sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifierait pas de douleur du tout, et 10 la pire douleur que vous puissiez avoir, à combien évaluez-vous la douleur que vous ressentez maintenant ? »

7. Sensation corporelle de la douleur

« Où ressentez-vous le plus cette douleur dans votre corps ? »

8. Désensibilisation (stimulations bilatérales)

« Regardez mes doigts »

« Concentrez-vous sur la douleur et dites-vous à vous-même (CN) »

« Sentir la douleur dans (endroit du corps mentionné) »

Laissez le patient se concentrer et demandez : « Ok. Sentez vous la douleur ? »

« Suivez mes doigts avec vos yeux »

Série de mouvements oculaires

« Que remarquez-vous maintenant ? »

« Restez avec ça » ou « Concentrez-vous là-dessus »

SBA

Continuez jusqu'à qu'il n'y ait plus de changement (chaîne d'associations).

SUP > 0 : retournez à la cible, à la douleur actuelle

1. « Si vous pensez à la douleur ou si vous vous concentrez sur la douleur, quelle force a-t-elle (note 0 à 10) ? Qu'est ce qui maintient cette douleur à ce chiffre ? Quel aspect de la douleur maintient ce chiffre ? »

2. « Restez avec ça » ou « Concentrez-vous là-dessus »

3. Série de mouvements oculaires

4. Répétez cette procédure jusqu'à ce que le SUP = 0

SUP = 0

Continuez avec la phase 9

Attention : si SUP > 0 à la fin de la séance : continuez à la phase 8

9. Installation de la CP (si SUP = 0)

a. Testez le VoC

« Si vous vous concentrez sur cette douleur et les mots (CP), sur une échelle de 1 (complètement faux) à 7 (complètement vrai), dites-moi à quel point vous ressentez ces mots comme vrais maintenant ? »

b. Nouvelle série de mouvements oculaires. « Concentrez-vous sur la douleur en vous disant à vous-même (CP) »

SBA

Testez le VoC

Contrôlez le VoC après chaque série de mouvements oculaires et continuez jusqu'à ce que le VoC = 7

10. Installation de « l'image-antidote »

a. Si votre patient dit qu'il/ elle sent une différence dans la force de la douleur, posez-lui des questions qui peuvent créer une ressource :

« Qu'y a-t-il à la place de la douleur ? »

« Qu'est-ce qu'il y a maintenant, là où était la douleur avant ? »

Si la douleur ne change pas, vous pouvez demander :

« Qu'est-ce qui peut enlever la douleur ou en tout cas diminuer la douleur ? »

b. « Faites une image/ une photo de ça. » Installez cette image. Eventuellement quand cela change :

« C'est quoi exactement » ou « A quoi cela vous fait penser ? »

Continuez avec la stimulation bilatérale jusqu'il n'y ait plus de changement.

c. Associer un mot métaphorique et l'installer, par exemple :

« Mentionnez un mot qui convient à votre sentiment quand vous vous concentrez sur cette image »

Continuez la stimulation bilatérale jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de changement.

11. Scanner du corps (après installation de la CP, si le SUP = 0)

« Concentrez-vous sur la douleur tout en vous disant (CP), passez en revue mentalement votre corps en entier et notez si vous sentez encore une tension »

S'il y a une tension : série de mouvements oculaires et demandez : « Qu'est ce qui vient/ Que notez vous maintenant ? » Continuez les mouvements oculaires jusqu'à ce que la tension disparaisse et/ ou qu'il n'y ait plus d'associations nouvelles.

12. Clôture positive (à la fin de chaque séance)

- a. « Qu'avez-vous appris de positif sur vous-même dans cette séance au sujet de votre douleur ? »
Si nécessaire : « Qu'est-ce que ça dit de vous-même ? »
- b. Installez avec des mouvements oculaires jusqu'à qu'il n'y ait plus de changement
- c. Explication de ce qui peut se passer dans les prochains jours : l'intensité de la douleur pourrait augmenter temporairement. C'est parfois le cas, mais pas toujours.

► **Protocole de prise en charge approfondi : utiliser la sensation douloureuse pour découvrir son origine**

Il n'y a pas de procédure spécifique indiquant la cible à traiter en priorité. Nous sommes renvoyés à notre sens clinique permettant d'hypothétiser l'étiologie psychique de la douleur ou les facteurs maintenant les symptômes douloureux. Cette hypothèse donne la direction du plan de ciblage.

Suivant cette hypothèse, l'utilisation du protocole standard EMDR chez ses patients permettrait un retraitement de fond de l'étiologie de l'installation de la douleur chronique.

Néanmoins, il n'est pas toujours possible, chez des patients qui « verbalisent » le trauma à travers le corps, de pouvoir le conscientiser et retravailler les événements de vie responsables de leurs symptômes (Brennstuhl *et al.*, 2014). Un protocole EMDR spécifique à la douleur s'avère alors être un pont d'affect particulièrement efficace pour retracer le fil et l'étiologie de la douleur. En partant du corps et en suivant les canaux mnésiques, comme le permet la thérapie EMDR, des liens vont pouvoir se conscientiser, par le patient lui-même, lors des associations libres, entre le ressenti sensitif de la douleur, et des cognitions, émotions, voire souvenirs spécifiques.

Le thérapeute peut décider soit de laisser libre cours à ces associations et les retraiter, soit d'en faire une cible spécifique à retraiter avec un protocole EMDR standard (figure 51.1).

Par ailleurs, retraiter le passé avec la thérapie EMDR n'est pas suffisant. Nous devons également suivre le protocole et le plan de ciblage, afin de passer en revue le présent ainsi que le futur.

En cela, le protocole EMDR spécifique à la douleur est encore une fois bien utile. La mémoire douloureuse dysfonctionnelle peut encore être active alors que les souvenirs en lien ont été retraités. Il s'agit alors de désensibiliser la sensation douloureuse à l'aide de ce protocole. L'idée fondamentale est alors de proposer une démarche de prise en charge globale des différentes composantes de la douleur chronique, mais également de prendre en compte la douleur comme un trouble réactionnel.

Comme le montre la figure 51.1., il s'agit alors de procéder par deux biais différents. Soit les événements de vie marquants ont été identifiés et sont mis en lien par le patient comme pouvant provoquer ou tout du moins avoir un impact sur la douleur. Soit ce n'est pas le cas.

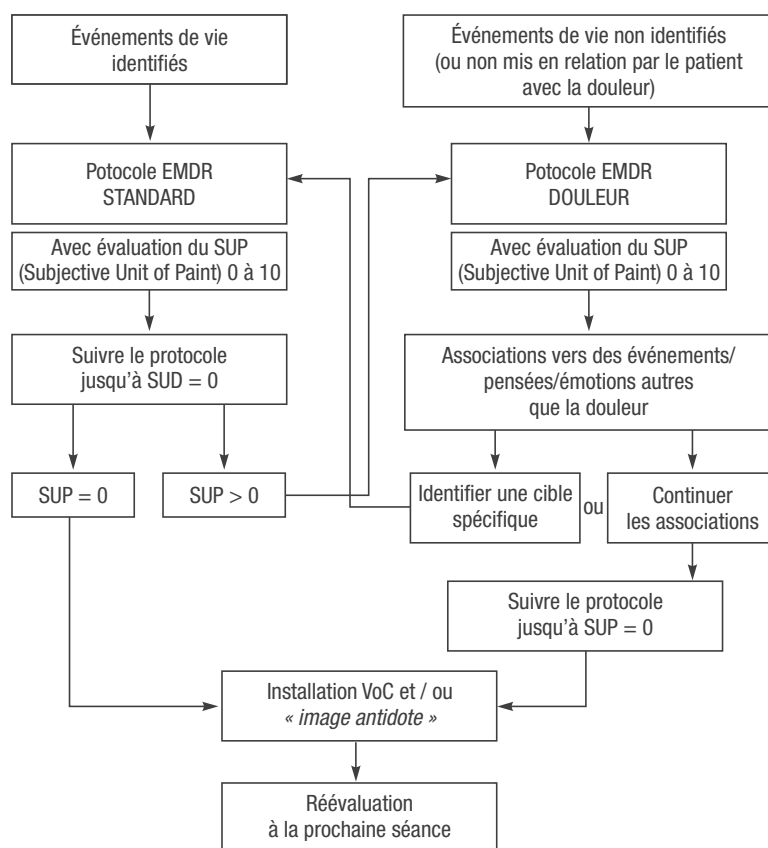


Figure 51.1. Protocole approfondi de prise en charge de la douleur chronique (Brennstuhl, 2013)

Si les événements de vie sont identifiés et mis en lien, il convient alors d'appliquer le protocole EMDR standard afin de désensibiliser et retraiter les souvenirs dysfonctionnels en lien avec ces événements. En partant de l'hypothèse que la douleur peut être considérée comme un trouble réactionnel telle que l'ESPT, l'application de ce protocole aura déjà un impact sur la sensation douloureuse. Néanmoins, la douleur est également considérée en tant que telle comme une mémoire corporelle dysfonctionnelle, il paraît donc primordial, une fois l'application du protocole standard sur les différents événements de vie effectuée, de désensibiliser et retraiter la douleur elle-même, afin d'avoir une action globale. De cette manière, une action sur toutes les composantes de la douleur chronique mais également sur son étiologie psychique potentielle aura été possible.

Si, par contre, les événements de vie ne sont pas identifiés ou en tout cas ne sont pas mis en lien par le patient comme pouvant avoir quelconque impact sur sa douleur actuelle, il s'agit alors d'utiliser le protocole EMDR spécifique à la douleur, comme une porte d'entrée. En

ce concentrant sur la sensation douloureuse dans le protocole douleur, tout comme nous le ferions sur un événement de vie dans le cadre du protocole standard, et grâce aux stimulations bilatérales alternées, nous allons mettre en route le processus associatif et permettre des *insights*. Nous avons fait le choix de continuer avec ces associations, sans revenir sur la sensation douloureuse, jusqu'à ce que le canal associatif soit vide. Il est possible toutefois d'extraire ces *insights* et événements de vie qui émergent et d'en faire un ciblage à part, à retraiter avec le protocole EMDR standard. Cette deuxième procédure semble adéquate face à des événements de vie traumatiques, en accord bien évidemment avec le patient.

Encore une fois, en procédant ainsi, nous aurons une action sur toutes les composantes de la douleur chronique et de son étiologie potentielle, mais surtout nous aurons respecté les croyances préalables du patient et son rythme d'intégration des informations.

En effet, la particularité de nombreux patients douloureux chroniques réside dans la difficulté à exprimer leurs émotions et conscientiser les cognitions et émotions négatives, qui s'exprimeront alors sous forme de plainte physique. Leur donner une porte d'entrée à travers la sensation corporelle (et le protocole EMDR douleur) permet donc de contourner les barrières défensives et d'avoir accès au contenu émotionnel, jusqu'ici difficilement accessible. Tout cela bien sûr en maintenant les capacités de contrôle de l'individu puisqu'il fera les liens et libérera les émotions, non pas à la demande ou appuyé par le thérapeute, mais de manière naturelle, de lui-même, au cours des stimulations et associations permises par l'EMDR.

S'il apparaît également que la douleur peut être considérée comme « l'arbre qui cache la forêt », l'intérêt de l'utilisation conjointe du protocole EMDR standard du protocole EMDR douleur est alors inhérent. Diminuer la sensation douloureuse par divers moyens (médicaments, hypnose, désensibilisation par le protocole EMDR douleur...) va enlever la béquille du patient, qui lui servait jusqu'alors à faire face aux émotions. Ne pas traiter et prendre en charge ce qui se trouve derrière la douleur reviendrait à ne traiter que le symptôme douloureux, et pourrait être néfaste pour le patient.

Que l'on accède à l'étiologie de la douleur par le biais direct des événements et du protocole standard EMDR ou à travers un pont d'affect permis par le protocole EMDR douleur, il paraît fondamental de retraiter les souvenirs du passé en lien avec l'apparition et le maintien de la douleur, mais également de désensibiliser et retraiter le ressenti douloureux et la mémoire corporelle dysfonctionnelle, tout en finissant par travailler le futur.

Il est également important de noter la possibilité qu'aucun événement ne survienne ou ne soit identifié dans le cas de l'utilisation du protocole EMDR douleur. Il est alors possible de l'utiliser uniquement tel qu'il a été créé : pour diminuer uniquement la sensation douloureuse.

Le travail en thérapie EMDR n'est cependant pas suffisant. Un travail psycho-éducatif à visée d'expression des émotions sera nécessaire. En effet, pour que le processus de somatisation

ou de trouble réactionnel à travers le corps ne se reproduise pas, il est fondamental que le patient puisse apprendre à connaître, repérer et exprimer de manière efficiente ses émotions.

L'adaptation du protocole EMDR standard à diverses pathologies dans le champ de la santé et de la maladie est en plein essor. Il ne faudrait surtout pas tomber dans le travers qui consisterait à proposer un protocole à chaque pathologie. C'est ce que montre la problématique de la douleur chronique qui doit conduire le psychothérapeute en envisager le traitement non seulement du symptôme mais plus largement de l'histoire traumatique du patient.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (1999). « Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique », Paris, ANAES.

ATALLAH F., GUILLERMOU Y. (2004) « L'homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 23, 722-729.

BRENNSTUHL M.J. (2013) *Utilisation de la thérapie EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing - dans le cadre de la douleur chronique : efficacité et perspectives cliniques* (Thèse de doctorat), Université de Lorraine.

BRENNSTUHL M.J., TARQUINIO C., MONTEL S. (2014) « Chronic pain and PTSD : evolving views on their comorbidity », *Perspectives in Psychiatric Care*, doi : 10.1111/ppc.12093.

BRENNSTUHL M.J., TARQUINIO C., STRUB L., BASSAN, F. (2014) « Traitement de la douleur et aide psychologique », in *Psychologie de la santé : Applications et interventions*, Fisher GN & Tarquinio C, Paris, Dunod.

CHUNG K., TSO K., YEUNG W., LI W. (2012) « Quality of life in major depressive disorder : the role of pain and pain catastrophizing cognition », *Comprehensive Psychiatry*, 53(4), 387-395.

DE ROOS C., VEENSTRA S. (2010) « EMDR Pain protocol for Current Pain », in *EMDR Scripted Protocols*, Luber M, New-York, Springer Publishing Company, p. 537-557.

FRIEDBERG F. (2004) « Eye movement desensitization in fibromyalgia : a pilot study », *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10, 245-249.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) (2008) *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*, Saint Denis la Plaine, HAS.

HEKMAT H., GROTH S., ROGERS D. (1994) « Pain ameliorating effect of eye movement desensitization », *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(2), 121-129.

KAVAKCI O., KAPTANOGLU E., KUGU N., DOGAN O. (2010) « EMDR : a new choice of treatment in fibromyalgia ? A review and report of a case presentation », *The Journal of Clinical Psychiatry*, 13(3), 143-151.

MAZZOLA A., CALCAGNO ML., GOICOCHEA MT., PUEYRREDON H., LESTON J., SALVAT F. (2009) « EMDR in the treatment of chronic pain », *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(2), 66-79.

MEEUS M., NJIS J., VAN MOL E., TRUIJEN S., MEILEIR K. (2012) « Role of psychological aspects in both chronic pain and in daily functioning in chronic fatigue syndrome : a prospective longitudinal study », *Clinical Rheumatology*, 31(6), 921-929.

MELZACK R., CASEY K.L. (1968) « Sensory, motivational and central control determinants of chronic pain : A new conceptual model. », in *Skin Senses*, Kenshalo DL, Seattle, Thomas.

MERSKEY H., BOGDUK N. (1994) « Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms », in *Force on taxonomy of the international association for the study of pain*, Seattle, IASP.

O'REILLY A. (2011) « Depression and anxiety in chronic pain : a review », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21, 126-131.

ROYLE L. (2008) « EMDR as a therapeutic treatment for chronic fatigue syndrome (CFS) », *Journal of EMDR practice and research*, 2(3), 226-232.

SANDERS S.H., HARDEN R., VICENTE P.J. (2005) « Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Interdisciplinary Rehabilitation of Chronic Nonmalignant Pain Syndrome Patients », *Pain practice*, 5(4), 303-315.

SCHWARTZ M., STEIN T., WALD E., SHA N., SONTY N. (2011) « Risk and resilience in chronic pain : anxiety and self-efficacy as mediators in the relationship between pain intensity and disability », *The Journal of Pain*, 12(4), 82.

SHARP T.J., HARVEY A.G. (2001) « Chronic pain and post-traumatic stress disorder : mutual maintenance ? » *Clinical Psychology Review*, 21, 857-877.

Chapitre 52

EMDR et difficultés sexuelles : une illustration avec le vaginisme

Cyril Tarquinio
Pascale Tarquinio
Laura Vismara

Quel homme n'a pas été préoccupé par des troubles inattendus de l'érection ou par une éjaculation plus rapide que d'ordinaire ? Quelle femme n'a pas ressenti de douleurs lors d'un rapport sexuel ou ne s'est pas inquiétée de sa difficulté à obtenir un orgasme ? L'enquête « Contexte de la Sexualité en France (enquête CSF) réalisée en 2006 (Bajos et Bozon, 2008) auprès de 5 751 femmes et 4 637 hommes âgés de 18 à 69 ans, a montré par exemple que pour 27 % des personnes interrogées la sexualité était un problème. Les personnes concernées souffraient selon les cas de dyspareunie (18 %), d'absence de désir (femme 41,7 % et homme 26,4 %), d'anorgasmie (40 %), de trouble de l'érection (23 %) ou encore d'éjaculation précoce (41,3 %). Dans cette même étude, 17,3 % des femmes et 20,3 % des hommes trouvaient d'ailleurs que leur vie sexuelle n'était pas satisfaisante. Aux États-Unis, on estime qu'une personne sur sept souffre d'une difficulté sexuelle et plus de 50 % de la population y seront confrontés, au moins une fois dans leur vie (Kelly, 2006). L'étude de Lauman et al., (1999) portant sur près de 1 749 femmes et 1 410 hommes âgés de 18 à 59 ans, montre que 3 % à 33 % des participants affirmaient avoir vécu dans les mois précédant l'enquête une difficulté sexuelle.

Depuis les années 1970, notamment avec la publication de *Human Sexual Inadequacy* par Masters et Johnson, les psychologues et les médecins accordent une attention de plus en plus grande aux problèmes sexuels et aux demandes formulées dans ce domaine.

Selon Langis et Germain (2009), la difficulté sexuelle peut se définir comme « une situation qui empêche le bon déroulement de la relation sexuelle.. » Il est possible d'utiliser un questionnement de base pour appréhender les difficultés sexuelles :

1. Depuis combien de temps dure ce problème et dans quelles circonstances est-il apparu ?
2. Est-ce une difficulté primaire (présente de tout temps) ou secondaire (acquise) ?
3. Quelle est sa fréquence ?
4. La difficulté est-elle permanente (généralisée), situationnelle (elle apparaît seulement dans certaines circonstances ou dans des pratiques particulières), sélectives (seulement avec certains partenaires) ?
5. Quelles explications le patient peut-il en donner au regard de sa propre analyse et de celle de son (sa) conjoint(e) ?

La prise en charge de ces problématiques sexuelles suppose de comprendre si la difficulté sexuelle peut s'expliquer par des facteurs psychologiques ou principalement par des facteurs biologiques. Un trouble de l'érection peut par exemple être le fait d'une peur a priori de ne pas satisfaire l'autre, d'une affection médicale, d'une prise de drogue, d'alcool ou d'un médicament, voire d'une combinaison de plusieurs facteurs. Il est évident qu'une réponse sexuelle adaptée nécessite un corps en parfait état de marche. Ce qui implique que les organes sexuels, les systèmes nerveux endocrinien et vasculaire ne doivent donc pas poser de problèmes et être fonctionnels. Le diabète, les maladies cardiovasculaires, ou les maladies portant atteintes au centre de la moelle épinière par exemple, qui interviennent dans la réponse sexuelle sont susceptibles d'influer la sexualité, notamment en l'altérant. Les déséquilibres hormonaux¹, qui à cet égard peuvent concerner tant les hommes que les femmes peuvent aussi avoir cet effet délétère. Il est également essentiel que le clinicien s'assure que le patient ne souffre pas d'atteinte des tissus des organes génitaux qui, bien entendu, vont affecter la réponse sexuelle (hymen trop fibreux, inflammation de l'endomètre (ou des paramètres andomètres), atteinte des muscles de la région pelvienne, pour les femmes ; phimosis², déchirure du frein pour les hommes). Il enquêtera également sur les consommations éventuelles du patient, on connaît les effets de l'alcool (troubles érectiles, troubles du désir retard de l'orgasme), du tabac (risque de problèmes érectiles), des amphétamines (à faible dose augmentation du désir, retard de l'orgasme, lors d'une utilisation régulière perte de l'éjaculation ou fortement retardée, trouble de l'érection), de la marijuana (diminution du désir), de la cocaïne (troubles de l'érection, trouble de l'éjaculation) ou des ecstasy (trouble de l'érection, inhibition de l'éjaculation, retard de l'orgasme, baisse du désir) sur les difficultés sexuelles.

1. Chez l'homme, un déséquilibre hormonal peut être la cause d'une dysfonction érectile. La testostérone, la prolactine ou les hormones thyroïdiennes influent sur sa libido, l'érection et parfois même l'éjaculation. Chez la femme, l'œstrogène et la progestérone sont les hormones les plus fondamentales. Les œstrogènes, en particulier, ont un rôle fondamental sur la libido. Après un accouchement notamment, l'impregnation hormonale se modifie et entraîne souvent une baisse de la libido, passagère la plupart du temps.

2. Le phimosis est une affection du pénis ou du clitoris. Lors de l'érection, le prépuce du pénis ou le capuchon du clitoris ne peut se rétracter derrière le gland du pénis ou du clitoris (le gland ne peut pas être décalotté.)

Des facteurs souvent psychologiques sont également à l'origine d'une bonne partie des difficultés sexuelles. Même les causes biologiques ne sont pas sans conséquences sur la sphère psychique des patients. La peur, la honte, la culpabilité, la rancœur ou la colère peuvent être à l'origine des troubles de la sexualité. Des émotions négatives comme le stress, l'anxiété ou la dépression sont donc des facteurs majeurs à prendre en compte et à traiter dans ce type de problématique. Il est également important de prendre en considération la question du psychotraumatisme qui peut accompagner l'expérience sexuelle des patients durant l'enfance, l'adolescence (abus sexuels, viols...) ou la vie adulte (viols, agressions à caractère sexuel...) Mais, il est également nécessaire de lutter contre les tabous d'une éducation et d'une morale trop rigide qui sont autant d'obstructions à une sexualité épanouie. Enfin, il n'est pas possible d'occulter le fait que les facteurs relationnels propres au couple peuvent intervenir. La panne érectile peut être par exemple l'indicateur de la difficulté de fonctionnement du couple (Colson, 2001). La monotonie qui s'installe conduit les activités sexuelles vers une routine qui les rend prévisibles, ce qui peut déterminer une baisse du désir. Nous pouvons souligner également le manque de communication intime, qui dans les couples reste parmi les problèmes les plus répandus dans l'émergence des difficultés sexuelles (Greef et Malherbe, 2001).

DIFFICULTÉS SEXUELLES ET EMDR

Cette première partie est l'occasion pour nous de présenter une difficulté sexuelle parmi les plus répandues : le vaginisme. Nous nous proposons ici de définir ce trouble, puis, dans un second temps, d'en identifier ses causes et enfin nous illustrerons sa prise en charge avec la psychothérapie EMDR.

► Le cas vaginisme

● Présentation générale

Une contraction réflexe et involontaire des muscles releveurs de l'anus et des adducteurs entourant le vagin est à l'origine du vaginisme. Cette contraction de ces muscles situés au même niveau que l'hymen empêche toute pénétration ou la rend très douloureuse. Le corps possède un système de défense qui interdit toute intrusion d'un corps étranger. Dans les faits la femme contracte involontairement ses muscles vaginaux lorsqu'elle est confrontée à une tentative de pénétration. C'est un trouble de la sexualité plutôt rare même si les données épidémiologiques varient selon les auteurs de 12 % à 17 % chez Hyde *et al.*, (2004) à 20 % à 30 % chez Grafeille (2007). Selon le DSM-IV-R (2004).

Trois éléments sont nécessaires pour identifier un vaginisme :

1. Un spasme involontaire répété ou persistant de la musculature du tiers externe du vagin perturbant les rapports sexuels (il s'agit notamment de la partie interne du releveur de l'anus) en cas de tentative de pénétration par le pénis, le doigt, un tampon hygiénique ou un spéculum ;
2. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles ;
3. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'axe I du DSM-IV, et elle n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Pourtant, sur le plan anatomique, les orgasmes sexuels sont parfaitement normaux, le désir et la phase d'excitation le sont aussi, ainsi que la lubrification¹. On distingue classiquement le vaginisme primaire et secondaire.

Le vaginisme primaire, reste le plus fréquent. Les causes les plus fréquentes sont les agressions sexuelles subies pendant l'enfance (viols, tentatives de viol ou inceste), mais il peut s'agir également de blessure physique ou de traumatisme de la vulve.

Pour le vaginisme secondaire, nous retrouvons des manifestations identiques à celles du vaginisme primaire, la différence se situant dans la temporalité. La survenue du vaginisme se fait alors que l'activité sexuelle était vécue comme satisfaisante, ce qui le qualifie de secondaire. Ainsi, c'est l'anticipation de la douleur qui provoque une contraction involontaire des muscles vaginaux. Cette douleur induite va entretenir la peur anticipée de la douleur établissant ainsi, un cycle infernal douloureux.

● *Étiologie*

Les causes physiques du vaginisme sont nombreuses (infection vaginale, insuffisance de lubrification, suites d'un traitement du cancer du col de l'utérus ou du rectum par radiothérapie ou curiethérapie, hymen non élastique obstruant l'entrée du vagin, cause neurologique, accouchement...) Le psychothérapeute doit prendre en considération ces causes (travail en collaboration avec un médecin sexologue), mais son rôle va s'orienter essentiellement vers la prise en charge des causes psychologiques du vaginisme qui peuvent être le fait :

- D'un abus, d'un viol ou d'une agression sexuelle ou tentative ;
- D'une peur de la douleur activant stress et angoisse² ;
- D'une peur ou d'une phobie de tomber enceinte ;

1. Chez certaines femmes la seule anticipation de la pénétration peut déclencher la contraction vaginale.

2. Il peut à cet égard s'agir d'une réaction conditionnée à des expériences sexuelles douloureuses ou traumatisantes.

- D'examens pelviens traumatisants ;
- D'une conception erronée au sujet de la douleur et du saignement associé à la rupture de l'hymen
- Peur intense de la pénétration vaginale ;
- D'une peur de la perte de contrôle et de la maîtrise du corps, incapacité à lâcher prise à se laisser aller ;
- D'une attitude plutôt fermée vis-à-vis de la sexualité ;
- De la présence d'un autre comme facteur affectif déclenchant ;
- De troubles de l'identité sexuelle (asexualité, homosexualité, ou troubles identitaires) en particulier pour les vaginismes de situation et non totaux.

● Contribution à la prise en charge de la femme vaginique avec la thérapie EMDR

La plupart du temps, la perspective temporelle (cf. Tarquinio et Tarquinio, 2015 pour plus de développement sur ce point) dans le traitement du vaginisme est au regard de l'étiologie du trouble de type Passé, Futur et Présent (Tableau 52.1)¹.

Tableau 52.1. Perspective temporelle utilisée dans la prise en charge du vaginisme.

Passé	Présent	Futur
1	3	2
Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	Déclencheurs actuels	Défis futurs

C'est là une originalité importante qui découle du travail spécifique qui pourra, à un moment ou à un autre, être réalisé par le couple en autonomie, en dehors du cabinet. C'est pourquoi la tâche du psychothérapeute sera d'une part de traiter les événements passés (souvenirs sources) et les défis du futur qui sont des angoisses par anticipation associées à des représentations dysfonctionnelles, qu'il s'agira de reconfigurer. Il s'agit classiquement d'un travail *in vitro* ou de nature purement cognitive. C'est dans un troisième temps que les déclencheurs actuels seront traités de manière plus spécifique, *in vivo*, notamment en invitant les patients à un auto usage de l'EMDR dans le cadre de leur pratique sexuelle.

1. Il reviendra au praticien d'opérer ce choix en fonction de la situation de ses propres patients. Notre proposition n'est ici, qu'une indication !

Présentation du cas Marie

Nous vous présentons pour illustrer notre démarche le cas de Marie 36 ans et de Paul, son mari depuis 10 ans, qui est âgé de 43 ans. Le couple est venu consulter pour ce qui s'avérera être chez la femme un vaginisme. Aucune conjugopathie n'a été repérée dans ce couple. En revanche, nous avons pu observer un manque d'information sexuelle et de connaissances corporelles chez les deux conjoints. La première expérience sexuelle de Marie à 17 ans fut un fiasco et elle en garde un souvenir toujours très vif dans le présent. Il est à noter que c'est le seul souvenir en lien avec son trouble, dont elle souffre depuis toujours selon elle, même si la situation est particulièrement marquée depuis 5 ans. Elle est très anxieuse, voire phobique de la pénétration.

Voici les 7 étapes que nous avons appliquées dans la prise en charge de la problématique de Marie :

1. Démarche psychopédagogique ;
2. Application de techniques de régulation des émotions ;
3. Utilisation de plans de ciblage pour l'identification des souvenirs sources ;
4. Traitement des cibles du passé avec le protocole standard ;
5. Application de la technique des flash-forwards de Logie et de de Jongh (2014) et scénario du futur (cf. Tarquinio & Tarquinio, 2015 pour un développement) ;
6. Application du Sensate Focus de Masters et Johnson ;
7. Adaptation dans le cadre d'un travail de couple d'un usage épuré et adapté de certains principes de l'EMDR à des fins de désensibilisation en lien avec la feuille de hiérarchisation dans le vaginisme de Jarrousse et Poudat (1992).

Étape 1. Démarche psychopédagogique

Il est important voire parfois indispensable pour le thérapeute d'expliquer et de faire comprendre aux patients ce qu'est le vaginisme, tant du point de vue de son étiologie, de sa manifestation symptomatique, que de ses conséquences. En effet nos patients sont souvent demandeurs de lecture lorsqu'ils consultent pour une difficulté sexuelle. Ces ouvrages en question peuvent les aider à comprendre, mais aussi à les inspirer dans leur sexualité. Une telle démarche permet de leur donner des idées et de compléter leurs démarches thérapeutiques. Il est possible de leur proposer des livres de conseils directs (ou *self help books*) et des livres de fiction comme *Les cinquantes nuances de Grey* de James (2012). À ce stade, le psychothérapeute devra s'assurer qu'il maîtrise bien la problématique sexologique qu'il doit prendre en charge et si ce n'est pas le cas, il lui faudra chercher l'aide d'un sexologue formé.

Étape 2. Application de techniques de régulation des émotions

Dans la prise en charge de Marie il nous a semblé essentiel de procéder à un travail de stabilisation de la patiente. Ainsi nous avons mis à sa disposition un ensemble de compétences qui pourront être mobilisées tout au long de la maladie et qui lui permettront au besoin de contenir les émotions qui se manifestent parfois de façon très envahissantes et vives chez elle. Nous lui avons proposé le protocole RDI de Leeds (1995), l'apprentissage du *Heart Lock-in* ou de la technique du *Freeze* et de l'exercice des 4 éléments de Lobenstine et Shapiro (2007).

Étape 3. Utilisation de plans de ciblage pour l'identification des souvenirs sources

Deux plans de cibrages particulièrement intéressants peuvent être utilisés par le thérapeute : la méthode classique du *float-back* et la méthode des symptômes aux cibles (ou SAC). Ce dernier s'appuie sur les symptômes. L'idée est de replacer de manière linéaire les souvenirs en lien avec les symptômes dans l'histoire du sujet. Cette approche est en fait une articulation du protocole standard et du protocole pour les phobies (de Jongh, Ten Broeke, 2007 ; de Jongh et al., 1999). Après avoir identifié le ou les événement(s) source(s) associés aggravant(s) du symptôme le thérapeute établit un graphique de l'évolution de l'intensité de celui-ci au cours du temps (cf. Tarquinio & Tarquinio, 2015) en y repérant « les coudes » de la courbe c'est-à-dire les points d'aggravation. Puis le thérapeute détermine les souvenirs à traiter ainsi que l'ordre de leur traitement et traite chaque cible en suivant le protocole standard. Même si nous avons une préférence certaine pour le SAC, qui fonctionne bien dans un tel contexte, du fait sans doute de la spécificité du symptôme vaginique, nous suggérons aux cliniciens d'intégrer les deux plans de cibrages en commençant par le *float-back*, puis en appliquant le SAC. Il s'avère que ces deux approches peuvent apporter des éléments cliniques utiles et complémentaires.

RÉSULTATS DU FLOAT-BACK ET DE LA MÉTHODE DU SAC DU CAS MARIE

Le psychothérapeute : « Il convient de comprendre ce qui vous a conduit à cette situation dans votre vie sexuelle. Vous n'êtes pas née avec le problème. Nous allons tenter par le biais de plusieurs méthodes, de neutraliser les souvenirs qui sont des explications à la survenue de votre peur de la pénétration. Votre peur a commencé à cause de certains événements négatifs. Par la confrontation à ces expériences négatives, vous avez appris à craindre la pénétration. En tant que souvenir, ces expériences sont toujours actives dans votre mémoire et la confrontation à des événements similaires dans le présent réactive les émotions de cette (ou ces) expérience(s) négative(s) antérieure(s). Ce sont ces événements ou expériences négatives que nous allons maintenant aller chercher ensemble dans votre mémoire, afin de les rendre neutres et qu'ils ne vous perturbent plus. »

A. Résultat du *float-back* :

Image de départ : dernière tentative de rapport sexuel.

Cognition négative : je suis impuissante.

Émotion : j'ai peur.

1^{er} souvenir perturbant : expérience sexuelle extraconjugale il y a 8 ans.

Image : le rapport sexuel « trop sexuel. »

Cognition négative : je suis coupable.

2^{ème} souvenir perturbant : première expérience sexuelle à 17 ans.

Image : l'acte sexuel en soi.

Cognition négative : je suis en danger.

B. Résultat de la méthode des symptômes aux cibles SAC

Choix du symptôme de départ : le vaginisme (en tant que tel !).

Souvenir perturbant complémentaire : la patiente est revenue sur les deux souvenirs perturbants identifiés lors du *float back* en soulignant l'intensité de l'anxiété qui leur a été associée, tout en apportant une précision complémentaire avec le rappel d'une scène nouvelle. Il y a cinq ans son mari, s'est acharné à tenter de la pénétrer. Durant cette scène, elle a eu le sentiment d'avoir « déconnecté. » C'est pour elle un souvenir particulièrement marquant et anxiogène de sa vie sexuelle, presque vécu comme un viol. Ce fut choquant pour elle.

Nous avons demandé à Marie de reporter sur un graphique, les trois scènes (issues des deux plans de ciblage), tout en indiquant graphiquement le niveau d'intensité de l'anxiété qui leur a été associée. Ce graphique précise assez bien l'orientation à donner dans le traitement des cibles avec la psychothérapie EMDR, notamment en terme d'application du protocole standard.

Étape 4. Traitement des cibles du passé avec le protocole standard

Toutes les cibles ont été traitées à partir de l'application du protocole standard.

Étape 5. Application de la technique des *flash-forwards* de Logie et de de Jongh (2014) et scénario du futur

Lorsque toutes les cibles du passé ont été traitées avec le protocole standard il peut rester des peurs irrationnelles chez le patient, il est alors intéressant d'appliquer la procédure *flash-forward* (Logie et de Jongh, 2014). On peut définir le *flash-forward* comme une sorte de représentation mentale d'un événement négatif futur redouté et improbable. Précisons que la procédure du *flash-forward* n'est pas réductible à un scénario du futur, en ceci qu'elle est plus centrée sur le niveau de perturbation que provoque chez le patient un scénario catastrophe, alors que le scénario du futur a pour finalité d'installer dans le futur un comportement ou une cognition adaptée à un futur envisagé en des termes positifs. En outre, le scénario du futur se met en œuvre une fois toutes les cibles traitées. L'état anxieux du patient ayant totalement disparu, on peut avec lui envisager un futur serein et positif.

La procédure du *flash-forward* peut donc être utilisée lorsque les peurs et les angoisses anticipatrices sont encore présentes, que toutes les cibles du passé ont été traitées et qu'il n'est plus possible pour le clinicien d'en identifier d'autres et lorsque le thérapeute observe la mise en échec du scénario du futur qui peut devenir caduc et peu consistant une fois installé.

Ainsi, si la perspective d'un futur sécuritaire et serein dans la problématique du sujet s'étiole, le praticien pourra avantageusement utiliser la procédure *flash-forward*, puis dans un second temps ré-installer à nouveau un scénario du futur.

LA PROCÉDURE DU FLASH-FORWARD APPLIQUÉE AU CAS MARIE

Psychothérapeute : « Qu'est-ce que vous craigniez qu'il puisse arriver de pire ou qui se passe mal si vous étiez confrontée à la situation où votre mari tente de faire l'amour avec vous et tente de vous pénétrer avec son sexe ? Quelle serait la pire des choses qui pourrait selon vous arriver, le pire des cas possibles ? Essayez de l'imaginer dans votre tête et d'observer ce qui se passe alors en vous ? »

Marie : « Hum, en fait quand j'y pense... quand je pense à ma plus grande peur, à ce dont j'ai le plus peur... c'est en fait qu'il m'arrache quelque chose... que je saigne... c'est une image terrible en fait. J'ai presque le film dans ma tête. »

Psychothérapeute : « Très bien, ... dites ce qui est le pire dans cette situation... qu'est ce qui pourrait vous arriver de pire alors ? »

Marie : « Mourir... le pire c'est de mourir vidée de mon sang... »

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à cela quelle est l'image qui vous vient ? »

Marie : « Je suis dans mon sang immobile »

Psychothérapeute : « Regardez cette image de vous dans ce sang, immobile et pensez je suis impuissante, ... Sur une échelle de 0 à 10 quel est le niveau de perturbation ? »

Marie : « 10. »

Poursuivre en appliquant les phases 4 à 7 (SUD=0, VOC = 7, bon scanner corporel)

Ad de Jongh (in Logie et de Jongh, 2014) préconise dans tous les cas le choix de la cognition négative (CN) de type « je suis impuissant » (et donc j'ai le contrôle en cognition positive (CP) dans toute procédure de *flash-forward*. Il est donc inutile de chercher comme c'est le cas dans le protocole standard, ni une CN, ni une CP, ni une émotion négative car c'est toujours la peur qui sous-tendra de tels processus sur le plan émotionnel. Ainsi, dans l'application du *flash-forward* le psychothérapeute pourra assez aisément mettre en œuvre le traitement des cibles.

Étape 6. Application du *Sensate Focus* de Masters et Johnson

Le *Sensate Focus* est une phase intéressante, pour les couples en grande difficulté. C'est une procédure qui permet une reprise de contact en douceur avec son corps et le corps de l'autre. En fonction de la situation du couple, cette phase pourra s'avérer être plus ou moins pertinente.

le SENSATE FOCUS de Masters et Johnson (résumé)

Le *Sensate Focus* se divise en quatre étapes, chaque étape se divisant également en six séances d'une durée comprise entre 25 minutes minimum et 40 minutes maximum, avec un masseur et un massé. L'homme fera trois fois le masseur et le massé, et inversement pour la femme. Il est important que les deux partenaires respectent le protocole du *Sensate Focus*, à savoir que la séance entière (déshabillage, douche, séchage et massage) doit se dérouler dans le silence.

➔ Première phase :

- ➔ Induire de la relaxation (ex : prendre un bain chaud) ;
- ➔ Les partenaires se caressent et se massent à tour de rôle sans toucher ni la poitrine de madame et ni les parties génitales ;
- ➔ L'attention doit se porter sur les sensations lors des caresses données ou reçues ;
- ➔ Communiquer ce qui plaît et ce qui ne plaît pas à son conjoint ;
- ➔ Interdiction d'avoir des rapports sexuels lors des séances mais c'est accepté en dehors de celles-ci lorsque l'envie vient naturellement.

Deuxième phase :

- ➔ Induire de la relaxation (ex : prendre un bain chaud) ;
- ➔ Les partenaires se caressent et se massent à tour de rôle en incluant la poitrine de madame et les parties génitales ;
- ➔ L'attention doit se porter sur les sensations lors des caresses données ou reçues ;
- ➔ Communiquer ce qui plaît et ce qui ne plaît pas à son conjoint ;
- ➔ S'il y a une excitation (ex : une érection), une pause doit être prise jusqu'à la fin de l'excitation, puis continuer l'exercice ;
- ➔ Interdiction d'avoir des rapports sexuels lors des séances mais c'est accepté en dehors de celles-ci lorsque l'envie vient naturellement.

Troisième phase :

- ➔ Induire de la relaxation (ex : prendre un bain chaud) ;
- ➔ Les partenaires se caressent et se massent mutuellement (ce qui correspond plus à des activités qu'ils réalisent dans la vie de tous les jours) sans insister ni sur la poitrine de madame, ni sur les parties génitales ;
- ➔ Quelques préliminaires peuvent se produire à cette étape sans insister trop dessus ;
- ➔ L'attention doit se porter sur les sensations lors des caresses données ou reçues ;
- ➔ Communiquer ce qui plaît et ce qui ne plaît pas à son conjoint ;
- ➔ Si un des deux partenaires sent l'excitation monter, une pause doit être prise jusqu'à ce que l'excitation baisse et le couple peut continuer ;
- ➔ Interdiction d'avoir des rapports sexuels lors des séances mais c'est accepté en dehors de celles-ci lorsque l'envie vient naturellement.

Quatrième phase :

- ➔ Induire de la relaxation (ex : prendre un bain chaud) ;
- ➔ Les partenaires se caressent et se massent mutuellement (ce qui correspond plus à des activités qu'ils réalisent dans la vie de tous les jours) en incluant la poitrine de madame et les parties génitales ;
- ➔ Des préliminaires sont vivement conseillés et souhaités, et des rapports sexuels sont autorisés ;
- ➔ L'attention doit se porter sur les sensations lors des caresses données ou reçues ;
- ➔ Communiquer ce qui plaît et ce qui ne plaît pas à son conjoint ;
- ➔ Si l'un des deux partenaires sent l'orgasme arriver, une pause doit être prise jusqu'à ce que l'excitation baisse et le couple peut continuer.

Cinquième phase :

Il s'agit à ce stade de renouer avec les rapports sexuels.

- ➔ Continuer à se focaliser sur ses propres sensations et celles de son partenaire ;
- ➔ Continuer à communiquer ce qu'on ressent que ce soit positif ou négatif.

Étape 7. Adaptation, dans le cadre d'un travail de couple l'application d'un usage épuré et adapté de certains principes de l'EMDR à des fins de désensibilisation en lien avec la grille de hiérarchisation dans le vaginisme de Jarrousse et Poudat (1992)

La feuille de hiérarchisation dans le vaginisme que proposent Jarrousse et Poudat (1992) présente l'immense avantage de permettre une progression du couple sur 16 items relatifs à leur pratique sexuelle qui va du regard que la femme serait capable de porter sur elle-même à la pénétration de la verge¹. Nous avons adapté cette grille, en affectant à chacun des items une évaluation du SUD, qui devra au fur et à mesure se rapprocher de 0, avant que la patiente ne puisse passer à l'item suivant. Il s'agit d'inviter la patiente qui souffre de vaginisme à progresser dans la hiérarchie proposée pour se rapprocher au plus près de la pénétration. Pour ce faire, il est demandé au conjoint de l'accompagner dans cette démarche en opérant sur elle des tapotements, sur les genoux ou les épaules en fonction de la position respective de l'homme et de la femme. Il est important de noter que ce travail peut être réalisé par une femme seule, qui pourra s'appliquer à elle-même les tapotements sur ses genoux ou épaules (étreinte du papillon). Après une phase rapide d'apprentissage de ces techniques de *tapping*, nous leur proposerons la consigne suivante.

Consigne : « Nous avons déjà effectué un travail important afin de vous aider (le couple) à envisager une vie sexuelle plus épanouie. C'est pourquoi nous avons mis en place différentes phases de prise en charge du problème de vaginisme dont madame souffrait. Nous sommes

1. L'usage d'un gel lubrifiant est indispensable pendant toutes ces étapes.

arrivés à une étape qui nécessite votre participation active à tous les deux. En fait, je souhaiterais que vous vous donniez la possibilité d'entrer dans des jeux sexuels afin, peu à peu, de vous rapprocher de la phase de la pénétration. Pour ce faire, je vais vous demander d'utiliser cette grille qui reprend 16 activités sexuelles qui va de la plus simple à la plus compliquée : la pénétration. Ainsi, je vais vous demander de progresser pas à pas, pour réapprendre les gestes d'une sexualité nouvelle. C'est vous madame qui serez au centre de cet exercice et qui allez donner le tempo. Vous débuterez par des exercices qui vous paraîtront sans doute simples comme « regarder votre corps nu dans une glace. » Je souhaiterais que vous le fassiez avec votre conjoint. Il conviendrait à chaque fois d'indiquer la date de début de l'exercice pour chacun des items. Lorsque vous ferez l'exercice, il s'agira de dire à votre conjoint ce qui se passe en vous. Si vous ressentez de l'angoisse ou de la détresse, je souhaiterais que vous puissiez l'évaluer « sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifierait aucune perturbation et 10 le plus haut niveau de perturbation que vous puissiez imaginer. » Vous reporterez ce chiffre dans la 3^e colonne du tableau pour chacun des items proposés. Vous pourrez ainsi au fur et à mesure du déroulement de cet exercice indiquer plusieurs évaluations, autant que nécessaire d'ailleurs. Si vous ressentez une angoisse ou une peur, monsieur devra alors opérer des séries de tapotements sur vos cuisses, vos genoux ou vos épaules, durant environ une minute (comme nous l'avons déjà vu ensemble). Une fois la série réalisée, il s'agira de refaire l'exercice et ainsi de suite, jusqu'à ce que la note diminue et que vous estimiez que l'exercice proposé par l'item n'est plus un problème pour vous. À ce moment-là vous passerez à l'item suivant, qui vous proposera une autre activité et vous procéderez ensemble de la même manière en alternant autant que nécessaire la réalisation de l'exercice et les séries de tapotements. Ici encore, pensez à noter les chiffres entre 0 et 10 qui donnent une indication de votre niveau de détresse. Rappelez-vous qu'il convient de mettre la date à gauche, chaque fois que vous passez à un autre item. Il se peut que la progression soit très rapide ou plus lente. Nous ne sommes pas pressés. Bien au contraire, prenez votre temps et tentez ensemble de prendre du plaisir dans ces moments d'intimité et de redécouverte, même si cela n'aboutit pas à un acte sexuel. Je vous propose de revenir avec cette grille lors de notre prochaine séance. Nous pourrions ainsi voir comment les choses se sont passées et s'il y a des points à reprendre ensemble. »

Cette procédure a été utilisée avec le couple de Marie et Paul (nous avons retranscrit leurs évaluations manuelles) et le tableau 52.2 restitue assez bien les tentatives et les réussites de ce couple à faire évoluer leur pratique dans une prise en charge du trouble vaginique. À noter que ce couple particulièrement motivé, fut plutôt rapide et pressé d'avancer et de régler cette difficulté sexuelle.

En effet en 15 jours (du 31.05.11 au 15.06.11), le couple a réalisé l'ensemble de l'exercice. Il n'en est pas toujours ainsi et il faut parfois laisser du temps au couple pour que les choses puissent se mettre en place.

Tableau 52.2. Grille de hiérarchisation dans le vaginisme (Jarrousse et Poudat, 1992), remplie par Marie et Paul de mai 2011 à juin 2011

Dates	Items	SUD (noté de 0 à 10)
31.05.11	1. Regarder mon corps nu dans une glace	4, 2
31.05.11	2. Regarder mon sexe nu dans une glace	0
31.05.11	3. Toucher mon sexe sans regarder	0
31.05.11	4. Toucher mon sexe en regardant	4, 0
31.05.11	5. Explorer mon sexe	2
31.05.11	6. Délimiter avec un doigt l'entrée du vagin	5, 4, 2, 1
7.06.11	7. Placer un doigt en restant quelques instants à l'entrée du vagin	6, 1
7.06.11	8. Pénétrer un petit doigt dans le vagin sans y rester	2
7.06.11	9. Pénétrer le médius ^a dans le vagin en contractant mon vagin dessus	3, 1
7.06.11	10. Pénétrer deux doigts dans le vagin	4, 1, 0
7.06.11	11. Caresser mon partenaire au niveau des zones sexuelles	6, 6, 7, 4, 3, 2, 2, 1
7.06.11	12. Avec partenaire : approcher un doigt en le tenant proche de la vulve sans pénétration	7, 1
7.06.11	13. Pénétrer un doigt dans le vagin	0
7.06.11	14. Pénétrer deux doigts en les tenant dans le vagin	0
7.06.11	15. Approcher la verge en la tenant proche de la vulve sans pénétration	7, 6, 5, 4, 1, 4, 2
7.06.11	16. Essayer de faire pénétrer la verge, la femme étant en position supérieure	5, 5, 4, 2, 2, 1
15.06.11	FIN	

a. Doigt du milieu ou majeur !

Cet exercice nous permet d'illustrer comment il est possible d'articuler l'approche EMDR avec la problématique spécifique de la prise en charge du vaginisme. Ainsi l'EMDR et son usage entrent au cœur même de la sexualité et de l'intimité des patients. En soi, il s'agit d'une véritable innovation qui pourra s'avérer utile dans de nombreuses situations. De ce fait, il convient alors de ne plus penser les choses de manière similaire à ce qui se passe dans le cabinet du psychothérapeute. Les patients deviennent alors les acteurs de leur propre psychothérapie. Ils deviennent des co-thérapeutes dépositaires de compétences nouvelles qu'il convient de leur transmettre avec justesse, pédagogie et précaution.

Comme nous avons pu le constater, la psychothérapie EMDR peut être d'une grande aide dans la problématique spécifique des difficultés sexuelles. A priori, cette approche est peu positionnée dans la littérature sexologique. C'est selon nous un recours de choix dans la prise en charge de difficultés sexuelles, notamment lorsque la problématique est de nature psycho émotionnelle. Les références à l'EMDR dans ce domaine sont de plus en plus nombreuses (Mignot *et al.*, 2013), même si la pratique

des cliniciens sensibilisés conjointement à l'EMDR et à la sexologie doit encore s'étoffer. Pour ce faire, il conviendrait que les psychothérapeutes, qui la plupart du temps ne connaissent que peu de choses à la sexologie fassent l'effort de s'y intéresser, ce qui malheureusement n'est pas assez le cas. Des recherches sont à mener dans ce domaine et des formations à construire notamment à l'adresse des praticiens EMDR.

BIBLIOGRAPHIE

- BAJOS N., BOZON M. (2008) *Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genres et santé*. Rapport de recherche. Paris : INSERM.
- COLSON M.H. (2001) *Il n'est jamais trop tard pour réaliser sa sexualité*. Paris : Editions de La Martinière.
- De Jongh, A., & Ten Broeke, E. (2007) Treatment of specific phobias with EMDR : Conceptualization and strategies for the selection of appropriate memories. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 46–57.
- De Jongh, A., Ten Broeke, E., & Renssen, M. R. (1999) Treatment of specific phobias with eye movement Desensitization and reprocessing (EMDR) : Protocol, empirical status, and conceptual issues. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 69–85.
- DSM-IV-TR (2004) *Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux*. 4ed. Paris : Masson.
- GRAFEILLE N. (2007) *Le travestisme*. In P. Lopès et F.X. Poudat (Eds) *Manuel de sexologie*. Paris : Elsevier Masson.
- GREEF A.P., MALHERBE, H.L. (2001) Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of sex et Marital Therapy*, 27, 3, 247-257.
- HYDE J.S., DELAMATER J., BYERS E.S. (2004) *Understanding Human sexuality*. 2d. Toronto : McGraw-Hill.
- JAMES E.L. (2012) *Cinquante nuances de Grey*. Paris : JC Lattés.
- KELLY G. (2006) *Sexuality Today : The human perspective*. 8^e ed. New York : McGraw-Hill.
- JAROUSSE N., POUDAT, F.X. (1992) *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. Paris : Masson.
- LANGIS P., GERMAIN B. (2009) *La sexualité humaine*. Bruxelles : DeBoeck.
- LAUMAN E., PAIK A., ROSEN R.C. (1999) Sexual dysfunction in the United States. *Journal of American Medicine Association*, 281, 537-544.
- LEEDS A.M. (1995) EMDR case formulation symposium. Paper presented at the annual meeting of the International EMDR Association, Santa Monica, CA.
- LEIBLUM S.R. (2007) *Principles and practices of sex therapy*. 4^{ème} Ed. New York : Guilford Press.
- LOBENSTINE F., SHAPIRO E. (2007) What is an effective self-soothing technique that I can teach my client to use at home when stressed ? *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 2, 122-124. Miller & Halper (1994) *Letting go of stress*. Inner peace Music : Chicago
- LOGIE R.D.J., DE JONGH A. (2014) The Flash-forward procedure : confronting the catastrophe, *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 1, 25-32.
- MCANULTY R., BURNETTE, M.M. (2003) *Exploring human sexuality*. Boston : Pearson Education.
- MIGNOT J., BLACHÈRE P., GORIN A., TARQUINIO C. (2013) *L'Aide mémoire de psycho-sexologie*. Paris : Dunod.
- TARQUINIO, C., TARQUINIO, M (2015) *L'EMDR, Préserver la santé et prendre en charge la maladie*. Paris : Elsevier-Masson

Chapitre 53

Maladies cardiovasculaires et EMDR

Cyril Tarquinio
Pascale Tarquinio
Laura Vismara

Il nous a semblé important de consacrer un chapitre à la problématique de la prise en charge des malades atteints par les MCV avec la psychothérapie EMDR. La perspective sera d'envisager les MCV à travers les conséquences psychologiques qu'elles imposent aux malades. Aussi, après avoir posé la problématique des MCV dans leur ensemble nous focaliserons plus spécifiquement notre attention sur la prise en charge des conséquences psychologiques de l'infarctus du myocarde. Puis nous présenterons une proposition de prise en charge intégrative, où l'EMDR trouve une place pertinente.

PSYCHOPATHOLOGIE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Le champ de la santé représente un contexte spécifique de prise en charge psychopathologique (Tarquinio & Tarquinio, 2015, Tarquinio, 2012). La maladie confronte le patient à des bouleversements de l'état de santé tels qu'ils peuvent donner lieu à des changements profonds des valeurs sur lesquelles reposait sa vie jusque-là et le conduisent à mobiliser des ressources psychiques nouvelles (Fischer & Tarquinio, 2014). Ainsi les patients qui éprouvent le besoin d'un suivi psychothérapeutique le font en raison de l'apparition de la maladie et de ses conséquences.

Selon l'OMS 16,7 millions de décès dans le monde en 2003 sont dus aux maladies cardiovasculaires (MVC), soit 29,2 % de la mortalité. 43,7% de ces décès sont consécutifs d'un infarctus du myocarde, 32,9% d'un accident cardiovasculaire cérébral, 3,9% à de l'hypertension artérielle

et 23,4% à d'autres MVC. En France en 2004 les MCV sont responsables de 28,9% des décès ce qui constitue la seconde cause de mortalité après les cancers (30%).

La fréquence des MCV s'associe à un nombre important de changements physiques ainsi qu'à des conséquences sur le plan psychique. Selon Dobbels et al. (2002), entre 15 % et 25 % des patients cardiaques souffriraient de dépression. On considère d'ailleurs, que les sujets souffrants de MCV ont en moyenne 2,65 fois plus de risques de développer une dépression que les autres (Verhaak et al. 1996). Par extension, les conséquences de la dépression sur l'évolution des MCV sont encore floues, même s'il est communément admis qu'elles représentent un facteur de risque majeur de morbidité et mortalité en période de post-infarctus du myocarde par exemple (Frasure-Smith, 1993). Enfin, et c'est un aspect essentiel, la dépression tout comme la dimension traumatique des MCV rend les malades moins observants (à l'aspirine par exemple), les conduisant ainsi à ne pas suivre correctement les prescriptions médicales tant en terme de prise de médicaments, que de respect des conseils d'hygiène de vie. Un tel phénomène a en retour des effets délétères sur l'état de santé de ces patients (Kravitz et al. 1993 ; Tarquinio et Tarquinio, 2007), avec des effets directs sur le taux de réhospitalisation par exemple, qui en raison de ces conduites d'inobservance est plus important chez ce type de malade (Shemesh et al. 2004).

Les MCV représentent également une expérience traumatique importante et spécifique. C'est à la fois un traumatisme inaugural massif et aigu, délimité dans le temps qui confronte le patient à une expérience de douleur physique aussi intense qu'inattendue, à la peur et à l'impuissance face à la possibilité d'une mort imminente, mais une fois l'état physique stabilisé, des microtraumatismes qui se succèdent et s'accumulent avec la répétition toujours possibles d'autres accidents cardiaques, voir de nouveaux traumatismes avec d'autres épisodes cardiaques massifs. Les traumatismes sont aussi le fait de l'évolution de l'état du patient et des conséquences physiques. Le patient prend conscience après, (voir simultanément) la survenue de l'accident cardiaque des séquelles physiques et de leurs conséquences sur sa vie au quotidien, des risques encourus. Il est également informé des étapes de son parcours de soin, avec d'éventuelles interventions chirurgicales, des séjours de réadaptation cardiaque, des modifications de ses habitudes de vie qui ne sont pas sans conséquences sur l'ensemble de la vie du patient à savoir sa famille et son travail. Entre 10% et 15% d'ESPT complet ou partiel en post-infarctus du myocarde (Spindler et Petersen, 2005) ont été observés même si Tedstone et Tarrier (2003) ont relevé selon les études une prévalence plus hétérogène, pouvant osciller entre 0 % et 16 %. C'est également le cas, en post-chirurgie cardiaque, où la prévalence de l'ESPT peut varier entre 11 % et 18 % (Wiedemar et al. 2007). Il est intéressant de constater qu'il n'existe pas, contrairement à ce que l'on pourrait penser, de lien entre les caractéristiques médicales des MCV et la présence d'un ESPT. Ainsi, la perte de conscience et la réanimation cardio-respiratoire au moment d'un infarctus du myocarde par exemple (Kutz et al. 1994), la sévérité objective de l'accident cardiaque (Doerfler, 1997 ; Ginzburg *et al.* 2003)

ou la durée de l'hospitalisation (Ginzburg et al, 2003 ; Thompson, 1999), ne semblent en rien prédire le développement de l'ESPT, ceci quelle que soit la nature des MCV. Les déterminants d'une réaction psychotraumatique consécutive à une MCV tiennent à vrai dire au vécu du patient pendant la phase aiguë de l'accident cardiaque (Wiedemar et al. 2007). En effet, les affects psychotraumatiques dans le cas des MCV sont très souvent associés à la peur de mourir (notamment pendant l'accident cardiaque), aux douleurs physiques toujours importantes et impressionnantes, ainsi qu'au sentiment d'impuissance et à l'impression de ne pouvoir faire appel à aucun secours, ni aucune aide. De façon assez classique sur le plan clinique, il existe un lien entre la présence d'un état de stress aigu (ESA) juste après la survenue d'une MCV et le développement d'un ESPT (Ginzburg et al. 2003). Ainsi, dans de tels contextes, les personnes qui présentent un ESA ont trois fois plus de chances de développer un ESPT sept mois plus tard (Ginzburg et al. 2003). Il semble également que les symptômes d'évitement, de reviviscence, d'hyperactivation neurovégétative et de dissociation présents dans la première semaine après une MCV soient prédictifs de l'apparition et de la sévérité de l'ESPT.

Mais les réponses des patients confrontés à la survenue et à l'installation des MCV peuvent prendre des formes moins spécifiques comme le montre la revue de la littérature de Goodwin et al. (2009). Ces auteurs ont mis en évidence un lien direct et constant entre certains troubles anxieux, comme les attaques de panique, les troubles d'anxiété généralisée ou les phobies simples et les MCV.

Bien que la prise en charge en EMDR puisse être utile dans la prise en charge des patients concernés par toutes les MCV¹, nous avons fait le choix d'illustrer une application possible en présentant le cas particulier des infarctus du myocarde.

L'EMDR repose sur le modèle TAI et sur un ensemble de protocoles structurés de prise en charge (voir chapitres de cet ouvrage). L'idée fondatrice est d'aller rechercher au plus loin dans l'histoire du patient l'événement traumatique source de sa problématique actuelle. Or la spécificité de la maladie est ici essentielle à considérer. Le patient après un infarctus peut venir consulter car souffrant de troubles anxieux ou dépressifs pour autant, il n'est pas forcément prioritaire de s'atteler au travail sur le passé du patient et de commencer par la prise en charge dans le plan de ciblage du souvenir source qui pourrait remonter à l'enfance, mais de traiter le souvenir proche de l'incident lui-même. Dans ce cas particulier c'est la problématique de santé qui conduit le patient à consulter. Et dans ce cas spécifique des MCV, la diminution des symptômes, dont nous avons évoqués les conséquences délétères sur la récupération et la potentialisation de l'état de santé du patient devient prioritaire. Autrement

1. Au regard de la littérature, la mise en place d'une prise en charge psychothérapeutique se justifie dès le début de la survenue des MCV. Comme c'est le cas pour les victimes « classiques », il convient d'envisager l'intervention au plus tôt et au plus près de l'accident cardiaque afin de réduire voire d'éviter l'installation d'une réponse psychotraumatique réactionnelle trop massive. Rappelons, qu'une fois la crise ou l'incident inaugural passé, il ne faut pas que les patients et leur entourage se satisfassent de l'évident soulagement d'être encore en vie. Il faut être conscient que l'accident cardiaque reste fondamentalement le signe d'une vulnérabilité d'abord physique et par effet induit, psychologique. Il est évident que l'usage de l'EMDR, du fait de sa pertinence dans la prise en charge des troubles réactionnels se justifie dans bon nombre de situations cardiovasculaires.

À cet égard, cet ouvrage propose une vaste palette d'outils et de concepts qui pourront aider le praticien dans ce contexte si particulier des MCV. Si comme nous l'avons évoqué, la prise en charge des malades cardiaques doit toujours s'envisager au plus près des événements, il n'est pas en revanche forcément nécessaire de s'atteler prioritairement à un travail sur le passé des malades, sauf si celui-ci s'impose (chaque psychothérapeute en fonction du cas qu'il a à traiter et de son expérience sera à même de juger.) Aussi, il s'agira le plus souvent d'un travail sur la confrontation inaugurale à la maladie, qui devrait être suivie d'une projection dans le futur, qui souvent raisonne comme une nouvelle vie pour le malade obligé de trouver les ajustements nécessaires, y compris identitaires, pour poursuivre son chemin. Le travail psychothérapeutique revêt ici une dimension particulière, qui passe par l'intégration d'une nouvelle identité, celle de malade, qui souvent raisonne comme un deuil. Le deuil de celui qu'il ne sera plus et qu'il ne pourra plus être du fait de la maladie. Certes, selon les situations, ces renoncements peuvent être plus ou moins conséquents. Pour autant, ils sont nécessaires, pour que le malade accepte sans restriction l'entrée dans ce nouveau rôle, dans cette nouvelle identité, qui peut par exemple l'obliger à suivre un traitement, de respecter une meilleure hygiène de vie, voire de ne plus pouvoir avoir les activités professionnelles et personnelles qui étaient les siennes jusqu'alors. Sans doute que la spécificité des MCV comme de nombreuses autres maladies chroniques se situe sur cette capacité à rebondir. Il ne s'agit pas seulement, comme on l'entend souvent dans le champ de la victimologie, de réduire les symptômes d'ESPT et dépasser l'événement traumatique, qui objectivement est derrière soi. Dans le cas des MCV, la pathologie est comme une épée de Damoclès avec laquelle il va falloir apprendre à vivre. Difficile alors de se projeter dans la vie lorsque à chaque instant tout peut s'arrêter, sans prévenir et que l'on peut mourir. Certes, c'est là une situation qui nous concerne tous, mais la différence avec les patients concernés par les MCV, c'est qu'ils en ont en fait l'expérience et qu'ils ont vu la mort de près.

dit le thérapeute est amené à revoir la temporalité des plans de traitement des problématiques en mettant l'accent sur la prise en charge de l'événement récent et des problématiques futures qui apparaissent dans le parcours de suivi médical et d'adaptation du patient, le malade étant dans l'obligation de trouver les ajustements nécessaires, dont identitaires pour avancer. Le travail psychothérapeutique passe par l'intégration pour le patient d'une nouvelle identité, celle de malade. Non pas malade occasionnel, mais chronique ou en sursis, ce qui le contraint à faire un véritable deuil, celui de l'être qu'il ne sera plus. Ces renoncements, ces adaptations et intégrations nouvelles même minimales ont une importance considérable dans la potentialisation du suivi de son traitement, son observance au long cours.

PRISE EN CHARGE PRÉCOCE D'UN INFARCTUS DU MYOCARDE

► Présentation du cas Antoine

Antoine a 48 ans et c'est à une période plutôt calme de sa vie que ce dernier a fait son infarctus. En 2013, à 1 heure du matin il a ressenti une douleur fulgurante dans la poitrine. Sa fille de 18 ans lui a sauvé la vie en lui donnant de l'aspirine, alors que sa femme appelait le SAMU qui est arrivé dans la foulée. Il a été transporté dans le service des urgences de l'hôpital le plus proche de son domicile. Antoine a été hospitalisé 3 jours et on lui a posé deux stents. Il consulte au cabinet un mois après l'épisode sur les conseils de son médecin généraliste et sur l'insistance de son épouse. Antoine se plaint de troubles du sommeil, d'agressivité, d'angoisse, d'attaques de panique. Il se sent dépressif avec des souvenirs intrusifs de l'infarctus. Il a le sentiment d'avoir frôlé la mort et cette idée le remplit d'effroi. Le père de Antoine a lui aussi été victime de plusieurs infarctus, dont le dernier qui fut fatal.

● *Problématiques et plan de ciblage*

La perspective temporelle dans le plan de ciblage d'une problématique choisie est pour le thérapeute de travailler en premier lieu sur les événements du passé, puis présent et futur. Comme nous l'avons évoqué, la perspective temporelle dans le traitement précoce ou non des patients ayant fait l'objet d'un infarctus du myocarde est au regard de l'étiologie du trouble de type Présent, Futur et éventuellement Passé (cf. tableau 53.1).

Ces malades victimes d'un infarctus n'auraient pas plus que les autres eu besoin d'avoir recours à une psychothérapie, si la survenue brutale de leur problème de santé ne le leur avait imposé. C'est la raison pour laquelle nous préconisons de focaliser la prise en charge sur le présent, notamment sur le souvenir souvent traumatique de la survenue de l'infarctus du myocarde. Il s'agira ensuite d'envisager le travail sur les défis du futur, qui ici plus qu'ailleurs revêt une importance considérable. Les MCV imposent souvent aux malades de repenser leur

rapport à la vie, aux autres et à eux-mêmes, afin de s'engager dans un véritable processus de changement. Notons que la plupart du temps, surtout en France, les malades cardiaques sont engagés dans des protocoles d'éducation thérapeutique à l'intérieur desquels il conviendra de situer et de positionner l'intervention du psychothérapeute. Pour ce faire, il n'est pas inutile avec l'accord du malade de prendre contact avec les services médicaux en charge de cette procédure éducative.

Ainsi le travail d'anamnèse du patient nous a permis de dégager plusieurs problématiques :

1. ESPT lié à l'événement inaugural ;
2. La problématique spécifique liée aux MCV : angoisses de récurrences, changement de la perspective existentielle (estime de soi, confiance en soi) ;
3. Problématiques plus familiales :
 - ➔ culpabilité du patient vis à vis de son épouse et de sa fille,
 - ➔ angoisses de l'épouse et de la fille quant à la santé du patient.

Nous avons élaboré un plan de traitement de ces problématiques en tenant compte à la fois de la spécificité des conséquences sur le plan physique et psychique des MCV, de l'intégration nécessaire de l'intervention psychothérapeutique dans le parcours médical, de l'étiologie des troubles (ce patient n'ayant pas présenté d'autres incidents cardiaques) enfin de la demande pressante du patient de voir s'atténuer ses symptômes anxieux. La problématique familiale a été traitée dans un second temps avec le patient, et en parallèle pour l'épouse et la fille avec le travail conjoint d'un thérapeute d'obédience systémique.

Tableau 53.1. Perspective temporelle utilisée dans la prise en charge des patients victimes d'un infarctus du myocarde

Passé	Présent	Futur
(3) Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	1 Déclencheurs actuels	2 Défis futurs

Nous proposons six étapes dans la prise en charge d'Antoine et de son infarctus du myocarde :

1. Application de techniques de régulation des émotions (équilibration du système nerveux sympathique) ;

2. Traitement des cibles du présent avec un protocole événements récents¹ ;
3. Application de la technique des flashforwards de Logie et De Jongh (2014) et scénario du futur ;
4. Projection dans le rôle de malade ;
5. Traitement des cibles du passé ;
6. Auto-application.

Étape 1. Applications de techniques de régulation des émotions (équilibre du système nerveux sympathique)

Nous avons fait le choix d'enseigner à notre patient deux techniques de régulation des émotions : la technique des quatre éléments de Lobenstine et Shapiro (2007) et une technique de cohérence cardiaque. Ici plus qu'ailleurs encore les techniques de cohérence cardiaque ont toutes leur pertinence, du fait même de la problématique de l'organe qui est touché : le cœur. C'est ainsi l'occasion de proposer au malade de reprendre contact avec cet organe qui lui a fait défaut et de ne pas rester dans une posture phobique, mais au contraire d'entrevoir une sorte de réconciliation entre lui et son cœur. C'est là une étape essentielle, où le malade peut à nouveau prendre conscience que quelque chose de positif se passe dans sa poitrine.

Nous avons proposé d'enseigner la technique du *Heart Lock-in* qui se pratique généralement les yeux fermés et qui a pour objectif de potentialiser les forces et les ressources du sujet, afin de générer chez lui des sentiments positifs indépendamment de la présence ou non d'une situation difficile ou d'un stress. Il s'agit fondamentalement d'une technique que le patient peut mettre en œuvre chez lui non seulement quand il va bien, mais aussi et surtout quand il est confronté à des situations de stress ou d'anxiété. De ce point de vue une telle approche a pour effet de développer chez le malade un ensemble de compétences psychologiques, désormais à sa disposition, qui lui permettront de faire face lui-même à d'éventuelles situations difficiles. Cela a notamment pour effet de redonner du contrôle aux patients, souvent en prise à un sentiment d'impuissance, dont chacun connaît les effets délétères sur la santé.

1. Les protocoles d'urgence concernent les événements arrivés dans les dernières heures, alors que les protocoles dits d'événements récents concernent des événements ayant eu lieu depuis deux jours jusqu'à trois mois. Dans le second cas, les événements traités ont fait l'objet d'une consolidation et d'une intégration en mémoire.

PROTOCOLE DE COHÉRENCE CARDIAQUE HEART LOCK-IN ADAPTÉ AUX MCV

1- Se laisser aller : Explication de la cohérence cardiaque

Le psychothérapeute : « Je vais vous apprendre une technique simple, mais efficace qui vous permettra de faire face, en cas de besoin à toute situation de stress ou d'anxiété. Il s'agit de la cohérence cardiaque (Recommander le livre « Guérir » de David Servan-Schreiber). Pour ce faire, je vais dans un premier temps vous demander de fermer les yeux et de vous concentrer sur votre respiration, tout en m'écoutant. Bien ! Notre cœur bat selon un certain rythme vous le savez, mais ce rythme peut parfois varier. En fait, ce qui varie c'est la période entre deux battements. C'est comme lorsque l'on marche, les pas que nous faisons ne sont pas tous exactement identiques. Leur distance diffère de quelques millimètres ou centimètres parfois, mais une différence tout de même. Seul un robot aura des pas qui seront toujours les mêmes, car c'est une machine et qu'elle est programmée pour cela. Quand nous marchons, la distance entre nos pas est donc plus ou moins variable. C'est d'autant plus vrai lorsque nous rencontrons des obstacles. À ce moment il nous arrive de faire de plus petits pas pour le franchir. En fait nous adaptions notre démarche, alors qu'elle paraît automatique et homogène, elle fait preuve d'une grande souplesse sans que pour autant nous en ayons conscience. Il en est de même du temps qui sépare deux battements cardiaques. Nous pouvons avoir le sentiment que cette dernière est toujours identique, alors même qu'elle aussi va varier en fonction de notre état psychologique par exemple. C'est ce que l'on appelle la variabilité de la fréquence cardiaque. Cette variabilité est contrôlée par deux systèmes nerveux indépendants qui portent le nom de système nerveux sympathique et de système nerveux parasympathique. À vrai dire, le premier n'est pas vraiment sympathique, car c'est ce système qui est mobilisé lorsque nous sommes sous le coup d'une émotion négative et c'est à cause de lui notamment que notre cœur va s'accélérer. Le second a pour fonction de contrôler le premier, c'est pourquoi on parle de parasympathique. Les deux sont comme l'accélérateur et le frein d'une voiture et si la contribution des deux est équilibrée, alors notre cœur va battre avec une régularité que l'on pourra considérer comme normale. En revanche, si le système sympathique prend le dessus, alors le rythme cardiaque s'accélère. Tout se passe comme si notre cœur se trouvait alors en situation de déséquilibre et qu'il ne battait plus de façon harmonieuse. En revanche, si c'est le système parasympathique qui est trop présent nous pouvons faire des malaises que l'on nomme parfois malaise vagale. Il est possible de contrôler la cohérence de notre cœur grâce à la respiration. Il vous est donc possible d'agir sur le fonctionnement de votre cœur en réalisant quelques exercices simples que nous allons envisager ensemble. Savez-vous enfin que notre cœur a un lien privilégié avec votre cerveau, car 1 % des cellules cardiaques sont des neurones, ainsi, en agissant sur votre cœur, ce dernier envoie des messages positifs ou négatifs à votre cerveau qui réagit en conséquence. Nous allons faire en sorte que, non seulement vous puissiez reprendre une forme de contrôle sur votre cœur, mais qu'en plus celui-ci s'adresse à votre cerveau en lui signifiant que tout va bien. Cela est possible grâce à la respiration et à la visualisation. Avez-vous compris ce que je viens de vous expliquer ? »

Antoine : « Oui parfaitement ? »

2- Au calme !

Le psychothérapeute : « Bien, alors maintenant tout en gardant les yeux fermés, essayez de vous détendre... de vous laisser aller. »

3- De l'attention pour son cœur !

Le psychothérapeute : « Il ne s'agit pas de chasser vos pensées stressantes, mais plutôt de se focaliser sur autre chose. De concentrer son attention sur un autre phénomène en l'occurrence votre cœur. Je vous demande donc maintenant de vous concentrer sur la zone de votre cœur comme si vous pouviez vous la représenter et l'imaginer... Je voudrais même que vous sentiez battre votre cœur dans votre poitrine, que vous soyez attentif à ses battements. Certains parviennent même à imaginer leur cœur en train de battre, mais ce n'est pas forcément nécessaire. Est-ce que vous y êtes ? »

Antoine : « Oui parfaitement je le sens battre dans ma poitrine ! »

Le psychothérapeute : « Continuez à porter toute votre attention sur votre cœur. Vous avez appris comme beaucoup qu'il était possible de respirer dans son ventre, là je vais vous demander quelque chose qui ne se peut pas d'un point de vue médical, mais j'aimerais que vous puissiez en revanche le visualiser dans votre tête. En effet, dès que vous serez prêt, je vous demande de bien vouloir imaginer que vous pouvez respirer à travers votre cœur. Tout d'abord inspirer lentement à travers votre cœur... lentement et maintenant expirer à travers votre cœur lentement. Bien, continuez de façon régulière. Continuez à respirer à travers votre cœur et soyez attentif à cet air qui entre par votre bouche et qui traverse votre cœur, puis qui ressort plus chaud... que ressentez-vous là maintenant ? »

Antoine : « C'est curieux, j'ai l'impression de planer, c'est bon... Je suis dans le mouvement de ma respiration. »

4- Un autre qui a du cœur !

Le psychothérapeute : « Très bien, maintenant, je vais vous demander de penser à quelqu'un que vous aimez. Vous avez quelqu'un qui vous vient là ? »

Antoine : « Oui ma femme. »

Le psychothérapeute : « Centrez-vous sur ce que vous ressentez lorsque vous pensez à votre femme et au sentiment d'amour que vous avez pour elle et qu'elle a pour vous. Vivez le plus possible ce sentiment. Laissez-vous irradier par cette sensation. Profitez-en et prenez plusieurs minutes pour cela. »

5- Le cœur, un cadeau !

Le psychothérapeute : « Dirigez maintenant ce sentiment d'amour et de sollicitude à l'intérieur de vous comme une richesse que vous vous offrez à vous-même. Faites en quelques sorts entrer toutes ces sensations positives à l'intérieur de vous permettant à toutes les parties de votre corps d'être touchées par cela. Prenez le temps que cela se diffuse partout et profitez-en. »

6- Il faut bien finir... pour mieux recommencer.

Le psychothérapeute : « Ramenez doucement votre attention à votre cœur et la sensation de bien-être qui est la vôtre et détendez-vous. Reprenez peu à peu contact avec le siège sur lequel vous êtes assis. Retrouvez le contact de vos pieds avec le sol, bougez vos doigts, vos mains et quand vous serez prêt ouvrez les yeux et revenez vers moi. Vous y êtes ? »

Antoine : « Oui très bien je suis là, je me sens à la fois fatigué et bien. Une bonne fatigue. »

Le psychothérapeute : « Parfait, voyez-vous, cela est plutôt simple à faire, aussi je souhaiterais que pour la prochaine séance vous ayez pu mettre en œuvre cette exercice au moins deux fois

par jour. Je vous demande d'y consacrer quelques minutes à chaque fois, pas plus. Vous allez vous rendre compte que cela va s'avérer de plus en plus facile et que de plus en plus rapidement vous allez vous mettre en cohérence cardiaque. Vous pouvez programmer l'exercice dans la journée ou improviser en fonction de vos disponibilités. En tout cas, c'est vous qui tenez les rênes maintenant et vous pouvez vous faire du bien. Cette technique vous servira aussi quand vous serez confronté à des moments de stress ou d'angoisse. Cela vous permettra de réduire, voire faire disparaître ces manifestations. »

Étape 2. Traitement des cibles du présent avec un protocole d'événements récents

Le traitement des cibles du présent dans le cas d'infarctus du myocarde d'Antoine relève en fait d'événements potentiellement traumatiques auxquels a été confronté le malade dans une période inférieure ou égale à trois mois. Au-delà de trois mois, nous préconisons de faire appel au protocole standard comme cela est enseigné dans les formations de niveau 1 & 2. Aussi, nous avons fait le choix du protocole pour événements récents de Francine Shapiro (1995, 2001) qui est une adaptation du protocole standard.

Le tableau ci-dessous reprend l'ensemble des cibles traitées pour le cas Antoine avec l'application du protocole des événements récents.

Toutes les cibles ont été traitées en respectant la méthodologie du protocole REP. Nous avons résumé dans le tableau 2, l'ensemble des éléments significatifs du traitement, notamment les cibles, les images, les cognitions, les VOC, les SUD et les émotions relatives à la prise en charge, en débutant par l'aspect le plus important, pour ensuite traiter quatre cibles de manière chronologique.

3. Aspect le plus perturbant <i>Cible 1, dans les bras de sa fille, ou j'ai cru mourir</i> Image : moi couché par terre avec la tête sur les genoux de ma fille CN : Je suis en danger CP : Je suis en sécurité VOC : 1 Émotion : Peur SUD : 10	4. Traitement chronologique : <i>Cible 2, la douleur dans la poitrine</i> Image : Mes jambes qui s'effondrent et la douleur dans la poitrine CN : Je suis en danger CP : Je suis en sécurité VOC : 1 Émotion : Peur SUD : 10	4. Traitement chronologique : <i>Cible 3, l'arrivée du SAMU</i> Image : Le visage très inquiet du médecin du SAMU CN : Je suis en danger CP : Je suis en sécurité VOC : 1 Émotion : Peur SUD : 10	4. Traitement chronologique : <i>Cible 4, l'annonce du médecin à l'hôpital</i> Image : Quand le médecin de l'hôpital me dit que j'ai failli y rester CN : Je suis en danger CP : Je suis en sécurité VOC : 1 Émotion : Peur SUD : 10	5. Visualisation de tout le déroulement les yeux fermés CN : Impuissance CP : Je reprends le contrôle VOC : 6 Émotion : Peur SUD : 1	6. Visualisation de tout le déroulement les yeux ouverts CP : Je reprends ma vie en main	7. Scanner corporel Lieu de la sensation : Ø

Quatre cibles spécifiques ont ainsi été traitées avec le protocole REP. Trois séances d'une heure ont été nécessaires pour finaliser l'ensemble du traitement.

Étape 3. Application de la technique des *flashforwards* de Logie et De Jongh (2014) et scénario du futur.

La procédure *flashforward* trouve ici encore une place de choix.

LA PROCÉDURE DU FLASHFORWARD APPLIQUÉE AU CAS ANTOINE

Le psychothérapeute : « Quand vous pensez à ce qui est arrivé, quelle serait la pire des choses qui pourrait selon vous arriver, le pire des cas possibles maintenant pour vous ? Essayez de l'imaginer dans votre tête et d'observer ce qui se passe alors en vous ? »

Antoine : « Que cela m'arrive encore... que je refasse un infarctus... que mon cœur me lâche, encore une fois et que j'agonise seul, des heures durant, sans personne pour m'aider. »

Le psychothérapeute : « Qu'est-ce qui est le pire dans cette situation... qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire alors ? »

Antoine : « De mourir »

Le psychothérapeute : « Quand vous pensez à cela quelle est l'image qui vous vient ? »

Antoine : « Je m'effondre, je suis foudroyé »

Le psychothérapeute : « Regardez cette image de vous foudroyé, immobile et pensez... je suis impuissant¹, ... Sur une échelle de 0 à 10 quel est le niveau de perturbation ? »

Antoine : « 10 »

Poursuivre en appliquant les phases 4 à 7 (SUD=0, VOC = 7, bon scanner corporel)

Le psychothérapeute : « Y a-t-il autre chose qui vous hante. Autre chose qui pourrait, qui selon vous pourrait être la pire des choses qui pourrait selon vous arriver, le pire des cas possibles maintenant pour vous ? Essayez de l'imaginer dans votre tête et d'observer ce qui se passe alors en vous ? »

Antoine : « Faire l'amour avec ma femme et que ça déclenche quelque chose au niveau cardiaque. »

Le psychothérapeute : « Dites ce qui est le pire dans cette situation... qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire alors ? »

Antoine : « D'avoir mal et de mourir en elle... »

Le psychothérapeute : « Quand vous pensez à cela quelle est l'image qui vous vient ? »

Antoine : « Son regard pendant que je meurs. »

Le psychothérapeute : « Regardez cette image, du regard de votre femme. Sur une échelle de 0 à 10 quel est le niveau de perturbation ? »

Antoine : « 10 »

Poursuivre en appliquant les phases 4 à 7 (SUD=0, VOC = 7, bon scanner corporel)

Scénario du futur

Après le traitement de toutes les cibles, nous avons procédé à la mise en place de scénario du futur. Nous avons pu avec le patient stabiliser sa projection dans le futur du suivi de son traitement, de sa reprise du travail, de sa vie sexuelle.

Étape 4. Projection dans le rôle de malade : maladie et recomposition identitaire

Tout changement de l'état de santé est un facteur de stress susceptible d'influer sur l'image de soi. L'irruption d'une maladie chronique comme l'infarctus fait souvent éclater l'identité du malade en établissant une discontinuité entre le moi du passé et celui du présent. Il existe évidemment dans ce domaine d'assez grandes différences d'une maladie à l'autre, et d'une personne à une autre. Un certain nombre de facteurs vont jouer un rôle important : la nature, la durée, l'origine, la gravité de la maladie, les facteurs personnels ou sociaux, les attitudes, la capacité à faire face ou encore la personnalité du malade. Afin de travailler cet aspect avec les malades, nous avons fait le choix de nous appuyer sur l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (traduite par Vallière et Vallerand, 1990, tableau 53.2). Pour ce faire, chaque

1. Ad de Jongh (in Logie & De Jongh, 2014) préconise dans tous les cas le choix de la cognition négative « je suis impuissant » (et donc « j'ai le contrôle » en cognition positive) dans toute procédure de *flashforward*. Selon nous, un tel choix est judicieux dans le cas des traitements des phobies qui est, rappelons-le à l'origine du *flashforward*. Nous ne sommes pas convaincus de son adéquation à toutes les situations. Il reviendra au praticien de choisir ce qui lui semble le plus adapté !

patient devra répondre à chacun des items sur la base de consigne suivante : « Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié. »¹

Tableau 53.2. Échelle d'estime de soi de Rosenberg

Tout à fait en désaccord : 1	Plutôt en accord : 3
Plutôt en désaccord : 2	Tout à fait en accord : 4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.	1 2 3 4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1 2 3 4
3. Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e).	1 2 3 4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1 2 3 4
5. Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.	1 2 3 4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.	1 2 3 4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	1 2 3 4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1 2 3 4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.	1 2 3 4
10. Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien.	1 2 3 4

Rappelons, qu'il s'agit ici de trouver les éléments qui vont permettre au psychothérapeute de travailler sur l'ajustement de l'image de soi du patient afin qu'il intègre son rôle de malade et qu'il ne soit pas dans le déni de la réalité de la maladie. En outre, cela permettra d'engager un travail sur l'optimisation de l'image de soi, souvent dégradée après la survenue d'une maladie, comme les MCV.

Pour ce faire, nous préconisons un usage spécifique de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg, qui se décompose en 3 phases :

■ **Phase 1 : Entre aujourd'hui et avant la maladie :**

1. Pour évaluer l'estime de soi du patient il conviendra d'additionner les scores obtenus aux questions 1, 2, 4, 6 et 7. Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10 la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faudra compter 4 si le chiffre 1 a été choisi, 3 si c'est le 2, 2 si c'est le 3 et 1 si c'est le 4. Il faut alors faire la somme de l'ensemble ce qui permet d'obtenir un score entre 10 et 40. L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme. Si le score obtenu est inférieur à 31, on peut considérer que l'estime de soi du patient est faible. Si un score entre 31 et 34, est considéré est comme une estime de soi moyenne. Un score compris entre 34 et 39 ou supérieur à 39 laisse entrevoir que l'estime de soi du patient est forte ou très forte.

Il s'agira lors de cette étape de proposer aux malades une double passation de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg. Lors de la première passation de l'échelle, il s'agira de répondre actuellement (ACT) à l'échelle sur les bases de la consigne standard. Lors de la seconde passation il conviendra de demander aux patients de répondre à l'échelle comme ils l'auraient fait avant la survenue de la maladie (AVM), lorsqu'ils n'étaient pas malades. Il est important de distribuer les deux versions de l'échelle et de ne surtout pas le faire oralement. Le patient peut revenir sur les réponses et réajuster les choses au fur et à mesure. À partir de ces deux réponses, il sera possible de faire la différence pour chacun des items entre les scores actuels et les scores d'avant la maladie ($ACT - AVM = \Delta$). Plus la différence sera importante (que le signe soit négatif ou positif), plus il existera pour le malade une différence entre ce qu'il était avant la maladie et ce qu'il est aujourd'hui. C'est sur ces différentiels identitaires qu'il conviendra de travailler avec le patient.

Résultats des deux passations à l'échelle de Rosenberg du cas Antoine (tableau 53.3).

Tableau 53.3. Résultats des deux passations à l'échelle de Rosenberg du cas Antoine

	ACT	AVM	Δ
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.	2	2	0
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	4	-3
3. Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e)	4	3	1
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	4	-3
5. Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.	3	3	0
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	1	2	-1
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	2	3	-1
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	2	3	-1
9. Parfois je me sens vraiment inutile.	2	1	1
10. Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien.	4	2	2

■ Phase 2 : Opérationnaliser les dimensions :

À ce stade, il s'agit de prendre les items pour lesquels il existe une différence importante entre aujourd'hui et avant la survenue de la maladie et de procéder à un questionnement directif dont voici la structure de base. Il est important à ce stade, d'orienter le questionnement dans une projection vers le futur, en formulant les questions dans ce sens (par exemple : Pourquoi y a-t-il une différence entre avant et maintenant ? Pouvez-vous expliquer concrètement les raisons de cette différence ? Quand vous faites l'effort de vous projeter dans l'avenir qu'est-ce que cela donne ? Comment, voyez-vous cela dans le futur ? Y a-t-il à cet égard des choses qui sont des freins pour votre avenir ?)

Le psychothérapeute pourra avantageusement mobiliser l'ensemble de ses compétences pour mener l'entretien de manière adaptée.

Dans le cas d'Antoine deux items se distinguent « Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités » et « Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens. » C'est sur la base de ces deux dimensions que nous avons mené un entretien. Rappelons qu'il s'agit de trouver d'éventuelles cibles qui permettront d'optimiser l'image de soi du patient. C'est la raison pour laquelle, il ne faut pas hésiter à approfondir les interviews afin de recueillir un matériel suffisamment pertinent et opérationnel. Nous avons résumé dans le tableau ci-dessous le résultat essentiel de ce travail d'investigation. À ce stade le psychothérapeute prend des notes et doit se demander en quoi les propos du patient peuvent faire l'objet d'un traitement avec le protocole standard. Il convient également d'impliquer le patient dans la validation des cibles à traiter en lui soumettant des propositions de cibles qu'il pourra d'une part valider et ensuite ordonner selon l'ordre d'importance (perturbation) qu'il leur confère (tableau 53.4).

À partir des différents échanges avec le patient, nous avons co-construit des cibles, qui la plupart du temps relèvent de situations anticipées mettant en cause l'identité du malade. Validées et classées par ordre d'importance pour lui, nous les avons traitées à partir du protocole standard.

Étape 5. Traitement des cibles du passé

Comme nous l'avons évoqué, Antoine a par le passé déjà été confronté à la problématique de l'infarctus, non pas personnellement, mais via son père qui d'ailleurs en est mort. C'est là un point assez important qu'il convient de ne pas négliger car les malades sont très souvent inscrits dans une histoire sociale ou familiale de la maladie. Il est parfois suffisant de procéder par questionnement direct, même si les méthodes classiques de l'EMDR restent en fonction de la situation clinique des patients mobilisables. Dans le cas d'Antoine, nous avons procédé à un questionnement direct.

Le psychothérapeute : « Il convient de voir si indépendamment de vous, il n'existe pas dans votre histoire familiale ou sociale des souvenirs en lien avec la maladie cardiaque ou non qui peuvent de près ou de loin contribuer à votre état psychologique. Ce sont ces événements ou expériences négatives que nous allons maintenant ensemble chercher dans votre mémoire, afin de les traiter et qu'ils ne vous perturbent plus. Y a-t-il eu dans votre histoire des situation ou des proches à vous qui ont pu être concernés par un problème cardiaque. Et si c'est le cas s'agit-il selon vous de souvenirs qui vous touchent d'une manière ou d'une autre. »

Les résultats de cette investigation sont présentés ci-après.

Tableau 53.4. Résultats synthétiques des entretiens et détermination des cibles à traiter

Items	Fragments verbaux de l'entretien	Cibles à traiter
(-) Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités	- « Je me vois vieillir de plus en plus vite, je suis comme un vieux, je vais devoir prendre mes médicaments comme un vieux toute ma vie ; » - « Il faudra que je fasse attention à tout. Avant je vivais bien, aujourd'hui tout n'est que limite et restriction, ... ce n'est plus la vie ; » - « Ne plus être en mesure de partager des moments de convivialité avec les amis, les proches ou la famille ; » - « Je devrai aller en permanence chez le médecin pour vivre. Prendre mon traitement c'est accepter que je suis malade, accepter que je suis malade, c'est accepter que je ne suis plus en vie. »	1. Quand le matin je dois prendre mes cachets ; 2. Le mariage de la fille d'une amie dans 8 mois.
(-) Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens	- « Je ne pourrai plus m'occuper de mes enfants et demain de mes petits-enfants. Je n'y parviendrai plus, je n'y arriverai plus ; » - « Je ne pourrai plus faire mon travail comme avant... » - « Il me sera impossible de m'occuper de ma maison, de ma famille et de les sécuriser. »	3. Imaginer une situation d'activité avec mes enfants, mais surtout avec mes futurs petits-enfants. 4. Me sentir en difficultés dans le jardin et être dépassé par le travail à faire.

Les résultats (en termes de cibles à traiter) de cette investigation ont permis d'identifier deux cibles relatives à l'histoire du patient :

Cible : Le premier infarctus de mon père dans la cuisine de la maison, suite à une dispute (avec le patient alors âgé de 17 ans).

Image : Lorsqu'il est à terre et qu'il se tient la poitrine.

Cognition négative : C'est ma faute.

Cognition positive : Je n'y suis pour rien.

VOC : 1

Émotion : Peur.

SUD : 9.

Siège de la sensation : Poitrine.

Cible : Le décès de mon père à l'hôpital, dix ans après, également en raison d'un infarctus.

Image : Lui branché à l'hôpital mort, avec tous ces appareils qui sonnent.

Cognition négative : Je suis désarmé.

Cognition positive : Je peux agir.

VOC : 1.

Émotion : tristesse.

SUD : 9.

Siège de la sensation : Poitrine et ventre.

Ici encore l'ensemble des cibles a fait l'objet d'une prise en charge avec le protocole standard.

Puis traitement avec le protocole standard du souvenir de 6 ans (souvenir source) :

Image : « Je suis sur mon vélo, je veux passer les rails je sais ce n'est pas bien et dangereux...mais je suis casse cou à cet âge là... »

CN : Je suis en danger.

CP : Je suis en sécurité.

VOC : 4.

SUD : 6

Siège de la sensation : Poitrine et ventre.

Étape 6. Auto-application

Afin de mettre à disposition des malades un certain nombre d'outils supplémentaires susceptibles de les accompagner en cas d'alerte anxieuse. Nous proposons deux approches : l'étreinte du papillon de Lucina Artigas (2000) et le protocole *auto-booster* ses performances (Tarquinio & Tarquinio, 2015).

Les patients touchés par les MCV se retrouvent souvent démunis face à ce que leur impose la maladie sur le plan psychique et psychologique. Bien que nous ayons fait le choix de l'infarctus du myocarde dans ce chapitre, les apports proposés pourront sans aucune difficulté s'ajuster à toutes les problématiques cardio-vasculaires (hypertension artérielle, angor, insuffisance cardiaque...).

Ce chapitre nous permet d'illustrer l'intérêt de l'EMDR dans la prise en charge des MCV grâce à la fois à sa souplesse d'utilisation, puisqu'il est possible de prendre en charge à la fois l'urgence spécifique de l'incident cardiaque, ainsi que le patient dans toutes les phases de sa maladie et de son parcours médical.

Quoiqu'il en soit, ici encore la psychothérapie EMDR trouvera toute sa pertinence dès lors qu'elle saura s'adapter au contexte et à la spécificité de la maladie, ainsi qu'à la réalité du malade. C'est au fond cette souplesse qu'impose à chaque psychothérapeute les maladies chroniques de manière générale et les MCV de façon plus spécifique.

BIBLIOGRAPHIE

- BUYDENS S.L., WILENSKY M., HENSLEY B.J. (2014) Effects of the EMDR Protocol for Recent Traumatic Events on Acute Stress Disorder : A Case Series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 1, 1-12.
- DOBBELS F., DE GEEST S., VANHEES L., SCHEPENS K., FAGARD R., VANHAECHE J. (2002) Depression and the heart : a systématique review of definition, measurement, consequences and treatment of depression in cardiovascular disease », *European Journal of cardiovascular nursing*, 1, 45-55.
- DOERFLER L.A (1997) Posttraumatic stress disorder-like symptoms 1 week to 3 months after myocardial infarction. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 3, 89-98.
- FISCHER, G.N., TARQUINIO, C. (2014) Psychologie de la santé : applications et interventions. Paris : Dunod
- FRASURE-SMITH N., LESPÉRANCE, F., TALAJIC, M. (1993) Depression following myocardial infarction : Impact on 6-month survival. *Journal of the American Medical Association*, 270, 1819-1825.
- FRASURE-SMITH, N., LESPÉRANCE F., TALAJIC M. (1995) Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91,999-1005.
- GINZBURG K., SOLOMON Z., KOIFMAN B., KEREN G., ROTH A, KRIWISKY M., ET AL. (2003) Trajectories of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction : A prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1217-1223.
- GOODWIN R., DAVIDSON K., KEYES K. (2009), "Mental disorder and cardiovascular disease among adults in the United States", *Journal of psychiatric research*, 43, 29-46.
- KUBZANSKY L., DAVIDSON K., ROZANSKI A. (2005), "The clinical impact of negative psychological states : expanding the spectrum of risk for coronary artery disease", *Psychosomatic medicine*, 67, S10-4.
- KUTZ L, SHABTAI H., SOLOMON Z., NEUMANN M., DAVID D. (1994) Posttraumatic stress disorder in myocardial infarction patients : Prevalence study. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 31,48-56.
- LOBENSTINE, F., SHAPIRO, E. (2007) What is an effective self-soothing technique that I can teach my client to use at home when stressed ? *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 2, 122-124. Miller & Halper (1994) Letting go of stress. Inner peace Music : Chicago.
- LOGIE, R.D.J., DE JONGH, A. (2014) The Flashforward procedure : confronting the catastrophe, *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 1, 25-32.
- Mayou R.A., GILL D., THOMPSON D.R., DAY A., HICKS N., VOLMINK J., NEIL A. (2000) Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 62, 212-218
- ROY-BYRNE P., DAVIDSON K., KESSLER R., ASMUNDSON G., GOODWIN R., KUBZANSKY L., LYDIARD B., MASSIE M., KATON W., LADEN S., STEIN M. (2008) "Anxiety disorder and comorbid medical illness", *General hospital psychiatry*, 30, 208-25.
- ROZANSKI A., BLUMENTHAL J.A., KAPLAN J.. (1999) Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.
- SHAPIRO F. (1995) *Eye movement desensitization and reprocessing : Basic principles, protocols and procedures* (1st ed.) New York, NY : Guilford Press.
- SHAPIRO F. (2001) *Eye movement desensitization and reprocessing : Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.) New York, NY : Guilford Press.
- SHEMESH E., RUDNICK A., KALUSKI E., MILOVANOV O., SALAH A., ALON O., ET AL. (2001) A prospective study of posttraumatic stress symptoms and nonadherence in survivors of a myocardial infarction. *General Hospital Psychiatry*, 23, 215-222.
- SHEMESH E., YEHUDA R, MILO O., DINUR 1., RUDNICK A, VERED Z., ET AL. (2004) Posttraumatic stress, nonadherence, and adverse outcome in survivors of a myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 66, 521-526.
- SPINDLER H., PEDERSEN S.S. (2005) Posttraumatic stress disorder in the wake of heart disease : prevalence, risk factors, and future research directions. *Psychosom Med*, 67, 715-23.
- STEG P.G., BHATT D.L., WILSON P.W., D'AGOSTINO R., SR., OHMAN E.M., ROTHER J., LIAU C.S., HIRSCH A.T., ET AL. (2007) "Onyear cardiovascular event rates in outpatients with atherothrombosis." *JAMA*, 297, 1197-206.

TARQUINIO C. (2012) MANUEL DES PSYCHOTHÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES. PARIS : DUNOD.

TARQUINIO C., TARQUINIO P. (2015) *L'EMDR : préserver la santé et prendre en charge la maladie*, Issy-lès-Moulineaux, Elsevier Masson.

TEDSTONE J., TARRIER N. (2003) Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment, *Clinical Psychology Review*, 23, 409-48.

THOMPSON, R.N. (1999) Prediction of trauma responses following myocardial infarction. Unpublished doctoral dissertation, West Virginia University, Morgantown.

VALLIÈRE E.F., VALLERAND R.J. (1990) Traduction et validation Canadienne- Française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305—16.

VERHAAK P. (1996) "Somatic disease and psychological disorder", *Journal of psychosomatic research*, 42, 261-73.

WIEDEMAR L., SCMID J.-P., MÜLLER J., WITTMAN L., SCHNYDER U., SANER H., VON KÄNEL R. (2007) Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in patients with acute myocardial infarction, *Heart & lung*, 37, 113-21.