

Manuel d'EMDR

Francine Shapiro

Manuel d'EMDR

Principes, protocoles, procédures

Préface de David Servan-Schreiber

Avant-propos et révision scientifique de Cyril Tarquinio, Martine Iricane-Coste,
Ludwig Cornil, Eva Zimmermann

Traduit de l'américain par François Mousnier-Lompré

DUNOD

L'édition originale de cet ouvrage a été publiée aux États-Unis par The Guilford Press sous le titre *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. Third Edition. Basic Principles, Protocols, and Procedures*.

Copyright © 2018 Francine Shapiro

Published by arrangement with The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc.

Éditrice : Valérie Le Rey
Assistante d'édition : Anna Calvière
Mise en page : Belle Page

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, 2022

InterEditions, marque de Dunod Éditeur,
pour la nouvelle présentation, 2020
et pour la 1^{re} édition, 2007

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-083557-7

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o 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.

*En mémoire de mes grands-parents,
Charles et Lena Sumner; de mes parents, Daniel et Shirley Shapiro;
et de mes sœurs, Debra et Marion*

*Avec gratitude pour les figures qui nous ont guidés à chaque génération
et pour le soutien affectueux de mon mari, Bob Welch,
qui est l'une des plus grandes bénédictions de ma vie.*

La liberté, c'est ce que nous arrivons à faire avec ce qu'on nous a fait.

J. P. Sartre

Grâce à la dynamique insufflée par EMDR-Europe pour le développement et la promotion de l'EMDR dans tous les pays de la communauté européenne, il a été possible de proposer la traduction de cette 3^e édition du livre fondateur de l'EMDR de Francine Shapiro. Grâce à ce soutien, toute la communauté francophone aura désormais accès à cet ouvrage au combien important !

La traduction du livre de Francine Shapiro a également été possible grâce au Centre Pierre Janet et à l'unité de recherche APEMAC de l'Université de Lorraine, à l'Institut français d'EMDR, à Integrativa, à l'Institut français de psychotraumatologie et à l'Institut romand de psychotraumatologie.

Préface

AVEC CE LIVRE, Francine Shapiro a mis à plat, sous la forme d'un protocole précis et détaillé, une nouvelle forme de psychothérapie qui bouleverse ce que nous pensions savoir sur les traitements psychologiques. Son objectif est simple : que la thérapie EMDR et ses promesses pour le soulagement de la souffrance psychique puissent être évaluées de façon systématique et que la méthode puisse être enseignée de façon fiable dans les institutions qui forment les thérapeutes de demain.

Grâce à ce souci permanent d'évaluation et de fiabilité de la transmission des principes qui donnent à l'EMDR son efficacité, cette méthode est passée en vingt ans du statut de curiosité peu crédible (qui pouvait penser que de faire bouger les yeux d'un patient pourrait permettre de soulager les terribles conséquences des États de stress post-traumatiques ?) à celui d'une des deux seules méthodes reconnues unanimement comme efficaces dans le traitement du stress traumatique. Le livre que vous avez dans la main est la pièce maîtresse de ce succès.

Il explique avec une clarté remarquable comment l'expérience humaine est conditionnée par des événements douloureux du passé qui sont devenus des souvenirs figés et dysfonctionnels. Comment chaque être humain possède un mécanisme naturel de transformation de ces souvenirs traumatiques qui tend toujours vers l'adaptation. Puis comment il est possible de stimuler ce mécanisme de retraitement des souvenirs dysfonctionnels en mobilisant l'attention par des mécanismes physiques — comme les mouvements oculaires — et en accompagnant les associations spontanées qui en découlent dans le réseau de la mémoire.

L'approche EMDR combine cette stimulation directe de l'attention avec des découvertes faites par de nombreuses autres écoles de psychothérapie :

- Avec les thérapies cognitivo-comportementales, dont elle est sans doute la plus proche, l'EMDR partage le travail sur les schémas du moi et les pensées limitantes connectés à des émotions négatives.
- Avec la psychanalyse, l'EMDR partage la notion fondamentale que les difficultés du présent trouvent leur origine dans les événements douloureux du passé, et aussi l'utilisation abondante des chaînes associatives en mémoire.

- Avec l'hypnose ericksonienne, l'EMDR partage la manipulation directe et indirecte de l'attention.
- Avec la Gestalt, l'EMDR partage l'importance donnée au ressenti corporel dans l'ici et maintenant.

Ce qui continue de me séduire, après dix années passées à enseigner l'EMDR aux États-Unis, au Canada et en France, c'est précisément l'intelligence avec laquelle tout ce qui m'a toujours plu dans la pratique de la psychothérapie se retrouve intégré dans un protocole à la fois si précis, si riche et si efficace, et se trouve enrichi considérablement par la stimulation physique de l'attention.

David Servan-Schreiber

*Docteur en médecine, docteur ès sciences
Professeur de clinique, département de psychiatrie,
Université de Pittsburgh
Chargé de cours, Faculté de médecine de Lyon
Président de l'Association EMDR-France*

Avant-propos

Un livre en guise d'héritage

FRANCINE SHAPIRO a eu le génie de développer, à partir de sa propre expérience, une nouvelle forme de psychothérapie, qui compte plus de 40 000 adeptes dans le monde entier et qui a apporté un nouveau souffle à la recherche sur les psychothérapies. Rappelons que depuis 2013, l'EMDR est recommandée par l'OMS comme l'une des deux thérapies scientifiquement validées pour la prise en charge des troubles post-traumatiques. Par son intuition thérapeutique, sa conviction inébranlable et sa pugnacité Francine Shapiro a ainsi participé de façon concrète à la réduction de la souffrance de l'humanité. Aujourd'hui, nous ne pouvons plus parler de l'EMDR comme une technique thérapeutique accessoire ou adjuvante. Elle est devenue en quelques années une approche majeure, largement diffusée dans le monde entier et présente par l'engagement humanitaire des personnes qui la portent dans tous les lieux touchés par les catastrophes, les guerres ou les drames humains.

On peut se demander quels seront les effets de la disparition de Francine Shapiro sur le développement futur de la thérapie EMDR. En effet, cette approche a entraîné une véritable révolution de la pratique psychothérapeutique dans le monde ! Jusqu'à l'arrivée de l'EMDR, les thérapeutes étaient le plus souvent démunis face au psychotraumatisme. Si aujourd'hui bouger ses doigts de droite à gauche est devenu une évidence pour un psychothérapeute abordant les problématiques post-traumatiques, il faut en revanche se souvenir que les pionniers ont été moqués. Qui pouvait croire alors que des mouvements réalisés avec les doigts étaient susceptibles de guérir la souffrance psychique ? Qui pouvait croire aux résultats de l'article de Shapiro en 1989 qui indiquaient que les mouvements des yeux pouvaient à un tel point renforcer ou potentialiser la guérison psychique ? Trop peu se souviennent du tristement célèbre article de McNally paru en 1999 dans le *Journal of Anxiety Disorders* (McNally 1999) où Francine Shapiro était comparée à Franz Anton Mesmer qui, au XVIII^e siècle, prétendait pouvoir guérir les gens au moyen de ce qu'il appelait le « magnétisme

animal ». Il était tout simplement suggéré dans ce texte que l'EMDR n'était qu'un placebo... Même si Francine Shapiro a fini par prouver qu'elle avait raison, quelle force a-t-elle dû déployer pour se défendre contre de telles campagnes de dénigrement ! Il a fallu du courage et de la persévérance à cette grande dame et à ceux qui se sont inscrits dans son sillage pour faire connaître et reconnaître cette nouvelle approche. Depuis que nous disposons de l'EMDR, nous sommes plus armés que jamais pour comprendre et prendre en charge les différentes formes de psychotraumatisme. Certes, la recherche doit encore avancer, tant sur le plan de la psychopathologie que sur les méthodes thérapeutiques. Mais, aujourd'hui, la thérapie EMDR s'est installée bien au-delà de la prise en charge du TSPT, libérant ainsi son potentiel créatif à l'instar des capacités d'innovation et d'adaptation des cliniciens et des chercheurs qui la promeuvent.

Deux risques guettent l'EMDR : soit de trop vouloir rester fidèle aux cadres généraux qui ont contribué à la création et au développement de la thérapie EMDR, soit de vouloir s'en libérer s'en affranchir trop radicalement au risque de voir s'établir de plus en plus d'approches dissidentes. Quels sont les contours de l'héritage que nous a légués sa créatrice ? Cet héritage va-t-il au-delà de l'EMDR ? Nous prépare-t-il, en tant que clinicien ou chercheur, à affronter l'avenir ? À quels défis la thérapie EMDR va-t-elle être confrontée dans les prochaines années ? Voilà un ensemble de questions qui se posent à nous qui, en ayant son dernier livre entre les mains, devenons de fait des héritiers de Francine Shapiro.

Il conviendra de répondre à ces questions et de ne pas seulement être un psychothérapeute qui consomme ici ou là telle une abeille qui « butine » de l'EMDR sans jamais s'engager pour elle. Voilà un ensemble de questions qui se posent à nous tous, les témoins de son dernier message et héritiers de ce fabuleux travail. Il incombera donc à chacun de nous de poursuivre l'œuvre de Francine Shapiro fondatrice de la thérapie EMDR en restant exigeant dans la formation des psychothérapeutes et en restant ouvert et curieux quant aux avancées scientifiques de notre discipline en évitant de faire de l'EMDR un dogme.

Merci Madame Francine Shapiro...

ÉQUIPE DES RÉVISEURS DE LA TRADUCTION FRANÇAISE (JUILLET 2022)

Professeur Cyril Tarquinio

Psychologue, professeur à l'université de Lorraine (Metz) ; superviseur EMDR à l'Institut français d'EMDR, responsable de l'équipe APEMAC/EPHAM UR 4360 ; responsable du Master « 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*.

Martine Iracane-Coste

Psychologue clinicienne exerçant en centre hospitalier psychiatrique ; superviseur et formatrice EMDR à l'Institut français d'EMDR ; chargée de cours dans les universités de Lorraine et de Lyon, ainsi qu'au Centre Pierre Janet.

Ludwig Cornil

Psychologue clinicien, superviseur et formateur à l'Institut français d'EMDR, chargé de cours à l'université de Lorraine et à l'université libre de Bruxelles, directeur du centre de formation INTEGRATIVA.

Eva Zimmermann

Psychologue clinicienne, psychothérapeute FSP en cabinet privé ; superviseur et formatrice EMDR à l'Institut romand de psychotraumatologie, ancienne chef de clinique psychologue en gynécologie et obstétrique à l'hôpital cantonal de Fribourg, Suisse.

▣► Bibliographie

McNally, R. J. (1999). EMDR and Mesmerism: A comparative historical analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 225-236.

Shapiro, F. 1989a. Eye movement desensitization: A new treatment for post- traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217

▣► Note au lecteur

Depuis le DSM-5 on ne parle plus d'État de Stress Post-traumatique (ESPT), mais de Trouble de Stress Post-traumatique (TSPT). Cependant, il serait erroné d'appliquer le terme de TSPT aux travaux antérieurs à la publication du DSM-5. C'est la raison pour laquelle dans cet ouvrage le terme d'ESPT a été conservé.

L'auteur

Francine Shapiro, PhD, qui a créé et développé la thérapie EMDR, était chercheur émérite au *Mental Research Institute* de Palo Alto, en Californie, directrice exécutive de l'EMDR Institute de Watsonville, en Californie, et fondatrice et présidente émérite des *Trauma Recovery/EMDR Humanitarian Assistance Programs* (HAP), organisation à but non lucratif qui coordonne des interventions en cas de catastrophe et donne des formations gratuites dans le monde entier.

Elle a reçu le prix international Sigmund Freud pour sa contribution exceptionnelle à la psychothérapie, décerné par la ville de Vienne en collaboration avec le Conseil mondial de psychothérapie, le prix de la division 56 de l'*American Psychological Association* pour sa contribution exceptionnelle à la pratique de la psychologie du traumatisme, et le prix de la *California Psychological Association* pour sa contribution scientifique exceptionnelle à la psychologie.

Le Dr Shapiro a été désignée comme l'un des « cadres d'experts » de l'initiative conjointe de l'*American Psychological Association* et de la Société canadienne de psychologie sur la guerre ethnopolitique et a servi de conseillère à une grande variété d'organisations et de revues spécialisées dans le traitement des traumatismes et la sensibilisation.

Elle a été invitée à participer à des conférences de psychologie dans le monde entier et a écrit ou coécrit plus de 90 articles, chapitres et livres sur l'EMDR.

Francine Shapiro est décédée le 16 juin 2019.

Préambule

Béni est celui qui a trouvé le travail pour lequel il est fait; qu'il ne demande pas d'autre bénédiction.

Thomas Carlyle

LE CHEMIN DE LA DÉCOUVERTE

L'OCCASION QUI M'EST donnée de présenter une nouvelle édition du *Manuel d'EMDR* me rappelle une citation du philosophe antique Héraclite : « On ne peut pas entrer deux fois dans le même fleuve, car ses eaux sont toujours différentes ». Cette édition marque les trente ans de l'observation initiale qui m'a conduite au développement de la thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR), aujourd'hui internationalement reconnue comme un traitement des traumatismes étayé par des données empiriques. Depuis les premiers temps de controverse sur les effets des mouvements oculaires, plus de 30 études randomisées en ont confirmé les effets, et des centaines d'articles publiés dans des revues évaluées par des pairs ont documenté les effets positifs du traitement sur un large éventail de populations cliniques. Compte tenu de l'évolution constante des soins de santé, de la vie et de la pensée en général, il est gratifiant de constater que la majeure partie de ce livre est restée pertinente pour la pratique clinique. Il a bien vieilli.

En même temps, cette révision m'a donné l'occasion de proposer les théories et les recherches les plus récentes qui gouvernent la pratique de la thérapie EMDR, d'étoffer les informations sur le traitement de diverses populations, et de décrire des procédures et des protocoles supplémentaires qui se sont avérés être des ajouts utiles à la pratique clinique. Les nombreuses recherches contrôlées sur la thérapie EMDR ont été mises à jour, et d'autres domaines d'investigation potentiellement utiles sont suggérés. Les nouvelles annexes comprennent une variété d'aides cliniques tant pour le thérapeute praticien que pour le chercheur; on y trouvera des questionnaires, des formulaires, des listes de contrôle et des transcriptions de séances.

Il a également été gratifiant pour moi, au cours des quinze dernières années, de constater à travers la communauté professionnelle pratiquant la thérapie EMDR l'engagement international soutenu en faveur de la guérison de la souffrance. En fait, la première édition de ce texte est parue quelques jours seulement après l'attentat d'Oklahoma City. À la demande d'un agent du FBI qui avait suivi un traitement EMDR, des volontaires se sont déplacés à leurs frais pour offrir leur aide à la communauté traumatisée. Les cliniciens d'Oklahoma qui avaient déjà été formés à l'EMDR ont ouvert leurs bureaux et ont fait connaître cette opportunité dans toute la région. Au cours des 4 mois qui ont suivi, deux à trois cliniciens EMDR par semaine se sont rendus en Oklahoma et ont offert bénévolement leurs services à ceux qui en avaient besoin, en commençant par les professionnels de santé mentale traumatisés, qui ont ensuite demandé des services pour les soignants de première ligne et pour les victimes. À la fin de ces 4 mois, une formation gratuite a été offerte à tous les professionnels de santé mentale agréés d'Oklahoma City, ce qui leur a permis de poursuivre le travail. Cet élan spontané de service a été le début des programmes d'assistance humanitaire Trauma Recovery/EMDR (HAP ; cf. l'annexe F), qui soulignent la nécessité d'associer des traitements évalués scientifiquement à un service clinique généreux, proposé dans le monde entier. En outre, au cours de la dernière décennie, les projets humanitaires venant de nombreuses organisations EMDR locales et nationales ont offert des traitements bénévoles après des catastrophes naturelles ou d'origine humaine. La recherche a confirmé l'efficacité des protocoles utilisés dans le cadre de ces projets, qu'on trouvera décrits dans les chapitres suivants. Il est vivement conseillé aux cliniciens d'apprendre les procédures et les protocoles pour contribuer aux efforts de secours, tant au niveau national qu'international. En nous unissant et en élargissant nos efforts dans le cadre de cet engagement mondial, nous pouvons véritablement remplir nos obligations en tant que profession.

Pour répéter ce que je disais dans l'édition précédente : en un peu plus de cinquante ans, nous sommes passés des premiers vols des frères Wright à la Lune. Et pourtant, malgré des avancées technologiques aussi monumentales, des millions de personnes souffrent en permanence sur terre, et un cycle de violences incontrôlées se poursuit dans le monde entier. Certainement, la société doit réorienter une plus grande partie de ses vastes ressources et accorder une plus grande attention à l'atténuation de la souffrance dans le monde. Nous devons certainement changer notre niveau d'attentes concernant les possibilités de guérison et de développement relationnel. Mais une partie du problème peut également être causée par une diversité d'attitudes inhérentes à notre profession. Bien que l'intégration des connaissances dans les sciences dures ait permis des développements continus et le raffinement de leurs applications, qui sont

passées rapidement d'Edison à Internet, le domaine de la psychothérapie n'a en quelque sorte pas suivi le rythme. La raison en est peut-être un partage insuffisant des informations entre les disciplines. Car malgré l'avènement de nombreuses nouvelles orientations psychologiques, chacune est restée relativement distincte au cours du siècle dernier, avec peu de fécondation croisée, même entre la science et la pratique. Une leçon à en tirer pourrait être que le traitement psychologique des individus demande un mélange de connaissances provenant de diverses approches. Je m'aligne pleinement sur les auteurs qui pensent qu'on améliore les répertoires cliniques par l'intégration, et non par le déplacement ou l'exclusion (Beutler, 2009 ; Beutler, Someah, Kimpara, & Miller, 2016 ; Norcross & Goldfried, 2005 ; Norcross & Shapiro, 2002 ; Stricker, 2010).

Dans cet esprit, le développement de la thérapie EMDR, au cours des trente dernières années, l'a fait passer du rang de simple technique à celui d'approche psychothérapeutique intégrée. Ses applications se sont élargies du traitement du trouble de stress post-traumatique à un large éventail de plaintes cliniques. En outre, comme nous le verrons, l'accent est mis non seulement sur l'élimination de la souffrance manifeste, mais aussi sur l'attention portée au tableau clinique global qui intègre toutes les facettes de la croissance personnelle et de l'intégration de la personne dans les systèmes sociaux plus larges. Pour cette raison, les cliniciens de toutes orientations trouveront des points communs entre la thérapie EMDR et leurs pratiques cliniques, ainsi que des aspects complémentaires provenant d'autres disciplines qui peuvent améliorer leur travail. Je pense que c'est dans cette synthèse qu'on aide le mieux les patients.

J'ai fait l'observation initiale qui m'a conduite au développement de la thérapie EMDR en 1987. Cependant, le chemin vers cette découverte avait commencé près de dix ans plus tôt. En 1979, je terminais un doctorat en littérature anglaise à l'Université de New York et j'avais déjà publié de nombreux articles dans ce domaine. J'avais le sentiment qu'il s'agissait d'un travail important ; j'étais fascinée par le fait de faire partie de ceux qui mettent en lumière notre culture et notre littérature, avec ses nuances délicates, ses riches structures et la vie complexe de ses personnages.

En même temps, je m'intéressais depuis longtemps à la thérapie comportementale, grâce à mes lectures anciennes d'Andrew Salter et de Joseph Wolpe. L'idée d'une approche ciblée, prévisible et de cause à effet de la psychologie humaine semblait parfaitement compatible avec les concepts de développement des personnages et des intrigues littéraires. Après tout, de nombreux auteurs connus avaient laissé entendre que si l'on représente des personnages plus vrais que nature et qu'on les laisse agir à leur guise, ils se mettent à créer leurs propres intrigues. J'ai eu des discussions fascinantes avec mes professeurs d'anglais sur

l'interaction entre les textes à multiples facettes que je lisais et les implications physiologiques de cause à effet des formulations des comportementalismes. Mais la psychologie n'avait pour moi qu'un intérêt secondaire. J'adhérais fermement aux auteurs qui croyaient en la perfectibilité de l'humanité. Je me délectais de la gloire de la souffrance humaine transformée en art par les chefs-d'œuvre de la littérature anglaise, et j'espérais une longue et fructueuse carrière de critique littéraire et d'érudite. Et puis, juste avant que je me lance dans ma thèse sur la poésie de Thomas Hardy, on m'a diagnostiqué un cancer.

Lorsqu'on est frappé par une maladie qui peut être mortelle, cela peut être un tournant dans la vie de la personne. Pour moi, le temps a pris une nouvelle dimension. La vie ne s'étendait plus indéfiniment devant moi. D'un coup, les « causes et effets physiologiques » des behavioristes prenaient un nouveau sens. Je me suis centrée sur l'interaction entre l'esprit et les facteurs de stress externes. Je me suis également demandé pourquoi nous étions allés si loin sur le plan technologique, tout en paraissant incapables d'avancer dans la maîtrise de notre esprit et de notre corps.

Heureusement, j'ai découvert les travaux de Norman Cousins et d'autres personnes dans le domaine de la psycho-neuro-immunologie, qui venait d'émerger. L'idée d'un lien entre la maladie et le stress me semblait évidente, mais ce qu'il fallait faire était une autre affaire. À cette époque, selon mes médecins, mon cancer était guéri, mais il n'y avait aucune garantie qu'il ne reviendrait pas. Je me rappelle que ce qu'ils me disaient ressemblait à ceci : « Votre cancer a disparu, mais il réapparaît chez X pour cent des malades. Nous ne savons pas qui et nous ne savons pas comment, alors bonne chance ! »

La question de savoir quelles méthodes psychologiques et physiologiques fonctionnaient réellement pour améliorer la santé physique est alors devenue primordiale pour moi. Je me disais que des approches psychologiques et physiologiques utiles devaient déjà avoir été développées, mais pourquoi n'étaient-elles pas connues ? Soudain, trouver ces méthodes et diffuser des informations à leur sujet à d'autres personnes atteintes de maladies potentiellement mortelles est devenu plus important pour moi que d'étudier et d'enseigner la littérature du XIX^e siècle. J'ai quitté New York à la recherche d'ateliers et de séminaires sur des techniques s'adressant à l'esprit, au corps et au psychisme pour améliorer le bien-être physique et mental.

Au bout d'un moment, j'ai moi-même présenté des ateliers destinés au grand public sur tout ce que je pouvais trouver qui offrait des moyens pratiques pour aider les gens à mener des vies moins génératrices de stress. Pendant cette période, je me suis également inscrite à un programme de doctorat en psychologie clinique pour compléter mon éducation formelle. La promenade mémorable

dans le parc qui m'a conduite à la découverte des effets des mouvements oculaires s'est produite juste au moment où je commençais à chercher un sujet de thèse. À ce moment précis, ma recherche à travers tout le pays de mécanismes de changement mental a rejoint ma recherche d'un sujet de thèse.

Le reste de l'histoire du développement de l'EMDR est exposé dans le chapitre 1. Pour l'instant, il suffit de dire que ma découverte des effets des mouvements oculaires a été suivie du développement d'une méthodologie qui a rapidement gagné en complexité et en usages. Au cours des trois dernières décennies, des résultats cliniques positifs de la psychothérapie EMDR ont été constamment rapportés par les cliniciens qui y avaient été formés. Le travail clinique en thérapie EMDR montre que la souffrance peut être transformée, pour en faire non seulement une expérience artistique, mais une expérience de vie.

Ce livre est issu de trente ans d'expérience personnelle dans le perfectionnement et l'enseignement de l'EMDR, ainsi que des apports de nombreux cliniciens et chercheurs chevronnés; on y trouvera des recommandations fondées sur les recherches et des cas cliniques, ainsi que des mises en garde provenant de l'expérience des praticiens formés à l'EMDR.

LE BESOIN DE FORMATION

Depuis 1979, ma vie est axée sur l'apprentissage, le développement et la diffusion de procédures qui visent à améliorer la santé mentale : il n'est donc pas surprenant que ma préoccupation première soit désormais le patient. Les patients sont mieux servis par des cliniciens qui sont guidés par les résultats des recherches et qui sont prêts à apprendre, à élargir leurs compétences et à expérimenter des techniques novatrices. Ils sont aussi clairement mieux pris en charge lorsque les thérapeutes sont agréés dans le domaine de la santé mentale et formés aux thérapies qu'ils utilisent, et lorsque des recherches adéquates sont menées pour valider et améliorer ces techniques thérapeutiques. Ces convictions sont au cœur de la thérapie EMDR et constituent le fondement sur lequel s'est construit son succès; elles sont aussi à la base de ses orientations dans le domaine de la formation. J'ai eu la chance de rencontrer de nombreux cliniciens et chercheurs qui partageaient ces convictions.

Des formations à la thérapie EMDR sont disponibles dans le monde entier par le biais d'universités et d'organismes indépendants de formation postuniversitaire. Il est clair qu'elles ne sont pas toutes aussi complètes, aussi les cliniciens doivent-ils se référer à l'annexe F pour s'orienter. Une explication des principes de formation en EMDR fait l'objet d'un document de principe du premier Comité chargé des

questions professionnelles relatives à l'EMDR, qui figure à l'annexe E, et on peut consulter des paramètres spécifiques sur le site web (www.emdria.org) de l'Association internationale EMDR (association professionnelle indépendante qui supervise la formation et la pratique clinique en Amérique du Nord). Les recherches sur l'EMDR ont démontré une corrélation entre la fidélité au traitement et des effets cliniques positifs (Maxfield & Hyer, 2002) et, de toute évidence, la formation supervisée est le meilleur moyen d'atteindre cet objectif. Les autres justifications de ces principes découlent de la logique et de la compassion. Une enquête menée auprès des 1 200 premiers cliniciens formés à la thérapie EMDR a montré que seulement 2 % d'entre eux considéraient la formation supervisée comme inutile. De plus, les résultats de cette enquête (qui ont été reproduits dans l'annexe D de l'édition 1995; Lipke, 1994, 1995) ont indiqué que 85 % des cliniciens ont constaté que les patients faisaient remonter davantage de souvenirs très chargés et jusqu'alors oubliés avec l'EMDR qu'avec aucune autre forme de thérapie pratiquée à l'époque. Les raisons de ce phénomène, qui contribue à éclairer la nature même de la psychopathologie, sont pleinement expliquées dans ce texte, et lorsqu'ils sont traités de manière appropriée, ces souvenirs sont rapidement résolus. Cependant, il semble raisonnable de conclure que si des souvenirs dysfonctionnels émergent des séances EMDR, accompagnés d'un niveau de perturbation qui peut être élevé, les cliniciens doivent être parfaitement informés sur la méthodologie qui fait apparaître ces souvenirs et qui a aussi la capacité de les résoudre. Pour le redire de façon plus succincte, les patients sont mieux pris en charge si leurs thérapeutes sont formés. L'objectif est évidemment d'aider les gens.

Bien sûr, la formation ne garantit pas le succès avec tous les patients. La thérapie EMDR n'est pas une panacée; il y a des échecs de traitement, comme avec toute forme de psychothérapie. Cependant, le code d'éthique de l'*American Psychological Association* stipule que la formation et la supervision sont nécessaires pour qu'un clinicien puisse acquérir des compétences avant de traiter des clients ou de mener des recherches. Une formation adéquate signifie une plus grande probabilité de réussite – et une moindre probabilité de nuire à la personne. Par conséquent, bien que ce livre fournisse les instructions écrites nécessaires pour commencer à utiliser la thérapie EMDR, il doit être utilisé en conjonction avec une supervision et une formation appropriées. Je répète cette maxime tout au long du livre.

PRINCIPES ET PROCÉDURES

Pour paraphraser un proverbe bien connu, il vaut mieux apprendre à un homme affamé comment pêcher que de lui donner un poisson. De même, il vaut mieux fournir aux praticiens un cadre ou un modèle conceptuel qui servira de guide à

leur pratique clinique que de leur donner des procédures rigides, étape par étape, pour mettre en œuvre la thérapie EMDR. Par conséquent, outre des directives étape par étape, ce texte propose aux cliniciens une nouvelle façon de penser la pathologie et le traitement thérapeutique, ainsi que tout un ensemble de procédures thérapeutiques qui ont évolué à partir d'applications cliniques en cohérence avec la théorie. La compréhension de ces principes permettra au clinicien d'adapter le traitement aux besoins individuels de chaque client. Cela s'applique, que le client ait besoin d'un traitement rapide pour un traumatisme isolé ou d'un traitement complet qui aborde l'ensemble du tableau clinique.

L'un des postulats de base de la thérapie EMDR est que la plupart des psychopathologies ont pour origine des expériences vécues au début de la vie. L'objectif du traitement EMDR est de métaboliser rapidement ces résidus dysfonctionnels du passé et de les transformer en quelque chose d'utile. En substance, avec la thérapie EMDR, les informations dysfonctionnelles subissent un changement spontané de forme et de sens – incorporant des idées et des affects qui renforcent le patient au lieu de l'affaiblir. Les cliniciens trouveront que les informations exposées dans ce livre décrivent les éléments et les stratégies nécessaires pour un traitement efficace. Ces procédures standardisées ont été développées pour produire une activation optimale du système inné de traitement de l'information du patient et ainsi parvenir à une résolution complète du problème qu'il présente. Ces procédures ont été largement testées dans le cadre d'essais cliniques, avec des résultats concordants démontrant leur valeur. Une méta-analyse complète (Maxfield & Hyer, 2002) a indiqué que plus l'étude EMDR était rigoureuse, plus les effets relevés étaient importants. En outre, il existe une corrélation positive entre la fidélité du traitement et la taille d'effet. Un élément important dans une recherche rigoureuse est le contrôle de fidélité, qui permet de vérifier que les procédures standardisées ont été correctement appliquées. À cette fin, on trouvera à l'annexe C une liste de contrôle de la fidélité. Cependant, la compréhension des principes sur lesquels reposent les procédures thérapeutiques favorise une application appropriée et souple.

LE NOM DE LA THÉRAPIE

Bien que l'EMDR ait été initialement nommée pour les mouvements oculaires, qui, en 1987, semblaient être la partie la plus saillante de la méthodologie, au fil des ans, ce nom a semblé limiter indûment l'appréciation et l'application de l'approche. Comme l'indique ce livre, la thérapie EMDR est une méthodologie complexe qui comprend de nombreuses composantes; en outre, d'autres stimuli que les mouvements oculaires se sont avérés utiles. Si c'était à refaire, je la nommerais simplement « thérapie de retraitement ». Néanmoins, en raison de la

large notoriété de ce nom dans le monde entier, j'ai décidé de conserver l'abréviation et la désignation originale, étant entendu qu'il s'agit en fin de compte d'une signification historique, plus que descriptive. (Il existe de nombreux autres noms historiques de ce type : Coca-Cola a par exemple été nommé d'après un dérivé de la cocaïne, éliminé de la recette depuis longtemps ; la catégorie de diagnostic de la schizophrénie persiste même si elle n'est plus considérée comme un « esprit divisé » ; et American Telephone and Telegraph est toujours AT&T, même si elle ne s'occupe plus de télégraphes). L'abréviation EMDR doit donc être utilisée tout en sachant que les mouvements oculaires ne sont qu'une des stimulations bilatérales d'attention double utilisées pour activer le système de traitement de l'information du patient et obtenir les effets thérapeutiques espérés.

UTILISATION DE CE LIVRE

Seuls les professionnels de la santé mentale agréés, ou ceux qui sont sous la supervision directe de cliniciens agréés, doivent utiliser les procédures et les protocoles contenus dans ce livre. Cette mise en garde est importante car, en tant que psychothérapie complexe, l'EMDR ne doit être utilisée que dans le cadre d'un plan de traitement complet et détaillé, et avec les garanties appropriées que les cliniciens formés et agréés ont apprises. Les instructeurs d'étudiants diplômés en clinique voudront probablement engager leurs étudiants dans un programme de stage supervisé avant de leur enseigner les procédures. Des suggestions concernant la forme et le calendrier de la pratique supervisée de la thérapie EMDR sont incluses dans ce livre, mais dans tous les cas, un stage officiel avec des instructeurs EMDR agréés, formés et expérimentés est considéré comme le cadre le plus approprié pour apprendre cette approche. Les lignes directrices de ces formations ont été formulées à l'origine par l'Association internationale EMDR et sont maintenant reprises par les associations EMDR régionales et nationales, en Amérique du Nord et du Sud, en Europe, au Moyen-Orient et en Asie. Tous les instructeurs qualifiés sont instamment priés de faire évaluer et enregistrer leurs cours auprès de l'association nationale de leur région (*cf.* annexe F). Avec des cours ainsi identifiés, les étudiants et les cliniciens peuvent être guidés au mieux vers ceux qui sont les plus appropriés, et les patients peuvent être assurés qu'on leur fournit les protocoles et les procédures de thérapie EMDR les mieux adaptés. Les futurs étudiants des cours EMDR dispensés dans les universités ou dans des centres de formation privés doivent évaluer si la formation qu'ils envisagent peut être agréée par l'association professionnelle concernée.

Ce livre a été écrit en pensant à quatre types de lecteurs : les universitaires, les chercheurs, les cliniciens et les étudiants de troisième cycle de psychologie

clinique. J'ai tenté d'en rendre le langage et l'organisation satisfaisants pour tous. Les lecteurs intéressés par l'histoire de l'EMDR, les données qui l'appuient, les recherches, la théorie et la place de l'EMDR dans le champ des thérapies des traumatismes trouveront les chapitres 1, 2 et 12 particulièrement pertinents. Les thérapeutes soucieux avant tout d'apprendre les procédures et les protocoles trouveront certes des éléments cliniques importants dans ces trois chapitres (en particulier dans le chapitre 2), mais ces éléments sont surtout étudiés dans le reste des chapitres.

GENRE

Afin d'éviter à la fois le sexisme et la maladresse stylistique d'expressions comme « il ou elle », les pronoms personnels ont été alternés tout au long du texte.¹

RECHERCHES ET ÉVOLUTION DE L'EMDR

L'évolution continue de l'EMDR, passée du rang de simple technique à celui d'approche psychothérapique complexe, s'est largement appuyée sur la recherche et les observations cliniques. La nécessité d'une recherche contrôlée pour examiner l'approche thérapeutique de l'EMDR ne se discute pas : dans n'importe quelle forme de thérapie, l'évaluation clinique est sujette aux nombreuses distorsions et erreurs de l'observation personnelle. Actuellement, un large ensemble de recherches contrôlées ont été évaluées par des groupes de travail indépendants (dont l'Organisation mondiale de la santé et la Société internationale pour l'étude du stress traumatique – ISTSS) et ont établi la thérapie EMDR en tant que traitement standard, valide empiriquement et efficace des traumatismes psychologiques. On trouvera exposées en détail au chapitre 12 ces études et celles portant sur d'autres troubles, ainsi que les implications de ces recherches et des suggestions pour d'autres investigations. Cependant, bien que la thérapie EMDR semble efficace pour le traitement d'une grande variété de plaintes basées sur des événements vécus, jusqu'à ce que des recherches comparatives étendues valident cette approche pour chacun de ces troubles, elle ne doit être utilisée qu'avec des informations adaptées fournies au patient, pour obtenir un consentement éclairé de celui-ci. Naturellement, cette mise en garde est valable pour toutes les formes de thérapie, pour n'importe quel type de trouble.

En attendant, alors que la thérapie EMDR continue d'évoluer grâce à aux recherches et à l'observation clinique, on trouvera dans ce livre ses principes fondamentaux

1. Ce fonctionnement n'est pas toujours appliqué dans la traduction.

et la substance de sa pratique actuelle qui ont résisté à l'épreuve du temps. Comme face à l'exploration de n'importe quelle nouveauté, le lecteur est invité à garder un esprit sceptique, mais ouvert. Changer des façons bien ancrées de faire de la psychothérapie n'est pas forcément simple. Ce livre n'est que le début d'un processus d'apprentissage et, je l'espère, d'un parcours de découverte gratifiant. Et si les évaluations cliniques et les observations personnelles sont loin d'être infaillibles, elles sont indispensables pour obtenir des résultats scientifiques de qualité – et pour connaître la joie de guérir.

Remerciements

C E LIVRE N'aurait pas pu être écrit sans le soutien indéfectible de Robbie Dunton, qui m'a donné du temps et m'a libéré l'esprit pour faire ce travail; je lui suis reconnaissante pour ses compétences sur le plan organisationnel, mais plus encore pour sa chaleureuse gentillesse et sa générosité d'esprit, qui ne m'ont jamais fait défaut. Je remercie également Barbara Hensley et Jessica Cowan pour leur soutien sur le plan des recherches. Ce livre est fondé sur les expériences cliniques de centaines de cliniciens et de chercheurs, et j'espère leur avoir rendu justice. Je suis particulièrement reconnaissante à ceux qui ont partagé leur expertise en apportant des contributions substantielles aux sections de leur domaine de spécialité. Ces personnes sont, par ordre alphabétique, Susan Brown (addictions), Isabel Fernandez (intervention en cas de catastrophe), Ana Gomez (enfants), E. C. Hurley (personnels militaires), Louise Maxfield (couples), Liesbeth Mevissen (déficience intellectuelle/troubles du spectre autistique), Marco Pagani (neurophysiologie), Gerald Puk (dissociation), Sarah Schubert (théorie des mouvements oculaires), Rosalie Thomas (intervention en cas de catastrophe) et Debra Wesselmann (enfants). Je suis aussi extrêmement reconnaissante à Roger Solomon pour sa contribution à l'annexe B; à Deborah Korn, Louise Maxfield et Allen Rubin pour leur préparation approfondie des documents de l'annexe C; et à celles et ceux qui ont pris le temps de lire des chapitres ou des sections et d'offrir de précieuses suggestions : Benedikt Aman, Susan Brown, Ad de Jongh, Isabel Fernandez, Irene Giessl, Barbara Hensley, Cynthia Kong, Deborah Korn, Deany Laliotis, Christopher Lee, Jennifer Lendl, Patti Levin, Louise Maxfield, Mark Nickerson, Udi Oren, Curt Rouanzoin, Mark Russell, Steve Silver, Roger Solomon et Robert Stickgold. Un grand merci au personnel de The Guilford Press, et en particulier à l'éditeur Jim Nageotte, pour ses suggestions avisées, et à l'éditrice de production, Jeannie Tang, pour avoir dirigé avec soin le livre tout au long du processus de sa production.

Il est notoirement difficile d'introduire une innovation dans le milieu des psychologues, mais j'ai eu la chance de pouvoir compter sur un cercle de plus en plus large de cliniciens et de chercheurs à l'esprit ouvert et au talent magistral : leur compétence et leur intégrité me rassurent sur le fait que nous sommes sur la bonne voie. Aux formateurs, aux assistants de formation et aux cliniciens de la

thérapie EMDR qui ont eu la largeur d'esprit d'essayer quelque chose de nouveau, et le courage de faire connaître autour d'eux leurs expériences – même s'il peut sembler déplacé de vous remercier pour des choses que vous avez faites par sentiment de votre responsabilité et de vos objectifs personnels – je vous suis infiniment reconnaissante.

Enfin, pour sa rigueur scientifique, sa patience et son indéfectible soutien, je remercie mon mari, Bob Welch.

Table des matières

| | |
|--|------|
| <i>PRÉFACE</i> | VII |
| <i>AVANT-PROPOS</i> | IX |
| <i>L'AUTEUR</i> | XIII |
| <i>PRÉAMBULE</i> | XV |
| <i>REMERCIEMENTS</i> | XXV |
| 1. Le contexte | 1 |
| Une découverte fortuite | 8 |
| La première étude contrôlée | 9 |
| Autres observations cliniques et expérimentales | 12 |
| Un changement de paradigme | 14 |
| Le traitement adaptatif de l'information | 18 |
| Les convergences théoriques | 22 |
| Résumé et conclusions | 28 |
| 2. Le traitement adaptatif de l'information | 29 |
| Le traitement de l'information | 30 |
| Les réseaux mnésiques | 34 |
| Extrait d'une séance d'emdr | 36 |
| Du dysfonctionnel au fonctionnel | 42 |
| Des réseaux neuronaux différents | 43 |
| Application de l'EMDR à d'autres troubles cliniques | 44 |
| Une expérience statique : les phrases concernant les émotions et les croyances | 47 |
| Résolution | 50 |
| Bloqué dans l'enfance | 51 |
| Une psychothérapie « indépendante du temps » | 52 |
| Les cibles | 55 |
| Une psychothérapie intégrée | 58 |
| Résumé et conclusions | 60 |

| | |
|---|-----|
| 3. Les composants de la thérapie EMDR et les effets de base du traitement | 62 |
| Les éléments de base des cibles de traitement EMDR | 62 |
| Activer le système de traitement de l'information du patient | 71 |
| Les huit phases de la thérapie EMDR | 76 |
| Le protocole standard à trois volets de la thérapie EMDR | 83 |
| Choisir une cible | 83 |
| Les patterns de réaction | 86 |
| Des effets différents | 96 |
| Pratique supervisée | 97 |
| Résumé et conclusions | 97 |
| 4. Phase 1 : Les antécédents du patient | 99 |
| L'état de préparation du patient | 99 |
| Les facteurs de sécurité | 101 |
| Planification du traitement | 114 |
| Transcription d'une séance d'anamnèse | 118 |
| Pratique supervisée | 131 |
| Résumé et conclusions | 131 |
| 5. Phases 2 et 3 : Préparation et évaluation | 133 |
| Phase deux : préparation | 133 |
| Phase trois : évaluation | 146 |
| Importance des composantes | 156 |
| Pratique supervisée | 158 |
| Résumé et conclusions | 158 |
| 6. Phases 4 à 7 : Désensibilisation, installation, scanner corporel et clôture | 160 |
| Retraitement accéléré du souvenir | 161 |
| Phase 4 : désensibilisation | 167 |
| Phase 5 : installation | 178 |
| Phase 6 : scanner corporel | 181 |
| Phase 7 : clôture | 182 |
| Pratique supervisée | 188 |
| Résumé et conclusions | 188 |
| 7. Travailler avec les abréactions et blocages | 191 |
| L'abréaction | 192 |

| | |
|--|-----|
| Stratégies en cas de retraitement bloqué | 202 |
| Pratique supervisée | 222 |
| Résumé et conclusions | 223 |
| 8. Phase 8 : Réévaluation et utilisation du protocole standard à trois volets de la thérapie EMDR | 225 |
| La phase huit : réévaluation | 227 |
| Le protocole thérapeutique standard à trois volets de l'EMDR | 227 |
| La fin de la thérapie | 244 |
| Pratique supervisée | 248 |
| Résumé et conclusions | 249 |
| 9. Protocoles et procédures standardisés pour les situations particulières | 251 |
| Les procédures standards | 252 |
| Le protocole à trois volets | 255 |
| Protocole pour un événement traumatique unique | 255 |
| Le protocole basé sur les troubles | 256 |
| Le protocole basé sur les symptômes | 257 |
| Le protocole pour l'anxiété du présent | 258 |
| L'EMD : désensibilisation par les mouvements oculaires | 259 |
| Les protocoles pour les événements traumatiques récents | 261 |
| Protocole pour les phobies | 268 |
| Protocole pour les deuils complexes | 274 |
| Protocole pour les maladies et les troubles somatiques | 277 |
| Les états douloureux | 286 |
| Auto-utilisation des SBA pour réduire le stress | 287 |
| Procédures d'autocontrôle et de clôture | 290 |
| Imagerie d'un lieu sûr/calme | 291 |
| Développement et installation de ressources (DIR) | 293 |
| Visualisations enregistrées | 295 |
| La technique du flux lumineux | 296 |
| Changement de respiration | 298 |
| Mouvements oculaires verticaux | 298 |
| Débriefing et évaluation de la sécurité du patient | 298 |
| Résumé et conclusions | 299 |

| | |
|--|-----|
| 10. Le tissage cognitif | 302 |
| Fondements du tissage cognitif | 304 |
| Responsabilité, sécurité et choix | 306 |
| Adapter l'intervention au patient | 315 |
| Choisir un tissage | 317 |
| Assimilation | 322 |
| Verbalisations et actions | 322 |
| Éducation | 329 |
| Pratique supervisée | 331 |
| Résumé et conclusions | 331 |
| 11. Populations particulières | 334 |
| Problèmes de non-collaboration du patient | 335 |
| L'ESPT complexe | 339 |
| Les patients victimes d'abus sexuels | 346 |
| Les anciens combattants | 358 |
| Interventions après une catastrophe | 372 |
| Les couples | 378 |
| Les enfants | 383 |
| Addictions | 399 |
| Les troubles dissociatifs | 406 |
| Évaluations globales | 410 |
| Résumé et conclusions | 411 |
| 12. Théorie, recherches et implications cliniques | 414 |
| EXPLICATIONS THÉORIQUES | 414 |
| Éléments procéduraux | 417 |
| La réponse d'orientation | 423 |
| La mémoire de travail | 424 |
| La distraction | 424 |
| L'hypnose | 425 |
| Changements dans les réseaux neuronaux | 426 |
| Le sommeil paradoxal | 431 |
| La réponse de relaxation | 432 |
| L'effet intégrateur | 433 |

| | |
|--|-----|
| LES ÉTUDES NEUROPHYSIOLOGIQUES | 433 |
| LES ANALYSES DES COMPOSANTES | 438 |
| La mémoire de travail et l'EMDR | 439 |
| La réponse d'orientation | 440 |
| Le sommeil paradoxal | 442 |
| LES RECHERCHES FUTURES | 445 |
| Résumé des recommandations pour les recherches portant sur les composantes | 449 |
| LES RECHERCHES CLINIQUES CONTRÔLÉES | 450 |
| Traitement de l'ESPT | 450 |
| Protocoles individuels | 470 |
| Les recherches à venir | 476 |
| Applications cliniques diverses | 478 |
| Populations résistantes aux traitements | 492 |
| Des suggestions de critères pour les études portant sur les résultats cliniques | 494 |
| D'autres recherches à venir | 500 |
| Des sujets de préoccupation cliniques et professionnels plus généraux | 501 |
| Résumé et conclusions | 507 |
| Annexe A. Aides cliniques | 509 |
| Questionnaire ACE (<i>Adverse Childhood Experiences</i> , Expériences défavorables d'enfance) | 509 |
| Quel est mon score ACE? | 511 |
| Liste de dépistage et de recueil de données pour la thérapie EMDR | 513 |
| Formulaire de recueil des antécédents | 515 |
| Format recommandé pour le rapport hebdomadaire du journal de bord | 521 |
| Rapport hebdomadaire du journal de bord | 522 |
| Cognitions négatives et positives | 523 |
| Exemples de cognitions négatives et positives | 523 |
| Forme et séquence des techniques d'identification d'un événement passé | 525 |
| Esquisse de la procédure de la thérapie EMDR | 526 |

| | |
|---|---------|
| Annexe B. Transcriptions de séances | 530 |
| Le protocole à trois volets avec un ancien combattant | 530 |
| Séance avec une victime d'agression sexuelle : utilisation d'un tissage cognitif | 546 |
| Annexe C. Évaluations cliniques et évaluations des résultats | 552 |
| Emdr fidelity rating scale (EFRS) | 552 |
| Évaluer empiriquement l'emdr sans groupe de contrôle : guide étape par étape pour les thérapeutes EMDR | 569 |
| Annexe D. Listes d'études | 584 |
| Évaluations psychophysiologiques et neurobiologiques | 584 |
| Annexe E. Sécurité du patient | 593 |
| Lignes directrices recommandées par le groupe de travail emdr sur les troubles dissociatifs : guide général pour l'utilisation de l'EMDR avec les troubles dissociatifs | 593 |
| Comité des normes professionnelles et de la formation de l'association internationale EMDR | 599 |
| Annexe F. Formations à la thérapie EMDR | 602 |
| Amérique du nord et Amérique latine | 602 |
| Europe | 603 |
| Asie | 603 |
| Afrique | 603 |
| <i>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</i> | 605 |

Chapitre 1

Le contexte

Il est un principe qui fait obstacle à toutes les informations, qui est hermétique à tous les arguments et qui ne peut manquer de maintenir un homme dans une ignorance éternelle : ce principe, c'est d'être dans le mépris avant toute investigation.

Herbert Spencer

DÉPUIS SA CRÉATION en 1987, la thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) a été soutenue empiriquement par des essais contrôlés randomisés (ECR), et elle est aujourd'hui reconnue internationalement comme un traitement efficace des traumatismes et d'un large éventail de troubles basés sur les expériences vécues. Le développement de la thérapie et de son cadre théorique est venu de l'exploration d'effets de traitement qui étaient régulièrement obtenus ; cette exploration a permis d'affiner les procédures et les protocoles pour en faire une approche thérapeutique complète. Nous le verrons, les procédures standardisées et la théorie du traitement de l'information qui guident la pratique clinique intègrent de nombreux aspects qui devraient être familiers à la plupart des cliniciens, des universitaires et des chercheurs.

L'EMDR est surtout connue pour les mouvements oculaires qui font partie de ses procédures et dont elle a tiré son nom, et les effets positifs de cette composante ont maintenant été confirmés par une méta-analyse de 26 études contrôlées randomisées (Lee & Cuijpers, 2013). Cependant, il est essentiel de considérer la thérapie comme un système global. Les mouvements oculaires ne sont qu'une des formes de stimulation utilisées et qu'une composante de l'approche complexe. En outre, malgré la présence du terme « désensibilisation » dans son nom, l'objectif de la thérapie n'est pas simplement la réduction de l'anxiété. En fait, comme je l'indiquais dans la préface, si c'était à refaire, je renommerais cette approche « thérapie de retraitement ». Par conséquent, bien que les initiales EMDR restent le nom désigné de la thérapie, les points suivants seront soulignés tout au long de cet ouvrage :

1. La stimulation bilatérale de l'attention double n'est qu'une composante, intégrée à des éléments procéduraux propres à cette thérapie ainsi qu'à des aspects synthétisés à partir de toutes les grandes orientations psychologiques.

2. Il s'agit d'une approche globale : une grande attention est accordée aux images, aux croyances, aux émotions, aux réactions physiques, à une conscience accrue, à la stabilité interne, à la résilience et aux systèmes interpersonnels dans l'obtention des effets de la thérapie EMDR.
3. Les cliniciens doivent utiliser différents protocoles EMDR en fonction des types de pathologie, et suivre des procédures thérapeutiques adaptées aux besoins du patient.
4. L'objectif de la thérapie EMDR en huit phases est d'aider le patient à se libérer du passé pour passer à un présent sain et productif.

Sa maîtrise des principes, des procédures et des protocoles de base de la thérapie EMDR permet au clinicien d'aider le patient à transformer ses expériences négatives en expériences d'apprentissage adaptatives. Par exemple, lorsqu'il traite la victime d'un viol unique, le clinicien identifie les différents aspects du traumatisme qui perturbent la patiente. Il peut s'agir d'images intrusives, de pensées ou de croyances négatives que la patiente a à propos d'elle-même ou de son rôle dans le viol, d'émotions négatives telles que la peur, la culpabilité ou la honte, avec les sensations corporelles qui y sont associées et, à l'inverse, de la façon précise dont la patiente préférerait penser à elle-même. La victime d'un viol peut commencer par ressentir une peur et une honte intenses. Elle peut avoir des images constantes du viol s'immisçant dans sa vie actuelle et avoir des pensées négatives telles que « Je suis sale » ou « C'était ma faute ». Après que son clinicien l'a traitée efficacement en utilisant les procédures de la thérapie EMDR pour se concentrer sur des réponses internes spécifiques, la victime de viol sera capable de se souvenir du viol sans sentiments de peur et de honte. Elle peut, en fait, se sentir plus forte et être capable de dire : « J'ai très bien réagi. Il tenait un couteau sous ma gorge et j'ai réussi à rester en vie ». En plus de ce changement positif dans ses pensées et ses croyances, elle n'aura plus d'images intrusives du viol. Si elle se souvient plus tard de l'événement, les émotions, les pensées et les sensations corporelles qui y sont associées peuvent être neutres ou positives plutôt que perturbantes. Comme l'a dit une victime de viol ayant reçu un traitement EMDR à propos de son agression : « C'est toujours une image moche, mais pas parce que j'ai fait quelque chose de mal. » En fait, la croyance qu'elle avait intériorisée à propos d'elle-même était : « Je suis une femme solide et résiliente ».

Comme le montre cet exemple, la thérapie EMDR catalyse l'apprentissage. Lorsque la cible est un souvenir perturbant, les images négatives, les croyances négatives et les émotions négatives deviennent moins vives et moins valides. Le souvenir ciblé semble se lier à des informations plus appropriées : le patient apprend ce qui est nécessaire et utile de l'événement perturbant passé, et l'événement est

restauré dans la mémoire sous une forme adaptée, saine et non plus perturbante. Mais l'apprentissage est un continuum. Lorsque la cible est positive, par exemple un futur imaginé différent et désirable, les images, les croyances et les affects deviennent plus vifs, plus forts, plus valides. Par conséquent, la thérapie EMDR est utilisée (1) pour aider le patient à apprendre de ses expériences négatives passées, (2) pour désensibiliser les déclencheurs actuels qui sont angoissants pour lui de façon inappropriée, et (3) pour incorporer des modèles d'actions futures adaptées qui lui permettent d'aller bien, individuellement et dans son système relationnel.

Il est donc évident, à partir de cette simple description du protocole standard à trois volets, que la thérapie EMDR reprend des aspects de nombreuses orientations psychologiques majeures : l'attention apportée aux événements étiologiques par la thérapie psychodynamique, les réponses conditionnées mises en relief par la thérapie comportementale, les croyances par la thérapie cognitive, les émotions par les thérapies expérientielles, les sensations corporelles par les thérapies somatiques, le travail d'imagerie des thérapies hypnotiques, et la compréhension contextuelle de la théorie des systèmes. Nous constaterons l'intégration de ces orientations marquantes tout au long de ce livre.

L'EMDR est une approche globale ; toutes ses procédures et tous ses protocoles sont conçus pour contribuer aux effets positifs du traitement par une interaction entre une contenance du patient et le traitement de l'information (*cf.* également Shapiro, 1999, 2002a ; Shapiro & Laliotis, 2011). Tous les effets de traitement proviennent d'une interaction entre le patient, le clinicien et la technique utilisée. Le clinicien doit trouver comment préparer son patient et rester à l'écoute de ses besoins individuels, tout en maintenant son système de traitement de l'information activé, pour que l'apprentissage puisse avoir lieu. Il doit procéder à une anamnèse complète, afin d'identifier les cibles appropriées pour le traitement et les carences développementales qui seront peut-être à traiter. La thérapie EMDR s'est avérée très efficace dans le traitement des traumatismes majeurs (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper & Lewis, 2013 ; Watts *et al.*, 2013 ; *cf.* le chapitre 12), et l'observation de milliers de séances de patients, au cours des trente dernières années, montre clairement que toutes les expériences perturbatrices précoces peuvent avoir des effets négatifs et durables similaires.

Par exemple, si nous laissons notre esprit remonter jusqu'à notre enfance et évoquer un incident humiliant, beaucoup d'entre nous constateront qu'ils ressentent encore la bouffée d'émotion du moment, ou que la pensée qui était présente à l'époque surgit automatiquement. Ils sentent leur corps tressaillir. Sur la base du modèle de traitement adaptatif de l'information qui guide la pratique de la thérapie EMDR (voir chapitre 2), nous dirions que cet événement n'a pas été

suffisamment traité et que ces pensées, ces émotions et ces réactions physiques qui surgissent automatiquement peuvent colorer de manière inappropriée nos perceptions et nos actions dans des circonstances similaires du présent. Nous pouvons réagir négativement à l'autorité, aux groupes, aux nouvelles expériences d'apprentissage ou à tout autre aspect présent dans le souvenir. Il ne s'agit pas simplement de réponses conditionnées, mais de réponses inhérentes au souvenir stocké. Lorsqu'un événement a été suffisamment traité, nous nous en souvenons, mais sans ressentir, dans le présent, les anciennes émotions ou sensations dans le présent. Nos souvenirs nous façonnent, ils ne nous contrôlent pas.

Comme on le verra en détail au chapitre 2, les symptômes de l'état de stress post-traumatique (ESPT) sont clairement dérivés d'expériences de ce type, stockées de manière dysfonctionnelle. Les cauchemars, les flashbacks, les pensées intrusives et les niveaux d'activation élevés peuvent être considérés comme des signes de ce stockage dépendant de ce stockage dysfonctionnel : les victimes ressentent des niveaux visiblement inappropriés de peur et d'impuissance et se comportent en conséquence. Cependant, ce que la thérapie EMDR nous a montré au cours des dernières années, c'est que même des événements courants, comme des humiliations et des déceptions dans l'enfance, peuvent laisser des effets négatifs durables comparables. Comme je l'explique en détail dans le chapitre suivant, la recherche a confirmé ces observations cliniques. Même si les événements indésirables ne provoquent pas l'imagerie intrusive de l'ESPT, les émotions, les croyances et les sensations physiques surgissent dans le corps et l'esprit, colorant les perceptions actuelles et conduisant à du mal-être et à des comportements inappropriés dans le présent. En termes simples, le passé est toujours présent. Peu importe donc si ce qui déclenche l'ESPT est un événement traumatique de type « grand T », ou d'événements courants de type « petit T », qui sont si fréquents dans l'enfance : il y a un effet négatif durable sur le soi et la psyché. Selon la définition du dictionnaire, il s'agit d'un « traumatisme » et, en termes de traitement de l'information, il est supposé être stocké de manière dysfonctionnelle en tant que souvenir émotionnel/épisodique, sous une forme qui l'empêche d'évoluer ultérieurement vers un souvenir intégré/sémantique utilisable (pour des exposés globaux sur les systèmes de mémoire, cf. Alberini & LeDoux, 2013 ; Armony & LeDoux, 1997 ; Lane, Ryan, Nadel & Greenberg, 2015 ; Schacter & Tulving, 1994 ; Squire, 2004 ; Stickgold, 2002 ; van der Kolk, 2014 ; van der Kolk, Hopper & Osterman, 2001). L'objectif initial de la thérapie EMDR est de traiter ces expériences et d'aider le patient à passer dans le présent.

Pour le praticien, la distinction importante entre un événement traité de manière adaptative et un événement stocké de manière dysfonctionnelle est que, dans le premier cas, un apprentissage adéquat a eu lieu et l'événement est stocké avec des émotions appropriées, qui pourront guider la personne dans le futur.

Le souvenir stocké de manière dysfonctionnelle, lui, contient encore certaines des perceptions sensorielles et des pensées qui étaient présentes au moment de l'événement. Fondamentalement, la perspective de l'enfance est figée sur place; elle amène la personne à percevoir le présent à partir d'un point de vue similaire de défektivité personnelle (par exemple, « Je ne suis pas aimable/pas assez bien »), de manque de sécurité, ou de manque de maîtrise. Les cliniciens observent ce phénomène tous les jours dans leur pratique : les patients « savent » qu'ils ne devraient pas se sentir désespérés, impuissants ou impossibles à aimer, mais c'est pourtant ce qu'ils ressentent. Ils peuvent reprendre des intonations enfantines lorsqu'ils parlent d'expériences passées. Il y a un clivage entre ce qu'ils veulent faire et ce qu'ils peuvent faire, entre les possibilités disponibles et leur capacité à les percevoir et à agir en conséquence. Le clinicien EMDR doit donc repérer les événements qui ont été stockés de manière dysfonctionnelle et qui retardent et colorent les perceptions actuelles du patient (Shapiro, 2007, 2014a; Shapiro & Forrest, 1997/2016) et l'aider à les traiter. Globalement, l'EMDR encourage l'apprentissage à des niveaux multidimensionnels : émotionnels, cognitifs et physiologiques.

Les personnes ayant souffert d'événements traumatiques qui ont participé à de nombreuses études contrôlées sur l'ESPT, et celles qui ont connu des événements de vie négatifs ayant entraîné d'autres troubles, ont obtenu des améliorations rapides grâce à la thérapie EMDR, qui les a ramenées dans la fourchette « normale » sur une grande variété de mesures (*cf.* le chapitre 12 pour une revue des recherches menées). Les indicateurs d'auto-efficacité et de bien-être ont augmenté, tandis que l'anxiété et la dépression ont diminué. Les mêmes indicateurs sont apparents dans la pratique clinique générale et semblent soutenir la théorie selon laquelle le traitement des expériences d'enfance stockées de manière dysfonctionnelle permet au patient de devenir pleinement adulte; en d'autres termes, il semble que la plupart des caractéristiques dysfonctionnelles affichées dans tout le spectre des troubles psychologiques puissent être considérées comme ancrées dans des événements vécus. Il est clair que l'interaction entre la prédisposition génétique et des circonstances qui compromettent la résilience, comme la fatigue, l'abus de substances, etc., jouent tous un rôle dans le tableau clinique global. On suppose que certains troubles, comme certaines formes de dépression, peuvent être causés uniquement par des déficits organiques et ne seraient pas des candidats appropriés au traitement EMDR. Mais la recherche et l'expérience clinique indiquent que la plupart des pathologies, y compris certaines formes de dépression, sont créées par des expériences passées qui contiennent des affects d'« impuissance », de « désespoir », ou de n'importe quel autre type d'émotion qui produisent un sentiment d'autodénigrement et de manque d'efficacité personnelle. La thérapie EMDR n'est en aucun cas une panacée, mais son rôle spécifique est d'aider à métaboliser

les facteurs vécus contribuant au dysfonctionnement actuel : ceux-ci peuvent aller d'incidents critiques facilement identifiables, tels qu'un viol ou une agression, à des interactions négatives d'apparence plus innocente, avec la famille, les pairs, les enseignants, les inconnus ou d'autres personnes, qui ont laissé pourtant un effet négatif durable.

Pour nombre de nos patients, il semble que le simple fait de traiter ces expériences passées permette d'établir les connexions cognitives et émotionnelles appropriées et de faire émerger spontanément des comportements adaptés, ainsi que des prises de conscience et des vues positives de soi-même. Cependant, pour les patients qui ont été gravement négligés ou maltraités dans leur enfance, il est également important de déterminer quelles fenêtres développementales ont pu se fermer avant la mise en place d'importantes infrastructures psychiques. L'enfant traumatisé a-t-il appris la constance de l'objet, ou faudra-t-il la lui enseigner pendant la thérapie ? Quels exemples le clinicien devra-t-il présenter au patient ? Quelles expériences devront être élaborées pour permettre l'émergence chez lui de modèles relationnels sains ? Une fois que ces interactions positives sont produites au sein de la relation thérapeutique, elles sont également stockées en mémoire et peuvent être renforcées par les procédures EMDR.

En tant que thérapeutes, nous devons veiller à considérer nos patients comme des êtres complexes fonctionnant à tous les niveaux de perception, de pensée, de sentiment, d'action et de croyance. Et nous ne devons pas nous contenter de supprimer une souffrance manifeste. Nos patients méritent plus que cela. Ils méritent la capacité d'aimer, de se lier, de réussir et, si c'est leur choix, de trouver le désir de servir les autres. Ils méritent tous les attributs que Maslow (1970) décrit comme la réalisation de soi. À cette fin, nous utilisons un protocole standard de thérapie EMDR à trois volets pour offrir à tous les patients un traitement complet du passé, du présent et du futur. Nous espérons qu'aucun des trois ne sera considéré comme superflu.

Nous avons parcouru un long chemin depuis l'époque où l'esprit était considéré comme une simple « boîte noire ». Les neuropsychologues du développement ont démontré que les négligences et le manque d'attachement pendant la petite enfance peuvent entraîner un manque de l'organisation corticale nécessaire à la pratique de l'auto-apaisement et de l'autorégulation (Schore, 1997, 2001, 2015 ; Siegel, 2002, 2012, 2016). Ces découvertes, ainsi que d'autres, ont éclairé la pratique clinique et on a mis davantage l'accent, à partir de là, sur la nécessité d'une stabilisation précoce de ces patients et sur l'utilisation de protocoles EMDR pour renforcer leur accès aux affects et aux expériences positifs (Korn, 2009 ; Shapiro & Laliotis, 2015 ; Wesselmann & Shapiro, 2013 ; cf. chapitre 11). On n'a pas encore déterminé le degré de remédiation possible pour les patients

les plus sévèrement maltraités, mais il convient de souligner que de mauvais résultats neurobiologiques ne sont pas nécessairement permanents. Avec l'avènement de la tomographie par émission monophotonique (SPECT), de l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) et d'une meilleure compréhension des neurotransmetteurs, les études indiquent que des changements biologiques se produisent après le traitement EMDR (par ex, Bossini, Fagiolini, & Castrogiovanni, 2007; Heber, Kellner & Yehuda, 2002; Landin-Romero et coll., 2013; Lansing, Amen, Hanks & Rudy, 2005; Levin, Lazrove & van der Kolk, 1999; cf. chapitre 12). L'utilité de la thérapie EMDR réside dans sa capacité à permettre un changement relativement rapide, de sorte que les interventions peuvent être rapidement évaluées et les corrections thérapeutiques apportées. Cependant, la véritable force de la thérapie EMDR réside dans son approche intégrée du traitement. La sagesse de toutes les orientations psychologiques est nécessaire pour s'assurer qu'aucune n'est négligée. La thérapie EMDR cherche à obtenir les effets thérapeutiques les plus profonds et les plus complets possibles dans le laps de temps le plus court possible, tout en maintenant la stabilité du patient dans un système équilibré. Cependant, de façon idéale, ces changements doivent se manifester à tous les niveaux de la personne et de son fonctionnement. Notre travail en tant que thérapeutes est plus complet et plus structuré lorsque nous dépassons les modèles unilatéraux et traitons la personne dans le contexte des interrelations de son système social.

Si de nombreux cliniciens partagent l'idée qu'ils doivent encourager la tendance de leur patient à progresser sur le plan personnel, la psychologie, elle, s'est surtout attachée à élaborer un système de classification normalisé de symptômes manifestes et de troubles spécifiques. Les recherches ont été largement orientées vers l'identification des caractéristiques et des styles de réponse des patients et, dans un deuxième temps, vers l'expérimentation de divers traitements pour les troubles identifiés. Des recherches contrôlées ont montré l'efficacité de la thérapie EMDR dans le traitement de l'ESPT, et il y a un besoin évident d'évaluer l'EMDR et toutes les autres formes de psychothérapie dans une kyrielle d'autres applications. Il y a une vingtaine d'années, des examinateurs indépendants du groupe de travail Département 12 de l'Association de psychologie américaine sur les traitements empiriquement confirmés (Chambless et coll., 1998) indiquaient que, parmi les centaines de diagnostics et de thérapies recensés, environ douze techniques étaient considérées comme « bien établies » par des études contrôlées pour des pathologies isolées, lesquelles comprenaient « les maux de tête » et « la gestion des facteurs de stress ». En d'autres termes, à cette époque, presque aucune des affections répertoriées dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) n'avait de traitement bien établi et soutenu par des recherches empiriques. À ce jour, les évaluations des thérapies par le biais

d'essais randomisés, pour un large éventail de troubles, ont encore besoin d'être améliorées (Beutler & Forrester, 2014; Huhn et coll., 2014). Nous explorerons des suggestions de recherches de cet ordre au chapitre 12 et à l'annexe C.

UNE DÉCOUVERTE FORTUITE

Certes, le rôle des mouvements oculaires avait été bien documenté en relation avec les processus cognitifs supérieurs et la fonction corticale (Amadeo & Shagass, 1963; Antrobus, 1973; Antrobus, Antrobus & Singer, 1964; Gale & Johnson, 1984; Leigh & Zee, 1983; Monty, Fisher & Senders, 1978; Monty & Senders, 1976; Ringo, Sobotka, Diltz & Bruce, 1994), et avait en effet été identifié antérieurement comme étant corrélé à un changement du contenu cognitif (Antrobus et coll., 1964), mais son utilisation dans la thérapie EMDR est basée sur une observation fortuite que j'ai faite au printemps 1987. Alors que je me promenais un jour, j'ai remarqué que certaines pensées perturbantes que j'avais disparaissaient soudainement. J'ai également remarqué que lorsque je ramenaient ces pensées à l'esprit, elles n'étaient pas aussi dérangeantes ou aussi certaines qu'auparavant. Je savais déjà, par expérience, que les pensées dérangeantes ont généralement tendance à tourner en boucle, c'est-à-dire à se répéter jusqu'à ce que l'on fasse consciemment quelque chose pour les arrêter ou les modifier. Ce qui a attiré mon attention ce jour-là, c'est que mes pensées perturbantes disparaissaient ou changeaient sans aucun effort conscient.

Fascinée, j'ai commencé à prêter une grande attention à ce qui se passait. J'ai remarqué que lorsque des pensées perturbantes me venaient à l'esprit, mes yeux se mettaient spontanément à faire des va-et-vient très rapides, en diagonale ascendante. À nouveau, les pensées disparaissaient, et lorsque je les ramenaient à l'esprit, leur charge négative était fortement réduite. À ce moment, j'ai commencé à faire les mouvements des yeux délibérément tout en me concentrant sur une variété de pensées et de souvenirs perturbants, et j'ai constaté que ces pensées disparaissaient également ou perdaient leur charge. Mon intérêt s'est accru lorsque j'ai commencé à voir les bénéfices potentiels de cet effet.

Quelques jours plus tard, j'ai commencé à l'essayer auprès d'autres personnes : des amis, des collègues et des personnes participant aux ateliers de psychologie auxquels j'assistais. Ils présentaient toutes sortes de plaintes non pathologiques et, comme beaucoup de gens, avaient suivi des psychothérapies plus ou moins longues. Lorsque je demandais : « Sur quoi voulez-vous travailler? », ils rapportaient des souvenirs, des croyances et des situations actuelles qui les perturbaient, avec des plaintes allant d'humiliations dans la petite enfance à des frustrations professionnelles dans le présent. Je leur ai alors montré comment