

Désensibilisation et retraitement de l’information

Au bout d'un moment, la chaîne associative ne donne plus rien ou alors survient une représentation franchement positive. Le consultant est alors invité à revenir à la cible. Une nouvelle chaîne associative s’ouvre, et ainsi de suite. Lorsqu’il ne vient plus rien ou seulement du positif, le thérapeute demande au consultant d’évaluer sur l’échelle de perturbation de 0 à 10 la cible initiale. La nature de cette dernière a en général changé. Les ressources adéquates, fonctionnelles, adaptées du consultant se sont enfin connectées avec les restes jusque là non intégrés du traumatisme.

L'objectif de la thérapie est que l’intensité soit à 0. Si elle reste élevée, l’hypothèse la plus plausible est que la scène initiale est alimentée par une autre scène, un autre contexte. Si l’intensité est faible, le thérapeute demande ce qu’il faudrait pour qu’elle soit à 0 et de nouvelles séries d’associations sont ouvertes jusqu’à ce que ce soit le cas. L'utilisation d'une échelle est là encore d'une très grande aide pour évaluer l'évolution et les changements induits par la séance. Parfois, pour des raisons de temps (une séance d’EMDR dure généralement une heure et demie), la séance est interrompue.

Croyance positive : ancre et phare

Lorsque l’intensité est à 0, le thérapeute demande au consultant si les mots choisis pour formuler sa croyance positive sont adéquats ou si d’autres seraient plus justes. Le consultant évalue sur une échelle de véracité la formulation finale de sa croyance positive. Elle est en fin de séance en général élevée. Si elle n’est pas à 7 (totalement vraie), des séries sont reprises pour explorer l’origine de l’inhibition puis pour ancrer profondément la croyance positive.

Fin de séance

On termine la séance en demandant au consultant de fermer les yeux et d'effectuer un « scan corporel » pour percevoir s’il persiste des tensions ou des sensations résiduelles liées à la cible. S’il en existe, ce seront des indices précieux pour les séances ultérieures. Il est précisé au consultant qu’il est normal que les processus sollicités pendant la séance conservent pendant quelques heures voire quelques jours une certaine inertie. Il est ainsi fréquent que des émotions, des représentations surgissent pendant la veille et le sommeil, poursuivant ainsi le travail d’intégration initié pendant la séance. Le consultant peut en tenir un journal dont le contenu sera utile pour les séances ultérieures. Si ce qui vient est trop pénible, le consultant sait qu’il peut joindre par téléphone le thérapeute qui est toujours disponible pour ces situations, rares.

Pourquoi ça marche ?

La description détaillée du processus ci-dessus permet de saisir pourquoi cette technique est efficace :

- Elle est une combinaison très astucieuse de ce qui fonctionne dans d'autres techniques.
- En court-circuitant l'évitement, elle permet d'affronter véritablement les traumatismes.
- Elle propose un protocole très structuré qui, de ce fait, est rassurant pour le consultant, tout autant que pour le thérapeute, ce qui potentialise le dispositif de confiance.
- Elle est mise en œuvre par des professionnels déjà formés à d'autres techniques et qui ont une expérience clinique de plus de trois ans.
- Elle s’interroge scientifiquement sur son modèle sans craindre la confrontation avec des études contrôlées.

Cette efficacité peut conduire à un nombre de séances restreint.

Contact

Contactez-moi pour toute question ou information complémentaire :

Stéphane Barbery, Psychologue (Adeli 14930001-4), La Fontaine, 14710 Colleville-sur-Mer

tél : 02 31 92 20 24 @: stephane@barbery.net

Références

- Francine Shapiro, *Eyes Movement Desensitization and Reprocessing, Basic Principles, Protocols, and Procedures, 2nd ed.*, Guilford, 2001
- Francine Shapiro (éditeur), *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach (Experts of Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism)*, American Psychological Association, 2002
- http://www.emdr-france.org
- Pour une contextualisation théorique personnelle, voir mes articles sur la psychothérapie disponibles sur le site : **http://www.barbery.net**

QU’EST-CE QUE L’EMDR ? COMMENT SE DÉROULE UNE SÉANCE ? A QUI S’ADRESSE CETTE TECHNIQUE ? UN PSYCHOLOGUE RÉPOND À VOS QUESTIONS

Qu’est-ce que l’EMDR ?

L’EMDR, acronyme anglais signifiant *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, que l'on peut traduire par « Retraitement et Désensibilisation par Mouvement Oculaire », est une technique psychothérapique conçue à la fin des années 1980, en Californie, par Francine Shapiro. On en parle depuis quelques mois en France en raison de l’impact du best seller *Guérir* de David Servan-Schreiber, psychiatre, qui décrit cette technique. C’est lui également qui a mis en place en France l’Institut de formation EMDR où il forme des psychiatres et des psychologues ayant déjà une expérience de la psychothérapie de plus de trois ans.

Incrédulité et curiosité

L’attitude initiale la plus saine face à cette technique est double : incrédulité et curiosité. Incrédulité car qui ne douterait pas d’une technique qui prétend soulager rapidement des traumatismes psychologiques aussi graves que des viols, des accidents, des agres-sions ? Curiosité quand on prend acte de l’effort de théorisation mais également de validation scientifique de cette technique, associé à l’enthousiasme des professionnels qui la mettent en œuvre. Je ne rédigerais pas cette présentation si l’EMDR n’avait pas décuplé l’impact de ma pratique.

Naissance de l’EMDR

La spécificité d’une technique psychothérapique est toujours liée aux conditions de sa naissance. L’EMDR a été conçue par Francine Shapiro à la suite d’une expérience personnelle : celle de l’apaisement ressenti alors qu’elle luttait contre un cancer après avoir effectué de façon fortuite des mouvements oculaires rapides. Cette découverte l’a conduite à tester ce mécanisme auprès d’autres personnes souffrant d’Etat de Stress Post-Traumatique (en anglais PTSD, *Post-Traumatic Stress Disorder*) – notamment des vétérans de la guerre du Vietnam - puis à affiner progressivement un protocole essentiellement constitué d’emprunts à d’autres techniques psychothérapiques.

Souci clinique, démarche scientifique

Il faut souligner le fait que chez Francine Shapiro, c’est la démarche empirique centrée sur la maximisation de l’impact thérapeutique qui prime quand elle crée ce protocole et quand elle continue à le développer aujourd’hui. Mais l’absence actuelle de traduction de ses textes ne permet pas au public francophone de percevoir que ce souci clinique est associé à un soin méticuleux de validation scientifique par des études contrôlées, par l’intégration des résultats de ces études dans l’actualisation du protocole et par la tentative de concevoir un modèle théorique cohérent conscient de son caractère provisoire.

Remise en cause du premier modèle

A titre d’exemple, la première théorisation de la pratique de Francine Shapiro fondée sur son expérience personnelle l’a conduite à émettre l’hypothèse que les mouvements oculaires étaient le mécanisme principal d’activation de la désensibilisation du traumatisme. Son modèle, alors très comportementaliste, tentait d’établir des liens entre la stimulation alternée des hémisphères cérébraux, le mouvement rapide des yeux pendant le sommeil et les mécanismes d’intégration émotionnelle dans la mémoire à long terme qu’étudient les neuropsychologues (inscriptions limbiques / corticales). Mais très rapidement, des premières études ont montré que l’on pouvait remplacer les mouvements oculaires par des tapotements alternés sur les mains des consultants posées sur leurs cuisses ou par des sons sollicitant oreille droite et oreille gauche. Puis d’autres études ont montré que le mouvement alterné n’était pas nécessaire pour obtenir des résultats tout aussi soulageants.

L'EMDR, ce n'est pas le mouvement des yeux

Shapiro s'était-elle trompé depuis le départ, puisque ce qui était annoncé comme spécifiquement nouveau dans l'EMDR, le Eye Movement, ce mouvement des yeux qui évoque le pendule des hypnotistes du XIX^e siècle, ne pouvait plus être considéré comme le déterminant thérapeutique du protocole ? L'EMDR ne serait-elle qu'un effet de mode reposant sur du placebo et un habillage californien de techniques cognitivo-comportementalistes ?

Il est fort probable que certains points de cette question légitime ont cours dans l'impact actuel de la procédure. L'ethnopsychiatrie et l'histoire de la psychopathologie ont montré à quel point chaque société et chaque époque secrètent les procédures psychothérapiques légitimes qui leur sont propres. Mais qui a fait l'expérience de l'EMDR, qui l'a mise en pratique auprès de personnes souffrant de traumatismes graves sait que cette hypothèse ne suffit pas à réduire ce dont il est question dans cette technique. On se trouve pourtant dans la situation paradoxale où une technique se répand en raison de l'impact médiatique d'un sigle et d'un geste qui pourtant ne désigne plus adéquatement son objet de l'aveu même de son auteur.

Un agencement astucieux d'emprunts validés

Ce qui, de mon point de vue, fait la spécificité et le mérite de l'EMDR, c'est l'intégralité de son protocole qui n'est autre qu'un agencement astucieux de techniques empruntées à d'autres psychothérapies parmi lesquelles :

- Les thérapies cognitivo-comportementales** dans l'utilisation d'échelles et la verbalisation des croyances positives et négatives sous-jacentes.
- La gestalt** dans l'insistance sur le ressenti émotionnel et corporel dans l'ici et maintenant de la séance.
- L'hypnose ericksonienne** dans l'extrême soin apporté à la communication suggestive et dans l'utilisation de techniques d'imagerie guidée.
- La psychanalyse** dans la sollicitation d'associations libres rendues fluides par le court-circuitage de censures ou rationalisations conscientes.

Pour comprendre en quoi la richesse et la puissance de l'EMDR tiennent à l'intelligence de la combinaison d'autres techniques, il faut décrire le déroulement d'une séance.

Premières séances et indications

On ne pratique jamais d'EMDR dès la première séance. Quelques séances d'entretien traditionnel sont requises pour évaluer le contexte de la souffrance du consultant, son histoire, la nature de ses symptômes. C'est à partir de ces informations qu'est évaluée la pertinence d'utiliser ou non l'EMDR dont l'indication principale est le traitement de chocs émotionnels. Il peut s'agir de traumatismes graves mais également d'une succession de chocs moins importants qui deviennent pourtant invalidants du fait de leur accumulation. De nombreux symptômes névrotiques, psychosomatiques ou d'addiction sont également la conséquence de chocs émotionnels. L'annonce d'une maladie, certaines interventions chirurgicales peuvent créer, en elles-mêmes, des traumatismes psychiques qui réduiront, s'ils ne sont pas traités, les ressources de la personne dans son processus de guérison. Les personnes dont les symptômes sont franchement dissociatifs, les personnes souffrant de psychose seront orientées vers d'autres techniques.

Lieu sûr et signal d'arrêt

Après avoir expliqué le protocole au consultant, la première étape consiste à installer un « lieu sûr ». Il s'agit d'une technique d'imagerie guidée d'ancrage des perceptions sensorielles et internes associées au lieu où le consultant se sent le plus en sécurité. Ces sensations sont associées à un mot inducteur. La procédure d'ancrage permet de tester les mouvements oculaires ou les tapotements alternés pour évaluer la technique d'attention conjointe privilégiée par le consultant et pour optimiser son confort. Il lui est ensuite rappelé que pendant tout le déroulement de la séance, il conserve le contrôle puisqu'il peut par un signal d'arrêt interrompre à tout moment le protocole, le thérapeute le ramenant alors dans son lieu sûr. Ce signal d'arrêt n'est qu'exceptionnellement utilisé mais sa possibilité soulage le consultant qui a des raisons légitimes d'appréhender la sollicitation de souvenirs traumatiques.

La cible : passé, présent et futur

L'étape suivante consiste en effet à se choisir une « cible ». Il s'agit le plus souvent d'une scène traumatique passée mais il est également possible de travailler sur une situation perturbante présente (crise d'angoisse ou phobique notamment). Lorsque les scènes passées à l'origine du trouble ont été traitées, il est même possible de travailler sur des scènes situées dans le futur. Une femme violée peut par exemple avoir apaisé sont rapport à l'événement traumatique, mais redouter de croiser la famille de son agresseur dans la rue, ce qui handicape et autolimite son quotidien. Une séance d'EMDR pourra ainsi s'effectuer sur une scène cible où elle s'imaginera rencontrer ces personnes. La cible ayant été choisie, la technique consiste à la solliciter sur quatre registres différents : perceptif, cognitif, émotionnel, corporel.

Registre perceptif de la cible

Pour le registre perceptif, il est demandé au consultant de prendre comme une photographie du pire moment de la cible et d'en décrire les perceptions encore prégnantes. Il peut s'agir d'images mais également de sons, d'odeurs, de sensations tactiles ou gustatives.

Registre cognitif de la cible

La sollicitation du registre cognitif emprunte beaucoup aux techniques cognitivo-comportementalistes. Cette étape est la moins facile à appréhender pour des thérapeutes formés dans la tradition analytique. C'est pourtant celle qui me semble capitale pour l'impact du protocole. Il s'agit de faire formuler au consultant la croyance négative qui se rattache à la scène et qui reste encore vraie aujourd'hui. Cette croyance s'énonce sous la forme d'une petite phrase commençant par « je » au présent de l'indicatif et qui caractérise le consultant de façon manifestement excessive et inadéquate au temps de la séance. Le plus souvent, ces croyances sont sur le registre de la maîtrise (je suis impuissant), de la valeur (je ne mérite pas de…), de la sécurité (je ne peux pas me protéger), ou de la culpabilité (je suis coupable). Ces croyances négatives fonctionnent comme des autosuggestions limitantes qui rationalisent le rush incontrôlé des émotions qui surgissent comme en boucle à chaque fois qu'une situation entre en résonance avec le traumatisme initial. On demande ensuite au consultant par quelle croyance positive inverse il veut remplacer la croyance négative. On lui demande d'évaluer cette croyance positive sur une échelle de véracité de 1 à 7 où 1 est tout à fait faux et 7 tout à fait vrai, en laissant de côté les pondérations intellectuelles. Si les cognitions ont été correctement formulées, la croyance positive, à cette étape, ne doit pas dépasser 3 ou 4. La formulation des deux croyances et la tonalité de la scène cible doivent être congruentes, participer de la même thématique. Si une cible contient plusieurs thématiques, chacune fera l'objet d'une séance spécifique.

Registre émotionnel de la cible

Pour le registre émotionnel, on demande quelle est l'émotion rattachée à la scène et son intensité sur une échelle de perturbation de 0 à 10 où 0 est tout à fait serein et 10 l'intensité la plus épouvantable que l'on puisse imaginer. Si, au départ, l'utilisation des échelles peut paraître un peu ridicule car scolairement connotée, elle s'avère avec l'expérience un outil très précieux pour mieux appréhender l'impact subjectif d'une cible. Ainsi de nombreux consultants vont annoncer d'une voix neutre qu'ils ressentent à une intensité de 10 une scène que le thérapeute aurait anticipée à 6-7. Cela change du tout au tout l'implication et le soutien du thérapeute dans la suite de la séance.

Registre corporel de la cible

Pour le registre corporel de la cible, on demande au consultant où se situe son émotion. Il est très surprenant de constater l'immédiateté et la certitude des réponses à cette question « naïve ». Le corps fournit des indices de rappel mnésique cruciaux et c'est souvent la sollicitation de ce registre qui conduit les chaînes associatives vers la représentation douloureuse.

Court-circuiter les processus d'évitement, solliciter les indices non-verbaux

Les psychothérapies reposent essentiellement sur des échanges de mots. Mais le plus souvent, les représentations psychiques à l'origine du trouble ne sont pas verbales. Leur retranscription en mots nécessite un travail d'intellectualisation qui, parce qu'il est contrôlé, fonctionne dans l'évitement du douloureux – processus on ne peut plus normal. La grande intelligence du protocole EMDR tient à ce qu'on sollicite le consultant sur des associations de représentations qui ne sont pas nécessairement verbales (Quelles émotions, quelles sensations viennent ? Où sont-elles localisées dans votre corps ?) et empêche les rationalisations contrôlées de se mettre en place par une activité conjointe avec le thérapeute (mouvements oculaires ou tapotements alternés) qui sature l'empan attentionnel. Cela rend les associations libres extraordinairement plus fluides que celles que l'on peut rencontrer dans une séance analytique ou d'inspiration analytique. Pour qui en a l'expérience, on a souvent le sentiment d'assister à une analyse accélérée. Le court-circuitage des processus d'évitement permet aux consultants d'aborder les éléments les plus douloureux de leur histoire, qu'ils évoquent souvent pour la première fois. Il ne s'agit pourtant pas de les replonger directement dans leur traumatisme, ce qui serait totalement inadéquat. Pour se prémunir contre cela, on sollicite un état d'attention double qu'on illustre par la métaphore du paysage (la cible) qui défile lorsque l'on prend le train : laisser venir les associations en les laissant passer tout en restant présent avec le thérapeute. La proximité physique du thérapeute, requise par les mouvements oculaires ou les tapotements, joue aussi un grand rôle de soutien lors de l'émergence des représentations ou des émotions les plus difficiles.

Cœur du protocole

Le consultant a donc une cible multimodale (perceptive, cognitive, émotionnelle, corporelle) qu'il fait revenir devant lui. Le thérapeute lui demande d'associer librement en laissant venir quoi qu'il vienne, en précisant qu'il a besoin du feedback le plus sincère (il peut ne rien venir). Le thérapeute effectue alors une série de mouvements d'attention conjointe (oculaire ou tapotement) de rythme et de durée variable pendant lesquels le consultant ne parle pas. C'est après la série qu'on lui demande ce qui est venu. Le thérapeute ne commente ni n'interprète, il peut faire préciser, soutient dans le processus. Le consultant est invité à respirer profondément avant chaque nouvelle série, à faire un « blanc » psychique, notamment si les émotions sont fortes, puis à continuer avec ce qui vient.