


Sous la direction de

Cyril **Tarquinio** • Marie-Jo **Brennstuhl** • Hélène **Dellucci**  
Martine **Iracane** • Jenny Ann **Rydberg** • Michel **Silvestre**  
Pascale **Tarquinio** • Eva **Zimmermann**

AIDE-MÉMOIRE

**EMDR**

**DUNOD**

<p>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.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> 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</p>		<p>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.</p> <p>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).</p>
--	---	--

© Dunod, 2019  
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff  
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-079597-0

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.

# Sommaire

<i>Présentation des auteurs</i>	VII
<i>Introduction</i>	1
<b>1</b> Le modèle TAI (ou Traitement Adaptatif de l'Information)	3
<b>2</b> Stabilisation du patient et EMDR	19
<b>3</b> Lieu sûr/lieu calme et installation de ressources	35
<b>4</b> Indications et contre-indications de l'EMDR	45
<b>5</b> De la conceptualisation de cas au plan de traitement	57
<b>6</b> Le protocole EMDR standard	73
<b>7</b> Le plan de ciblage standard	81
<b>8</b> Les cognitions dans la thérapie EMDR	93
<b>9</b> Le protocole des scénarios futurs de la thérapie EMDR	103
<b>10</b> Protocoles EMDR spécialisés	119
<b>11</b> Les blocages du traitement	133
<b>12</b> EMDR, violences domestiques, troubles de l'attachement et dissociation	147

<b>13</b>	Traumatismes transgénérationnels et EMDR	165
<b>14</b>	EMDR et vicariance du psychotraumatisme	177
<b>15</b>	L'EMDR et les histoires narratives en adoption	187
<b>16</b>	Pratique de la thérapie EMDR avec les enfants	203
<b>17</b>	Couple et thérapie EMDR	211
<b>18</b>	EMDR et thérapie des états du moi	217
<b>19</b>	L'utilisation de l'EMDR avec les troubles dissociatifs	237
<b>20</b>	Le protocole des empreintes précoces	271
<b>21</b>	Le protocole des lettres	287
<b>22</b>	La Boîte de Vitesses	299
<b>23</b>	Les techniques d'oscillation	313
<b>24</b>	Le protocole inversé	323
<b>25</b>	EMDR et trouble de la personnalité	333
<b>26</b>	La prise en charge du trauma dans la psychose	349
<b>27</b>	Dépression et EMDR	359
<b>28</b>	EMDR et psychologie positive	369
<b>29</b>	EMDR et coaching	391
<b>30</b>	EMDR et culture	405
<b>31</b>	Intervention EMDR immédiate	429
<b>32</b>	Intervention EMDR rapide	439
<b>33</b>	Les protocoles EMDR R-TEP et G-TEP	451
<b>34</b>	Traiter les peurs et les phobies spécifiques avec l'EMDR	463

<b>35</b> EMDR et anxiété	477
<b>36</b> Le protocole de groupe EMDR-IGTP ou technique des quatre champs	485
<b>37</b> La prise en charge du deuil et deuil bloqué	491
<b>38</b> Le potentiel de la thérapie EMDR en gynécologie	507
<b>39</b> Le potentiel de la thérapie EMDR en obstétrique	519
<b>40</b> EMDR et addiction	535
<b>41</b> EMDR et douleur chronique	549
<b>42</b> EMDR et fibromyalgie	563
<b>43</b> EMDR et syndrome du membre fantôme	575
<b>44</b> Prise en charge des troubles de la sexualité avec la psychothérapie EMDR	589
<b>45</b> Maladies cardiovasculaires et EMDR	603
<b>46</b> Cancer et thérapie EMDR : contribution !	617
<i>Table des matières</i>	631



## Présentation des auteurs

### Ouvrage coordonné par :

- **Cyril TARQUINIO**

Professeur de psychologie clinique à l'Université de Lorraine (Metz), APEMAC/EPSAM EA 4360, directeur du Master de psychologie clinique, fondateur et directeur du centre Pierre Janet, éditeur en chef de *l'European Journal of Trauma and Dissociation* (Elsevier), psychothérapeute, superviseur EMDR, Institut français d'EMDR (France).

- **Marie-Jo BRENNSTUHL**

Maître de Conférences à l'Université de Lorraine (Metz), APEMAC/EPSAM EA 4360, Centre Pierre Janet, psychothérapeute, superviseur, facilitateur EMDR, Institut français d'EMDR (France).

- **Hélène DELLUCCI**

Docteur en psychologie, chargée de cours à l'Université de Lorraine (Metz), psychothérapeute, formatrice et superviseur EMDR, Institut français d'EMDR (France).

- **Martine IRACANE**

Chargée de cours à l'Université de Lorraine (Metz), psychothérapeute, formatrice et superviseur EMDR, Institut français d'EMDR (France).

- **Jenny Ann RYDBERG**

Enseignante associée à l'Université de Lorraine (Metz), Centre Pierre Janet, éditrice associée de *l'European Journal of Trauma and Dissociation* (Elsevier), psychothérapeute, superviseur, facilitateur EMDR (France).

- **Michel SILVESTRE**

Docteur en psychologie, chargé de cours à l'Université de Lorraine, psychothérapeute, formateur EMDR Enfants et superviseur, facilitateur EMDR, Institut français d'EMDR (France).

- **Pascale TARQUINIO**

Chargée de cours à l'Université de Lorraine, Centre Pierre Janet, psychologue, psychothérapeute, superviseur, facilitateur, Institut français d'EMDR (France).

- **Eva ZIMMERMANN**

Psychothérapeute FSP, formatrice, superviseur, facilitateur EMDR, Institut romand de psychotraumatologie (Suisse), Institut français d'EMDR.

### **Avec la participation de :**

- **Pascale AMARA**

Psychologue, psychothérapeute, superviseur, facilitateur EMDR (France).



- **Emmanuel AUGERAUD**

Psychiatre des hôpitaux, psychothérapeute, psychothérapeute EMDR, enseignant en TCC, addictologue (France).

- **Fanny BASSAN**

Chargée de cours à l'Université de Lorraine (Metz), Centre Pierre Janet, psychologue, psychothérapeute, superviseur, facilitateur EMDR (France).

- **Gabrielle BOUVIER**

Psychiatre FMH, psychothérapeute, superviseur, facilitateur EMDR (Suisse).

- **Ludwig CORNIL**

Psychologue, responsable pédagogique de l'Institut Français d'EMDR, formateur EMDR, superviseur, facilitateur EMDR (Belgique).

- **Olivier PIEDFORT-MARIN**

Psychologue, superviseur, facilitateur EMDR, vice-président EMDR Europe, Institut Romand de Psychotraumatologie, chargé de cours à l'Université de Lorraine (Metz), éditeur associé de *l'European Journal of Trauma and Dissociation* (Elsevier) (Suisse).

- **Annie DELPLANCQ**

Psychologue clinicienne pour enfants, superviseur, facilitateur EMDR, (Belgique).

- **Nathalie MALARDIER**

Psychologue clinicienne, psychothérapeute, superviseur, facilitateur EMDR, (France).

- **Joanic MASSON**

Psychologue, psychothérapeute EMDR, Maître de Conférences (HDR) en Psychologie clinique et pathologique, Centre de Recherche Psychologie, Université de Picardie Jules Verne, (France).

- **Monika MIRAVET**

Psychologue clinicienne, psychothérapeute, superviseur, facilitateur EMDR (France).

- **Andrew MOSKOWITZ**

Professeur de psychologie clinique, Touro College de Berlin, éditeur associé de *l'European Journal of Trauma and Dissociation* (Elsevier) (Allemagne).

- **Ingrid PETITJEAN**

Coach, formatrice MT. Cosynergie, fondatrice et experte de la méthode Target (France).

- **Martine REGOURD-LAIZEAU**

Docteur en psychologie, chargée de cours Université de Lorraine (Metz), psychologue, psychothérapeute EMDR, (France).

- **Laura VISMARA**

Chargée de cours Université de Lorraine (Metz), Centre Pierre Janet, professeur de psychologie clinique à l'Université de Cagliari, éditrice associée de *l'European Journal of Trauma and Dissociation* (Elsevier) (Italie).

# Introduction

Cet *Aide-Mémoire* vient compléter et enrichir l'ouvrage paru en 2017 intitulé *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Il le complète car il permet de rendre compte des avancées dans le domaine depuis deux années. Il l'enrichit car de nouveaux textes sont proposés dans cet *Aide-mémoire* qui ne figuraient pas dans l'ouvrage inaugural. Ces deux livres constituent ainsi un socle solide et inégalé dans le domaine qui permet de rendre compte de ce qu'est la psychothérapie EMDR, de son usage et des théories qui l'organisent. Ces ouvrages seront à partir de maintenant réédités et revus régulièrement afin de devenir les références dans le domaine. L'équipe éditoriale est constituée des meilleurs experts, pédagogues et scientifiques francophones, tous reconnus dans le champ de l'EMDR et souvent bien au-delà. Ces derniers ne sont pas dépositaires de théories rocambolesques et n'ont pas attendu l'EMDR pour exister. Ils sont honnêtes, rigoureux et intègres sur le plan intellectuel et clinique, mais avant tout ils sont passionnés et généreux. Et c'est sans doute la raison pour laquelle les ouvrages réalisés avec eux sont de si grande qualité. À vrai dire nous avons tous œuvré pour fabriquer les ouvrages dont nous voulions disposer pour mieux pratiquer l'EMDR et faire en sorte que cette forme psychothérapeutique soit encore mieux diffusée. Pour ma part, j'ai été honoré de travailler avec chacun de ces spécialistes à la réalisation de ces livres. J'ai rarement croisé des professionnels aussi investis dans leur travail et aussi remplis d'humanité. C'est une grande fierté pour moi d'avoir leur confiance !

Cet *Aide-Mémoire* 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. Aujourd'hui, l'EMDR s'enseigne à l'Université dans le cadre de Masters qui consacrent de plus en plus de temps à la formation des étudiants. Des Diplômes d'Université existent en France grâce notamment à l'engagement de l'Institut Français d'EMDR. Et sur le plan européen, des collaborations fortes et des diplômes communs s'organisent entre l'Université de Lorraine par exemple et l'Université Libre de Bruxelles. La machine est bien en marche et l'EMDR deviendra universitaire, ce qui la protégera des « copyrights » et des zones d'influence (d'ombre) que certains veulent étendre pour contrôler les choses, souvent à leur profit. L'avenir de l'EMDR sera de considérer que les savoirs n'appartiennent à personne et qu'il ne suffit pas d'avoir un semblant d'idée pour que cela fasse science. Un ouvrage n'est pas une preuve scientifique, tout au plus un compte rendu plus ou moins bien fait d'un état de l'art, mais il n'est pas « l'art » ! Les théories organisatrices de l'EMDR, et par conséquent de ce qu'est une psychothérapie, nécessitent, pour les comprendre, de la rigueur intellectuelle et de l'expérimentation. Il nous faut tester, évaluer, comprendre, transformer. La métaphysique, l'irrationnelle et la métaphore n'ont plus leur place dans ce domaine. De la même manière qu'une formation à l'EMDR sans une recherche clinique et fondamentale solide s'effondrera sur elle-même !

Cet *Aide-Mémoire* a été conçu comme un support pédagogique et professionnel susceptible d'aider tous ceux qui s'intéressent à l'EMDR et qui pourront trouver dans les chapitres proposés un complément solide pour les accompagner dans leur pratique, qu'ils soient débutants ou spécialistes.

**Cyril Tarquinio**

## 1

## LE MODÈLE TAI (OU TRAITEMENT ADAPTATIF DE L'INFORMATION)

Ludwig Cornil et Martine Iracane

© Dunod – Toute reproduction non autorisée est un délit.

En 25 ans, Francine Shapiro a transformé le champ de la psychothérapie. En soi, la stimulation bilatérale n'est pas l'élément le plus novateur : on pourrait attribuer cette découverte à la chance, au contexte de vie de Shapiro. Mais Shapiro a su, à partir de cette observation, élaborer dès 1995, une méthode de thérapie dont l'efficacité a été observée cliniquement.

### 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. »

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.

### ◆ 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. Une telle conception des choses existe dans le champ des sciences neuro-cognitives (Lang, 1977 ; Lang, 1979 ; Bower, 1981) depuis le début des années 80 (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, 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 très tendu 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 problème, 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 traités et sont stockés 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 qu'une situation trop difficile ? Les faits objectifs ou l'expérience subjective qu'en a la personne ? Le DSM 5 fait le choix de l'objectivité : l'État de Stress Post Traumatique résulte d'une confrontation à la mort, à une menace de mort, à une grave atteinte corporelle, à des violences sexuelles. L'accent est mis sur la menace réelle de l'intégrité physique. Le diagnostic « Trouble de l'Adaptation » dans le DSM-V donne plus de place à la subjectivité. Des facteurs de stress, quelles qu'en soient la gravité ou l'intensité, génèrent des troubles émotionnels, comportementaux. Mais le diagnostic ne peut être posé que 6 mois après la fin des facteurs de stress. Le modèle EMDR ne différencie pas les vécus traumatiques des expériences négatives répétitives (maladie chronique d'un proche, problèmes relationnels.). Mol *et al.* (2005) a montré qu'elles produisent au moins autant de symptômes de TSPT que les événements traumatiques, ce qui sera confirmé par Gold *et al.* (2005) et Van Hoof *et al.* (2009). Le Critère A du TSPT dans le DSM-V ne mentionne pas le vécu du patient. Cependant, aux émotions originelles comme la peur, l'horreur ou l'impuissance, s'ajoutent, avec le temps, d'autres troubles : anhédonie, dissociation... C'est la réponse subjective du patient à l'événement qui va justifier l'intervention thérapeutique.

### ◆ TAI comme explication pour l'efficacité de l'EMDR

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 termes 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).

Enfin, l'intérêt du Modèle TAI est de s'inscrire dans une approche en trois temps : passé-présent-futur. En effet, l'un des principes centraux de ce modèle est de considérer que les déficits ou les troubles psychologiques du présent sont le fait d'expériences passées stockées en mémoire



et physiologiquement stockés. Le traitement des situations du passé conduit à des réponses plus adaptées dans le présent et le futur.

Ainsi pour atteindre sa pleine efficacité intégrative, la thérapie EMDR basée sur le modèle du TAI posera les bases d'une orientation vers les trois temps du traitement : le passé, le présent et le futur.

## Les limites du modèle TAI

Le modèle TAI, s'il permet de comprendre l'origine et le processus de guérison des symptômes chez un patient, fournit peu d'explications sur la formation des réseaux dysfonctionnels. Shapiro évoque le déséquilibre créé par le traumatisme et le stress dans la période développementale où l'enfant est fragile. Elle fait le constat qu'alors, le système du TAI se bloque. Mais elle ne dit pas comment et pourquoi ce blocage se produit, ni ce que serait une expérience trop difficile. Ce manque de cadre théorique fait défaut à l'EMDR et freine sa reconnaissance en tant que mouvement thérapeutique à l'instar de la thérapie comportementale ou la psychanalyse.

C'est Daniel Siegel (1999) qui, dans son livre *The Developing Mind*, répond à ces questions en faisant référence à une fenêtre de tolérance. Cette fenêtre est individuelle et reflète la capacité de chacun à faire face à de hauts niveaux d'excitation émotionnelle. Certaines personnes ont une fenêtre large qui leur permet de conserver un bon fonctionnement cérébral face à un niveau élevé de perturbation (parfois les capacités d'intégration sont même augmentées par le stress). Chez d'autres, la fenêtre est étroite et l'excitation émotionnelle fait perdre au cerveau sa faculté d'intégration, provoque un fonctionnement désorganisé.

Selon le modèle TAI, les informations ne peuvent être traitées si la personne, lors d'une expérience négative, sort de sa fenêtre de tolérance (soit dans le sens d'une sur-activation, soit dans celui d'une sous-activation). Dans la sur-activation, le système sympathique domine et la personne éprouve une telle anxiété qu'elle n'est plus en capacité d'intégrer l'information.

Dans la sous-activation, le système parasympathique prédomine entraînant une désactivation du cerveau. Siegel décrit une troisième possibilité, la « rage explosive » qui est le résultat d'une sur-activation sympathique et parasympathique. La personne ressent un sentiment d'implosion intérieure. Dans ces trois façons de quitter la fenêtre de tolérance, le cerveau perd sa fonction intégrative et selon le modèle TAI l'intensité de l'affect a figé l'expérience dans un réseau associatif isolé (Shapiro, 1995). Il se peut que la peur, l'impuissance ressentis lors de l'expérience originelle aient disparu. Le patient ne remplit alors plus les critères de l'ESPT du DSM-V. Cependant, l'expérience peut continuer d'agir comme facteur de conditionnement à l'échec de tout traitement de l'excitation émotionnelle.

Selon Shapiro (2007), l'estime de soi se constitue par un maillage d'expériences vécues dans l'enfance. Un environnement chaleureux validant les expériences va permettre de développer la tolérance aux affects, un moi souple. Les nouvelles expériences et informations, positives et négatives, enrichiront les réseaux de mémoire existants. Un individu est en bonne santé lorsqu'il peut intégrer et apprendre des expériences positives et négatives (Shapiro, 2007)

## 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). « À 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.

## 2

## STABILISATION DU PATIENT ET EMDR

Olivier Piedfort-Marin

L'EMDR est une méthode puissante. Sa puissance se présente dans les résultats positifs et parfois même exceptionnels de nombreux traitements. Cette puissance s'exprime aussi dans des émotions et sensations physiques perturbantes qui peuvent apparaître pendant le retraitement et par des symptômes transitoires parfois intenses en cours de traitement. Par ailleurs certains patients viennent en thérapie dans un état psychique fragile. Il convient donc de s'assurer que le patient puisse faire face au retraitement des souvenirs de traumatismes ou autres expériences adverses et perturbantes. Ce chapitre clarifie le concept de stabilisation en psychotraumatologie et en EMDR et propose des mesures concrètes pour stabiliser les patients qui en ont besoin.

### Concepts et principes de la stabilisation \_\_\_\_\_

#### ◆ La stabilisation comme concept médical

La stabilisation est à la base un concept médical que tous les médecins connaissent, indépendamment de leur spécialité. Ce principe implique

qu'un patient doit présenter les conditions suffisantes pour pouvoir subir un traitement, une intervention chirurgicale ou un examen intrusif. Par exemple certains patients ne se verront pas proposer une intervention chirurgicale lourde si leur condition somatique n'est pas assez bonne et stable. Les médecins feront alors en sorte que le patient améliore et stabilise sa condition avant d'envisager l'opération. Avant une intervention chirurgicale l'anesthésiste s'assure que le malade a les conditions qui lui permettront de supporter l'anesthésie et l'intervention chirurgicale. Cela permet aussi de prévoir les risques possibles et les mesures à prévoir si un de ces risques devait se présenter. Par ailleurs, *Primum non nocere* : d'abord ne pas nuire. Tel est le principe qui doit guider tout médecin lorsqu'il prend en charge un patient. Il devrait en être de même pour les psychothérapeutes.

### ◆ La thérapie par phase de Janet

De nombreux auteurs proposent que le traitement des séquelles de traumatismes se fasse selon un modèle en trois phases. La première phase est communément nommée phase de stabilisation. La seconde phase cible le travail sur les souvenirs traumatiques, et la troisième phase cible la réhabilitation. Ce modèle de traitement est soutenu depuis les années 1970 par de nombreux auteurs qui voient chez les patients ayant des séquelles post-traumatiques complexes des difficultés importantes à se confronter (trop tôt) aux souvenirs des expériences traumatisantes (Cloitre *et al.*, 2011 ; Courtois *et al.*, 2009 ; Herman, 1992 ; Najavits, 2009 ; Phillips & Frederick, 1995/2001 ; Steele, Boon & Van der Hart, 2018 ; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010). L'approche par phase est particulièrement recommandée pour le traitement des troubles dissociatifs, des Troubles de Stress Post-Traumatiques complexes (TSPT-C) et d'autres troubles sévères d'origine traumatique.

Le contenu de la phase de stabilisation peut se résumer ainsi :

- développement d'une relation de travail harmonieuse entre le patient et le thérapeute ;
- sécurisation dans la vie réelle (pas de contact avec le ou les agresseurs ; amélioration de la situation financière, sociale et administrative) ;
- activation des ressources ;