

Chez le même éditeur

TCC chez l'enfant et l'adolescent, par L. Vera, 2^e édition, 2014, 384 pages.

La psychothérapie : approches comparées par la pratique, par C.-E. Rengade, M. Marie-Cardine, 2014, 248 pages.

Thérapies brèves : principes et outils pratiques, par Y. Doutrelugne, O. Cottencin, J. Bethèze, 3^e édition, 2013, 256 pages.

Soigner les addictions par les TCC, par P. Graziani, L. Romo, 2013, 272 pages.

Applications en thérapie familiale systémique, par T. Albernhé, K. Albernhé, 2^e édition, 2013, 248 pages.

Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives, par J. Palazzolo, 3^e édition, 2012, 288 pages.

Remédiation cognitive, par N. Franck, 2012, 328 pages.

Psychothérapie de soutien, par Laurent Schmitt, 2012, 256 pages.

Soigner par l'hypnose, par G. Salem, É. Bonvin, 5^e édition, 2012, 352 pages.

Gestion du stress et de l'anxiété, par D. Servant, 3^e édition, 2012, 248 pages.

Sexualité, couple et TCC. Volume 1 : les difficultés sexuelles, par F.-X. Poudat, S. Aubin, F. de Carufel, P. de Sutter, N. Jarrousse, G. Trudel, 2011, 248 pages.

La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques, par D. Servant, 2009, 188 pages.

L'EMDR

**Préserver la santé et prendre
en charge la maladie**

Cyril Tarquinio

Pascale Tarquinio



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, 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 la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2015, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-73882-1
e-book ISBN : 978-2-294-73925-5

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Liste des collaborateurs

Cyril Tarquinio est professeur de psychologie de la santé, psychologie clinique à l'université de Lorraine (site de Metz), où il dirige l'équipe de recherche EPSAM/APEMAC 4360. Il est également responsable du master « Psychologie de la santé et psychologie clinique » et du diplôme d'université « Psychotraumatisme et EMDR ». Il dirige de nombreuses recherches dans le domaine de la psychologie de la santé et de la prise en charge des malades chroniques. Les premières thèses françaises de psychologie sur la psychothérapie EMDR ont été soutenues dans le cadre de son laboratoire. Cyril Tarquinio est également psychothérapeute et pratique la psychothérapie depuis dix-sept ans. Psychothérapeute et superviseur accrédité EMDR-Europe, il fait partie de l'équipe pédagogique de l'Institut français d'EMDR.

Pascale Tarquinio est psychologue, psychothérapeute. Formée à l'art-thérapie, elle s'est spécialisée dans la prise en charge des enfants, des adolescents et des familles. Psychothérapeute accrédité EMDR-Europe, elle a contribué à de nombreuses publications dans le domaine et s'attache avec son mari à problématiser la question de la prise en charge psychothérapeutique des malades chroniques.

Remerciements

Une pensée à nos trois enfants, Charlotte, Camille et Clément, les soleils de notre vie. Nous avons glissé un jeu de piste dans ce livre que vous seuls avez le pouvoir de déchiffrer...

À mon père Jean-Claude Mousel, je sais que tu serais fier...

À ma grand-mère Nina Telatin, tu aurais lu ce livre et j'en aurais été tellement touchée... Merci à vous, pour nous, pour tout.

À ma grand-mère Consolina.

À tous ceux que nous aimons, famille, amis, collègues... richesse dans notre vie.

Remerciements pour leur relecture attentive et éclairée de certains chapitres à Hélène Dellucci, Michelle Depré, aux Dr Jean-Pierre Houppe et François Ramseyer, à Jenny Rydberg.

Merci Jeanne Dugour (Home Buro) pour son travail de mise en forme préalable du manuscrit

Un grand merci également à Michel Silvestre et Jean-Louis Pedinielli pour avoir préfacé cet ouvrage. Dans le contexte actuel du développement de l'EMDR, c'est un acte de reconnaissance important !

Préfaces

Voilà un ouvrage qui est bon pour l'EMDR. Les auteurs Cyril et Pascale Tarquinio, tous deux psychologues, non seulement posent brillamment les questions fondamentales concernant la thérapie EMDR et le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI), mais partagent aussi avec nous leurs expériences cliniques de la pratique de l'EMDR avec différentes problématiques, de l'optimisation du bien-être et des performances, à la prise en charge de malades atteints par le cancer en passant par la gestion du stress, les difficultés sexuelles, la douleur physique chronique et les maladies cardiovasculaires.

Ce livre fait du bien car il restitue la thérapie EMDR dans une perspective historique, éclaire et souligne la dimension éclectique de cette thérapie. Le ton est donné dès le début : « *Qu'on le veuille ou non, la position prise par les tenants actuels de la psychothérapie EMDR, ne s'éloigne pas beaucoup de celle initialement développée par Freud au début de la psychanalyse...* ». Les auteurs nous bousculent, mettent en mots les questions que beaucoup se posent et proposent très adroitement des pistes de réflexion. On sent le regard universitaire habitué à questionner, fouiller, clarifier et non plus seulement celui du thérapeute. C'est une bonne nouvelle pour l'EMDR.

Depuis le début de l'EMDR en France, j'ai œuvré avec d'autres, sous l'impulsion de David Servan Schreiber, au développement de l'enseignement de l'EMDR au sein de l'université. Grâce au professeur Cyril Tarquinio, nous avons maintenant au sein de l'université de Lorraine une formation complète à la thérapie EMDR dont Martine Iracane-Coste est responsable de la formation générique et dont je suis responsable de la spécialisation enfants et adolescents. Les thèses citées dans ce livre de Martine Regourd-Laizeau en 2013 sur l'articulation théorique et scientifique entre l'EMDR et la psychologie positive et de Marie-José Brennstuhl en 2014 sur l'utilisation de la thérapie EMDR dans le cadre de la douleur chronique valident le projet de faire entrer l'EMDR à l'université.

Cet ouvrage est un véritable travail de contextualisation, de mise en lien qui donne à l'EMDR une perspective, une profondeur, un sens et l'éloigne de cet aspect mécanique auquel les stimulations bilatérales alternées et une application aveugle du protocole standard peuvent parfois nous enfermer.

Avec beaucoup d'intelligence, les auteurs insistent sur l'importance de l'analyse clinique du thérapeute et nous invitent à mettre en pratique notre créativité, notre flexibilité tout en gardant notre rigueur dans l'application du protocole standard. « *La psychothérapie EMDR ne doit pas se réduire à une psychologie procédurale articulée autour d'une myriade de*

protocoles rigides. La perspective serait alors restrictive, résumant l'approche à un catalogue de protocoles à la disposition du praticien. La psychothérapie qu'elle soit EMDR ou non ne peut pas se réduire à une recette de cuisine qui s'appliquerait de façon rigide dans toutes les situations... »

Ceci souligne la grande difficulté de la thérapie EMDR à tricoter le respect du protocole standard avec la problématique clinique. Il est bon de se rappeler que la thérapie EMDR n'est pas indépendante du thérapeute qui existe derrière les stimulations oculaires.

Par le mouvement d'allers et retours entre positions théoriques et applications pratiques, les auteurs inscrivent la thérapie EMDR dans une réflexion globale qui donne les moyens d'une compréhension plus précise des processus en jeu.

Voici un livre à lire et à relire et à conseiller à tous les praticiens EMDR, aux étudiants en psychologie et en psychiatrie tant il est riche en informations.

Par son travail d'articulation avec d'autres disciplines et de contextualisation, il sort l'EMDR de la seule sphère de la pratique et des praticiens EMDR. C'est une bouffée d'air frais nécessaire au développement de la thérapie EMDR.

Michel Silvestre, psychologue

Thérapeute familial, Praticien et formateur EMDR enfant et adolescent

Quel curieux mot, « EMDR » ! Prononcé par un francophone, il associe, dans ses premières syllabes, des sons doux, dotés de sens, puis se termine sur une tonalité plus dure. Mais entendu par un analyste, il agence de curieux signifiants « euh » ?, « eux » ?, « aime » ?, « des » ?, « dé » ?, « air » ?, « aire » ?... Peu de personnes savent ce que représentent ces initiales, souvent utilisées comme un substantif (l'EMDR) et l'on retient seulement cette curieuse suite de sons. Pourtant, cette série désigne une expression imagée, appellation d'une méthode psychothérapique originale et, désormais, largement diffusée : *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, mots très forts évoquant un vocabulaire médical, physiologique ou informatique. L'ouvrage de Cyril et Pascale Tarquinio, par son effort de discussion et de synthèse, par ses nombreuses observations cliniques, permet d'interroger cet intitulé et montre que cette méthode s'étend bien au-delà de ce qu'ils désignent. La lecture de cet excellent livre m'invite à des remarques de naïf en matière d'EMDR, remarques s'organisant autour de deux axes : l'épistémé d'EMDR (traitons le comme un nom propre !) et l'extension du champ original, notamment vers la « psychopathologie du somatique ».

L'interrogation critique à laquelle procède l'ouvrage introduit la réflexion sur ce qui opère dans cette méthode. L'expression « *Eye Movement*

Desensitization and Reprocessing » et son aspect presque magique, correspond très imparfairement à ce qui se produit : les mouvements oculaires ne sont plus l'unique médiateur, leur importance neuropsychologique est remise en cause, la « désensibilisation », métaphore du traitement de l'allergie, semble ne pas rendre compte des opérations de transformation. Quant à la reprogrammation, image cette fois informatique, elle n'est pas le mécanisme le plus intéressant. Et évidemment, la relation de subordination entre ces trois actions, recouvre de multiples mécanismes psychologiques qu'il convient de restituer. Si le schéma général a pu être pensé, au départ, comme le mouvement oculaire produisant une désensibilisation aux effets émotionnels du traumatisme et une reprogrammation efficace du traitement de l'information, Cyril et Pascale Tarquinio montrent bien que cette équation originale n'est plus aussi nucléaire et heuristique qu'il y paraît. D'autres techniques sont employées, laissant l'oculaire de côté, et le modèle du TAI (traitement adaptatif de l'information) qui rend compte des mécanismes neuropsychologiques, ne semble pas suffisant pour fournir une explication scientifique de l'efficacité de la méthode. Cette carence épistémologique, que les auteurs soulignent bien, montre sans doute que le positivisme et la soumission à l'essor de la neurologie, qui préside à la légitimation théorique de l'EMDR, a produit une théorie plus mythique que prédictive, ce que le livre montre clairement en évoquant le rôle de la métaphore dans la présentation théorique de l'EMDR et en procédant à une lecture théorique et épistémologique attentive. Le débat engagé à propos des critères de la scientificité et des garanties autres que méthodologiques est particulièrement bienvenu.

On mesure sans peine l'embarras des théoriciens de l'EMDR confrontés à ce que Popper avait repéré : les faits sont vérifiables, les hypothèses sont validables, mais les théories sont improbables (au sens où elles constituent un système dont seuls quelques segments peuvent faire l'objet de validations ou d'expérimentations). La question est posée : à quoi sert une théorie dans notre domaine et de quelle nature est-elle ? Sans doute n'est-elle qu'une thèse (ou un ensemble de thèses), appuyée sur une doctrine mais dont la « vérité » est de logique inductive et non pas déductive : elle explique plus que les précédentes, rend compte de plus de phénomènes et, ce faisant, se heurte à d'autres problèmes qui finissent par produire rupture, voires, révolution. Son impact culturel et scientifique, sa diffusion, les effets des pratiques qu'elle soutient, contribuent aussi à son statut. Les conceptions de Kuhn sur la diffusion des paradigmes scientifiques sont assez bien illustrées par le développement spectaculaire de l'EMDR.

Pour Shapiro (2007), nous rappelle ce livre, le modèle du TAI « pose le fait que tous les stimuli entrant sous forme de nouvelles expériences sont assimilés dans les réseaux de mémoire déjà existants... Chez un individu en bonne santé,

ces nouvelles expériences sont traitées, elles sont "métabolisées" ou "digérées" et ce qui est utile est appris, stocké avec des émotions appropriées, et mis à disposition pour guider la personne dans ses expériences à venir ». Belle image, comme celle de l'*Esquisse* (1895) de Freud... mais résistera-t-elle à l'imagerie fonctionnelle ? Curieusement, l'EMDR se veut insérée dans le logos d'une « vraie » science – la neurologie et ses déclinaisons (neurobiologie, neuropsychologie cognitive, neuro-anatomie...) – mais elle participe de ce que Foucault nomme, dans *Les mots et les choses*, l'épistémè, qui est constituée de tous les phénomènes de rapports entre les différents discours dans les secteurs scientifiques d'une époque. Chaque période de l'histoire est caractérisée par l'existence de conditions de vérité qui encadrent ce qui est possible et acceptable, dans le discours scientifique notamment. Il estimait qu'il y avait eu trois épistémès : l'épistémè de la Renaissance, l'épistémè classique et l'épistémè moderne. Dans cette épistémè moderne, les sciences humaines occupent une place particulière en ce qu'elles se donnent pour objet la *représentation* à laquelle sont rapportés les savoirs positifs émanant des sciences physiologiques, économiques, linguistiques. L'EMDR, sa théorie, posent cette question : sommes-nous dans la neurologie ou bien dans le modèle représentatif, psychologique ? Or, l'EMDR relève bien des sciences humaines, à savoir la production d'un « Homme », objet de science, homme ici de mémoire troublée et d'émotions mal contenues et mal programmées.

La présence constante de la représentation est clairement affirmée, par exemple, lorsque Cyril et Pascale Tarquinio, discutant une technique, disent : « *On peut définir le flash-forward comme une sorte de représentation mentale d'un événement négatif futur redouté et improbable. Précisons que la procédure du flash-forward n'est pas réductible à un scénario du futur, en ceci qu'il est plus centré sur le niveau de perturbation que provoque chez le patient un scénario catastrophe, alors que le scénario du futur a pour finalité d'installer dans le futur un comportement ou une cognition adaptée à un futur envisagé en des termes positifs. En outre, le scénario du futur se met en œuvre une fois toutes les cibles traitées.* » Mettre l'accent sur la représentation – et le rôle de la parole (en EMDR, il faut savoir écouter les patients, mais aussi leur parler) – constitue une alternative fiable au neurologisme des premiers mythes théoriques et situe l'EMDR dans une épistémè qui ne se confond pas avec le positivisme naturaliste.

Le domaine origininaire, historique, de l'EMDR est constitué par les effets pathologiques des événements traumatiques puis, comme dans toutes les psychopathologies et thérapeutiques, l'intérêt théorique et les pratiques se sont déplacés vers d'autres états de souffrance, mais les leçons du traumatique marquent fortement les approches de ces objets nouveaux. Ainsi, l'EMDR participe d'une mutation post-moderne de la psychopathologie,

plus exactement du phénomène nucléaire génératrice de la pathologie, de sa cause ou, au moins, d'un des facteurs déterminants. Comme le rappellent les auteurs de cet ouvrage, Freud a mis au premier plan le traumatisme, héritier de la conception de l'hystérie traumatique, notion acquise de son expérience auprès de Charcot et de sa pratique clinique avec des névrosés, pour ensuite assigner au fantasme sexuel et au conflit, le rôle déterminant. Puis, à partir de la seconde topique (1920), la question du « trauma » est réinstallée au centre de la théorie du trouble. Mais, pour Freud, c'est le sexuel qui est traumatique et non l'événementiel.

A. Ferenczi revient à la rupture qui fait du trauma et de ses effets (catastrophe intrapsychique) le ressort de la pathologie. Le *trauma* doit être considéré comme résultant d'une réponse inadéquate ou d'une absence de réponse de l'objet face à une situation de détresse, laquelle absence entraîne une *autodéchirure*, un clivage, une sidération du Moi... Ces traumas précoce maintiennent une souffrance psychique, une sensation de détresse primaire, qui se réactivent à la moindre occasion. La parenté avec certaines observations ou interprétations de l'EMDR est saisissante, bien que les modes de référence et les pratiques, notamment relationnelles, soient totalement distincts. Mais, notre télescopage historique entre l'EMDR et Ferenczi, les conceptions qu'il a inspirées dans la psychanalyse actuelle, a vocation d'illustration de ce mouvement épistémologique qui fait de la réaction à l'événement producteur d'émotions ingérables l'essence de la psychogenèse, le trouble, la souffrance, psychiques apparaissant comme déclenchés par le réel responsable d'une activation émotionnelle a-sensée et intangible, se répétant à chaque fois comme actuelle (revivre le drame, c'est vivre le drame). L'EMDR donne une approche, une direction, à cette question en rompant la spirale d'un « archaïque » de plus en plus éloigné et mythique (cf. B. Gorse).

La mise au premier plan du traumatisme dans la genèse de la pathologie rend nécessaire une grande prudence, car le trauma, au sens psychologique, ne se réduit pas au choc. Il y a entre l'événement et ses effets, même lorsqu'il s'agit de réactions « à chaud » (Trouble « Stress Aigu » par exemple), des temps successifs qui produisent le phénomène psychique et qui sont sous la dépendance de mécanismes psychologiques qu'il convient de restituer, plus encore lorsqu'il s'agit de troubles structurés comportant une autonomie et un cours comme le PTSD. C'est bien dans cette voie que doit s'orienter l'EMDR.

Parmi les extensions, hors du domaine du traumatisme, celles concernant les personnes atteintes de maladies somatiques (cancer, douleurs chroniques, troubles cardiovasculaires...) est particulièrement intéressante. En effet, deux composantes sont interrogables : la (psycho)genèse du trouble et la condition psychologique de malade. La première recoupe

la question psychosomatique c'est-à-dire la participation de facteurs psychologiques au déclenchement ou à l'évolution d'un trouble somatique authentifié. Les événements déplaisants, au pouvoir traumatique, les émotions suscitées, non représentées, non gérées, sont deux facteurs essentiels. Nos deux auteurs ont donc toute légitimité pour s'intéresser à l'intervention préventive sur certains types de dynamiques psychiques qui, à terme, facilitent le recours à la voie somatique. Certes, la maladie n'est pas exclusivement produite par le choc, le trauma, et la gestion malheureuse des émotions, mais ces derniers peuvent contribuer à sa production et les interventions de type EMDR, chez ces sujets à la verbalisation difficile, sont une avancée encourageante. La répression émotionnelle, l'alexithymie, l'absence de vie imaginaire, d'opérateurs permettant de donner du sens aux événements, mais aussi les personnalités de type C, les traumatismes infantiles préverbaux, etc., sont autant de facteurs favorisant la réponse somatique au même titre que les PTSD. Or, une part de ces facteurs représente des « cibles historiques » de l'EMDR, mais ce livre va plus loin en ce qu'il propose des interventions plus ciblées sur les maladies elles-mêmes.

La seconde composante de la maladie concerne les effets subjectifs (émotionnels et représentatifs) consécutifs à l'apparition du trouble : traumatismes du diagnostic, du traitement, conditions de vie, rencontre avec l'ordre médical, vécu de la maladie, de la thérapeutique, modification de l'image de soi, des relations aux autres et du statut social... font de la vie du malade une suite de moments souvent difficiles, vécus dans une atmosphère inquiétante. Leriche (puis Canguilhem) appelait « la maladie du malade », qui s'oppose à la représentation médicale, un ensemble d'émotions, d'images, de croyances, susceptibles de produire une reviviscence d'autres expériences, parfois traumatiques.

En dépassant les particularités subjectives de la douleur chronique, des maladies cardiovasculaires et du cancer, nous retrouvons des éléments que l'écoute des patients nous a rendus familiers : les effets subjectifs de la douleur physique, la chronicité de la maladie et sa temporalité, l'angoisse de mort et l'anticipation négative, les croyances, la perte de l'estime de soi, la relation ambivalente aux traitements, la dépendance... Nous postulons qu'il existe un « travail de la maladie », c'est-à-dire un ensemble de phénomènes psychiques, qui, à l'instar du travail de deuil, permet au patient, lorsqu'il s'accomplit, de dépasser le choc psychologique, subjectif, du diagnostic et/ou de la thérapeutique, le repli sur soi, l'effroi, pour, graduellement, réinvestir son propre corps et l'avenir, restaurer ou maintenir une identité psychique, corporelle, et sociale mise en cause par la maladie... et la médecine. Ce long processus est souvent bloqué par des mécanismes de défense, des formes d'aliénation au regard médical, mais

aussi des croyances, des impossibilités d'élaboration des affects, de symbolisation. Notre problématique, nos concepts, nos références théoriques sont certes radicalement différentes de celles des auteurs, pourtant, notre souci est commun et, surtout, nous ne convenons pas de laisser le malade psychologiquement seul face à la maladie et aux effets du discours médical et nous leur proposons des méthodes adaptées.

Notre lecture de ce livre, loin d'entraîner à une confrontation de paradigmes, suscite intérêt et reconnaissance dans la mesure où il interroge avec rigueur les coordonnées épistémologiques de l'EMDR et dessine, dans une pratique clinique illustrée et soucieuse des sujets et non pas simplement de leurs troubles, de nouvelles directions thérapeutiques originales.

Jean-Louis Pedinielli

Professeur Émérite de psychopathologie et psychologie clinique,
Laboratoire de Psychopathologie Clinique : Langage et Subjectivité (EA 3278),
Aix-Marseille Université

Introduction

En novembre 2002, l'un d'entre nous, dans le cadre d'un cycle de conférences consacré aux psychothérapies à l'université de Lorraine (site de Metz), prit l'initiative de proposer une intervention sur la problématique de l'EMDR. C'était la première fois qu'une telle conférence sur le thème de l'EMDR avait lieu dans cette université, alors même que très peu d'universitaires et de praticiens au niveau national avaient entendu parler de cette approche, si ce n'est à travers les médias et l'ouvrage *Guerir* de David Servan-Schreiber. À vrai dire, si cette psychothérapie EMDR commençait à jouir à cette époque d'une certaine notoriété auprès du grand public, sur le plan universitaire, en revanche, il n'en était rien. Pire encore, l'EMDR était même dénigrée. On n'était pas loin de considérer ceux qui s'en faisaient les porte-paroles comme des charlatans. « Tout cela n'est pas bien sérieux », disait-on. C'est donc dans ce contexte particulièrement délicat qu'eut lieu cette conférence devant une bonne centaine d'étudiants curieux et intrigués, quelques praticiens critiques mais pragmatiques et un parterre d'universitaires ironiques et lapidaires quant à la crédibilité et à l'intérêt que pouvait avoir cette fameuse psychothérapie EMDR. La conférence eut lieu dans l'indifférence de ces derniers alors que les autres participants, intrigués par l'objet, ne furent pas avares de questions. Depuis, les choses ont bien changé et l'université de Lorraine (site de Metz) est devenue un des hauts lieux de recherche sur la psychothérapie EMDR. C'est là d'ailleurs que les premières thèses relatives à cette approche ont été soutenues. Si la psychothérapie EMDR est devenue un axe de recherche important pour l'équipe EPSAM/APEMAC EA4360, c'est encore à l'université de Lorraine, site de Metz, que les premières formations (diplômes d'université – DU) accréditées EMDR-Europe ont vu le jour. Depuis cette fameuse conférence, tous les étudiants du master « Psychologie de la santé, psychologie clinique » sont sensibilisés à cette approche, depuis le master 1 jusqu'au master 2. Et si la Moselle est à ce jour l'un des départements de province les plus dotés en praticiens EMDR, ce n'est sans doute pas un hasard. Notons enfin, que c'est à Metz qu'a lieu chaque année, depuis cinq ans maintenant, un séminaire doctorant de niveau européen qui regroupe tous les jeunes chercheurs travaillant dans le domaine. Il leur est alors permis de confronter leurs points de vue et leurs orientations de recherche afin de mettre en dispute les questionnements, nombreux, qu'impose la psychothérapie EMDR. David Servan-Schreiber, n'est pas étranger à la situation messine. Il était évident pour lui que l'enseignement de l'EMDR devait devenir universitaire au plus vite, ce qui lui conférerait un gage de sérieux et de pérennité pour l'avenir. C'est en cela qu'il a contribué au développement de l'EMDR à Metz, non

pas parce que les chercheurs y étaient plus brillants qu'ailleurs, mais parce que, à n'en pas douter, ils étaient plutôt ouverts aux nouvelles approches¹.

Ce livre s'inscrit dans la suite logique du développement de l'EMDR dans le contexte universitaire. Il est aussi le résultat d'une réflexion clinique menée par deux psychothérapeutes aguerris, qui pratiquent ensemble la psychothérapie depuis plus de quinze ans et qui, depuis dix ans au moins, ont été amenés à intégrer dans cette pratique les apports indiscutables de la psychothérapie EMDR. Cet ouvrage n'est pas pour autant rédigé à la gloire de l'EMDR. Nous appartenons d'ailleurs à ceux qui pensent que la psychothérapie EMDR ne peut se suffire à elle-même, car même si elle remporte des victoires incontestables sur le plan de la clinique, elle reste en construction et manque, comme nous l'évoquons dans le premier chapitre, d'un positionnement théorique clair. Nous nous opposons de fait à ceux qui voient dans cette approche une réponse « magique » susceptible de guérir tous les maux de leurs patients. Et nous dénonçons ceux qui sont devenus incapables de penser la question de la psychothérapie sans référence à l'EMDR. En fait, ils tombent dans les mêmes travers que ceux qui ont fait du tort à l'EMDR et qui étaient incapables d'ouverture et de prise de recul, ne voyant le salut de la psychothérapie (et le leur) que dans les modèles dominants comme la psychanalyse ou les thérapies cognitives comportementales (TCC). Il faut éviter que l'engouement – justifié – pour l'EMDR ne se transforme en nouvelle idéologie psychothérapeutique. Rappelons que dans les faits, l'exercice de la psychothérapie est rarement conforme aux cadres annoncés et qu'il est impensable de s'inscrire strictement dans telle ou telle orientation, en totale conformité avec les prescriptions d'application, tout simplement parce que la clinique impose des aménagements, des ajustements et une créativité qu'il est difficile de définir *a priori* ! En psychologie du travail, on se demanderait s'il existe une différence entre le travail psychothérapeutique prescrit et le travail psychothérapeutique réalisé. Les résultats de quelques études (Kramer et al., 2005) et la confrontation personnelle à la clinique depuis de nombreuses années montrent que les thérapeutes appliquent bien leur méthode, eu égard à leurs référents théoriques, mais qu'ils utilisent également certaines techniques et adoptent des attitudes qui correspondent à d'autres approches. Un tel état de fait permet une réflexion sur les aspects communs et différentiels des différentes formes de psychothérapies au-delà des idéologies, ce qui n'est pas une mince affaire. Ainsi, les psychothérapeutes s'adaptent à la clinique que leur imposent les patients. Ne trouvant pas de réponses toutes faites dans les prescriptions des modèles auxquels ils se réfèrent, ils composent, inventent, ajustent et vont puiser ailleurs, dans d'autres champs parfois, les réponses techniques et théoriques

1. Le site de Metz fut une des premières universités en France (avec les amis et collègues de Bordeaux) à développer la psychologie de la santé.

que peut imposer la conduite des psychothérapies de leurs patients. D'ailleurs, pourrait-il en être autrement ? La psychologie du travail a depuis longtemps montré que le respect *stricto sensu* de la fiche de poste ou du travail prescrit conduisait à une inefficacité de l'action. Admettre une telle idée n'est compliqué que pour les professionnels de la psychothérapie qui trouveraient dans leur appartenance théorique et le respect d'un modèle de référence strict plus un ancrage identitaire et un sentiment d'appartenance qu'une véritable opérationnalité clinique. Bien qu'utile, une telle posture intellectuelle s'avère toujours insuffisante pour couvrir tout ce que nécessite une prise en charge thérapeutique. Dans les faits, les psychothérapeutes seraient par nécessité plus éclectiques que ce qu'ils disent. Il y a trente ans déjà, Goldfried affirmait que plus de la moitié des psychothérapeutes américains se définissaient comme éclectiques (55 à 58 %). C'est sans doute le cas (espérons-le !) des psychothérapeutes EMDR. On peut même se demander s'il ne conviendrait pas avant, pendant ou après une formation à l'EMDR, de compléter son parcours dans le cadre d'approches complémentaires susceptibles de permettre à l'EMDR de révéler tout son potentiel. Ce potentiel proviendra de la capacité d'inventivité et d'initiative du psychothérapeute, ce qui dans la pratique clinique en général, mais plus encore dans le domaine de la maladie chronique, est indispensable, et que permet l'EMDR.

Nous sommes convaincus que la prise en charge des patients confrontés à la maladie chronique se doit d'être pensée en des termes spécifiques qui la distinguent des autres contextes d'intervention psychothérapeutique plus classiques. On peut s'interroger sur l'existence de cette spécificité, pourtant il ne faut pas oublier que de telles problématiques ont donné lieu à la naissance d'une discipline qui s'est spécialisée dans le champ de la psychologie de la santé et qui fut à l'origine du développement d'une psychopathologie spécifique, distincte des approches classiques. D'un point de vue psychique, la maladie est une expérience singulière d'adaptation où les profonds changements de l'état de santé et de la vie donnent lieu dans de nombreux cas à des remises en cause fondamentales des valeurs sur lesquelles reposait la vie d'une personne ; elle définit un enjeu psychique essentiel lié à la mobilisation de ressources psychiques qui font appel à des nouvelles valeurs et qui constituent d'autres raisons de vivre ([Fischer, Tarquinio, 2014](#)). De ce point de vue, souvent, les patients qui consultent ne l'auraient pas fait sans l'intrusion dans leur vie de cette épreuve. Et il faut l'avouer, l'expérience clinique montre que ce sont bien les conséquences de cette maladie, plus ou moins profondes, que l'on demande au psychologue de la santé de juguler, lorsqu'il ne s'agit pas d'accompagner le patient dans un questionnement existentiel plus profond. Le travail sur le passé, comme nous le montrons tout au long de ces chapitres, s'il reste important, n'est pas, contrairement aux prises en charge plus classiques, le cœur de la préoccupation des psychothérapeutes.

Mais cet ouvrage traite aussi de la préservation de la santé, voire de sa potentialisation. Il ne s'agit donc pas seulement de faire en sorte que les malades aillent mieux, mais aussi d'envisager en quoi l'EMDR peut aider les patients à ne pas tomber malades dans le cadre d'une prise en charge du stress, voire quand ils vont bien à les maintenir dans cet état.

Ce livre est composé de huit chapitres qui s'articulent les uns avec les autres. Nous aurions pu égrainer toutes les maladies chroniques et nécessairement être redondants dans les préconisations psychothérapeutiques. Le choix fut plutôt de proposer des chapitres et des cas cliniques à travers lesquels le clinicien peut trouver à chaque fois quelque chose de nouveau susceptible d'enrichir sa pratique et sa réflexion. Ainsi, les protocoles, les exercices et les outillages seront apportés au fur et à mesure des textes dans une cohérence propre aux cas présentés. Il s'agissait surtout, pour nous, de ne pas refaire un énième livre redondant sur l'EMDR et la prise en charge de l'état de stress post-traumatique avec le « Protocole standard ». Bien au contraire, il s'agit plutôt de considérer ces choses comme acquises, afin de compléter et d'enrichir la portée psychothérapeutique de l'EMDR en lui donnant parfois une dimension nouvelle, voire en proposant un autre regard et un autre usage de l'approche, que la situation des malades impose souvent d'ailleurs. Ce livre n'est pas un *manuel pour bon élève* où il s'agirait d'appliquer sans réfléchir les acquis de l'EMDR. Il s'agit plutôt de proposer de nouvelles pistes de réflexion, voire une manière complémentaire de penser son application. Nous ne souhaitons d'ailleurs pas emporter une quelconque adhésion en la matière. Nous connaissons déjà les détracteurs. Notre souhait est de proposer un propos cliniquement et scientifiquement argumenté, susceptible de faire débat. Dans le meilleur des cas, si les praticiens y trouvent un intérêt clinique, nous considérerons notre objectif comme atteint.

Tous les chapitres débutent par un positionnement théorique et psychopathologique de la problématique qu'ils souhaitent éclairer. Le lecteur découvre ensuite les propositions psychothérapeutiques, toutes utilisables et transférables à bien d'autres domaines d'application. Si les pathologies traitées ont leur intérêt en soi, elles sont aussi des prétextes de développement dans l'utilisation de l'EMDR. Ainsi, les textes sont envisagés comme des illustrations cliniques argumentées, transférables et susceptibles d'alimenter la pratique clinique de tous les praticiens.

Le premier chapitre pose les jalons et les bases de ce qu'est la thérapie *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, ou EMDR. Source de vives critiques, souvent infondées, ou d'un culte ridicule, l'EMDR ne laisse pas indifférent. Dans les faits, l'émergence de cette approche a ouvert la voie à une réflexion qui va bien au-delà de l'approche elle-même, en questionnant les fondements du processus psychothérapeutique dans son ensemble. Ainsi, dans ce chapitre nous adoptons une perspective critique et contradic-

toire, nécessaire à toute discipline dont le souhait est de faire « science ». On ne peut s'engager dans l'application d'une psychothérapie sans connaître son histoire, ses avantages et ses limites. Les psychothérapies ne peuvent pas être seulement des outils que l'on utilise comme bon nous semble. Les adopter, c'est de près ou de loin adopter les principes qui les ont initiées, et de ce fait, cela engage notre responsabilité de psychothérapeute.

Le deuxième chapitre envisage la question de la **planification des prises en charge et des plans de ciblage**. La plupart du temps, les patients confrontent les praticiens à une question essentielle : comment débuter la prise en charge ? Ceux-ci sont porteurs à leur arrivée au cabinet d'une demande initiale déterminée par leur souffrance psychique et/ou physique qui rend le cours de leur vie impossible. Faut-il alors prendre en charge le symptôme ou identifier son étiologie dans l'histoire du sujet ? Ainsi, les malades chroniques, du fait de leur spécificité, confrontent le psychothérapeute à des problèmes inédits, dictés par les caractéristiques psychiques et médicales de la pathologie dont ils sont les porteurs. Une première partie de ce chapitre propose une modélisation simple des choix stratégiques possibles en ce qui concerne le traitement des événements du passé, du présent et du futur. Loin des approches classiques, il s'agit d'envisager les combinaisons possibles à toute prise en charge. Une seconde partie est consacrée aux plans de ciblage à la disposition du praticien EMDR, autant de ressources susceptibles de l'aider à identifier les cibles à traiter. Plusieurs pistes sont proposées, comme les questions directes et l'entretien cognitif pour explorer le présent, le modèle classique du *Float-back* ou l'approche des deux méthodes développée par [de Jongh et al. \(2010\)](#), particulièrement utile dans le domaine de la santé et de la maladie. Précisons enfin que les ouvertures techniques apportées par ce chapitre constituent un socle sur lequel tous les autres chapitres prendront appui pour justifier leur démarche.

Le troisième chapitre débute par une présentation de certains concepts de la psychologie et de la psychothérapie positive pour ensuite présenter trois des protocoles parmi les plus utilisés dans ce domaine : le **protocole de développement et d'installation des ressources** (DIR) d'Andrew Leeds ([Korn, Leeds, 2002](#)), le **Peak Performance** de Lendl et Foster (1997) et le **protocole d'optimisme** de [Regourd-Laizeau \(2013\)](#). Au-delà de l'aspect fonctionnel de ces protocoles qui seront mis ici à la disposition des praticiens, c'est à une réflexion sur les dimensions communes de ces protocoles que nous nous livrons, afin d'extraire de cette tendance à leur démultiplication les éléments les plus à même de consolider une clinique créative et efficace. Ensuite, nous proposons quelques exercices susceptibles d'être délivrés aux patients dans le cadre d'un usage hors cabinet, mobilisables en cas de besoin.

Le quatrième chapitre aborde dans un premier temps **les principales dimensions du stress** (traitées *a minima* du fait de la grande diffusion des

connaissances dans ce domaine), pour ensuite envisager **la question de sa prise en charge** avec la psychothérapie EMDR. C'est dans ce cadre que nous présentons d'abord la méthode du « Lieu sûr », qui en soi n'est pas propre à la thérapie EMDR, mais qui a été intégrée au Protocole standard dès 1995. Dans un second temps, nous présenterons la technique des « Quatre éléments » développée par Elan Shapiro ([Lobenstine, Shapiro, 2007](#)), qui articule de manière judicieuse la symbolique de la terre, de l'air, de l'eau et du feu avec l'EMDR. Nous présenterons ensuite le Protocole standard, qui reste la référence en EMDR et qui, de par sa souplesse, est mobilisable dans de nombreuses situations cliniques, dont la gestion du stress reste une indication parfaite. Enfin, nous proposerons une articulation entre l'exercice du *Body Scan*, extrait de l'orientation *mindfullness* et l'EMDR. Mise à part l'utilisation du Protocole standard, toutes les propositions thérapeutiques de ce chapitre sont, une fois enseignées au patient, susceptibles de rendre ce dernier auto-nome et capable d'une autoapplication dans n'importe quelle situation.

Dans le cinquième chapitre, nous envisagons l'usage de l'EMDR dans la prise en charge de certaines **difficultés sexuelles**. Une première partie est consacrée à deux d'entre elles : le vaginisme et le trouble de l'érection. Nous y démontrons, à la lumière de notre pratique clinique, comment en collaboration avec un sexologue l'EMDR peut être adaptée à ces problématiques spécifiques. Dans une seconde partie nous portons notre attention sur la prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles, en mettant en lumière leurs conséquences sur le plan de la sexualité. Si l'EMDR peut réparer l'impact psychotraumatique général de l'agression, elle peut également réduire les conséquences psychotraumatiques sur leur sexualité.

Le sixième chapitre pénètre le champ très particulier de **la douleur chronique** en montrant que l'EMDR peut y trouver une place. Après avoir dans un premier temps apporté un éclairage sur la spécificité de la douleur chronique et ses liens avec la situation psychique des malades, nous proposons quelques ouvertures en ce qui concerne notamment la prise en charge de la douleur du membre fantôme et du trouble fibromyalgique.

Dans le septième chapitre, nous nous intéressons à **la problématique des maladies cardiovasculaires** (ou MCV) et à leurs effets psychiques. Après avoir développé la problématique des MCV en général, nous nous penchons spécifiquement sur l'infractus du myocarde. Ce chapitre sera l'occasion d'insister sur l'usage des **protocoles d'urgence**, plutôt méconnus et qui dans le domaine de la santé et de la maladie peuvent trouver toute leur légitimité. Un éclairage tout particulier sera porté au travail à faire avec les patients sur leur avenir et sur le futur.

Le dernier chapitre aborde la problématique complexe et spécifique du **cancer**. Dans un premier temps nous en déclinons les conséquences psychopathologiques (dépression, troubles anxieux, psychotraumatisme...). Dans un deuxième temps, nous montrons comment la psychothérapie EMDR

peut être une contribution de poids dans la prise en charge des malades du cancer au cours des différentes phases de la maladie, qu'il s'agisse des traitements (chimiothérapie, radiothérapie, intervention chirurgicale), de la période dite de rémission (si tout prend fin d'un point de vue médical, psychiquement tout est loin d'être achevé). Puis, nous envisageons dans un troisième temps le passage des soins curatifs, aux soins palliatifs. Enfin, ce chapitre propose un modèle global de prise en charge dans le domaine du cancer, susceptible de guider les praticiens EMDR dans leur démarche de soins.

Nous espérons que cet ouvrage sera utile aux cliniciens qui pourront y trouver des éléments pour enrichir leur pratique psychothérapeutique, mais également aux chercheurs qui pourront alimenter leur réflexion dans le domaine et proposer de nouvelles pistes de recherche et de développement.

Références

- De Jongh, A., Ten Broeke, E., & Meijer, S. (2010). Two Method Approach: A Case Conceptualization Model in the Context of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(1), 12-21.
- Fuscher, G. N., & Tarquinio, C. (2014). *Les Concepts fondamentaux de psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Kinowski K. (2003). Put your best foot forward. Clinical practice manual. An EMD related protocol for empowerment using somatosensory and visual priming of resources experiences, 2nd ed, EMDR European Annual Conference, Rome, May, 17.
- Korn, D., & Leeds, A. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58(12), 1465-1487.
- Kramer, U., de Roten, Y., & Despland, J. N. (2005). Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire ? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies. *Pratiques psychologiques*, 11, 359-370.
- Lobenstine, F., & Shapiro, E. (2007). What is an effective self-soothing technique that I can teach my client to use at home when stressed? *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 122-124.
- Miller, E., & Halper, S. (1994). *Letting Go of Stress*. Chicago: Inner peace Music.
- McKelvey, A. M. (2009). EMDR and positive psychology. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR Solutions II, For depression, Eating Disorders, Performance and More*. Norton: Professional Books.
- Popky, A. J. (2005). DeTUR, an urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behaviors. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR Solutions: Pathways to Healing* (pp. 167-188). Norton: Professional Books.
- Regourd-Laizeau M. (2013). *Psychologie positive et EMDR : questions et perspectives*, Thèse de doctorat de troisième cycle de l'université de Lorraine, document non publié.

1 La psychothérapie EMDR : une psychothérapie pas comme les autres

Introduction

L'objectif de ce premier chapitre est dans un premier temps de poser les jalons et les bases de ce qu'est la thérapie *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, ou EMDR. Entre mythe et réalité, cette approche peut à la fois nourrir les critiques les plus vives (et parfois les plus incohérentes) et activer chez d'autres personnes une sorte de culte ridicule, qui conduit certains praticiens et parfois certains chercheurs à ne pouvoir envisager la psychothérapie dans son ensemble qu'à travers le prisme de la psychothérapie EMDR. Nous sommes convaincus pour notre part de l'intérêt de cette approche et de sa véritable contribution à l'évolution des idées dans le champ de la psychothérapie. En revanche, il nous arrive d'être heurtés par l'idéalisat ion, voire la mythification dont elle fait l'objet, et par le manque de recul dont ceux qui en sont les tenants font preuve.

Dans un second temps, nous adopterons une perspective critique et contradictoire, nécessaire à toute discipline dont le souhait est de faire « science ». On ne peut s'engager dans l'application d'une psychothérapie sans connaître son histoire, ses avantages et ses limites. Les psychothérapies ne peuvent pas être seulement des outils que l'on utilise comme bon nous semble. Les adopter, c'est de près ou de loin adopter les principes qui les ont initiés, et de ce fait, cela engage notre responsabilité de psychothérapeute.

Ce qui compte pour le praticien, c'est que cela fonctionne et que le patient aille mieux. C'est souvent ce que l'on entend chez les professionnels. Aurions-nous la même largesse vis-à-vis de notre médecin qui quotidiennement prend soin de notre santé ? Certes non ! Nous espérons, quand nous allons le consulter, qu'il soit au fait de ce qu'il fait, du diagnostic qu'il pose et des traitements qu'il prescrit. Il ne suffit pas que cela fonctionne pour nous satisfaire. Il est essentiel pour les patients que nous sommes de connaître les fondements de la démarche du médecin, la justification des traitements qui nous sont proposés et les risques que, le cas échéant, nous sommes susceptibles de courir. Le psychothérapeute se doit à une certaine ascèse intellectuelle, il ne peut et ne doit pas s'y soustraire. Il ne peut laisser ni à Dieu, ni au hasard, les objets et les forces qu'il convoque et qu'il manipule dans le cadre du processus psychothérapeutique. C'est pourquoi il est non seulement légitime, mais

fondamental, de se demander ce qui se passe lors d'une prise en charge avec la psychothérapie EMDR, car il est inconvenant de se contenter des classiques images d'Épinel qui nous feraient presque croire que les fameux mouvements oculaires effacent le psychotraumatisme de la mémoire comme le font les essuie-glaces de notre voiture sur un pare-brise.

Dans ce chapitre, nous traiterons de l'origine de la psychothérapie EMDR et du hasard de sa découverte. Nous aborderons les modèles qui semblent « expliquer » cette efficience qu'il faut lui reconnaître, mais nous insisterons aussi sur les limites théoriques et conceptuelles de l'approche. Ces dernières années, des pistes sérieuses issues de la recherche fondamentale en psychologie cognitive semblent donner un second souffle aux travaux censés expliquer ce qui se passe pendant la psychothérapie EMDR. Nous présenterons les différents points de vue et nous discuterons les limites de cette approche. Il se peut d'ailleurs que nos prises de position ne convainquent pas certains lecteurs. Tant pis et tant mieux ! Il s'agit pour nous d'ouvrir le débat et la réflexion en dehors de toute chapelle ou école de pensée. Plus qu'une forme psychothérapeutique, l'EMDR est devenue un objet de recherche passionnant qui pose plus de questions qu'il n'apporte de réponses. En ce sens, les investigations qui sont menées dans le domaine pour comprendre ce qui est en jeu dans l'EMDR dépassent son simple périmètre. C'est tout le champ des psychothérapies qui se trouve interpellé et parfois bousculé par les recherches menées dans le domaine. À vrai dire, jamais une psychothérapie n'aura à ce point souhaité (alors que souvent, en France notamment, on se refuse à l'évaluation) mettre à l'épreuve des faits et des méthodes son efficacité. Jamais une psychothérapie, n'aura eu la capacité de fédérer au-delà de la psychologie des disciplines qui jusque-là s'ignoraient parfois (neurosciences, médecine, philosophie, psychologie, sciences cognitives...). Jamais une psychothérapie n'aura fédéré autant les cliniciens et les chercheurs, imposant un aller-retour permanent entre les deux. La psychothérapie EMDR a quelque chose de particulier, c'est certain !

De la sérendipité¹ à la reconnaissance de la psychothérapie EMDR

C'est à Francine Shapiro que l'on doit la découverte et le développement de la psychothérapie EMDR. Comme beaucoup de découvertes, celle de l'EMDR n'est pas exempte de légendes (judicieusement entretenues d'ailleurs !) qui, au fil du temps, se sont amplifiées, donnant parfois un caractère romanesque

1. La sérendipité désigne le talent de trouver ce que l'on ne cherche pas, cela désigne aussi le bénéfice inattendu d'une découverte involontaire. En science, le rôle du hasard est difficilement quantifiable. Les chercheurs décrivent généralement leurs résultats comme le fruit d'une déduction logique, masquant ainsi la part d'aléatoire dans la découverte.

à la chose. Quoi qu'il en soit, cette découverte (car c'est bien de cela qu'il s'agit !) a été faite un peu par hasard² en 1987. En effet, initialement, rien ne prédestinait Francine Shapiro à devenir docteur en psychologie et chercheur au Mental Research Institute de Palo Alto. C'est son cancer qui lui a fait envisager une autre voie, notamment quand, une fois considérée en rémission, la peur de la rechute l'a conduite à s'enquérir de nouvelles méthodes susceptibles de l'aider à aller mieux et à rester en bonne santé. Un jour, alors qu'elle se promenait dans un parc, elle s'aperçut, en suivant des yeux un vol d'oiseaux et en opérant des mouvements oculaires latéraux, que les pensées négatives qu'elle avait à l'esprit quelques minutes auparavant s'étaient transformées et que leur charge émotionnelle était devenue moins intense.

« Je remarquai que certaines pensées dérangeantes que j'avais développées disparaissaient soudainement, et lorsque je les évoquai de nouveau, elles ne me dérangeaient plus autant, elles n'avaient tout simplement plus la même charge émotionnelle ; je remarquai que lorsque ce type de pensées me venait à l'esprit, mes yeux commençaient à bouger spontanément d'une certaine manière et de façon très rapide, la pensée sortait de ma conscience, et quand je l'y replaçais, elle n'avait plus la même force [...] Je voulus savoir si cela fonctionnerait en le faisant délibérément, alors je pensai à quelque chose qui provoquait en moi une petite anxiété et je bougeai mes yeux de la même manière que précédemment, et la même chose survint ; la pensée disparut, elle aussi. Et quand je la ramenai à mon esprit, sa charge émotionnelle n'était plus la même... Je voulus alors savoir si cela pouvait s'appliquer à d'autres personnes. »

Francine Shapiro (1998)

2. De ce point de vue, la découverte de la pénicilline par Alexandre Fleming est un autre exemple, illustre. Rappelons que cette découverte a eu lieu en 1928, lorsque Fleming laissa une boîte de Pétri où il faisait pousser des staphylocoques dans son laboratoire et partit deux semaines en vacances. Lorsqu'il revint, il constata que la culture avait été contaminée par les souches d'un champignon qui avaient arrêté la croissance des bactéries. Fleming venait de découvrir un antibiotique ! La pénicilline fut rapidement utilisée, notamment pendant la Seconde Guerre mondiale, et elle sauva de nombreuses vies, mais c'est longtemps après qu'on lança les premières études systématiques et qu'on comprit réellement son mode de fonctionnement. C'est d'ailleurs ce qui se passe avec l'EMDR, qui soigne le psychotraumatisme depuis plus de vingt-cinq ans sans que, dans le fond, on comprenne vraiment pourquoi cela fonctionne.

Si les souvenirs ou les pensées ne disparaissaient pas de sa conscience, c'est bien leur charge émotionnelle négative qui peu à peu semblait s'atténuer, jusqu'à disparaître totalement. [Shapiro \(1989\)](#) poursuivit cette expérience par des mouvements rapides des yeux en pensant simultanément à des souvenirs pénibles. Puis elle appliqua la même expérience à des amis et collègues volontaires. Ceux-ci se centraient sur un aspect de leur vie passée (brimades ou humiliations qui pouvaient encore les perturber). Simultanément, ils concentraient leur attention visuelle sur le mouvement de va-et-vient de droite à gauche que Francine Shapiro opérait avec ses doigts en prenant soin de « réplier » ce qu'elle-même avait vécu dans ce parc quelque temps auparavant³.

Encadré 1.1

Sur les traces de Francine Shapiro : redécouvrez la psychothérapie EMDR !

Pour marcher dans les pas de Francine Shapiro, suivez à la lettre les quatre étapes suivantes. Après avoir choisi une cible à traiter, vous expérimenterez une phase sans mouvements oculaires, puis une phase avec.

Étape 1 : identification du souvenir perturbant

Il suffit, de disposer d'un souvenir ou d'un événement négatif, de préférence récent, de la vie quotidienne (une dispute récente pas trop violente avec un ami, une situation de stress, un conflit professionnel sans trop d'incidence, mais qui laisse une gêne, une appréhension quelconque). Vous pourrez également faire le choix d'une appréhension du futur du même calibre...

Étape 2 : évaluation de la charge émotionnelle

Il s'agit maintenant de positionner l'événement choisi sur une échelle de 0 (aucune perturbation émotionnelle quand j'y pense) à 10 (perturbation maximale quand j'y pense).

Pour l'exercice, nous vous encourageons à limiter le choix de l'objet à traiter à une intensité qui ne dépasse pas 4 ou 5 sur l'échelle de perturbation (il s'agit d'éviter les charges trop fortes). Soyez vigilant à ne pas activer avec cet exercice principes des associations qui pourraient vous confronter à des choses trop lourdes ou difficiles de votre histoire passée ou présente. Ainsi, en cas de doute, ne faites pas l'exercice !

Étape 3 : pratique sans mouvements oculaires

Concentrez-vous sur cet événement et sur l'endroit où vous sentez la charge émotionnelle dans le corps. Assis sur une chaise ou dans un fauteuil, regardez le plafond sans rien faire durant quatre minutes.

3. Cette étude initiale de Shapiro comporte à vrai dire quelques lacunes méthodologiques qui limitent la validité des résultats. C'est elle-même, en effet, qui procéda au traitement et à leur évaluation. Pour autant, la plupart des travaux qui suivirent n'ont plus souffert de ce biais gênant.

Normalement, à ce stade, rien ne se passe ! Repositionnez l'événement choisi sur une échelle de 0 (aucune perturbation émotionnelle quand j'y pense) à 10 (perturbation maximale quand j'y pense).

Étape 4 : pratique avec mouvements oculaires

Concentrez-vous à nouveau sur cet événement et activez la charge émotionnelle. Assis sur une chaise ou dans un fauteuil, regardez les deux coins opposés de votre plafond et procédez à un mouvement alterné de droite à gauche à une fréquence d'environ un aller-retour par seconde. Procédez ainsi durant quatre minutes sans arrêt. Repositionnez l'événement choisi sur une échelle de 0 (aucune perturbation émotionnelle quand j'y pense) à 10 (perturbation maximale quand j'y pense).

Vous devriez alors, contrairement à l'issue de l'étape 3, observer une baisse de l'intensité de la charge émotionnelle. Normalement... ça marche !

Au cours des années qui suivirent, d'autres formes de stimulations bilatérales furent utilisées comme les tapotements (*tapping* sur les genoux, les pieds, les épaules...) ou les sons (dispensés de manière alternée dans chacune des deux oreilles), les pressions ou encore les vibrations (utilisant un appareillage qui émet des vibrations dans des pulseurs tenus dans les mains). Dans tous les cas, les émotions négatives s'en trouvaient peu à peu remplacées par des émotions positives, des prises de conscience et/ou de nouvelles sensations corporelles. Ces nouvelles conduites s'accompagnaient en outre d'un nouveau sentiment de soi. Les traumatismes étaient comme transformés, reconfigurés en de nouvelles expériences d'apprentissage, faisant presque de la victime traitée une personne capable de potentialiser et de se nourrir de l'expérience douloureuse du trauma. C'est de ce travail psychothérapeutique de face à face avec le trauma que semblaient émerger et se développer une recomposition du moi, un nouveau rapport au monde et un bouleversement des croyances. Cette nouvelle pratique psychothérapeutique semblait activer un véritable développement post-traumatique accéléré (Tedeschi, Calhoun, 2004). Ce dernier, rappelons-le, se caractérise par la capacité d'une personne à mobiliser des ressources pour dépasser l'événement traumatisant. Tout se passait comme si l'individu se transformait en direct, au fur et à mesure des séances, jusqu'à remettre en question ses propres schémas fondateurs (Janoff-Bulman, 1992). Au fond, le processus curatif, propre à toute psychothérapie (et qu'accélère la psychothérapie EMDR) était remis en route et réactivé, rendant à nouveau possible la réparation psychique.

À cette étape du processus, le patient pouvait regarder l'événement, ainsi que lui-même, à partir d'une perspective nouvelle et positive, ce qui jusque-là lui était impossible !

De tels constats conduisirent à un changement d'appellation. *L'Eye Movement Desensitization* ou EMD, le nom initialement choisi par Francine

Shapiro, devint l'EMDR. L'ajout du terme « retraitement » ou *reprocessing* fut donc une étape essentielle puisqu'elle portait en son sein l'idée que cette approche pouvait conduire, au-delà d'un simple déconditionnement ou d'une désensibilisation, à un changement et/ou à une réélaboration du processus ayant conduit à la situation traumatique. Cette idée de transformation de l'expérience est centrale dans la compréhension des fondements et de l'application de la psychothérapie EMDR, dont le modèle dit « du traitement adaptatif de l'information » (ou modèle TAI) est une pierre angulaire. En fait, tout se passe comme si l'*insight* surgissait plus rapidement et plus facilement. Le terme anglais *insight* renvoie à l'idée d'une compréhension, d'un discernement et d'une résolution. C'est le passage d'une configuration représentationnelle du monde, de soi et de sa problématique à une autre, plus satisfaisante et susceptible de remédier aux tensions et/ou troubles dont le sujet était préalablement le dépositaire. L'*insight*, c'est donc la découverte soudaine d'une solution qui ne devient apparente que par une réorganisation des éléments du problème. Ainsi, l'*insight*, qui est le propre de toute psychothérapie réussie, semble être accéléré et potentialisé avec la psychothérapie EMDR.

Traitemen~~t~~ adaptatif de l'information : un modèle qui n'en est peut-être pas un !

Nous nous proposons ici de présenter le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI), pour ensuite en discuter les fondements épistémologiques, qu'il s'agisse de son mode de fonctionnement ou des leviers psychopathologiques sur lesquels il prend appui.

Le modèle proprement dit

Plus métaphorique que véritable support théorique, le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI) est le postulat de base de la thérapie EMDR. Il a été développé à partir d'observations cliniques dans le but d'expliquer la rapidité des résultats obtenus et est basé sur l'idée que le corps a, jusqu'à un certain point, la capacité de se régénérer et de se guérir lui-même (exemple : le processus de cicatrisation après une coupure). Le parallèle fut envisagé pour les capacités mnésiques, notamment lorsque l'individu est confronté à des événements négatifs, de nature traumatique ou non. Ainsi, le psychisme aurait la faculté de « métaboliser » la majorité des vécus traumatiques. Lorsque ce système ne fonctionne pas correctement, l'information resterait en suspens dans le psychisme, influençant pensées, émotions et sensations, à travers des réseaux mnésiques dysfonctionnels. En fait, nous faisons tous l'expérience de ce phénomène. En effet, nous avons tous vécu des événements négatifs dans notre vie ; avec le temps, certains d'entre eux ont vu leur charge émotionnelle s'atténuer et parfois disparaître. Nous

pouvons alors les évoquer sans prendre le risque d'être submergés sur le plan émotionnel. D'autres en revanche, même après de très nombreuses années, sont restés intacts quant à leur niveau d'activation émotionnelle. Il suffit d'y repenser pour être emporté par le flot des émotions. Ainsi, contrairement à la croyance populaire qui laisse entrevoir que le temps arrange tout, il n'en est rien. Quelque chose d'autre s'opère dans notre cerveau, qui en quelque sorte procédera à un traitement plus adapté de l'information.

Ce modèle ([Shapiro, Forrest, 1997](#)) considère la plupart des pathologies comme les conséquences des expériences plus ou moins traumatiques vécues depuis les premières années de vie⁴. Les cognitions, les affects et les comportements des individus se seraient donc construits à partir de toutes les expériences traumatiques (au sens large du terme) accumulées. Ainsi, toute psychopathologie aurait pour origine un traitement non abouti des traumatismes du passé qui, mal « métabolisés », perdurerait dans les réseaux de mémoire. Les stimuli du présent réactiveraient alors ces souvenirs passés, amenant l'individu à agir et penser en fonction de ces expériences traumatiques précoces, la nature dysfonctionnelle des souvenirs traumatiques pouvant envahir le comportement présent de l'individu.

-
4. L'attachement constitue à cet égard un socle traumatique souvent négligé. L'attachement est à la base un besoin instinctif d'être proche des autres ([Atger et al., 2001](#)). Il se développe dès l'enfance et se poursuit à l'âge adulte, notamment dans les relations amoureuses. La qualité de l'attachement porté au partenaire amoureux se définit à travers deux dimensions : l'anxiété face à l'abandon et l'évitement de l'intimité. En les combinant, on peut trouver quatre styles d'attachement : l'attachement secure, caractérisé par de faibles niveaux d'anxiété et d'évitement, et trois types d'attachement insecure : « craintif », « préoccupé » et « détaché », définis par des niveaux élevés d'anxiété et/ou d'évitement ([Lafontaine, Lussier, 2003](#)). L'attachement est en fait directement lié aux capacités de régulation des émotions ([Pierrehumbert, 2003](#)), ces dernières renvoyant aux stratégies mises en place pour accroître ou réduire les différentes dimensions d'une réponse émotionnelle ([Van der Linden, 2004](#)). On sait que des difficultés au niveau de la gestion émotionnelle peuvent favoriser les comportements agressifs ([Davidson, Maso, 2002](#)). L'attachement insecure, contrairement à l'attachement secure, ne favorise pas l'accès aux émotions et ne facilite ni leur identification, ni leur expression. Les personnes évitant les relations intimes ont tendance à inhiber leurs émotions. Elles ne peuvent alors ni les identifier, ni les extérioriser ([Pierrehumbert, 2003](#)) et communiquent très peu avec leur entourage ([Roberts, Noller, 1998](#)). À l'inverse, celles qui ont développé de l'anxiété face à l'abandon présentent une suractivation émotionnelle. Les émotions négatives sont ressenties très violemment. Cela génère de l'anxiété et favorise les excès de colère ([Pierrehumbert, 2003](#)). Lorsqu'elles se sentent menacées de rejet, ces personnes expriment leur détresse en maintenant une proximité accrue avec autrui. Elles sont également hypervigilantes aux affects négatifs de leur entourage ([Roberts, Noller, 1998](#)).

À l'origine était donc le traumatisme ! C'est là une ancienne position que défendait déjà Freud. Que les événements soient massifs ou relatifs, peu importe ! Ce qui compte, c'est qu'ils atteignent et débordent les limites du sujet. Que les facteurs déclenchants soient anodins ou non, leurs manifestations symptomatiques peuvent être variées, multiformes, irrationnelles, et recouvrir un spectre d'expression qui surprendra toujours ([Tarquinio, Montel, 2014](#)).

Freud précise sa pensée quant au processus de traumatisation lorsqu'en octobre 1895, il écrit : « Nous ne manquons jamais de découvrir [dans l'hystérie] qu'un souvenir refoulé ne s'est transformé qu'après coup en traumatisme. » Et plus loin de préciser que « l'hystérie a une étiologie sexuelle prépubertaire liée à l'effroi et au dégoût, et non pas au plaisir comme dans la névrose obsessionnelle ». Freud met en avant le caractère décisif de la puberté parce qu'alors, pour lui, la question du traumatisme reste fondamentalement liée à la sexualité. Dans « De l'esquisse d'une psychologie scientifique » (1895), il rapporte le très connu cas d'Emma Eckstein qu'il a analysé et qui illustre parfaitement sa position.

« Emma est hantée par l'idée qu'elle ne doit pas entrer seule dans une boutique. Elle en rend responsable un fait remontant à sa treizième année (peu avant la puberté). Ayant pénétré dans une boutique, elle aperçut les deux vendeurs (elle se souvient seulement de l'un d'eux) qui s'esclaffaient. Prise de panique, elle sortit précipitamment. De là, l'idée que les deux hommes s'étaient moqués de sa toilette et que l'un d'eux avait exercé sur elle une attraction sexuelle. [...] cette impression aurait dû depuis longtemps s'effacer [...]. Ainsi, le souvenir resurgi n'explique ni l'obsession ni la détermination du symptôme. L'analyse met en lumière un autre souvenir qui, dit-elle, n'était nullement présent à son esprit au moment de la scène [précédente]. À l'âge de 8 ans, elle était entrée deux fois dans une boutique pour y acheter des friandises et le marchand avait porté la main, à travers l'étoffe de sa robe, sur ses organes génitaux. Malgré ce premier incident, elle était retournée dans la boutique, puis cessa d'y aller. Par la suite, elle se reprocha d'être revenue chez ce marchand, comme si elle avait voulu provoquer un nouvel attentat [...]. Nous trouvons là l'exemple d'un souvenir suscitant un affect que l'incident lui-même n'avait pas suscité. Entre-temps, les changements provoqués par la puberté ont rendu possible une compréhension nouvelle des faits remémorés [...]. Ce cas nous présente un cas typique de refoulement hystérique. Nous ne manquons jamais de découvrir qu'un souvenir refoulé ne s'est transformé qu'après-coup en traumatisme. La raison de cet état de choses se trouve dans l'époque tardive de la puberté par comparaison avec le reste de l'évolution des individus. »

Freud parle de *Nachträglich* pour expliquer pourquoi ce qui semblait non problématique initialement devient traumatique. Il distingue à cet égard trois temps : le premier, celui où se produit la confrontation, laisse donc une trace en mémoire (trace mnésique dirions-nous aujourd’hui) ; le second temps reste celui de l’évolution du sujet et de son développement ; c’est dans un troisième temps que le symptôme va apparaître, le plus souvent suite à la confrontation à un autre événement plus ou moins traumatique et parfois même anodin. Freud convoque alors la métaphore du corps étranger pour situer la fonction du traumatisme et de son souvenir ultérieur : « Mieux vaut dire que le traumatisme psychique, et par la suite, son souvenir agissant à la manière d’un corps étranger qui, longtemps encore après son irruption, continue à jouer un rôle actif » ([Freud, Breuer, 1895](#)). Le traumatisme n'est ni un accident de parcours, ni un événement passé. Il est à l'origine même de la névrose. C'est lorsque l'événement est revisité par le sujet à la lumière des changements et des évolutions qui sont les siens (évolution intellectuelle et affective, développement de l'idéal du moi, intégration de nouvelles valeurs morales) que l'événement devient rétroactivement traumatique. Ainsi, durant toute une période de vie, il était bien présent mais inaccessible, comme en deçà du seuil de la conscience. Freud parlera de clivage du moi. Un clivage entre le sujet de l’expérience traumatique (l’enfant agressé sexuellement par exemple) et le sujet conscient de l’événement tel qu'il existe aujourd’hui. Ce réel devenu conscient, marquant et traumatique, est comme un corps étranger. Il n'est pas possible de l'intégrer, ni de le métaboliser. Il fait obstruction. C'est là une idée proche de celle de la dissociation, qui tient une place importante aujourd’hui dans l'étude du psychotraumatisme, notamment avec les théories sur la dissociation structurelle ([Van Der Hart et al., 2010](#)).

Le point de vue de Freud change à partir de 1897, date à partir de laquelle il considère que la névrose survient de façon autonome. La névrose devient de nature idiopathique.

Qu'on le veuille ou non, la position prise par les tenants actuels de la psychothérapie EMDR ne s'éloigne pas beaucoup de celle initialement développée par Freud au début de la psychanalyse.

En 2001, Shapiro agrémenta son modèle explicatif de la formation de réseaux mnésiques sur lesquels se fixeraient émotions, pensées et sensations. En cas de pathologie, un « nœud » se formerait alors dans le « canal associatif », provoquant des dysfonctionnements dans le comportement actuel de l’individu. Ce principe de canal associatif est par ailleurs un principe sous-jacent fondamental à l’application du Protocole standard EMDR.

Cette approche presuppose que des réseaux mnésiques sont à l'origine de nos perceptions, pensées et comportements, et que la psychothérapie EMDR

réactiverait le système naturel de traitement adaptatif de l'information. Ce traitement permettrait de démêler les « nœuds » existants, en métabolisant l'information traumatisante/perturbante/dysfonctionnelle, restée en suspens dans le psychisme.

Prenons l'exemple d'un adulte qui, durant l'enfance, a intérieurisé qu'il n'était pas quelqu'un de bien à force de brimades et autres moqueries. Cette idée va perdurer à l'âge adulte et perturber son comportement, notamment dans ses relations sociales. En prenant appui sur le modèle TAI, la psychothérapie EMDR permettra de remplacer les pensées négatives logées dans les réseaux mnésiques dysfonctionnels, qui n'ont plus lieu d'être dans le présent – il n'est plus aujourd'hui l'enfant victime de brimades –, en les remplaçant par des croyances positives. Cela lui permettra de se voir et de voir sa vie telle qu'elle est aujourd'hui, sans les perturbations passées, et de pouvoir se considérer comme quelqu'un de bien.

Souhaitant décrire le modèle TAI, [Shapiro \(2007\)](#) dit que ce dernier « [...] est utilisé pour expliquer les phénomènes cliniques, prévoir les effets de réussite du traitement, et la pratique clinique. Conformément aux travaux faits dans le champ de la neurobiologie, on pose le fait que tous les stimuli entrant sous forme de nouvelles expériences sont assimilés dans les réseaux de mémoire déjà existants. Chez un individu en bonne santé, ces nouvelles expériences sont traitées, elles sont "métabolisées" ou "digérées" et ce qui est utile est appris, stocké avec des émotions appropriées, et mis à disposition pour guider la personne dans ses expériences à venir ».

Les termes « métabolisé » et « digéré » sont figuratifs, mais en rien explicatifs de ce qui se passe réellement. En outre, ces deux termes ne signifient pas la même chose. La métabolisation renvoie à l'idée de transformation d'une substance dans un organisme vivant. Dans ce cas, les expériences sont transformées, intégrées et donc conservées. L'idée de digestion est tout autre : elle sous-entend, certes, un travail de transformation, mais également un travail de sélection des éléments assimilables ou non. On trouve aussi les termes de lien dynamique (*dynamic linkage*) ou de connexion intrapsychique pour expliquer ce qui pourrait se passer, mais ici encore cela reste plus figuratif qu'explicatif et intellectuellement insatisfaisant.

Deux remarques s'imposent encore. Tout d'abord, ce remaniement de la morphologie neuronale est permanent, ce qui tord le cou à la croyance selon laquelle le cerveau adulte perd de sa plasticité et qu'il ne peut plus connaître de changements majeurs, sauf à décliner. Ensuite, puisque tout ceci se passe sous l'influence du milieu ou de l'expérience – celle-ci renforçant ou affaiblissant l'efficacité synaptique –, on comprend mieux que si tous les cerveaux humains se ressemblent, aucun cerveau n'est identique quant à son histoire. Et c'est bien l'expérience de vie, les épreuves, les souffrances qui contribuent à son développement et qui obligent à une

reconfiguration des organisations synaptiques pour permettre au sujet de trouver une réponse ajustée dans les situations de risque adaptatif. C'est finalement ce que souligne [Jeannerod \(2002\)](#) lorsqu'il montre que « l'efficacité des synapses varie en fonction du flux d'informations qui les traverse : chacun de nous est soumis au cours de son enfance et tout au long de sa vie à une configuration unique d'influences du milieu extérieur qui retentit sur la forme et le fonctionnement de ses réseaux cérébraux ».

La psychothérapie EMDR ne serait pas étrangère à une certaine plasticité de réparation. On peut même observer qu'elle la stimule sans doute plus rapidement que ne le font certaines autres approches. Cette idée de plasticité de réparation consiste en deux processus différents : le renouvellement neuronal d'une part, et d'autre part, la capacité qu'a le cerveau à compenser certains déficits liés à des lésions. Quant au premier aspect, on notera que ce renouvellement qui existe bel et bien à l'âge adulte n'intervient pas seulement pour remplacer des cellules qui meurent mais joue un rôle important dans la plasticité de modulation. C'est ce qui fait dire à [Malabou \(2004\)](#) que « la statue est vivante, le programme s'anime ». La neurologie est sur ce plan sans ambiguïté. Dans *La Construction du cerveau*, Alain [Prochiantz \(1989\)](#) note qu'« une des caractéristiques majeures du système nerveux central réside sans aucun doute dans sa plasticité. Le cerveau ne saurait être considéré comme un réseau de câbles définitivement établis, et le vieillissement cérébral comme la mise hors réseau d'un nombre de plus en plus élevé d'éléments de ce circuit. Même si cela n'a été formellement démontré que dans quelques modèles expérimentaux, nous pouvons supposer que, chaque jour, des fibres nerveuses poussent, que des synapses se défont et que d'autres, nouvelles, se forment. Ces modifications du paysage neuronal [...] marquent notre adaptation, nos capacités d'apprentissage et de perfectionnement qui se maintiennent jusqu'à un âge avancé de la vie, en fait jusqu'à la mort ». Quant au second aspect, la compensation de certains déficits, il faut y voir une « puissance de guérison ». L'imagerie cérébrale a par exemple montré que chez les violonistes, la zone corticale responsable de la motricité des doigts de la main gauche tient une place plus importante que chez d'autres sujets. Cela signifierait donc que si une activité est pratiquée de façon intensive, les zones cérébrales qui en sont responsables augmentent leur surface d'action, exactement comme les muscles qui grossissent et prennent du volume lorsqu'on les entraîne régulièrement. L'extension des zones responsables du toucher sera observée également chez les aveugles qui lisent en braille. Grâce aux travaux de [Ramachandran \(2002\)](#) sur les membres amputés, on apprendra que chez une personne dont le bras a été amputé, les zones cérébrales qui traitaient l'information en provenance du bras tendent en effet à être envahies par les neurones des zones voisines. Ainsi, si l'on caresse la joue d'une personne amputée d'un bras, elle ressent tout à coup une bizarre

impression : celle qu'on lui caresse son bras manquant. En fait, les neurones responsables de la sensibilité de la joue ont envahi le territoire cérébral devenu inactif.

Le modèle TAI est l'étandard de la psychothérapie EMDR. En effet, il reste le seul référent un peu métathéorique qui fasse autorité et qui donne *a priori* un semblant de substrat conceptuel à l'approche. Certains chercheurs (Muris, Merckelbach, 1999) considèrent comme hautement spéculatifs les métaphores et les termes vagues utilisés par Shapiro (nœud physiologique, configuration neurobiologique d'un souvenir, etc.). C'est bien là une des limites de l'approche, qui a passé les vingt dernières années à chercher une validation expérimentale de son efficacité, soit à travers des études contrôlées randomisées, considérées dans le domaine comme le Saint-Graal⁵ (voir Tarquinio et al., 2014, pour une discussion), soit via les neurosciences et l'imagerie cérébrale.

Pour autant, les tenants de cette approche n'ont pas suffisamment pris soin de poser les bases théoriques qui justifieraient de près ou de loin le sens de la proposition psychothérapeutique que constitue la psychothérapie EMDR. En effet, il est tout de même curieux de voir qu'une approche psychothérapeutique aussi importante que la psychothérapie EMDR s'est développée sans que l'on se préoccupe sérieusement ni des fondements théoriques justifiant sa pratique et son paradigme curatif, ni d'une quelque proposition ou théorie psychopathologique solide expliquant la survenue des troubles qu'elle est censée prendre en charge et guérir ou soigner.

Des fondements théoriques à préciser

Il est plutôt aisé d'identifier les fondements théoriques de la plupart des psychothérapies actuellement disponibles. C'est au moins le cas des approches psychothérapeutiques qui ont opté pour une conception théorique scientifique (il convient de noter qu'il en reste beaucoup dans ce domaine qui pour justifier d'éventuels effets sont restés attachées à des conceptions fumeuses et ésotériques). Une théorie peut s'envisager comme un ensemble cohérent et systématique de croyances, de propositions, permettant d'expliquer les phénomènes d'un domaine donné et de faire des prédictions à leur sujet. La conception scientifique de la théorie devient ainsi une phase provisoire

5. Actuellement, la communauté scientifique est consciente des forces des essais contrôlés randomisés, notamment par le contrôle des biais, mais également de ses faiblesses, notamment le manque de validité externe. En effet, les malades recrutés dans les essais contrôlés randomisés sont très différents de ceux traités dans la vraie vie. Il est actuellement reconnu que les études observationnelles ont des avantages que les essais randomisés n'ont pas : elles sont plus proches de la vie réelle car elles incluent des patients qui sont généralement exclus des essais randomisés, elles permettent également un suivi plus long que dans les essais randomisés.

de la méthode expérimentale. « Le scientifique construit des modèles qu'il confronte au réel. Il les projette sur le monde ou les rejette en fonction de leur adéquation avec celui-ci sans toutefois prétendre l'épuiser. La démarche du scientifique est débat critique, "improvisation déconcertante", hésitation, toujours consciente de ses limites » ([Changeux, 1994](#)). Mais si l'expérimentation est prépondérante, elle ne suffit pas, conformément à la maxime de Claude Bernard : « La méthode expérimentale ne donnera pas d'idée neuve à ceux qui n'en ont pas. » La théorie et le modèle permettent d'éprouver la réalité *a priori*. C'est là une idée essentielle souvent occultée. Ainsi, il ne suffit pas d'apporter la preuve de l'existence du fait scientifique (y compris à travers les méthodologies les plus robustes). Si cette dernière n'est pas inscrite dans un cadre de connaissances suffisamment étoffé, elle se trouvera amputée d'une partie d'elle-même.

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC), par exemple, représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Ces thérapies ont été fondées dans un premier temps sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant, théorie de l'apprentissage social ([Bandura, 1977](#)). Puis elles ont également pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information ([Cottraux, 1998](#)). Pour la prise en charge des troubles anxieux, la thérapie comportementale agit au moyen de mises en situation et d'expositions graduées aux situations provoquant une anxiété. Par exemple, pour soigner sa phobie des autoroutes, le patient concerné doit d'abord s'imaginer dans sa voiture en train de rouler, puis observer des images de circulation, visionner un film, et finalement y aller d'abord avec le thérapeute, puis sans lui. En même temps, il apprend à contrôler les manifestations physiologiques de la peur avec des exercices de relaxation. La thérapie cognitive agit sur les pensées du patient présentant une distorsion cognitive. Les thérapies cognitives, à la suite notamment des travaux de Beck ([Cottraux, 1998](#)), sont apparues comme un complément nécessaire à l'approche comportementaliste pure en mettant l'accent sur l'importance des schémas préconscients de pensée chez l'être humain et la manière dont les schémas dysfonctionnels peuvent générer et/ou entretenir divers troubles mentaux.

La psychanalyse, de son côté, envisage qu'un acte ou une pensée ne sont pas arbitraires, qu'ils ont un antécédent et un sens que l'exploration de l'inconscient permet de mettre à jour. Bien que ces processus restent essentiellement inconscients, la psychanalyse dispose d'une technique et d'une théorie à même de comprendre ces logiques inconscientes et d'aider éventuellement le sujet qui en souffre à résoudre ses problèmes. Elle suppose que le sujet et ses fonctions psychiques, soumis à des demandes externes et internes, recherchent des solutions bien au-delà de la conscience. Dans « Psychanalyse et Théorie de la libido », [Freud \(1923\)](#) définit la cure

psychanalytique comme « un procédé d'investigation des processus mentaux, une méthode de traitement des troubles névrotiques et un ensemble de concepts acquis par ce moyen et qui fusionnent progressivement pour former une discipline scientifique nouvelle ». La psychanalyse trouve son origine dans une conception spécifique de l'appareil psychique qui fait la distinction entre trois perspectives :

- la perspective topique se réfère à la représentation dans l'espace de l'appareil psychique : y coexistent des espaces inconscients, préconscients et conscients ;
- la perspective économique correspond à la manière dont cette énergie pulsionnelle se trouve investie dans ces différents espaces ;
- la perspective dynamique met l'accent sur la circulation de cette énergie pulsionnelle et sur les conflits qui en découlent.

Ces trois perspectives sont à la fois complémentaires et irréductibles. Parmi les nombreux concepts au centre de la cure psychanalytique, nous retiendrons l'inconscient et le transfert.

Freud a défini l'existence d'un inconscient et d'un conscient. La conscience était alors conçue comme une fonction psychique soumise à l'influence d'un inconscient uniquement constitué de contenus refoulés, c'est-à-dire de pensées, d'émotions, de désirs, de situations et de souvenirs. L'approche thérapeutique découle directement des éléments précédents qui relèvent de l'observation commune. Elle consiste à apporter une aide psychologique externe et à organiser un cadre particulier dans lequel la pensée va pouvoir se déployer et ses principaux traits pourront être décrits « grâce à l'emploi d'un petit nombre de formules psychologiques » (Freud, Breuer, 1895).

Le **transfert**, autre élément essentiel dans la mise en place du travail analytique, consiste en la relation particulière qui s'établit entre le patient et le psychanalyste. Ce dernier peut, dans le cadre du travail, être investi positivement ou négativement. Le transfert est le levier de la cure, parce qu'il est une façon de se souvenir, une autre forme de retour des éléments inconscients qui vont alors se rejouer dans cette relation qui s'établit ici et maintenant entre un patient et son analyste. Le transfert est l'autre pilier de la psychanalyse. Pour Freud, il a deux usages : il sert à convaincre celui qui l'éprouve de la force de ses mouvements sexuels inconscients, d'une part ; il crée une situation favorable à l'évolution des symptômes, d'autre part. L'analyse est en quelque sorte basée sur une dynamique dite « transférentielle » qui va favoriser l'accès à la signification des projections et des résistances inconscientes du sujet, ainsi qu'à la disparition des symptômes.

La psychanalyse peut donc se définir comme un traitement par la pratique de l'interprétation des conflits psychiques (souvent liés à l'enfance) refoulés et actualisés dans la relation de transfert.

L'**hypnose** aussi est déterminée dans sa pratique par une conception théorique du fonctionnement psychique qui guide la pratique. Postel

(1993) propose de la définir comme un « état modifié de conscience transitoire et artificiel provoqué par la suggestion d'une autre personne, dite hypnotiseur, caractérisé par une susceptibilité accrue à l'influence de ce dernier et un amoindrissement de la réceptivité aux autres influences ». Pour Erickson, il s'agit plutôt d'« un état de concentration mentale durant lequel les facultés d'esprit du patient sont tellement accaparées par une seule idée que, pour le moment, il devient indifférent à toute autre considération ou influence » (cité par Malarewicz, Godin, 1986). Dans cette dernière définition, la notion de relation hypnotique est évacuée au profit de celle d'état hypnotique. Pour Erickson, l'inconscient est considéré comme une part du psychisme qui devient accessible pendant l'état hypnotique. Il a toujours une valeur positive en ce sens que, contrairement à la psychanalyse, ce n'est pas un espace de conflit mais au contraire un espace de ressources, sans pour autant nier les aspects perturbateurs qu'il peut avoir dans le fonctionnement mental. C'est le lieu de toutes les solutions à tous les problèmes que rencontrent les patients. Il suffit de l'activer, de le faire parler en quelque sorte, pour obtenir non une vérité refoulée, comme chez les psychanalystes, mais une réponse aux problèmes. L'état hypnotique peut être repéré dans beaucoup d'autres situations que l'hypnose : la rêverie, l'attitude devant un spectacle, devant la télévision, face à un orateur, etc. Ce qui est libéré pendant l'hypnose correspondrait plus aux associations d'idées que les psychanalystes rattachent au préconscient ou aux pensées automatiques, images mentales des cognitivistes. L'inconscient apparaît comme un espace ou un réservoir de ressources qu'il convient de mobiliser par le biais de la thérapie hypnotique. Ainsi, le principe central de l'hypnothérapie consiste à amplifier certains mécanismes psychobiologiques propres à l'état de transe, en sollicitant à la fois les registres conscients et inconscients du fonctionnement mental. Loin d'être un état passif, la transe hypnotique permet, par le truchement de l'imagination, d'anticiper et de transformer les comportements et les agissements négatifs. Elle favorise une recherche individuelle de solutions en un dialogue actif du sujet avec lui-même, dans une sorte d'élaboration du but à atteindre.

À proprement parler, on ne trouve rien de tout cela avec la psychothérapie EMDR, qui pour le moment n'a que le modèle TAI comme support théorique à sa pratique. Même dans les développements les plus argumentés de ce dit modèle, l'exercice d'un point de vue scientifique n'est ni abouti ni satisfaisant. En effet, rappelons qu'une théorie sert à définir, décrire, comprendre, expliquer, représenter et prédire un phénomène particulier et un ensemble de relations propres à ce phénomène suite à la vérification d'un certain nombre d'hypothèses. Elle sert aussi à poser de nouvelles questions, à structurer en partie les observations, à porter un jugement sur la réalité et même, dans certains cas, à prendre des décisions qui influencent

le cours des événements quotidiens. Un modèle scientifique doit comporter un ensemble de concepts explicitement définis et ayant des relations déterminées entre eux. On attribue généralement quatre fonctions aux modèles : la fonction organisatrice, la fonction heuristique, la fonction de prédition et la fonction de mesure.

- La **fonction organisatrice** sert à la structuration et à l'établissement de relations entre des concepts, des observations ou des données, afin de constituer une représentation significative et explicative d'un phénomène ou de l'un de ses aspects.
- La **fonction heuristique** consiste à faire découvrir de nouveaux faits, de nouvelles relations, de nouvelles explications, à énoncer une nouvelle théorie ou à découvrir les failles d'une théorie. De ce point de vue, le TAI est envisagé depuis quelques années comme un dogme posé *a priori*, qui ne s'inscrit en rien dans une démarche dialectique. En tout cas, elle n'est pas « polémique » au sens de Bachelard, c'est-à-dire en lutte contre l'expérience commune et la représentation du monde qu'elle véhicule. Nous pensons à vrai dire qu'elle est trop en phase avec cette intuition, puisque la métaphore du TAI est entendable par tous et simplement, ce qui d'un point de vue pédagogique est louable. Sauf que, le propos reste souvent le même, lorsque l'on se place sur un registre plus scientifique et plus épistémologique. En effet, il est étonnant de voir que les explications scientifiques et pédagogiques données pour expliquer le TAI sont, à de rares exceptions près, du même niveau et du même registre. Comme s'il était impossible de dépasser le stade de la métaphore. La rupture épistémologique n'est jamais présente, indiquant ainsi que l'élaboration d'une théorie plus complexe et scientifique de ce qui sous-tend l'EMDR reste à penser.
- La fonction de prédition permet de prédire avec une plus grande probabilité et une meilleure certitude différents comportements ou différentes situations. Ici encore, la prédition du TAI est toute relative, du fait même de l'imprécision de ces contours et des variables qui seraient mobilisées. Au mieux, le TAI prédit de réduire les séquelles post-traumatiques, c'est-à-dire de passer d'un seuil significatif d'ESPT, mesurable par des échelles spécifiques, à un seuil subclinique. L'ambition, bien qu'importante, reste encore modeste.
- Un modèle a une fonction de mesure, comme celle de la courbe normale par exemple, lorsque l'on se sert de sa structure pour mesurer un phénomène et que les résultats issus de son application sont utilisés comme des données prévisibles relativement au phénomène étudié ou à la théorie énoncée. Il est difficile pour les chercheurs d'opérationnaliser les caractéristiques de ce modèle TAI et ainsi de faire des mesures (en tout cas pour les sciences humaines, même si peut-être les choses peuvent s'envisager en des termes différents pour les neurosciences), ce qui a pour effet de rendre le modèle infertile, au point que l'on peut en faire l'économie dans les recherches et s'en passer.

Une psychopathologie à construire ?

En ce qui concerne son environnement psychopathologique, la psychothérapie EMDR n'est pas dépositaire d'une véritable théorie des troubles mentaux (ou psychologiques) et des troubles du comportement. On ne trouve pas non plus d'analyse psychologique du fait pathologique, qui va de la souffrance à la maladie d'ordre organique en passant par les comportements déviants et anormaux. La psychopathologie psychanalytique se base sur le repérage des mécanismes intrapsychiques et la plupart du temps inconscients qui sont à l'origine des troubles psychiques. Cette psychopathologie repose sur les concepts de la métapsychologie freudienne, et sur les apports de la psychanalyse de Melanie Klein, Wilfred Bion et Donald Winnicott pour les plus anciens, ainsi que d'André Green, Jean Bergeret, Otto Kernberg et René Roussillon pour les plus récents.

En ce qui concerne la psychopathologie développée dans le champ des TCC, même si elle reste un champ disciplinaire relativement récent, l'approche proposée revêt un aspect intégratif en mettant en lien la psychologie clinique, la psychologie cognitive, les neurosciences, l'approche expérimentale ; elle s'applique principalement à la psychiatrie et à la neurologie. L'approche consiste à mettre en lien les manifestations cliniques observées chez des patients avec les modèles du fonctionnement cognitif. Par exemple, les troubles de l'interaction rencontrés dans différentes pathologies (schizophrénie, autisme, troubles de l'humeur) peuvent être reliés à des modèles concernant les fonctions exécutives, ou bien encore le fonctionnement du langage.

Ainsi, on ne peut considérer le TAI ni comme un modèle expliquant le principe de l'EMDR, ni comme une théorie du psychisme et de ces aspects psychopathologiques. C'est tout au plus une illustration temporaire, une métaphore transitoire en attendant d'avoir mieux. Le TAI permet de guider *a minima* l'exercice de l'EMDR. En effet, à reprendre la métaphore de la coupure qui se cicatrise elle-même pour justifier la capacité d'autoguérison, on en oublierait presque l'existence de processus physiologiques éminemment complexes qui sous-tendent la cicatrisation (exsudation, intervention des monocytes et des macrophages, action des cytokines anti-inflammatoires, épidémisation...). Cette complexité va bien au-delà de la représentation intuitive que l'on peut en avoir. Or c'est bien la maîtrise et la compréhension du processus de cette cicatrisation qui ont permis de guider, d'optimiser et de faire évoluer la nature des soins cutanés. Il en va de même de la thérapie EMDR, qui doit se donner les moyens d'une compréhension plus précise des processus qu'elle active. Loin d'affaiblir cette approche, ces constats la consolident au contraire, car ils montrent combien son potentiel de développement est conséquent et prometteur, dès lors que les acteurs ne se reposent pas sur les quelques victoires obtenues dans la prise en charge de l'ESPT.

Finalement, que dit la recherche ?

Les nombreuses recommandations et plusieurs méta-analyses (Bisson, Andrew, 2007) indiquent que les effets thérapeutiques obtenus par la psychothérapie EMDR sont équivalents à ceux obtenus par les thérapies cognitives et comportementales (TCC) les plus étudiées, et sont aussi durables. Environ vingt études contrôlées randomisées ont validé l'efficacité de la thérapie EMDR dans le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT). Les résultats indiquent que la psychothérapie EMDR est plus efficace que l'absence de traitement (Wilson et al., 1995, 1997) ou que la pharmacologie seule. La psychothérapie EMDR est aussi efficace que des méthodes de traitement comportementales ou comportementales et cognitives (Rothbaum et al., 2005). De nombreuses méta-analyses corroborent ces données (Bisson, Andrew, 2007 ; Bradley et al., 2005 ; Davidson, Parker, 2001 ; Maxfield, Hyer, 2002 ; Van Etten, Taylor, 1998) et mettent en évidence que l'efficience de la psychothérapie EMDR est au moins équivalente à celle des thérapies par exposition et autres thérapies comportementales et cognitives.

Ces méta-analyses, comme le rappellent Bériault et Larivée (2005) dans une revue de questions particulièrement bien documentée, ne constituent pas pour autant des blancs-seings donnés à la psychothérapie EMDR. La méta-analyse de Bradley et al. (2005), qui s'appuie sur vingt-six études portant sur la prise en charge de l'ESPT, montre que la thérapie par l'exposition, la thérapie cognitivo-comportementale sans exposition, la thérapie cognitivo-comportementale avec exposition et la psychothérapie EMDR sont équivalentes en termes d'efficacité lorsque l'on compare les participants avant et après traitement. Ces modalités de traitement ont aussi une efficacité équivalente lorsqu'elles sont comparées à un groupe contrôle ou à un groupe de comparaison qui reçoit un traitement de soutien. Entre deux séances d'EMDR, le patient peut remplir un journal de bord et prêter attention à ce qui se présente à lui, aux déclencheurs actuels, à ses rêves... En revanche, il n'y a pas de « devoir à la maison » à proprement parler lors d'une thérapie EMDR (Bradley et al., 2005 ; Davidson, Parker, 2001). Cela permet une prise en charge moins contraignante pour le patient. De plus, la thérapie EMDR montrerait des résultats d'autant plus probants et supérieurs aux autres thérapies que l'étude serait menée de manière rigoureuse (Maxfield, Hyer, 2002).

Pour Bériault et Larivée (2005), il est regrettable de constater que l'obtention par la psychothérapie EMDR de résultats parfois mitigés est analysée par les tenants de l'approche (de Jongh, Ten Broeke, Renssen, 1999 ; Greenwald, 1994 ; Lipke, 1997) comme une mauvaise application du protocole et une mauvaise observance des canons dispensés lors des formations (ce qui est regrettable). Seule une formation complète dispensée par l'institut EMDR serait indispensable pour appliquer ce traitement. Notons, comme le

soulignent encore [Bériault et Larivée \(2005\)](#), que dans le cadre de leur métanalyse, [Davidson et Parker \(2001\)](#) ont en effet observé que l'exclusion de sept études impliquant des thérapeutes non formés par l'institut EMDR ne modifiait pas les résultats concernant l'efficacité de la psychothérapie EMDR. On peut noter avec [Rosen \(1999\)](#) que les standards de formation exigés pour appliquer la psychothérapie EMDR n'ont pas cessé d'évoluer (Plan de ciblage, rapidité ou non des mouvements oculaires, retour à la cible...) en l'absence de toute évidence empirique démontrant qu'une formation additionnelle procure de meilleurs résultats thérapeutiques. En effet, entre l'EMDR de 1983 et celle de 2015, les évolutions et les aménagements pédagogiques ont été très importants. Pour autant, aucune recherche citée jusqu'ici n'a validé ou n'a intégré la nature même de ces évolutions dans les perspectives proposées.

D'autres recherches montrent un intérêt de la psychothérapie EMDR au-delà de la seule prise en charge de l'ESPT. C'est le cas dans la prise en charge des phobies ([de Jongh et al., 1999, 2002](#)), du trouble panique ([Fernandez, Faretta, 2007](#)), du trouble anxieux généralisé ([Gauvreau, Bouchard, 2008](#)), des problèmes de comportement et de l'estime de soi ([Soberman, Greenwald, Rule, 2002](#)), du deuil compliqué ([Solomon, Rando, 2007](#)) et traumatique ([Tarquinio et al., 2009](#)), de la dysfonction sexuelle ([Tarquinio et al., 2012 ; Wernik, 1993](#)), de la douleur chronique ([Brennstuhl, 2013](#)), des migraines ([Marcus, 2008](#)), des douleurs du membre fantôme (par exemple : [de Roos et al., 2010](#)) et du sein fantôme ([Brennstuhl et al., 2014](#)). Alors que la plupart des études ont évalué l'impact de la psychothérapie EMDR sur les adultes, d'autres démontrent ses remarquables effets positifs sur les enfants (pour une revue et une application exhaustive, voir [Morris-Smith, Silvestre, 2014](#)).

Du caractère magique des mouvements oculaires et de leur action

La stimulation bilatérale est l'élément de la psychothérapie EMDR qui a suscité – et suscite encore – le plus d'attention de la part des cliniciens et des chercheurs. Alors que plusieurs théories ont été avancées pour expliquer ses effets, les mécanismes sous-jacents font toujours l'objet d'études. Certaines manifestations physiologiques spécifiques semblent en effet apparaître en lien avec les mouvements des yeux pendant les sessions de traitement EMDR ([Elofsson et al., 2008 ; Sack et al., 2008 ; Wilson et al., 1996](#)). Le parallèle avec ce qui se passe durant les phases de sommeil à mouvements oculaires rapides (*Rapid Eyes Movement, REM*) a très tôt été envisagé et reste à cet égard une piste de compréhension parmi les plus intéressantes. Pour autant, d'autres théories comme celles de consolidation/reconsolidation ou de la mémoire de travail semblent ces derniers temps s'imposer et ouvrir la voie à de nouvelles recherches. Ce sont ces différents positionnements que nous allons maintenant envisager.

Le temps de la reconnaissance

C'est au début des années quatre-vingt-dix que, bien que sujette à de nombreuses controverses, la psychothérapie EMDR s'est beaucoup développée. Le soutien de Joseph Wolpe ([Wolpe, Abrams, 1991](#)), initiateur de la désensibilisation systématique⁶, et la publication de plusieurs études présentant des conclusions positives ([Marquis, 1991](#)) indiquaient alors clairement que la psychothérapie EMDR était une forme prometteuse de psychothérapie. Grâce à l'accroissement des données empiriques, les formations à la psychothérapie EMDR se sont peu à peu structurées et développées partout aux États-Unis, en Europe, en Australie, en Amérique centrale et Amérique du Sud. Depuis vingt ans maintenant, la psychothérapie EMDR est reconnue par de nombreux services nationaux de santé mentale ainsi que par les organisations professionnelles comme un traitement efficace dans la prise en charge des traumatismes ([tableau 1.1](#)).

C'est le cas de la Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of Health ([CREST – Équipe de soutien pour l'efficience des ressources cliniques du ministère de la Santé d'Irlande du Nord, 2003](#)), de la Dutch National Steering Committee Guidelines for Mental Health Care (Recommandations du Comité directeur national des Pays-Bas pour les soins de santé mentale, 2003), de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ([INSERM, 2004](#)), du British National Collaborating Centre for Mental Health (Centre de collaboration national britannique pour la santé mentale, 2005), du Swedish Board of Health and Welfare (Office suédois de santé et bien-être, 2001), et du ministère de la Santé du Royaume-Uni (2001). Aux États-Unis, l'American Psychiatric Association (Association américaine de psychiatrie, 2004), le National Institute of Mental Health (Institut national de santé mentale, 2007) et les Departments of Defence and of Veterans Affairs (ministères de la Défense et des Anciens Combattants, 2004) ont également reconnu l'intérêt et la pertinence de la psychothérapie EMDR

-
6. Technique développée par Wolpe, notamment utilisée dans le cadre de stratégies de résolution de l'anxiété, du trac, etc. La première étape est l'apprentissage par le patient d'une technique de relaxation (Shultz, Jacobson, sophrologie, etc.), la deuxième étape consiste pour le patient à réaliser une hiérarchisation des situations problèmes à régler, par exemple la peur de paraître en public. Cette hiérarchie se fait selon le degré d'anxiété du patient. Ensuite, le patient va imaginer étape après étape l'objet de sa crainte, alors qu'il est dans un état de relaxation. Le thérapeute va en général associer des techniques cognitives à ce travail. Dans un second temps, le patient, en présence ou non du thérapeute, pourra aborder (toujours en respectant la progressivité de l'exposition) la situation problème dans sa réalité. Il est important que le patient ait obtenu une bonne maîtrise de son anxiété à chaque étape avant de passer à un degré supérieur de la hiérarchie. Il s'agit là de l'application de l'inhibition réciproque. Le fait d'être relaxé, détendu, en maîtrise de la situation inhibe les réactions d'anxiété.

Tableau 1.1. Recommandations internationales pour l'utilisation de la psychothérapie EMDR dans la prise en charge des victimes de traumatismes.

Institutions	Éléments de synthèse
Chambless et al. (1998)	Selon le rapport d'évaluation du groupe de travail nommé par la division clinique de l'American Psychological Association, les seules méthodes auxquelles on reconnaît empiriquement de la valeur dans le traitement de n'importe quelle population de victimes de syndrome de stress post-traumatique sont : la thérapie EMDR, la thérapie d'exposition et la thérapie d'inoculation.
Chemtob et al. (2000)	Dans le <i>Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies (Recommandations de bonnes pratiques de la Société internationale pour l'étude du stress traumatique)</i> , la thérapie EMDR apparaît comme un traitement efficace du syndrome de stress post-traumatique.
Foa et al. (2000)	Dans le <i>Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies (Recommandations de bonnes pratiques de la Société internationale pour l'étude du stress traumatique)</i> , la thérapie EMDR est citée comme étant un traitement efficace du syndrome de stress post-traumatique.
United Kingdom Department of Health (2001)	Cette étude établit que les meilleurs résultats ont été obtenus par la technique EMDR, la thérapie par exposition et l'inoculation de stress.
Bleich et al. (2002)	La thérapie EMDR est l'une des trois méthodes recommandées pour le traitement des victimes d'actes de terrorisme.
CREST (2003)	La thérapie EMDR et les TCC sont considérées par cette étude comme des traitements de choix pour les victimes de traumatismes.
Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care (2003)	La thérapie EMDR et les TCC sont deux traitements de choix pour le syndrome de stress post-traumatique.
Sjöblom et al. (2003)	Les TCC et la psychothérapie EMDR sont recommandées pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique.
INSERM (2004)	Parmi les trois formes de psychothérapies étudiées, la thérapie EMDR et les TCC sont considérées comme des traitements du choix pour des victimes de traumatisme.
American Psychiatric Association (2004)	La thérapie EMDR est évaluée comme aussi efficace que la thérapie comportementale et cognitive pour la prise en charge des syndromes de stress post-traumatique aigus ou chroniques.
Department of Veterans Affairs et Department of Defense (2004)	La thérapie EMDR est l'une de quatre thérapies auxquelles l'étude reconnaît le plus haut degré d'efficacité et qu'elle recommande pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique.



▷ Institutions	Éléments de synthèse
Therapy Advisor (2004)	Ce site Web sponsorisé par le NIMH (National Institute of Mental Health) liste des techniques de soins empiriquement établies pour toute une série de maladies. La psychothérapie EMDR est un des trois traitements recensés pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique.
National Institute for Clinical Excellence (UK – 2005)	Rapport sur les traitements fondés sur des preuves pour le traitement de l'ESPT, et recommandés aux médecins et praticiens du National Health Service du Royaume-Uni.
Organisation mondiale de la santé (2013)	Avec les TCC, la psychothérapie EMDR est envisagée comme une psychothérapie de choix pour la prise en charge des événements traumatisques. « <i>Ces techniques aident les sujets à atténuer les souvenirs vivaces, non désirés et répétés d'événements traumatisques.</i> »

dans la prise en charge des victimes. Il en va de même de l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS, Société internationale d'études du stress traumatique) qui a également intégré la psychothérapie EMDR dans ses recommandations ([Foa et al., 2009](#)). Notons encore que très récemment, en 2013, l'OMS a envisagé la psychothérapie EMDR tout comme les TCC comme des psychothérapies à préconiser dans le cadre d'une prise en charge des conséquences d'événements de nature psychotraumatique.

Une telle reconnaissance, rare dans le domaine, mérite d'être soulignée. Car qu'on le veuille ou non, il y a quelque chose de suffisamment convaincant dans cette approche EMDR pour fédérer les spécialistes du trauma au niveau mondial.

Les dimensions éclectiques ou intégratives de la psychothérapie EMDR

On insiste souvent sur la nature intégrative de la psychothérapie EMDR, dépassant ainsi les clivages voulus par d'autres courants psychothérapeutiques. En cela, la position de la psychothérapie EMDR est d'une grande modernité. La possibilité d'intégrer les psychothérapies préoccupe les professionnels depuis plus d'un demi-siècle, mais c'est seulement depuis les années quatre-vingt qu'une telle problématique s'est constituée en un domaine de recherche clairement défini ([Norcross, Goldfried, 2005](#)). À vrai dire, l'idée d'intégration dans le domaine des psychothérapies concerne prioritairement les théories et les modèles ([Norcross, Aboyoun, 1994](#)). L'intégration théorique souhaite parvenir à une synthèse des divers systèmes théoriques. Ainsi, l'EMDR, en phase de clarification théorique (*voir plus haut*), ne relève pas d'une démarche intégrative mais plutôt d'un éclectisme technique qui se réfère à une combinaison de méthodes. En effet,

on peut considérer l'EMDR comme la résultante d'une sélection judicieuse de procédures provenant de différents systèmes de psychothérapie sur la base de l'efficacité démontrée de chacune d'entre elles. Ainsi, le clinicien ou le chercheur qui fait usage de l'EMDR est amené à utiliser de multiples techniques sur le plan clinique, sans nécessairement adopter les orientations théoriques qui les sous-tendent (ce qui, en soi, peut être discutable).

Comme la psychanalyse, la psychothérapie EMDR fait appel aux techniques d'association libre. Le patient est invité, après les séquences de mouvements oculaires à dire tout ce qui lui « passe par la tête » sans effectuer de censure, quelles que soient ses pensées. La psychothérapie EMDR facilite les associations libres et permet d'explorer les mécanismes de défense, les résistances, les conflits sous-jacents et les processus transférentiels. La contribution de l'EMDR réside sans doute dans l'accélération et la potentiation de ce processus d'élaboration. À la différence du psychanalyste, le thérapeute EMDR est actif et constructif dans le processus résolution des problèmes. Jacques Roques (2004) rappelle à cet égard que c'est sans doute cette attitude constructive qui évite l'émergence d'un transfert négatif et d'une réactance dans le processus curatif. Notons également que, contrairement au psychanalyste, le psychothérapeute ne se livre à aucune interprétation de ce qui est produit au cours de la séance.

L'exposition et la restructuration cognitive, qui sont au cœur des thérapies comportementales et cognitives (TCC), ont également très largement inspiré la psychothérapie EMDR. Le fondement théorique de l'exposition vient de la théorie de l'apprentissage, soit du concept de l'acquisition de la peur et du concept d'extinction (ou habituation). Selon la théorie de l'apprentissage, la peur est acquise par le biais du conditionnement classique. La théorie des mécanismes de changement qui domine dans la thérapie par l'exposition est la théorie du traitement de l'information émotionnelle liée à la peur ([Foa, McNally, 1996](#)). Cette théorie tient compte du conditionnement à la peur dans un cadre cognitif plus vaste et considère les émotions comme étant représentatives de structures d'information de la mémoire. Par conséquent, la peur est considérée comme une structure mnésique qui comporte de l'information sur les stimuli redoutés. Le traitement de l'information émotionnelle comprend la modification de la structure mnésique qui est à la base de la peur. La thérapie par l'exposition exerce son effet par le biais d'une activation de cette « structure mnésique » et de l'intégration de l'information non pathologique avec laquelle elle est incompatible (infirmer de la probabilité surestimée d'un dommage). La restructuration cognitive consiste à restaurer un équilibre en diminuant les pensées négatives. L'élément central de ces techniques est l'exposition progressive aux pensées, aux images puis aux stimuli anxiogènes. Pourtant, [Lee et al. \(2002\)](#) précisent que la psychothérapie EMDR est différente des techniques classiques d'exposition puisque l'exposition n'est pas l'élément

central de la thérapie, et que le patient ne subit pas une exposition prolongée comme dans les TCC.

L'exposition prolongée et sans interruption exigée pour obtenir une réduction de la peur (Foa, Kozak, 1986) contraste avec la nature très brève et interrompue de l'exposition imaginaire des séances de psychothérapie EMDR. Le recours aux mouvements oculaires distingue la psychothérapie EMDR des autres approches comportementales et cognitives.

Il existe également de nombreuses similitudes avec l'hypnose. Dans la technique mise au point par Milton Erickson, l'hypnose s'apparente à un état de relaxation où le patient est dans un état de conscience modifiée. À la différence de l'hypnose traditionnelle, qui repose sur l'injonction, l'hypnose ericksonienne « induit » un état de rêverie (un état modifié de conscience) qui permet d'accéder à l'inconscient. D'après Erickson, celui-ci est un réservoir d'expérience et de sagesse qui peut constituer un terreau fertile en solutions potentielles pour nos problèmes. Le langage hypnotique agit en profondeur, comme un stimulus, et court-circuite le mental. Cependant, la psychothérapie EMDR ne cherche pas à provoquer un état de transe hypnotique puisque le patient se souvient de tous les détails de la séance. Les stimulations bilatérales permettent de mobiliser l'attention du patient sur la cible traumatique stockée dans la mémoire sans que le patient ne reçoive d'instructions spécifiques pour diriger son attention vers un aspect ou un autre de son trauma.

Les éléments d'une activité physiologique

Plusieurs travaux de recherche (tableau 1.2) ont montré que les mouvements oculaires avaient un effet sur certains paramètres physiologiques (Aubert-Khalfa et al., 2008). C'est ce qu'ont montré Sack et al. (2008) auprès de dix patients souffrant d'ESPT. La figure 1.1, tirée de cette étude (Sack et al., 2008), montre le niveau de variations du rythme cardiaque selon les phases d'expérimentation du protocole. Les auteurs ont suivi le protocole de base préconisé par Shapiro (1995), avec des périodes de stimulations oculaires de soixante secondes découpées pour l'analyse en quatre phases distinctes notées A (niveau de départ de trente secondes avant les stimulations oculaires), B (dix premières secondes de la stimulation oculaire), C (vingt secondes de stimulation après B) et D (trente secondes de stimulation après C).

Il apparaît clairement que les mouvements oculaires agissent en diminuant la fréquence cardiaque, résultat également obtenu par Elofsson et al. (2008). Les résultats de Sack et al. (2008) montrent aussi que pendant les phases de traitement oculaire, on assiste à une augmentation de la variabilité sinusale et à une diminution de la fréquence cardiaque (figure 1.1).

L'étude d'Elofson et al. (2008) va plus loin en faisant appel à des paramètres supplémentaires, comme la température de la peau, la conductance

Tableau 1.2. Résumé des principales études ayant intégré des mesures de fréquences cardiaques et physiologiques pendant les sets de mouvements oculaires.

Auteurs	Participants	Principaux résultats
Elofsson et al. (2008)	13 patients avec ESPT plus de 10 sessions avec le Protocole standard	Faible réduction de la consommation d'oxygène et augmentation de la libération de CO ₂ Augmentation de la fréquence respiratoire et de la température de la peau Baisse du rythme cardiaque, de la conductance de la peau et du ratio BF/HF ¹
Sack et al. (2007)	16 patients avec ESPT de 1 à 8 sessions avec le Protocole standard	Le niveau du RSA (mesure de l'activité du système nerveux parasympathique) est augmenté
Sack et al. (2008a)	10 patients avec ESPT de 3 à 19 sessions avec le Protocole standard	Baisse de la fréquence respiratoire et augmentation du RMSSD ²
Sack et al. (2008b)	10 patients avec ESPT de 1 à 4 sessions avec le Protocole standard	Baisse du rythme cardiaque et augmentation du RMSSD
Wilson et al. (1996)	18 patients avec ESPT assignés de façon randomisée	Augmentation de la température de la peau au doigt, baisse du rythme cardiaque et de la pression artérielle Augmentation de la réponse électrodermale durant les 10 premières secondes de stimulation, suivie d'une diminution. Baisse du rythme cardiaque
Aubert-Khalifa et al. (2008)	6 patients avec ESPT 1 session avec le Protocole standard	Baisse de la réponse électrodermale et du rythme cardiaque

¹ Hautes Fréquences (HF, high frequency : 0,15 à 0,4 Hz chez l'homme). L'oscillation dans cette bande de fréquences est connue sous le nom d'ondes de Traube-Hering. Pour la fréquence cardiaque, le rythme de ces oscillations à hautes fréquences serait lié à l'action du nerf vague (Au sein du système parasympathique, il constitue la principale innervation efférente du cœur) sur le cœur. Cette gamme de fréquences est donc classiquement liée à l'activité parasympathique. Cette fréquence est directement en lien avec la mise en cohérence entre rythme respiratoire et rythme cardiaque, particulièrement développée dans le cas d'exercices respiratoires ou de méditation.

² RMSSD (racine carrée des différences au carré des intervalles RR successifs, the squared root of the mean of the sum of the squares of differences between adjacent NN intervals) qui exprime aussi la variabilité de haute fréquence principalement d'origine parasympathique, modulée par la respiration.

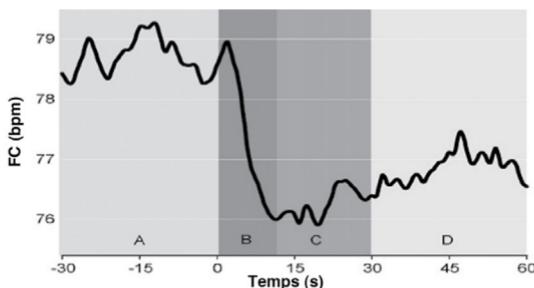


Figure 1.1. Mesure moyenne du rythme cardiaque selon les différentes phases de stimulation oculaire.

FC : fréquence cardiaque ; bpm : battement(s) par minute ; s : seconde(s).

Sack et al. (2008).

de la peau, le taux de dioxyde de carbone (CO_2) rejeté ou encore la consommation d'oxygène (SpO_2)⁷. Si les résultats indiquent une faible réduction de la consommation d'oxygène lors des phases de stimulation oculaire, on assiste en revanche à une augmentation de la libération de CO_2 , à une augmentation de la température de la peau et à une baisse du rythme cardiaque et de la conductance de la peau qui sont autant d'indicateurs physiologiques du niveau de stress, à mettre en lien avec une réduction de l'activité du système nerveux sympathique. La figure 1.2 montre que dans cette expérience, la température corporelle semble également subir quelques variations durant la mise en œuvre du protocole.

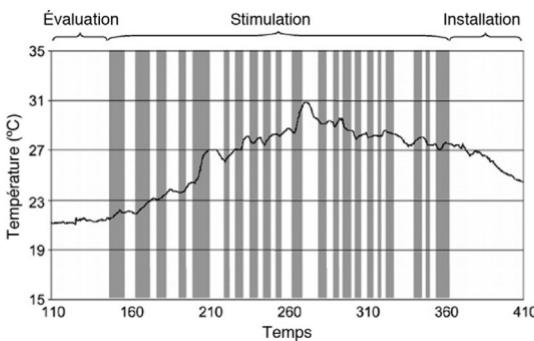


Figure 1.2. Mesure moyenne de la température (en °C) du doigt selon les différentes phases du protocole de base et les périodes de stimulation oculaire.

Les zones grisées correspondent aux périodes de stimulation oculaire. Les changements de température du doigt peuvent être utilisés pour indexer les réponses des vasoconstricteurs modulées par le système sympathique (Kistler et al., 1998).

Elofsson et al. (2008).

7. Il s'agit en fait de la saturation de l'hémoglobine en oxygène par oxymétrie de pouls.

Dans l'étude de [Sack et al. \(2008b\)](#), la procédure était différente puisqu'on proposait aux sujets de recueillir le contenu de l'événement traumatisant qu'ils avaient vécu. Celui-ci était ensuite retracé par les auteurs (une scène d'agression, par exemple). Après validation par le patient, cette scène servait de support pour réexposer les patients à l'événement traumatisant et ainsi évaluer les évolutions au fur et à mesure du travail thérapeutique. Ici encore, les auteurs notent une baisse du rythme cardiaque et une augmentation du RMSSD.

Des résultats physiologiques similaires ont été constatés après une session d'EMDR, comme le prouve une baisse de la fréquence cardiaque et de la conduction cutanée ([Aubert-Khalfa et al., 2008](#)).

La piste du sommeil paradoxal

Les chercheurs se sont surtout intéressés aux mouvements oculaires (et moins, il faut bien le dire, aux autres types de stimulation) susceptibles de constituer l'un des principes actifs de la démarche. Un parallèle a été fait avec ce qui se passe dans le sommeil à mouvements oculaires rapides. En effet, ses mouvements oculaires surviennent au cours des états de rêve ou de sommeil paradoxal ([figure 1.3](#)) et il existe de plus en plus de preuves montrant que le rôle des rêves est d'élaborer et de digérer psychiquement les vécus de la vie réelle ([Carskadon, 1993](#)). Il semble que lorsque des souvenirs pénibles apparaissent dans les rêves, les mouvements oculaires rapides induisent un effet de détente qui permet le traitement psychique de ces expériences. Un parallèle a été tiré avec la théorie de « l'inhibition réciproque » de Wolpe, que ce dernier considérait comme responsable du soulagement de l'anxiété dans son traitement systématique de désensibilisation. Pour [Wolpe \(1990\)](#), l'état de non-anxiété est comparable à un état de relaxation et selon lui il est possible, pour inhiber l'état d'anxiété, d'introduire un état alternatif – la relaxation – durant le temps d'exposition à la situation anxiogène. Bien entendu, Wolpe s'est largement inspiré de [Jacobson \(1938\)](#) et de sa méthode de relaxation progressive. [Wolpe \(1990\)](#) note que dans son ouvrage de 1938, Jacobson prétendait déjà que les yeux avaient un extraordinaire effet de

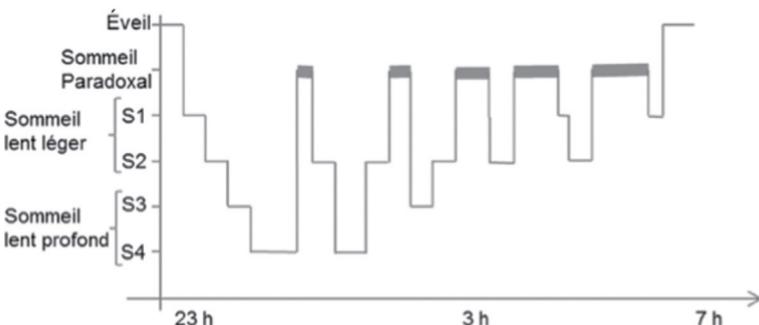


Figure 1.3. Les cycles du sommeil paradoxal.

relaxation. La désensibilisation systématique consiste à déconditionner une personne de la peur qu'elle ressent lorsqu'elle est confrontée à un événement ou une réalité anxiogène (la peur de l'avion, par exemple) en lui apprenant à se détendre, dans un premier temps en présence d'une version adoucie de l'objet qui lui fait peur (un dessin d'avion, par exemple), puis dans un second temps en passant progressivement à des versions plus réalistes (en s'imaginant arriver à l'aéroport), jusqu'à la version grandeur nature (s'imaginer à bord d'un avion). Selon cette théorie, la relaxation musculaire profonde inhibe les bas niveaux d'anxiété et, ceux-ci étant traités, toute la hiérarchie des peurs voit son intensité décroître. Après un traitement suffisant, on peut s'imaginer à bord d'un avion en ne ressentant qu'une faible anxiété, que l'on peut désensibiliser à son tour.

En thérapie EMDR, les mécanismes d'action proposés incluent l'assimilation de l'information adaptative trouvée dans d'autres réseaux de mémoire qui se relient au réseau détenant l'événement dérangeant précédemment isolé ([Solomon, Shapiro, 2008](#)). Après un traitement réussi, on pose comme principe que le souvenir n'est plus isolé car il semble être correctement intégré dans un réseau de mémoire plus important. Ce postulat est cohérent avec les récentes théories neurobiologiques de reconsolidation de la mémoire ([Cahill, McGaugh, 1998](#)), qui suggèrent que lorsqu'on a accès à une mémoire, celle-ci peut devenir labile et être restaurée dans une forme modifiée. Le processus EMDR, qui suppose la liaison de nouvelles associations dans des réseaux de mémoire précédemment isolés, peut impliquer le mécanisme de reconsolidation. Par conséquent, la psychothérapie EMDR peut associer des mécanismes différents que ceux utilisés pour les thérapies d'exposition, dans lesquelles l'extinction est supposée constituer un mécanisme majeur ([Lee et al., 2006](#)). Alors que la reconsolidation est censée modifier la mémoire originale, les processus d'extinction semblent créer une nouvelle mémoire qui rivalise avec l'ancienne.

D'autres mécanismes peuvent jouer un rôle pendant la phase d'évaluation du traitement EMDR qui recueille différents fragments de mémoire. Alors que les thérapies d'exposition demandent au patient de décrire le souvenir en détail, en EMDR, au contraire, lors de la phase d'évaluation, le clinicien aide le patient à imaginer une image représentant le souvenir négatif, la croyance négative actuelle et la croyance positive, ainsi que les émotions et les sensations ressenties. Cette procédure peut activer et pénétrer les réseaux de mémoire détenant différents aspects de l'expérience négative, aidant potentiellement le patient à reconnecter des parties disparates de l'expérience, l'aider à lui donner du sens, et faciliter le stockage dans la mémoire narrative. Ainsi, la restructuration cognitive est un élément de procédure susceptible de contribuer à l'efficacité de la psychothérapie EMDR.

La perception de la maîtrise peut constituer un autre élément important de procédure contribuant aux résultats de la psychothérapie EMDR. Alors

que les techniques d'exposition nécessitent une attention exclusive et découragent de rompre l'attention portée à l'incident afin d'éviter la fuite, la thérapie EMDR se sert uniquement de courtes périodes d'attention pendant les différentes associations qui surgissent de manière interne lors des séries de mouvements d'yeux. Par conséquent, pendant la psychothérapie EMDR, les patients peuvent expérimenter un sentiment accru de maîtrise en étant capables de rebondir entre différentes possibilités comme ressentir l'événement, remarquer ce qui se passe et en parler. La capacité du patient à s'adapter (*coping*) peut s'améliorer avec son aptitude à gérer le stress, l'anxiété et la dépression dans des situations menaçantes.

En fin de compte, lorsqu'il s'agit de se concentrer initialement sur l'événement dérangeant, les thérapies d'exposition encouragent un niveau élevé de perturbation. En revanche, les mouvements des yeux utilisés en EMDR semblent provoquer une hausse de l'activité parasympathique démontrée par une baisse de l'activation psychophysiologique, et une baisse de clarté et de réaction émotionnelle des éléments négatifs, auxquelles s'ajoute une hausse de la souplesse attentionnelle. Peut-être de tels effets permettent à l'information présente dans d'autres réseaux de mémoire de s'associer au réseau ciblé détenant l'information stockée de manière dysfonctionnelle, entraînant une transformation puis une reconsolidation de la mémoire (Cahill, McGaugh, 1998). Il est nécessaire de poursuivre les recherches afin d'explorer ces hypothèses et de comprendre les effets spécifiques, cumulatifs et interactifs des différents facteurs contribuant aux effets de la psychothérapie EMDR.

Une des hypothèses de Shapiro était de penser que les mouvements oculaires, pendant le rêve, inhibaient la détresse et qu'ils jouaient un rôle de désensibilisation. La découverte du sommeil REM a été réalisée par Aserinsky et Kleitman (1953). Ils ont découvert que dans 80 à 85 % des cas, les sujets qui s'éveillaient de ce sommeil étaient capables de fournir un récit clair et détaillé de leurs rêves, alors qu'en dehors de cette phase du sommeil, ils n'étaient plus en mesure de le faire (Dement, Kleitman, 1957). D'autres recherches ont suggéré que les phases non REM comprenaient peut-être davantage d'activité onirique qu'on le croyait, sans donner les récits riches et précis que l'on a dans la phase de sommeil REM (Foulkes, 1962). En fait, deux sortes de mouvements oculaires surviennent pendant le sommeil onirique : des mouvements simples et isolés, et des mouvements groupés. Les aveugles ne possèdent pas les mouvements groupés, mais on peut observer des mouvements simples pendant qu'ils rêvent. L'hypothèse de Lavie (1996) est que les deux sortes de mouvements oculaires constatés pendant le sommeil onirique pourraient jouer des rôles différents. Tandis que les mouvements qui se manifestent en groupe seraient liés aux images visuelles du rêve, les mouvements oculaires simples seraient quant à eux liés au processus de recouvrement de l'information à partir du stockage des données

dans le cerveau, afin de construire l'histoire du rêve. À cet égard, le lien qui existe entre le processus de remémoration et les mouvements oculaires peut être prouvé par une expérience simple. Il suffit pour cela d'observer les yeux d'un sujet à qui on a posé une question qui exige de lui qu'il se remémore une image. Nous pouvons apercevoir que le processus de remémoration est lié à ces mouvements oculaires. Le sujet bouge les yeux comme s'il était en train de chercher quelque part autour de lui l'information que l'on sollicite de sa part. Il est par conséquent probable qu'au moins quelques-uns des mouvements oculaires pendant le sommeil REM soient en rapport avec le processus de recouvrement de l'information ou le traitement de cette information en vue de construire le rêve.

Certaines études ont également montré que les mouvements oculaires saccadiés dus au mésencéphale et le relâchement musculaire causé par la formation réticulée se produisent simultanément lors du sommeil REM. C'est sans doute ce qui explique l'effet déconditionnant du sommeil REM ([Perlis, Nielsen, 1993](#)).

De nombreux travaux indiquent également que la consolidation des traces mnémoniques dans la mémoire à long terme (MLT) est associée à une période d'intense activité neurologique de certaines parties du cerveau, dont la plus étudiée est l'hippocampe, et qu'elle s'accompagne à la fois de processus biochimiques supplémentaires et de changements moléculaires structurels dans différentes parties du cerveau. [Bloch et al. \(1979\)](#) ont ainsi pu établir que le sommeil paradoxal augmentait chez les souris et les rats après différentes procédures d'apprentissage. « Il apparaissait que l'un des éléments essentiels pour la fixation de la mémoire était la présence de sommeil paradoxal en quantité suffisante, survenant rapidement après l'apprentissage. » Enfin, d'autres études ont montré que la privation de sommeil REM après l'apprentissage d'une compétence avait pour conséquence la perte de la compétence ou le retard dans l'apprentissage ([Karni et al., 1992](#)). Ainsi, de nombreux éléments semblent converger vers le fait que c'est une élaboration cognitive et affective similaire qui a lieu pendant le protocole EMDR, comme c'est vraisemblablement le cas avec le sommeil REM. La personne intègre l'information provenant de l'événement traumatisant en l'élaborant, puis en la stockant avec une émotion plus adaptée et plus positive.

Qu'il s'agisse de représentations perceptives ou sémantiques, il faut tout d'abord acquérir les données à « enregistrer ». Chaque zone spécifique va s'en charger, en fonction de la nature de l'information (image, son, odeur...). L'information devant être stockée arrive de sa zone respective et est envoyée au système limbique, passe par la mémoire à court terme (MCT), et, si selon l'hippocampe elle s'avère suffisamment importante, elle est envoyée vers le cerveau central puis est retournée à sa zone respective dans le néocortex pour y être enregistrée à long terme grâce à la libération d'acétylcholine.

La mémoire de l'événement⁸ se trouve donc éparpillée dans l'ensemble du cerveau. Le fait de se rappeler un simple souvenir, comme celui de la madeleine de Proust⁹ par exemple, active plusieurs zones du cerveau simultanément : les zones gustative, olfactive, visuelle, tactile, etc. La mémoire est donc un tout au niveau du cerveau. L'hippocampe fait le lien entre un ensemble d'informations non seulement stockées dans différents systèmes de stockage mnésique, mais aussi venant de différents moments de la vie. Sans l'hippocampe, cette intégration contextuelle ne serait pas opérante (Nadel, Moscovitch, 1998) et le rappel des souvenirs impossible.

En prenant appui sur Stickgold (2002, 2008), on peut ainsi compléter le raisonnement et supposer que le processus en jeu est le suivant : l'intégration des souvenirs dans la mémoire épisodique s'opérerait comme nous l'évoquions précédemment, de manière privilégiée pendant le sommeil REM. C'est la région limbique d'une part et les aires sensorielles d'autre part qui semblent préférentiellement activées pendant cette phase de sommeil (Hobson et al., 1998), ce qui est également le cas des noyaux cholinergiques de la jonction ponto-mésencephalique (suprématie de neurotransmetteurs de type acétylcholinergique pendant le sommeil REM, alors que les phases non-REM en revanche font plutôt l'objet d'un contrôle noradrénérique, notamment en raison d'une activation du *locus coeruleus*¹⁰). On peut

-
8. Bien entendu, nous faisons référence ici à la mémoire épisodique qui concerne les épisodes de vie et qui disposent de propriétés différentes de la mémoire sémantique.
 9. Extrait de *Du côté de chez Swann* de Marcel Proust : « Elle envoya chercher un de ces gâteaux courts et dodus appelés petites madeleines qui semblent avoir été moulés dans la valve rainurée d'une coquille de Saint-Jacques. Et bientôt, machinalement, accablé par la morne journée et la perspective d'un triste lendemain, je portai à mes lèvres une cuillerée du thé où j'avais laissé s'amollir un morceau de madeleine. Mais à l'instant même où la gorgée mêlée des miettes du gâteau toucha mon palais, je tressaillis, attentif à ce qui se passait d'extraordinaire en moi. Un plaisir délicieux m'avait envahi, isolé, sans la notion de sa cause. Il m'avait aussitôt rendu les vicissitudes de la vie indifférentes, ses désastres inoffensifs, sa brièveté illusoire, de la même façon qu'opère l'amour, en me remplissant d'une essence précieuse : ou plutôt cette essence n'était pas en moi, elle était moi. J'avais cessé de me sentir médiocre, contingent, mortel. D'où avait pu me venir cette puissante joie ? Je sentais qu'elle était liée au goût du thé et du gâteau, mais qu'elle le dépassait infiniment, ne devait pas être de même nature. D'où venait-elle ? Que signifiait-elle ? Où l'appréhender ? Je bois une seconde gorgée où je ne trouve rien de plus que dans la première, une troisième qui m'apporte un peu moins que la seconde. Il est temps que je m'arrête, la vertu du breuvage semble diminuer. Il est clair que la vérité que je cherche n'est pas en lui, mais en moi. »
 10. Petit noyau adrénnergique du tronc cérébral projetant de façon diffuse sur le cortex et la moelle épinière et jouant un rôle important dans le contrôle de la veille et du sommeil.

considérer que l'apparition de l'ESPT (et de façon plus large des événements traumatisques) est la conséquence pour une part au moins de l'incapacité du cerveau à inhiber la libération de noradrénaline pendant le sommeil. Et il existe des travaux qui montrent un taux élevé de ce neurotransmetteur chez les patients souffrant d'ESPT pendant les phases d'éveil et de sommeil. Ce processus, à en croire [Stickgold \(2002\)](#), inhiberait le processus associatif nécessaire à l'intégration des souvenirs (notamment les souvenirs douloureux) dans les réseaux de mémoire. On sait aussi que ce qui caractérise une victime est une hypervigilance caractéristique à l'état de veille, mais aussi durant le sommeil, conduisant à une dégradation du sommeil et, par effet induit, à une réduction de la quantité de sommeil REM (Lavie et al., 1996). Ainsi, sous dominance acetylcholinergique, la suprématie noradrénergique et la perte de sommeil seraient des éléments suffisants pour bloquer le passage des événements traumatisques vers le cortex et les réseaux de mémoire qui, d'une certaine manière, resteraient en suspens en attente d'intégration, d'où cette re-présentation récurrente à la conscience du sujet sous forme d'idées intrusives.

Si l'état physiologique particulier rencontré pendant le sommeil REM est le support de l'intégration mnésique nécessaire à la guérison, alors il n'est pas déraisonnable de conclure que les interventions qui amènent à nouveau le cerveau vers cet état pourraient avoir une vertu correctrice. On peut alors, avec [Stickgold \(2002\)](#), faire l'hypothèse que les mouvements saccadiques répétés des yeux pourraient « enclencher » les mécanismes du tronc cérébral (noyaux cholinergiques de la jonction ponto-mésencephalique *versus locus coeruleus*) identifiés pendant le sommeil REM ([Nelson et al., 1983](#)). Ce qui expliquerait les effets de la thérapie EMDR, en ceci qu'elle reproduirait ou remettrait en œuvre un ensemble de processus neurobiologiques présents naturellement, mais rendus déficitaires par la survenue dans l'univers physique et cognitif du sujet d'un événement perturbant.

Étant cette théorie, des études randomisées ont établi que les mouvements des yeux amélioraient la récupération des souvenirs épisodiques ([Christman et al., 2003](#)), accroissaient la souplesse attentionnelle ([Kuiken et al., 2010](#)) ainsi que la reconnaissance de l'information exacte (Parker et al., 2007). L'hypothèse de la réponse d'orientation a également été évaluée par des études démontrant une diminution de l'activation ([Barrowcliff et al., 2004](#)).

Mais l'explication n'est cependant pas suffisante dès lors que l'on sait que d'une part, les mouvements utilisés pendant la thérapie EMDR sont généralement plus lents que ceux présents pendant le sommeil REM, et d'autre part, que des effets thérapeutiques sont également obtenus en utilisant des stimulations bilatérales auditives et tactiles (*tapping*). Ce que toutes ces stimulations ont en commun, y compris celles qui utilisent les mouvements saccadiques des yeux, c'est un modèle de stimulation alternée, bilatérale, comparable à une réponse orientée de l'attention.

Pour expliquer l'efficacité de la psychothérapie EMDR, un autre mécanisme présumé part de l'hypothèse que les souvenirs pathologiques sont retenus dans les synapses de l'amygdale suite à une surpotentialisation des récepteurs AMPA (alpha-amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazole). Un tel renforcement empêcherait les souvenirs morbides de fusionner dans la trace mnésique *via* le cortex cingulaire antérieur et d'être correctement conservés (pour une analyse, consulter [Harper et al., 2009](#)). Chez l'animal, la stimulation tétanique à basse fréquence (une à cinq pulsations par seconde [en hertz]) a provoqué dans l'amygdale la dépotentialisation des récepteurs AMPA, proportionnellement à la fréquence de la stimulation, effaçant ainsi les souvenirs traumatisques ([Bender et al., 2006](#)). Une telle excitation neuronale ressemble à celle produite par les psychothérapeutes pendant les sessions EMDR (environ 2 Hz), et ce subtil et positif mécanisme neurobiologique de thérapie pourrait être lié à une baisse du taux de dépolarisation des synapses du système limbique, provoquée par une stimulation sensorielle bilatérale. Les souvenirs émotionnels retenus de manière pathologique dans l'amygdale rejoindront ensuite le cortex cérébral et seront correctement gérés ([Lin et al., 2003](#)). À un niveau macroscopique, les récentes découvertes de l'hyperactivation du gyrus parahippocampique et du cortex limbique pendant la thérapie EMDR ([Pagani et al., 2012](#)) semblent étayer une telle hypothèse et encouragent la poursuite d'études sur ce sujet fascinant.

La contribution de la théorie de la reconsolidation

[Solomon et Shapiro \(2008\)](#) ont, sans la développer vraiment, fait appel à la théorie de la reconsolidation de la mémoire, qui ouvre sur de nouvelles perspectives pour comprendre peut-être ce qui se passe avec la psychothérapie EMDR ([Cahill, McGaugh, 1998](#)). La théorie de la reconsolidation propose qu'un souvenir réactivé (rappelé en mémoire) redevienne labile et doive par la suite être consolidé de nouveau (reconsolidé) pour exister dans la mémoire des sujets. Ainsi, un souvenir permanent peut être ravivé, puis dégradé, notamment par le recours à des agents amnésiques ou activités susceptibles d'interférer au moment de sa reconsolidation ([Nader, 2003](#)). Le souvenir initial est alors modifié, notamment si ce dernier était dépositaire d'une charge psycho-émotionnelle négative. Il n'y a encore pas si longtemps, on pensait que les souvenirs, une fois consolidés, restaient stables et permanents en mémoire à long terme. Une telle idée s'est effondrée lorsque deux laboratoires ont mis en évidence l'existence d'un processus de reconsolidation, à l'aide de travaux empiriques sur les rats ([Nader et al., 2000](#) ; [Przybylski et al., 1999](#) ; [Przybylski, Sara, 1997](#)). Dans ces études portant sur la mémoire non déclarative, après une phase de conditionnement classique de la peur

(Nader et al., 2000¹¹), il s'agissait selon les cas de soumettre des rats soit à une épreuve d'apprentissage d'un labyrinthe, soit à une tâche d'évitement (Przybyslawski et al., 1999). Après vingt-quatre à quarante-huit heures, lorsque le souvenir est consolidé, il s'agissait d'administrer aux rats, lors de la réactivation du souvenir, un agent amnésique (injection d'anisomycine¹²). Les résultats obtenus ont mis en évidence une amnésie de la réponse de peur des rats, quelles que soient les situations d'apprentissage.

La reconsolidation se produit seulement lorsqu'un souvenir qui a déjà été consolidé est réactivé (Nader, 2003). Cette différence temporelle permet de différencier les processus qui, du point de vue de leur signature biochimique, se différencient (Lee, 2010). Il existe donc une différence biologique

-
11. Par exemple, dans l'étude de Nader et al. (2000), il y avait un conditionnement classique sur des rats au jour 1, dans lequel un son (stimulus conditionnel) était apparié à des chocs électriques (stimulus inconditionnel), de façon à ce que le son produise par la suite une réponse de peur (réponse conditionnelle). Après vingt-quatre heures, alors que le souvenir de peur était consolidé, le traitement a eu lieu : il y a eu présentation du stimulus conditionnel pour réactiver le souvenir de peur, juste avant d'effectuer une injection d'anisomycine, (groupe 1), ou d'une solution neutre (groupe 2) dans l'amygdale. Un troisième groupe a reçu de l'anisomycine, mais sans réactivation du souvenir. Le souvenir des rats a été évalué vingt-quatre heures après cette dernière séance : lors de la présentation du stimulus conditionnel seul, les rats du groupe 2 (solution neutre avec réactivation) ont exhibé une réponse de peur conditionnée plus forte que ceux du groupe 1 (anisomycine avec réactivation). Donc, les rats du groupe 1 (anisomycine avec réactivation) montraient une « amnésie » du conditionnement de peur. Les rats du troisième groupe (anisomycine sans réactivation) ont conservé un souvenir intact (il y avait réponse de peur), ce qui indique l'importance de la réactivation du souvenir avant l'injection de la drogue pour qu'il y ait une « amnésie » post-réactivation.
 12. L'anisomycine, connue aussi sous le nom de « flagecidine » est un antibiotique produit par la bactérie *Streptomyces griseolus* qui inhibe la synthèse des protéines. L'inhibition partielle de la synthèse d'ADN apparaît aux concentrations d'anisomycine qui inhibent 95 % de la synthèse protéique. Rappelons que le maintien et la réorganisation des représentations en mémoire à long terme impliquent des changements de l'activité cérébrale pendant les heures qui suivent un apprentissage, et cette réorganisation prend un certain temps. Ce changement se fait à la fois au niveau cellulaire et systémique. Au niveau cellulaire, le stimulus induit un signal de transduction (moyen de communication entre deux cellules) entre les neurones. Ce signal atteint le noyau de la cellule cérébrale qui va activer un facteur de transcription d'ARN, qui, à son tour, conduit à la synthèse de protéines. Ces protéines vont induire un changement de la plasticité cellulaire qui est corrélée aux traces mnésiques à long terme. C'est justement l'injection d'une molécule bloquant la synthèse de ces protéines qui empêche le souvenir à long terme de se former, sans affecter le fonctionnement de la mémoire à court terme. Au niveau systémique, la consolidation impliquerait une communication permanente entre différentes structures cérébrales.

entre la consolidation initiale et la reconsolidation. En d'autres termes, la consolidation serait un processus de formation de nouveaux souvenirs, et la reconsolidation permettrait la mise à jour ou la modulation (augmentation ou atténuation) de la force d'anciens souvenirs déjà consolidés. Ainsi, même la réactivation d'un ancien souvenir consolidé depuis longtemps devrait mener à son atténuation, à la suite d'un blocage de la reconsolidation. Notons enfin la différence entre reconsolidation et extinction. Si une présentation répétée du stimulus conditionnel (longues séances) entraîne un processus d'extinction, une seule présentation suffit pour entraîner une reconsolidation (courte séance).

- On peut définir le processus de reconsolidation de la façon suivante :
- un souvenir déjà consolidé redevient labile et sensible à la dégradation lorsqu'il est réactivé ;
 - pour être conservé, il doit être reconsolidé à l'aide d'une synthèse de protéines ;
 - le blocage de la reconsolidation par des agents amnésiques ou de l'interférence bloque la synthèse de protéines ;
 - le blocage de la reconsolidation empêche les souvenirs de passer de la MCT vers la MLT ;
 - il existe une fenêtre temporelle post-réactivation de quelques heures à l'intérieur de laquelle le souvenir réactivé est labile et peut être dégradé.

Dans d'autres études menées auprès de sujets humains cette fois, [Kindt et al. \(2009\)](#) ont commencé par réaliser un conditionnement classique de peur, en appariant un stimulus inconditionnel (SI), des chocs électriques inconfortables, avec un stimulus conditionnel (SC), des images d'araignées. Le second jour, alors que le souvenir était consolidé, on demandait aux sujets de se remémorer le souvenir, en combinaison avec selon les cas la prise de propranolol¹³ ou de placebo. Les résultats obtenus ont ainsi montré qu'après trois jours, les individus du groupe propranolol réagissaient significativement moins que ceux du groupe placebo lorsqu'on leur présentait les images d'araignées. La remémoration du souvenir sous l'action du propranolol a bloqué la reconsolidation du souvenir de peur (sans doute au niveau de l'amygdale), sans pour autant affecter le souvenir conscient. De tels travaux¹⁴ suggèrent donc bien que le blocage de la reconsolidation

-
13. Le propranolol (DCI) est un médicament faisant partie de la classe des bêta-bloquants non sélectifs. C'est un médicament sympatholytique, c'est-à-dire qu'il bloque le système sympathique. Les sympatholytiques sont utilisés dans le traitement de l'hypertension, de l'anxiété et des attaques de panique. Découvert par James W. Black en 1960, c'est le premier bêtabloquant découvert. James W. Black a obtenu le prix Nobel de physiologie ou médecine en 1988 pour cette découverte.
 14. Certains d'ailleurs réalisés avec des sujets souffrant d'ESPT (voir [Brunet et al., 2008](#) ; [Poundja et al., 2012](#)).

pourrait atténuer l'intensité d'un souvenir de peur, ce qui nous rapproche un peu de ce qui se passe avec la psychothérapie EMDR.

Notons que ces travaux concernent tous les types de mémoire, y compris la mémoire épisodique impliquée dans le cas de la psychothérapie EMDR. Si, dans les travaux présentés ici, les auteurs se sont attachés le plus souvent à l'injection de produits amnésiques spécifiques, on peut se demander si l'EMDR ne jouerait pas un rôle similaire d'interférence, puisque *in fine* les observations que nous faisons sont de même type. Une piste sérieuse est donc ouverte avec une telle approche.

La mémoire de travail

L'expression « mémoire de travail (MT) » renvoie à un système de mémoire permettant le maintien temporaire et le traitement de l'information nécessaire à l'accomplissement de tâches cognitives complexes telles que la compréhension du langage, l'apprentissage et le raisonnement (Baddeley, 1992). Van der Linden (1989) définit la mémoire de travail comme « un système de capacité limitée, destiné au maintien temporaire et à la manipulation de l'information pendant la réalisation d'une série de tâches cognitives de compréhension, de raisonnement ou d'apprentissage ». Pour Baddeley (2000), il s'agit d'un « système de maintien temporaire et de manipulation de l'information, nécessaire pour réaliser des activités cognitives complexes telles que la compréhension, l'apprentissage ou encore le raisonnement ». Le modèle de Baddeley et Hitch (1974) met en évidence l'existence de deux sous-systèmes à l'intérieur de la mémoire de travail. Il s'agit de la boucle phonologique et du calepin visuospatial. Ces sous-systèmes sont considérés comme des systèmes « esclaves », ils servent au stockage des données. Ils sont tous deux coordonnés par l'administrateur central (composante attentionnelle). En 2000, Baddeley ajoute au modèle initial une troisième composante qu'il appelle buffer épisodique ([figure 1.4](#)).

La boucle phonologique se décompose en deux sous-composantes, l'unité de stockage phonologique d'une part, le processus de contrôle articulatoire d'autre part. L'unité de stockage phonologique est un registre passif dans lequel les informations s'estompent en moyenne en 1,5 seconde si elles ne subissent pas de récapitulation articulatoire (Baddeley, 2000). Le processus de contrôle articulatoire est un registre actif dans lequel s'opère un rafraîchissement des informations permettant le maintien en mémoire de travail des informations. Cette composante permet le transfert des informations verbales présentées visuellement vers la première composante, ainsi que le stockage phonologique. Lors de la présentation d'un mot sur un écran (support visuel), l'information va être traitée par le processus de contrôle articulatoire qui va mettre en place une récapitulation articulatoire (transformation phonologique) du mot, permettant ainsi son passage vers le stock phonologique.

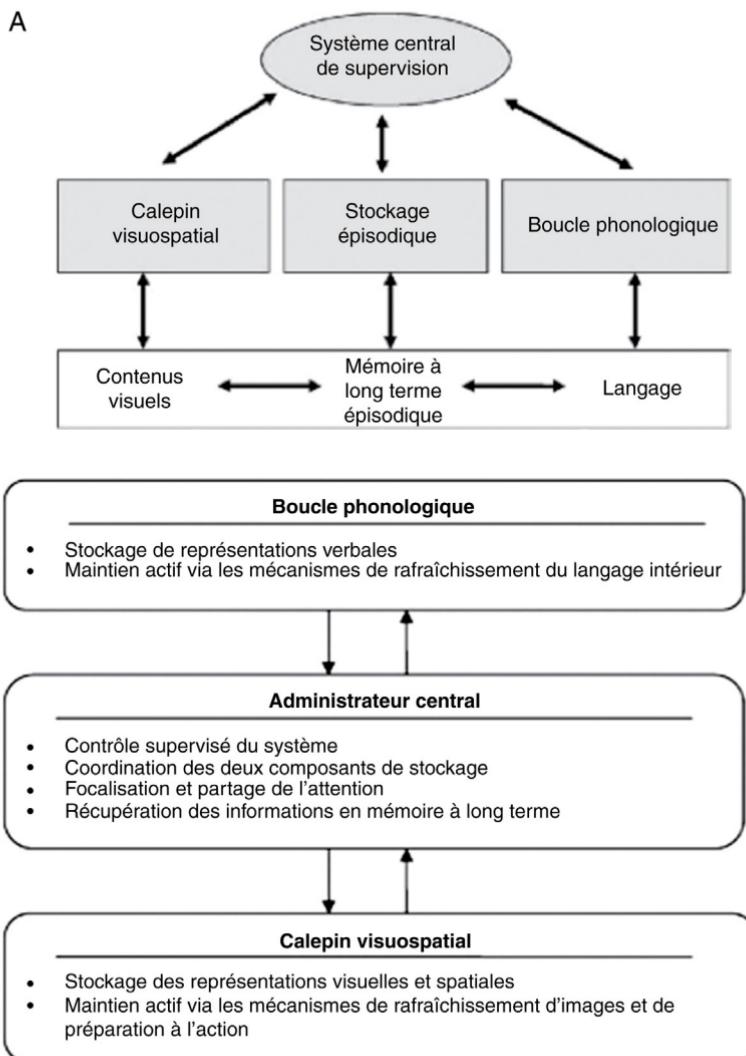


Figure 1.4. Modèle de la mémoire de travail de Baddeley (2000).

A. Les composants de la mémoire de travail d'après Baddeley (2000) (en gris, les composants flexibles, en blanc, les composants cristallisés). B. Les différents composants de la mémoire de travail ainsi que leurs fonctions.
Olive, Piolat (2005).

En ce qui concerne le calepin visuospatial, celui-ci est en charge du stockage et du maintien des informations spatiales et visuelles. Il est aussi responsable de la formation des images mentales ainsi que de leurs manipulations. Le calepin visuospatial gère également des informations verbales qu'il traitera sous la forme d'images visuelles. Ce sous-système de la mémoire de travail serait composé d'un système de stockage passif des informations et d'un système actif d'autorépétition. Ce système est perçu comme un registre passif agissant lors du rappel des informations non verbalisables.

L'administrateur central, quant à lui, coordonne les activités des deux autres sous-systèmes ainsi que l'exécution simultanée de tâches indépendantes. [Richardson \(1984\)](#) en fait la composante la plus importante de la mémoire de travail car elle supervise l'opération des autres modules. L'administrateur central contribue également à l'initiation et au maintien des processus cognitifs tels que le calcul mental ([Smyth et al., 1987](#)), et à la compréhension du langage ([Baddeley, 1987](#) ; [Vallar, Baddeley, 1987](#)).

Afin de compléter la représentation théorique, Baddeley propose d'ajouter une autre composante à la mémoire de travail : le buffer épisodique. Il s'agit d'un système de stockage à capacité limitée et temporaire capable de contenir des informations provenant des différents sous-systèmes de la mémoire de travail, ainsi que de la mémoire à long terme ([Baddeley, 2000](#)). Il est, ici encore, supposé sous le contrôle de l'administrateur central.

Si l'on part du principe que la capacité de la mémoire de travail est limitée, alors les performances de stockage seront altérées si deux tâches simultanées entrent en concurrence. Si les capacités attentionnelles de la mémoire de travail d'un sujet s'avéraient saturées lors de la confrontation à un événement négatif ou traumatique (c'est-à-dire pendant la phase de stockage initiale [consolidation] ou lors de la phase de reconsolidation), il est alors possible d'imaginer que le traitement cognitif qui lui serait réservé serait bien différent de celui qui serait opéré si la mémoire de travail disposait de toutes ses ressources attentionnelles et mnésiques.

Dans le premier cas (consolidation) c'est ce que semblent indiquer les travaux de [Holmes et al. \(2009\)](#) qui ont montré que des personnes qui regardent un film avec des scènes traumatiques et qui ensuite jouent au Tétris pendant dix minutes ont moins de souvenirs intrusifs du film au cours de la semaine suivante que des personnes ayant vu le film sans jouer au Tétris. Si l'on part du principe que les souvenirs visuels restent labiles pendant six heures environ et que les ressources mnésiques requises pour intégrer le souvenir en mémoire à long terme sont limitées, alors lorsqu'une personne joue au Tétris après avoir assisté à des scènes traumatiques, les ressources nécessaires pour jouer entrent en conflit avec celles requises pour stocker en mémoire les images traumatiques du film. C'est en tout cas ce qui semble se passer dans ce type de recherche, bien que les résultats restent à être confirmés.

Le second cas (reconsolidation), concerne cette fois les effets de la mémoire de travail sur le traitement de souvenirs préalablement stockés en mémoire à long terme (comme c'est le cas des victimes prises en charge avec la psychothérapie EMDR). Certains travaux semblent indiquer que l'utilisation de tâches concurrentes semble *a posteriori* rendre les images initiales moins inquiétantes et moins vives dans l'esprit des sujets (Gunter, Bodner, 2008). Dans une étude particulièrement illustrative, [de Jongh et al. \(2013\)](#) ont comparé trois situations expérimentales auprès de deux groupes de sujets : le premier ($n = 32$) composé de patients chez qui on avait diagnostiqué un ESPT et un second groupe témoin ($n = 32$) avec d'autres troubles psychiques. Les patients étaient invités à se rappeler un événement marquant dans toutes les conditions. Selon les conditions, les participants étaient exposés à des séries de mouvements oculaires, à des sons ou étaient invités à regarder un mur blanc. Avant et après les différents types de stimulation, les participants devaient estimer la clarté en mémoire du souvenir traumatique (de 0 à 10), ainsi que la charge émotionnelle du souvenir (de 0 à 10). En raison de leurs caractères particulièrement éclairants, il nous a semblé pertinent de rapporter les résultats principaux dans le [tableau 1.3](#).

Les résultats obtenus sont particulièrement explicites et montrent que les mouvements oculaires ont comme les sons une fonction de saturation de la mémoire de travail. Conformément aux hypothèses des auteurs, les ressources de la mémoire de travail étant limitées, tout se passe comme si

Tableau 1.3. Résultats principaux de l'étude de [de Jongh et al. \(2013\)](#) relatifs au score de clarté et de charge émotionnelle des souvenirs en fonction du type de traitement.

		Phase	Moyenne	<i>p</i>
Mouvements oculaires	Charge émotionnelle	Prétraitement	7,24	
		Post-traitement	5,52	< 0,001
	Clarté	Prétraitement	7,08	
		Post-traitement	5,54	< 0,001
Sons	Charge émotionnelle	Prétraitement	6,56	
		Post-traitement	5,47	< 0,001
	Clarté	Prétraitement	6,14	
		Post-traitement	5,49	< 0,001
Rappel sans stimulation	Charge émotionnelle	Prétraitement	6,84	
		Post-traitement	6,09	< 0,001
	Clarté	Prétraitement	6,47	
		Post-traitement	6,03	ns

ns : non significatif.

la reconsolidation se faisait en dépouillant les souvenirs de certaines caractéristiques notamment en ce qui concerne leur charge émotionnelle, qui à l'issue s'avère moins intense.

Si la piste de la mémoire de travail est selon nous la plus solide à ce jour, elle ne peut et ne doit être envisagée qu'en lien avec la théorie de la reconsolidation. C'est bien l'articulation de ces deux approches, qui pourrait, à l'avenir, donner une assise explicative à l'intuition que les cliniciens essayent d'expliciter depuis des années sans vraiment y parvenir.

La neurobiologie, le fonctionnement cérébral et l'EMDR

Un ensemble de recherches a été mené pour évaluer l'efficacité de la psychothérapie EMDR, et de multiples études visent à étudier son substrat neurobiologique malgré la survenue de difficultés liées à la résolution temporelle et spatiale des techniques choisies. L'existence d'une base neurobiologique expliquant l'efficacité de la psychothérapie EMDR dans le traitement de l'ESPT est étayée par des études tomographiques (SPECT)¹⁵. Elles ont montré qu'en comparant l'activité cérébrale avant et après la thérapie, une modification significative du flux sanguin survenait principalement dans les zones limbiques et le cortex préfrontal. De manière générale, les résultats de ces études indiquent une inversion après traitement des activations préfrontales et limbiques. L'accroissement du flux sanguin après le traitement dans le cortex frontal médian et latéral peut refléter un contrôle plus important sur l'amygdale et une stabilisation accrue de l'hyperactivation pathologique du cerveau, entraînant une réduction des symptômes somato-sensitifs de l'anxiété. Ces conclusions sont cohérentes avec les améliorations cliniques, dont la dépression et les troubles affectifs généraux, démontrant que la psychothérapie EMDR a un impact significatif sur les fonctions cérébrales et que l'émergence du schéma post-EMDR de l'activité cérébrale est cohérente avec une atténuation des états post-traumatiques et anxieux. La première étude dans laquelle la SPECT a été utilisée pour la recherche EMDR remonte à 1999, quand Levin et ses collaborateurs ont publié une étude de cas sur le traitement d'un participant souffrant d'ESPT. Lors de la remémoration de

15. La tomographie d'émission monophotonique (TEMP) dite aussi « SPECT » (de l'anglais *Single photon emission computed tomography*, « tomoscintigraphie par émission monophotonique ») est une technique d'imagerie médicale nucléaire tomographique basée sur la scintigraphie et qui permet de réaliser des images et des reconstructions en trois dimensions des organes et de leur métabolisme au moyen d'un ensemble de gamma caméras qui tournent autour du patient.

l'événement traumatique, la SPECT montrait après thérapie une hausse du débit sanguin cérébral dans le cortex cingulaire antérieur et le lobe frontal gauche.

En 2005, Lansing et al. ont étudié l'activation cérébrale pendant la remémoration de l'événement traumatique chez six policiers psychologiquement traumatisés avant et après une thérapie EMDR. Ils ont découvert, après la disparition des signes cliniques et neuropsychologiques de l'ESPT, une diminution significative du flux sanguin après la disparition des signes cliniques et neuropsychologiques de l'ESPT dans le lobe occipital, le lobe pariétal gauche et le lobe frontal postérieur, ainsi qu'une perfusion significativement accrue dans le gyrus frontal inférieur gauche. L'étude a été menée avec une caméra SPECT à haute résolution et un seuil statistique acceptable, étant donné le faible nombre de participants et la nature exploratoire de l'enquête. Après la psychothérapie EMDR, les résultats les plus pertinents étaient la diminution parallèle de perfusion des régions hyperactivées au cours de la phase symptomatique et la hausse du flux sanguin dans le cortex frontal inférieur. Ces conclusions confirment indirectement à un niveau fonctionnel l'impact de la psychothérapie EMDR sur la neurobiologie de l'ESPT en inversant le contrôle jusque-là réduit du cortex préfrontal par rapport à l'amygdale. Les résultats préliminaires de Lansing et al. (2005) ont été confirmés en 2007 par Pagani et al. (2007). Ces deux études indiquent que la thérapie EMDR contribue à l'activation du cortex préfrontal, qui est notamment chargé d'inhiber le système limbique, en réduisant l'hyperactivation de l'amygdale et la relative hyperactivation corticale consécutive à la survenue du trauma.

Des mouvements oculaires vraiment utiles ?

De nombreuses études ont mesuré la part d'efficacité qui revient aux mouvements oculaires. Bériault et Larivée (2005) ont identifié dix-huit études menées auprès de populations cliniques dont l'objectif était de mesurer l'efficacité du traitement EMDR avec ou sans mouvement oculaire (fixer un point du regard, imagerie mentale avec les yeux fermés) ou en utilisant une autre forme de stimulation bilatérale (suivre des yeux une lumière plutôt que les doigts du thérapeute, taper en alternance avec un doigt de chaque main sur une table de façon rythmique). Pour ne donner que quelques-uns des résultats obtenus, dans deux études, une stimulation bilatérale tactile de type *tapping* est tout aussi efficace que les mouvements oculaires (Bauman, Melnyk, 1994 ; Pitman et al., 1996).

Un tel résultat conjugué à l'usage très répandu du *tapping* ne peut que questionner les tentatives de compréhension de la psychothérapie EMDR à travers les seuls mouvements oculaires.

Plus étonnantes sont les résultats de plusieurs études qui montrent que l'absence de mouvements oculaires ou de toute autre forme de stimulation bilatérale ne diminue en rien l'efficacité du Protocole standard (par exemple [Acierno et al., 1994](#) ; [Boudewyns, Hyer, 1996](#)), certaines concluant même que le traitement sans mouvements oculaires apportent de meilleurs résultats ([Carrigan, Levis, 1999](#) ; [Foley, Spates, 1995](#) ; [Lytle et al., 2002](#)). De telles études, malheureusement peu citées, apportent un éclairage contradictoire mais intéressant sur la place des mouvements oculaires. De tels travaux, loin de remettre en cause les fondements de l'EMDR, doivent au contraire permettre d'ouvrir les débats entre les chercheurs afin de mieux comprendre ce qui se joue ou non dans l'observation des processus de guérison. Loin d'être clos, le débat ne fait que débuter, et c'est en cela que cette psychothérapie est un objet passionnant pour la recherche.

Conclusion

Il ne fait aucun doute que la thérapie EMDR doit occuper toute sa place dans le champ des psychothérapies. Elle bénéficie de résultats convaincants dans la littérature et d'une toujours plus large diffusion partout dans le monde. Certes, il reste à comprendre ce qu'elle est vraiment : une psychothérapie en devenir qui doit encore se doter de modèles suffisamment heuristiques, capables d'une part d'expliquer son propre fonctionnement et ce qu'elle active, et d'autre part de proposer une théorie du fonctionnement psychique et psychopathologique. Dans le cas inverse, elle pourra se cantonner (ce qui n'est en soi pas problématique) au rang de techniques psychothérapeutiques, utilisable et mobilisable dans une perspective éclectique. Elle pourra s'intégrer alors aux postures et approches théoriques des cliniciens et des chercheurs qui en feraient usage. A-théorique, elle pourrait répondre aux demandes de circonscription des troubles anxiо-dépressifs contre lesquels elle est un traitement de choix. Certes, c'est là un questionnement épistémologique, que dans le propos de cet ouvrage il est temps de mettre en suspens. En effet, on se doit de retenir que la psychothérapie EMDR est une approche moderne qui fait consensus quant à ses effets psychothérapeutiques. À cet égard, on peut se demander si la psychothérapie EMDR ne pourrait pas agrandir le spectre de ses interventions à d'autres domaines, certes en s'adaptant, mais cela serait l'occasion de ne pas se cantonner à la prise en charge du seul et unique ESPT. Ce sera notamment le sujet des chapitres qui vont suivre et qui auront l'ambition d'ouvrir la thérapie EMDR à la question de la santé et de la maladie, et plus précisément de son impact psychique sur les malades.

Les 5 points clés du chapitre

- La psychothérapie EMDR prend pour une large part appui sur le modèle du Traitement adaptatif de l'information (ou TAI), développé à partir d'observations cliniques dans le but d'expliquer la rapidité des résultats obtenus. Selon [Shapiro \(2007\)](#), le TAI « [...] est utilisé pour expliquer les phénomènes cliniques, prévoir les effets de réussite du traitement, et la pratique clinique. Conformément aux travaux faits dans le champ de la neurobiologie, on pose le fait que tous les stimuli entrant sous forme de nouvelles expériences sont assimilés dans les réseaux de mémoire déjà existants [...] Chez un individu en bonne santé, ces nouvelles expériences sont traitées, elles sont "métabolisées" ou "digérées" et ce qui est utile est appris, stocké avec des émotions appropriées, et mis à disposition pour guider la personne dans ses expériences à venir ».
- Depuis vingt ans maintenant, la psychothérapie EMDR est reconnue par de nombreux services nationaux de santé mentale, ainsi que par les organisations professionnelles comme un traitement efficace dans la prise en charge des traumatismes.
- L'EMDR ne relève pas d'une démarche intégrative mais plutôt éclectique, d'une combinaison de méthodes judicieuses et de procédures provenant de différents systèmes de psychothérapie sur la base de l'efficacité démontrée de chacune d'entre elles.
- La théorie de la reconsolidation (un souvenir réactivé ou rappelé en mémoire redevient labile et doit par la suite être consolidé de nouveau – reconsolidé – pour exister dans la mémoire des sujets) et la théorie de la mémoire de travail (l'utilisation de tâches concurrentes – SBA – semble rendre les images du traumatisme initial moins inquiétantes et moins vives dans l'esprit des patients) sont en 2014 les approches psychologiques les plus heuristiques et les plus solides d'un point de vue scientifique.
- Sur le plan neurologique, la psychothérapie EMDR contribue à l'activation du cortex préfrontal, qui est chargé d'inhiber le système limbique, notamment en réduisant l'hyperactivation de l'amygdale et la relative hyperactivation corticale consécutive à la survenue du trauma.

Références

- Acierno, R., Hersen, M., Van Hasselt, V. B., Tremont, G., & Meuser, K. T. (1994). « Review of the validation and dissemination of eye-movement desensitization and reprocessing: A scientific and ethical dilemma ». *Clinical Psychology Review*, 14(4), 287-299.
- American Psychiatric Association (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington (VA): American Psychiatric Association Practice Guidelines.
- Aserinsky, E., & Kleitman, N. (1953). « Regularly occurring periods of eye motility during sleep ». *Science*, 118, 273-274.
- Atger, F., Corcos, M., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2001). « Attachement et conduites addictives ». *Ann Med Int*, 152(3), 1567-1572.
- Aubert-Khalfa, S., Roques, J., & Blin, O. (2008). « Evidence of a decrease in heart rate and skin conductance response in PTSD patients after a single EMDR session ». *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(1), 51-56.
- Bachelard, G. (1995). *Le Nouvel Esprit scientifique*. Paris: PUF.
- Baddeley, A. D. (1987). Working Memory. *Clarendon Press*. New York: Oxford University Press.
- Baddeley, A. D. (1992). « Working memory ». *Science*, 255, 556-559.
- Baddeley, A. (2000). « The episodic buffer: a new component of working memory ? ». *Trends in Cognitive Sciences*, 4(11), 417-423.
- Baddeley, A., & Hitch, G. (2000). « Development of working memory: Should the Pascual-Leone and the Baddeley and Hitch models be merged? ». *Journal of Experimental Child Psychology*, 77(2), 128-137.
- Bandura, A. (1977). « Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change ». *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., Freeman, T. C. A., & MacCulloch, M. J. (2004). « Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories ». *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15, 323-345.
- Bauman, W., & Melnyk, W. T. (1994). « A controlled study of eye movements and finger tapping in the treatment of test anxiety ». *Journal of Behavior Therapy et Experimental Psychiatry*, 25(1), 29-33.
- Bender, V. A., Bender, K. J., Brasier, D. J., & Feldman, D. E. (2006). « Two coincidence detectors for spike timing in somatosensory cortex ». *Journal of Neuroscience*, 26, 4166-4177.
- Bérilault, M., & Larivée, S. (2005). « Guérir avec l'EMDR : preuves et controverses ». *Revue de psycho-éducation*, 34(2), 355-396.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). « Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>. Art. No. :CD003388.
- Bleich, A., Kotler, M., Kutz, I., & Shalev, A. (2002). *A Position Paper of the (Israeli) National Council for Mental Health: Guidelines for the Assessment and Professional Intervention with Terror Victims in the Hospital and in the Community*. Jerusalem: Israel.
- Bloch, V., Hennevin, E., & Leconte, P. (1979). « Relationship between paradoxical sleep and memory process ». In M. A. Brazier (Ed.), *Brain Mechanisms in Memory and Learning*. New York: Raven.

- Boudewyns, P. A., & Hyer, L. A. (1996). « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD) ». *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(3), 185-195.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). « A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD ». *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Brennsthul, M. J. (2013). *Utilisation de la thérapie EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing – dans le cadre de la douleur chronique : efficience et perspectives cliniques*. Thèse de troisième cycle, Université de Lorraine, document non publié.
- Brennsthul, M. J., Tarquinio, C., Montel, S., Bassan, F., & Montel, S. (2014). « Using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for phantom breast syndrome: Case study ». *European Journal of Sexology and Sexual Health*, 10.1016/j.sexol.2014.09.005.
- Brunet, A., Orr, S. P., Tremblay, J., Robertson, K., Nader, K., & Pitman, R. K. (2008). « Effect of post-retrieval propranolol on psychophysiological responding during subsequent script-driven traumatic imagery in post-traumatic stress disorder ». *Journal of Psychiatric Research*, 42(6), 503-506.
- Cahill, L., & McGaugh, J. L. (1998). « Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory ». *Trends in Neurosciences*, 21, 294-299.
- Carrigan, M. H., & Levis, D. J. (1999). « The contributions of eye movements to the efficacy of brief exposure treatment for reducing fear of public speaking ». *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1-2), 101-118.
- Carskadon, M. A. (1993). *Encyclopedia of Sleep and Dreaming*. New York: Macmillan.
- Chambless, D. L., et al. (1998). « Update of empirically validated therapies, II ». *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Changeux, J. -P. (1994). *Raison et plaisir*. Paris: Odile Jacob.
- Chemtob, C., Tolin, D., Van der Kolk, B. A., & Pitman, R. (2000). « Eye movement desensitization and reprocessing ». In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Christman, S. D., Garvey, K. J., Propper, R. E., & Phaneuf, K. A. (2003). « Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories ». *Neuropsychology*, 17, 221-229.
- Cottraux, J. (1998). *Les Thérapies comportementales et cognitives*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- CREST (2003). The Management of Posttraumatic Stress Disorder in Adults. In *Belfast, Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of HealthSocial Services and Public Safety*.
- Davidson, C., & Maso, P. (2002). « Dépendances et changements : un autre regard ». *Modèle de soins transformationnel ou comment optimiser les réussites du changement lors de dépendances*. Genève: Carrefour Prévention.
- Davidson, P. R., & Parker, K. C. H. (2001). « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305-316.
- de Jongh, A., Ten Broeke, E., & Renssen, M. R. (1999). « Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Protocol, empirical status, and conceptual issues ». *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 69-85.
- de Jongh, A., van den Oord, H. J. M., & Ten Broeke, E. (2002). « Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of specific

- phobias: Four single-case studies on dental phobia ». *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1489-1503.
- de Jongh, A., Ernst, R., Marques, L., & Hornsveld, H. (2013). « The impact of eye movements and tones on disturbing memories involving PTSD and other mental disorders ». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 477-483.
- de Roos C., Veenstra A.C., de Jongh A., den Hollander-Gijsman M.E., van der Wee N.J.A., Zitman F.G. et al. (2010). « Treatment of chronic phantom limb pain (PLP) using a trauma-focused psychological approach », *Pain Research and Management: The Journal of the Canadian Pain Society* (Journal de la Société canadienne pour le traitement de la douleur), 15, 65-71. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2886995/.
- Dement, W. C., & Kleitman, N. (1957). « The relation of eye movements during sleep to dream activity : An objective method for the study of dreaming ». *Journal of Experimental Psychology*, 53, 339-346.
- Department of Veterans Affairs, Department of Defense (2004). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress*. Washington DC: Veterans Health Administration, Office of Quality and Performance publication 10Q-CPG/PTSD-04.
- Dunn, T. M., Schwartz, M., Hatfield, R. W., & Wiegele, M. (1996). « Measuring effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in non-clinical anxiety: A multi-subject, yoked-control design ». *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(3), 231-239.
- Dutch National Steering Committee Guidelines for Mental Health Care (2003). *Multidisciplinary Guideline Anxiety Disorders*. Utrecht, Netherlands: Quality institute health care CBO/Trimbos Intitute.
- Elofsson, U. O., von Scheele, B., Theorell, T., & Sondergaard, H. P. (2008). « Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing ». *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 622-634.
- Fernandez, I., & Faretta, E. (2007). « EMDR in the treatment of panic disorder with agoraphobia ». *Clinical Case Studies*, 6, 44-63.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2009). « *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines of the international society for traumatic stress studies* ». New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). « Emotional processing of fear: Exposure to corrective information ». *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., & McNally, R. J. (1996). « Mechanisms of change in exposure therapy ». In R. M. Rapee (Ed.), *Current Controversies in the Anxiety Disorders* (pp. 329-343). New York: Guilford.
- Foley, T., & Spates, C. R. (1995). « Eye movement desensitization of public-speaking anxiety: A partial dismantling study ». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26(4), 321-329.
- Foulkes, D. (1962). « Dream reports from different stages of sleep ». *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 14-25.
- Freud, S. (1895). *La Naissance de la psychanalyse*. Paris: PUF, 2009.
- Freud, S. (1897). *Les Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904*. Paris: PUF, 2007.
- Freud S. (1923 [1922]), « Psychanalyse et théorie de la libido », in *Résultats, idées, problèmes*, vol. II, trad. fr. J. Altounian, A. et O. Bourguignon, P. Cotet, A. Rauzy, Paris, PUF, 1985 ; OCF.P, vol. XVI, 1991.

- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris: PUF, 2002.
- Gauvreau, P., & Bouchard, S. P. (2008). « Preliminary evidence for the efficacy of EMDR in treating generalized anxiety disorder ». *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 26-40.
- Greenwald, R. (1994). « Criticisms of Sanderson and Carpenter's study on eye movement desensitization ». *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(1), 90-91.
- Harper, M. L., Rasolkhani-Kaòhorn, T., & Drozd, J. F. (2009). « On the neural basis of EMDR therapy: Insights from qEEG studies ». *Traumatology*, 15, 81-95.
- Hobson, J. A., Stickgold, R., & Pace-Schott, E. F. (1998). « The neuropsychology of REM sleep dreaming ». *NeuroReport*, 9, R1-R14.
- Holmes, E., James, E., Coode-Bate, T., & Deeprose, C. (2009). « Can playing the computer game "Tetris" reduce the build-up of flashbacks for trauma? A proposal from cognitive science ». *PloS one*, 4.(1).
- INSERM (2004). « *Psychotherapy: An evaluation of three approaches* ». Paris: French National Institute of Health and Medical Research.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation: A Psychological and Clinical Investigation of Muscular States and Their Significance in Psychological and Medical Practice*. Chicago: University of Chicago Press.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Toward a New Psychology of Trauma*. New York: Free Press.
- Jeannerod, M. (2002). *Le Cerveau intime*. Paris: Odile Jacob.
- Karni, A., et al. (1992). « No dreams, no memory: The effect of REM sleep deprivation on learning a new perceptual skill ». *Society for Neuroscience Abstracts*, 18, 387.
- Kindt, M., Soeter, M., & Vervliet, B. (2009). « Beyond extinction: erasing human fear responses and preventing the return of fear ». *Nature Neuroscience*, 12(3), 256-258.
- Kistler, A., Mariauzouls, C., & Von Berlepsch, K. (1998). « Fingertip temperature as an indicator for sympathetic responses ». *International Journal of Psychophysiology*, 29(1), 35-41.
- Kuiken, D., Chudleigh, M., & Racher, D. (2010). « Bilateral eye movements, attentional flexibility and metaphor comprehension: The substrate of REM dreaming? ». *Dreaming*, 20, 227-247.
- Laberge, D. L. (1995). *Attentional Processing: The Brain's Art of Mindfulness*. Cambridge: Harvard Univesity Press.
- Lafontaine, M., & Lussier, Y. (2003). « Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux : anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité ». *Can J Behav Sci*, 35(1), 56-60.
- Lansing, K., Amen, D. G., Hanks, C., & Rudy, L. (2005). « High-resolution brain SPECT imaging and eye movement desensitization and reprocessing in police officers with PTSD ». *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 17, 526-532.
- Lavie, P. (1996). *Le Monde du sommeil*. Paris: Odile Jacob.
- Lee, J. L. C. (2010). « Memory reconsolidation mediates the updating of hippocampal memory content ». *Frontiers in Behavioral Neurosciences*, 4(168), 1-10.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). « Treatment of post- traumatic stress disorder: A comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing ». *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 59-76.

- Lee, C., Taylor, G., & Drummond, P. D. (2006). « The active ingredient in EMDR: Is it traditional exposure or dual focus of attention? ». *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 97-107.
- Levin, P., Lazrove, S., & van der Kolk, B. A. (1999). « What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) by eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) ». *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 159-172.
- Lin, C. H., Yeh, S. H., Lu, H. Y., & Gean, P. W. (2003). « The similarities and diversities of signal pathways leading to consolidation of conditioning and consolidation of extinction of fear memory ». *Journal of Neuroscience*, 23, 8310-8317.
- Lipke, H. (1997). « Commentary on the Bates et al. report on eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR) ». *Journal of Desensitization and Reprocessing Therapy for Anxiety Disorders*, 11(6), 599-602.
- Lytle, R. A., Hazlett-Stevens, H., & Borkovec, T. D. (2002). « Efficacy of eye movement desensitization in the treatment of cognitive intrusions related to a past stressful event ». *Anxiety Disorders*, 16, 273-288.
- Malabou, C. (2004). *Que faire de notre cerveau ?* Paris: Bayard.
- Malarewicz, J. A., & Godin, J. (1986). *Milton H. Erickson : de l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique*. Paris: ESF.
- Marcus, S. V. (2008). « Phase 1 of integrated EMDR: an abortive treatment for migraine headaches ». *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 15-25.
- Marquis, J. N. (1991). « A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization ». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 187-192.
- Maxfield, L., & Hyer, L. A. (2002). « The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD ». *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.
- Morris-Smith, J., & Silvestre, M. (2014). *L'EMDR pour l'enfant traumatisé et sa famille*. Paris: Dunod.
- Muris, P., & Merckelbach, H. (1999). « Traumatic memories, eye movements, and panic : A critical note on the proliferation of EMDR ». *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1-2), 209-223.
- Nadel, L., & Moscovitch, M. (1998). « Hippocampal contributions to cortical plasticity ». *Neuropharmacology*, 37, 431-439.
- Nader, K. (2003). « Memory traces unbound ». *Trends in Neurosciences*, 26(2), 65-72.
- Nader, K., Schafe, G. E., & Le Doux, J. E. (2000). « Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval ». *Nature*, 406(6797), 722-726.
- National Institute for Clinical Excellence (2005). *Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): The Management of Adults and Children in Primary and Secondary Care*. Londres: NICE Guidelines.
- Nelson, J. P., McCarley, R. W., & Hobson, J. A. (1983). « REM sleep burst neurons, PGO waves, and eye movement information ». *Journal of Neurophysiology*, 50, 784-797.
- Norcross, J. C., & Aboyoun, D. C. (1994). « Self-change experiences of psychotherapists ». In T. M. Brinthaupt, & R. P. Lipka (Eds.), *Changing the Self*. Albany (NY): State University of New York Press.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed.). New York: Oxford.

- Olive, T., & Piolat, A. (2005). « Le rôle de la mémoire de travail dans la production écrite de textes ». *Psychologie française*, 50, 373-390.
- Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A. R., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G., & Fernandez, I. (2012). « Neurobiology of EMDR: EEG imaging of treatment efficacy ». *PloS One*, 7, e45753.
- Pagani, M., Höglberg, G., Salmaso, D., Nardo, D., Tärnell, B., Jonsson, C., & Sundin, Ö. (2007). « Effects of EMDR psychotherapy on 99m Tc-HMPAO distribution in occupation-related post-traumatic stress disorder ». *Nuclear Medicine Communications*, 28, 757-765.
- Parker, A., & Dagnall, N. (2007). « Effects of bilateral eye movements on gist based false recognition in the DRM paradigm ». *Brain and Cognition*, 63, 221-225.
- Perlis, M. P., & Nielsen, T. A. (1993). « A re-evaluation of the desensitization hypothesis ». *Dreaming*, 3, 243-257.
- Pierrehumbert, B. (2003). *Le Premier Lien : théorie de l'attachement*. Paris: Odile Jacob.
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Altman, B., Longpre, R. E., Poiré, R. E., & Macklin, M. L. (1996). « Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic post-traumatic stress disorder ». *Comprehensive Psychiatry*, 37(6), 419-429.
- Postel, J. (1993). *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Paris: Larousse.
- Poundja, J., Sanche, S., Tremblay, J., & Brunet, A. (2012). « Trauma reactivation under the influence of propranolol: an examination of clinical predictors ». *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 15470, DOI : 10.3402/ejpt.v3i0.15470.
- Prochiantz, A. (1989). *La Construction du cerveau*. Paris: Hachette.
- Przybylsawski, J., Rouillet, P., & Sara, S. J. (1999). « Attenuation of emotional and nonemotional memories after their reactivation: Role of beta adrenergic receptors ». *The Journal of Neuroscience*, 19(15), 6623-6628.
- Przybylsawski, J., & Sara, S. J. (1997). « Reconsolidation of memory after its reactivation », *Behavioral Brain Research*, 84(1-2), 241-246.
- Ramachandra, V. S. (2002). *Le Fantôme intérieur*. Paris: Odile Jacob.
- Richardson, J. T. E. (1984). « Developing the working memory ». *Memory and Cognition*, 12, 71-83.
- Roberts, N., & Noller, N. (1998). « The associations between adult attachment and couple violence. The role of communication patterns and relationship satisfaction ». In J. Simpson, & M. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 317-350). New York: Guilford.
- Roque, J. (2004). *Guérir avec l'EMDR*. Paris: Le Seuil.
- Rosen, G. M. (1999). « Treatment fidelity and research on eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) ». *Journal of Evaluation of Controlled PTSD Research. Anxiety Disorders*, 13(1-2), 173-184.
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). « Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims ». *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607-616.
- Sack, M., Hopper, J. W., & Lamprecht, F. (2004). « Low respiratory sinus arrhythmia and prolonged psychophysiological arousal in posttraumatic stress disorder: Heart rate dynamics and individual differences in arousal regulation ». *Biological Psychiatry*, 55, 284-290.
- Sack, M., Lempa, W., & Lamprecht, F. (2007). « Assessment of psychophysiological stress reactions during a traumatic reminder in patients treated with EMDR ». *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 15-23.

- Sack, M., Lempa, W., Steinmetz, A., Lamprecht, F., & Hofmann, A. (2008). « Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Result of a preliminary investigation ». *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1264-1271.
- Sack, M., Hofmann, A., Wizelman, L., & Lempa, W. (2008). « Psychophysiological changes during EMDR and treatment outcome ». *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 239-246.
- Shapiro, F. (1989). « Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories ». *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (1998). « Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Historical context recent research and future directions ». In L. Vandercreek, & T. Jackson (Eds.), *Innovation's in Clinical Practice: A source Book* (16). Sarasota (FL): Professional Ressource Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures* (2nd éd.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2007). « EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization ». *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 68-87.
- Shapiro, F., & Forrest, M. (1997). *EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress and Trauma*. New York: Basics Books.
- Sjöblom, P. O., Andréewitch, S., Bejerot, S., Mörtberg, E., Brinck, U., Ruck, C., & Körlin, D. (2003). *Regional Treatment Recommendation for Anxiety Disorders*. Stockholm: Medical Program Committee/Stockholm City Council, Sweden.
- Smyth, M. M., Morris, P. E., Levy, P., & Ellis, W. A. (1987). *Cognition in Action*. Londres: Erlbaum et Ass.
- Soberman, G. B., Greenwald, R., & Rule, D. L. (2002). « A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems ». *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 6, 217-236.
- Sokolov, E. N. (1990). « The orienting response, and future directions of its development ». *The Pavlovian Journal of Biological Science*, 25, 142-150.
- Solomon, R. M., & Rando, T. A. (2007). « Utilization of EMDR in the treatment of grief and mourning ». *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 109-117.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). « EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change ». *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315-325.
- Stickgold, R. (2002). « EMDR: A putative neurobiological mechanism of action ». *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61-75.
- Stickgold, R. (2008). « Sleep-dependent memory processing and EMDR action ». *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 289-299.
- Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). *Les Psychotraumatismes*. Paris: Dunod.
- Tarquinio, C., Houbre, B., Fayard, A., & Tarquinio, P. (2009). « Application de l'EMDR à la prise en charge du deuil traumatique après une collision de train ». *L'Évolution psychiatrique*, 74(4), 567-580.
- Tarquinio, C., Kivits, J., Minary, L., Coste, J., & Alla, F. (2014). « Evaluating complex interventions: Perspectives and issues for health behavio change interventions ». *Psychology et Health*.
- Tarquinio, C., Schmitt, A., Tarquinio, P., Rydberg, J. -A., & Spitz, E. (2012). « Benefits of "eyes movement desensitization and reprocessing psychotherapy" in treatment of female victims of intimate partner ». *European Journal of Sexology and Sexual Health*, 21(2), 60-67.

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). « Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence ». *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- United Kingdom Department of Health (2001). *Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling Evidence Based Clinical Practice Guideline*, Londres. En ligne : www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/Publications-PolicyAndGuidance/DH_4007323.
- Vallar, G., & Baddeley, A. D. (1987). « Phonological short-term store and sentence processing ». *Cognitive Neuropsychology*, 4, 417-438.
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2010). *Le Soi hanté : dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. Bruxelles: De Boeck.
- Van der Linden, M. (2004). « Fonctions exécutives et régulation émotionnelle » . In T. Meulemans, F. Collette, & M. Van der Linden (Eds.), *Neuropsychologie des fonctions exécutives* (pp. 137-153). Marseille: Solal.
- Van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). « Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis ». *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Wernik, U. (1993). « The role of the traumatic component in the etiology of sexual dysfunctions and its treatment with eye movement desensitization procedure ». *Journal of Sex Education and Therapy*, 19(3), 212-222.
- Wilson, D. L., Silver, S. M., Covi, W. G., & Fosters, S. (1996). « Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates ». *Journal of Behavior Therapy et Experimental Psychiatry*, 27(3), 219-229.
- Wilson, S., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1995). « Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Treatment for psychologically traumatized individuals ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.
- Wolpe, J. (1990). *The Practice of Behavior Therapy* (4th ed.). New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J., & Abrams, J. (1991). « Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization: A case report ». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 39-43.

2 Planification des prises en charge et plans de ciblage

Introduction

Il est parfois difficile pour les praticiens de savoir comment débuter une prise en charge avec un patient. Faut-il traiter le symptôme en tant que tel, ce qui est le plus souvent la demande du patient ? Faut-il au contraire remonter dans le temps afin d'identifier les éléments à l'origine du trouble et qui, peut-être, l'alimentent encore aujourd'hui ? Cette demande initiale qui conduit le patient jusqu'au cabinet est bien souvent déterminée par une souffrance psychique telle qu'elle lui rend la vie impossible. C'est cette impossibilité à fonctionner, à travailler, à vivre et à aimer les autres qui le fait se résigner à consulter et à agir. Le rôle du psychothérapeute ne consiste pas seulement à s'enquérir de cette demande brute pour la considérer comme une simple commande de disparition de symptômes ! En tout cas, ce n'est pas le propre de l'EMDR que de s'inscrire dans une telle posture. Ceux qui méconnaissent l'approche la réduisent d'ailleurs, à tort, à un simple traitement symptomatique du psycho-traumatisme. Ce qui dans les faits n'est pas le cas, bien au contraire !

Ainsi il s'agira, pour la psychothérapie EMDR comme pour les autres formes de psychothérapie, de décoder, de comprendre et de faire émerger la demande du patient au-delà de sa commande initiale (exemples : « Je viens vous voir parce que depuis l'annonce de la maladie je suis anxieuse », « Je stresse à l'idée de passer mes examens », « J'ai des angoisses et des attaques de panique chaque jour depuis que j'ai ce problème cardiaque »). Il nous est tous arrivé en tant que psychothérapeute d'avoir à ne traiter que les symptômes. Il est en effet des cas non problématiques pour lesquels l'usage du Protocole standard conduit à une totale disparition de ces symptômes si gênants (exemples : ESPT simple, phobie simple, peur quelconque...). Mais avouons-le, ces cas, satisfaisants (parce que rapidement traités !) pour le patient et le thérapeute, sont plutôt rares. Il est souvent nécessaire d'aller plus loin et d'identifier en quoi le passé du patient est une explication de sa situation actuelle. En quoi certains réseaux de mémoire, devenus dysfonctionnels en raison de leur modelage par l'expérience traumatique, altèrent les cognitions, les émotions et les sensations des patients. En quoi leur rapport à eux-mêmes et au monde est devenu pathogène et inadapté, générant chez les patients et leurs proches souffrances et mal-être.

Il s'agira donc pour le psychothérapeute, de façon très pragmatique, de se faire une idée aussi précise que possible de la situation du patient,

d'identifier les étiologies et, le cas échéant, quand c'est possible, de proposer un diagnostic. Mais il s'agira surtout de proposer et de négocier avec le patient les objectifs psychothérapeutiques (exemple : ce qu'il faudrait réduire ou améliorer d'un point de vue psychopathologique) qu'il conviendra de planifier régulièrement avec lui. Il s'agira, à ce stade, de lui proposer non seulement une indication de prise en charge (exemples : approche par exposition, hypnose, type de protocole EMDR, TCC ou soutien...) à mettre en œuvre, mais aussi une stratégie psychothérapeutique (exemple : repren-dre les étiologies préalablement identifiées du passé, poursuivre sur les symptômes actuels et finir par les projections futures). En d'autres termes, il faudra que le psychothérapeute ose des hypothèses sur les causes des difficultés du patient, qu'il juge le risque suicidaire, qu'il estime les forces et les ressources du patient afin d'envisager, dans les meilleurs délais, comment le traitement sera planifié et comment les différents points seront traités.

Le champ de la santé et de la maladie dans lequel se situe cet ouvrage ne fait pas exception à la règle. Que se soit l'EMDR ou une autre approche, il s'agira dans tous les cas de procéder à une analyse de la demande du patient afin de comprendre non seulement ce qui le conduit à consulter, mais aussi ce qui détermine ses symptômes et sa souffrance. Certes, si la maladie n'était pas survenue dans la vie du malade, ce dernier ne serait sans doute pas en face de son psychothérapeute. Ainsi, c'est bien la maladie en tant que telle qui vient perturber l'équilibre du patient devenu malade. Le traitement psychothérapeutique pourra porter sur les dimensions symptomatiques (exemple : les symptômes anxiо-dépressifs consécutifs à la sur-venue d'un cancer) ou existentielles (exemples : exigence d'une recomposition existentielle, peur de mourir, recomposition des valeurs et des buts...) qu'elle impose alors. La maladie qui survient s'inscrit dans une histoire de vie dont il serait condamnable de faire l'économie. Les postures défensives ou adaptatives du malade face à l'épreuve que constitue la maladie sont à comprendre au regard de son passé, des épreuves qu'il a dû traverser tout au long de sa vie, voire des traumatismes qu'il a dû affronter et qui peuvent d'une manière ou d'une autre être réactivés par ce qu'il est en train de vivre aujourd'hui. Toutefois, le contexte de la maladie chronique nous conduira au fil de cet ouvrage à infléchir une telle position. En effet, la complexité des maladies chroniques, leurs spécificités médicales et psychologiques (les problématiques de douleur chronique, de troubles cardiovasculaires ou de cancer sont très différentes les unes des autres) auront des incidences sur la manière d'envisager non seulement la prise en charge d'un point de vue psychothérapeutique, mais également les cibles qu'il conviendra de traiter. Dans ce chapitre, il s'agira de jeter les bases d'une réflexion autour de la stratégie thérapeutique à adopter avec les patients et les malades, afin d'identifier et de préciser cette stratégie et comment il est possible de procéder pour identifier les cibles qui sont au cœur de la psychothérapie

EMDR. Cependant, il convient de rappeler, que ces fameuses cibles, ne sont que la partie visible de l'iceberg et qu'elles cachent souvent des dimensions insoupçonnées qui, d'association en association, feront – s'il y a lieu – émerger des faisceaux d'éléments qui ne seront pas étrangers à la situation du patient et qu'il conviendra de prendre en charge et de traiter.

Une première partie de ce chapitre proposera une modélisation simple des choix stratégiques possibles en ce qui concerne le traitement des événements du passé, du présent et du futur. Loin des approches classiques, il s'agira d'envisager les combinaisons possibles à toutes prises en charge. Une seconde partie, sera quant à elle consacrée aux plans de ciblage à la disposition du praticien EMDR, qui sont autant de ressources susceptibles de l'aider à identifier les cibles à traiter. Plusieurs pistes seront ainsi proposées, comme les questions directes et l'entretien cognitif pour explorer le présent, le modèle classique du *Float-back* ou l'approche des deux méthodes développée par [de Jongh et al. \(2010\)](#), particulièrement utiles dans le domaine de la santé et de la maladie. Précisons enfin que les ouvertures techniques apportées par ce texte seront constitutives du socle sur lequel tous les autres chapitres prendront appui pour justifier leur approche.

Les approches et les perspectives temporelles dans la prise en charge des malades

Nous avons fait le choix de présenter différentes modalités méthodologiques susceptibles d'aider le psychothérapeute à identifier avec le patient les cibles à traiter. Le choix de la perspective temporelle est important, car contrairement à ce qui est appris dans les formations initiales en EMDR, il n'est pas toujours nécessaire (voire approprié) de traiter les cibles passées avant de traiter les événements ou déclencheurs du présent, pour ensuite s'atteler aux situations à venir. Ceci est particulièrement vrai dans le domaine de la santé et de la maladie qui confronte les malades et donc les psychothérapeutes à des contraintes et des problématiques qui doivent s'envisager en des termes spécifiques. Les praticiens EMDR ont le plus souvent été sensibilisés à l'idée que dans la prise en charge de victimes souffrant d'ESPT, il convient de faire un Plan de ciblage permettant d'identifier les cibles passées, présentes et futures à traiter avec le Protocole standard. Certes ! Mais la configuration des malades chroniques est parfois bien différente. En effet, la victime d'agression ou d'accident, sans bien entendu réduire la portée de la souffrance qui est la sienne, s'inscrit dans un contexte psychique dans lequel l'événement dont elle a été victime est objectivement terminé. Ce dernier a eu lieu dans le passé et reste assez bien circonscrit dans le temps et dans l'espace. Nous sommes bien entendu d'accord ([Tarquinio, Montel, 2014](#)) pour dire que d'un point de vue psychique et subjectif, les victimes, même à des années de distance, sont toujours en

prise avec ces événements, et que ceux-ci sont toujours éminemment présents. Cependant, une distinction est à faire avec une maladie comme le cancer. En effet, même si l'annonce ou la découverte de la tumeur reste en soi un événement psychiquement comparable à ce que peut vivre une victime de viol ou d'agression par exemple, il n'en reste pas moins qu'objectivement, la maladie est toujours présente, qu'elle le sera tout au long des traitements et même après lors de la phase de rémission, pendant laquelle la récidive est toujours possible médicalement. Cette épée de Damoclès est une contrainte objective, qui pose en des termes spécifiques la manière de traiter la problématique des patients, souvent empreinte d'impuissance et d'imprévisibilité. En outre, les récidives ou les poussées symptomatiques des maladies chroniques confèrent à ces dernières une dimension répétitive et récurrente sous-estimée qui, ici encore, n'est pas sans conséquences psychologiques sur les malades et leur entourage. Ainsi, la configuration qu'impose la maladie chronique nécessitera une adaptation et une spécificité dont le psychothérapeute devra tenir compte. L'urgence de la prise en charge est à cet égard une modalité incontournable de cette spécificité. En effet, il est souvent demandé au psychologue de la santé d'intervenir rapidement auprès des malades. L'annonce de la maladie, la programmation d'un traitement lourd ou d'une intervention chirurgicale sont autant de motifs qui nécessiteront de la part du thérapeute EMDR d'agir rapidement et de proposer des protocoles susceptibles de réduire les effets du stress ou du traumatisme relatif à la survenue de la maladie. L'urgence est une réalité clinique à laquelle il ne faut pas se dérober. D'autant que la psychothérapie EMDR met à la disposition des praticiens pléthore de dispositifs susceptibles de les accompagner dans cette démarche. Il relèvera ensuite du bon sens de chaque clinicien de revenir dans un second temps (si suite il y a !) sur certaines dimensions du sujet qui n'auront pas pu être prises en compte.

Ainsi, le praticien EMDR devra faire des choix en termes de positionnement temporel de son approche selon qu'il s'agit d'un traitement qui se constraint et se limite de manière combinée aux « présent et/ou futur » ([tableau 2.1](#)) ou aux « passé, présent et futur » ([tableau 2.2](#)).

Nous avons fait le choix de présenter sous forme de tableaux ces différentes stratégies temporelles de traitement. Celles-ci seront présentes dans chacun des chapitres qui suivront et permettront de faire des propositions quant à la manière d'envisager les choses avec les patients.

La prise en charge de cibles du présent et/ou futur, dans le contexte spécifique de la maladie, suppose à vrai dire trois stratégies, qui sont résumées dans le [tableau 2.1](#). Soit le psychologue traite seulement les déclencheurs actuels, soit il se focalise uniquement sur les événements ou défis futurs, soit, enfin, il traite le présent et le futur sans activer les réseaux de mémoire du passé. Dans ce dernier cas, le traitement des cibles pourra se limiter aux déclencheurs actuels qui mettent le patient en difficulté, puis

Tableau 2.1. Perspective temporelle dans le traitement des cibles passées, présentes et/ou futures.

Passé	Présent	Futur
Ø	1	Ø
Ø	Ø	1
Ø	1	2
Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	Déclencheurs actuels	Défis futurs

Ø : symbolise le fait que les cibles relatives à la dimension temporelle en question ne sont pas envisagées lors du traitement EMDR.

1 : symbolise le fait que les cibles relatives à la dimension temporelle en question sont traitées en premier lors de la prise en charge EMDR.

2 : symbolise le fait que les cibles relatives à la dimension temporelle en question sont traitées en second lors de la prise en charge EMDR.

Tableau 2.2. Perspective temporelle dans le traitement des cibles passées, présentes et futures.

Passé	Présent	Futur
1	2	3
2	1	3
3	1	2
3	2	1
Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	Déclencheurs actuels	Défis futurs

1 : symbolise le fait que les cibles relatives à la dimension temporelle en question sont traitées en premier lors de la prise en charge EMDR.

2 : symbolise le fait que les cibles relatives à la dimension temporelle en question sont traitées en deuxième lors de la prise en charge EMDR.

3 : symbolise le fait que les cibles relatives à la dimension temporelle en question sont traitées en troisième lors de la prise en charge EMDR.

aller dans un second temps sur des projections situationnelles ou cognitives futures. *A priori*, la démarche pour identifier les cibles à traiter dans ce cas est plutôt simple, car il s'agira le plus souvent de transiter par le questionnement direct, une intention investigatrice et des questions linéaires de type « Qui ? », « Quoi ? », « Où ? » et « Quand ? ». Une question de type « Qu'avez-vous ressenti quand le médecin vous a annoncé que vous aviez ce problème au cœur ? » permet une analyse fonctionnelle comparable à celle effectuée par les psychothérapeutes cognitivo-comportementaux. Certes, une telle posture sous-tend un modèle réducteur de type « cause à

effet »,mais dans certaines situations c'est un bon début, surtout si on ne dispose pas de beaucoup de temps pour travailler avec le patient, comme dans un cas de cancer. L'attitude peut également être plus investigatrice et permettre d'explorer la récurrence des événements. Il s'agira alors d'adopter un modèle plus circulaire dont la finalité est de comprendre comment les événements s'enchaînent les uns aux autres et se surdéterminent. Par exemple, un individu stressé peut provoquer une attitude d'insécurité chez son entourage, ce qui en retour accentue son propre stress et ses angoisses. Il est alors nécessaire de s'enquérir des spécificités pouvant exister entre les différents contextes et différents événements dans lesquels cela se manifeste. Dans ces différents cas, le psychothérapeute pourra utiliser le protocole de traitement le plus indiqué, qui figure dans un des chapitres de cet ouvrage.

Si la perspective temporelle consiste de façon plus classique à traiter les souvenirs sources du passé, les déclencheurs présents et les situations futures, plusieurs pistes sont envisageables. Il ne convient pas nécessairement ([tableau 2.2](#)) de traiter les choses de façon chronologique et linéaire (1, 2 et 3). Il est bien des situations dans le domaine de la maladie qui impliquent de traiter le présent, le futur puis, dans un troisième temps seulement, le passé (3, 1 et 2). C'est le cas par exemple de patients à qui l'on vient d'annoncer un diagnostic de maladie et qui doivent dans des délais très courts se préparer à une mise sous traitement ou à une intervention chirurgicale. Il est inutile de s'adonner au sacro-saint Plan de ciblage, car l'urgence est dans le traitement de la situation présente et la préparation aux traitements médicaux qui doivent faire l'objet d'une attention toute particulière. Dans un tel contexte, le psychothérapeute doit répondre à la spécificité de la demande du patient sans trop se poser de questions. Il pourra dans un second temps reprendre les éléments du passé qui éventuellement auront émergé lors du traitement avec un protocole EMDR ou qui pourront être recherchés de façon plus spécifique. Mais il peut arriver aussi que la perspective d'une opération chirurgicale importante à venir puisse en tant que telle faire l'objet d'une prise en charge. Ainsi, avant même de traiter la situation du patient dans l'ici et maintenant, c'est à une investigation sur l'avenir (3, 2 et 1) et sur la représentation que le patient s'en fait qu'il conviendra de s'atteler. Précisons d'emblée que ce qui figure dans le [tableau 2.2](#) est donné à titre indicatif. En effet, les scénarios proposés dans la prise en charge de la santé et de la maladie peuvent parfois être plus simples que ce qui est avancé ici, en se limitant à quelques cibles assez précises à traiter. Cependant, la complexité peut également être de mise et nous pouvons souvent être confrontés à des allers-retours multiples entre le passé, le présent et le futur, qui s'envisageront au fil des séances et des épreuves qu'impose la maladie au patient. Dans ce domaine, la ligne psychothérapeutique est souvent donnée par l'évolution et l'involution de la maladie, ainsi que par la rythmicité des traitements. C'est la raison pour

laquelle le psychothérapeute doit dans ce domaine se préparer et accepter toutes les adaptations afin de répondre au mieux au besoin du malade. Il sera toujours temps d'ajuster la prise en charge et de la compléter.

Les plans de ciblage

Si le point de départ de l'investigation reste ici encore les déclencheurs du présent, le traitement se fera le plus souvent à partir des souvenirs en cohérence avec le principe du modèle TAI qui, rappelons-le, considère que les problèmes du présent sont alimentés par des souvenirs traumatiques non traités et inscrits dans le cadre de réseaux de mémoire dits « dysfonctionnels ». La question reste de savoir quels moyens sont à la disposition du clinicien pour retrouver dans le passé du patient les éléments susceptibles d'alimenter ces réseaux de mémoire. Plusieurs techniques sont mobilisables. Dans un premier temps, nous présenterons l'approche par les questions directes (rien de bien compliqué à vrai dire !), la plus intuitive, qui souvent s'avère très efficace. Nous avons fait le choix de la présenter à travers la technique de l'entretien cognitif qui peut être d'une aide considérable dès qu'il s'agit de préciser la nature des événements de vie qui relèvent par définition de cette mémoire bien spécifique, qu'est la mémoire épisodique. Dans un second temps, nous présenterons la méthode du *Float-back*, qui correspond en fait à ce qui est enseigné dans le cadre des formations EMDR initiales des niveaux 1 et 2. Dans un troisième temps, nous présenterons les deux méthodes de [de Jongh et al. \(2010\)](#) qui complètent l'arsenal, deux stratégies complémentaires pour trouver des cibles à traiter. La première consiste à partir des symptômes des patients, la seconde consiste à partir des croyances dysfonctionnelles. Toutes ces approches seront décrites et illustrées afin de favoriser une bonne compréhension et une utilisation adaptée.

Les questions directes et l'entretien cognitif

Après la description précise des comportements, émotions, cognitions négatives, traumatiques ou problématiques ou autres symptômes spécifiques, le patient est interrogé sur chacun de ces symptômes : quand est-il survenu pour la première fois ou quel était l'événement princeps le plus perturbant ? Qui représente la genèse du dysfonctionnement dont il est question ici ? Quelles étaient les circonstances du premier événement ? Une question utile est : « Quelle est la première fois où vous vous souvenez avoir ressenti cela ? » ([Shapiro, 2001](#)).

Une technique jamais référencée dans le domaine de la psychothérapie et plus généralement de l'EMDR est celle de **l'entretien cognitif**, qui peut s'avérer particulièrement utile et efficace. L'entretien cognitif est une procédure permettant de recueillir, auprès du témoin ou de la victime un

plus grand nombre de détails et d'informations que celui obtenu au moyen d'un entretien standard ([Demarchi, Py, 2006](#) ; [Memon et al., 2010](#), pour des synthèses récentes des travaux). Il repose notamment sur l'utilisation d'outils de communication et intègre différentes aides mnémotechniques construites à partir des résultats de la recherche cognitive sur la mémoire. Son utilisation est enseignée aux policiers dans de nombreux pays, dont la France.

Il s'agira ici d'utiliser cette technique afin d'aider le patient à identifier l'ensemble des éléments associés aux souvenirs sources, mais aussi aux autres expériences négatives qui depuis l'événement inaugural ont ponctué sa vie. Bien entendu, il ne s'agira pas de procéder de la sorte avec chaque événement recueilli. Ce sera au psychothérapeute de juger de l'adaptation de la démarche à la situation. En tout cas, une telle technique devrait faire émerger à la mémoire certaines caractéristiques des situations pathologiques qui ont pu, pour des raisons cognitives, être escamotées. De ce point de vue, les résultats obtenus à l'issue de ce travail constituent autant de cibles à traiter en EMDR, ceci quelle que soit la typologie du protocole choisi.

Le développement de cette technique repose sur les connaissances approfondies du fonctionnement de la mémoire épisodique, notamment la théorie de l'encodage spécifique ([Tulving, Thomson, 1973](#)) et le principe de la multiplicité des chemins d'accès ([Flexter, Tulving, 1978](#)). Ces principes théoriques ont permis de créer quatre consignes compatibles avec les processus mnésiques mis en jeu dans ce type de tâche.

Le premier principe théorique est la théorie de l'encodage spécifique ([Tulving, Thomson, 1973](#)) qui stipule que la remémoration dépend de la similarité entre les situations d'encodage (par exemple, annonce d'un diagnostic) et de récupération (par exemple, entretien avec le psychologue). Lors d'une scène critique, le patient mémorise les informations les plus importantes, mais aussi les très nombreuses informations concernant l'environnement, ses états mentaux et physiques. Ce sont ces informations contextuelles qui vont aider à la récupération de l'information critique ([Flexter, Tulving, 1978](#) ; [Tulving, Thomson, 1973](#)). Deux des consignes originales de l'entretien cognitif ont pour objectif d'augmenter la similarité entre les situations d'encodage et de récupération :

- la première, appelée consigne d'hypermnésie, incite le patient à rapporter toutes les informations qui lui viennent à l'esprit sans se censurer, y compris celles qui lui semblent peu importantes ou celles dont il n'est pas certain. On doit garder à l'esprit qu'il n'existe qu'un faible lien entre la certitude affichée par un individu et l'exactitude de sa déclaration ([Gwyer, Clifford, 1997](#)). En d'autres termes, un patient peut déclarer n'être pas certain de l'information qu'il rapporte alors que cette dernière est exacte. Inversement, une grande certitude affichée quant à l'information qui vient d'être livrée ne garantit nullement sa véracité ;

- la deuxième consigne issue du principe de l'encodage spécifique est la consigne de remise en contexte mental. Cette dernière incite le patient à repenser aux éléments environnementaux, physiques, émotionnels et humoraux présents lors de l'encodage.

Le deuxième principe théorique est la multiplicité des chemins d'accès à l'information critique ([Tulving, Bower, 1974](#)). Selon ces auteurs, l'accès à une information mnésique peut se faire en empruntant plusieurs chemins possibles. Les consignes de changement d'ordre narratif et de changement de perspective en sont issues. En utilisant la consigne de changement d'ordre narratif, le psychothérapeute peut encourager le patient à se remémorer les faits dans différents ordres temporels, en particulier en décrivant la scène de la fin vers le début. L'objectif de cette mnémotechnie n'est pas tant l'obtention de nouvelles informations que la diminution de l'impact des scripts et schémas sur le récit. Avec la consigne de changement de perspective, le patient peut être invité à décrire la scène selon plusieurs angles de vue, ou à adopter la perspective d'un des protagonistes de la scène ([Anderson, Pichert, 1978](#)). Cette consigne va permettre au patient d'évoquer des informations qu'il n'aurait pas mentionnées selon sa propre perspective narrative.

Protocole adapté de l'entretien cognitif en langue française issu des travaux de Py et al. ([Ginet, Py, 2001](#) ; [Py, Ginet, Desperies, Cathey, 1997](#)) et applicable pour la recherche et la précision des caractéristiques de cibles

Première étape : introduction de l'entretien

Psychothérapeute : « Nous allons ensemble revenir sur la scène... [préciser la scène]. Je vais vous aider dans cette recherche d'informations en vous présentant différentes techniques qui vont faciliter la restitution de vos souvenirs. »

Deuxième étape : énonciation de la consigne d'hypermnésie

Psychothérapeute : « On a pu constater que les patients confrontés à des événements difficiles ont souvent tendance à s'autocensurer, et qu'ils omettent des informations qui leur semblent des détails, mais qui sont quelquefois importantes pour le déroulement de la psychothérapie. La première technique que je vous propose consiste à tout me dire, même les détails qui ne vous paraissent pas importants, et même ceux dont vous n'êtes pas très sûr. Essayez, en fait, de me dire tout ce qui vous vient à l'esprit, d'être le plus complet possible, de parler aussi bien des actions que des personnages ou des objets. Moi, en tant que psychothérapeute, tout m'intéresse, n'importe quel détail, quel qu'il soit. »

Troisième étape : énonciation de la consigne de remise en contexte mental

Psychothérapeute : « Maintenant vous allez me raconter ce que vous avez vu et ce que vous avez vécu au cours de cette scène, je vais vous demander d'effectuer un travail mental qui va vous aider à mieux vous souvenir. Tout

d'abord, repensez au lieu dans lequel vous étiez [marquer une pause de quelques instants afin de laisser au patient le temps de repenser correctement à ce lieu]. Étiez-vous à l'intérieur ou à l'extérieur ? [Pause.] Quelle place occupiez-vous dans ce lieu ? [Pause.] Quelles étaient les personnes éventuellement présentes ? [Pause.] Quel temps faisait-il ce jour-là ? [Pause.] Quelle était la luminosité ? [Pause.] Quels étaient les bruits, les odeurs ? [Pause.] Repensez également à votre humeur au moment de la scène. Étiez-vous triste ? [Pause.] Gai ? [Pause.] Énervé ? [Pause.] Calme ? [Pause.] Angoisse ? [Pause.] Pensez aussi à votre état physique. Étiez-vous en pleine forme ? [Pause.] Ou fatigué ? [Pause.] Aviez-vous faim ? Ou trop mangé ? [Pause.] Aviez-vous soif ? Froid ? Chaud ? [Pause.] Aviez-vous mal quelque part ? [Pause.] Étiez-vous stressé ? [Pause.] Pensez à vos émotions. Avez-vous été ému, choqué, stressé à un moment donné ? [Pause.] À quel moment dans la scène ? [Pause.] Pensez à vos réactions face à la scène [Pause.] Prenez tout le temps qu'il vous faut pour effectuer ce travail. Lorsque vous vous sentirez prêt, vous pourrez commencer à me raconter ce que vous avez vu et vécu. »

Quatrième étape : récit spontané du patient

Lorsque le patient raconte, le psychothérapeute doit veiller à ne pas l'interrompre. Il doit adopter une attitude d'écoute, avec des renforcements non verbaux. Le patient doit se sentir écouté pour ne pas être démotivé. Le psychothérapeute doit également le renforcer et l'encourager à la fin de son récit en le remerciant pour l'effort qu'il vient de faire et en insistant sur l'utilité de son récit pour le travail psychothérapeutique.

Cinquième étape : reformulation et questions synthétiques

Le psychothérapeute, sur la base de ses notes et de sa mémoire peut procéder à une reformulation de la situation. Il posera alors toutes les questions qui lui paraissent utiles et veillera à ce que le patient demeure actif.

Dans la pratique, nous n'avons jamais utilisé le deuxième principe (multiplicité des chemins d'accès) de l'entretien cognitif, qui dans les faits s'est révélé superflu pour l'usage que le psychothérapeute pouvait en faire. Aussi nous avons proposé un protocole adapté qui intègre surtout le premier principe.

La méthode classique du *Float-back*

Dans la littérature sur l'EMDR, le *Float-back* (Browning, 1999) est recommandé pour identifier des cibles pertinentes pour le traitement EMDR. « Cette procédure peut être utilisée quand le patient est incapable d'identifier facilement une cible antérieure pour le traitement » (Shapiro, 2001). Cette technique est basée sur les principes du pont d'affect très utilisés en hypnose. Il s'agit en fait d'une forme d'association libre à partir des expériences émotionnelles actuelles du patient. Le patient part d'une situation ou d'un événement qui active chez lui un état émotionnel particulièrement pathogène (exemple : ressentir de l'oppression en situation d'évaluation professionnelle). Il s'agit

alors d'identifier une image correspondante, une cognition négative (CN) et une émotion. Ensuite, le patient est invité à retourner vers le passé afin de voir si dans son histoire il a déjà ressenti des choses similaires ou s'il a déjà eu ce type de pensées. La formulation des choses est rappelée ci-dessous.

Étapes principales de la méthode classique du *Float-back*

La technique du *Float-back* peut se décomposer selon les étapes suivantes :

1. « Quelle était la dernière fois où vous avez ressenti cela ? »
2. « Gardez dans vos pensées l'image qui vous vient à l'esprit, ainsi que toute pensée qui apparaît en lien avec cela. »
3. « À quel endroit de votre corps ressentez-vous cela¹ ? »
4. « Gardez l'image et ce que vous ressentez et laissez vos pensées vous transporter vers la première fois où vous avez ressenti cela. »

Psychothérapeute : « Vous allez maintenant faire revenir à votre esprit cette image de... et ces mots négatifs... [répétez l'image perturbante et la cognition négative du client]. Quelle(s) émotion(s) ressentez-vous ? À quel endroit dans votre corps ressentez-vous cela ? Laissez maintenant simplement votre esprit flotter en arrière dans le temps (sans rien chercher de particulier) et dites-moi la première scène qui vient à votre esprit où vous retrouver cette pensée... [répétez la cognition négative], ses émotions de... [répétez l'émotion négative] dans votre... [répétez les endroits du corps où le patient a rapporté des sensations]. » Consigne inspirée de [Shapiro, 2001](#).

Lorsque le patient trouve un souvenir perturbant, une image et des CN/CP il est possible de mettre en place la procédure EMDR standard (protocole de base). Classique et la plupart du temps bien maîtrisée par les praticiens EMDR, nous avons fait le choix de ne pas développer le propos sur ce point.

L'approche des deux méthodes développée par [de Jongh et al. \(2010\)](#) : des symptômes aux cibles (SAC) et des croyances fondamentales aux cibles (CFC)

La méthode des symptômes aux cibles (SAC)

Comme son nom l'indique, ce Plan de ciblage prend tout d'abord appui sur les symptômes pour lesquels des souvenirs, qui en seraient à l'origine, peuvent être positionnés de manière linéaire dans l'histoire du sujet. Cette méthode est en fait une articulation du Protocole standard et du protocole pour les phobies ([de Jongh, Ten Broeke, 2007](#) ; [de Jongh et al., 1999](#)). Nous proposerons ici une présentation des différentes phases à respecter dans l'utilisation du SAC, qui seront illustrées à travers une situation clinique, le cas Viviane.

-
1. Cette dimension relative au corps dans la technique du *Float-back*, si elle ne se retrouve pas dans tous les manuels de formation, est présente chez Shapiro (2001). Notons que c'est par l'entremise de la technique du « point d'affect » qu'elle est réintroduite dans la formation des psychothérapeutes EMDR.

Présentation du cas Viviane et application de la méthode SAC

Viviane est une femme de 47 ans. Mère de trois enfants (âgés de 21, 17 et 15 ans), Viviane vit paisiblement dans les Abruzzes en Italie et revient pour de longues périodes en France. Elle travaille dans le social auprès de jeunes enfants et de familles d'accueil avec qui, lors de réunions mensuelles, elle doit aborder différents thèmes relatifs à l'éducation. C'est à l'occasion de ces retours dans sa famille française qu'elle consulte régulièrement. Lorsque Viviane doit animer des séminaires devant les familles d'accueil, elle perd totalement ses moyens. Elle ne comprend pas ce qui lui arrive car il s'agit de familles qu'elle connaît bien et qui sont d'une grande bienveillance avec elle. Quoi qu'il en soit, les vingt-quatre heures qui précèdent ces séminaires de présentation la mettent dans une situation d'angoisse et de doute terrible, qu'elle supporte de moins en moins, car cela a de plus en plus de conséquences sur sa santé (perte de cheveux, perte de poids, troubles digestifs...).

Phase 1 : établir l'ensemble des symptômes ou des plaintes

Le patient exprime un ensemble de symptômes parfois différents. Ces symptômes peuvent renvoyer à des événements sans lien entre eux, qui seront autant de cibles à traiter. Mais il peut apparaître également que différents symptômes renvoient à un événement isolé, source.

Psychothérapeute : « Quels sont les problèmes, les symptômes qui sont présents dans votre vie actuellement, qui font d'ailleurs que vous ayez consulté ? »

Viviane : « Je me sens angoissée, des oppressions qui m'empêchent de respirer, j'ai l'impression d'avoir en permanence une boule dans la gorge, du coup j'ai du mal à manger, je perds du poids... bon, au début, j'avoue que je trouvais ça cool, mais maintenant, je sens que ce n'est pas bon pour moi... J'ai aussi de plus en plus de mal à m'endormir, et le pire maintenant c'est que je me réveille et que du coup je commence à ruminer... Je suis épuisée. Ça, au début, c'était juste quand je me mettais à préparer mes interventions auprès des familles d'accueil avec lesquelles je travaille, mais j'ai l'impression que maintenant, c'est tout le temps. Et quand c'est le jour J, c'est presque de la panique ! »

Psychothérapeute : « Ce qui vous pose problème aujourd'hui, c'est ce qui ce qui vous lie à votre travail ? »

Viviane : « Oui, ça, c'est important, mais il y a aussi des choses dans ma vie privée... C'est difficile avec mon mari, il est adorable, attentionné, mais... un peu trop pressant... sur le plan sexuel... vous voyez ? »

Phase 2 : choix du symptôme (ou du groupe de symptômes) à traiter en premier

Après avoir identifié les grappes de symptômes, il va être déterminant de choisir le symptôme ou la grappe de symptômes qui met le plus en difficulté le patient à ce jour. Pour ce faire, après avoir listé les différentes grappes de symptômes, on va demander au patient ce qu'il souhaiterait voir disparaître en priorité.

Psychothérapeute : « Parmi les problèmes que nous avons listés ensemble [possibilité de montrer la liste], lequel selon vous devrait disparaître pour que vous puissiez commencer à vous sentir mieux à nouveau ? »

Viviane : « Mes angoisses de plus en plus fortes ! Oui, tout à fait, cela me soulagera beaucoup si je me débarrasse de cela, car j'en suis à vouloir tout mettre par terre. »

Phase 3 : identifier l(es) événement(s) source(s) et l(es) événements associé(s) aggravant(s)

Cette phase consiste à établir à trouver un ou des événement(s) qui pourraient être en relation avec l'apparition des symptômes du patient. Il est fréquent que les patients indiquent qu'ils ne savent pas exactement quel est l'événement qui a déclenché leurs problèmes. C'est l'aide du questionnement du thérapeute qui va permettre au patient de faire émerger les souvenirs stockés des événements significatifs. L'objectif à ce stade pour le thérapeute est de positionner sur une ligne du temps les différents événements en lien avec le symptôme présent susceptibles d'émerger chez le patient afin de faire apparaître la chronologie de leur apparition. Cette ligne représentera ici l'évolution de la peur ou de l'angoisse au cours du temps.

Psychothérapeute : « Maintenant il nous faut trouver ensemble quels sont vos souvenirs en lien avec votre peur d'animer vos réunions. Vous serez d'accord avec moi pour dire que vous n'êtes pas née avec cette peur. Elle a donc émergé suite à un événement ou à une série d'événements. Autrement dit, au fil du temps, vous avez appris à appréhender cela. Pour ce faire, je vous propose d'imaginer que vous avez la capacité de remonter le temps, de vous laisser aller à ce voyage et de partir à la recherche de l'événement qui est à l'origine de votre peur, ou de ceux qui peuvent l'avoir aggravée. Pour rendre lisible à vous et à moi tout cela, voici une ligne du temps qui représente l'axe des "x" [tracez avec le patient] qui visualise l'évolution dans le temps de votre peur. Ici [à gauche] je place N pour votre naissance et ici [à droite] votre âge actuel. Chaque fois qu'un événement se présentera, je le noterai sur cette ligne. Vous avez des questions ? Alors commençons. Souvenez-vous, nous avons convenu ensemble que vous n'êtes pas née avec cette peur. Imaginez que vous remontez le temps. À l'origine, au tout début de la ligne du temps, il n'y avait rien, mais à un moment donné sur cette ligne cette peur a démarré. Dans votre souvenir quand a-t-elle commencé ? »

Viviane : « Il y a environ deux ans. J'ai eu une peur la veille d'une présentation. D'ailleurs cette fois-là je n'y suis pas allée, j'ai prétexté un problème de famille pour me désister. C'est cette présentation. Depuis, c'est toujours plus difficile. »

Nous recherchons le souvenir le plus ancien, il s'agit donc d'identifier s'il existe un événement plus ancien qui explique mieux encore le(s) symptôme(s). Les inclure au fur et à mesure sur la ligne du temps.

Psychothérapeute : « Est-ce que vous pensez que vous avez déjà ressenti ces symptômes avant que cet événement ne se produise, même si ce n'est que légèrement ? »

Viviane : « Si bien sûr, j'ai déjà ressenti cela dans ma vie, mais je ne suis pas certaine que cela ait un lien. En fait, il y a cinq ans de cela, j'ai eu un problème sur mon ordinateur. En fait, c'était celui de mon mari parce que moi, je n'y comprends rien. J'appuie sur une touche et il faut que ça marche, d'ailleurs je mets même des étiquettes sur les touches pour ne pas me tromper. Un soir, alors que mon mari était en déplacement, il y a eu un souci grave. Un microbe dans l'ordinateur à cause d'un site que j'ai visité sur Internet et je n'ai pas été vigilante. Le microbe, mais on dit le virus, a tout fait disparaître et mon mari m'en a voulu à mort. J'étais ce soir-là tétanisée par ce que j'avais fait et je n'ai rien dit. »

Au fur et à mesure les événements sont inclus sur la ligne du temps.



Figure 2.1. Représentation sur la ligne du temps des événements ayant déjà provoqué l'anxiété.

Phase 4 : établissement du graphique de l'évolution de l'intensité de la peur au cours du temps

Lorsque l'inventaire des souvenirs est établi, il convient de représenter graphiquement l'évolution des manifestations émotionnelles en fonction de leur sévérité (axe des y). Cette information est importante pour la mise en place de la stratégie de traitement, notamment le choix des cibles à traiter et l'ordre de traitement.

Psychothérapeute : « Sur cet axe des "x", nous avons rassemblé dans l'ordre de leur apparition chronologique l'ensemble des événements en lien avec votre peur. Ce que nous voulons voir maintenant c'est comment l'intensité de votre peur a changé au cours du temps. Je trace maintenant un autre axe, celui des "y", qui va permettre de tracer cette courbe. Cet axe va de 0 (qui signifie aucune peur) à 10 (la plus grande peur). Et je place 10 qui marque la plus grande peur. On essaie ensemble ? Par exemple quelle était l'intensité de votre peur lors de l'événement du virus informatique ? »

Viviane : « Je dirais 6. »

Psychothérapeute : « Maintenant c'est à vous ! Tracez votre courbe qui va nous montrer clairement comment l'intensité de votre peur a changé au cours du temps. Il peut apparaître un "coude" dans votre courbe, cela nous

indiquerai quel(s) événement(s) particulier(s) a eu un impact sur votre peur en augmentant son intensité. Ça va, c'est clair pour vous ? »

Viviane : « Oui, je crois avoir compris. »

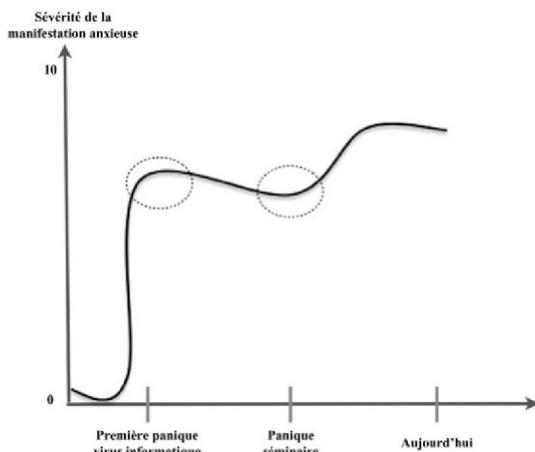


Figure 2.2. Représentation graphique de sévérité de la manifestation anxieuse de Viviane en fonction du temps.

Phase 5 : vérifier l'existence d'autres souvenirs d'événements potentiellement pertinents

Il est toujours recommandé de vérifier l'existence potentielle d'autres souvenirs (exemple : autres scènes) ou d'éléments spécifiques (exemple : dans la scène relative au virus informatique, la vision de l'écran qui affichait des messages d'alerte).

Psychothérapeute : « Y aurait-il encore d'autres situations qui ont pu générer des angoisses similaires ? »

Viviane : « Non, à part cela... Je ne vois pas... »

Psychothérapeute : « Quel(s) événement(s) marquent l'aggravation de votre peur ? Quelle(s) situation(s) selon vous sont à l'origine de votre peur actuelle ? »

Viviane : « C'est vraiment le jour de cette présentation-là, y a deux ans, et cela ne me quitte plus. J'ai eu plusieurs réunions à faire depuis et c'est de pire en pire. »

Psychothérapeute : « Vous souvenez-vous quand elles ont eu lieu ? »

Viviane : « Tous les six mois depuis la première, et la dernière c'était il y a trois semaines. »

Si d'autres souvenirs apparaissent, il faudra peut-être les ajouter à la ligne du temps ou au graphique, mais seulement si cela correspond à un coude dans la courbe.

Phase 6 : détermination des souvenirs à traiter et de l'ordre de traitement

Il convient de traiter tous les souvenirs apparus comme pertinents sur le graphique en suivant l'ordre chronologique d'apparition (de gauche à droite). Mais il est possible de procéder différemment en fonction de la situation présentée par le patient. Notamment si l'on pense qu'un événement récent peut avoir aggravé de façon importante les symptômes du patient. Pour ce faire, on recherche les coudes importants dans la courbe. Des questions posées au patient peuvent servir de guide.

Psychothérapeute : « Parmi tous ces souvenirs, lequel a le plus d'impact maintenant ? Lorsque vous pensez à tous ces souvenirs, lequel provoque le plus de perturbation, de tension ? »

Viviane : « Je voudrais tellement ne plus penser avec panique à cette réunion que j'ai faite il y a deux ans ! »

Phase 7 : traitement des cibles en suivant le Protocole standard

Il s'agit à ce stade de mettre en place le Protocole standard pour chacune des cibles.

Phase 8 : réévaluer les symptômes actuels en vue de la poursuite du traitement

À ce stade, il s'agit d'évaluer dans quelle mesure le traitement a été un succès. Il s'agira alors de compléter le traitement des cibles qui n'ont pas été totalement désensibilisées ($SUD > 0$, pas de CP installée, $VoC < 7$). Lorsque tous les symptômes cibles identifiés ont été retraités, une nouvelle hiérarchie devra être déterminée avec le patient, en y incluant les situations présentes qui continuent à être perturbantes. Le traitement de ces déclencheurs constitue une autre partie du protocole en trois temps (Shapiro, 1995, 2001, 2006). Un autre graphique pourra alors être élaboré pour positionner les événements ou les situations à traiter.

Phase 9 : préparation à l'avenir

Après avoir travaillé sur les événements du passé en lien avec la problématique du patient, ainsi que sur sa situation actuelle (déclencheurs du présent), il s'agira de lui proposer d'envisager de se projeter dans l'avenir afin de savoir quelle réaction il pourrait avoir dans des situations qui étaient jusque-là anxiogènes ou problématiques (identification des situations futures, visualisation des situations futures comme un film...). Si les situations sont positives, les renforcer autant que possible avec des séries de SBA, si les situations sont négatives, il s'agira de les retraiter.

La méthode des croyances fondamentales aux cibles (CFC)

Le point de départ de la CFC concerne les croyances dysfonctionnelles (Beck, 1976). Les pensées dysfonctionnelles sont des distorsions cognitives très courantes. Ce sont des façons de penser stériles, souvent stéréotypées, qui s'appliquent de manière quasi automatique (on parle également de

« pensées automatiques ») et amènent le sujet à avoir une vision négative du monde. Les croyances dysfonctionnelles rigides indiquent généralement qu'il existe plusieurs expériences ou événements pertinents. En fait, il y aura généralement une gamme étendue d'expériences et d'événements, commençant le plus souvent dans l'enfance du patient et traversant sa vie entière. Si les expériences néfastes étaient extrêmes et se sont déroulées dans l'enfance du patient, on peut souvent présumer qu'il existe plus d'une croyance fondamentale dysfonctionnelle. Ceci sera particulièrement vrai dans le cas du trauma complexe ou des troubles de la personnalité.

La méthode CFC décrite a été développée afin d'élargir la gamme des questions traditionnelles utilisées pour trouver les souvenirs pertinents qui peuvent ensuite être traités en EMDR. Cette méthode n'est toutefois pas limitée à l'EMDR, mais peut être utilisée également pour d'autres types d'interventions. Afin de rendre la présentation de cette méthode plus didactique, nous avons fait le choix, comme précédemment, d'accompagner sa description d'une présentation de cas.

Présentation du cas Charles (brevet ou pas brevet ?¹) et application de la méthode CFC

Charles, un adolescent de 14 ans, est en classe de troisième. Il prépare son « brevet des collèges » avec une motivation à géométrie variable, mais ce qui l'inquiète et le perturbe plus encore c'est sa terreur du sang. Dès qu'il se coupe ou saigne pour un motif ou un autre, il a le sentiment qu'il va mourir. Cette situation a développé chez lui un sentiment d'infériorité majeur. Après plusieurs tentatives auprès d'autres collègues, il consulte, espérant comme ses parents que la psychothérapie EMDR pourra l'aider.

¹ Il est important de noter que, au grand soulagement de tous, Charles a eu son brevet...

Phase 1 : identifier la croyance la plus pertinente

Il s'agit ici d'identifier et de formuler la croyance dysfonctionnelle la plus pertinente. Cette croyance dysfonctionnelle peut être discutée à la lumière des échanges préalables et de la connaissance que le psychothérapeute a du cas. Notons qu'il est possible d'avoir plusieurs croyances dysfonctionnelles à traiter et que ces dernières seront traitées les unes après les autres.

Psychothérapeute : « Bien, nous avons eu l'occasion d'évoquer un bon nombre de choses ensemble. À de nombreuses reprises, vous avez dit vous sentir plus nul que les autres à cause de cette peur récurrente et tétanisante que vous avez du sang et plus généralement de la blessure. »

Charles : « Oui, j'en ai honte, mais c'est plus fort que moi. Cela fait longtemps que je pense être un raté à cause de ça, alors même que je réussis des tas de choses et qu'on me le dit. Je suis bon en sport, j'aime me donner à fond dans le bobsleigh. Je chante aussi très bien selon mes proches et j'ai

même remporté des prix dans ce domaine. Je ne comprends pas ce qui se passe... En tout cas, ça m'empêche d'avancer. »

Psychothérapeute : « « Je suis un raté » semble donc assez bien raisonner chez vous ? »

Charles : « Oh oui alors ! »

Phase 2 : identifier les « preuves »

Il s'agit d'identifier avec le patient un certain nombre de souvenirs (trois à cinq), de situations réelles (ou d'événements) de sa vie, dans différents contextes, qui pour lui « prouvent » encore la véracité de la croyance dysfonctionnelle. S'il s'agit d'une croyance fondamentale, il est donc préférable de commencer par une situation aussi ancienne que possible de sa jeunesse. Il ne s'agit évidemment pas de preuves effectives ou indiscutables, mais plutôt d'éléments qui ancrent la croyance dans le parcours de vie du patient et qui sont perçus par lui comme valides.

Psychothérapeute : « Qu'est-ce qui vous a amené à (commencer à) croire que vous étiez un raté ? Quelle situation ancienne "prouve" pour ainsi dire actuellement à vos yeux que vous êtes un raté ? »

Charles : « À l'école, vers 5 ans, je me suis cassé toutes les dents de devant sur un banc. Il y avait du sang partout. »

Psychothérapeute : « Oui, très bien, je note. Laissez aller votre esprit. Quelle autre situation vous vient ? »

Charles : « À l'école encore, plus tard, je suis tombé et ici encore j'ai beaucoup saigné. Mes copains comptaient sur moi pour une sortie et à cause de moi tout a été annulé. »

Psychothérapeute : « Oui, très bien. Encore ? »

Charles : « Je me souviens d'une réunion famille, j'ai cru m'être fait piquer par une guêpe et j'ai paniqué devant tout le monde. »

Phase 3 : précision sur les situations

Demander au patient de rédiger un court texte, chez lui, à propos de chaque expérience spécifique.

Psychothérapeute : « Voilà, j'ai reporté sur une feuille les trois situations que nous avons évoquées ensemble. Je vais vous demander pour notre prochaine séance de rédiger un petit texte à propos de chacune de ces situations. Nous reprendrons ensemble ce texte la prochaine fois. »

Phase 4 : identifier les « preuves » les plus solides

Il s'agit à ce stade d'identifier avec le patient ce qui constitue pour lui la preuve la plus solide qui confirme la croyance dysfonctionnelle à traiter.

Psychothérapeute : « Bien, je vous propose maintenant de classer ces trois situations. Je souhaiterais que vous puissiez le faire en mettant en premier celle qui est la plus représentative du fait que vous soyez un raté. Une fois que vous aurez fait ce choix, vous classerez la deuxième, puis la troisième. Pour vous aider, j'ai inscrit sur trois cartons les trois situations,

ce qui vous permet de les classer en les posant sur la table et en prenant le temps d'y réfléchir. Est-ce clair pour vous ? »

Charles : « Oui, tout à fait... hum. La scène où tout a été annulé à l'école à cause de moi, Je la mettrai en premier... La scène quand je suis tombé petit en deuxième et enfin en dernier celle où j'ai cru que j'avais été piqué par une guêpe. Voilà. »

Phase 5 : identifier « l'image cible » (celle qui prouve le mieux que...)

Pour chacune des situations, il s'agira d'identifier l'image qui prouve le mieux pour le patient que la croyance dysfonctionnelle est correcte. Le psychothérapeute commencera bien entendu par la situation classée en premier dans le classement.

Psychothérapeute : « Revenons sur cette situation à l'école ou tout avait été annulé à cause de vous. Allez la chercher dans votre mémoire. »

Charles : « J'y suis. »

Psychothérapeute : « Quelle image prouve actuellement le mieux que cette croyance, "je suis un raté", est vraie ? »

Charles : « J'étais tout seul et mes copains ne me regardaient plus et ne voulaient plus jouer avec moi. »

Phase 6 : commencer le protocole de base avec la « preuve » la plus solide

Le choix de la CN s'effectue en accord avec les principes du protocole de base. Si l'on travaille sur une croyance fondamentale (« Je suis... »), il ne faut pas perdre de vue que la CN n'aura pas nécessairement la même formulation. La croyance fondamentale est un énoncé général sur soi en tant que personne et peut ne pas être directement liée à une image cible spécifique. Par exemple, il est possible que dans un cas où la croyance dysfonctionnelle fondamentale du client est « Je suis un raté », la CN de l'un des souvenirs cibles apportant des preuves essentielles à cette croyance soit « Je suis impuissant ».

L'approche des deux méthodes développées par [de Jongh et al. \(2010\)](#) est un complément utile qui permet de formuler des hypothèses et d'identifier les cibles à traiter en EMDR. Elle peut facilement être employée en combinaison avec des techniques telles que le pont d'affect ou le *Float-back*.

Conclusion

Avant tout traitement, il est essentiel que le psychothérapeute soit au clair sur la stratégie qu'il compte utiliser pour la prise en charge de son patient. Comme nous l'évoquions, la situation de la maladie impose parfois de sortir des sentiers conventionnels de la psychothérapie et de faire par exemple l'économie du passé pour se focaliser avec le patient sur son vécu actuel ou sur ce qui l'attend dans un futur proche ou plus ou moins lointain, ce futur pouvant à cet égard être aussi la mort. La thérapie EMDR plus que d'autres

sans doute permet un tel écart, qui dans les faits n'en est pas vraiment un. Il s'agit plutôt d'une intelligence psychothérapeutique mise au service de la problématique du patient et qu'il convient d'assumer. Le psychothérapeute EMDR dispose en outre d'une multitude de plans de ciblage qui l'aideront dans l'identification des cibles à traiter et lui permettront au fur et à mesure de la prise en charge de préciser son intervention et d'affiner son niveau de granulosité psychothérapeutique des points à traiter.

L'ensemble de ces aspects relatifs à la stratégie psychothérapeutique sera à intégrer dans les chapitres qui suivront. Ils sont une base essentielle à la mobilisation de tous les protocoles, quels qu'ils soient.

Les 5 points clés du chapitre

- Débuter une prise en charge peut présenter des difficultés pour le psychothérapeute. Pour mettre en place sa stratégie psychothérapeutique, il peut dans un premier temps établir la perspective temporelle du traitement, qui sera la plus adaptée à la problématique du patient.
- La perspective « passé, présent futur » doit (et cela sera particulièrement le cas avec la maladie) être réinterrogée, adaptée, voire bouleversée en fonction de la situation clinique du patient, de sa maladie et de son stade d'évolution.
- L'utilisation des questions directes et une relance de l'entretien cognitif peuvent être avantageusement utilisées comme techniques de Plan de ciblage.
- La méthode du *Float-back*, plus classique dans le champ de la prise en charge EMDR, reste une méthode de choix pour le Plan de ciblage.
- [De Jongh et al. \(2010\)](#) proposent deux méthodes de plans de ciblage, le SAC et le CFC. Issues des recherches sur les phobies, ces méthodes se révèlent particulièrement adaptées pour la prise en charge des malades chroniques.

Références

- Anderson, R. C., & Pichert, J. W. (1978). « Recall of previously unrecallable information following a shift in perspective ». *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 17, 1-12.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Browning, C. (1999). « Floatback and float forward: Techniques for linking past, present, and future ». *EMDRIA Newsletter*, 4(3), 3412.
- De Jongh, A., & Ten Broeke, E. (2007). « Treatment of specific phobias with EMDR: Conceptualization and strategies for the selection of appropriate memories ». *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 46-57.
- De Jongh, A., Ten Broeke, E., & Meijer, S. (2010). « Two method approach: A case conceptualization model in the context of EMDR ». *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(1), 12-21.
- De Jongh, A., Ten Broeke, E., & Renssen, M. R. (1999). « Treatment of specific phobias with eye movement Desensitization and reprocessing (EMDR): Protocol, empirical status, and conceptual issues ». *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 69-85.

- Demarchi, S., & Py, J. (2006). « L'entretien cognitif : son efficacité, son application et ses spécificités ». *Revue québécoise de psychologie*, 27(3), 177-196.
- Flexter, A., & Tulving, E. (1978). « Retrieval independence in recognition and recall ». *Psychological Review*, 85, 153-171.
- Ginet, M., & Py, J. (2001). « A technique for enhancing memory in eyewitness testimonies for use by police officers and judicial officers: The cognitive interview ». *Le Travail humain*, 64, 173-191.
- Gwyer, P., & Clifford, B. R. (1997). « The effects of the cognitive interview on recall, identification, confidence and the confidence/accuracy relationship ». *Applied Cognitive Psychology*, 11, 121-145.
- Memon, A., Meissner, C. A., & Fraser, J. (2010). « The cognitive interview: A meta-analytic review and study space analysis of the past 25 years ». *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(4), 340-372. doi: 10.1037/a0020518.
- Py, J., Ginet, M., Desperes, C., & Cathey, C. (1997). « Cognitive encoding and cognitive interviewing in eyewitness testimony ». *Swiss Journal of Psychology*, 56, 33-41.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). *Les Psychotraumatismes*. Paris: Dunod.
- Tulving, E., & Bower, G. H. (1974). « The logic of memory representations ». In G. H. Bower (Ed.), *The Psychology of Learning and Motivation* (pp. 265-301). New York: Academic Press.
- Tulving, E., & Thomson, D. M. (1973). « Encoding specificity and retrieval processes in episodic memory ». *Psychological Review*, 80, 359-380.

3 Optimiser le bien-être et les performances avec la thérapie EMDR

Introduction

Le bonheur, le bien-être et le fonctionnement optimal sont autant de notions importantes à prendre en compte pour qui s'intéresse à la santé des individus. Il s'agit aussi de concepts centraux de la psychologie positive ([Martin-Krumm, Tarquinio, 2011](#)), qui peut se définir comme « *l'étude des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des individus, des groupes et des institutions* » ([Gable, Haidt, 2005](#)).

Depuis la naissance de la psychologie moderne, il y a un peu plus de cent ans, la définition de la santé mentale s'est limitée à la « réduction des troubles neuropsychiatriques ». Il y a encore dix ans, 90 % des articles scientifiques en psychologie étaient consacrés aux troubles comme l'angoisse et la dépression. La psychiatrie biologique conçoit la sérénité comme un fragile équilibre de neurotransmetteurs toujours prêt à se dérégler. Dans cette psychologie classique, l'individu n'est que la résultante de conflits de l'enfance, d'instincts malsains plus ou moins jugulés, ou de forces biologiques qu'il ne contrôle pas.

La nouvelle psychologie annoncée par Seligman (2002) est tout autre. Il ne s'agit plus d'aider les gens à passer sur une échelle de satisfaction de -5 à 0 (d'un mal-être optimum à une situation de stabilisation) mais de permettre à chacun de passer de 0 à +5 (c'est-à-dire à une optimisation du bien-être). La psychologie positive est de ce point de vue plutôt révolutionnaire, car elle s'intéresse à ce qui rend les gens heureux. Son objectif est de développer la capacité d'aimer et d'être aimé, de donner du sens à nos actions, d'être responsable de ce que nous pouvons changer et d'être résilient face à ce que nous ne pouvons pas éviter.

Fondamentalement, la fonction de la psychothérapie est de contribuer au développement de ce bien-être, en prenant en charge la souffrance psychique. Mais la psychothérapie peut aussi s'envisager dans le cadre d'une prévention du mal-être, d'une optimisation et d'une consolidation du mieux-être et de la qualité de vie des personnes.

Une telle posture peut étonner, voire choquer les tenants d'une conception traditionnelle de la psychothérapie. La psychothérapie positive, puisque c'est de cela qu'il s'agit ici, s'adresse à toute personne souhaitant

devenir plus heureuse, développer son bien-être, atteindre ses objectifs, mettre à profit ses points forts au quotidien et en connaître davantage sur elle-même. La psychothérapie positive peut aussi être appliquée dans un but préventif, afin par exemple de prévenir l'apparition d'un trouble dépressif ou d'anticiper une rechute. Ainsi, la psychothérapie peut avoir une autre fonction et s'envisager en amont de la survenue des troubles psychiques. C'est là une nouveauté, que l'on doit justement au développement de cette psychologie positive ([Martin-Krumm, Tarquinio, 2011](#)) et dans laquelle l'EMDR peut jouer un rôle. C'est la raison pour laquelle, avant d'aborder des problématiques relevant d'une conception plus psychopathologique propre à cet ouvrage, il nous a semblé opportun de proposer une ouverture sur cette nouvelle conception du soin psychique, à propos duquel l'EMDR peut être d'un intérêt certain.

Ce chapitre débutera donc par une présentation de certains concepts de la psychologie et de la psychothérapie positives pour ensuite présenter trois des protocoles parmi les plus utilisés dans ce domaine où l'on trouve aussi par exemple le *Put your best foot forward* de [Kinowski \(2003\)](#), le Duo dynamique de [McKelvey \(2009\)](#) ou encore le DeTur de [Popky \(2005\)](#). Il s'agit du DIR d'Andrew Leeds ([Leeds, 1995](#) ; [Korn, Leeds, 2002](#)), du Peak Performance de [Lendl et Foster \(1997\)](#), et du protocole d'optimisme de [Regourd-Laizeau, \(2013\)](#). Au-delà de l'aspect fonctionnel de ces protocoles, qui seront mis ici à la disposition des praticiens, nous nous livrerons à une réflexion sur les dimensions communes de ces protocoles, afin d'extraire de cette tendance à leur démultiplication les éléments les plus à même de consolider une clinique créative et efficace. Ensuite, nous proposerons quelques exercices susceptibles d'être délivrés aux patients dans le cadre d'un usage hors cabinet, mobilisables en cas de besoin.

Une approche positive de la santé et de la psychothérapie

La prise en charge du bien-être peut être une mission des psychothérapeutes. La raison en est simple : être bien dans sa tête et dans son corps est la condition d'une vie équilibrée. C'est en tout cas ce que montrent les travaux dans le domaine, qui n'ont pas manqué de promouvoir cette typologie de prise en charge qu'est la psychothérapie positive.

Le bien-être et la santé !

Le lien entre le bien-être et la santé a été mis en évidence à de nombreuses reprises par la science et constitue pour tous les professionnels de la santé une évidence ! On montre, par exemple, que les gens heureux avec un sentiment de bien-être plus élevé adoptent des comportements en adéquation avec l'idée de bonne santé (alimentation saine et équilibrée, activité

physique, meilleur respect des consignes médicales en cas de problème de santé...) par opposition aux gens qui ont un sentiment de bien-être moins établi (Audrain, Schwartz, Herrera, Golman, Bush, 2001). Une étude a par exemple mis en évidence que les patients atteints d'insuffisance rénale qui se disaient heureux vivaient en moyenne quatre ans de plus que ceux qui n'avaient pas le sentiment de l'être (Devins et al., 1990). À propos de patients cardiaques, on a montré que les plus dépressifs étaient également ceux chez qui la santé se détériorait le plus vite au fil du temps, notamment en termes d'aggravation des symptômes cardiaques (Clarke et al., 2000). D'autres recherches ont également montré, au début des années cinquante, que les patients les plus optimistes vivaient en moyenne huit ans de plus que les patients les plus pessimistes (Maruta et al., 2000).

Dans le cadre du cancer cette fois, Faller et al. (1997) ont montré que l'espoir était également associé à une durée de survie plus longue. Vitaliano et al. (1998) soulignent que parmi les patients atteints du cancer, le fait de vivre des petits événements positifs et moins d'ennuis quotidiens étaient corrélés avec le fait de posséder plus de cellules NK¹, ce qui montre un lien entre la présence d'états psychologiques positifs et l'activation du système immunitaire. C'est ce que confirment Solomon et al. (1997) en ayant mis en évidence une augmentation de la fonction immunitaire chez les sujets ayant ressenti des humeurs positives et une baisse de cette même fonction immunitaire après des états d'humeur plus négatifs.

L'optimisme semble prédire une évolution positive de la maladie. Ainsi, un nombre élevé de symptômes d'angine de poitrine² semble plus souvent le propre des patients cardiaques les moins optimistes (Fitzgerald et al. 2000), qui non seulement disposent d'une moins bonne fonction pulmonaire (Kubzansky et al. 2002), mais qui en plus semblent avoir la durée de vie la plus courte (Kubzansky et al. 2001).

En ce qui concerne les problèmes de santé plus bénins, on montre également que plus les personnes développent des émotions positives, moins elles développent les symptômes du rhume lorsqu'elles sont exposées au virus (Cohen et al., 2003). Le tiers le moins heureux parmi les participants de cette étude avait en effet 2,9 fois plus de chances de développer un rhume que le tiers le plus heureux.

-
1. Les cellules *Natural Killer* (NK) font partie de cette première ligne de défense de l'organisme. Elles sont capables de tuer sélectivement les cellules tumorales ou infectées par des microbes tout en sécrétant des messagers chimiques appelés cytokines, qui stimulent et orientent la réponse des lymphocytes B et T.
 2. L'angine de poitrine, nouvellement appelée « angor », est une pathologie assez courante dans les pays développés. Elle se traduit par une douleur forte, comme une barre dans la poitrine. Elle peut parfois être irradiante et se prolonger dans l'épaule, le dos, le bras gauche, voire parfois dans la mâchoire inférieure. Les origines de cette douleur proviennent d'une souffrance du cœur liée à un manque d'oxygène.

L'idée de psychothérapie positive

Dans le champ de la psychologie positive, la psychothérapie positive (Rashid, Csillik, 2009) est une nouvelle approche thérapeutique validée empiriquement, qui a comme objectif d'éliminer les symptômes psychopathologiques et surtout de promouvoir le bonheur et le bien-être, en construisant des émotions positives, des forces de caractère, et en contribuant à donner un sens à la vie. Il s'agit d'une approche thérapeutique créée au sein de la psychologie positive, qui se donne comme objectif d'élargir la portée de la psychothérapie traditionnelle. Les bases théoriques de la psychothérapie positive sont essentiellement humanistes, se fondant sur l'idée que l'être humain a une tendance innée à un développement et à un fonctionnement optimal, c'est-à-dire à l'actualisation de son propre potentiel (Maslow, 1968 ; Rogers, 1959). La psychothérapie se présente comme une option susceptible de restaurer un développement optimal. L'une des hypothèses principales de cette approche n'est donc pas l'éradication des symptômes psychopathologiques et des faiblesses des sujets, mais plutôt le développement des forces et des capacités personnelles (Govindji, Linley, 2007).

Le rôle de la psychothérapie peut donc être non seulement d'aider les patients à assouplir voire éliminer leurs troubles psychopathologiques, mais aussi de faire émerger et de consolider le courage, la bonté, la modestie, la persévérance, ainsi que l'intelligence émotionnelle et sociale. En effet, si l'éradication des symptômes négatifs rend la vie moins douloureuse, c'est la présence de ces dimensions positives qui la rend plus satisfaisante.

Précisons enfin que plusieurs études montrent que le fait de se centrer explicitement en psychothérapie sur des émotions positives (telles que l'espoir) s'avère efficace (Cheaven et al., 2006). De surcroît, Fitzpatrick et al. (2006) ont montré que le fait d'engendrer des émotions positives – en particulier dans la première partie de la psychothérapie – crée une ouverture des patients vers le processus thérapeutique. Fitzpatrick et Stalikas (2008) ont trouvé que les émotions positives sont des parties intégrantes et importantes du processus de changement, au point qu'elles devraient être sérieusement considérées comme des facteurs communs de l'efficacité des thérapies, ce qui milite en faveur d'une prise en compte de ces dimensions dans le contexte général de la psychothérapie.

Les protocoles de potentialisation des ressources utilisées par l'EMDR

Les travaux sur la thérapie EMDR ont suscité d'autres développements et applications, très proches des propositions et des orientations de la psychologie positive. Certes, une telle approche n'a été ni conçue dans ni

développée pour le cadre théorique de la psychologie positive. Cependant, certains protocoles relèvent à n'en pas douter de cette démarche et méritent d'être connus des praticiens. C'est par exemple le cas du Protocole de développement et d'installation des ressources (DIR, mais on trouve souvent l'acronyme anglophone RDI) d'Andrew [Leeds \(1995\)](#), du *Peak Performance* de [Foster et Lendl \(1996\)](#), du protocole DeTUR *Desensitization of Triggers and Urge Reprocessing* ([Popky, 2005](#)), du Protocole d'optimisme de [Regourd-Laizau \(2013\)](#), du *Put your best foot forward* (partir du bon pied) de [Kinowski \(2003\)³](#) ou du Duo dynamique d'Ann Marie [McKelvey \(2009\)⁴](#). Ces protocoles et les éléments qui s'y rapportent ont été particulièrement bien positionnés dans le travail de thèse de Martine [Regourd-Laizeau \(2013\)](#), soutenue à l'université de Lorraine. Ce travail de recherche est en effet, le seul travail académique francophone ayant fait l'articulation théorique et scientifique entre l'EMDR et la psychologie positive ([Regourd-Laizeau, Tarquinio, Martin-Krumm, 2012](#)), et à ce titre il mérite d'être souligné !

Nous avons fait le choix de ne présenter dans ce chapitre que trois protocoles qui, selon nous, restent parmi les plus représentatifs de la contribution de l'EMDR au champ de la psychologie positive. Fonctionnels, ils sont souvent utilisés par les cliniciens qui sont plutôt satisfaits de leur efficience. Ainsi, nous présenterons, le DIR d'Andrew [Leeds \(1995\)](#), le *Peak Performance* de [Foster et Lendl \(1996\)](#) et le Protocole d'optimisme de [Regourd-Laizau \(2013\)](#).

-
3. Ce protocole en huit étapes a pour but d'aider les patients à accéder corporellement à une source de confiance en eux-mêmes dans le cadre du traitement de problèmes chroniques par un traitement somato-sensoriel, ce en quoi il se distingue du Protocole standard, du renforcement de ressources de [Leeds \(1995\)](#) et de celui de [Foster \(2012\)](#). Ce protocole apparaît comme un moyen de contourner l'impossibilité de verbaliser, et du coup d'éviter l'échec thérapeutique, pour accéder à des expériences positives sans passer par des réponses verbales ou l'analyse mentale. On demande alors au patient d'adopter la posture qui serait la sienne si le changement s'était produit et que le bien-être était revenu.
 4. [McKelvey \(2009\)](#) propose quant à elle d'intégrer huit applications de la psychologie positive dans les séances EMDR. Certaines de ces applications, que l'on qualifiera de « directes », bénéficient de stimulations bilatérales alternées. D'autres dites « indirectes » servent à élaborer des cognitions qui serviront ensuite de base à des séances ultérieures. Dans un premier temps, elle propose au patient de compléter *via Internet* le questionnaire « *via-inventory of strengths* » (VIA-IS) des forces de caractère de Peterson et [Seligman \(2004\)](#). Dans un second temps, elle discute avec le patient des résultats obtenus qui se structureront autour de six dimensions ou forces principales (sagesse/connaissance, courage, humilité, justice, tempérance et transcendance). Enfin, elle intègre ces dernières au cours des séances d'EMDR.

Le protocole de développement et d'installation de ressources (DIR) de Leeds (1995)

C'est en 1995 que Leeds ([Korn, Leeds, 2002](#)) a introduit les termes « développement et installation des ressources » (DIR) avec le projet d'utiliser des stimulations bilatérales pour traiter du matériel positif, (images, souvenirs et symboles).

Les ressources psychiques sont une sorte de réservoir dans lequel nous pouvons puiser. Il peut s'agir d'événements de vie, de situations, de cognitions, de personnes réelles et/ou imaginaires qui ont pu nous éclairer positivement dans notre vie et nos épreuves. Ainsi, le DIR se centre exclusivement sur la stimulation des ressources positives et fonctionnelles dans les réseaux de mémoire ([Leeds, Shapiro, 2000](#)) en évitant délibérément de stimuler le matériel des réseaux de mémoire dysfonctionnels. Il s'inspire des méthodes de renforcement de l'ego issues de l'hypnose ([Frederick, McNeals, 1999](#)) et s'en différencie par l'ajout des stimulations bilatérales ([encadré 3.1](#)) propres à l'EMDR. Ces stimulations bilatérales sont censées conduire à une augmentation spontanée et rapide de l'intensité affective liée à un réseau de mémoire positif, ainsi qu'à des associations avec des émotions vives, riches, provenant de ce réseau fonctionnel et adaptatif. Cette augmentation dans l'intensité des émotions positives et les nouvelles associations fonctionnelles apportent du matériel utile pour le renforcement conscient de l'ego. Cela permet au patient de renforcer son habileté à accéder à des adaptations affectives, cognitives et comportementales. Ces réseaux de mémoire fonctionnels pourront se révéler particulièrement utiles quand le patient sera confronté plus tard à d'autres stimuli potentiellement pathogènes. Mais ils peuvent aussi être stimulés, pour maintenir ou optimiser une qualité de vie déjà bonne.

Encadré 3.1

Les stimulations bilatérales alternées (ou SBA)

Initialement, ce qui caractérisait l'EMDR était l'usage de mouvements oculaires oscillant de droite à gauche à une fréquence plus ou moins soutenue selon les cas et (il faut bien le dire) selon les époques. Classiquement le patient est invité à suivre le mouvement que le praticien fait avec ses doigts ou avec un objet (baguette, boule, faisceaux de lumière...) devant ses yeux à une distance de confort préalablement entendue. Il se trouve que dans la pratique, il est possible d'utiliser d'autres stimulations bilatérales que les seuls mouvements oculaires. On peut en effet proposer au patient qui serait moins sensible ou moins réactif à ces mouvements oculaires des tapotements (ou *tapping*) qui porteront de façon alternée sur les genoux, les épaules ou encore les pieds (dans ce cas, le patient peut ou non selon les cas fermer les yeux et être attentif aux contacts tactiles que va opérer le

praticien sur différentes parties du corps). Il peut aussi s'agir de sons diffusés de façon alternée dans les oreilles. Il faut alors s'équiper d'appareils spécialement conçus pour cet usage qui permettent de faire varier l'intensité, la nature, ainsi que la fréquence des sons. Quatre remarques importantes :

1. c'est au psychothérapeute de décider quelles sont les stimulations les plus indiquées pour le patient. On notera à cet égard que les tapotements (notamment les yeux fermés) conduisent le patient à mobiliser plus d'émotions, alors que les mouvements oculaires semblent parfois convoquer un travail d'élaboration intellectuelle plus massif (attention, c'est loin d'être la règle !) ;
2. les stimulations ne sont pas exclusives l'une de l'autre. On peut utiliser une forme de stimulation suivie d'une seconde (exemple : commencer par des mouvements oculaires et poursuivre à la suite par du *tapping* ou inversement) ;
3. une piste encore peu explorée consiste à associer deux types de stimulation de façon simultanée. Il s'agit par exemple de faire du *tapping* sur les genoux ou les mains du patient tout en lui demandant de suivre simultanément le mouvement avec ses yeux. C'est une ouverture encore peu envisagée par les psychothérapeutes et la recherche ;
4. si dans la pratique clinique toutes ces stimulations sont utilisées et adaptées par les praticiens avec succès, il n'en demeure pas moins que la recherche éprouve encore quelques difficultés à expliquer les phénomènes observés dans la pratique clinique.

Le DIR a d'abord été proposé comme une stratégie de stabilisation pour les patients souffrant de trauma complexe afin de les stabiliser psychiquement et de ne pas trop les bousculer émotionnellement lors du processus psychothérapeutique. Le sujet est alors accompagné dans l'identification de souvenirs et d'images associés à un état émotionnel positif ou à des comportements adaptatifs. Le praticien fera appel à des séries de SBA courtes et lentes (soit 6 à 12 mouvements bidirectionnels par série pour le DIR, contre 24 à 36 pour l'EMDR).

Le but du DIR n'est pas d'installer des souvenirs positifs ou de rendre des souvenirs positifs plus clairs. Les souvenirs positifs et les scénarios imaginés évoqués pendant le DIR ont plutôt pour vocation d'aider le patient à créer et à répéter de nouvelles compétences positives construites à partir d'une gamme d'associations en lien avec des images, des émotions, des sensations, des croyances et des actions remémorées et imaginées. Ces nouveaux souvenirs forment alors des ressources qui, lorsqu'elles sont consciemment activées, permettent aux patients d'accéder à un état de mieux-être qui peut les aider à faire face aux difficultés présentes et futures de la vie quotidienne ou de la psychothérapie.

Le protocole de développement et d'installation de ressources (DIR) de Leeds (1995)

Phase 1 : identification des ressources nécessaires

• **Consigne classique** : « Je voudrais que vous pensiez à une situation particulièrement difficile dans votre vie actuelle. Lorsque vous pensez à cette situation, quelles sont les qualités, les ressources ou les forces qui vous manquent et dont vous auriez besoin pour affronter la situation ? Que voudriez-vous penser de vous-même dans cette situation ? Comment voudriez-vous vous sentir ? »

ou

• **Consigne alternative possible** : « Je voudrais que vous pensiez à une situation de vie (travail, sport, vie de famille) que vous voudriez améliorer ou dans laquelle vous souhaiteriez être encore plus performant(e). Lorsque vous pensez à cette situation, quelles sont les qualités, les ressources ou les forces qui vous manquent et dont vous auriez besoin pour affronter la situation ? Que voudriez-vous penser de vous-même dans cette situation ? Comment voudriez-vous vous sentir ? »

Les réponses possibles sont :

« Je voudrais me sentir plus fort(e), plus sûr(e), plus connecté(e), plus courageux(se), plus confiant(e), plus déterminé(e), plus souple... J'ai besoin de renforcer ma confiance... Je veux croire en moi... Je veux être capable de me calmer... Je veux être capable de tolérer et de gérer mes sentiments et mes émotions... Je veux me sentir aimé(e)... »

Phase 2 : exploration et développement des différents types de ressources (choisir selon les cas a, b ou c)

a. Expériences et images associées au succès

« Pensez à un moment où vous vous êtes senti(e)... [exemples : fort(e), confiant(e), apaisé(e), capable de tolérer vos sentiments]. Pensez à un moment où vous avez pu, où vous avez été capable de vous comporter avec plus... [exemples : de confiance en vous, de courage, de souplesse]. »

« Dans quelles situations de vie avez-vous été capable d'avoir cette qualité ou ce sentiment que vous aimeriez avoir ? Cela vous met-il en relation avec certaines parties de vous-même [exemples : la partie de vous que vous qualifieriez de sage, de professionnelle, de guerrière, de dominatrice...]. Pouvez-vous voir une image ou vous construire une image de vous-même dans l'avenir [ou le futur] où vous posséderiez les qualités où les ressources dont il est question ici, qui vous manquent et dont vous avez besoin ici ? »

b. Ressources relationnelles (modèles et figures de référence)

« Pensez à des personnes dans votre vie actuelle ou qui ont fait partie de votre passé et qui possèdent ou incarnent selon vous cette qualité. Pensez à cette personne que vous pourriez avoir dans un coin, qui vous applaudirait,

vous coacherait et vous aiderait à vous sentir... [exemples : plus fort(e), plus confiant(e), etc.]. Pensez à vos amis, parents, enseignants, soignants, thérapeutes. Pensez à des personnes où qu'elles se trouvent dans le monde qui possèdent ou qui contiennent cette qualité ou qui l'incarnent et qui pourraient vous servir de modèle [exemples : stars de la télé, personnalités publiques. Il peut aussi s'agir de personnages de livres, de films ou de bandes dessinées]. Pensez à vos mentors si vous en avez, ou à des gens qui ont eu un rôle important dans votre vie. Avez-vous un guide spirituel, quelqu'un ou quelque chose qui vous donne espoir ? Y a-t-il des animaux que vous associez à ces sentiments ou qualités positives ? »

c. Métaphores et ressources symboliques

« Pensez à toutes les images, les symboles ou les métaphores qui vous aideraient à vous sentir... [exemples : calme, apaisé(e) aimé(e), protégé(e)...]. Pensez à des images ou des symboles positifs que vous avez utilisés dans vos œuvres d'art, vos dessins [exemple : un arbre qui peut à la fois symboliser la force et la flexibilité]. »

Phase 3 : développement des ressources : accéder à plus d'informations

Travaillez une ressource à la fois. « Quand vous pensez à... [exemples : l'expérience, la personne, le symbole, etc.], que voyez-vous ? Que ressentez-vous ? Quelles émotions ressentez-vous ? Quelles sensations ressentez-vous dans votre corps ? »

Phase 4 : vérification de la ressource

« Quand vous vous concentrez sur... [répéter la description de l'image] et que vous vous attachez... [répéter la description des sentiments, des sensations, des odeurs, des sons, etc.], comment vous sentez-vous ? [Vérifier si l'association a effectivement un effet positif. Vérifier si le patient tolère la connexion à la ressource sans connotations négatives ou affects.] Comment vous sentez-vous maintenant ? »

Par la suite les praticiens EMDR ont ajouté une mesure autorapportée notée de 1 (complètement faux) à 7 (complètement vrai) permettant d'évaluer le niveau d'adéquation entre la situation problématique et la ressource travaillée. C'est là un aspect intéressant de la procédure, qui permet de voir évoluer l'indicateur tout au long de la procédure.

« Lorsque vous pensez à la situation... [situation problématique], ainsi qu'à la ressource [ceci est à reprendre pour chaque ressource s'il y en a plusieurs] que vous aimeriez travailler, à combien sur une échelle notée de 1 (complètement faux) à 7 (complètement vrai) ressentez-vous comme vraie l'adéquation entre les deux ? »

Phase 5 : installation de ressources

« Maintenant, concentrez-vous sur... [répéter mot pour mot la description du patient de l'image, ainsi que les émotions et les sensations associées] et

suivez mes doigts [s'il s'agit de mouvements oculaires, si c'est autre chose, adapter la consigne au type de stimulation]. »

Le clinicien fournit alors plusieurs séries courtes (6 à 12) de stimulation bilatérale. Après chaque set, le clinicien pose la même question : « Que ressentez-vous ou remarquez-vous maintenant ? » La stimulation bilatérale ne doit pas être poursuivie si le patient signale des associations négatives. Le matériel négatif sera contenu soit en sollicitant l'imaginaire du patient, en lui proposant de le déposer dans un contenant de son choix (un coffre-fort, le cabinet du thérapeute...), soit en proposant de recommencer le processus avec une autre ressource.

Phase 6 : renforcement des ressources : association avec des indices verbaux ou sensoriels

« Imaginez que vous allez un peu plus loin dans la connexion avec cette ressource [en fonction de la phase 2, choisir a, b ou c]. »

« Quand vous vous rappelez ou que vous vous connectez à cette expérience [expérience de succès], quels sont les mots les plus positifs que vous pourriez trouver pour dire quelque chose de positif sur vous-même maintenant ? »

« Quand vous pensez à cette personne [ressources relationnelles] et que vous l'imaginez à côté de vous et qu'elle vous donne et vous dit ce dont vous avez besoin, imaginez comme un processus de fusion progressif entre vous et elle. Quels sont les mots les plus positifs que vous pourriez trouver pour dire quelque chose de positif sur vous-même maintenant ? »

« Imaginez maintenant cette ressource [métaphores et ressources symboliques] dans vos mains. Imaginez être entouré(e) de cette image ou de ce sentiment. Imaginez respirer ce sentiment et observez à cet égard où dans votre corps vous sentez que cette qualité positive se manifeste. »

Continuez avec des sets de stimulation bilatérale aussi longtemps que le traitement semble utile et optimiser le caractère positif de la situation.

Phase 7 : établir un Scénario du futur

« Imaginez que vous disposez de cette ressource à l'avenir lorsque vous faites face... [décrire la situation difficile identifiée plus tôt]. Soyez conscient(e) de votre ressource. »

Continuer avec de courtes séries de stimulation bilatérale tant que le traitement apparaît utile.

« Lorsque vous pensez à la situation... [situation problématique], ainsi qu'à la ressource [le faire pour chaque ressource s'il y en a plusieurs] que nous avons travaillée, à combien sur une échelle notée de 1 (complètement faux) à 7 (complètement vrai) ressentez-vous comme vraie l'adéquation entre les deux ? »

Ce processus peut être répété pour chacune des ressources que le patient souhaite renforcer.

Présentation du cas Éléonore et application du DIR

Éléonore est une étudiante en droit âgée de 20 ans. Aînée d'une fratrie de trois enfants (une sœur et un frère), elle s'est engagée corps et âme dans ses études sachant parfaitement quel parcours professionnel elle envisage. Après sa licence, elle souhaite intégrer un master à l'étranger afin de s'orienter vers le droit fiscal. Bien qu'Éléonore travaille beaucoup, elle a le sentiment que les résultats obtenus ne sont pas à la hauteur de ses attentes. Elle a l'impression de manquer de concentration lors des épreuves et d'être perturbée par une certaine crainte, et peut-être un manque de confiance en soi. Elle semble étonnée de ses ressentis, car Éléonore se sent plutôt en confiance et « fonceuse » comme elle aime à se décrire. Elle consulte donc pour obtenir une aide sur ce point précis. Engagée dans une psychothérapie depuis quelques mois, c'est sur les conseils de sa psychothérapeute qu'elle souhaite optimiser cet aspect des choses grâce à l'EMDR. Après un premier entretien et un contact pris avec sa psychothérapeute, nous lui proposons le Protocole de développement et d'installation de ressources (DIR) de [Leeds \(1995\)](#). Après une explication très précise de la démarche et de l'objectif, nous le mettons en œuvre dans le cadre d'une séance d'une heure.

Dans un premier temps, il convient de définir la perspective temporelle de la prise en charge ([tableau 3.1](#)). Dans le cas d'Éléonore, cette dernière étant déjà engagée dans un travail psychothérapeutique et n'ayant pas ressenti de tels problèmes par le passé et devant l'imminence de l'approche de ses partiels, il s'agira en première instance d'aller puiser dans les ressources positives de son passé les éléments susceptibles de la soutenir dans ses études. La perspective temporelle adoptée est donc celle d'une intervention clinique sur le présent et le futur. En effet, il ne s'agit en aucun cas d'aller fouiller les éléments du passé pour les traiter. Il s'agit d'aller puiser, dans les ressources positives du passé, les éléments susceptibles d'alimenter les expériences présentes et futures de la patiente.

Tableau 3.1. Perspective temporelle dans l'application du DIR.

Passé	Présent	Futur
Ø	1	2
Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	Déclencheurs actuels	Défis futurs

Phase 1 : identification des ressources nécessaires

Psychothérapeute : « Éléonore je voudrais que vous pensiez à ces situations d'examen qui semblent parfois vous perturber et que vous voudriez améliorer pour être plus performante. Lorsque vous pensez à cette situation, quelles sont les qualités, les ressources ou les forces qui vous manquent et dont vous auriez besoin pour affronter la situation ? Que voudriez-vous penser de vous-même dans cette situation ? Comment voudriez-vous vous sentir ? »

Éléonore : « Je voudrais avoir encore plus confiance en moi. Je veux me sentir plus zen, plus sûre de moi, parce que je sais et que je travaille. »

Psychothérapeute : « Si je comprends bien, vous voudriez vous sentir plus en confiance quand vous êtes en situation d'examen. »

Éléonore : « Oui, c'est bien cela. »

Phase 2 : exploration et développement des différents types de ressources

À la lumière de la connaissance que nous avions de la patiente (anamnèse), nous avons ouvert sur la perspective d'une personne de son entourage susceptible d'être une ressource.

Psychothérapeute : « Pensez à une personne dans votre vie actuelle ou qui fait partie de votre passé et qui possède ou incarne selon vous cette qualité. Pensez à cette personne que vous pourriez avoir dans un coin, qui vous applaudirait, vous coacherait et vous aiderait à vous sentir plus en confiance. Avez-vous des gens qui ont eu un rôle important dans votre vie et que vous associez à ce sentiment ? »

Éléonore : « Oui, mon père. »

Phase 3 : développement des ressources : accéder à plus d'informations

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à votre père, que voyez-vous ? Quelles émotions ressentez-vous ? Quelles sensations ressentez-vous dans votre corps ? »

Éléonore : « Je le vois en train de me tenir la main quand j'ai appris à faire du vélo, puis il me laisse aller seule en me disant dans l'oreille "J'ai confiance en toi". Et je me suis sentie pleine de confiance... Oui, c'est ça, il est là et je sens bien son regard bienveillant sur moi... C'est bon. »

Phase 4 : vérification de la ressource

Psychothérapeute : « Quand vous vous concentrez sur cette scène d'apprentissage du vélo et que vous vous attachez à ces sensations que vous venez de décrire et qui semblent très actives dans votre mémoire, comment vous sentez-vous ? »

Éléonore : « Bah, c'est comme s'il était là encore. Je me sens en sécurité. Il sait que je vais réussir et je ne doute pas. »

Psychothérapeute : « Lorsque vous pensez à la situation d'examen, ainsi qu'à cette image avec votre père et à ce que vous ressentez notamment en termes de confiance en vous, à combien sur une échelle notée de 1 (complètement faux) à 7 (complètement vrai) ressentez-vous comme vraie l'adéquation entre les deux ? »

Éléonore : « 4. »

Phase 5 : installation de ressource(s)

Psychothérapeute : « Maintenant, concentrez-vous sur cette scène où votre père vous tient la main sur le vélo, puis il vous laisse aller seule en vous

disant dans l'oreille qu'il a confiance en vous. Concentrez-vous sur cette sensation de pleine confiance que vous avez ressentie. Maintenant, je vous demande de suivre mes doigts » – SBA.

Psychothérapeute : « Que ressentez-vous ou remarquez-vous maintenant ? »

Éléonore : « Ça va bien, je me sens bien... »

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Psychothérapeute : « Que ressentez-vous ou remarquez-vous maintenant ? »

Éléonore : « C'est drôle, c'est plus intense plus ancré. »

Psychothérapeute : « Très bien, suivez mes doigts » – SBA.

Psychothérapeute : « Que ressentez-vous ou remarquez-vous maintenant ? »

Éléonore : « Ça va bien, c'est pareil... »

Phase 6 : renforcement des ressources : association avec des indices verbaux ou sensoriels

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à votre père et que vous l'imaginez à côté de vous et qu'il vous dit ce dont vous avez besoin, imaginez comme un processus de fusion progressif entre vous et lui. Quels sont les mots les plus positifs que vous pourriez trouver pour dire quelque chose de positif sur vous-même maintenant ? »

Éléonore : « Je n'ai rien à craindre. »

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Éléonore : « Je suis forte, je sais ce que je veux. »

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Éléonore : « Pareil. »

Phase 7 : établir un Scénario du futur

Psychothérapeute : « Imaginez disposer cette ressource à l'avenir lorsque vous êtes en examen. Imaginez posséder cette confiance en vous pour faire face efficacement à la situation. Imaginez ressentir un sentiment de confiance lorsque vous êtes dans cette scène. Vous sentez-vous reliée à votre père ? Soyez consciente de votre ressource. Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Éléonore : « Oui je sens bien ça dans mon ventre. C'est solide. Je peux croire jusqu'au bout en moi. »

Continuer avec de courtes séries de stimulation bilatérale tant que le traitement apparaît utile.

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Éléonore : « Très bien, comme avant. »

Psychothérapeute : « Lorsque vous pensez à la situation d'examen, ainsi qu'à cette image avec votre père et à ce que vous ressentez notamment en termes de confiance en vous, à combien sur une échelle notée de 1 (complètement faux) à 7 (complètement vrai) ressentez-vous comme vraie l'adéquation entre les deux ? »

Éléonore : « C'est curieux, je sais que j'ai mis 4 tout à l'heure et là je mettrai 10, mais le maximum c'est 7 ? Alors 7. »

Le protocole EMDR Peak Performance ([Lendl, Foster, 1997](#) ; [Foster, 2012](#))

Il s'agit d'une extension du protocole EMDR ([Foster, Lendl, 1996](#)) de base qui fut développée pour améliorer les performances au travail et réduire l'anxiété de performance, optimiser la préparation aux compétitions et le rétablissement psychologique après blessures des athlètes. Le *Peak Performance*, créé par [Lendl et Foster \(1997\)](#), peut contribuer à aider les personnes à développer leurs capacités à être plus productives et créatives. Ce protocole insiste sur ce qui est positif chez la personne qui consulte. Cette approche s'inspire des écrits de [Maslow \(1968\)](#) et du « Mouvement du potentiel humain ». Ce mouvement est né au sein de la contre-culture pendant les années soixante aux États-Unis. Il est fondé sur l'idée que certaines ressources psychologiques et spirituelles sont la plupart du temps sous-exploitées.

L'application de ce protocole nécessite une bonne expérience dans l'usage du Protocole standard, car les notions de SUD⁵, de cognition négative, de scanner corporel et de désensibilisation, qui seront détaillées dans les prochains chapitres, sont convoquées.

Un tel protocole se situe clairement dans un traitement effectif des événements du présent ([tableau 3.2](#)). Ce sont bien les déclencheurs actuels qui sont traités en tant que tels.

Tableau 3.2. Perspective temporelle dans l'application du Peak Performance.

Passé	Présent	Futur
Ø	1	Ø
Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	Déclencheurs actuels	Défis futurs

Présentation du protocole Peak Performance ([Lendl, Foster, 1997](#))⁶

Phase 1 : sélection de la cible de travail

Le problème présenté peut être un sujet courant ou un problème au travail ou une situation dans la recherche de performance du client.

Psychothérapeute : « Qu'est-ce qui vous préoccupe maintenant dans votre travail/dans votre musique/art/sport ? Quelle image représente le défi

5. Voir notamment chapitre 4, encadré 4.2.

6. Ce protocole a été présenté en France dans les travaux de Regourd-Laizeau ([Regourd-Laizeau, Tarquinio, Martin-Krumm, 2012](#)).

que vous avez actuellement au travail [ou la perspective du début] pour fonctionner mieux ? Quels mots vont le mieux avec cette image et expriment la croyance négative que vous avez maintenant ? Quand vous amenez cette image [liée au travail, à l'art ou au sport], que voudriez-vous penser de vous maintenant ? »

Phase 2 : préparation du patient, développement de ressources et installation

Psychothérapeute : « Imaginez un endroit réel ou virtuel, dans lequel vous vous sentez protégé(e), tranquille et paisible. Notez l'émotion et les sensations physiques quand vous vous imaginez dans ce lieu. Pensez maintenant à comment vous pourriez prendre une ou deux minutes d'un jour de travail intense pour recréer ce lieu sûr et ce sentiment de bien-être. Imaginez-vous allant à ce lieu sûr alors que vous êtes assis(e) à votre lieu de travail. »

- Création du conseiller intérieur

Psychothérapeute : « Imaginez une personne réelle ou virtuelle qui peut être une ressource intérieure pour vous, comme un coach intérieur. Elle peut être une partie de vous, comme votre Soi ou votre sagesse intérieure. Imaginez la voix de cette personne vous calmant quand vous vous sentez mal ou frustré(e), qui vous rappelle vos forces, vos talents et vos qualités positives. »

- Création d'une équipe intérieure de support

Psychothérapeute : « Imaginez ce coach intérieur et d'autres personnes qui vous soutiennent et vous encouragent, comme une équipe intérieure, comme une partie de vous qui vous acclame. Entendez et voyez-les maintenant comme s'ils étaient réellement autour de vous, avec des encouragements, vous souriant et vous donnant des conseils quand vous en avez besoin. »

- Liste des succès

Psychothérapeute : « Pensez à un moment dans le passé où vous vous êtes senti(e) plus puissant(e), ou vous aviez plus de contrôle. Ou bien, vous étiez plus heureux(se) des résultats que vous avez obtenus. Notez les émotions et les sensations physiques qui viennent quand vous pensez à ces expériences réussies. Imaginez que vous apportez délibérément ces expériences réussies dans votre esprit quand vous vous sentez découragé(e), de façon à changer votre état d'esprit pour qu'il soit encore plus puissant et positif. »

- Lieu mental

Psychothérapeute : « Dans votre esprit, imaginez un espace interne comme une pièce confortable ou un bel espace en plein air, dans lequel vous pouvez être assis(e) sur votre chaise préférée ou sur l'herbe sous les arbres. Imaginez un grand écran de projection devant vous sur lequel vous pouvez vous voir faisant les choses aussi bien que vous voulez les faire dans l'avenir. »

Phase 3 : évaluation

Le premier objectif est l'*identification d'une problématique actuelle*

Psychothérapeute : « Quelle image symbolise le défi auquel vous êtes actuellement confronté(e) au travail [ou la perspective de commencer à agir] ? »

Identifier une *cognition négative* (CN)

Psychothérapeute : « Quels mots s'appliquent le mieux à cette image et expriment le sentiment négatif [souci/préoccupation/doute] que vous associez à vous en ce moment ? »

Identifier une *cognition positive* (CP)

Psychothérapeute : « Quels mots s'appliquent le mieux à cette image, qu'aimez-vous penser de vous de positif ? »

Tension ou mesure du SUD

Psychothérapeute : « Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifierait “aucune perturbation” et 10 “le plus haut niveau de perturbation que vous puisiez imaginer”, à combien évaluez-vous la perturbation que vous ressentez maintenant ? »

Phase 4 : désensibilisation

Désensibiliser comme dans le Protocole standard la préoccupation actuelle pour parvenir à un SUD = 0. Un des objectifs de cette phase est d'accéder aux pensées qui aideront le patient à établir le lien entre ses préoccupations actuelles en matière de performance et ses inquiétudes ou déceptions antérieures. La plupart du temps, ces connexions apparaissent spontanément. Si le patient commence à s'enfermer et ne perçoit pas la connexion entre le présent et le passé, l'utilisation d'un pont d'affect peut se révéler utile.

Phase 5 : Installation

Psychothérapeute : « Imaginez maintenant la position, la qualité de voix, les gestes et le sentiment positif qui pourraient s'exprimer ou se manifester dans votre corps comme lorsque vous pensez à la situation souhaitée. »

Quand le patient arrive clairement à imaginer la situation, le praticien l'installe avec plusieurs séries courtes (6 à 12) de SBA. Après chaque set de stimulation bilatérale, le clinicien pose la même question.

Psychothérapeute : « Que ressentez-vous ou remarquez-vous maintenant ? »

La stimulation bilatérale ne doit pas être poursuivie si le patient signale des associations négatives. Le matériel négatif sera contenu soit en sollicitant l'imaginaire du patient en lui proposant de le déposer dans un contenant de son choix (un coffre-fort, le cabinet du thérapeute...), soit en proposant de recommencer le processus avec une autre ressource.

Pour un effet maximal, le praticien peut demander au client de se lever et de s'imaginer faisant face à la situation avec les ressources nécessaires. Le

praticien peut sans aucun problème poursuivre le travail d'installation en position debout.

Phases 6 : Scanner du corps comme le Protocole standard

Body Scan ou Scanner du corps.

Psychothérapeute : « Fermez les yeux. Concentrez-vous sur la situation et les mots [énoncer la cognition positive] et passez en revue mentalement votre corps en entier. Dites-moi où vous ressentez quelque chose ? »

Si une sensation est mentionnée, faire des mouvements oculaires (spécifiques selon que la sensation est positive ou négative).

Phase 7 : clôture, comme pour le Protocole standard

(Voir Protocole standard ou chapitre 4.)

Phase 8 : réévaluation

Lorsqu'on traite les objectifs futurs dans la phase de réévaluation (par exemple, celui que le patient souhaite devenir ou l'habileté qu'il souhaite manifester dans une situation précise à venir), l'utilisation de la « chambre mentale » par le patient peut être utile.

Psychothérapeute : « Imaginez que vous êtes dans cet espace dans lequel vous pouvez vous représenter et répéter mentalement vos objectifs et vos plans. Voyez cet écran de projection devant vous. À présent, imaginez que vous pouvez projeter sur cet écran les images de vous-même effectuant... [rappeler ce à quoi le patient veut parvenir, par exemple : parler en public, exposer ses œuvres...]. »

Tandis que le patient se représente ces images d'un avenir souhaité du début à la fin, le praticien traite par les SBA comme dans la phase de désensibilisation tous les blocages qui remontent à la surface. La prise en charge se poursuit jusqu'à ce que le patient ne rencontre plus de troubles lorsqu'il évoque une fois encore la totalité de la performance future souhaitée.

Le Protocole d'optimisme ([Regourd-Laizeau et al., 2012](#), [Regourd-Laizeau, 2013](#))

Quelques éléments théoriques

Ce protocole a pour objectif d'ajuster, si besoin est, la représentation qu'ont les patients des causes des événements auxquels ils ont été confrontés afin qu'ils passent d'une vision pessimiste du monde (causes internes, stables et globales en situation d'échec, par exemple : « Je me sens toujours incapable de m'imposer et ce dans toutes les situations de la vie » ; causes externes, instables et spécifiques en situation de réussite, par exemple : « Le sort s'acharne sur moi dès qu'il s'agit d'envisager une promotion ») à une vision plus optimiste (causes externes, instables et

spécifiques en situation d'échec, par exemple : « Parfois on peut ne pas avoir de chance dans le sport et échouer » ; causes internes, stables et globales en situation de réussite, par exemple : « Quand je réussis, je le dois toujours à ma force de caractère »). Il s'agira d'acquérir de nouvelles aptitudes attributionnelles permettant de réorganiser le système représentatif de ces patients. Car il s'agit bien là d'un changement de représentation auquel ce protocole veut conduire le patient, en lui permettant de relativiser sa position et donc sa perception. À noter que le Protocole d'optimisme présenté ci-dessous est l'un des rares à s'appuyer sur un cadre théorique clairement identifié et ancré en psychologie positive ([Martin-Krumm, Tarquinio, 2011](#)).

Le Protocole d'optimisme EMDR ([Laizeau, Chakroun, Nousse, 2008](#))

Le Protocole d'optimisme détaillé ci-dessous a pour une très large part été présenté par [Regourd-Laizeau, Martin-Krumm et Tarquinio en 2012](#) et concerne la prise en charge d'une joueuse de rugby professionnelle.

Phase 1 : début du protocole

- Objectif : situer la problématique du patient, poser le cadre et expliquer la démarche

La stimulation choisie est une stimulation bilatérale auditive, grâce à l'utilisation d'un casque (matériel : TAC audioscan de Neurotek) préalablement positionné sur la tête du sujet. Ce dernier est relié à un boîtier permettant au psychothérapeute de faire varier la durée des séries de stimulations (6 à 12 alternances auditives). Tous types de SBA peuvent bien entendu être utilisés. La patiente est une joueuse de rugby.

Phase 2 : étude de l'attribution de l'échec

- Objectif : repérer une situation permettant une attribution

Psychothérapeute : « Vous est-il déjà arrivé de vivre des situations difficiles au rugby ? »

Patiente : « Oui, bien sûr ! »

Psychothérapeute : « Vous pourriez préciser ? »

Patiente : « Quand on se blesse, c'est difficile, ou quand on rate un placage ou une passe, ou quand on ne se trouve pas bon sur le terrain. »

Psychothérapeute : « Pourriez-vous me parler de la dernière situation difficile, ou de la situation la plus difficile que vous ayez vécue au rugby ? »

Patiente : « La dernière situation, c'est quand j'ai raté un placage et que l'adversaire est allée marquer parce que je n'ai pas pu l'arrêter. »

Psychothérapeute : « En y repensant maintenant, quelle est la partie la plus pénible ? Quelles émotions ressentez-vous ? »

Patiente : « Le plus pénible, c'est de se sentir impuissante, et je ressens de la colère contre moi et de la culpabilité... »

Psychothérapeute : « Quand vous y pensez, sur une échelle de 0 à 10 où 0 correspond à “aucune perturbation” et 10 à “un maximum de perturbation”, à combien évaluez-vous la perturbation que vous ressentez maintenant ? » (Il s'agit ici de repérer l'intensité de la perturbation.)

Patiente : « À 5. »

Psychothérapeute : « Comment se fait-il que ce soit arrivé ? » (Recherche du style explicatif.)

Patiente : « Je crois que je n'étais pas assez attentive, pas assez dans le match et quand la fille en face est arrivée, le temps que je réalise, je ne suis pas allée assez vite sur elle. » (Attribution interne.)

Psychothérapeute : « Qu'auriez-vous pu faire pour empêcher cela ? »

Patiente : « Il aurait fallu que je sois plus réactive. »

Il s'agit à ce stade d'installer et de consolider l'attribution interne. Pour ce faire, nous allons effectuer des stimulations bilatérales alternées.

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Phase 3 : recherche de la caractéristique globale ou spécifique

- Objectif : identifier si le système d'explication (interne/externe) s'applique de façon générale ou si son expression est spécifique au domaine précis dont il est question ici.

Psychothérapeute : « Cela vous arrive-t-il seulement dans cette situation-là, de penser que c'est de votre responsabilité ? »

Patiente : « Oui, ça arrive aux entraînements mais pas dans mon métier, il faut être très attentif car ça peut avoir des conséquences et je tiens vraiment à être professionnelle. »

Il s'agit ici d'une attribution spécifique, car elle s'applique uniquement au domaine du rugby. Nous allons donc effectuer des stimulations bilatérales alternées pour stimuler et installer la ressource⁷.

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Psychothérapeute : « Est-ce qu'il y a des moments où vous avez été très attentive au rugby ? »

Patiente : « Oui, quand on joue en match, je suis plus attentive même si je suis fatiguée, j'essaie d'affûter mes sens pour être au top. »

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Phase 4 : Recherche de la caractéristique stable ou instable.

- Objectif : identifier la caractéristique stable/instable et la renforcer.

Psychothérapeute : « Est-ce que c'est quelque chose d'occasionnel de manquer d'attention ? »

7. En cas d'attribution globale, par exemple « ça m'arrive tout le temps », nous aurions recherché une exception à la règle : « Est-ce qu'il y a une fois où ça ne vous est pas arrivé ? », et nous aurions effectué des SBA sur la réponse pour stimuler la spécificité.

Patiente : « Oui, en général je suis plutôt attentive. Je manque d'attention quand je suis fatiguée ou quand j'ai des préoccupations autres que le rugby qui interfèrent⁸. »

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Phase 5 : recherche des besoins en ressources

- Objectif : identifier les besoins en termes de ressources nécessaires. C'est donc l'orientation globale de la démarche d'accompagnement qui est fixée avec le sujet.

Psychothérapeute : « De quoi auriez-vous besoin (qualité, force ou ressource) pour réussir ? [Nous introduisons plusieurs termes pour rechercher ce qui parle le plus à l'athlète.] D'être plus réactive, plus rapide, plus attentive ? »

Patiente : « Oui, c'est tout à fait ça. »

Psychothérapeute : « Parmi les joueurs de rugby que vous connaissez, homme ou femme, lequel ou laquelle possède cette qualité-là ? »

Patiente : « La joueuse qui joue trois-quarts centre dans mon équipe. Elle a beaucoup d'expérience, elle est très rapide, elle a surtout une bonne vision du jeu, elle réussit souvent à voir les intervalles, les débordements des adversaires. Ou alors j'aime bien Rougerie, lui, il est super rapide, il est combatif et créatif. »

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Psychothérapeute : « Est-ce que vous vous souvenez d'une action que votre trois-quarts a menée qui vous a vraiment impressionnée ? »

Patiente : « Oui, à la sortie d'un ruck, on lui fait une passe, elle fait une feinte de passe et elle prend l'intervalle et elle va à l'essai. C'était vraiment bien joué ! »

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA (renforcement du comportement qui fait référence).

Psychothérapeute : « D'après vous, comment se sentait-elle lorsqu'elle a été capable de le faire ? »

Patiente : « Elle devait se sentir bien, elle devait être contente d'avoir réussi l'action et de concrétiser. »

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA (renforcement de l'émotion positive supposée vécue à la suite à de la situation de réussite).

Phase 6 : recherche d'attribution internes sur la réussite

- Objectif : stimuler les caractéristiques internes, stables et globales de la réussite correspondant à un style explicatif optimiste.

8. C'est une réponse de type instable que nous pouvons stimuler. Si la réponse avait été stable, par exemple, « Je suis toujours tête en l'air », nous aurions recherché une exception à la règle de la stabilité dans le temps, par exemple « Est-il arrivé une fois que vous soyez très attentive ? », et effectué des stimulations bilatérales alternées sur la réponse.

Psychothérapeute : « Avez-vous une fois été capable de réussir cela ? »

Patiente : « Oui, sur une phase d'attaque, on m'a fait la passe, j'ai réussi à déborder la défense, j'ai fait un crochet d'un côté, un raffut de l'autre, et j'ai pris l'intervalle et j'ai marqué. J'étais super contente⁹. »

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Psychothérapeute : « Qu'avez-vous fait vous-même pour réussir si bien ? »

Patiente : « J'ai été rapide et je sais que je peux compter sur ma rapidité. »

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Patiente : « Je suis motivée, et je vais au défi physique, ça ne me fait pas peur. »

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Patiente : « J'ai eu une bonne vision du jeu, j'ai vu comment étaient disposées les adversaires et j'ai pensé que c'était possible. »

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA¹⁰.

Phase 7 : recherche de la caractéristique globale

- Objectif : généraliser l'attribution interne de succès à d'autres domaines de la vie du sujet.

Psychothérapeute : « Existe-t-il d'autres domaines que le rugby où vous réussissez bien ? »

Patiente : « Oui, du côté de mes études, j'ai eu de bonnes notes, je valide mon année, donc l'objectif est atteint¹¹. »

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Phase 8 : recherche de la caractéristique stable

- Objectif : favoriser et stimuler une caractéristique stable.

Psychothérapeute : « Est-ce que ça vous arrive souvent ? »

Patiente : « Oui, dans les études, ça va bien, et dans mes relations aussi c'est sympa, car j'ai beaucoup d'amis. »

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Phase 9 : évaluation finale du niveau de perturbation.

- Objectif : tester le traitement de la situation

9. Si la réponse avait été négative, nous aurions demandé : « Parlez-nous d'une fois où vous avez réussi quelque chose lors d'un match ? », et la réponse aurait bénéficié de stimulations bilatérales alternées.

10. Il est toujours possible de susciter la discussion sur les capacités, les compétences et les ressources que le sportif se reconnaît en renforçant à chaque fois le matériel qu'il nous propose.

11. Dans le cas d'une réponse négative, on pose la question : « Parlez-nous d'un autre domaine que vous appréciez ou que vous réussissez bien. Cela peut être la cuisine ou le bricolage, etc. », et on accompagne la discussion de stimulations bilatérales alternées.

Psychothérapeute : « Est-ce que vous pouvez revenir à la situation initiale et me dire sur une échelle de 0 à 10 où 0 correspond à "aucune perturbation" et 10 à "un maximum de perturbation" à combien vous évaluez la perturbation que vous ressentez maintenant¹² ? »

Patiente : « 0. »

Phase 10 : clôture du protocole

- Objectif : finir la séance en permettant au sujet d'apprécier et de ressentir les sensations positives nées de l'évocation de ressources, et des réussites tout en stimulant ce matériel positif.

Psychothérapeute : « Comment vous sentez-vous ? »

Patiente : « Bien parce que ça me fait plaisir de voir que je peux réussir ! »

Psychothérapeute : « Très bien. Suivez mes doigts » – SBA.

Le travail de [Regourd-Laizeau et al. \(2012\)](#) montre des effets positifs dès la première séance du Protocole d'optimisme. Les *trainings* et thérapies issus de la psychologie positive (Seligman, 2002) préconisent un nombre de séances allant de 12 à 16 (une par semaine).

Les usages de ces protocoles et les précautions à prendre

Ces protocoles s'adressent à toute personne désireuse d'optimiser ses performances de manière générale ou pour une situation spécifique. Le public concerné pourra être :

- des salariés, des *managers* ou des directeurs ;
- des sportifs amateurs et/ou des sportifs de haut niveau ;
- des enseignants et/ou des éducateurs ;
- des élèves en situation scolaire ;
- des étudiants souhaitant préparer leurs examens ou des concours ;
- des personnes en bonne santé psychique et physique souhaitant potentialement leurs ressources ;
- des personnes malades souhaitant se doter de ressources supplémentaires pour affronter certains moments clés de la maladie (exemples : chimiothérapie, intervention chirurgicale...) ;
- des patients en psychothérapie devant être stabilisés avant une prise en charge plus approfondie.

12. Généralement, aborder les compétences et les ressources produit un effet positif (apaisant, stimulant, agréable) et fait naturellement descendre le niveau de perturbation. C'est ce qu'évoque [Snyder \(2002\)](#) dans le cadre de la théorie de l'espérance. Il la définit comme étant à la combinaison à la fois des buts, de la volonté ou de la motivation que le sujet a pour les atteindre (*agency*), des moyens différenciés de les atteindre (*pathways*), et donc des compétences. Autrement dit, ce sont les idées et l'énergie que le sujet a pour le futur. Dans le cas où la perturbation ne descend pas, il sera utile de procéder à une désensibilisation grâce au Protocole standard EMDR.

Pour l'application de ces protocoles (sauf les phases de désensibilisation du Peak Performance), il convient d'utiliser des SBA relativement courtes (entre 6 à 12), ce qui évite de connecter avec des réseaux de mémoire dysfonctionnels. Il conviendra d'être vigilant au fait que le patient ne manifeste pas de troubles dissociatifs, comme c'est d'ailleurs le cas pour l'application du Protocole standard (c'est une précaution à prendre dans toutes les approches psychothérapeutiques !). Rappelons, que l'usage des SBA, quelle que soit leur nature (mouvements oculaires, tapotements alternés, sons...), peut activer des émotions négatives, alors que l'on souhaite potentialiser des émotions positives. Il ne faut pas perdre de vue que l'EMDR s'est tout d'abord distinguée dans la désensibilisation des émotions négatives. C'est donc un risque ! Pour autant, il ne faut pas que ce risque soit une limite. Il convient d'en avoir conscience et d'agir en conséquence. Ainsi, il faudrait suspendre l'usage des SBA si une telle situation se présentait. Ces émotions négatives pourront faire l'objet d'un suivi ou non en fonction du souhait du patient.

Enfin, il est important d'accepter à ce stade l'idée qu'une psychothérapie positive ne présuppose en rien que le patient ait préalablement engagé une psychothérapie pour régler tel ou tel problème. Bien au contraire, le pari est qu'il est possible de potentialiser certaines ressources indépendamment du contexte psychopathologique du patient, même si un tel propos est à relativiser en fonction des patients pris en charge.

Ce qu'il y a de commun à tous ces protocoles ?

La psychothérapie EMDR ne doit pas se réduire à une psychologie procédurale articulée autour d'une myriade de protocoles rigides. La perspective serait alors restrictive, résumant l'approche à un catalogue de protocoles à la disposition du praticien. La psychothérapie qu'elle soit EMDR ou non ne peut pas se réduire à une recette de cuisine qui s'appliquerait de façon rigide dans toutes les situations. Il est des paramètres qui ne peuvent pas être manualisés (être inscrits dans des manuels qui orienteraient et prescriraient tout ce que le psychothérapeute doit faire ou non), tout simplement parce que la clinique nous dépasse toujours et nous oblige à une inventivité et à une intelligence créatrice qu'aucun guide ou protocole ne pourra remplacer. Les protocoles sont des cadres qui bordent la pratique, et desquels on doit s'attendre à devoir sortir du fait même de la complexité que convoque tout processus psychothérapeutique. En sortir n'est pas l'exception mais, du fait même de la diversité des situations rencontrées, c'est presque la règle. C'est le respect du protocole et des règles qui, dans les faits, reste l'exception.

Pour autant, il ne s'agit pas de procéder n'importe comment et de faire n'importe quoi. En effet, la validation de ces protocoles par la recherche expérimentale ou clinique leur confère une grande qualité heuristique qu'il

ne faudrait pas négliger, car cela évitera aux uns et aux autres de réinventer la poudre, ce qui, dans le milieu de la psychothérapie, reste une constante. Nous sommes tous des psychothérapeutes qui avons inventé ou créé de nouvelles choses, de nouvelles approches. Tel ou tel patient nous a fait comprendre des choses sur la clinique et sur les traitements. La révolution est en marche... Certes, c'est en soi d'une grande richesse et il convient de saluer toutes ces initiatives. Cependant cela ne suffit pas à fonder une pratique psychothérapeutique transférable et valide. Le défaut de formalisation et le bricolage peuvent même parfois desservir le métier. D'où la nécessité de voir dans les protocoles que proposent l'EMDR ou d'autres approches comme les TCC des repères (et pas des dogmes) fondamentaux pour l'exercice du métier.

Bien que les protocoles présentés, ainsi que les autres présents dans le domaine (comme le *Put your best foot forward* de Kinowski [2003], le Duo dynamique de McKelvey [2009] et le DeTur de Popky [2005]), soient d'un grand intérêt clinique, on ne peut que constater leur similitude. C'est ce que montre le [tableau 3.3](#) qui synthétise les éléments communs mobilisés ou non par les différents types de protocoles.

Le [tableau 3.3](#) indique que les SBA sont utilisées dans l'ensemble des protocoles d'optimisation des ressources en EMDR. C'est en fait une demi-surprise, car le principe même de l'EMDR reste l'usage des SBA !

Tableau 3.3. Dimensions relatives aux différents protocoles de ressources.

	SBA	Situation difficile de départ	Activation de réseaux de mémoire fonctionnels	Associations avec indice de rappel	Projections futures et expositions mentale
DIR (Leeds, 1995)	X	X	X	X	X
Peak Performance (Foster, Lendl, 1996)	X	X	X	X	X
DeTUR (Popky, 2005)	X		X	X (mots, corps)	
Optimisme (Regourd-Lai-zeau, 2013)	X	X	X		
Put your best foot forward (Kinowski, 2003)	X	X	X	X (corps)	X
Duo dynamique (McKelvey 2009)	X	X	X		

Cependant, l'intérêt des mouvements oculaires dans ce type de protocole a été contesté, par exemple par [Hornsveld et al. \(2011\)](#) dans une étude qui portait sur le protocole DIR de [Leeds \(1995\)](#). Les auteurs, qui vont d'ailleurs bien au-delà dudit protocole, ont interrogé l'utilisation des SBA dans la démarche même de potentialisation des ressources positives. Dans leur étude ils ont montré qu'il n'y avait pas de différences selon que l'on utilise des mouvements oculaires horizontaux, verticaux ou pas de mouvements du tout. Les séries même courtes de mouvements oculaires horizontaux semblent avoir un effet opposé à celui qui était attendu, puisque l'on assiste à une désensibilisation (donc à une réduction de la force de l'affect positif). Cela remet en question l'utilité des mouvements oculaires (ou d'autres stimulations bilatérales) dans le DIR et plus largement dans les protocoles de ce type, car tout se passe comme si ces SBA pouvaient s'avérer contre-productives. Est-ce vraiment une surprise ? Certes non ! On devrait en fait s'étonner du fait que les stimulations bilatérales aient à la fois une fonction de désensibilisation des émotions négatives et de potentialisation des émotions positives. Utiliser les stimulations bilatérales pour la potentialisation des ressources partirait de l'idée d'un continuum entre les deux dimensions négatives et positives, ce qu'infirment les résultats de la recherche. C'est la raison pour laquelle la place des SBA dans les protocoles de ressources peut être optionnelle. Ce sera au clinicien de faire son choix.

Notons également que dans la plupart de ces protocoles (sauf le DeTuR de [Popky, 2005](#)), les auteurs partent d'une situation problématique qu'il convient de dépasser ou d'améliorer (exemples : améliorer son entraînement, sa confiance en soi ou ses performances dans des contextes plus ou moins précis). À partir de là, il s'agit de proposer au patient de chercher dans sa mémoire des situations ou des expériences qui seraient des réponses, des illustrations de ce qui par le passé a été fait par lui ou d'autres (figures réelles, virtuelles ou imaginaires) et dont il faudrait s'inspirer (mimétismes de ressources) pour trouver une réponse adaptée à la situation. Tous ces éléments seraient configurés en termes de réseaux de mémoire fonctionnels afin de les mobiliser et de les rendre actifs dans l'ici et maintenant. Cette activation cognitive constituerait en soi un élargissement du champ des possibles auquel aurait accès le sujet pour se doter de ressources dans le présent ou le futur. On notera également que cette activation ou ce mimétisme de réseaux de mémoire sont souvent associés à un indice (corporel, mot, image) susceptible (4 des 6 protocoles) de faciliter le rappel, l'activation ou l'ancre de ces nouvelles représentations ou compétences.

Le psychothérapeute EMDR pourrait donc s'appuyer sur trois principes de base qui semblent inhérents à toute démarche de potentialisation des ressources.

Premier principe

Situer la problématique du patient, poser le cadre et expliquer la démarche. Il s'agit d'identifier la nature des conduites à potentialiser et à contextualiser. Exemple pour le psychothérapeute : « Je voudrais que vous pensiez à une situation de vie (travail, sport, vie de famille, santé...) que vous voudriez améliorer ou dans laquelle vous souhaiteriez être encore plus performant(e). »

Deuxième principe

Identifier la nature des SBA les plus indiquées pour le patient. Il convient d'utiliser des SBA relativement courtes (entre 6 à 12). Il est cependant important de rappeler qu'il existe une incohérence théorique à l'utilisation de ces SBA dans la potentialisation de certaines émotions. Mais la pratique clinique semble tout autre...

Troisième principe

Identifier les besoins en termes de ressources nécessaires et d'activation de réseaux de mémoire fonctionnels. Il s'agit d'aller puiser dans le passé du patient ou dans son imaginaire les situations ayant mobilisé chez lui ou chez un autre (qui peut faire office de modèle ou de repère d'identification) les ressources souhaitées. C'est donc l'orientation globale de la démarche d'accompagnement qui est fixée avec le sujet.

Exemple pour le psychothérapeute : « De quoi auriez-vous besoin (qualité, force ou ressource) pour réussir ? Pensez à un moment où vous avez pu ou été capable de vous comporter avec plus... [exemples : de confiance en vous, de courage, de souplesse]. Pensez à une personne dans votre vie actuelle ou qui fait partie de votre passé et qui possède ou incarne selon vous cette qualité. Pensez à cette personne que vous pourriez avoir dans un coin, qui vous applaudirait, vous coacherait et vous aiderait à vous sentir... [exemples : plus fort(e), plus confiant(e), etc.]. Pensez à vos amis, parents, enseignants, soignants, thérapeutes. Pensez à des personnes où qu'elles se trouvent dans le monde qui possèdent ou qui contiennent cette qualité ou qui l'incarnent et qui pourraient vous servir de modèle [exemples : stars de la télé, personnalités publiques. Il peut aussi s'agir de personnages de livres, de films ou de bandes dessinées]. Pensez à vos mentors si vous en avez ou à des gens qui ont eu un rôle important dans votre vie. Avez-vous un guide spirituel, quelqu'un ou quelque chose qui vous donne espoir ? Y a-t-il des animaux que vous associez à ces sentiments ou qualités positives ? »

Pour une autoapplication : une pratique de développement de ressources pour soi

L'EMDR est une pratique qui se « danse à deux » : un praticien et un patient. Pourtant, il est possible d'enseigner au sujet qui consulte certaines techniques qu'il pourra s'appliquer à lui-même en cas de difficultés, voire transmettre à

Encadré 3.2**L'Étreinte du papillon de Lucina Artigas (2000)**

L'Étreinte du papillon est une SBA qui consiste à croiser les bras sur la poitrine de sorte qu'avec le bout des doigts de chaque main on puisse toucher la zone qui est sous l'articulation de la clavicule et de l'épaule.

Les yeux peuvent être fermés ou mi-clos, regardant vers le bout du nez. Ensuite, il s'agit de tapoter en alternant le mouvement des mains, en simulant le battement léger des ailes d'un papillon. Il convient de respirer lentement et profondément (respiration abdominale) pendant que le sujet observe ce qui vient dans ses pensées et son corps (consciences, images, sons, odeurs, sensations physiques et affects) sans changer, juger ou réprimer.

ses proches en cas de problèmes. Au fond, il n'y a rien de scandaleux à cela, puisque dans les faits, il suffit d'un simple clic sur une souris d'ordinateur pour accéder sur Internet à une multitude de vidéos particulièrement bien faites et qui expliquent à tout le monde les techniques à mobiliser pour renforcer sa confiance en soi ou réguler ses émotions.

Ici, les exercices d'autoapplication nécessiteront des SBA qui seront le plus souvent des mouvements oculaires pouvant s'opérer en regardant par exemple les deux coins d'un plafond de manière alternée, ou des autotapotements sur les genoux ou les épaules en utilisant la technique ou l'Étreinte du papillon ([encadré 3.2](#).)

Nous présenterons ici deux protocoles simples, généralisables et autoapplicables à de nombreuses situations : un Protocole général de développement des ressources et un Protocole de stimulation des performances.

Le Protocole général autoappliqué de développement des ressources

Une fois appris, ce protocole se révélera d'un usage simple et fonctionnel. Applicable par tous, il convoque et résume certains des principes évoqués plus avant, avec l'immense avantage de pouvoir être transmis à des individus ou des groupes (classes scolaires, groupes professionnels...).

1. Trouvez un lieu confortable où vous assoir ou vous coucher et dans lequel vous ne serez pas dérangé(e). Pensez à éteindre votre téléphone portable ou à supprimer toute perturbation à venir.
2. Fermez les yeux et portez votre attention sur le silence environnant, mais aussi et surtout sur le calme à l'intérieur de vous. Pour ce faire, vous pouvez commencer par respirer avec votre ventre en posant votre main dessus afin de bien sentir l'air qui entre et qui gonfle votre ventre et l'air qui sort et le dégonfle. Respirez doucement en inspirant lentement et en expirant lentement. Respirez en observant votre respiration et en consacrant un tiers du temps à l'inspiration et les deux autres tiers à l'expiration.

3. Pensez à la ressource que vous avez choisi de travailler. Ce doit être une dimension positive, une qualité, une habileté que vous souhaitez développer chez vous.
4. Imaginez et pensez à cette ressource ou qualité autant que vous le pouvez, jusqu'à la ressentir au plus profond de vous. Que ressentez-vous ? Que ressentez-vous à l'intérieur de vous ? Prenez le temps de ressentir tout cela.
5. Quand vous pourrez sentir fortement cette ressource ou cette qualité, commencez les SBA (6 à 12 répétitions). Puis regardez ce qui se passe en vous et notez-le dans votre tête. Si les choses qui vous viennent ou que vous percevez sont positives, vous pouvez poursuivre à l'étape 7, si les choses sont négatives, allez à l'étape 6.
6. Si des émotions ou des perceptions négatives apparaissent, il convient de stopper l'exercice. Concentrez-vous alors sur votre respiration et revenez peu à peu dans l'ici et maintenant. Il conviendra de comprendre et de traiter avec un psychothérapeute l'émergence de ces dimensions négatives qu'il ne faut surtout pas négliger.
7. Si vous sentez positivement les choses, vous pouvez recommencer les SBA autant qu'il le faudra.

Autobooster ses performances

Un tel protocole est particulièrement adapté pour les personnes qui souhaitent améliorer leurs performances sportives ou professionnelles. Il peut être autoappliqué à condition de ne pas mobiliser de dimensions négatives, ce qui, bien entendu, serait contre-productif.

Étape 1. Faites venir dans votre tête une image de la situation que vous souhaitez améliorer (exemples : parler en public, prendre le départ d'une compétition, présenter ses travaux à une assemblée de confrères...).

Étape 2. Demandez-vous de quelles ressources ou qualité vous auriez besoin dans cette situation (exemple : être plus confiant...).

Étape 3. Rappelez-vous d'un moment de votre vie où vous avez disposé de cette qualité, ou vous l'avez ressentie, vécue... (exemple : un jour où vous avez su prendre la parole en public et vous exprimer avec confiance).

Étape 4. Avec cette ressource en tête et ce souvenir en mémoire observez ce que vous ressentez en vous dans votre corps, mais aussi en termes d'émotion (exemples : regardez-vous debout devant l'assistance, écoutez-vous parler, ressentez votre confiance). Si vous ressentez parfaitement toutes ces sensations et cette ressource, commencez les SBA. Ensuite, regardez ce qui se passe en vous et notez-le dans votre tête. Si les choses qui vous viennent ou que vous percevez sont positives, vous pouvez recommencer les SBA autant qu'il le faudra. Sinon, vous pouvez arrêter l'exercice.

Étape 5. Y a-t-il des termes ou des mots qui s'associent à cette image positive ? Il peut s'agir de musique (exemple : la musique de *Rocky*) ou d'une

image (exemples : l'image du pape François, de Gandhi ou de Mandela) qui peuvent renforcer cette sensation positive. Si vous ressentez parfaitement l'association entre les mots, la musique ou une image par exemple et cette ressource, commencez les SBA. Puis regardez ce qui se passe en vous et notez-le dans votre tête. Si les choses qui vous viennent ou que vous percevez sont positives, vous pouvez recommencer les SBA autant qu'il le faudra.

Étape 6. Si vous n'avez pas cette ressource dans votre mémoire, pensez à quelqu'un ou quelque chose qui a selon vous cette ressource (exemples : Carl Lewis pour le sport, un parent ou un proche, voire une figure imaginaire ou virtuelle).

Étape 7. Allez chercher l'image et les sensations associées avec cette ressource aussi fortement que vous le pouvez. Observez ce que vous ressentez en vous dans votre corps, mais aussi en termes d'émotion. Si vous ressentez parfaitement toutes ces sensations et cette ressource, commencez les SBA. Puis regardez ce qui se passe en vous et notez-le dans votre tête. Si les choses qui vous viennent ou que vous percevez sont positives, vous pouvez recommencer les SBA autant qu'il le faudra. Sinon, vous pouvez arrêter l'exercice.

Étape 8. Retournez maintenant à la situation que vous souhaitez améliorer dans le futur. Si vous vous sentez plus en confiance, faites des SBA pour renforcer cette sensation. Vous pouvez recommencer les SBA autant qu'il le faudra.

Un tel protocole est déclinable à l'infini en fonction de la spécificité des situations. Nous avons synthétisé les éléments les plus à même d'être mobilisés pour une optimisation des résultats dans le cadre d'une autoapplication. Les psychologues, les éducateurs, les médecins et même les parents peuvent s'approprier un tel dispositif et en faire usage. Il conviendra que de telles approches se démocratisent et se généralisent, comme c'est le cas de certaines techniques de relaxation qui font presque partie des savoirs communs. Disposer de tels outils (qui comme tous les autres ont leurs limites et leurs risques), serait une ouverture dans le champ de la psychothérapie EMDR qui consisterait à mettre au service du plus grand nombre certaines procédures qui doivent être envisagées dans une perspective de prévention.

Conclusion

Ce chapitre avait pour objectif d'envisager l'EMDR dans un registre où, *a priori*, elle n'était pas attendue : la psychologie positive, et plus globalement la mobilisation des ressources. On peut être convaincu ou au contraire dubitatif quant à la plus-value de l'EMDR dans ce domaine, notamment quand une vraie interrogation se pose sur l'utilité des SBA. Pourtant, force est de constater que la pratique clinique dans ce domaine s'impose de plus en plus et que si les recherches doivent être menées pour préciser certains points de l'approche, la clinique semble apporter des réponses convaincantes en permettant une véritable stimulation des ressources chez les patients qui en font la demande.

Les 5 points clés du chapitre

- L'EMDR peut s'inscrire dans le domaine des psychothérapies positives. Il s'agit dans ce cas non pas de traiter les dimensions psychopathologiques relatives à une personne, mais d'aider cette dernière à devenir plus heureuse, à développer son bien-être, à atteindre ses objectifs, à mettre à profit ses points forts au quotidien et à en connaître davantage sur elle-même. La psychothérapie positive peut aussi être appliquée dans un but préventif, afin par exemple de prévenir l'apparition d'un trouble dépressif ou d'anticiper une rechute.
- Plusieurs types de protocoles dont la finalité est le développement des ressources existent en EMDR : le Protocole de développement et d'installation des ressources (DIR) d'Andrew [Leeds \(1995\)](#), le Peak Performance de [Foster et Lendl \(1996\)](#), le protocole DeTUR *Desensitization of Triggers and Urge Reprocessing* ([Popky, 2005](#)), le Protocole d'optimisme de [Regourd-Laizeau \(2013\)](#), le *Put your best foot forward* (partir du bon pied) de [Kinowski \(2003\)](#) ou le Duo dynamique d'Ann Marie [McKelvey \(2009\)](#).
- Ces protocoles s'adressent à toute personne désireuse d'optimiser ses performances de manière générale ou pour une situation spécifique.
- L'usage de SBA (mouvements oculaires, tapotements alternés, sons...) peut activer des émotions négatives (ou tout au moins les traiter), alors que l'on souhaite ici potentialiser des émotions positives. Il convient donc d'être vigilant.
- Il est possible d'enseigner aux sujets qui consultent des techniques intégrant certains principes de l'EMDR, qu'ils pourront s'appliquer à eux-mêmes en cas de difficultés, voire transmettre à leurs proches en cas de problèmes. Il s'agit de protocoles généraux autoappliqués.

Références

- Artigas, L., Jarero, I., Mauer, M., López Cano, T., & Alcalá, N. (2000). EMDR and Traumatic Stress after Natural Disasters: Integrative Treatment Protocol and the Butterfly Hug. In *Poster presented at the EMDRIA Conference*Toronto, Ontario, Canada.
- Audrain, J., Schwartz, M., Herrera, J., Golman, P., & Bush, A. (2001). « Physical activity in first degree relatives of breast cancer patients ». *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 587-603.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2006). « Hope therapy in a community sample: A pilot investigation ». *Social Indicators Research*, 77, 61-78.
- Clarke, S. P., Frasure-Smith, N., Lespérance, F., & Bourassa, M. G. (2000). « Psychosocial factors as predictors of functional status at 1 year in patients with left ventricular dysfunction ». *Research in Nursing & Health*, 23, 290-300.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M., & Skoner, D. P. (2003). « Emotional style and susceptibility to the common cold ». *Psychosomatic Medicine*, 65, 652-657.
- Devins, G. M., Mann, J., Mandin, H., & Leonard, C. (1990). « Psychosocial predictors of survival in end-stage renal disease ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 127-133.

- Faller, H., Buelzebruck, H., Schilling, S., Drings, P., & Lang, H. (1997). « Do psychological factors influence survival in cancer patients? Findings of an empirical study with lung cancer patients ». *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 206-218.
- Fitzgerald, T. E., Prochaska, J. O., & Pransky, G. S. (2000). « Health risk reduction and functional restoration following coronary revascularization: A prospective investigation using dynamic stage typology clustering ». *International Journal of Rehabilitation and Health*, 5, 99-116.
- Fitzpatrick, M., & Stalikas, A. (2008). « Positive emotions as generators of therapeutic change ». *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 137-154.
- Fitzpatrick, M. R., Janzen, J., Chamodraka, M., & Park, J. (2006). « Client critical incidents in the process of early alliance development: A positive emotion-exploration spiral ». *Psychotherapy Research*, 16, 486-498.
- Foster, S. (2012). « Integrating positive psychology applications into the EMDR Peak Performance protocol », *European Review of Applied Psychology*, 62, 213-217.
- Foster, S., & Lendl, J. (1996). « Eye movement desensitization and reprocessing : Initial applications for enhancing performance in athletes ». *Journal of Applied Sport Psychology*, 7, 63.
- Frederick, C., & McNeal, S. (1999). *Inner Strengths: Contemporary Psychotherapy and Hypnosis for Ego-Strengthening*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). « What (and why) is positive psychology ? ». *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110.
- Govindji, R., & Linley, P. A. (2007). « Strengths use, self-concordance and well-being: Implications for strengths coaching and coaching psychologists ». *International Coaching Psychology Review*, 2, 143-153.
- Hornsvedl, H. K., Houtveen, J., Vroomen, M., Aalbers, I., & Kapteijn, I. et al. (2011). « Evaluating the effect of eye movements on positive memories such as those used in resource development and installation ». *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(4), 146-155.
- Kinowski, K. (2003). *Put your Best Foot Forward. Clinical Practice Manual. An EMD Related Protocol for Empowerment Using Somatosensory and Visual Priming of Resources Experiences* (2nd ed.). Rome: EMDR European Annual Conference, 17 mai.
- Korn, D., & Leeds, A. (2002). « Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder ». *Journal of Clinical Psychology*, 58(12), 1465-1487.
- Kubzansky, L. D., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I. (2001). « Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the Normative Aging Study ». *Psychosomatic Medicine*, 63, 910-916.
- Kubzansky, L. D., Wright, R. J., Cohen, S., Weiss, S., Rosner, B., & Sparrow, D. (2002). « Breathing easy: A prospective study of optimism and pulmonary function in the Normative Aging Study ». *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 345-353.
- Laizeau, M., Chakroun, N., & Nousse, A. (2008). « New protocol to develop optimism on athletes ». In *Book of Abstract of the 4th European Conference on Positive Psychology*. Opatija: Croatia, 1-4 juillet, p. 175.
- Leeds, A. M. (1995). « EMDR case formulation symposium ». In *Paper presented at the annual meeting of the International EMDR Association*, maiSanta Monica (CA).
- Leeds, A. M., & Shapiro, F. (2000). « EMDR and resource installation: Principles and procedures for enhancing current functioning and resolving traumatic

- experiences ». In J. Carlson, & L. Sperry (Eds.), *Brief Therapy with Individuals and Couples* (pp. 469-534). Phoenix (AZ): Zeig, Tucker, et Theisen.
- Lendl, J., & Foster, S. (1997). *EMDR Performance Enhancement for the Workplace: A Practitioners' Manual*. San Jose (CA): Performance Enhancement Unlimited.
- Martin-Krumm, C., & Tarquinio, C. (2011). *Traité de psychologie de la santé*. Bruxelles: De Boeck.
- Maruta, T., Colligan, R. C., Malinchoc, M., & Offord, K. P. (2000). « Optimists vs. pessimists : Survival rate among medical patients over a 30-year period ». *Mayo Clinic Proceedings*, 75, 140-143.
- Maslow, A. (1968). *Toward a Psychology of Being*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- McKelvey, A. M. (2009). « EMDR and positive psychology ». In R. Shapiro (Ed.), *EMDR Solutions II : For Depression, Eating Disorders, Performance and More*. Norton: Professional Books.
- Popky, A. J. (2005). « DeTUR, an urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behaviors ». In R. Shapiro (Ed.), *EMDR Solutions: Pathways to Healing* (pp. 167-188). Norton: Professional Books.
- Rashid, T., & Csillik, A. (2011). « Applications cliniques de la psychologie positive : la psychothérapie positive ». In C. Martin-Krumm, & C. Tarquinio (Eds.), *Traité de psychologie positive*. Bruxelles: De Boeck.
- Regourd Laizeau, M., Tarquinio, C., & Martin-Krumm, C. (2011). « Psychologie positive et psychothérapie EMDR ». In C. Martin-Krumm, & C. Tarquinio (Eds.), *Traité de psychologie positive*. Bruxelles: De Boeck.
- Regourd-Laizeau, M. (2013). Psychologie positive et EMDR : questions et perspectives. In *Thèse de doctorat de troisième cycle de l'Université de Lorraine* Document non publié. .
- Regourd-Laizeau, M., Krumm, C. M., & Tarquinio, C. (2012). « Interventions dans le domaine du sport : le Protocole d'optimisme ». *Pratiques psychologiques*, 18, 189-204.
- Rogers, C. R. (1959). « A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework ». In S. Koch (Ed.), *Psychology : A Study of a Science, vol. 3, Foundations of the person and the social context* (pp. 184-256). New York: McGraw Hill.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. Atria Books.
- Snyder, C. R. (2002). « Hope theory: Rainbows in the mind ». *Psychological Inquiry*, 13, 249-275.
- Solomon, G. F., Segerstrom, S. C., Grohr, P., Kemeny, M., & Fahey, J. (1997). « Shaking up immunity : Psychological and immunologic changes after a natural disaster ». *Psychosomatic Medicine*, 59, 114-127.
- Vitaliano, P. P., Scanlan, J. M., Ochs, H. D., Syrjala, K., Siegler, I. C., & Snyder, E. A. (1998). « Psychosocial stress moderates the relationship of cancer history with natural killer cell activity ». *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 199-208.

4 Psychopathologie de la vie moderne : stress et EMDR

Introduction

On fait généralement appel à la notion de stress lorsque l'on souhaite qualifier un état de tension intérieure, ainsi que les émotions négatives qui peuvent surgir de cet état. Cette notion fait aussi référence à des événements eux aussi négatifs et susceptibles d'avoir un impact néfaste sur la santé. À vrai dire, le stress est une réalité extrêmement complexe par laquelle on désigne un type de réactions, tant physiologiques que psychologiques, face à des situations qui tendent à mettre en danger la santé. Si les temps modernes sont indissociables de transformations majeures de l'emploi et du travail, ce n'est pas sans impact sur la vie des individus qui sont dans les faits sollicités sur tous les fronts, qu'ils soient professionnels (adaptation incessante aux nouvelles technologies, assujettissement à un management porté sur la performance individuelle, contraintes temporelles toujours plus marquées, imprévisibilité du marché du travail...) ou relatifs à la vie personnelle (contraintes familiales, pressions sociales...).

Ce chapitre abordera dans un premier temps les principales dimensions du stress (qui seront traitées *a minima* du fait de la grande diffusion des connaissances dans ce domaine), pour ensuite envisager la question de sa prise en charge avec la psychothérapie EMDR. C'est dans ce cadre que nous présenterons d'abord la méthode du Lieu sûr, qui en soi n'est pas propre à la thérapie EMDR, mais qui dès 1995 a été intégré au Protocole standard. Dans un second temps, nous présenterons la technique des « Quatre éléments » développée par Elan Shapiro ([Lobenstine, Shapiro, 2007](#)), qui articule de manière judicieuse la symbolique de la terre, de l'air, de l'eau et du feu avec l'EMDR. Nous présenterons ensuite le Protocole standard, qui reste la référence en EMDR et qui par sa souplesse reste mobilisable dans de nombreuses situations cliniques, dont la gestion du stress reste une indication parfaite. Enfin, nous proposerons une articulation entre l'exercice du *Body Scan* extrait de l'orientation *Mindfulness* et l'EMDR. Mise à part l'utilisation du Protocole standard, toutes les propositions thérapeutiques de ce chapitre seront, une fois enseignées au patient, susceptibles de

rendre ce dernier autonome et capable de se les appliquer à lui-même dans n'importe quelle situation.

À ce stade, il est important de rappeler que si certains protocoles ou certaines techniques font l'objet d'une présentation dans ce cadre de chapitre consacré au stress, ces derniers ne doivent en aucune manière se cantonner à cette unique problématique. C'est par exemple le cas du Protocole standard qui tire sa réputation de la prise en charge de l'ESPT et non pas du stress. Son positionnement dans le domaine de la prise en charge du stress, comme dans d'autres qui seront proposés tout au long de ce livre, permet d'ouvrir de nouvelles perspectives pour son usage et son développement. C'est le cas de tous les protocoles proposés dans ce chapitre comme dans les autres. Flexibles, ils pourront accompagner les patients et psychothérapeute dans de nombreux domaines d'intervention, à condition de savoir les utiliser avec pertinence et souplesse.

La notion de stress

Une conception globale du stress

Le stress a été défini comme l'ensemble des réactions non spécifiques de l'organisme à toute demande d'adaptation qui lui est faite : il s'agit donc d'un processus composé de réactions liées à des états physiologiques qui surviennent en réponse à différents stimuli externes appelés « stresseurs » ou « agents stressants ». On parle de « syndrome général d'adaptation » (ou SGA). Ainsi, il semble que n'importe quel événement de vie, qu'il soit d'ordre physique, psychique ou émotionnel, positif ou négatif, provoque une réponse biologique de l'organisme, identique et stéréotypée. Le stress résulte donc, dans cette conception, d'une résistance de l'organisme face à un environnement nocif. [Selye \(1956\)](#) distingue trois phases séquentielles d'adaptation de l'organisme en réponse aux stimuli ou stresseurs.

Selye nomme « agent stresseur » tout stimulus persistant et anormal (choc traumatique, brûlure, froid...) qui constraint l'organisme à rétablir un équilibre homéostatique. Selon Selye, le SGA est composé de trois phases ([figure 4.1](#)) :

- *la réaction d'alarme*. Il s'agit des phénomènes non spécifiques provoqués par une exposition soudaine de l'organisme à un facteur nocif. Elle se compose du choc (tachycardie, la baisse du tonus musculaire) et du contre-choc (l'organisme se ressaisit puis met en jeu des moyens de défense actifs) ;
- *la phase de résistance*. Selon [Aubert et Pagès \(1989\)](#), il s'agit de « l'ensemble des réactions non spécifiques provoquées par l'exposition prolongée de l'organisme à des stimuli nocifs, auxquels il [l'organisme] s'est adapté au cours de la réaction d'alarme ». Lors de cette phase, il y a persistance des phénomènes produits durant le contre-choc de la phase d'alarme ;

- la troisième et dernière phase correspond à celle de *l'épuisement*. Dans ce cas, le sujet cesse toute tentative de résistance. Il y a un affaissement des dépenses du sujet qui peut aller jusqu'à la mort clinique.

Durant ces trois phases, la résistance du sujet s'effectue par l'intermédiaire de deux systèmes homéostatiques de défense : le système nerveux et le système endocrinien.

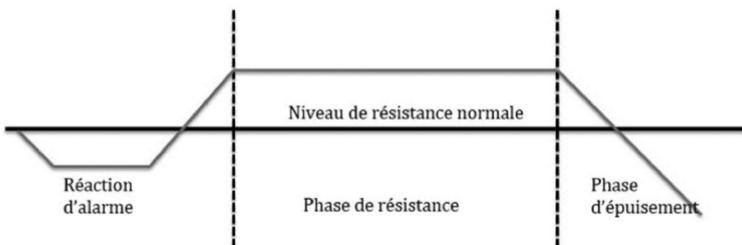


Figure 4.1. Les trois phases séquentielles d'adaptation au stress (ou syndrome général d'adaptation) de [Selye \(1956\)](#).

Ces trois phases constituent les trois modalités principales de la réaction à une situation de stress. En fait, la notion de stress englobe deux aspects distincts et complémentaires : les stimuli externes (facteurs d'agression) ou internes (facteurs cognitifs), appelés « stresseurs », et l'état dans lequel se trouve l'organisme, appelé « état de stress ». Selon Selye, la théorie du stress met ainsi l'accent sur le caractère non spécifique de la réaction exercée sur l'organisme, c'est-à-dire qu'elle ne dépend pas des caractéristiques du stresseur. En fait, la réaction de stress est dite a-spécifique, car elle peut être provoquée par une myriade de phénomènes et de situations. Cette réponse de l'organisme peut excéder ses capacités d'adaptation, et c'est dans cette situation que peuvent apparaître les problèmes de santé ([Selye, 1956](#)). Les travaux en physiologie du stress ont mis en évidence les modifications organiques provoquées par des agents stressants au travers du système nerveux autonome et du système neuroendocrinien.

Les travaux développés en psychobiologie et en psychologie de la santé ont abandonné le modèle linéaire physiologique et ont montré l'importance des facteurs émotionnels dans la régulation physiologique du stress. En effet, on a observé que les réactions hormonales n'étaient pas purement réflexes, mais qu'elles étaient aussi influencées par l'état émotionnel du sujet qui le subit. En outre, les recherches ont progressivement envisagé le stress comme un processus multifactoriel défini comme un système d'interdépendance entre des composantes affectives, cognitives, sensorielles, endocriniennes et comportementales. Au modèle biologique linéaire se substitue donc un modèle plus complexe et plus dynamique, qui priviliege

le rôle des interactions entre une multiplicité de facteurs pour expliquer l'impact d'un événement stressant sur l'organisme.

Par conséquent, la réaction de stress n'est plus directement déterminée par la gravité objective du stresseur, mais par la transaction individu/environnement dans laquelle les facteurs émotionnels, cognitifs et sociaux vont jouer un rôle de modérateur.

L'idée de stress perçu

Le stress perçu est l'évaluation que chacun de nous fait de ce stress en tant que menace ou défi pour lui. Selon Lazarus et Folkman (1984) : « *Le stress est une relation particulière entre la personne et l'environnement, relation qui est évaluée par l'individu comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être.* » Selon cette conception, il convient de distinguer très nettement les caractéristiques objectives de l'environnement, ou stresseurs, des caractéristiques environnementales perçues comme menaçantes par un individu, ou stress perçu (encadré et tableau 4.1).

Des études ont révélé que le stress perçu, surtout lorsqu'il est lié à un faible soutien social et à un faible contrôle perçu, représente un facteur de risque majeur susceptible d'encourager la survenue de pathologies cardio-vasculaires. Dans ce sens, le stress perçu semble un facteur plus prédictif que le stress réel (Adler, Matthews, 1994). Des études portant sur le stress professionnel ont par exemple mis en évidence que c'est le stress perçu plus que les contraintes réelles liées à la tâche qui constitue un prédicteur de l'épuisement professionnel (Rasle, 2001).

Encadré 4.1

L'échelle de stress perçu (Perceived Stress Scale ou PSS14) de Cohen et al. (1983) d'après Bruchon-Schweitzer et Boujut (2014)

Cette échelle cherche à mesurer une situation stressante à travers la façon dont elle est perçue comme menaçante, imprévisible et non contrôlable. Il existe trois versions différentes de cette échelle ; nous retiendrons celle qui comporte quatorze items. Il s'agit d'une échelle facile à administrer et qui peut être appliquée à des contextes variés. Pour chacun des items, il est demandé d'indiquer sa fréquence sur une période donnée. Cette échelle est appréciée pour ses qualités psychométriques et les résultats obtenus, l'établissement des corrélations significatives avec des symptômes psychologiques et somatiques.

Tableau 4.1. L'échelle de stress perçu (Perceived Stress Scale ou PSS14) de Cohen et al. (1983) d'après **Bruchon-Schweitzer et Boujut (2014)**. Mettre une croix dans la case correspondant à votre réponse : 1 = jamais ; 2 = presque jamais ; 3 = parfois ; 4 = assez souvent ; 5 = souvent.

Au cours du dernier mois, combien de fois...	1	2	3	4	5
1. Avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu ?					
2 Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
3. Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) et stressé(e) ?					
4. Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?*					
5. Avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?*					
6. Vous êtes-vous senti(e) confiant(e) dans vos capacités à prendre en main vos problèmes ? Personnels ?*					
7. Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?*					
8. Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
9. Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?*					
10. Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?*					
11. Vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					
12. Vous êtes-vous surpris(e) à penser à des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?*					
14. Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les assumer ? Les contrôler ?					

* Les items 4, 5, 6, 7, 9, 10 et 13 sont notés en sens inverse (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 et 5 = 1).

Le stress, une transaction entre l'individu et l'environnement

Selon **Lazarus et Folkman (1984)**, les situations rencontrées par les individus sont insuffisantes pour expliquer l'apparition d'un état de stress. Les individus ne subissent pas passivement les agressions de l'environnement ; ils

évaluent ce qui leur arrive et donnent du sens aux situations auxquelles ils sont confrontés ([Bruchon-Schweitzer, Boujut, 2014](#)). Le modèle explicatif du stress, dit « modèle transactionnel » ([Lazarus, 1999](#)), permet de porter un autre regard sur le stress en ne le définissant plus comme un simple stimulus mais en termes de relations bidirectionnelles entre l'environnement, l'individu et les processus cognitivo-émotionnels qui sont en jeux dans cette rencontre ([Folkman, Moskowitz, 2004](#)).

Le stress, la santé et la maladie

Les travaux en psychologie de la santé ont attiré l'attention sur le fait que les modifications psychophysiologiques provoquées par le stress pouvaient altérer le fonctionnement du système immunitaire¹. Les théories classiques du stress et de l'immunologie ont considéré le système immunitaire comme fonctionnant de façon autonome, et ont donc développé des modèles explicatifs basés sur un schéma de relation causale ; dans ce sens, le stress peut altérer les réponses du système immunitaire et avoir un retentissement sur l'organisme en diminuant sa résistance aux agents pathogènes et infectieux. Les études menées dans ce domaine montrent que le stress peut, à un titre ou à un autre, affaiblir le système immunitaire et rendre l'organisme vulnérable à des pathologies diverses. Mais les réponses immunes sont elles-mêmes modulées par la nature, l'intensité et la durée du stress. Pour l'illustrer, nous présenterons l'impact de trois formes de stress sur le système immunitaire.

La première forme, ce sont les **événements stressants**. Comme nous l'avons déjà souligné, de nombreux travaux ont relevé l'affaiblissement du système immunitaire causé par divers événements de vie. Après le décès de leur femme des suites d'un cancer, on a observé chez les conjoints survivants, dans les semaines suivantes, une diminution des lymphocytes par rapport aux valeurs observées auparavant ([Schleifer et al., 2003](#)). D'autres recherches s'intéressant à des étudiants en période d'examen ont mis en évidence que leur résistance immunitaire contre les maladies avait diminué ; au cours de l'une de ces expériences, on a également observé que le stress de l'examen avait tendance à accroître la sévérité des symptômes chez des étudiants qui avaient le rhume ou une autre infection bénigne.

Une deuxième forme d'expression de la relation stress/immunité peut être illustrée par **l'impact à long terme sur le système immunitaire des états émotionnels consécutifs à un stress**. Une recherche effectuée

1. Le système immunitaire est un système complexe de protection et de défense de l'organisme qui lui permet de reconnaître et d'éliminer toute substance qui lui est étrangère grâce à la formation de ce qu'on appelle des antigènes. Il comprend deux types de globules blancs appelés lymphocytes (les lymphocytes T et les lymphocytes B). Les premiers, formés dans la moelle épiphysaire, libèrent des anticorps dont la fonction est de résister ; les seconds, formés dans le thymus et dans d'autres organes lymphatiques, attaquent les cellules pathogènes.

sur des étudiants portait sur la relation entre réponse émotionnelle et valeur des anticorps contre le virus responsable de la mononucléose infectieuse. On leur a demandé de remplir un questionnaire sur leur style émotionnel et de relater par écrit un événement particulièrement marquant de leur vie. Ce document avait pour but d'évaluer leur capacité à exprimer ou non leurs émotions. À la fin de l'épreuve, on leur a fait une prise de sang. D'après les résultats, ceux qui avaient tendance à réprimer leurs émotions avaient des anticorps élevés, indépendamment de leur type d'expression émotionnelle dans le document. En s'appuyant sur le fait que les anticorps sont les indicateurs de la défaillance des réponses immunitaires, cette étude a permis de montrer que ceux qui sont conscients de leur état émotionnel face aux événements mais qui ne l'extériorisent pas sont plus vulnérables à l'infection que les autres (Esterling, Rabin, 1987).

Ces résultats s'accordent avec d'autres portant sur **l'impact de la répression émotionnelle liée au stress sur l'état de santé** – c'est la troisième forme. À travers ces recherches, il apparaît tout d'abord que le stress peut altérer le système immunitaire et l'affaiblir en rendant l'organisme moins résistant et donc plus vulnérable aux infections et à l'apparition de tumeurs. Ensuite, les travaux issus notamment des orientations psychoneuro-immunologiques démontrent les effets du stress sur les diverses composantes du système immunitaire, ainsi que dans le déclenchement d'une maladie, notamment.

Les effets du stress sur la santé sont aujourd'hui incontestables, ce qui a conduit de nombreux praticiens à proposer des dispositifs susceptibles d'en réguler et d'en limiter les effets. La sophrologie, la méditation ou les techniques de relaxation (Berghmans, Tarquinio, 2009) ont depuis longtemps apporté des réponses opérationnelles dans ce domaine. L'EMDR peut aussi y contribuer et proposer des orientations fonctionnelles et efficaces susceptibles d'aider les individus lorsqu'ils sont confrontés à des situations stressantes, actuelles ou à venir. De tels dispositifs sont d'ailleurs le plus souvent proposés aux patients qui souhaitent engager une psychothérapie, mais ils s'avéreront particulièrement utiles à toute personne confrontée au stress, soit dans sa vie personnelle, soit dans sa vie professionnelle. Les enjeux sont de taille, car au-delà du simple phénomène de mode, le stress reste un paramètre dont la négligence pourrait compromettre gravement la santé et donc l'intégrité des personnes que nous avons en charge, dans un XXI^e siècle qui trop souvent néglige voire déconsidère le facteur humain.

L'EMDR et la gestion du stress : une contribution

La question de la prise en charge du stress avec l'EMDR nous conduira à présenter quatre orientations thérapeutiques susceptibles d'être mobilisées dans la prise en charge du stress et la réduction de ces effets. La méthode du Lieu sûr (généralement intégrée au Protocole standard, mais qui peut

aussi être utilisée de manière autonome et indépendante), la technique des Quatre éléments développée par Elan Shapiro, le Protocole standard qui reste un outil d'une rare efficacité y compris dans ce domaine et une articulation entre le protocole du Scanner corporel (directement issue de l'approche *mindfulness* – notamment MBSR) avec des séries de SBA.

La méthode du Lieu sûr

On attribue la paternité du Lieu sûr à [Miller et Halper \(1994\)](#) dans le cadre d'une relaxation guidée proposée dans un enregistrement audio. Un an plus tard, [Wilson et al. \(1995\)](#) publièrent une étude portant sur l'efficacité de la technique, à laquelle on avait supprimé la musique et ajouté des SBA. Pour reprendre [Roques \(2007\)](#) : « Le Lieu sûr est une technique utilisée notamment en hypnose. La thérapie EMDR la reprend à sa manière. Le but est de créer une sorte de conditionnement à partir d'une situation et d'un mot inducteur afin que la personne puisse se sentir instantanément bien en l'invoquant. » Ainsi, pour l'auteur, le Lieu sûr relève d'un principe de conditionnement. Intégré dans le Protocole standard depuis 1995, c'est un exercice tout à fait favorable pour le déroulement de la thérapie EMDR ([Wilson et al., 1995](#)), pouvant également servir de souffre de sécurité en cas de réactions trop importantes à l'exposition au traumatisme durant la séance. Il peut aussi être utilisé en dehors dudit protocole auprès de patients à qui l'on souhaite fournir un outillage performant pour lutter contre les effets du stress.

Présentation du cas Louise (ou « le cerisier de mon père ») et application du lieu sûr

Louise est une jeune patiente âgée de 17 ans qui souhaite gérer la pression de l'école. En classe de terminale, elle ressent beaucoup de tension et se sent stressée, notamment lors des périodes d'examen. C'est le cas durant les devoirs communs organisés par son lycée. Ce sont ces sessions, véritables mises en situation pour se préparer aux épreuves du baccalauréat, qui la déstabilisent le plus et lui font perdre ses moyens. Elle consulte pour cette raison et souhaite disposer de techniques susceptibles de l'aider dans ce domaine.

La perspective est de traiter les déclencheurs actuels ([tableau 4.2](#)) qui sont une gêne pour Louise. La demande ne portant pas sur un travail de

Tableau 4.2. Perspective temporelle appliquée au cas Louise.

Passé	Présent	Futur
Ø	1	2
Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	Déclencheurs actuels	Défis futurs

psychothérapie proprement dit et la nécessité d'un tel travail ne s'étant pas imposée, la perspective est donc de travailler sur le présent et sur les défis futurs à venir.

Étape 1 : l'image

Le patient et le clinicien choisissent un lieu sûr. Ce dernier peut être réel ou imaginaire, actuel ou passé. Ce lieu doit provoquer calme et sécurité chez le patient et c'est un lieu dans lequel il peut revenir en cas de besoin.

Psychothérapeute : « Nous avons tous dans notre histoire un lieu particulier. Un lieu qui est comme un havre de paix dans lequel on aime à se replonger et qui nous fait du bien lorsqu'on le ramène à la mémoire. D'ailleurs, cela peut être un lieu réel, ou un lieu imaginaire qui a pu par le passé nous aider à traverser les épreuves. Je voudrais que vous pensiez à un tel endroit si vous en avez un. Cela peut être une chambre dans laquelle vous étiez plus jeune, un autre endroit de la maison où vous viviez, un lieu extérieur comme un coin de forêt ou de verger, voire un arbre... En avez-vous un ? Lequel est-ce ? »

Louise : « Dans le jardin de la maison de mon enfance. En fait, il y avait un arbre, un cerisier que mon père avait planté, et j'aimais monter sur la première branche. M'y allonger sur le ventre et regarder de là-haut la vie autour de moi, la vie dans la maison. J'étais seule et bien avec les branches comme seule présence. »

Psychothérapeute : « Qu'est-ce que cela provoque en vous ? »

Louise : « Je me sens bien. C'est bon d'y repenser... »

Étape 2 : émotions et sensations

On demande au patient de se focaliser sur l'image, et de sentir les émotions liées/identifiées et les sensations corporelles agréables (utilisez les éléments de contexte, extérieurs et intérieurs, le sujet peut avoir les yeux fermés ou non).

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à cet endroit sécurisant et calme, à ce jardin, à cet arbre et à vous sur cet arbre, observez ce que vous ressentez. Connectez-vous à ce lieu, au contact de votre corps avec cet arbre sur votre ventre. Notez ce que vous sentez, ce que vous voyez, ce que vous entendez. Qu'est-ce que vous notez ? »

Louise : « Je me sens bien je ressens tout cela dans mon corps et dans ma tête. »

Psychothérapeute : « Où ressentez-vous le plus de choses ? Dans quelle partie de votre corps ressentez-vous cette sensation ? Pour vous aider, faites un scanner de votre corps. Imaginez comme c'est le cas dans un scanner où votre attention se focalise du sommet de votre crâne jusqu'à la pointe de vos pieds. Vous allez ainsi passer en revue toutes les parties de votre corps en étant attentive à ce qui s'y passe. Notez ce que vous ressentez. »

Louise : « Je me sens bien. Je ne ressens rien de négatif. »

Si un souvenir négatif émerge, il faut changer de Lieu sûr et recommencer la procédure. Parfois le Lieu sûr est difficile à trouver, et l'on peut mettre une séance à le trouver.

Étape 3 : accentuation

Toujours avoir une voix apaisante, il s'agit à ce stade d'accentuer l'imagerie, le contexte interne, externe et les affects positifs reliés à ce lieu. Transmettre une impression de protection et de sécurité au patient qui doit rendre compte des émotions qu'il ressent.

Psychothérapeute : « Soyez sensible à ce qui se passe dans ce lieu. Soyez sensible à ce que vous ressentez. Connectez-vous aux odeurs de ce lieu... aux bruits, aux sensations que provoque le contact de cet arbre, de cette branche avec votre corps. Qu'est-ce que vous ressentez ? »

Louise : « Je me sens bien... vraiment. »

Étape 4 : SBA

Dans ce contexte, la patiente est dans un certain état mental positif. Les SBA ont pour fonction de renforcer cette sensation de bien-être. Ce sont des séquences courtes et lentes (6 à 12 mouvements).

Psychothérapeute : « Laissez venir cette image de ce lieu calme, dans cet arbre. Concentrez-vous sur cette sensation agréable, sur ces sensations dans votre corps. Permettez-vous de rentrer dans cet espace, d'en profiter. Concentrez-vous sur ces sensations et suivez mes doigts avec vos yeux » – SBA.

Psychothérapeute : « Fermez les yeux. Comment vous sentez-vous maintenant ? »

Louise : « Très bien... c'est bon. »

Si le patient se sent bien, on fait encore une série.

Psychothérapeute : « Très bien. Regardez mes doigts, très bien, laissez la sensation vous envahir, prenez-la tout entière... » – SBA.

Louise : « Tout va bien. C'est comme tout à l'heure. »

Si la sensation n'est pas accentuée, on essaie de faire des mouvements ocu-laires dans une autre direction. Si la sensation n'est pas potentialisée, il faut alors considérer que le Lieu sûr n'est pas de bonne qualité et en chercher un autre.

Étape 5 : mot clé

On demande au sujet de trouver un mot qui illustrerait l'image (exemples : forêt, montagne, paix...).

Psychothérapeute : « Y a-t-il un mot qui illustrerait ou qui représenterait le mieux ce lieu sécurisant et calme ? »

Louise : « Vent, c'est le vent qui m'accompagnait toujours dans cet arbre... donc mon mot, c'est "vent". »

Une fois le mot identifié, on demande au patient de le répéter mentale-ment en repérant, en étant attentif aux sensations agréables. Cette procé-

dure est renforcée avec les mouvements oculaires, sur le même rythme que précédemment.

Psychothérapeute : « Pensez à ce mot, vent, et notez les sensations agréables que vous ressentez quand vous pensez à ce mot. Maintenant, concentrez-vous sur ces sensations et le mot-clé et suivez mes doigts » – SBA.

Psychothérapeute : « Comment vous sentez vous maintenant ? »

Louise : « Bien, ça va bien. »

Faites répéter intérieurement le mot clé plusieurs fois au patient et augmentez les sensations positives en faisant plusieurs séries de SBA jusqu'à optimiser au mieux les sensations.

Une fois le processus installé, il convient de demander au patient de revenir avec le psychothérapeute et d'ouvrir les yeux.

Étape 6 : autoréplique

On demande au patient de répéter seul le processus en faisant revenir le souvenir du Lieu sûr, de ressentir les sensations et les émotions en association avec le mot, sans faire de SBA.

Psychothérapeute : « Je voudrais que vous fermiez les yeux et que vous fassiez l'exercice seule, sans mon aide. Laissez venir le mot que vous avez choisi et notez les sensations qui remontent. Allez-y. Laissez venir. »

Quand le patient a terminé et réussi cette étape, il convient de lui indiquer que c'est un moyen pour lui de faire face aux situations de stress, grâce à cette technique.

Étape 7 : réplique avec dérangement

Le thérapeute demande au patient de laisser entrer une pensée perturbatrice (non pas traumatique = tension à la maison, stress au travail...).

Psychothérapeute : « Connectez-vous maintenant à une pensée perturbante, négative et récente. Soyez attentive au fait que cette pensée ne soit pas trop pesante et ne renvoie pas à une dimension trop lourde de votre histoire. Il peut s'agir d'une histoire de conflit personnel avec des amis, par exemple. Je vous propose de faire le choix ensemble. À quoi pensez-vous ? »

Louise : « Justement, il y a eu une altercation avec une enseignante il y a deux jours et c'était un peu tendu. »

Psychothérapeute : « Très bien, poursuivons avec cela. Laissez venir cette pensée et les sensations qui l'accompagnent. Notez ce qui se passe dans votre corps. Vous y êtes ? »

Louise : « Oui, c'est tendu dans mon ventre et ça me perturbe. »

Psychothérapeute : « Pensez maintenant à ce mot, "vent", et notez les changements qui s'opèrent en vous. »

S'il y a un changement positif, renforcer avec des SBA.

Étape 8 : autoréplique avec dérangement

On demande au patient de réactiver toutes les étapes jusqu'à ce qu'il se sente détendu et qu'il ait pu dissiper cette tension.

Psychothérapeute : « Je vous propose maintenant de trouver une autre pensée perturbante comme celle de tout à l'heure... Vous y êtes ? »

Louise : « Oui [rire], j'ai eu une dispute sans conséquence avec mon père... »

Psychothérapeute : « Si ça vous va et que ce n'est pas problématique, on peut y aller. »

Louise : « Oui, c'est parfait, ça nous arrive de nous disputer mais c'est sans conséquence... Mais ça m'a embêtée, donc c'est idéal... »

Psychothérapeute : « Bien... Notez à nouveau les changements qui apparaissent en vous, dans votre corps et dans votre tête lorsque vous pensez à ce mot, "vent". »

S'il y a un changement positif, renforcez avec des SBA.

Étape 9 : mise en contexte spécifique

Il s'agit d'exposer mentalement le patient à la situation qui lui semble particulièrement perturbante et pour laquelle elle consulte.

Psychothérapeute : « Je vous propose maintenant de penser à l'école et au stress que cela active pour vous ? »

Louise : « Oui, quand j'ai des devoirs communs le mercredi après-midi... »

Psychothérapeute : « Très bien. Connectez-vous à cette pensée et à la perspective du prochain devoir commun. »

Louise : « Oui, j'y suis. C'est facile... »

Psychothérapeute : « Bien... Pensez à ce mot, "vent". Notez les changements qui apparaissent en vous, dans votre corps et dans votre tête lorsque vous pensez à ce mot. »

Louise : « J'y suis, c'est calme, ça me calme. »

Psychothérapeute : « Très bien. Profitez de cette sensation et mémorisez ce qui se passe dans votre tête et dans votre corps. Notez que vous êtes capable de faire face à cette situation. »

Étape 10 : s'exercer

Il s'agit d'inviter le patient à refaire cet exercice à plusieurs reprises, notamment lorsqu'il sera confronté à des situations stressantes.

Psychothérapeute : « Bien, j'aimerais que vous puissiez refaire cet exercice d'ici notre prochaine rencontre. C'est un outil à votre disposition maintenant, qui s'avère efficace et que vous pouvez mobiliser dans toutes les situations qui se révéleront stressantes pour vous. Évidemment, cette technique pourra être utilisée dans le cadre de votre situation scolaire. »

Les « quatre fantastiques » : la technique des Quatre éléments d'Elan Shapiro ([Lobenstine, Shapiro, 2007](#)) traduite par François Mousnier-Lompré en 2010 et adaptée par nos soins

La technique des Quatre éléments de [Lobenstine et Shapiro \(2007\)](#) a pour une part été adaptée par Jenny Rydberg. Elle se décompose en plusieurs étapes.

L'exercice prend appui sur une conception très symbolique des quatre éléments que sont la terre, l'air, l'eau et le feu, à laquelle il convient bien entendu d'adhérer, même *a minima*. Ce protocole, une fois appris avec le psychothérapeute, peut faire l'objet d'une autoapplication par les patients.

Phase 1 : les quatre éléments

Expliquer du principe de l'exercice.

Psychothérapeute : « Nous allons tenter ensemble d'estimer votre niveau de stress. Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifierait "aucune perturbation" et 10 "le plus haut niveau de perturbation que vous puissiez imaginer", à combien évaluez-vous le niveau de stress que vous ressentez maintenant ? »

Psychothérapeute : « Les déclencheurs de stress, internes et extérieurs, ont un effet cumulatif pendant la journée. On gère mieux le stress quand on reste à l'intérieur de sa fenêtre de tolérance aux excitations. L'idée n'est pas d'éviter totalement le stress, c'est impossible, mais de rester dans cette fenêtre de tolérance. Cette fenêtre de tolérance, c'est au fond ce que l'on est capable d'accepter sans que pour autant cela nous fasse du mal. Une manière de faire consiste à se poser régulièrement la question, plusieurs fois par jour, afin de savoir si vous êtes toujours à l'intérieur de votre fenêtre de tolérance. Cela revient à contrôler son niveau de stress et ensuite à faire les exercices qui s'imposent pour en réduire le niveau. Portez un bracelet, une montre ou quelque chose d'autre qui pourrait constituer comme un repère, un indice de rappel qui, lorsque vous y faites attention ou lorsque vous le remarquez, serait un déclencheur qui vous conduirait à faire la mesure de votre niveau de stress (cela peut par exemple être un élastique de couleur ou une ficelle colorée que vous pourriez intentionnellement porter à votre poignet à partir de maintenant, ou encore un bracelet, une gourmette, une montre, une bague...). Chaque fois que vous remarquerez cet objet, faites une mesure de votre niveau de stress et mettez en œuvre dans votre tête l'exercice des Quatre éléments que nous allons envisager ensemble tout à l'heure. L'objectif (modeste) est de réduire votre niveau de stress d'un ou deux points chaque fois, et de le faire n'importe quand dans la journée. En empêchant l'accumulation de réactions au stress, vous arriverez mieux à rester dans votre fenêtre de tolérance. »

Phase 2 : la terre : ancrage et sécurité

C'est l'ici et maintenant, le présent et la réalité

Psychothérapeute : « La terre, c'est l'ici et maintenant, c'est le présent et la réalité, c'est l'ancrage et la sécurité. Je vous demande de prendre une ou deux minutes pour "atterrir"... pour être ici et maintenant. Posez vos deux pieds par terre. Repositionnez-vous, ressentez chacun de vos points d'appui, puis balayez du regard toute la pièce et nommez trois objets de formes et de couleurs différentes que vous voyez, puis identifiez trois bruits que vous entendez, et touchez trois textures/surfaces en prêtant attention aux sensations dans la paume de la main. Vous sentez-vous ancré ici, bien en sécurité dans le sol ? »

Phase 3 : l'air : respirer pour s'équilibrer et se recentrer

Psychothérapeute : « Quand on est anxieux(se) ou stressé(e), cela se répercute tout de suite sur notre respiration. Cette dernière est plus saccadée et parfois même, elle se bloque. Ainsi, respirer peut contribuer à réduire ce stress et à reprendre le contrôle sur les tensions que l'on peut ressentir. Tout en vous sentant ancré(e) dans l'ici et maintenant, inspirez profondément par le nez et sentez l'air passer à travers votre trachée et se diriger vers vos poumons, et ensuite lors de la seconde inspiration, sentez l'air passer dans vos bras, vos mains, jusqu'au bout de vos doigts, et se diffuser également vers votre ventre, vos jambes, vos chevilles, vos pieds, et jusqu'au bout de vos orteils. Imaginez cela. Sentez l'air vous traverser, membre par membre, et prenez conscience de combien cet air est bénéfique. Prenez conscience du fait que le simple fait de respirer, d'inspirer et d'expirer, vous permet de vivre. Lors de cette expiration, laissez-vous vous enfoncer plus profondément dans le sol, vous détendant de plus en plus. Renouvelez cette lente respiration quatre ou cinq fois, en restant concentré, en vous focalisant sur cet air qui entre en vous et en ressort librement. Si vous sentez que votre esprit s'égarer de votre respiration, ramenez-le simplement vers votre souffle. Et si par hasard des pensées viennent traverser votre esprit, considérez-les simplement comme des pensées, ne les jugez pas, et laissez-les quitter votre esprit pour pouvoir recentrer votre attention sur votre respiration. Si vous n'y arrivez pas, laissez vous aller, laissez ces pensées vous traverser.

« Concentrez-vous ensuite sur votre abdomen, sentez-le gonfler lors de l'inspiration et se détendre lors de l'expiration. Mettez votre main sur votre ventre, sentez-le se gonfler et se remplir d'air lorsque vous inspirez. Puis sentez-le se dégonfler lors de l'expiration. Sentez l'air sortir par votre bouche, tout en vous enfonçant de plus en plus dans le sol. En expirant, vous imaginez que vous laissez s'en aller une partie du stress et que vous l'expulsez en expirant. Dirigez votre attention à l'intérieur, vers le centre de vous-même. »

Phase 4 : l'eau : le calme et le contrôle

Psychothérapeute : « Quand on est anxieux ou stressé, on a souvent la bouche sèche, parce qu'une partie de la réaction au stress déterminée notamment par le système nerveux sympathique consiste à bloquer le système digestif et donc le processus de salivation. À l'inverse, si vous commencez à faire de la salive, vous vous connectez de nouveau avec le système digestif et vous induisez une relation inverse. C'est la raison pour laquelle, tout en étant ancré(e) dans l'ici et maintenant, tout en respirant par le nez en sentant bien l'air, je vous demande maintenant de vous faire saliver, soit simplement en y pensant ou en pensant à une saveur, soit en prenant une gorgée ou une bouchée d'une boisson ou d'un aliment. Quand vous produisez de la salive, votre esprit contrôle très bien vos pensées et votre corps. Dirigez tout simplement votre attention sur la production de salive. »

Phase 5 : le feu : éclairez le chemin de votre imagination

Psychothérapeute : « Tout en continuant à sentir la sécurité de vos pieds sur le sol ici et maintenant, de vous sentir centré(e) grâce à vos inspirations et à vos expirations, à vous sentir calme et maître de vous en produisant de plus en plus de salive, pensez à quelque chose, à un objet ou à une activité qui vous ferait du bien, qui apporterait un soulagement ou un confort physique (douche fraîche, bain chaud, bouquet de fleurs, parfum agréable, chocolat chaud, cheminée, coucher de soleil, musique préférée, s'allonger sur un canapé ou dans l'herbe...), imaginez-le concrètement en laissant votre corps se rappeler. En même temps, faites des tapotements alternés gauche-droite sur vos épaules, doucement, lentement. Vous pouvez aussi bouger vos orteils ou vos pieds en alternance dans vos chaussures. »

Faire 6 à 7 SBA lentes autopratiquées (le *tapping* semble remporter l'approbation des patients dans ce genre de situation !).

Psychothérapeute : « Maintenant, touchez votre bracelet (ou votre montre ou toute autre chose que vous portez sur vous en permanence et centrez-vous sur ça). »

Faire 6 à 7 SBA lentes autopratiquées.

Psychothérapeute : « Maintenant, nous allons évaluer à nouveau votre niveau de stress, où 10 représente le pire stress possible et 0 pas de stress du tout. Où en êtes-vous maintenant, sur notre échelle de stress de 0 à 10 ? »

Répétez l'exercice autant que nécessaire. Chaque répétition de l'exercice devrait faire baisser le niveau de stress d'un cran ou deux (évalué entre 0 et 10).

Psychothérapeute : « Pratiquez l'exercice des Quatre éléments au moins dix fois par jour pendant les deux premières semaines. Il est utile de vous entraîner lorsque vos niveaux de stress ne sont pas élevés, pour créer le conditionnement positif qui vous aidera à vous en servir plus efficacement en cas de stress élevé. »

La colonne vertébrale de la psychothérapie EMDR : le Protocole standard

Le traitement des événements stressants (non traumatiques) passés, présents ou futurs peut sans aucune difficulté être pris en charge avec le véhicule principal de la thérapie EMDR : le fameux Protocole standard. Rappelons que la thérapie EMDR est une approche éclectique faisant référence à d'autres psychothérapies comme les TCC, l'hypnose ericksonienne ou encore les approches psychodynamiques. Tous ces éléments se combinent de façon astucieuse dans ce protocole avec lequel bon nombre de choses peuvent être traitées, bien plus en tout cas que le sacro-saint ESPT, sur lequel a porté sa validation. Si c'est là un paradoxe pour le chercheur, le clinicien ne peut que constater et admettre que ce protocole déborde largement le cadre auquel on semblait le cantonner et ouvre de nombreuses portes aux cliniciens et aux patients.

Comme c'est toujours le cas en psychothérapie, il conviendra avant l'application de ce protocole de prendre un certain nombre de garanties. En effet, mobiliser un tel protocole, même s'il ne s'agit « que de traitement du stress », n'est pas sans conséquence. Il faut garder à l'esprit la puissance d'une telle procédure qui peut faire remonter à la surface des souvenirs ou des traumas cachés qui pourraient déstabiliser non seulement le patient, mais aussi le praticien, qui imaginerait pouvoir saucissonner de manière artificielle la vie de son patient. Certes, certains événements stressants sont parfois – et à juste titre – les seuls motifs de consultation de nos patients. Cela arrive même souvent ! Mais n'oublions tout de même pas que ces derniers s'inscrivent dans un contexte de vie et une histoire dont il serait illusoire de faire l'économie, notamment avec une méthode aussi intrusive que l'EMDR et son Protocole standard. Ainsi, si le choix du thérapeute est l'usage de ce procédé pour traiter une problématique de stress, ce praticien se doit, comme il le fait pour la prise en charge des traumatismes, de sécuriser le patient afin qu'il reste dans sa fenêtre de tolérance, pour éviter de courir et de faire courir à son patient le moindre risque. C'est la raison pour laquelle le travail d'anamnèse devra être précis afin de cibler les éventuelles contre-indications et de s'assurer d'une relation de confiance suffisante entre le patient et le psychothérapeute. Avant de débuter le processus de désensibilisation et de retraitement, une partie est consacrée à l'histoire du patient, puis à l'installation de ressources (*voir Lieu sûr*) que pourra utiliser le patient en cas de besoin.

C'est une fois ces éléments réunis que le processus de désensibilisation et de retraitement peut débuter, à l'aide de SBA.

Présentation générale du Protocole EMDR standard

Il nous a semblé opportun à ce stade de rappeler brièvement les étapes du Protocole standard, qui dans le domaine de l'EMDR reste incontournable. Rappelons que ce dernier a surtout fait ses preuves dans le domaine de la prise en charge de l'ESPT, mais qu'il peut parfaitement s'envisager dans le traitement de cibles stressantes ou perçues comme telles.

Lorsque la décision est prise par le psychothérapeute et le patient de mettre en place une procédure EMDR pour le traitement de situation à fort potentiel stressant, une fois la relation thérapeutique installée et le patient stabilisé, grâce notamment à l'utilisation de techniques comme le Lieu sûr, il est possible de déterminer un Plan de ciblage (*voir chapitre 2*).

Le Plan de ciblage s'attache à définir la problématique actuelle dont les éléments déclencheurs (prendre l'avion, prendre la parole en public...), de repérer les événements du passé (turbulences en avion, agression dans l'enfance, brimades maternelles...), ainsi que les scénarios du futur (voyage en avion futur, rendez-vous au tribunal, donner une conférence...). Si les déclencheurs actuels et les scénarios du futur peuvent être abordés très simplement, la recherche d'événements du passé nécessite de remonter le long du « canal » mnésique dysfonctionnel. Pour cela, lors de la première séance,

le patient est invité à se focaliser sur l'événement actuel le plus perturbant pour lui, à en ressentir les sensations, à identifier ses cognitions et à laisser son esprit le guider à travers tous les événements du passé lors desquels il a déjà ressenti ou pensé cela. Tous les événements évoqués sont pris en compte, jusqu'à retourner à l'événement le plus ancien dont puisse se souvenir le patient. C'est cet événement qui sera considéré comme souvenir source et retraité en premier lieu. Même s'il peut être moins chargé émotionnellement que d'autres, c'est le « noeud » initial du « canal » qui peut, s'il est retraité, impulser un changement dans tout le réseau dysfonctionnel. Le traitement de désensibilisation s'opérera alors dans un ordre chronologique : le souvenir source, les souvenirs du passé, les déclencheurs actuels et les scénarios du futur, le tout suivant un protocole déterminé pour chaque point.

Il s'agit ensuite de reprendre l'événement, par exemple le souvenir source, et d'inviter le patient à identifier l'image la plus perturbante, comme s'il voyait un film de l'événement et qu'il devait faire un arrêt sur image au moment le plus difficile. C'est l'étape d'évaluation. Une fois le patient focalisé sur cette image, il doit y associer une cognition négative : ce qu'il pense de lui-même quand il regarde cette image (« Je ne suis pas quelqu'un de bien », « Je suis coupable », « Je ne peux pas me défendre... »), puis d'en trouver l'équivalent positif par lequel il aimeraient le remplacer (« Je suis quelqu'un de bien », « Je ne suis pas coupable », « Je ne pouvais pas me défendre mais aujourd'hui je peux... »).

À ce stade, il s'agit d'évaluer grâce à la VOC (*Validity of Cognition Scale*) à quel point le patient ressent cette cognition positive comme vraie, sur une échelle de 1 (complètement faux) à 7 (complètement vrai). Le psychothérapeute évalue ensuite les émotions associées, éprouvées maintenant par le patient lorsqu'il repense à l'événement. C'est là qu'intervient la mesure du SUD ([encadré 4.2](#)), qui correspond au degré de perturbation ressentie par le patient (SUD), sur une échelle de 0 (pas de perturbation), à 10 (perturbation forte). Enfin, il s'agit d'identifier le siège de la sensation corporelle où est ressentie la perturbation. Une fois ces évaluations réalisées, le processus de désensibilisation pourra débuter.

Le patient est alors invité à penser à l'image, à la cognition négative associée, ainsi qu'aux sensations corporelles, préalablement identifiées. Une fois en contact avec l'ensemble de ces éléments, les SBA commencent.

Dans le Protocole standard, le patient est invité à suivre les stimulations alternées que propose le thérapeute, réalisant des mouvements rapides de droite à gauche pendant quelques instants. La série terminée, le patient expose brièvement ce qui s'est passé lors de la stimulation. Le thérapeute ne pose alors aucune question ni ne propose aucune reformulation, il invite uniquement le patient à rester concentré sur ces pensées, et lui indique de « continuer avec ça » ou de « noter cela », puis reprend une série de SBA.

Au fur et à mesure de l'alternance entre les SBA et les moments où il est demandé au patient de préciser ce qui lui est venu durant la séance, l'image – et plus largement la cible initiale – change et se modifie. On note souvent une sorte d'éloignement par rapport à la cible, une mise à distance non seulement spatiale mais psychique, qui signe une sorte de reconfiguration de la représentation de cet événement qui est vu à travers un prisme différent et moins chargé sur le plan affectif. Toutefois, d'autres éléments stressants ou pathogènes peuvent alors apparaître, ce qui très fréquent. Le psychothérapeute peut choisir soit de les traiter directement : « Continuez avec ça », soit de reporter à plus tard leur mise en traitement en demandant de mettre ces éléments dans un coin de sa tête : « Imaginez un coffre-fort imaginaire dans lequel on pourrait mettre cet événement [rappeler l'événement ou la cible en question]. Mettez-le à l'intérieur et fermez la porte. Il ne s'agit pas de le mettre aux oubliettes, mais bien de le mettre à l'abri pour ne pas qu'il vous perturbe pour le moment afin que nous puissions mener à bien le travail que nous avons débuté ensemble dans cette séance. »

Pendant tout le processus de désensibilisation, le patient va associer et remonter tout son canal associatif jusqu'à le « vider » grâce aux SBA. À ce moment-là, il s'agit de revenir à la situation initiale pour voir si d'autres canaux sont associés ou si le travail est terminé. C'est le SUD qui va être indicateur, en évaluant s'il reste de la détresse et de la perturbation ou non chez le patient. Si le patient donne un SUD à 0, il est alors possible d'engager la phase d'installation.

C'est lors de cette phase que, grâce encore une fois à des stimulations bilatérales alternées, nous pouvons installer la cognition positive.

Enfin, un dernier Scanner corporel est réalisé, en invitant le patient à passer mentalement son corps en revue pour identifier une éventuelle sensation d'inconfort. Si c'est encore le cas, c'est qu'il reste du matériel négatif et perturbant. En effet, la thérapie EMDR ne fait pas l'économie du lien psychosomatique existant entre le psychisme et le corps, et l'évaluation du ressenti corporel est une étape importante de la procédure. [Van der Kolk \(1994\)](#) a d'ailleurs mis en évidence que la plupart des pensées traumatiques s'accompagnaient d'une véritable résonance physique et que le traumatisme serait emmagasiné dans la mémoire motrice et non narrative. Ce n'est qu'une fois traitées qu'elles peuvent migrer vers la mémoire narrative et être verbalisées.

La séance est clôturée lorsqu'il n'y a plus de perturbation (SUD = 0), que la cognition positive est bien intégrée (VOC = 7) et que le Scanner corporel est bon (sans sensations négatives au niveau du corps).

La séance suivante s'attachera d'abord à évaluer s'il n'existe plus de perturbation sur l'événement traité à la séance précédente, puis on passera à l'événement suivant (en se référant au Plan de ciblage), en reprenant le même protocole, et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les situations du passé, actuelles et du futur aient été passées en revue.

Les étapes du Protocole standard

Phase 1 : histoire du patient

Obtenir de l'information sur le patient (anamnèse). Construire un rapport de confiance, comme dans tout cadre thérapeutique. Expliquer la thérapie EMDR (par exemple, proposer le site officiel www.emdr-france.org). Choisir le plan ou la stratégie de traitement et identifier les cibles à traiter (*voir* chapitre 2 pour plus de précisions), notamment ici en termes d'événements ou de situations stressantes.

Phase 2 : préparation

Recueillir le consentement éclairé du patient, tant sur les points à traiter que les conséquences potentielles de la psychothérapie. Identifier, avec lui la typologie des SBA à privilégier, ainsi que le signal STOP. C'est lors de cette phase que se met en place le Lieu sûr.

Phase 3 : évaluation

Accès à la cible ou au souvenir, situation stressante à traiter.

Cible : « Sur quelle situation stressante voulez-vous travailler ? »

Image : « Quelle image représente la partie la plus difficile de cette situation ? »

Cognition négative (CN) : « Quand vous regardez cette image, quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit qui disent quelque chose de négatif sur vous et qui résonnent comme vrais maintenant ? »

Cognition positive et évaluation de la cognition (CP) : « Plutôt que [reprendre la cognition négative], quand vous regardez cette image (ou situation) qu'est-ce que vous préféreriez penser de vous-même maintenant ? »

Validité ou crédibilité de la cognition positive (VOC) sur une échelle de 1 à 7 : « Quand vous pensez à cette image (ou situation) dans quelle mesure ressentez-vous comme vrais ces mots [répéter la cognition positive] maintenant ? Sur une échelle de 1 à 7, avec 1 étant le niveau le plus bas (tout à fait faux) et 7 le niveau le plus haut (tout à fait vrai), quelle valeur lui donneriez-vous ? »

Détermination de l'émotion (ou des émotions) associée(s) : « Quand vous pensez à cette image (ou situation) et à ces mots [répéter la cognition négative] quelle(s) émotion(s) éprouvez-vous maintenant ? »

Tension ou mesure subjective de la détresse perçue (SUD) : « Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifierait "aucune perturbation" et 10 "le plus haut niveau de perturbation que vous puissiez imaginer", à combien évaluez-vous la perturbation que vous ressentez maintenant ? »

Localisation de la sensation corporelle : « Où ressentez-vous cette tension dans votre corps ? »

Phase 4 : désensibilisation et réévaluation du SUD

Mise en œuvre de SBA (nous avons ici fait le choix des mouvements oculaires) : « Je voudrais que vous laissiez revenir cette image, ces mots [répéter la cognition négative] et cette sensation dans votre corps. Maintenant, suivez le mouvement de mes doigts avec vos yeux... »

Phase 5 : installation

Mise en lien de la cognition positive avec la cible : « Les mots [répéter la cognition positive] sont-ils toujours les plus adaptés ou y a-t-il une autre formulation qui correspondrait mieux maintenant à ce que vous souhaitez ? »

« Pensez à la situation initiale et à ces mots [énoncer la cognition positive choisie]. dites-moi à quel point vous ressentez ces mots comme vrais maintenant ? »

« Gardez-les ensemble ! » Reprendre les mouvements oculaires et après chaque série, vérifier la VOC.

Continuer l'installation aussi longtemps que le matériel se modifie et devient plus adapté.

Phase 6 : Body Scan ou Scanner du corps

« Fermez les yeux. Concentrez-vous sur la situation et les mots [énoncer la cognition positive] et passez en revue mentalement votre corps en entier. Dites-moi où vous ressentez quelque chose ? »

Si une sensation est mentionnée, faire des mouvements oculaires (spécifiques selon que la sensation est positive ou négative).

Phase 7 : clôture

S'assurer de la stabilité du patient à la fin de la séance EMDR.

À ce stade, le psychothérapeute pourra envisager avec le patient la mise en place de scénarios du futur de manière conforme à ce qui est enseigné dans la formation de base. Rappelons qu'après avoir travaillé sur les événements du passé en lien avec la problématique du patient, ainsi que sur sa situation actuelle (déclencheurs du présent), il s'agira de lui proposer de se projeter dans l'avenir afin de savoir quelle(s) réaction(s) il pourrait avoir dans des situations qui étaient jusque-là anxiogènes ou problématiques (identification des situations futures, visualisation comme un film ou une vidéo... Si

Encadré 4.2

La validité du SUD (Subjective Units of Disturbance Scale) en EMDR

Initialement, pour [Wolpe \(1969\)](#), le SUD était une échelle comprise entre 0 (totalement calme) et 100 (la pire anxiété jamais ressentie) censée mesurer l'autoperception que les patients avaient de leur anxiété. Ce n'est que plus tard que Wolpe proposa une évaluation plus compacte sur la base d'une échelle comprise entre 0 et 10. Le SUD a été d'ailleurs adapté à de nombreuses situations, comme l'évaluation des besoins de prise alcoolique ([Hodgson, Rankin, 1976](#)) ou encore le niveau d'excitation sexuelle ([Farkas et al., 1979](#)). Le SUD est en fait une mesure subjective importante qui, en EMDR comme ailleurs, permet d'évaluer la situation des patients durant le processus psychothérapeutique. Cependant, peu d'études ont mesuré sa validité. Ce

fut le cas de Thyer et al. (1984) qui rapportent des corrélations significatives entre cette mesure et la fréquence cardiaque, ainsi qu'avec la température de la peau. Ce fut également le cas de Kaplan et al. (1995) qui ont mis à jour un lien positif entre le SUD et le niveau d'anxiété des sujets (tableau 4.3). Afin de tester les qualités psychométriques du SUD, Daeho et al. (2008) ont réalisé une étude auprès de 61 patients traités avec l'EMDR pour différents troubles (55 % d'ESPT, 20 % de dépression majeure, 8 % de troubles anxieux et 16 % d'autres troubles). Les patients ont en moyenne bénéficié de 4,6 sessions de prise en charge (ET = 3,4) et le SUD fut rapporté au début et à la fin de trois des séances EMDR. Les auteurs ont ensuite calculé les corrélations entre ces différentes mesures du SUD et d'autres scores comme la dépression, l'anxiété (état et trait) ou le psychotraumatisme (tableau 4.3).

Tableau 4.3. Synthèse des résultats relatifs à la corrélation entre le SUD et certains indicateurs.

	SUD Début de la session 1	SUD Fin de la session 1	SUD Début de la session 2	SUD Fin de la session 2	SUD Début de la session 3	SUD Fin de la session 3
Dépression (Beck Depression Inventory)	0,28*	0,36*	--	--	--	--
Anxiété-trait (STAI-trait)	--	0,34*	--	--	--	--
Anxiété-état (STAI-état)	0,31*	0,36**	--	--	--	--
ESPT (Impact of Event Scale-R ou IES-R)	0,45***	0,34*	--	0,28*	0,33*	--

* indique une différence significative au seuil $p < 0,05$; ** indique une différence significative au seuil $p < 0,01$; *** indique une différence significative au seuil $p < 0,001$.

Les résultats partiels de la recherche que nous présentons ici sont particulièrement intéressants. En effet, ils montrent que le SUD est surtout corrélé avec les différents indicateurs proposés au début et à la fin de la première séance. C'est moins le cas ensuite, même si on retrouve des indices significatifs avec l'ESPT à la fin de la deuxième et au début de la troisième séance. Même si toutes les mesures ne sont pas significatives, ces résultats sont loin d'être décevants, car à partir d'une seule indication (note entre 0 et 10) le sujet donne au thérapeute une indication générale assez heuristique et fiable. Certes, elle ne permet en rien de dire s'il s'agit de dépression, d'anxiété ou d'ESPT. Mais il s'agit au fond d'un peu de tout cela en même temps. Il convient cependant de faire deux remarques :

1. la convergence avec l'anxiété-trait ne doit pas être envisagée, car la plupart du temps, c'est bien d'une anxiété relative à une situation particulière qu'il s'agit (exemples : la peur du noir, la peur de revenir sur son lieu de travail...) ;
 2. il est difficile d'identifier la nature de l'émotion que recouvre le SUD. Il peut s'agir de perturbation, de stress, d'anxiété. Mais il peut aussi s'agir de dégoût, de peur, de tristesse ou de culpabilité. D'ailleurs, et c'est sans doute ce qui explique les résultats obtenus, il est fort probable que ce que recouvre ce SUD évolue au cours de des séances et qu'un SUD de 8 en début de première session puisse correspondre à du dégoût et de la peur, qu'un même SUD de 8 en fin de deuxième session puisse renvoyer à de la culpabilité, et qu'un SUD de 6 en fin de troisième session soit une évaluation de la tristesse. C'est à la fois la force et la faiblesse du SUD qui, certes, d'un point de vue psychométrique, n'est pas d'une grande consistance, mais qui d'un point de vue clinique reste d'une grande pertinence.

les situations sont positives, les renforcer autant que possible avec des séries de SBA, si les situations sont négatives, il s'agira de les retraiter).

Application du Protocole standard

Présentation du cas Narcisse (« j'aurais voulu être... une chanteuse »)

Narcisse est une femme de 68 ans. Retraite depuis plusieurs années, elle est passionnée par la musique et le chant et aurait d'ailleurs voulu faire une carrière artistique de ballerine à l'Opéra de Paris. Faute d'opportunités, elle fait finalement une carrière dans la grande distribution ! Elle dirige maintenant une chorale composée d'anciens toxicomanes. Cette activité est un défouloir important et ses adhérents ne manquent jamais aucune répétition. Or, depuis quelques mois, elle ressent une vraie pression lorsqu'elle doit se produire sur des petites scènes locales avec son groupe. Elle ne dort plus très bien et se sent fébrile et stressée au fur et à mesure que la date approche. Après lui avoir proposé un Lieu sûr qui s'est avéré insuffisant, il nous a semblé opportun de traiter la situation du tour de chant futur avec un protocole standard.

Tableau 4.4. Perspective temporelle appliquée au cas Narcisse.

Passé	Présent	Futur
Ø	1	2
Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	Déclencheurs actuels	Défis futurs

La perspective consiste à traiter les déclencheurs actuels (**tableau 4.4**), en l'occurrence le fait de se retrouver en situation de diriger son groupe de chanteurs. Il s'avère que dans l'histoire de cette patiente rien ne justifiait une autre démarche psychothérapeutique, aucun résultat n'ayant été obtenu après application de plusieurs plans de ciblage. La prise en charge fut donc orientée sur le présent et sur les défis futurs à venir.

Présentation de quelques éléments synthétiques relatifs à la procédure utilisée

Souvenir cible : « Je m'imagine sur la scène du théâtre où doit avoir lieu le concert. Je suis dos à la foule et devant moi, il y a ma chorale. »

Image la plus difficile : « Cette grande scène et moi au milieu. »

Cognition négative : « Je ne suis pas à ma place. »

Cognition positive : « Je suis à ma place. »

VOC : « 3. »

Émotions : « De la peur. »

SUD : « 9. »

Localisation de la sensation corporelle : « Sensation d'écrasement dans la poitrine et les jambes qui tremblent. »

Retranscription de quelques éléments de la seule et unique séance (une heure) nécessaire

Psychothérapeute : « Laissez venir l'image de départ et ces mots, cette croyance négative, "Je ne suis pas à ma place", cette émotion de peur et cette sensation dans votre corps... et suivez le mouvement de mes doigts avec vos yeux. »

Nous commençons une série de SBA, pendant cette séquence, la patiente ne dit rien.

Psychothérapeute : « Bien. Prenez une grande respiration. Qu'est-ce qui vous vient maintenant ? »

Narcisse : « Je suis coincée entre le public et la chorale, exposée... »

Psychothérapeute : « Continuez avec ça. [Nous commençons une autre série de SBA.] Bien. Respirez. »

Narcisse : « Je me demande si mes chanteurs seront à la hauteur. »

Les SBA s'enchaînent, les pensées de Narcisse se modifient.

Narcisse : « Ils ont toujours été à la hauteur. »

Psychothérapeute : « Gardez ça à l'esprit. [Série de SBA.] À quoi pensez-vous ? »

Narcisse : « Je fais cela depuis tellement longtemps, au fond, il n'y a pas de risque ! »

Psychothérapeute : « Bien. Continuez avec ça. [Série de SBA.] Et maintenant ? »

Narcisse : « Je ne serai pas seule en plus, les accordéonistes seront là en cas de souci, ils ont l'habitude ! »

Le visage de Narcisse change maintenant, elle sourit et se décrisper.

Psychothérapeute : « C'est bien, continuez avec ça. »

Narcisse : « En fait c'est une opportunité et une reconnaissance pour le travail que l'on fait depuis quatre ans avec ce groupe [sourire]. »

Psychothérapeute : « Nous avons travaillé sur les situations qui actuellement génèrent du stress et de la tension chez vous. Je voudrais maintenant que l'on travaille ensemble sur les réactions que vous pourriez avoir dans des situations similaires qui pourraient se renconter dans le futur. »

Narcisse : « Oui très bien. »

Psychothérapeute : « Je voudrais que vous pensiez à une situation à venir, un concert que vous devez assurer dans les jours ou les semaines qui viennent et à une idée positive de vous dans cette situation future. »

Narcisse : « Oui, nous avons un concert dans un mois et demi... j'y suis là. »

Psychothérapeute : « Lorsque vous pensez à ce futur concert et à une idée positive de vous, qu'est-ce que vous remarquez ? Imaginez cela comme une vidéo, comme un film qui vous met en scène dans cette situation future. »

Narcisse : « Tout est bien, j'ai même envie d'y aller, de faire ce que j'aime avec mes amis... *cantare*² ! »

Le Body Scan du Mindfulness et des compléments EMDR adaptés à la gestion du stress

Dans cette partie, il s'agira d'une part de présenter sur le plan théorique les fondements du *Mindfulness*, pour ensuite présenter une adaptation de l'exercice du *Body Scan* avec usage de SBA.

Présentation générale

La technique du *Mindfulness Based Stress Reduction* ou MBSR ([Kabat-Zinn, 1994](#)) a été originairement développée dans le contexte de la médecine comportementale pour des patients souffrant de douleurs chroniques et de problématiques de stress. Il s'agit d'une formation intensive de méditation durant 8 semaines à raison de 2,5 h par semaine en groupe de 15 à 30 personnes avec un instructeur et des travaux pratiques à effectuer en dehors de ces sessions. La pratique méditative à l'extérieur des séances collectives est extrêmement importante dans la réussite du traitement. Traditionnellement, les participants aux sessions MBSR se caractérisent par une large variété de symptômes physiques ou psychiques. On constate également que des ses-

2. Qui signifie « chanter » en italien. La chorale de Narcisse ne chante que des chants traditionnels italiens !

sions spécifiques peuvent se faire sur des pathologies particulières comme la dépression, l'anxiété ou des problématiques cancéreuses, notamment dans la gestion de la douleur et dans la relation entretenue avec la maladie (Carlson et al., 2003). La plupart des programmes MBSR commencent par une phase d'explication individuelle ou en groupe dans laquelle l'instructeur explique la méthode, son fonctionnement, ses résultats. Par ailleurs, cette séance introductory insiste sur l'importance de la pratique en dehors des sessions formelles (en général, 45 minutes par jour et par semaine). Avant le déroulement de la première séance, l'instructeur procède à l'évaluation de l'adhésion au programme des participants ainsi qu'à leur implication. Il est à noter que la méthode n'est pas sélective en fonction de la motivation des patients. Beaucoup de programmes invitent ces derniers à un suivi après les formations afin de parler de leur vécu et de leurs objectifs futurs en lien avec la gestion de la problématique. Le programme MBSR utilise un certain nombre d'exercices (balayage corporel, méditation assise, hatha yoga) ainsi que des informations didactiques sur le stress au niveau physiologique et comportemental. Nous n'allons pas exposer un protocole entier d'une séance MBSR, mais simplement adapter l'exercice du *Body Scan* ou « balayage corporel » (qui de façon très épurée se trouve dans la phase 6 standard) en y intégrant un travail de désensibilisation à partir de SBA.

Dans cet exercice, les participants sont invités, après s'être allongés confortablement, à focaliser leur attention séquentiellement sur différentes parties de leur corps en commençant généralement par une extrémité (pieds, mains) et en scannant (perception vigilante et orientée) toutes les parties du corps. Les sujets sont invités à noter les sensations présentes avec ouverture et curiosité ou tout simplement noter l'absence de sensations. Ce n'est pas un exercice de relaxation – même si des effets relaxants peuvent se manifester – dans la mesure où on ne demande pas au patient de se relaxer. Si certaines parties du corps sont tendues ou sous l'emprise des douleurs, le patient ne doit pas chercher à supprimer cette tension mais simplement à en prendre conscience sans émettre de jugement et sans entrer dans un mode de pensée par élaboration ou association sur l'origine de ce stimulus. Par la suite, le sujet doit refocaliser son attention sur le corps. Cet exercice fournit une opportunité de pratiquer deux « capacités » qui se manifestent dans la pleine conscience comme l'autorégulation de l'attention (par la focalisation délibérée ou intentionnelle de l'attention sur le corps et le changement de l'attention sur le corps si l'esprit est pris par des pensées élaboratives ou ruminatives) et l'orientation vers l'expérience qui souligne l'ouverture, la curiosité et l'acceptation sans jugement de l'expérience. L'objectif de notre approche consistera à aller plus loin qu'une simple prise de conscience et/ou acceptation. Il s'agira en effet de traiter et de désensibiliser toutes les parties du corps susceptibles d'accueillir une tension liée au stress.

Articulation du Body Scan avec un travail de désensibilisation à partir de SBA

Le protocole se décompose en deux phases distinctes, la première dite « d'initiation » et la seconde dite « d'application », elle-même composée de deux étapes. Nous avons retranscrit l'ensemble du protocole, ainsi que toutes les consignes nécessaires à son utilisation.

Première phase : prise de conscience de la respiration

Psychothérapeute : « Allongez-vous confortablement, étendez vos jambes, vos bras le long du corps et les paumes tournées vers le ciel. Autorisez-vous à fermer lentement vos yeux... Prenez votre temps. Inspirez profondément par le nez et sentez l'air passer à travers votre trachée et se diriger vers vos poumons. Ensuite, lors de la seconde inspiration, sentez l'air passer dans vos bras, vos mains, jusqu'au bout de vos doigts, et se diffuser également vers votre ventre, vos jambes, vos chevilles, vos pieds, et jusqu'au bout de vos orteils. Imaginez cela... Sentez l'air vous traverser, membre par membre, et prenez conscience de combien cet air est bénéfique. Prenez conscience du fait que le simple fait de respirer, d'inspirer et d'expirer, vous permet de vivre... Lors de cette expiration, laissez-vous vous enfoncer plus profondément dans le sol, vous détendant de plus en plus. Sentez-vous à l'aise. Renouvez cette lente respiration quatre à cinq fois en restant concentré(e), en vous focalisant sur cet air qui entre en vous et en ressort librement... Si vous sentez que votre esprit s'égare de votre respiration, ramenez-le simplement vers votre souffle. Et si par hasard des pensées viennent traverser votre esprit, considérez-les simplement comme des pensées, ne les jugez pas, et laissez-les quitter votre esprit pour pouvoir recentrer votre attention sur votre respiration. Si vous n'y arrivez pas, laissez-vous aller, laissez les pensées vous traverser. Concentrez-vous ensuite sur votre abdomen, sentez-le se gonfler lors de l'inspiration et se détendre lors de l'expiration. Mettez votre main sur votre ventre, sentez-le se gonfler et se remplir d'air lorsque vous inspirez. Puis sentez-le se dégonfler lors de l'expiration. Sentez l'air sortir par votre bouche, tout en vous enfonçant de plus en plus dans le sol... Relevez toutes les sensations que vous ressentez lors de cette prise de conscience de la respiration. Ne les jugez pas, ressentez-les simplement, tout en restant concentré sur votre respiration. Remettez-vous en position allongée, les bras le long du corps, et détendez-vous... Vous pouvez alors vous féliciter d'avoir consacré du temps à cet exercice. »

Une fois cette première étape réalisée, le psychothérapeute peut demander à son patient de s'exprimer sur ce qu'il a ressenti, si cela l'a détendu ou si au contraire cela l'a rendu nerveux, l'a contracté.

Seconde phase : application

Étape 1 : reprise

Psychothérapeute : « Allongez-vous sur le dos, confortablement, prenez le temps nécessaire à bien vous positionner. Mettez vos bras étendus le

long du corps, les paumes ouvertes vers le plafond de manière détendue. Une fois que vous vous sentez à l'aise, prenez conscience de vos paupières, fixez votre attention sur elles et ressentez-les lourdes. Elles ont envie de se fermer. Vous les fermez doucement, calmement. Ensuite, portez votre attention sur votre respiration. Laissez votre corps respirer, n'essayez pas de manipuler votre respiration d'une quelconque façon. Laissez-vous aller. Essayez d'expérimenter simplement la façon dont l'air se déplace dans votre corps, en dirigeant en particulier votre attention sur votre ventre, votre abdomen. L'air entre doucement par vos narines et pénètre dans vos poumons. Ressentez les sensations dans cette région lorsque l'air pénètre dans votre corps et que l'abdomen gonfle doucement et lorsque l'air ressort du corps et que le ventre dégonfle, ceci en suivant le mouvement rythmique de votre ventre à chaque respiration. Inspirez doucement, expirez doucement. Accompagnez ce cycle en conscience, inspirez doucement et expirez doucement. Laissez-vous aller, laissez votre corps devenir lourd alors qu'il s'enfonce un peu plus profondément dans le sol. Accordez de l'importance à votre respiration à chaque instant. »

Étape 2 : déplacement de l'attention et désensibilisation

Psychothérapeute : « Lorsque vous vous sentez prêt(e), déplacez l'objectif de votre attention sur le bas de la jambe gauche et plus particulièrement sur les orteils du pied gauche, et prenez-en conscience. L'important est que vous sentiez juste vos orteils tels qu'ils sont, en vous concentrant. Expérimitez le gros orteil, essayez de le ressentir puis le petit, sans les bouger, mais juste en les ressentant individuellement, puis les autres orteils et, lorsque vous inspirez, imaginez que l'air descend directement dans les poumons et le ventre et vers le bas de la jambe gauche jusqu'à vos orteils et lorsque vous expirez, que l'air remonte de vos orteils et ressort automatiquement par votre nez, comme si vous inspiriez vers le bas jusqu'à vos orteils et expiriez à partir de vos orteils. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme suit, si non, poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Matérialisez cette tension, comme si vous pouviez en faire une cartographie ou une image pour bien la localiser et bien la ressentir. »

Cognition négative (CN) : « Quand vous vous concentrez sur cette partie de votre corps et que vous ressentez cette tension, quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit qui disent quelque chose de négatif sur vous et qui résonnent comme vrais maintenant ? »

Détermination de l'émotion (ou des émotions) associée(s) : « Quand vous pensez à cette image (ou situation) et à ces mots [répétez la cognition négative] quelle(s) émotion(s) éprouvez-vous maintenant ? »

Tension ou mesure du SUD : « Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifierait "aucune perturbation" et 10 "le plus haut niveau de perturbation que vous puissiez imaginer", à combien évaluez-vous la perturbation que vous ressentez maintenant ? »

Pratiquez des séries de SBA comme dans le Protocole standard. La série terminée, le patient est invité à exposer brièvement ce qui s'est passé lors de la stimulation. Le thérapeute invite le patient à rester concentré sur ses pensées, lui disant « Continuez avec ça » ou « Notez cela », puis reprend une série de SBA conformément à ce qui se passe dans le Protocole standard. Différence importante, il est demandé au psychothérapeute de revenir le plus souvent possible à la cible (la sensation corporelle). C'est le SUD qui va être le repère pour l'ensemble de la procédure, et évaluer s'il reste de la tension ou de la perturbation. Si le patient donne un SUD à 0, il est alors possible de passer à la suite.

Psychothérapeute : « Lorsque vous êtes prêt(e), expirez pour quitter vosorteils complètement et déplacez votre attention sur le bas de votre pied gauche, respirez avec lui, et expirez à partir de celui-ci en le laissant juste s'en aller. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Respirez ensuite dans le talon et lors d'une expiration, laissez-vous quitter celui-ci, devenant conscient(e) du dessus de votre pied ; ne pensez pas autrement à votre pied qu'en étant juste présent(e) ici avec lui, le ressentant, le laissant prédominer le champ de votre conscience, respirant avec lui. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Laissez cette conscience s'étendre aux chevilles également et ressentez votre propre cheville gauche, respirez à l'intérieur de celle-ci et lors d'une expiration, quittez la cheville et votre pied gauche et devenez alors conscient de la partie inférieure de la jambe gauche, de la surface comme de la profondeur. Expérimitez cette région telle qu'elle est, n'essayez pas de la rendre différente, acceptez les sensations que vous ressentez, respirez avec elles et lorsque vous êtes prêt, quittez également cette partie du corps. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Focalisez maintenant votre attention en remontant vers votre genou, expérimitez votre genou gauche, respirez à l'intérieur et lors d'une expiration, laissez-le s'effacer également. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Déplacez-vous maintenant vers la région de la cuisse, en remontant jusqu'à l'aine à l'intérieur et la hanche à l'extérieur, expérimentant juste votre cuisse gauche, la laissant aussi molle et détendue que possible, et s'il y a une quelconque tension, laissez-la sortir lors d'une expiration. Lorsque vous êtes prêt, prenez une respiration plus profonde vers le bas dans votre cuisse et lorsque vous expirez, laissez là s'en aller. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Déplacez maintenant votre attention vers la jambe droite, et devenez conscient(e) des sensations dans les orteils droits, ressentez les sensations du gros orteil, du petit et des autres, dirigeant l'air inspiré vers les orteils et lors de l'expiration, laissez l'air remonter de vos orteils et ressortir par votre nez, en enregistrant les sensations qui sont présentes dans cette région, sans les juger. Quand vous le voulez, prenez une inspiration plus profonde vers le bas à l'intérieur de vos orteils et lors de l'expiration, laissez vos orteils s'évanouir dans le champ de votre conscience, laissant l'attention se porter sur le bas de votre pied droit, en incluant le talon. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Puis profitez d'une expiration pour quitter cette région et déportez doucement votre attention sur le dessus du pied et la cheville, inspirant et expirant, puis laissez-la juste partir, se détendre et s'évanouir de votre conscience alors que vous prenez conscience de la partie inférieure de la jambe. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Lorsque vous êtes prêt(e), respirez à l'intérieur de la jambe et profitez de l'expiration pour la quitter également et prenez alors conscience de votre genou droit avant de le quitter également lors de l'expiration. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Maintenant, prenez conscience de votre cuisse droite, entre la hanche, le bassin et l'aine, en partant du genou. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Lors d'une expiration, quittez cette région également. Devenez maintenant conscient(e) du bassin, d'une hanche à l'autre, des fesses en contact avec le matelas et des sensations de contact et de pesanteur. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Prenez conscience de la région des organes génitaux, des hanches elles-mêmes et respirez avec votre bassin dans son intégralité. Dirigez l'air vers le bas lors de l'inspiration, et lors de l'expiration, laissez le bassin se relâcher et se détendre, toute tension présente s'en allant avec l'air ; soyez satisfait(e) d'être comme vous êtes juste à cet instant. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Dirigez ensuite votre attention vers le bas du dos, expérimitez les sensations qui s'y trouvent. Expérimitez votre dos tel qu'il est en cet instant, en laissant l'air pénétrer, se déplacer dans chaque région du bas du dos lors de l'inspiration et de l'expiration. Laissez toute tension ou contraction être là puis s'en aller lors de l'inspiration et lors d'une expiration, quittez le bas du dos et remontez vers le haut, respirant avec vos sensations. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Portez ensuite votre attention à nouveau sur le ventre, expérimitez la dilatation et la rétraction de celui-ci, permettez à la conscience de se diffuser du ventre vers la poitrine également. Expérimitez la poitrine qui se gonfle à l'inspiration et se rétracte quelque peu à l'expiration. Lorsque vous êtes prêt(e), contentez-vous de laisser cette région s'évanouir dans la relaxation également. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Déplacez votre attention vers les extrémités de vos doigts, prenez conscience des sensations présentes maintenant dans les extrémités de vos doigts et dans les paumes. Soyez juste dans vos doigts, à l'intérieur et sur la partie arrière de vos doigts puis ressortez par les extrémités en laissant le champ de votre conscience se diffuser jusqu'à inclure les paumes de vos

mains, l'arrière de vos mains et les poignets, en devenant aussi conscient(e) des avant-bras et des coudes, expérimentant votre corps tel qu'il est. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Incluez maintenant la partie supérieure de vos bras, remontez vers les aisselles et les épaules. Expérimitez vos épaules et s'il y a une tension, respirez juste dans celles-ci et dans vos bras lors de l'inspiration et laissez cette tension s'en aller lors de l'expiration. Soyez présent(e) à chaque instant. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Maintenant, laissez votre attention remonter vers le cou, la colonne vertébrale, puis vers la gorge et ressentez cette région de votre corps dans son intégralité. Inspirez vers le bas dans le cou intentionnellement et lors de l'expiration, quittez-le également, le laissant se relaxer. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Prenez alors conscience de votre visage et concentrez-vous en premier sur la mâchoire et le menton, l'expérimentant juste tel qu'il est, respirant avec cette région, et lors de l'expiration, laissez-la disparaître, devenez conscient(e) de vos lèvres et de votre bouche, des dents et des gencives, de la langue et du palais, de l'arrière de la bouche et de la gorge, et lors d'une expiration, laissez cette région s'évanouir également. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Devenez alors conscient(e) de votre nez ; ressentez de quelle façon l'air se déplace dans le nez au niveau des narines, en étant conscient(e) de vous-même ainsi que de vos yeux, des sourcils, de l'espace entre les sourcils et de toute la région autour des yeux, des paupières. S'il y a une tension, laissez-la s'en aller en même temps que l'air s'en va lors de l'expiration, permettant à vos tempes de se relaxer et de s'effacer alors que vous expérimitez les sensations sur le côté de votre tête, en respirant vers vos oreilles et en expirant à partir des oreilles. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Respirez ensuite juste avec votre front, le laissant se relâcher, et si vous sentez un quelconque mouvement associé à de la tension, soyez-en juste conscient(e) et inspirez. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Respirez ensuite avec l'intégralité de votre visage comme si vous veniez du dessous et de l'intérieur, quittant votre visage dans son intégralité, le front inclus. Maintenant, devenez conscient(e) de l'arrière de la tête, du sommet de la tête, de la région entière du crâne, en inspirant dans cette région tout entière et expirant en laissant l'air quitter votre nez. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Lorsque vous êtes prêt(e), ressentez votre corps comme un tout du sommet de votre tête au bas de vos pieds, étant allongé(e) ici dans un état de quiétude et de relaxation profonde, en vous sentant vraiment tel(le) que vous êtes. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans une partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme précédemment, si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Lorsque l'exercice s'arrête, ramenez votre conscience à votre corps de nouveau et ressentez-le comme un tout, renouez avec l'activité de votre vie. »

Conclusion

Ce chapitre envisage l'EMDR comme un atout considérable dans la prise en charge du stress et plus largement des émotions. C'est loin d'être un luxe, surtout quand on connaît les dégâts que ce phénomène peut engendrer sur la santé. Sa prise en charge peut s'envisager à travers la simple mobilisation du Lieu sûr, qui est en soi une réponse. Mais comme nous avons pu le constater, d'autres démarches peuvent être mobilisées et constituent des atouts considérables dans la prise en charge de ce phénomène des temps modernes. Cependant, rappelons que la question du stress et plus largement des émotions est une dimension qui se rencontrera fréquemment dans le domaine de la santé et de la maladie. Il convient donc d'avoir à sa

disposition l'ensemble de ces techniques qui restent encore peu intrusives tout en étant facilement mobilisables et efficaces.

Les 5 points clés du chapitre

- Les études menées dans ce domaine montrent que le stress peut, à un titre ou à un autre, affaiblir le système immunitaire et rendre l'organisme vulnérable à des pathologies diverses.
- C'est le stress perçu qu'il convient de prendre en compte. Autrement dit, c'est l'évaluation subjective que chacun de nous en fait qui compte et qui a un effet négatif sur la santé.
- Le Lieu sûr peut être utilisé en dehors du Protocole standard auprès de patients à qui l'on souhaite fournir un outillage performant pour lutter contre les effets du stress.
- Le traitement des événements stressants (non traumatiques) passés, présents ou futurs peut sans aucune difficulté être pris en charge avec le Protocole standard. Les principes et les cadres à respecter sont toujours les mêmes.
- Une articulation entre le *Body Scan* et un travail de désensibilisation à partir de SBA peut être envisagée de manière totalement cohérente.

Références

- Adler, N., & Matthews, K. (1994). « Health psychology : Why do some people get sick and some stay well? ». *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- Aubert, N., & Pages, M. (1989). *Le Stress professionnel*. Paris: Éditions Klincksieck.
- Berghmans, C., & Tarquinio, C. (2009). *Comprendre et pratiquer les nouvelles formes de psychothérapie*. Paris: Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, É. (2014). *Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles*. Paris: Dunod.
- Carlson, L., Speca, M., Patel, K., & Goodey, E. (2003). « MBSR in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients ». *Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581.
- Daeho, K., Hwallip, B., & Yong, C. P. (2008). « Validity of subjective units of disturbance scale in EMDR ». *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(1), 57-62.
- Esterling, B., & Rabin, B. S. (1987). « Stress-induced alteration of T-lymphocyte subsets and humoral immunity in mice ». *Behavioral Neurosciences*, 101(1), 115-119.
- Farkas, G. M., Sine, A. F., & Evans, I. M. (1979). « The effects of distraction, performance demand, stimulus explicitness and personality on objective subjective measures of male sexual arousal ». *Behavior Research and Therapy*, 17, 25-32.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). « Coping: Pitfalls and promise ». *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Hodgson, R. J., & Rankin, H. J. (1976). « Modification of excessive drinking by cue exposure ». *Behavior Research and Therapy*, 14, 305-307.

- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York: Hyperion.
- Kaplan, D. M., Smith, T., & Coons, J. (1995). « A validity study of the subjective unit of discomfort (SUD) score ». *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 27, 195-199.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress. Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lobenstine, F., & Shapiro, E. (2007). « What is an effective self-soothing technique that I can teach my client to use at home when stressed? ». *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 122-124.
- Miller, E., & Halper, S. (1994). *Letting Go of Stress*. Chicago: Inner Peace Music.
- Rasclé, N. (2001). « Facteurs psychosociaux du stress professionnel et de l'épuisement professionnel ». In M. L. Bruchon-Schweitzer, & M. Quintard (Eds.), *Personnalité et maladies* (pp. 219-238). Paris: Dunod.
- Roques, J. (2007). *Guérir avec l'EMDR: traitement, théories, témoignages*. Paris: Le Seuil.
- Schleifer, S. J., Keller, S. E., Camerino, M., Thornton, J. C., & Stein, M. (2003). « Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement ». *Journal of the American Medical Association*, 250(3), 374-377.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- « Soothing technique that I can teach my client to use at home when stressed? », *Journal of EMDR Practice and Research*, 1 (2), 122-124.
- Thyer, B. A., Papsdorf, J. D., Davis, R., & Vallecorsa, S. (1984). « Autonomic correlates of the subjective anxiety scale ». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 3-7.
- van der Kolk, B. (1994). « The body keeps the score: Memory and the emerging psychobiology of post traumatic stress ». *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- Wilson, S., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1995). « Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Treatment for psychologically traumatized individuals ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press.

5

L'EMDR en sexologie : prise en charge des difficultés sexuelles

Introduction

Bon nombre de personnes éprouvent des difficultés avec certains aspects de leur vie sexuelle. Quel homme n'a pas été préoccupé par des troubles inattendus de l'érection ou par une éjaculation plus rapide que d'ordinaire ? Quelle femme n'a pas ressenti de douleurs lors d'un rapport sexuel ou ne s'est pas inquiétée de sa difficulté à obtenir un orgasme ? L'enquête « Contexte de la sexualité en France » (enquête CSF), réalisée en 2006 ([Bajos, Bozon, 2008](#)) auprès de 5 751 femmes et 4 637 hommes âgés de 18 à 69 ans, a montré par exemple que pour 27 % des personnes interrogées, la sexualité était un problème. Les personnes concernées souffraient selon les cas de dyspareunie (18 %), d'absence de désir (femme 41,7 %, homme 26,4 %), d'anorgasmie (40 %), de trouble de l'érection (23 %) ou encore d'éjaculation précoce (41,3 %). Dans cette même étude, 17,3 % des femmes et 20,3 % des hommes trouvaient que leur vie sexuelle n'était pas satisfaisante.

Aux États-Unis, on estime qu'une personne sur sept souffre d'une difficulté sexuelle et que plus de 50 % de la population y seront confrontés au moins une fois dans leur vie ([Kelly, 2006](#)). Dans l'étude de [Lauman et al. \(1999\)](#), qui porta sur près de 1 749 femmes et 1 410 hommes âgés de 18 à 59 ans, 3 % à 33 % des participants affirmaient avoir vécu dans les mois précédant l'enquête une difficulté sexuelle.

Depuis les années soixante-dix, notamment avec la publication de l'ouvrage *Human Sexual Inadequacy* par Masters et Johnson, les psychologues et les médecins accordent une attention de plus en plus grande aux problèmes sexuels et aux demandes formulées dans ce domaine.

À vrai dire, il est difficile de définir ce qu'est une difficulté sexuelle. D'une personne à l'autre, d'un couple à l'autre, les évaluations peuvent différer radicalement. Si, pour certains, avoir un rapport sexuel tous les deux jours est un minimum, pour d'autres, le rapport mensuel sera largement suffisant. De la même manière, si dans un couple l'orgasme est un gage d'épanouissement, pour d'autres cela pourra être secondaire. À cet égard, on peut considérer que les personnes qui se sentent satisfaites de leur vie sexuelle peuvent être considérées sans difficultés sexuelles. En revanche, celles qui

souffrent d'un manque de désir ou d'orgasme, qui ont des troubles de l'érection, qui ressentent des douleurs et qui se disputent en conséquence sont probablement aux prises avec des difficultés sexuelles ([Hock, 2007](#)). Pour reprendre [Langis et Germain \(2009\)](#), on pourra définir une difficulté sexuelle comme « une situation qui empêche le bon déroulement de la relation sexuelle ». Ces auteurs proposent un tableau plutôt éclairant sur les différents types de difficultés sexuelles et leurs manifestations ([tableau 5.1](#)).

Tableau 5.1. Les types de difficultés sexuelles, repris de [Langis et Germain \(2009\)](#).

Type	Difficultés	Symptômes
Pour la femme		
Désir	Désir sexuel hypoactif Aversion pour la sexualité	Absence (ou diminution) du désir sexuel avec absence de pensées ou de fantasmes Aversion excessive pour les contacts sexuels avec un partenaire
Excitation	Inhibition de l'excitation sexuelle	Incapacité permanente ou récurrente d'atteindre ou de maintenir un état d'excitation sexuelle suffisant (lubrification, vaso-congestion...)
Orgasme	Inhibition de l'orgasme	Orgasme retardé, absent ou dont les sensations sont nettement diminuées, malgré un niveau adéquat d'excitation sexuelle et ce, quel que soit le type de stimulation
Douleur sexuelle	Dyspareunie Vaginisme	Douleurs persistantes et récurrentes au niveau des organes sexuels lors de la tentative de pénétration ou au cours de la pénétration Difficultés persistantes et récurrentes provoquées par de fortes contractions musculaires involontaires du premier tiers du vagin et de l'orifice vaginal au moment de la pénétration vaginale, et ce malgré le désir exprimé de le faire
Pour l'homme		
Désir	Désir sexuel hypoactif	Désir absent ou faible pour des fantaisies ou des activités sexuelles
Excitation	Problème érectile	Incapacité à obtenir ou à maintenir une érection adéquate pendant les activités sexuelles
Orgasme	Éjaculation prématurée Éjaculation retardée	Éjaculation qui survient trop vite après une légère stimulation sexuelle, avant, pendant ou peu après la pénétration Retard ou absence d'orgasme et d'éjaculation malgré un niveau adéquat d'excitation sexuelle
Douleur sexuelle	Dyspareunie	Douleur au niveau des organes sexuels pendant les relations

Encadré 5.1**Des questions de base pour appréhender les difficultés sexuelles**

Pour comprendre les difficultés sexuelles lorsqu'elles se présentent chez un patient, le psychologue s'attachera dans un premier temps à prendre en considération certains paramètres comme l'appartenance culturelle, le sexe ou l'âge qui, ici plus qu'ailleurs, peuvent être des déterminants essentiels. C'est dans un second temps qu'il pourra interroger sur le symptôme.

1. Depuis combien de temps dure ce problème et dans quelles circonstances est-il apparu ?
2. Est-ce une difficulté primaire (présente de tout temps) ou secondaire (acquise) ?
3. Quelle est sa fréquence ?
4. La difficulté est-elle permanente (généralisée), situationnelle (elle apparaît seulement dans certaines circonstances ou dans des pratiques particulières), sélective (seulement avec certains partenaires) ?
5. Quelles explications le patient peut-il en donner au regard de sa propre analyse et de celle de son (sa) conjoint(e) ?

Pour le psychothérapeute qui souhaite intervenir, il convient de savoir si la difficulté sexuelle peut s'expliquer par des facteurs psychologiques ou principalement par des facteurs biologiques. Un trouble de l'érection peut par exemple être le fait d'une peur *a priori* de ne pas satisfaire l'autre, d'une affection médicale, d'une prise de drogue, d'alcool ou d'un médicament, voire d'une combinaison de plusieurs facteurs. Une réponse sexuelle adaptée nécessite un corps en parfait état de marche, c'est une évidence ! Les organes sexuels, les systèmes nerveux endocrinien et vasculaire doivent donc ne pas poser de problèmes et être fonctionnels. Il existe à cet égard plusieurs types d'affections susceptibles d'altérer la sexualité des individus comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, ou les maladies portant atteinte au centre de la moelle épinière par exemple, qui interviennent dans la réponse sexuelle. C'est également le cas des déséquilibres hormonaux¹, qui à cet égard peuvent concerner tant les hommes que les femmes. Il faut aussi que le clinicien s'assure que le patient qu'il a en face de lui ne souffre pas

1. Chez l'homme, un déséquilibre hormonal peut être la cause d'une dysfonction érectile. La testostérone, la prolactine ou les hormones thyroïdiennes influent sur sa libido, l'érection et parfois même l'éjaculation. Chez la femme, l'oestrogène et la progestérone sont les hormones les plus fondamentales. Les oestrogènes, en particulier, ont un rôle fondamental sur la libido. Après un accouchement notamment, l'imprégnation hormonale se modifie et entraîne souvent une baisse de la libido, passagère la plupart du temps.

d'atteinte des tissus des organes génitaux qui, bien entendu, vont affecter la réponse sexuelle : hymen trop fibreux, inflammation de l'endomètre (ou des paramètres endomètres), atteinte des muscles de la région pelvienne, pour les femmes ; phimosis², déchirure du frein pour les hommes. On connaît aujourd'hui les effets de l'alcool (troubles érectiles, troubles du désir retard de l'orgasme), du tabac (risque de problèmes érectiles), des amphétamines (à faible dose, augmentation du désir, retard de l'orgasme ; lors d'une utilisation régulière, perte de l'éjaculation ou fortement retardée, trouble de l'érection), de la marijuana (diminution du désir), de la cocaïne (troubles de l'érection, trouble de l'éjaculation) ou des ecstasy (trouble de l'érection, inhibition de l'éjaculation, retard de l'orgasme, baisse du désir) sur les difficultés sexuelles.

Cependant, et c'est cela qui intéresse le psychothérapeute, des facteurs souvent psychologiques sont à l'origine d'une bonne partie des difficultés sexuelles. Même les causes biologiques ne sont pas sans conséquences sur la sphère psychique des patients. La peur, la honte, la culpabilité, la rancœur ou la colère peuvent être à l'origine des troubles de la sexualité. Des émotions négatives comme le stress, l'anxiété ou la dépression sont donc des facteurs majeurs à prendre en compte et à traiter dans ce type de problématique. Il faut bien entendu envisager la question du psychotraumatisme qui peut accompagner l'expérience sexuelle des patients durant l'enfance, l'adolescence (abus sexuels, viols...) ou la vie adulte (viols, agressions à caractère sexuel...). Mais c'est aussi contre les tabous d'une éducation et d'une morale trop rigides qu'il faut lutter, autant d'obstructions à une sexualité épanouie. Toutefois, il ne faudrait surtout pas occulter le fait que les facteurs relationnels propres au couple peuvent intervenir. La panne érectile peut être par exemple l'indicateur de la difficulté de fonctionnement du couple (Colson, 2001). Parfois, la monotonie s'installe et les activités sexuelles deviennent routinières et prévisibles, ce qui peut déterminer une baisse du désir. C'est aussi le cas du manque de communication intime, qui dans les couples reste parmi les problèmes les plus répandus dans l'émergence des difficultés sexuelles (Greef et al., 2001).

Dans ce chapitre, nous avons envisagé l'usage de l'EMDR dans la prise en charge de certaines difficultés sexuelles. C'est là une perspective encore peu répandue en sexologie, mais qui reste pleine de promesses. Une première partie de ce chapitre envisagera la prise en charge de deux difficultés sexuelles, le vaginisme et le trouble de l'érection. La complexité de la prise en charge des difficultés sexuelles nous conduit à vouloir rester d'une grande prudence et à ne pas penser que l'EMDR est une réponse univoque en la matière. Il conviendra dans tous les cas d'envisager une collaboration avec

2. Le phimosis est une affection du pénis ou du clitoris. Lors de l'érection, le prépuce du pénis ou le capuchon du clitoris ne peut se rétracter derrière le gland du pénis ou du clitoris (le gland ne peut pas être décalotté).

un sexologue, qui pourra guider le psychothérapeute et le patient dans une prise en charge EMDR adaptée. C'est donc à la lumière de notre pratique clinique que nous proposerons une méthodologie générale susceptible d'être adaptée aux difficultés sexuelles en général (dyspareunie, éjaculation pré-maturée...). Il reviendra au praticien de faire preuve d'initiative et de mobiliser les innovations et les adaptations qui s'imposent dans ce domaine si spécifique qu'est la sexualité. La seconde partie traitera de la prise en charge de femmes victimes de violences sexuelles. Ce sera l'occasion d'insister sur les conséquences de ces phénomènes en termes de sexualité, que l'EMDR peut contribuer à rétablir, notamment dans la réduction de la réponse psychotraumatique souvent associée.

Les difficultés sexuelles et l'EMDR

Dans cette première partie, nous nous attacherons à présenter deux difficultés sexuelles parmi les plus répandues : le vaginisme et le trouble de l'érection. Il s'agira de définir le trouble, d'en identifier les causes et de faire des propositions cliniques pour une prise en charge EMDR.

Encadré 5.2

Quelques principes de base à toute psychothérapie sexuelle (McAnulty et al., 2003 ; Leiblum, 2007 ; Langis, Germain, 2009).

Les techniques psychologiques utilisées en thérapie sexuelle s'appuient sur un certain nombre de principes qu'il est bon de respecter et d'intégrer dans sa pratique, quelle que soit l'orientation du psychothérapeute.

- a. Encourager la participation des deux membres du couple au traitement : la thérapie sexuelle est une affaire de responsabilité mutuelle. La difficulté sexuelle est un problème que les deux partenaires partagent. Elle n'est pas l'affaire de l'un ou de l'autre.
- b. Informer et éduquer : ces démarches doivent faire partie à un moment ou à un autre du programme de thérapie sexuelle. Cela permet au(x) patient(s) de comprendre les principes physiologiques, nerveux et psychiques qui sous-tendent toutes les difficultés sexuelles. Une telle mise à disposition de connaissances permettra de réduire l'anxiété qui peut parfois être le fait de fausses croyances ou de croyances erronées. À ce niveau, il convient aussi d'apprendre le toucher du corps (du sien et de celui de l'autre) – programme de Masters et Johnson – avec pour objectif d'aller progressivement des caresses non sexuelles aux caresses sexuelles, se parler doucement, donner des indications... et les sensations qui conduisent au plaisir orgasmique.
- c. Changer les attentes, les attitudes et les scénarios sexuels préétablis : ces derniers constituent le quotidien du couple et les acteurs n'en ont même plus

conscience. Les attentes erronées, irréalistes ou négatives sont des freins à toute progression thérapeutique. Il s'agira ici encore de modifier les croyances et les représentations et donc d'opérer une recomposition cognitive et comportementale des pratiques sexuelles des patients et/ou des couples.

d. Réduire ou éliminer l'anxiété des patients. Il peut s'agir d'une anxiété de performance (force et durée de l'érection, intensité de l'orgasme...) qui peut prendre le pas sur le plaisir partagé par le couple. Il peut aussi s'agir d'une angoisse liée à une peur de l'acte sexuel en lui-même.

e. Prendre en compte les facteurs interpersonnels qui surdéterminent nécessairement la qualité de la relation d'un couple et donc de sa sexualité. Une communication déficiente, une colère envers un conjoint, une crainte ou un manque de confiance sont autant de paramètres susceptibles d'entraver le bon déroulement de la sexualité d'un couple.

f. Intégrer l'individu dans toute sa globalité et son histoire.

Je suis impénétrable !

Le vaginisme : présentation générale

Le vaginisme est provoqué par une contraction réflexe et involontaire de certains muscles entourant le vagin : les muscles releveurs de l'anus et des adducteurs. Ils sont situés au même niveau que l'hymen. Leur contraction empêche toute pénétration ou la rend très douloureuse. Le corps possède un système de défense qui interdit toute intrusion d'un corps étranger. Dans les faits, la femme contracte involontairement ses muscles vaginaux lorsqu'elle est confrontée à une tentative de pénétration. C'est un trouble de la sexualité plutôt rare même si les données épidémiologiques varient selon les auteurs : de 12 % à 17 % chez [Hyde et al. \(2004\)](#), à 20 % à 30 % chez Gafeille (2009). Selon le [DSM-IV-R \(2004\)](#), il faut trois éléments pour identifier un vaginisme :

- un spasme involontaire répété ou persistant de la musculature du tiers externe du vagin perturbant les rapports sexuels (il s'agit notamment de la partie interne du releveur de l'anus) en cas de tentative de pénétration par le pénis, le doigt, un tampon hygiénique ou un spéculum ;
- la perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles ;
- la perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'axe I du [DSM-IV](#), et elle n'est pas due exclusivement aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Pourtant, sur le plan anatomique, les orgasmes sexuels sont parfaitement normaux, le désir et la phase d'excitation le sont aussi, ainsi que la lubrification³. On distingue classiquement le vaginisme primaire et le vaginisme secondaire.

3. Chez certaines femmes, la seule anticipation de la pénétration peut déclencher la contraction vaginale.

Le **vaginisme primaire** reste le plus fréquent. Les agressions sexuelles subies pendant l'enfance (viols, tentatives de viol ouinceste) sont des causes fréquentes. Il peut aussi s'agir de blessure physique ou de traumatisme de la vulve.

Les manifestations du **vaginisme secondaire** sont identiques à celles du vaginisme primaire, la différence étant qu'il survient alors que l'activité sexuelle était jugée satisfaisante. C'est la peur d'avoir mal qui provoque une contraction involontaire des muscles vaginaux. La douleur induite impliquant alors en retour une peur d'avoir mal. La boucle est bouclée !

Étiologie générale du trouble

Le vaginisme a également de nombreuses causes physiques (infection vaginale, insuffisance de lubrification, suites d'un traitement du cancer du col de l'utérus ou du rectum par radiothérapie ou curiethérapie, hymen non élastique obstruant l'entrée du vagin, cause neurologique, accouchement...). Cependant, le psychothérapeute prendra le soin d'écartier ces causes (travail en collaboration avec un médecin sexologue) et s'attachera surtout à la prise en charge des causes psychologiques du vaginisme qui peuvent être le fait :

- d'un abus, d'un viol ou d'une agression sexuelle ou tentative ;
- d'une peur de la douleur activant stress et angoisse⁴ ;
- d'une peur ou d'une phobie de tomber enceinte ;
- d'exams pelviens traumatisants ;
- d'une conception erronée au sujet de la douleur et du saignement associés à la rupture de l'hymen ;
- d'une peur intense de la pénétration vaginale ;
- d'une peur de la perte de contrôle et de la maîtrise du corps, d'une incapacité à lâcher prise et à se laisser aller ;
- d'une attitude plutôt fermée vis-à-vis de la sexualité ;
- de la présence d'un autre facteur affectif déclenchant ;
- de troubles de l'identité sexuelle (asexualité, homosexualité ou troubles identitaires), en particulier pour les vaginismes de situation et non totaux.

Contribution à la prise en charge de la femme vaginique avec la thérapie EMDR

Présentation du cas Juliette

Afin d'illustrer notre démarche, nous présenterons le cas de Juliette, 36 ans, et de Thierry, son mari depuis dix ans, lui-même âgé de 43 ans. Le couple est venu consulter pour ce qui se révélera être chez la femme un vaginisme. Aucune conjugopathie n'est dans ce cas à relever ! On notera néanmoins un manque d'information sexuelle et de connaissances corporelles chez les deux conjoints.

4. Il peut à cet égard s'agir d'une réaction conditionnée à des expériences sexuelles douloureuses ou traumatisantes.

La première expérience sexuelle de Juliette à 17 ans fut un fiasco et elle se rappelle avoir eu mal, c'est le seul souvenir en lien avec son trouble dont elle souffre depuis toujours selon elle, même si la situation est particulièrement marquée depuis cinq ans. Elle est très anxieuse, voire phobique de la pénétration.

La plupart du temps, la perspective temporelle dans le traitement du vaginisme est au regard de l'étiologie du trouble de type passé, futur et présent ([tableau 5.2](#))⁵.

Tableau 5.2. Perspective temporelle utilisée dans la prise en charge du cas Juliette.

Passé	Présent	Futur
1	3	2
Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	Déclencheurs actuels	Défis futurs

C'est là une originalité importante qui découle du travail spécifique qui pourra, à un moment ou à un autre, être réalisé par le couple en autonomie, en dehors du cabinet. C'est pourquoi la tâche du psychothérapeute sera d'une part de traiter les événements passés (souvenirs sources) et les défis du futur qui sont des angoisses par anticipation associées à des représentations dysfonctionnelles, qu'il s'agira de reconfigurer. Il s'agit classiquement d'un travail *in vitro* ou de nature purement cognitive. C'est dans un second temps que les déclencheurs actuels seront traités de manière plus spécifique, *in vivo*, notamment en invitant les patients à un auto-usage de l'EMDR dans le cadre de leur pratique sexuelle.

Pour ce faire, nous proposons sept étapes dans la prise en charge du vaginisme présent chez Juliette :

Étape 1. démarche psychopédagogique ;

Étape 2. application de techniques de régulation des émotions ;

Étape 3. utilisation de plans de ciblage pour l'identification des souvenirs sources ;

Étape 4. traitement des cibles du passé avec le Protocole standard ;

Étape 5. application de la technique des *Flash-forwards* de [Logie et de Jongh \(2014\)](#) et Scénario du futur ;

Étape 6. application du *Sensate Focus* de Masters et Johnson ([Encadré 5.3](#)) ;

Étape 7. adaptation, dans le cadre d'un travail de couple, d'un usage épuré et adapté de certains principes de l'EMDR à des fins de désensibilisation en lien avec la feuille de hiérarchisation dans le vaginisme de [Jarrousse et Poudat \(1992\)](#).

5. Il reviendra au praticien d'opérer ce choix en fonction de la situation de ses propres patients. Notre proposition n'est, ici, qu'une indication !

Étape 1 : démarche psychopédagogique

Il s'agit ici d'expliquer et de faire comprendre aux patients ce qu'est le vaginisme, tant du point de vue de son étiologie et de sa manifestation symptomatique que de ses conséquences. Beaucoup de nos patients sont demandeurs de lecture lorsqu'ils consultent pour une difficulté sexuelle. Ces ouvrages en question peuvent les aider à comprendre, mais aussi les inspirer dans leur sexualité. Une telle démarche permet de leur donner des idées et de compléter leurs démarches thérapeutiques. Pour ce faire, il existe des livres de conseils directs (ou *self help books*) et des livres de fiction comme *Cinquante nuances de Grey* de E.L. James (2012). À ce stade, le psychothérapeute devra s'assurer qu'il maîtrise bien la problématique sexologique qu'il doit prendre en charge, et si ce n'est pas le cas, il lui faudra chercher l'aide d'un sexologue formé.

Encadré 5.3

Le Sensate Focus de Masters et Johnson (résumé)

Le *Sensate Focus* se compose de différentes phases se divisant également en plusieurs séances d'une durée comprise entre vingt-cinq minutes minimum et quarante minutes maximum, avec un masseur et un massé. L'homme fera trois fois le masseur et le massé, et inversement pour la femme. Il est important que les deux partenaires respectent le protocole du *Sensate Focus*, à savoir que la séance entière (déshabillage, douche, séchage et massage) doit se dérouler dans le silence.

Première phase

- Induire de la relaxation (exemple : prendre un bain chaud).
- Les partenaires se caressent et se massent à tour de rôle sans toucher ni la poitrine de madame et ni les parties génitales.
- L'attention doit se porter sur les sensations lors des caresses données ou reçues.
- Communiquer ce qui plaît et ce qui ne plaît pas à son conjoint.
- Interdiction d'avoir des rapports sexuels lors des séances mais c'est accepté en dehors de celles-ci lorsque l'envie vient naturellement.

Deuxième phase

- Induire de la relaxation (exemple : prendre un bain chaud).
- Les partenaires se caressent et se massent à tour de rôle en incluant la poitrine de madame et les parties génitales.
- L'attention doit se porter sur les sensations lors des caresses données ou reçues.
- Communiquer ce qui plaît et ce qui ne plaît pas à son conjoint.
- S'il y a une excitation (exemple : une érection), une pause doit être prise jusqu'à la fin de l'excitation, puis continuer l'exercice.
- Interdiction d'avoir des rapports sexuels lors des séances mais c'est accepté en dehors de celles-ci lorsque l'envie vient naturellement.

Troisième phase

- Induire de la relaxation (exemple : prendre un bain chaud).
- Les partenaires se caressent et se massent mutuellement (ce qui correspond plus à des activités qu'ils réalisent dans la vie de tous les jours) sans insister ni sur la poitrine de madame, ni sur les parties génitales.
- Quelques préliminaires peuvent se produire à cette étape sans insister trop dessus.
- L'attention doit se porter sur les sensations lors des caresses données ou reçues.
- Communiquer ce qui plaît et ce qui ne plaît pas à son conjoint.
- Si un des deux partenaires sent l'excitation monter, une pause doit être prise jusqu'à ce que l'excitation baisse et le couple peut continuer.
- Interdiction d'avoir des rapports sexuels lors des séances mais c'est accepté en dehors de celles-ci lorsque l'envie vient naturellement.

Quatrième phase

- Induire de la relaxation (exemple : prendre un bain chaud).
- Les partenaires se caressent et se massent mutuellement (ce qui correspond plus à des activités qu'ils réalisent dans la vie de tous les jours) en incluant la poitrine de madame et les parties génitales.
- Des préliminaires sont vivement conseillés et souhaités, et des rapports sexuels sont autorisés.
- L'attention doit se porter sur les sensations lors des caresses données ou reçues.
- Communiquer ce qui plaît et ce qui ne plaît pas à son conjoint.
- Si l'un des deux partenaires sent l'orgasme arriver, une pause doit être prise jusqu'à ce que l'excitation baisse et le couple peut continuer.

Cinquième phase

Il s'agit à ce stade de renouer avec les rapports sexuels.

- Continuer à se focaliser sur ses propres sensations et celles de son partenaire.
- Continuer à communiquer ce qu'on ressent que ce soit positif ou négatif.

Étape 2 : application de techniques de régulation des émotions

Avant toute chose, il nous a semblé essentiel de procéder à un travail de stabilisation de la patiente. Il s'agit dans les faits de mettre à sa disposition un ensemble de compétences qu'elle pourra mobiliser tout au long de la maladie et qui lui permettront autant que possible de contenir les émotions dont elle peut être le théâtre. Pour ce faire, nous avons fait le choix du protocole RDI de Leeds (1995) (*voir chapitre 3*), du *Heart Lock-in* ou de la technique du Freeze (*voir chapitre 6*) et de l'exercice des Quatre éléments de Lobenstine et Shapiro (2007) (*voir chapitre 4*).

Étape 3 : utilisation de plans de ciblage pour l'identification des souvenirs sources

Deux plans de ciblages (*voir chapitre 2*) particulièrement intéressants sont ici encore à la disposition du praticien : la méthode classique du *Float-back* et la méthode des Symptômes aux cibles (ou SAC). Même si nous avons une préférence certaine pour le SAC, qui fonctionne bien dans un tel contexte du fait sans doute de la spécificité du symptôme vaginique, nous suggérons aux cliniciens d'intégrer les deux plans de ciblage en commençant par le *Float-back*, puis en appliquant le SAC. Il s'avère que ces deux approches peuvent apporter des éléments cliniques utiles et complémentaires.

Encadré 5.4

Résultats du Float-back et de la méthode du SAC du cas Juliette

Le psychothérapeute : « Il convient de comprendre ce qui vous a conduit à cette situation dans votre vie sexuelle. Vous n'êtes pas née avec le problème. Nous allons tenter, par le biais de plusieurs méthodes, de neutraliser les souvenirs qui sont des explications à la survenue de votre peur de la pénétration. Votre peur a commencé à cause de certains événements négatifs. Par la confrontation à ces expériences négatives, vous avez appris à craindre la pénétration. En tant que souvenir, ces expériences sont toujours actives dans votre mémoire et la confrontation à des événements similaires dans le présent réactive les émotions de cette (ou ces) expérience(s) négative(s) antérieure(s). Ce sont ces événements ou expériences négatives que nous allons maintenant aller chercher ensemble dans votre mémoire, afin de les rendre neutres et qu'ils ne vous perturbent plus. »

A. Résultat du Float-back

Image de départ : dernière tentative de rapport sexuel.

Cognition négative : je suis impuissante.

Émotion : j'ai peur.

Premier souvenir perturbant : expérience sexuelle extraconjugale il y a huit ans.

Image : le rapport sexuel « trop sexuel ».

Cognition négative : je suis coupable.

Deuxième souvenir perturbant : première expérience sexuelle à 17 ans.

Image : l'acte sexuel en soi.

Cognition négative : je suis en danger.

B. Résultat de la méthode des symptômes aux cibles SAC

Choix du symptôme de départ : le vaginisme (en tant que tel !).

Souvenir perturbant complémentaire : la patiente est revenue sur les deux souvenirs perturbants identifiés lors du *Float-back* en soulignant l'intensité

de l'anxiété qui leur a été associée, tout en apportant une précision complémentaire avec le rappel d'une scène nouvelle. Il y a cinq ans, son mari s'est acharné à tenter de la pénétrer. Durant cette scène, elle a eu le sentiment d'avoir « déconnecté ». C'est pour elle un souvenir particulièrement marquant et anxiogène de sa vie sexuelle, presque vécu comme un viol. Ce fut choquant pour elle.

Nous avons demandé à Juliette de reporter sur un graphique ([figure 5.1](#)), les trois scènes, tout en indiquant graphiquement le niveau d'intensité de l'anxiété qui leur était associée (*voir chapitre 1*).

On retrouve sur ce graphique ([figure 5.1](#)) les trois cibles à traiter issues des deux plans de ciblage. Chacune est représentée sur une ligne du temps en fonction de leur degré d'anxiété perçu par la patiente. Ce graphique précise assez bien l'orientation à donner dans le traitement des cibles avec la psychothérapie EMDR, notamment en termes d'application du Protocole standard.

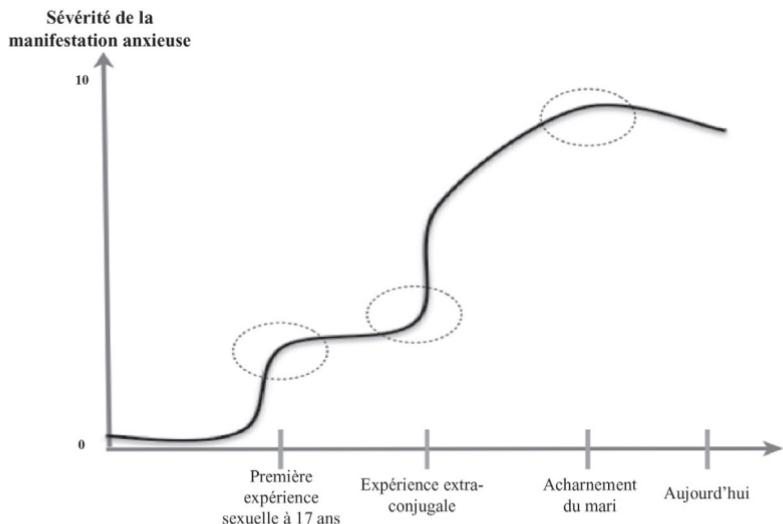


Figure 5.1. Représentation graphique de sévérité de la manifestation anxieuse de Juliette en fonction du temps.

Étape 4 : traitement des cibles du passé avec le Protocole standard

Toutes les cibles ont été traitées à partir de l'application du Protocole standard (Pour un rappel, *voir chapitre 4*).

Étape 5 : application de la technique des Flash-forwards de Logie et de Jongh (2014) et Scénario du futur

La procédure *Flash-forward* peut être utilisée lorsque les patients manifestent encore des peurs irrationnelles après un traitement des cibles passées ([Logie, de Jongh, 2014](#)). On peut définir le *Flash-forward* comme une sorte de représentation mentale d'un événement négatif futur, redouté et improbable.

Précisons que la procédure du *Flash-forward* n'est pas réductible à un Scénario du futur, en ceci qu'il est plus centré sur le niveau de perturbation que provoque chez le patient un scénario catastrophe, alors que le Scénario du futur a pour finalité d'installer dans le futur un comportement ou une cognition adaptés à un futur envisagé en des termes positifs. En outre, le Scénario du futur se met en œuvre une fois toutes les cibles traitées. L'état anxieux du patient ayant totalement disparu, on peut envisager avec lui un futur serein et positif. C'est Romain (2013), qui s'inspira le premier des travaux de Engelhard et al., 2010, 2011 pour en apporter une utilisation clinique. L'idée de *Flash-forward* n'est pas récente puisque Browning, en 1999, dans le cadre de ce qu'il baptisa la « *Flash-forward Technique* », demandait déjà à ses patients « d'imaginer la pire chose qui pourrait leur arriver ». Ces scénarios du pire étaient alors traités avec un Protocole standard.

La procédure du *Flash-forward* peut être utilisée lorsque les peurs et les angoisses anticipatrices sont encore présentes, que toutes les cibles du passé ont été traitées et qu'il n'est plus possible pour le clinicien d'en identifier d'autres. Un autre argument en faveur de l'utilisation du *Flash-forward* sera la mise en échec du Scénario du futur qui pourra devenir caduc et peu consistant une fois installé. Ainsi, si la perspective d'un futur secure et serein dans la problématique du sujet s'étiole, le praticien pourra avantageusement utiliser la procédure *Flash-forward*, puis dans un second temps réinstaller un Scénario du futur.

Encadré 5.5

La procédure du Flash-forward appliquée au cas Juliette

Psychothérapeute : « Qu'est-ce que vous craignez qu'il puisse arriver de pire ou qui se passe mal si vous étiez confrontée à la situation où votre mari tente de faire l'amour avec vous et tente de vous pénétrer avec son sexe ? Quelle serait la pire des choses qui pourrait selon vous arriver, le pire des cas possibles ? Essayez de l'imaginer dans votre tête et d'observer ce qui se passe alors en vous. »

Juliette : « Hum, en fait, quand j'y pense... quand je pense à ma plus grande peur, à ce dont j'ai le plus peur... c'est en fait qu'il m'arrache quelque chose... que je saigne... c'est une image terrible en fait. J'ai presque le film dans ma tête. »

Psychothérapeute : « Très bien... Dites ce qui est le pire dans cette situation... qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire alors ? »

Juliette : « Mourir... le pire c'est de mourir vidée de mon sang... »

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à cela, quelle est l'image qui vous vient ? »

Juliette : « Je suis dans mon sang, immobile. »

Psychothérapeute : « Regardez cette image de vous dans ce sang, immobile, et pensez "Je suis impuissante"... Sur une échelle de 0 à 10, quel est le niveau de perturbation ? »

Juliette : « 10. »

Poursuivre en appliquant les phases 4 à 7 (SUD = 0, VOC = 7, bon Scanner corporel).

Ad de Jongh ([Logie, de Jongh, 2014](#)) préconise dans tous les cas le choix de la cognition négative (CN) de type « Je suis impuissant » (et donc « J'ai le contrôle » en cognition positive (CP) dans toute procédure de *Flash-forward*). Il est donc inutile de chercher, comme c'est le cas dans le Protocole standard, ni une CN, ni une CP, ni une émotion négative, car c'est toujours la peur qui sous-tendra de tels processus sur le plan émotionnel. Ainsi, dans l'application du *Flash-forward*, le psychothérapeute pourra assez aisément mettre en œuvre le traitement des cibles.

Étape 6 : application du Sensate Focus de Masters et Johnson

Le *Sensate Focus* est une phase intéressante pour les couples en grande difficulté. C'est une procédure qui permet une reprise de contact en douceur avec son corps et le corps de l'autre. En fonction de la situation du couple, cette phase pourra s'avérer plus ou moins pertinente.

Étape 7 : adaptation, dans le cadre d'un travail de couple, de l'application d'un usage épuré et adapté de certains principes de l'EMDR à des fins de désensibilisation en lien avec la grille de hiérarchisation dans le vaginisme de Jarrousse et Poudat (1992⁶)

La feuille de hiérarchisation dans le vaginisme que proposent [Jarrousse et Poudat \(1992\)](#) présente l'immense avantage de permettre une progression du couple sur seize items relatifs à leur pratique sexuelle qui va du regard que la femme serait capable de porter sur elle-même à la pénétration de la verge⁷. Nous avons adapté cette grille, en affectant à chacun des items une évaluation du SUD, qui devra au fur et à mesure se rapprocher de 0 avant que la patiente ne puisse passer à l'item suivant. Il s'agit d'inviter la patiente qui souffre de vaginisme à progresser dans la hiérarchie proposée pour se rapprocher au plus près de la pénétration. Pour ce faire, il est demandé au conjoint de l'accompagner dans cette démarche en opérant sur elle des tapotements, sur les genoux ou les épaules en fonction de la position respective de l'homme et de la femme. Il est important de noter que ce travail peut être réalisé par une femme seule, qui pourra s'appliquer à elle-même les tapotements sur ses genoux ou épaules (Étreinte du papillon). Après une phase rapide d'apprentissage de ces techniques de *tapping*, nous leur proposerons la consigne suivante.

Consigne : « Nous avons déjà effectué un travail important afin de vous aider [le couple] à envisager une vie sexuelle plus épanouie. C'est pourquoi nous avons mis en place différentes phases de prise en charge du problème de vaginisme dont madame souffrait. Nous sommes arrivés à une étape qui nécessite votre participation active à tous les deux. En fait, je

-
6. L'ouvrage de Jarrousse et Poudat (1992) étant épuisé, nous invitons le lecteur à se reporter à Poudat & al. (2011).
 7. L'usage d'un gel lubrifiant est indispensable pendant toutes ces étapes.

souhaiterais que vous vous donniez la possibilité d'entrer dans des jeux sexuels, afin, peu à peu, de vous rapprocher de la phase de la pénétration. Pour ce faire, je vais vous demander d'utiliser cette grille qui reprend seize activités sexuelles qui vont de la plus simple à la plus compliquée : la pénétration. Ainsi, je vais vous demander de progresser pas à pas, pour réapprendre les gestes d'une sexualité nouvelle. C'est vous madame qui serez au centre de cet exercice et qui allez donner le tempo. Vous débutez par des exercices qui vous paraîtront sans doute simples comme "Regarder votre corps nu dans une glace". Je souhaiterais que vous le fassiez avec votre conjoint. Il conviendra d'indiquer la date de début de l'exercice pour chacun des items. Lorsque vous ferez l'exercice, il s'agira de dire à votre conjoint ce qui se passe en vous. Si vous ressentez de l'angoisse ou de la détresse, je souhaiterais que vous puissiez l'évaluer sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifierait "aucune perturbation" et 10 "le plus haut niveau de perturbation que vous puissiez imaginer". Vous reportez ce chiffre dans la troisième colonne du tableau pour chacun des items proposés. Si vous ressentez une angoisse ou une peur, monsieur devra alors opérer des séries de tapotements sur vos cuisses, vos genoux ou vos épaules, durant environ une minute (comme nous l'avons déjà vu ensemble). Une fois la série réalisée, il s'agira de refaire l'exercice et ainsi de suite, jusqu'à ce que la note diminue et que vous estimiez que l'exercice proposé par l'item n'est plus un problème pour vous. À ce moment-là, vous passerez à l'item suivant, qui vous proposera une autre activité, et vous procéderez ensemble de la même manière en alternant autant que nécessaire la réalisation de l'exercice et les séries de tapotements. Ici encore, pensez à noter les chiffres entre 0 et 10 qui donnent une indication de votre niveau de détresse. Rappelez-vous qu'il convient de mettre la date à gauche chaque fois que vous passez à un autre item. Il se peut que la progression soit très rapide ou plus lente. Nous ne sommes pas pressés. Bien au contraire, prenez votre temps et tentez ensemble de prendre du plaisir dans ces moments d'intimité et de redécouverte, même si cela n'aboutit pas à un acte sexuel. Je vous propose de revenir avec cette grille lors de notre prochaine séance. Nous pourrons ainsi voir comment les choses se sont passées et s'il y a des points à reprendre ensemble. »

Cette procédure a été utilisée avec le couple de Juliette et Thierry (nous avons retranscrit leurs évaluations manuelles). Le tableau suivant ([tableau 5.3](#)) restitue assez bien les tentatives et les réussites de ce couple à faire évoluer leur pratique dans une prise en charge du trouble vaginique. À noter que ce couple, particulièrement motivé, fut plutôt rapide et pressé d'avancer et de régler cette difficulté sexuelle.

En effet, en quinze jours (du 31.05.11 au 15.06.11), le couple a réalisé l'ensemble de l'exercice. Il n'en est pas toujours ainsi et il faut parfois laisser du temps au couple pour que les choses puissent se mettre en place.

Tableau 5.3. Grille de hiérarchisation dans le vaginisme (Jarrousse, Poudat, 1992), remplie par Juliette et Thierry de mai 2011 à juin 2011.

Dates	Items	SUD (noté de 0 à 10)
31.05.11	1. Regarder mon corps nu dans une glace	4, 2
31.05.11	2. Regarder mon sexe nu dans une glace	0
31.05.11	3. Toucher mon sexe sans regarder	0
31.05.11	4. Toucher mon sexe en regardant	4, 0
31.05.11	5. Explorer mon sexe	2
31.05.11	6. Délimiter avec un doigt l'entrée du vagin	5, 4, 2, 1
07.06.11	7. Placer un doigt en restant quelques instants à l'entrée du vagin	6, 1
07.06.11	8. Pénétrer un petit doigt dans le vagin sans y rester	2
07.06.11	9. Pénétrer le médius ¹ dans le vagin en contractant mon vagin dessus	3, 1
07.06.11	10. Pénétrer deux doigts dans le vagin	4, 1, 0
07.06.11	11. Caresser mon partenaire au niveau des zones sexuelles	6, 6, 7, 4, 3, 2, 2, 1
07.06.11	12. Avec partenaire : approcher un doigt en le tenant proche de la vulve sans pénétration	7, 1
07.06.11	13. Pénétrer un doigt dans le vagin	0
07.06.11	14. Pénétrer deux doigts en les tenant dans le vagin	0
07.06.11	15. Approcher la verge en la tenant proche de la vulve sans pénétration	7, 6, 5, 4, 1, 4, 2
07.06.11	16. Essayer de faire pénétrer la verge, la femme étant en position supérieure	5, 5, 4, 2, 2, 1
15.06.11	Fin	

¹ Doigt du milieu ou majeur !

Comme on peut le constater, avec un exercice comme celui-là nous faisons entrer l'EMDR et son usage au cœur même de la sexualité et de l'intimité des patients. En soi, il s'agit d'une véritable innovation qui pourra s'avérer utile dans de nombreuses situations. De ce fait, il convient alors de ne plus penser les choses de manière similaire à ce qui se passe dans le cabinet du psychothérapeute. Les patients deviennent les acteurs de leur propre psychothérapie. Ils deviennent des cothérapeutes dépositaires de compétences nouvelles qu'il convient de leur transmettre avec justesse, pédagogie et précaution.

La seconde difficulté sexuelle que nous avons souhaité illustrer est le trouble de l'érection. Ici encore, il ne s'agit pas d'être exhaustif et systématique mais

plutôt de tracer les contours d'une ouverture quant à l'usage de l'EMDR dans ce domaine. Ce qui compte avant tout, c'est la créativité et la cohérence clinique du psychothérapeute, qui doit toujours s'accorder avec le patient qu'il prend en charge.

Je ne peux pas la pénétrer !

Le trouble de l'érection : généralité

Le trouble de l'érection est défini comme « l'incapacité persistante ou répétée à atteindre ou à maintenir, jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une érection adéquate. La perturbation est à l'origine d'une souffrance marquée ou de difficultés interpersonnelles » (*DSM-IV*). En d'autres termes, il s'agit de l'impossibilité d'obtenir une érection suffisante pour permettre un rapport sexuel. La dysfonction érectile peut être « primaire » lorsque l'homme n'a jamais eu d'érection de qualité suffisante pour pouvoir réaliser une pénétration. Cela concerne un très faible pourcentage d'hommes souffrant de troubles de l'érection. Le plus souvent, la dysfonction est « secondaire », c'est-à-dire que l'homme avait auparavant une sexualité qui le satisfaisait. Suite à des problèmes physiologiques ou psychologiques, il peut ne plus être en mesure d'obtenir une érection suffisante pour pouvoir avoir des rapports sexuels. Le trouble de l'érection peut aussi être partiel ou total. Ainsi, certains hommes parviennent à avoir une érection, mais elle est soit insuffisante, soit pas assez solide.

Les difficultés érectiles se manifestent de différentes manières selon qu'elles sont d'origine organique ou psychogène. Quand la physiologie de l'érection est affectée par une pathologie, un traumatisme, la prise d'une substance ou une intervention chirurgicale, le potentiel érectile se trouve en général réduit en intensité et en durée, peu importe les circonstances (érections nocturnes et matinales, masturbation, relations sexuelles). Lorsque la cause est psychogène, la capacité à atteindre l'érection est très dépendante de l'état d'esprit dans lequel se trouve l'homme. S'il est déprimé, il peut ne pas avoir d'érection en toutes circonstances. S'il a peur de l'échec, son érection apparaît lorsqu'il ne s'en soucie pas et disparaît dès l'instant où intervient l'idée d'échec, que cela soit durant les préliminaires, lors de l'intromission du pénis dans le vagin ou pendant le rapport.

Le trouble de l'érection est un symptôme très fréquent avec une prévalence variable selon les populations étudiées et les critères de diagnostic. Il existe, dans toutes les études, une augmentation de la prévalence de cette difficulté avec l'âge ([Giuliano, Droupy, 2013](#)) :

- pour les hommes de moins de 40 ans, la prévalence est comprise entre 1 et 9 % ;
- entre 40 et 49 ans, la prévalence demeure généralement inférieure à 10 %, s'élargissant dans certaines études à 15 % ;

- entre 60 et 70 ans, la prévalence est comprise entre 20 et 40 % ;
- au-delà de 70 ou de 80 ans, la prévalence est très élevée, entre 50 et 100 %.

Devant une dysfonction sexuelle, il convient d'explorer trois axes complémentaires et indissociables : les axes organique, psychique et relationnel. Cette approche multidirectionnelle s'avère essentielle lorsque le motif de consultation est une dysfonction érectile ([Corona et al., 2006](#)).

Parmi les objectifs associés à la prise en charge de la dysfonction érectile, il convient de penser systématiquement aux complications somatiques. Ainsi, le psychothérapeute découvrant cette difficulté sexuelle devra, outre le traitement psychologique de celle-ci, rechercher des facteurs de risques organiques, en particulier urologiques, cardiovasculaires, métaboliques et hormonaux ([Schwartz, Kloner, 2009](#)). La consommation de produits psychoactifs, en particulier l'alcool, le tabac et certaines drogues illicites telles que la cocaïne, peuvent être des paramètres à prendre en compte ([Palha, Esteves, 2008](#)).

De nombreuses études indiquent que des facteurs psychiques tels que les troubles de l'humeur ou le stress sont impliqués dans la survenue de dysfonctions sexuelles et de la dysfonction érectile ([Rosen, 2001](#)). Selon une étude récente ([Nobre, 2010](#)), des facteurs psychiques comme les schémas cognitifs négatifs interviendraient dans la survenue et le maintien de la moitié des dysfonctions érectiles. Les liens entre dysfonction érectile et anxiété sont largement étudiés ([Corona et al., 2006](#)). Pour chaque homme, la dysfonction érectile peut induire une anxiété, même en l'absence de pathologie anxieuse. Et le retentissement psychique sera bien entendu variable d'un patient ou d'un couple à l'autre. Quelques auteurs ont évalué le retentissement d'événements de vie potentiellement stressants sur la sexualité (chômage, contraintes de vie, travail...). Tous ces événements pourvoyeurs de stress et d'autodépréciation fragilisent inexorablement la sexualité ([Bodenmann et al., 2006](#)) et sont à rechercher par le clinicien et à traiter.

Les problèmes relationnels, les tensions quotidiennes liées au couple (conflits conjugaux, inquiétudes pour la partenaire) peuvent également être à l'origine des dysfonctions sexuelles ou en être la conséquence et les entretenir ([Bodenmann et al., 2006](#)). [Hedon \(2003\)](#) évoque le cercle vicieux des difficultés, de la distance au sein du couple, voire la survenue de conflits consécutifs à la dysfonction sexuelle. Ainsi, la guérison de la dysfonction érectile surviendra plutôt au sein de couples non conflictuels, ou alors après une approche conjointe de la problématique conjugale.

Étiologie générale du trouble érectile

Comme c'est le cas de toutes les difficultés sexuelles, on ne saurait insister sur la nécessité de se rapprocher d'un sexologue expérimenté afin de situer la problématique érectile du patient qui consulte. Si, il y a une quarantaine d'années, [Masters et Johnson \(1970\)](#) affirmaient que 90 % des dysfonctions

érectiles étaient causées par des facteurs psychologiques, de nos jours, on penche davantage vers une étiologie mixte. La mise en lumière des processus neurologiques, physiologiques et musculaires impliqués dans l'obtention de l'érection a permis de découvrir un ensemble de pathologies organiques à l'origine du trouble érectile. À leur tour, les effets de ces pathologies sur l'érection sont souvent décuplés par des facteurs psychologiques et relationnels.

- Les causes psychologiques du trouble de l'érection peuvent être le fait :
- d'un discours familial négatif, de préceptes religieux restrictifs ;
 - d'un manque d'éducation sexuelle ;
 - des normes sociales axées sur la performance ;
 - de la peur de l'échec ;
 - de la fragilité émotionnelle qui prédispose à réagir plus souvent et plus intensément que les autres aux situations sexuelles ;
 - d'expériences sexuelles passées vécues difficilement, voire sur un mode traumatique ;
 - d'enfants surpris en train de se masturber et réprimandés, d'adolescents réprimandés en raison de leurs émissions nocturnes ;
 - d'une agression ou des implications dans des actes incestueux lors de l'enfance ou de l'adolescence ;
 - d'une attitude plutôt fermée vis-à-vis de la sexualité ;
 - de la présence d'un autre comme facteur affectif déclenchant (manque de confiance envers le partenaire, conjointe hostile, pas de stimulations, conflits, manque d'attraction) ;
 - de troubles de l'identité sexuelle (asexualité, homosexualité ou troubles identitaires) ;
 - du stress professionnel, de la dépression ;
 - des craintes de transmission de maladies.

Contribution avec la thérapie EMDR au traitement des hommes souffrant d'un trouble érectile

Présentation du cas Quentin

Quentin, 53 ans, est marié depuis plus de vingt ans et père de trois enfants. Quentin éprouve de grandes difficultés à maintenir une érection avec sa femme, qui se fait très pressante sexuellement. Ces pannes sont des motifs majeurs de conflit et sont vécues par l'épouse de Quentin sur un mode dramatique. Ainsi, l'idée du rapport sexuel qui pourrait se dérouler le soir est une préoccupation obsessionnelle pour Quentin. Cela occupe ses pensées du matin au soir. En plus du travail qui est mené avec un médecin sexologue, qui a mis avec Quentin et avec le couple un certain nombre de mesures très précises en place, le patient nous a été adressé afin d'envisager avec lui une prise en charge à partir de la thérapie EMDR.

Tableau 5.4. Perspective temporelle utilisée dans la prise du cas Quentin.

Passé	Présent	Futur
1	3	2
Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	Déclencheurs actuels	Défis futurs

Comme pour le vaginisme il convient d'envisager un travail psychothérapeutique qui s'appuiera sur un traitement passé, futur et présent de la problématique du patient ([tableau 5.4](#)).

Les arguments de ce choix sont identiques à ceux du traitement du vaginisme. En effet, c'est souvent dans le passé du patient que l'on trouvera les origines psychologiques de son trouble. Une fois ces souvenirs sources traités, il s'agira de projeter le patient dans une sexualité à venir pour ensuite le confronter à des situations réelles dans l'ici et maintenant. Les patients s'avèrent très souvent perturbés par des peurs anticipatrices de l'acte sexuel. Traiter ce futur, envisagé comme anxiogène et source d'échec, est nécessaire préalablement au traitement d'une quelconque réalité présente. Il s'agit donc de passer d'une démarche de traitement *in vitro* (passé et futur) à un traitement en situation *in vivo*, ce qui en matière de prise en charge EMDR est en fait nouveau.

Nous proposons une procédure en six étapes dans la prise en charge du trouble érectile.

Étape 1. Démarche psychopédagogique.

Étape 2. Apprentissage de techniques de stabilisation et de relaxation.

Étape 3. Utilisation de plans de ciblage pour l'identification du(des) souvenir(s) source(s).

Étape 4. Traitement des cibles du passé avec le Protocole standard.

Étape 5. Application de la technique des *Flash-forwards* de [Logie et de Jongh \(2014\)](#) et Scénario du futur.

Étape 6. Application du *Sensate Focus* de Masters et Johnson.

Étape 1 : démarche psychopédagogique

La première étape d'une prise en charge psychologique du trouble de l'érection, comme c'est le cas pour toute difficulté sexuelle, est d'apporter aux patients les informations nécessaires sur le fonctionnement sexuel humain. Cette information doit porter sur l'anatomie des organes génitaux, la psychophysiologie de la réponse sexuelle (ici de l'homme), les causes du trouble érectile, le contexte dans lequel se déroule la rencontre amoureuse et sexuelle, les besoins affectifs, sentimentaux et sexuels de la femme et de l'homme, les types de stimulation, les scénarios sexuels et l'utilité des fantasmes sexuels.

Étape 2 : apprentissage de techniques de stabilisation et de relaxation

Nous proposons à ce stade l'installation d'un Lieu sûr qui reste (*voir chapitre 4*) un élément incontournable du Protocole standard. Du fait des

implications sur le corps, l'exercice du *Body Scan* inspiré du *Mindfulness* avec désensibilisation à partir de SBA a montré sa pertinence dans ce domaine, d'autant qu'un tel protocole s'appliquera aisément. L'usage des techniques de relaxation classique ou de la cohérence cardiaque peut ici être indiqué (Berghmans, Tarquinio, 2009).

Étape 3 : utilisation de plans de ciblage pour l'identification des souvenirs sources

Bien entendu, toutes les techniques de plans de ciblage sont utiles. Cependant, quel que soit le choix du clinicien, il est impératif d'utiliser les méthodes des symptômes aux cibles (SAC) et des croyances fondamentales aux cibles (CFC) de de Jongh, Ten Broeke et Meijer (2010), en raison de la spécificité et de la pertinence clinique du symptôme érectile.

Pour le Plan de ciblage, nous avons donc fait le choix de combiner les deux méthodes de De Jongh, Ten Broeke et Meijer (2010) :

- la méthode des Symptômes aux cibles (SAC), parce qu'elle va permettre d'inscrire le symptôme érectile dans une certaine historicité ;
- la méthode des Croyances fondamentales aux cibles (CFC), parce que Quentin se décrit comme un « sous-homme ». Il dit de lui qu'il n'est « pas à la hauteur » et qu'il n'est pas « un vrai homme » et qu'il ne l'a « jamais vraiment été ». Il s'agit de manières de penser stériles et stéréotypées, qui s'appliquent de manière quasi automatique et amènent Quentin à avoir une vision négative du monde. Ces croyances dysfonctionnelles rigides indiquent généralement qu'il existe plusieurs expériences ou événements pertinents à rechercher dans le passé du sujet.

Encadré 5.6

Résultats des méthodes SAC et CFC du cas Quentin

A. Résultats du SAC

Deux souvenirs antérieurs ont ainsi été identifiés :

- premier souvenir perturbant : expérience de panne sexuelle en couple durant laquelle son épouse s'est montrée particulièrement agressive et moqueuse ;
- second souvenir perturbant : à 17 ans, il a été surpris en train de se masturber par sa plus jeune sœur. Celle-ci a crié dans toute la maison ce qu'elle venait de voir, ce qui a impliqué des moqueries et des jugements moralisateurs de la part de tous les membres de la famille.

Nous avons dans un second temps demandé à Quentin de reporter sur la ligne du temps ses différents souvenirs et d'indiquer un niveau d'anxiété à chacun d'eux.

On retrouve sur le graphique ci-dessus ([figure 5.2](#)) les deux cibles à traiter avec le Protocole standard. Nous avons ensuite appliqué le CFC à partir des croyances dysfonctionnelles initiales de Quentin.

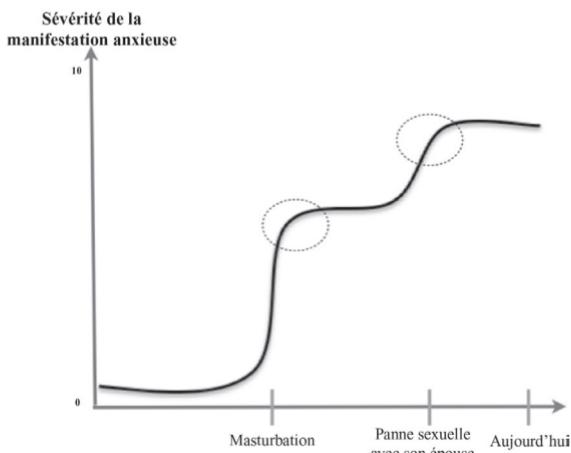


Figure 5.2. Représentation graphique de sévérité de la manifestation anxieuse de Quentin en fonction du temps.

B. Résultats du CFC

Croyance dysfonctionnelle de départ : « J'ai honte, je suis nul. »

Identification des preuves que nous avons demandées à Quentin de classer dans un second temps par ordre, selon leur niveau de perturbation.

- Classement 1 : « La fois où je me suis fait surprendre par ma sœur dans ma chambre et qu'elle s'est mise à crier dans toute la maison que j'étais en train de me toucher le sexe et que c'était dégoûtant. »
- Classement 2 : « Vers 8 ans, c'était un truc de jeune, on devait avec des petites copines se montrer notre sexe respectif. En fait il n'y a que moi qui ai sorti mon sexe et toutes les filles se sont moquées de moi et là aussi elles l'ont chanté dans toute la rue. Ça a duré des années ce truc-là. »
- Classement 3 : « Avant ma femme j'ai eu une autre amie, très jolie. Je me suis toujours demandé comment j'avais fait pour sortir avec elle. J'étais impressionné. Et disons que là encore, je n'y arrivais pas. J'évitais les situations à risque. Elle m'a quitté parce qu'elle me disait que je n'étais pas un homme comme les autres et qu'elle regrettait de ne pas procurer de désir chez moi. »
- Classement 4 : « Ma femme qui me dit que je ne suis pas un homme lorsque je n'arrive pas à avoir d'érection et qu'elle attend que je lui donne du plaisir. Je pense notamment à la fois dont je vous ai parlé qui reste vraiment le pire dans ma tête. »

Étape 4 : traitement des cibles du passé avec le Protocole standard

Toutes les cibles issues des deux procédures de Plan de ciblage ont été traitées de façon distincte à partir de l'application du Protocole standard (pour un rappel, voir chapitre 4).

Étape 5 : application de la technique des Flash-forwards de Logie et de Jongh (2014) et Scénario du futur

Nous avons appliqué la technique (ou procédure) *Flash-forward*. Comme nous l'avons déjà décrit précédemment, le *Flash-forward* peut être utilisé lorsque les patients manifestent encore des peurs irrationnelles après un traitement des cibles passées. Il permet de mettre à jour et de révéler les scénarios catastrophes et toutes les représentations mentales négatives de ce que redoutent le plus les patients dans le futur.

Encadré 5.7

Application de la procédure du Flash-forward au cas Quentin

Psychothérapeute : « Qu'est-ce que vous craignez qui puisse arriver de pire ou qui se passe mal si vous avez un problème d'érection lors de relations avec votre femme ? Quelle serait la pire des choses qui pourrait selon vous arriver, le pire des cas possibles ? Essayez de l'imaginer dans votre tête et d'observer ce qui se passe alors en vous. »

Quentin : « Eh bien... c'est sa colère, qu'elle m'insulte parce que je n'arrive pas à avoir une érection. »

Psychothérapeute : « Très bien... Dites ce qui est le pire dans cette situation. Qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire alors ? »

Quentin : « Qu'elle me quitte parce que je ne suis pas un homme. »

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à cela, quelle est l'image qui vous vient ? »

Quentin : « Elle s'habille et quitte la chambre, la maison. »

Psychothérapeute : « Regardez cette image de votre femme qui s'habille et qui quitte la chambre, la maison pensez "Je suis impuissant"¹... Sur une échelle de 0 à 10 quel est le niveau de perturbation ? »

Quentin : « 9 »

Poursuivre en appliquant les phases 4 à 7 (SUD = 0, VOC = 7, bon Scanner corporel).

¹ Ad de Jongh ([Logie, de Jongh, 2014](#)) préconise dans tous les cas le choix de la cognition négative « Je suis impuissant », et donc de « J'ai le contrôle » en cognition positive dans toute procédure de *Flash-forward*. Selon nous, un tel choix est judicieux dans le cas des traitements des phobies qui est, rappelons-le, à l'origine du *Flash-forward*. Nous ne sommes pas convaincus de son adéquation à toutes les situations. Il reviendra au praticien de choisir ce qui lui semble le plus adapté.

Étape 6 : application du Sensate Focus de Masters et Johnson

À ce stade, le *Sensate Focus* est une bonne manière de se familiariser à nouveau avec leurs corps et leurs sensations. L'homme et la femme seront acteurs dans cet exercice, qui sera l'occasion de réapprendre une certaine sexualité, sans doute moins anxiogène et plus apaisée.

Dans cette partie du chapitre, nous avons centré le propos sur la prise en charge de certaines difficultés sexuelles. Il est bien entendu impossible d'être exhaustif dans le cadre d'un seul chapitre, mais cela donnera sans doute des idées et des pistes d'investigation aux psychothérapeutes EMDR confrontés à ce type de demande. Quoi qu'il en soit, un usage adapté de l'EMDR peut s'avérer profitable aux patients, qu'ils soient seuls ou en couple. Pour ce faire, il convient, certes, d'appliquer les protocoles de façon standardisée, mais il faut surtout être en mesure de proposer des dispositifs plus épurés qui pourront être mis à la disposition des patients. Les actions *in vivo* inscrites dans la pratique sexuelle des patients se révèlent toujours importantes. Il revient au praticien de ne pas les négliger et de les adapter aux besoins et possibilités de ses patients. Il est important de souligner qu'en ce qui concerne la prise en charge des difficultés sexuelles, le psychothérapeute doit prendre en considération le trouble dans son contexte d'expression. Pour appréhender sa complexité, il s'agit toujours de prendre le couple comme entité de travail et pas seulement, comme c'est souvent le cas, le seul porteur des symptômes. Autrement dit, la prise en charge pourra à certains moments concerner le couple, et à d'autres, l'un ou l'autre de ses membres sera plus spécifiquement concerné par la psychothérapie.

Dans cette seconde partie, nous avons fait le choix de traiter la question des violences sexuelles, dont on connaît les effets sur la santé psychique et sexuelle des victimes. Il ne s'agira pas ici d'être exhaustif, mais plutôt de donner quelques orientations cliniques en matière de prise en charge EMDR.

La prise en charge de femmes victimes de violence sexuelle

La prise en charge de l'ESPT avec la psychothérapie EMDR est sans doute parmi les plus documentées (*voir* chapitre 1). C'est d'ailleurs pour cela qu'il ne nous a pas semblé utile de consacrer un chapitre au traitement de cette problématique. Cependant, rarement les auteurs ont envisagé les répercussions de ces violences et agressions sexuelles sur la sexualité des victimes. Ainsi, dans cette seconde partie, nous proposerons une ouverture sur la prise en charge précoce (quelques heures après son agression) des victimes d'agressions sexuelles en présentant un protocole dit « d'urgence », susceptible de réduire rapidement les troubles traumatiques périphériques. Un tel dispositif a d'ailleurs, dans le cadre d'une étude-pilote, montré qu'en une seule séance il était possible d'améliorer la situation psychotraumatique et d'optimiser la santé sexuelle des victimes. Il s'agira ensuite de s'intéresser plus directement aux conséquences de ces phénomènes de violences sur les difficultés sexuelles. Il ne s'agira pas de rentrer dans le détail des prises en charge, comme nous avons pu le faire précédemment, mais plutôt d'envisager le cadre général à l'intérieur duquel le processus psychothérapeutique pourra s'inscrire.

L'EMDR et la prise en charge immédiate⁸ des victimes d'agressions sexuelles

L'Enquête nationale de 2000 sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) a révélé que 1,2 % des femmes interrogées déclarent avoir subi, au moins une fois dans leur vie, des attouchements sexuels, une tentative de viol ou un viol (Jaspard et al., 2003). La symptomatologie des viols uniques s'exprime le plus souvent en termes d'état de stress post-traumatique. Après avoir subi une violence, une victime peut manifester plusieurs types de troubles : un état de stress aigu ou *Acute Stress Disorder* et un état de stress post-traumatique (ESPT) qui, lui, va généralement persister au-delà de trois mois.

Dans cette partie, nous envisagerons la prise en charge des victimes de violences sexuelles immédiatement après leur agression, dans les heures ou les jours qui suivent. Sur le plan de la symptomatologie, il s'agira d'états de stress aigu (ESA) plutôt que d'ESPT ([encadré 5.8](#)).

Encadré 5.8

L'état de stress aigu défini par le DSM-IV

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatisant dans lequel les deux éléments suivants étaient présents.

1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. NB : chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants.

1) Un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle.

2) Une réduction de la conscience de son environnement (par exemple : « être dans le brouillard »).

3) Une impression de déréalisation.

4) Une impression de dépersonnalisation.

8. Les protocoles d'urgence concernent les événements arrivés dans les dernières heures, alors que les protocoles dits d'« événements récents » concernent des événements ayant eu lieu depuis deux jours jusqu'à trois mois. Dans le second cas, les événements traités ont fait l'objet d'une consolidation et d'une intégration en mémoire.

5) Une amnésie dissociative (par exemple : incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).

C. L'événement traumatisant est constamment revécu, de l'une (ou plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents ou sentiment de revivre l'expérience ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatisant.

D. Éviter persistant des stimulus qui éveillent la mémoire du traumatisme (par exemple : pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative (par exemple : difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou bien elle altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations, comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatisante.

G. La perturbation dure un minimum de deux jours et un maximum de quatre semaines et survient dans les quatre semaines suivant l'événement traumatisant.

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple : une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref [...].

Source : DSM-IV (1994)

L'état de stress aigu (ou ESA) : ce trouble peut se définir comme une forme précoce et brève d'ESPT. L'encadré ci-dessous en présente les principaux traits.

L'état de stress aigu constitue une sorte de réponse, de réaction à la situation d'exception vécue par le sujet qui reste suspendu à l'événement qui l'a fait apparaître. Ces réactions sont par nature éphémères et disparaissent sans séquelles notables après un débordement des défenses du sujet. Cet état de stress aigu (ESA) peut se définir comme une forme précoce et brève d'ESPT, même si certaines manifestations sont spécifiques, notamment par leur nature dissociative. Ces états aigus sont particulièrement associés au risque de survenue d'un état de stress post-traumatique ([Marmar et al., 1996](#)).

Dans le cas de viols, les problèmes sexuels seront également nombreux : baisse de la libido, anorgasmie, aversion sexuelle, abstinence sexuelle, vaginisme. Le viol entraîne des répercussions négatives importantes dans le fonctionnement affectif, surtout sous la forme d'une diminution de la satisfaction sexuelle. Il y a une diminution de la fréquence des rapports sexuels et souvent une abstinence autour des premiers mois. L'abstinence sexuelle totale dans le cadre de conduites phobiques est rapportée dans plus de 25 % des cas.

L'étude de Tarquinio et al. (2012) a montré l'intérêt de l'EMDR auprès de femmes prises en charge dans les heures ayant suivi l'agression à partir d'une séance unique de prise en charge avec le protocole URG-EMDR ([encadré 5.9](#)).

Encadré 5.9

L'EMDR et la prise en charge immédiate des victimes de viol

L'objectif de cette étude était de tester l'intérêt d'une prise en charge EMDR précoce d'une victime de viol, prise en charge issue de l'intégration de plusieurs protocoles EMDR d'urgence et inspirée par la pratique du débriefing psychologique. Dix-sept femmes victimes de viol ont été prises en charge dans le cadre d'une seule séance dans les vingt-quatre à soixante-dix-huit heures après leur agression. Les suivantes après quatre semaines puis après six mois, les auteurs ont mesuré les effets à moyen terme de la symptomatologie post-traumatique, de la détresse psychologique, ainsi que les effets sur certains indicateurs de la sexualité de ces femmes victimes, en référence à leur sexualité antérieure. Les résultats principaux sont résumé dans le [tableau 5.5](#).

Tableau 5.5. Scores moyens et écarts-types du SUD, des niveaux de désir et d'excitation.

	Phases d'évaluation			
	Prétest	Post-test	Après 4 semaines	Après 6 mois
SUD (de 0 à 10)	8.7a (1.09)	2.47b (1.17)	2.05b (1.14)	2.41b (1.37)
Niveau de désir (de 0 à 5)	0.47a (0.62)	0.50a (0.72)	3.82b (1.07)	3.7b (1.04)
Niveau d'excitation (de 0 à 5)	0.35a (0.60)	0.52a (0.79)	3.87b (1.04)	3.82b (1.07)

Note : Les lettres différentes entre les moyennes en ligne indiquent une différence significative des contrastes au moins au seuil $p < 0,05$.

Les résultats obtenus ([tableau 5.5](#)) montrent qu'en une seule séance, on assiste à une réduction assez massive du SUD qui est un indicateur de perturbation générale qui se révèle stable quatre semaines puis six mois après la prise en charge. On notera également qu'une telle prise en charge a pour effet de permettre aux victimes de réinvestir leur sexualité. En tout cas, la perception que les patientes en ont peut évoluer rapidement et positivement. Si ce type d'intervention d'urgence ne se substitue en rien à une psychothérapie plus approfondie, sa contribution et sa pertinence dans le cadre d'une prise en charge immédiate ouvrent des perspectives intéressantes pour la prise en charge des victimes d'agressions sexuelles.

Conformément à la littérature qui existe dans le domaine, la thérapie EMDR s'avère efficace dans la prise en charge des troubles réactionnels consécutifs aux violences sexuelles que peuvent subir les femmes. Si, la plupart du temps, c'est le Protocole standard qui est préconisé, il est des situations où les victimes sont confiées (par les associations d'aide aux victimes, les médecins ou à l'initiative des victimes elles-mêmes) aux psychothérapeutes dans les heures qui suivent les agressions. Il convient alors de proposer un protocole adapté dont la finalité est d'apporter une prise en charge précoce et rapide des victimes. Dans la continuité des travaux sur le *defusing* et le *débriefing*, la thérapie EMDR cherche depuis plusieurs années à adapter son protocole pour ne plus être seulement une méthode curative, mais aussi préventive. C'est l'ambition du protocole URG-EMDR ([encadré 5.10](#)) de [Tarquinio et al. \(2012\)](#). À la croisée des protocoles d'urgence R-TEP (*Recent Traumatic Episode Protocol*) de [Shapiro \(2009\)](#) et *Modified Abridged EMDR Protocol* de [Kutz, Resnik et Dekel \(2008\)](#), le protocole URG-EMDR se veut une réponse immédiate et efficace d'urgence (dans les heures ou les trois jours qui suivent l'agression), qui le plus souvent devra être suivi par une prise en charge classique. Dans le chapitre 8, consacré au cancer, nous présentons un autre de ces protocoles, le *Recent Events*

Encadré 5.10

Description générale des cinq phases du protocole d'urgence de prise en charge EMDR (URG-EMDR)

Phase 1 : évaluation de la situation du patient et anamnèse rapide

Il s'agit ici de prendre connaissance de la situation clinique de la patiente :

- état général sur le plan symptomatique (identification des changements psychoaffectifs depuis la survenue de l'épisode traumatique...) ;
- évaluation du contexte affectif, social et familial de la patiente (soutien social et affectif). Présentation générale par la victime de l'épisode traumatique dont elle a été victime. À ce niveau, le psychothérapeute se contente d'une vue générale de la situation.

Phase 2 : éducation au psychotraumatisme et présentation du protocole URG-EMDR

En ce qui concerne le premier aspect, il s'agit de donner des informations sur les impacts psychologiques que peuvent avoir des phénomènes de violences sexuelles. Un parallèle est à faire ici avec ce qui se passe lors d'un débriefing psychologique ([Mitchell, Everly, 1993, 2000](#)). L'éducation psychothérapeutique consiste à présenter la psychothérapie EMDR en général et le protocole URG-EMDR en particulier. Il est demandé à la patiente d'imaginer (métaphoriquement) que l'épisode traumatique (agression sexuelle) qu'elle a vécu est enregistré dans sa mémoire de façon comparable à ce qui se passe lorsqu'on regarde un film. Il lui est alors demandé de rembobiner

ce « film » depuis le début (tiré du R-TEP de [Shapiro et Laub, 2008, 2009](#)), puis de visionner ce « film » et d'imaginer qu'elle est en possession d'une télécommande virtuelle susceptible de stopper, avancer ou reculer la projection du film relatif à l'agression. Ainsi, dès qu'elle sera confrontée à un aspect de l'épisode (*voir* point de perturbation du R-TEP de [Shapiro et Laub, 2008, 2009](#)) qui génère chez elle des émotions négatives (exemples de points de perturbation pour un même épisode traumatique : lorsqu'il déchire mes vêtements, lorsqu'il touche mon sexe...), elle pourra faire un arrêt sur image. Il est ainsi possible de disposer sur un même épisode traumatique (ici l'agression) de plusieurs points critiques qui peuvent avoir une pondération émotionnelle plus ou moins importante. C'est l'ensemble de ces points de perturbation qui font l'objet d'un traitement avec le protocole URG-EMDR. La réduction rapide de la charge émotionnelle et corporelle de chaque point de perturbation d'abord, puis, par effet induit, celle de la charge émotionnelle de l'épisode traumatique dans son ensemble sont les buts explicites de l'approche proposée par le protocole URG-EMDR. Rappelons que ce dernier protocole permet un travail chronologique sur les événements, à la différence du R-TEP où il est demandé aux patients de rappeler après visionnage dans son intégralité du film de l'événement l'image la plus perturbante, ceci indépendamment de la chronologie de son apparition (ainsi, le psychothérapeute pourrait dans le R-TEP être amené à traiter une image particulièrement perturbante qui se situerait à la fin de l'épisode). Dans le R-TEP, après avoir traité cette cible, il est demandé au patient de recommencer la procédure jusqu'à épuisement de toutes les images perturbantes.

Phase 3 : mesure du SUD global de l'épisode traumatique dans son ensemble

On propose à la patiente la consigne suivante : « À l'instant, vous venez de repasser l'ensemble de ce qui s'est passé [ensemble de l'épisode relatif à l'événement] dans votre tête. Sur une échelle de 0 à 10 où 0 correspond à "pas de perturbation du tout" et 10 à "la pire des perturbations que vous puissiez imaginer", à combien l'estimez-vous maintenant ? »

Inspiré du R-TEP de [Shapiro et Laub, 2008, 2009](#), bien que n'intervenant pas dans les mêmes phases du protocole.

Phase 4 : désensibilisation

Il s'agit de considérer chacun des points de perturbation comme des cibles à traiter. Pour ce faire, le psychothérapeute identifie plusieurs paramètres :

- l'émotion : « Quand vous revenez sur ce point critique [exemple : lorsque l'agresseur vous arrache vos vêtements], quelles sont les émotions que vous ressentez (il peut y en voir plusieurs) ? » ;
- un SUD spécifique à la cible traitée : « Lorsque vous pensez à ce point critique [exemple : son souffle dans votre cou], sur une échelle de 0 à 10 où 0 correspond à "pas de perturbation du tout" et 10 à "la pire des perturbations que vous puissiez imaginer", à combien l'estimez-vous maintenant ? » ;

- la localisation de la sensation corporelle : « Où ressentez-vous cette tension dans votre corps ? »

La patiente est ensuite soumise à plusieurs séries de SBA, dont la durée peut varier d'une minute à quelques minutes, en fonction de la réaction émotionnelle de la patiente (environ 80 à 85 allers-retours par minute, soit une fréquence plutôt élevée). Lors de cette phase, on peut voir apparaître toutes sortes de réactions (souvenirs, prises de conscience ou associations diverses, sensations corporelles, émotions...). C'est à chaque pause, entre chaque série de mouvements bilatéraux, que la patiente rapporte « ce qui lui vient ou est venu à l'esprit ou ce qu'elle ressent sur le plan émotionnel ou corporel », pendant la période d'attention flottante qui accompagne les mouvements oculaires. Des SUD intermédiaires sont alors évalués après chacune des séries de mouvements bilatéraux :

- si les associations sont en lien avec le point de perturbation en cours de traitement (exemple : l'odeur de l'agresseur) de l'épisode traumatique, on demande à la victime de poursuivre et de se concentrer sur les SBA ;
- si les associations ne sont pas en lien (autre aspect de la vie de la patiente, autre problématique...) avec le point de perturbation, on demande à la patiente de revenir explicitement sur la cible comme le proposent [Kutz et al. \(2008\)](#). Le retour à la cible s'accompagne à chaque fois d'une vérification du SUD intermédiaire.

Lorsque l'on atteint des valeurs de SUD intermédiaires de 3 ou 2, on peut passer au point de perturbation qui suit. À ce stade, il est bien entendu difficile d'obtenir des SUD intermédiaires de 0 car la plupart du temps, d'autres points critiques restent à traiter, rendant la charge émotionnelle toujours présente. On demande alors au patient de reprendre le cours de l'épisode traumatique juste après le point de perturbation qui vient d'être traité et de stopper la visualisation de l'épisode dès qu'un autre vient le perturber avec une charge émotionnelle manifeste ou un niveau de perturbation conséquent.

Tous les points de perturbation sont alors traités sur la base de la même procédure, les uns après les autres.

Phase 5 : vérification du SUD global final relatif à l'épisode traumatique dans son ensemble

Une fois tous les points de perturbation traités, il est demandé à la patiente de repasser l'ensemble de l'épisode en revenant donc sur l'ensemble des points traités dans la phase 4. « À l'instant, vous venez de repasser l'ensemble de ce qui s'est passé devant vos yeux. Sur une échelle de 0 à 10 où 0 correspond à "pas de perturbation du tout" et 10 à "la pire des perturbations que vous puissiez imaginer", à combien l'estimez-vous maintenant ? »

Très largement inspiré du R-TEP de [Shapiro et Laub \(2008, 2009\)](#).

L'objectif n'est pas d'avoir un SUD qui soit forcément à 0, mais il est impératif d'obtenir un SUD global final au moins trois fois inférieur au SUD global primaire. Si ce n'est pas le cas, il est conseillé de revenir sur les points de perturbation les plus problématiques, c'est-à-dire qui disposent d'un SUD spécifique encore trop élevé.

Protocol (REP) de Francine Shapiro (1995, 2001), qui pourra sans difficultés se substituer à l'URG-EMDR en fonction de la sensibilité et de l'intérêt des praticiens pour l'un ou l'autre.

Un tel protocole peut s'avérer très utile dans la prise en charge précoce des victimes de violences sexuelles. D'application simple, ce protocole épuré peut rendre de nombreux services aux cliniciens, et donc aux patients.

Contribution avec la psychothérapie EMDR à la prise en charge globale des victimes d'agressions sexuelles

En ce qui concerne la problématique de prise en charge des victimes d'agressions sexuelles, nous préconisons deux stratégies selon que la prise en charge peut se faire rapidement – heures et jours qui suivent – ou plus tardivement – après plusieurs semaines (**tableau 5.6**). Dans le premier cas, nous préconisons un traitement des déclencheurs actuels avec un Protocole d'urgence (exemple : URG-EMDR ou *Recent Events Protocol* [REP]), le cas échéant, des autres souvenirs sources (si nécessaire) avec un Protocole standard, pour ensuite envisager les défis du futur.

Dans le second cas, il convient d'envisager une procédure classique avec le Protocole standard qui consiste à traiter dans l'ordre le passé, le présent puis le futur.

Rappelons qu'il ne s'agit pas seulement de réduire les aspects psychotraumatiques consécutifs au phénomène de violences sexuelles, mais aussi de permettre une continuité positive à la sexualité des victimes.

Dans le cas d'une prise en charge immédiate (**tableau 5.6**), la démarche consistera à traiter d'abord les déclencheurs actuels, puis les souvenirs sources (s'il y en a !), et enfin les défis du futur. Dans le cas contraire, le clinicien pourra se contenter d'une organisation classique de la prise en charge, qui devra à la fois intégrer une réduction des troubles psychotraumatiques et un travail sur les difficultés sexuelles si elles se posent.

Tableau 5.6. Double perspective temporelle utilisée dans la prise en charge des victimes de violences sexuelles.

	Passé	Présent	Futur
Prise en charge immédiate	2	1	3
Prise en charge plus tardive	1	2	3
Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	Déclencheurs actuels	Défis futurs	

Ce travail en sept étapes est proposé dans le **tableau 5.7** qui distingue deux procédures selon que les victimes sont prises en charge dans les heures ou jours qui suivent ou dans le cadre d'une prise en charge plus tardive.

Tableau 5.7. Étapes de prise en charge des victimes d'agressions sexuelles.

Si prise en charge immédiate (heures et jours après l'agression)	Si prise en charge plus tardive (semaines/mois après l'agression)
(1) Traitement des déclencheurs actuels avec un Protocole d'urgence	(1) Utilisation de plans de ciblage pour l'identification des souvenirs sources
(2) Utilisation de plans de ciblage pour l'identification des souvenirs sources	(2) Traitement des souvenirs du passé avec le Protocole standard
(3) Traitement des souvenirs du passé avec le Protocole standard	(3) Traitement des déclencheurs actuels avec le Protocole standard
(4) Application de la technique des <i>Flash-forwards</i> de Logie et de Jongh (2014) avec prise en compte explicite des difficultés sexuelles potentielles	
(5) Scénario du futur	
(6) Évaluation de la situation du conjoint et prise en charge de ce dernier en cas de besoin (Protocole standard). Nous préconisons une prise en charge du conjoint soit à ce stade de la procédure, soit dans le cadre d'un accompagnement parallèle à celui de la victime. Notons qu'il conviendrait de ne pas négliger l'éventualité d'un travail de couple, voire d'une thérapie familiale (à envisager selon la sensibilité du psychothérapeute !)	
(6) Éducation à la sexualité et autoapplication <i>in vivo</i> de principes épurés de l'EMDR (voir plus haut pour une illustration dans le cas du vaginisme)	
(7) Mise en œuvre (le cas échéant) de prises en charge plus spécifiques (Trudel, 2000) afin d'envisager une reprise en douceur de la sexualité en collaboration avec un sexologue	

En effet, nous proposons de faire une distinction selon que le psychothérapeute utilisera un Protocole d'urgence (URG-EMDR ou *Recent Events Protocol* [REP]) ou un Protocole standard, dont l'usage sera déterminé par la proximité temporelle avec l'agression. Ceci déterminera l'organisation des trois étapes suivantes. À l'issue, nous recommandons la technique des *Flash-forwards* de Logie et de Jongh (2014), déjà illustrée dans ce chapitre, pour ensuite seulement envisager le traitement des scénarios du futur. Lors d'une sixième étape, nous recommandons, si des difficultés sexuelles apparaissent au sein du couple, d'abord de les identifier, puis de les expliquer au couple, pour ensuite proposer une démarche épurée qui utilise des SBA (surtout du *tapping*) dans le cadre d'une reprise d'une activité sexuelle (nous avons proposé une illustration dans le cas de la prise en charge du vaginisme). Enfin, il peut parfois être nécessaire d'envisager une dernière étape par une prise en charge sexologique plus marquée. Cependant, ici plus que dans d'autres domaines, il est impossible d'envisager seul la prise en charge sexologique d'un patient, d'une patiente ou d'un couple. Le psychothérapeute se doit de chercher la collaboration d'un sexologue qui pourra contribuer et optimiser la pertinence d'une prise en charge EMDR.

Conclusion

Comme nous avons pu le constater, la psychothérapie EMDR peut être d'une grande aide dans la problématique spécifique des difficultés sexuelles. *A priori*, cette approche est peu positionnée dans la littérature sexologique. C'est selon nous un recours de choix dans la prise en charge de difficultés sexuelles, notamment lorsque la problématique est de nature psychoémotionnelle. Les références à l'EMDR dans ce domaine sont de plus en plus nombreuses ([Mignot et al., 2013](#)), même si la pratique des cliniciens sensibilisés conjointement à l'EMDR et à la sexologie doit encore s'étoffer. Pour ce faire, il conviendrait que les psychothérapeutes, qui la plupart du temps ne connaissent que peu de choses à la sexologie, fassent l'effort de s'y intéresser, ce qui malheureusement n'est pas assez le cas. Des recherches sont à mener dans ce domaine et des formations à construire, notamment à l'adresse des praticiens EMDR. Un tel chapitre, aussi humble que soit son ambition, souhaite y contribuer. Une présentation plus spécifique pourrait par exemple se faire dans le cadre des formations nationales (diplômes inter-universitaires de sexologie, voir www.aius.fr) reconnues dans le domaine de la sexologie. Ces diplômes de haut niveau sont aujourd'hui proposés dans de nombreuses universités et permettent de dispenser des formations solides à tous les professionnels de la santé, ainsi qu'aux psychologues. C'est notamment dans ce cadre qu'un accent plus fort devrait être mis sur l'ouverture à l'EMDR.

Les 5 points clés du chapitre

- L'EMDR peut jouer un rôle dans la prise en charge des difficultés sexuelles. Pour reprendre [Langis et Germain \(2009\)](#), on pourra définir une difficulté sexuelle comme « une situation qui empêche le bon déroulement de la relation sexuelle ».
- Toute démarche de prise en charge en sexologie devra débuter par un travail d'explicitation du trouble. C'est la démarche de psychopédagogie. Le psychothérapeute devra s'assurer qu'il maîtrise bien la problématique sexologique qu'il doit prendre en charge et si ce n'est pas le cas, il lui faudra chercher l'aide d'un sexologue formé.
- Dans ce chapitre a été présentée la procédure du *Flash-forward*. Elle peut être utilisée lorsque les patients manifestent encore des peurs irrationnelles après un traitement des cibles passées ([Logie, de Jongh, 2014](#)). On peut définir le *Flash-forward* comme une sorte de représentation mentale d'un événement négatif futur redouté et improbable. Précisons que la procédure du *Flash-forward*





n'est pas réductible à un Scénario du futur, en ceci qu'il est plus centré sur le niveau de perturbation que provoque chez le patient un scénario catastrophe, alors que le Scénario du futur a pour finalité d'installer dans le futur un comportement ou une cognition adaptée à un futur envisagé en des termes positifs. En outre, le Scénario du futur se met en œuvre une fois toutes les cibles traitées.

- Le *Sensate Focus* adapté à l'EMDR est une phase intéressante pour les couples en grande difficulté. C'est une procédure qui permet une reprise de contact en douceur avec son corps et le corps de l'autre.
- La prise en charge de l'ESPT avec la psychothérapie EMDR est sans doute parmi les plus documentées (*voir chapitre 1*). Cependant, les psychothérapeutes envisagent rarement les répercussions de ces violences et agressions sexuelles sur la sexualité des victimes. C'est un aspect à ne pas oublier dans la prise en charge !

Références

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Washington DCDSM IV ; Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Issy-les-Moulineaux, Masson, 1996.
- Bajos, N., & Bozon, M. (2008). *Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genres et santé*. Paris: INSERM, Rapport de recherche.
- Berghmans, C., & Tarquinio, C. (2009). *Comprendre et pratiquer les nouvelles formes de psychothérapie*. Paris: Dunod.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., Blattner, D., & Galluzzo, C. (2006). Associations among everyday stress, critical life events and sexual problems. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 494-501.
- Browning, C. (1999). Floatback and floatforward: Techniques for linking past, present and future. *EMDRIA Newsletter*, 4(3), 12, p. 34.
- Colson, M. H. (2001). *Il n'est jamais trop tard pour réaliser sa sexualité*. Paris: La Martinière.
- Corona, G., Mannucci, E., Petrone, L., Ricca, V., Balercia, G., Giommi, R., et al. (2006). Psychobiological correlates of free-floating anxiety symptoms in male patients with sexual dysfunctions. *Journal of Andrology*, 27, 86-93.
- Jongh, A. (de), Ten Broeke, E., & Meijer, S. (2010). Two method approach: A case conceptualization model in the context of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(1), 12-21.
- DSM-IV-TR (2004). *Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux* (4^eéd.). Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Engelhard, I., van den Hout, M., Dek, E., Giele, C., van der Wielen, J., Reijnen, M., & van Roij, B. (2011). Reducing vividness and emotional intensity of recurrent "flash-forwards" by taxing working memory: An analogue study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 599-603.
- Engelhard, I., van Uijen, S., & van den Hout, M. (2010). The impact of taxing working memory on negative and positive memories. *European Journal of Psycho-traumatology*, 1, En ligne : <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v1i0.5623>.

- Giuliano, F., & Droupy, S. (2013). Dysfonction érectile. *Progrès en urologie*, 23, p 623-637.
- Grafeille, N. (2007). Le travestisme. In P. Lopés, & F. X. Poudat (Eds.), *Manuel de sexologie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Greef, A. P., & Malherbe, H. L. (2001). Intimacy and marital satisfaction in spouses. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27(3), 247-257.
- Hedon, F. (2003). Anxiety and erectile dysfunction: A global approach to ED enhances results and quality of life. *International Journal of Impotence Research: The Journal of Sexual Medicine*, 15, 16-19.
- Hock, R. R. (2007). *Human Sexuality*. Upper Saddle River (NJ): Pearson Education.
- Hyde, J. S., Delamater, J., & Byers, E. S. (2004). *Understanding Human Sexuality* (2nd ed.). Toronto: McGraw-Hill.
- James, E. L. (2012). *Cinquante nuances de Grey*. Paris: JC Lattès.
- Jarousse, N., & Poudat, F. X. (1992). *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Jaspard, M., Brown, E., Condon, S., Fougeyrollas-Schwebel, D., Houel, A., Lhomond, B., et al. (2003). *Les Violences envers les femmes en France, une enquête nationale*. Paris: La Documentation française.
- Kelly, G. (2006). *Sexuality Today: The human perspective* (8^e ed.). New York: McGraw-Hill.
- Kutz, I., Resnik, V., & Dekel, R. (2008). The effect of single-session modified EMDR on acute stress syndromes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 190-200.
- Langis, P., & Germain, B. (2009). *La Sexualité humaine*. Bruxelles: De Boeck.
- Lauman, E., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States. *Journal of American Medicine Association*, 281, 537-544.
- Leiblum, S. R. (2007). *Principles and Practices of Sex Therapy* (4^e ed.). New York: Guilford Press.
- Logie, R. D. J., & Jongh, A. (de) (2014). The "Flash-forward procedure": Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 25-32.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry*, 153, 94-102.
- Masters, W., & Johnson, V. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. New York: Bantam Books.
- McAnulty, R., & Burnette, M. M. (2003). *Exploring Human Sexuality*. Boston: Pearson Education.
- Mignot, J., Blachère, P., Gorin, A., & Tarquinio, C. (2013). *L'Aide-mémoire de psychosexologie*. Paris: Dunod.
- Mitchell, J. T., & Everly, G. S. (1993). *Critical Incident Stress Debriefing (CISD): An Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress among Emergency Services and Disaster Workers*. Ellicott City: Chevron Publishing Corporation.
- Mitchell, J. T., & Everly, G. S. (2000). Critical incident stress management and critical incident stress debriefing: Evolutions, effects and outcomes. In B. Raphael, & J. P. Wilson (Eds.), *Psychological Debriefing: Theory, Practice and Evidence*. New York: Cambridge University Press.
- Nobre, P. J. (2010). Psychological determinants of erectile dysfunction: Testing a cognitive-emotional model. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1429-1437.
- Palha, A. P., & Esteves, M. (2008). Drugs of abuse and sexual functioning. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 29, 131-149.
- Poudat, F. X., Beaudry, M., Boisvert, J.-M., Jarousse, N., & Trudel, G. (2011). *Sexualité, couple et TCC : les difficultés conjugales* (Vol.2). Paris: Masson.

- Romain, L. (2013). EMDR with recurrent "Flash-Forwards": Reflections on Engelhard et al.'s 2011 Study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7, 106-111.
- Rosen, R. C. (2001). Psychogenic erectile dysfunction: Classification and management. *The Urologic clinics of North America*, 28, 269-278.
- Schwartz, B. G., & Kloner, R. A. (2009). How to save a life during a clinic visit for erectile dysfunction by modifying cardiovascular risk factors. *International Journal of Impotence Research: The Journal of Sexual Medicine*, 21, 327-335.
- Shapiro, E., & Laub, B. (2009). The new Recent Traumatic Episode Protocol, (R-TEP). In M. Luber (Ed.), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Basics and Special Situations* (pp. 251-270). New York: Springer Publishing.
- Shapiro, E. (2009). EMDR treatment of recent trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3, 3.
- Shapiro, E., & Laub, B. (2008). Early EMDR intervention (EI): A summary, a theoretical model, and the Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 79-96.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures* (1st ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Tarquinio, C., Schmitt, A., Tarquinio, P., Rydberg, J.-A., & Spitz, E. (2012). Benefits of eyes movement desensitization and reprocessing psychotherapy in treatment of female victims of intimate partner. *European Journal of Sexology and Sexual Health*, 21(2), 60-67.
- Trudel, G. (2000). *Les Dysfonctions sexuelles*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

6 Soulager la douleur physique chronique avec la psychothérapie EMDR

Introduction

L'objectif de ce chapitre sera d'envisager l'utilisation de la psychothérapie EMDR dans le champ si spécifique de la douleur chronique. Il peut paraître incongru de convoquer la question psychothérapeutique dans un tel domaine. Pour autant, force est de constater que la douleur chronique, lorsqu'elle laisse sans voix (ou sans voie) la médecine, relève souvent d'une dimension psychique qu'il convient de comprendre et de situer au regard de la problématique des patients, pour ensuite la réduire autant que possible à partir d'approches psychothérapeutiques spécifiques. C'est l'hypnose qui, dans ce domaine, a sans aucun doute le plus œuvré et ouvert le plus de portes. À cet égard, l'EMDR lui emboîte le pas et lui doit beaucoup ! Aussi, dans ce chapitre, nous avons souhaité faire le point sur la question de la douleur chronique en envisageant les dimensions psychiques que pouvait recouvrir une telle affection. Dans un second temps, nous avons fait le choix de traiter la question si épineuse de la douleur du membre fantôme. Après avoir fourni des éléments permettant de comprendre le phénomène, nous proposerons une perspective globale de prise en charge de ce trouble auquel les cliniciens sont de plus en plus confrontés dans le cadre de leur pratique. Dans un troisième temps, nous finirons par une présentation du trouble fibromyalgique, de plus en plus répandu. Il s'agira de faire un état des connaissances dans le domaine, pour envisager ensuite comment l'EMDR peut contribuer à sa prise en charge. Au cours de ce chapitre, le praticien trouvera bon nombre d'exercices qu'il pourra enseigner aux patients douloureux chroniques afin de les inscrire dans une perspective d'autosoin en dehors des séances au cabinet du psychothérapeute. Une telle démarche pourra permettre aux malades de sortir du sentiment d'impuissance qui caractérise souvent les patients confrontés à la douleur chronique.

La problématique de la douleur physique

Définir la douleur

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme « [...] une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en

rapport avec une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion » ([Merskey, Bogduk, 1994](#)). Bien que vague, cette définition met en exergue le rôle plutôt subjectif de la douleur et celui des émotions qui lui sont souvent associées. Il convient d'accepter qu'une douleur puisse être un véritable handicap pour un patient alors même qu'il est impossible d'en identifier les éventuels substrats corporels. Selon la Direction générale de la santé, la douleur chronique se répartit ([tableau 6.1](#)) entre les pathologies rhumatologiques (lombalgies, lombo-sciatalgies chroniques, fibromyalgies, algodystrophies...), abdomino-pelviennes, cancéreuses, liées au sida et neurologiques ou neuropathiques¹.

C'est en 2005, que l'American Medical Association (AMA) propose pour la première fois de distinguer les indicateurs permettant d'identifier l'existence d'un syndrome douloureux chronique ([Sanders et al., 2005](#)). Il s'agit le plus souvent d'une douleur persistante ou récurrente, d'une durée (intermittente ou chronique) qui va au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale, qui répond mal au traitement médical et/ou invasif approprié et qui s'accompagne d'une altération significative et durable du statut fonctionnel du patient.

Selon [Melzack et Casey \(1968\)](#), il est possible de positionner la douleur autour de quatre dimensions fondamentales dont il conviendrait de tenir compte dès lors que la prise en charge des patients douloureux chroniques doit s'envisager (repris par l'[ANAES, 1999](#)) :

Tableau 6.1. Types de douleurs chroniques (non cancéreuses) selon l'Organisation des services de santé de Montréal ([AETMIS, 2006](#)).

Musculosquelettique	Neuropathique	Céphalées	Autres
Dorsalgie	Zona/névralgie post-herpétique	Migraine	Anémie falciforme (drépanocytose)
Arthrose	Douleur du membre fantôme	Céphalée de tension	Hémophilie
Douleur temporo-mandibulaire	Neuropathie diabétique	Céphalée vasculaire de Horton	Syndrome du côlon irritable
Fibromyalgie	Syndrome du canal carpien		
Douleur myo-faciale	Syndrome douloureux régional complexe		

1. Diabétique, post-zostérienne, AVC, sclérose en plaques, traumatismes médiolaires, post-amputation (douleurs de membres ou d'organes fantômes), suites d'interventions chirurgicales ou de traumatismes, douleurs crano-faciales, migraines, céphalées de tension, algies vasculaires de la face, névralgies faciales.

- une dimension **sensori-discriminative** qui correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la nature (brûlures, décharges électriques, torsions, etc.), de la durée (brève, continue, etc.), de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs ([Atallah et al., 2004](#)) ;
- une dimension **cognitive**, qui renvoie à l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception douloureuse et les réactions comportementales (comme la valeur attribuée à la douleur ou les anticipations, en lien notamment avec les expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées) ;
- une dimension **comportementale**, propre aux aspects moteurs de la douleur, qui va de la recherche de positions antalgiques aux mouvements provoquant ou aggravant le ressenti douloureux, et jusqu'aux phénomènes d'évitement ;
- une dimension **émotionnelle**, qui confère à la douleur une tonalité désagréable, pénible, difficilement supportable. Elle est déterminée par la cause de la douleur et par son contexte. La signification de la maladie et l'incertitude de son évolution sont des facteurs qui vont pondérer le vécu douloureux de chaque malade. Cet état émotionnel peut aller jusqu'à l'anxiété ou à la dépression. Ici, l'émotion n'est pas considérée comme une simple conséquence de la sensation douloureuse, mais comme un élément fondamental de l'expérience douloureuse que certains n'hésitent pas à considérer comme la dimension centrale de la douleur.

Encadré 6.1

Douleur aiguë et douleur chronique

Il y a peu de temps encore, la distinction entre douleur « aiguë » et douleur « chronique » était uniquement basée sur la durée du symptôme. Certains définissaient la douleur chronique comme celle qui persiste au-delà de la période d'évolution habituelle d'une maladie « aiguë » ou « au-delà du temps raisonnable pour la guérison d'une lésion » ([Bonica et al., 1987](#)). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose de manière pragmatique de reconnaître la douleur comme « chronique » lorsque celle-ci dure plus de six mois ([OMS, 1992](#)). Cependant, aujourd'hui, ces deux types de douleur se différencient par un certain nombre de mécanismes physiopathologiques qui sous-tendent et caractérisent cliniquement le déroulement temporel des transformations neurobiologiques du système nociceptif lorsqu'il est activé par un stimulus nocif intense et prolongé.

Lorsque la douleur devient chronique (au-delà de trois à six mois), elle devient une maladie. Cette douleur est associée à des mécanismes divers (neurophysiologiques, psychologiques) et à des phénomènes comportementaux spécifiques. Elle est persistante et rebelle aux traitements usuels. La douleur

qui persiste et qui est rebelle aux antalgiques usuels va envahir le langage, retentir sur la vie quotidienne (douleur cancéreuse, algie post-zostérienne, céphalées de tension chronique...), ou de manière intermittente (névralgie faciale, migraine, algie vasculaire de la face, crise drépanocytaire...).

Au stade de la douleur chronique, elle représente pour le patient l'essentiel de sa maladie avec un fort retentissement psychologique et social. La douleur aiguë a valeur de signal d'alarme, de symptôme aidant au diagnostic. Le plus souvent, la douleur aiguë décroît lorsque le traitement de sa cause identifiée et mise en œuvre. Ce qui ne dispense en rien de traiter les symptômes de la douleur aiguë. Dès lors qu'elle a été perçue, son maintien, inutile voire néfaste pour le patient, facilite l'évolution vers la chronicité.

La durée d'évolution est l'élément prépondérant qui permet de distinguer une douleur aiguë « signal d'alarme » et une douleur chronique « douleur maladie » (Breivik et al., 2006).

Quelques données épidémiologiques

En France, la principale enquête réalisée sur la douleur chronique est la *Study of the Prevalence of Neuropathic Pain* (ou étude STOPNET, 2012). Dans cette étude, il apparaît que 31,7 % des Français exprimaient une douleur quotidienne depuis plus de trois mois. La prévalence de la douleur chronique était significativement plus élevée chez les femmes (35 %) que chez les hommes (28,2 %). Par ailleurs, la prévalence augmente avec l'âge, surtout au-delà de 65 ans.

Une revue de littérature québécoise (Ospina, Harstall, 2002) a montré que la prévalence de la douleur chronique pouvait varier de 11,5 % à 55,2 %, ce qui laisse entrevoir une assez grande diversité des résultats de la littérature dans le domaine. L'étude *Pain in Europe* (ou PIE) de Breivik et al. (2006) représente à cet égard la première étude à l'échelle européenne qui avait comme objet la douleur dans les pays de la communauté (4 800 patients de 16 pays différents). La projection des résultats obtenus par cette étude indique qu'au moins 75 millions d'Européens sont concernés par la douleur chronique et que si, en France, sa prévalence est d'environ 15 %, elle est en moyenne de 19 % en Europe (11 % en Espagne et 30 % en Norvège). Toujours en France, la douleur touche 58 % de femmes contre 56 % en Europe et les patients douloureux souffrent en moyenne depuis 5,7 ans contre 7 ans pour les Européens (4,9 ans pour l'Irlande et 9,6 ans pour la Finlande). Les parties du corps identifiées comme le plus souvent concernées par la douleur sont le dos (47 %), les genoux (16 %), la tête (15 %), les articulations (14 %), l'épaule (9 %), le cou (8 %), la hanche (8 %) et la main (6 %).

Malgré l'apparente hétérogénéité des résultats, on ne peut que constater à quel point la problématique douloureuse est devenue centrale dans nos sociétés modernes, altérant parfois gravement la qualité de vie et la santé des personnes qui en sont les victimes.

Du lien entre douleur et souffrance psychique

La douleur chronique constitue une expérience sensorielle et émotionnelle complexe avec des conséquences négatives dans tous les domaines de la vie et de la personnalité. Selon une étude de l'OMS, les individus qui vivent avec une douleur persistante courent quatre fois plus de risques de souffrir de dépression ou d'anxiété que les personnes qui ne sont pas confrontées à une telle problématique (Gureje et al., 1998). Réciproquement, les patients qui souffrent de troubles psychiatriques sont plus enclins que les autres à se plaindre de douleurs chroniques. Dans une étude menée par Ohayon et Schatzberg (2010), parmi les 49 % des sujets de leur étude qui disent souffrir de douleurs chroniques, 6,3 % sont dépressifs. Parmi les patients déprimés, 66 % d'entre eux disent souffrir de douleurs chroniques. Notons toujours dans cette même étude que dans 57 % des cas, la douleur avait précédé la survenue de la dépression et qu'elle avait systématiquement un effet aggravant sur la dépression, l'intensité de la douleur pouvant même être corrélée² avec l'intensité de la dépression.

Dans leur revue de 2001, Sharp et Harvey ont été les premiers à s'intéresser aux liens entre état de stress post-traumatique (ESPT) et douleur chronique. Ils relèvent un taux de 20 % à 80 % de douleur chronique chez les patients atteints d'un ESPT, et un taux de 10 % à 50 % d'ESPT chez les patients souffrant de douleur chronique. Tout se passe comme si la sensation douloureuse contribuait à rappeler le trauma, à la manière d'un indice de rappel permanent qui enfermerait les individus dans une spirale dont il devient alors difficile de sortir. Il est même possible d'envisager la douleur chronique comme une reviviscence traumatique, comparable en tout point aux flash-backs intrusifs du classique ESPT, à la différence qu'il ne s'agit en rien d'une image ou d'un son relatif à un événement traumatique, mais d'une incarnation somatique du symptôme qui maintiendrait le lien entre la sensation physique et le trauma. Une telle perspective ouvre sans conteste des pistes nouvelles pour la prise en charge de la douleur, notamment à travers l'utilisation de l'EMDR.

2. Dans l'étude d'Ohayon et Schatzberg (2010), la corrélation a été estimée à 0,25 $p < 0,001$.

A	Battements	<input type="checkbox"/>
	Pulsations	<input type="checkbox"/>
	Elancements	<input type="checkbox"/>
	En éclairs	<input type="checkbox"/>
	Décharges électriques	<input type="checkbox"/>
	Coups de marteau	<input type="checkbox"/>
B	Rayonnante	<input type="checkbox"/>
	Irradiante	<input type="checkbox"/>
C	Piqûre	<input type="checkbox"/>
	Coupure	<input type="checkbox"/>
	Pénétrante	<input type="checkbox"/>
	Transperçante	<input type="checkbox"/>
	Coups de poignard	<input type="checkbox"/>
D	Pincement	<input type="checkbox"/>
	Serrement	<input type="checkbox"/>
	Compression	<input type="checkbox"/>
	Ecrasement	<input type="checkbox"/>
	En état	<input type="checkbox"/>
	Broiement	<input type="checkbox"/>
E	Tiraillement	<input type="checkbox"/>
	Etirement	<input type="checkbox"/>
	Distension	<input type="checkbox"/>
	Déchirure	<input type="checkbox"/>
	Torsion	<input type="checkbox"/>
	Arrachement	<input type="checkbox"/>
F	Chaleur	<input type="checkbox"/>
	Brûlure	<input type="checkbox"/>
G	Froid	<input type="checkbox"/>
	Glace	<input type="checkbox"/>
H	Picotements	<input type="checkbox"/>
	Fourmillements	<input type="checkbox"/>
	Démangeaisons	<input type="checkbox"/>
I	Engourdissement	<input type="checkbox"/>
	Lourdeur	<input type="checkbox"/>
	Sourde	<input type="checkbox"/>
J	Fatigante	<input type="checkbox"/>
	Epuisement	<input type="checkbox"/>
	Ereintante	<input type="checkbox"/>
K	Nauséeuse	<input type="checkbox"/>
	Suffocante	<input type="checkbox"/>
	Syncopale	<input type="checkbox"/>
L	Inquiétante	<input type="checkbox"/>
	Oppressante	<input type="checkbox"/>
	Angoissante	<input type="checkbox"/>
M	Harcelante	<input type="checkbox"/>
	Obsédante	<input type="checkbox"/>
	Cruelle	<input type="checkbox"/>
	Torturante	<input type="checkbox"/>
	Suppliante	<input type="checkbox"/>
N	Gênante	<input type="checkbox"/>
	Désagréable	<input type="checkbox"/>
	Pénible	<input type="checkbox"/>
	Insupportable	<input type="checkbox"/>
O	Enervante	<input type="checkbox"/>
	Exaspérante	<input type="checkbox"/>
	Horripilante	<input type="checkbox"/>
	Déprimante	<input type="checkbox"/>
P	Suicidaire	<input type="checkbox"/>

Figure 6.1. Questionnaire sur la douleur de Saint-Antoine (QDSA). Version longue (Bourreau et al., 1984)

Afin de préciser la douleur que vous ressentez en général, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire. Il comporte une liste de mots pour décrire votre douleur. Afin de préciser la douleur que vous ressentez, pour chaque mot mettez une croix dans la case correspondant selon la note suivante : 0 = absente, pas du tout ; 1 = faible, un peu ; 2 = modérée, moyennement ; 3 = forte, beaucoup ; 4 = extrêmement forte, extrêmement.

La prise en charge de la douleur et l'EMDR

Certaines études et plus récemment la thèse de Marie-Joe Brennstuhl (2014) soutenue à l'Université de Lorraine, ont apporté des données importantes indiquant que l'EMDR pourrait constituer un traitement prometteur pour la

douleur chronique. En 2002, Grant et Threlfo ont présenté des descriptions de cas individuels caractérisés par différentes affections douloureuses qui ont été traitées avec succès avec cette approche. Dans une étude de cas relative à la prise en charge d'une douleur sévère du membre fantôme après une amputation, la sensation douloureuse avait complètement disparu en neuf séances et restait stable après dix-huit mois ([Schneider, Hofmann, Rost, Shapiro, 2007](#)). Dans un autre cas, présenté par [Russell \(2008\)](#), quatre séances de traitement EMDR ont suffi à éliminer la douleur, la dépression et les sensations de picotement liées au membre fantôme. D'autres auteurs ont également démontré l'efficacité de l'EMDR pour soulager la douleur du membre fantôme surveillant après une amputation, avec des résultats stables à moyen et long terme ([Megan, 2014](#) ; [Schneider et al., 2008](#) ; [Solvey, Solvey, 2006](#)).

C'est cette contribution de l'EMDR au domaine de la prise en charge de la douleur que nous allons envisager dans la suite de ce texte, dans un premier temps en présentant ce qui est possible de faire pour la prise en charge de la douleur du membre fantôme, puis dans un second temps en nous attachant au traitement psychothérapeutique de la fibromyalgie. Les propositions thérapeutiques et les études de cas exposées ici constitueront les bases à partir desquelles chaque praticien pourra composer en fonction de sa sensibilité et de la situation clinique des patients pris en charge.

La prise en charge de la douleur et de la sensation du membre fantôme avec l'EMDR

La problématique de la douleur du membre fantôme

La douleur du membre fantôme correspond à toute sensation douloureuse qui se rapporte au membre absent ou amputé ([Woodhouse, 2005](#)). Ces sensations douloureuses sont souvent perçues par les patients comme du courant électrique fort, des piqûres, des brûlures, des crampes, des écrasements, des pressions, des coups de couteau. La douleur est souvent une exacerbation de ces sensations³ (les sensations le plus souvent décrites sont les picotements, les piqûres d'aiguille, les décharges électriques, les contractions, les pressions, les démangeaisons, la chaleur, la flexion des orteils ou des doigts, le membre engourdi) ressenties au niveau du membre fantôme. Il semble exister un lien étroit entre sensation de membre fantôme et douleur du membre fantôme, la dernière relevant d'une intensité plus importante. La douleur du membre fantôme est décrite comme lancinante, ennuyeuse, pressante et brûlante. Elle est habituellement intermittente, seuls quelques patients semblent souffrir de douleurs continues. Plusieurs crises peuvent survenir au cours de la journée, de durée variable (quelques secondes à

3. La sensation de membre fantôme est décrite par quasiment tous les amputés. Immédiatement après l'amputation, le membre fantôme est ressenti comme identique au membre amputé en termes de forme, de longueur et de volume.

plusieurs heures), alors que pour d'autres patients ces crises peuvent être hebdomadaires, voire mensuelles.

Au regard de la littérature, de nombreux mécanismes semblent impliqués dans la genèse des douleurs fantômes (Roulet et al., 2009). Le processus semble en effet inclure des éléments du système nerveux périphérique, de la moelle épinière et du cerveau. Il est probable que les premiers événements surviennent à la périphérie, puis génèrent une cascade d'événements plus centraux, notamment au niveau de certaines structures du cortex cérébral. L'implication du cortex pourrait expliquer les sensations vives et complexes qui caractérisent la douleur de membre fantôme (Nikolajsen, Jensen, 2001). Les douleurs mémorisées avant et pendant l'amputation peuvent être de puissants déclencheurs de douleur de membre fantôme. Des stimulations douloureuses prolongées peuvent entraîner des changements à long terme qui se manifestent comme une mémoire corticale de la douleur (Dostrovsky, 1999). La douleur va donc modifier la force des connexions entre neurones dans certaines régions du système nerveux central, en particulier au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière, là où arrivent les fibres nerveuses périphériques. Une « mémoire » de la douleur s'inscrit dans ces neurones via un mécanisme de plasticité neuronale nommé « potentialisation à long terme ». Cette mémoire douloureuse constituera pour le psychothérapeute EMDR la première cible à traiter, parce qu'en soit elle contribue à alimenter non seulement l'état émotionnel du patient, mais aussi sa perception douloureuse.

Roulet et al. (2009) ont, dans leur synthèse, repris le schéma particulièrement éclairant de Flor (2002). Ce dernier propose un modèle qui reprend les différents éléments concourant à la genèse de la douleur du membre fantôme ([figure 6.2](#)).

Deux processus distincts peuvent ainsi être identifiés. Dans le premier cas, tout se passe comme si la stimulation douloureuse du membre touché avant amputation contribuait à la construction d'une mémoire douloureuse. Qu'il s'agisse d'un événement brutal (exemple : accident du travail ou de la route qui abîme gravement un membre) ou d'un processus sur le long terme (exemple : dégénérescence d'un membre pour cause de maladie ou d'infection sévère), la plupart des amputations sont précédées d'une sensation de douleur parfois très intense. Ce vécu douloureux (plus ou moins long) est en tout point comparable à un vécu traumatique. Ainsi, l'épreuve initiale de la douleur du membre qui va être amputé est une épreuve. À tel point que l'amputation en tant que telle est parfois espérée par les patients et vécue comme une libération.

L'amputation une fois réalisée, un second processus de réorganisation cérébrale est alors activé. La projection du corps sur les aires cérébrales permet d'obtenir deux types de représentations (grâce aux différentes fibres nerveuses et aux influx des névromes). Pour l'aire motrice, on parlera de l'homonculus moteur (qui désigne l'organisation de la commande motrice des muscles du corps humain à la surface du cerveau), alors que pour l'aire somesthésique, on parlera plutôt d'homonculus sensitif. C'est

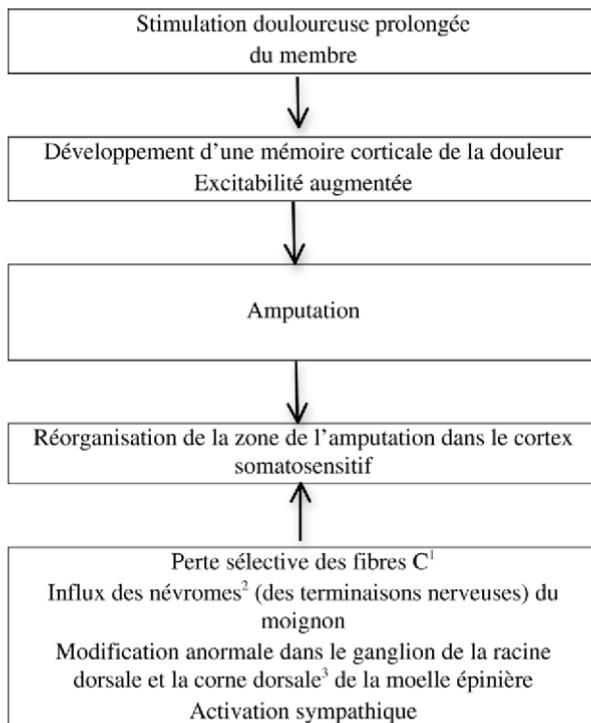


Figure 6.2. Genèse de la douleur du membre fantôme (Flor, 2002).

¹ Il existe différentes fibres nerveuses nociceptives qui peuvent conduire le message douloureux et qui sont de différents calibres :

- les fibres A alpha et A bêta, entourées de myéline, à conduction rapide, transmettent la sensation tactile, proprioceptive ;
- les fibres A delta, myélinisées et de petit diamètre, à conduction lente, transmettent des informations mécaniques et thermiques. Ces fibres sont responsables de la première sensation au cours d'un phénomène douloureux, qui est bien localisée (« épiceritrice »), à type de piqûre ;
- les fibres C, de très petit diamètre, amyéliniques, à conduction très lente, transmettent la douleur à type de brûlure. D'apparition plus tardive, cette sensation est aussi plus diffuse.

² Le névrome est la conséquence morphologique la plus importante de l'amputation, et est une des causes de la sensation fantôme. La section nerveuse s'accompagne d'une perte d'axoplasme, de myéline et d'une rétraction axonale. La dégénérescence nerveuse provoque, entre autres, la production d'interleukines. La régénérescence des fibres nerveuses est stimulée par les cellules de Schwann (cellules gliales) qui agissent sous l'influence des interleukines et par certains neurotransmetteurs aux vertus neurotrophiques. La repousse étant stoppée par l'absence du membre aboutit à la constitution d'un névrome, amas de fibres nerveuses.

³ Premier relais des informations sensorielles et nociceptives, le réseau de la corne dorsale de la moelle épinière intègre et transforme les trains de potentiels d'action, provenant des fibres périphériques, avant de les envoyer vers les centres supérieurs. Ce réseau, au fonctionnement extrêmement plastique, est au cœur des phénomènes de sensibilisation centrale qui aboutissent à une interprétation erronée des signaux périphériques responsables des processus douloureux pathologiques.

ce qui est représenté sur la [figure 6.3](#) où toutes les parties du corps correspondent à une partie du cerveau.

Il s'agit d'une sorte de cartographie du cerveau qui commande certaines parties du corps (cortex moteur). De la même manière, certaines parties du corps sont ressenties dans certaines parties bien précises du cerveau (cortex sensitif). Lors de l'amputation d'un membre (doigt, main, bras, jambe...),

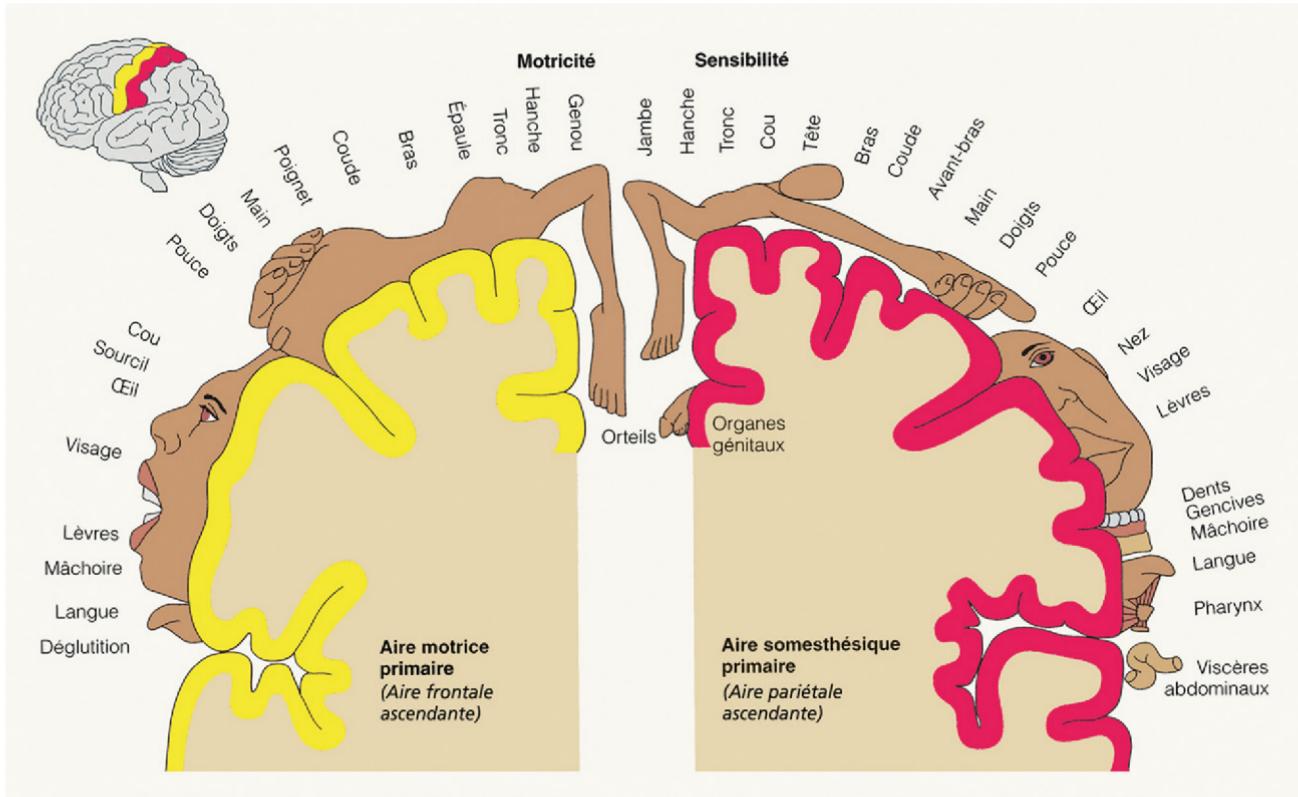


Figure 6.3. Homoncules des aires motrice et somesthésique primaires.

Source : Cycles de la vie et grandes fonctions, coll. « Cahiers des sciences infirmières », Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2012. Par Marie Schmitt.

cette cartographie ne va pas être détruite mais réorganisée (Ramachandran, Hirstein, 1998). Lorsque la zone du cerveau ne reçoit plus d'informations du fait de l'amputation, l'homonculus subit une réorganisation. Chez les personnes amputées, on constate une réduction de la zone corticale normalement dédiée à la partie du corps dont le cerveau ne reçoit plus d'informations. Même si l'interruption est seulement temporaire, elle provoque des modifications rapides des représentations corticales sensorielles et motrices. Ces modifications ne durent pas et de fait, la diminution corticale est réversible même chez les amputés, notamment si on leur greffe une nouvelle main par exemple (voir les travaux de Giraux *et al.*, 2001).

De nombreuses études chez les personnes amputées d'un bras montrent une expansion vers la zone corticale du bras amputé :

- de la représentation motrice du moignon vers la représentation du segment du membre amputé au niveau de l'homonculus moteur ;
- de la représentation de la main manquante au niveau de l'homonculus sensitif.

Ces modifications corticales expliquent la présence de sensations fantômes chez les amputés. La zone corticale reliée au membre amputé est comme envahie par les zones voisines. Intervient une sorte de télescopage ou de confusion cérébrale (**figure 6.4**).

Ce télescopage apparaît donc comme la finalité de toute prise en charge, car cela signifie en substance la fin de la douleur pour le patient. C'est un processus adaptatif naturellement présent qu'il convient de stimuler et d'accompagner tout au long du processus psychothérapeutique.

Par ailleurs, il est important de noter (toujours en référence au modèle de Flor, 2002) l'implication du système sympathique, notamment au

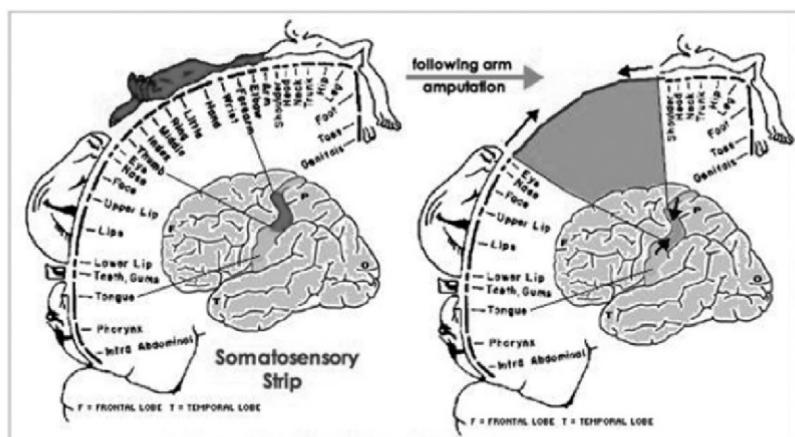


Figure 6.4. Illustration du processus de télescopage après amputation.
Source : VS Ramachandran.

niveau du ganglion spinal des racines dorsales de la moelle épinière, qui a également été envisagé comme une étiologie possible à la douleur du membre fantôme. Les décharges anormales issues de ces ganglions pourraient renforcer les stimulations du névrome et provoquer les douleurs. C'est là aussi un point important, insistant sur le fait qu'il serait bien indiqué de proposer au patient des techniques non médicamenteuses susceptibles de réguler le fonctionnement de son système nerveux sympathique, comme c'est le cas par exemple avec les techniques de cohérence cardiaque (ou variabilité sinusale) qui agissent très directement sur le système nerveux périphérique (Berghmans, Tarquinio, 2009).

Encadré 6.2

EMDR, amputation d'une jambe et douleur fantôme (De Roos et al., 2010)

La douleur chronique du membre fantôme est un syndrome de douleur chronique invalidant qui réagit rarement au traitement analgésique habituel. Il est établi que les souvenirs de la douleur, qui entraînent la présence permanente des douleurs précédant l'amputation ou des rappels de la douleur partiellement attribuables à un souvenir traumatique, sont de puissants déclencheurs de la douleur chronique du membre fantôme. L'objectif de cette étude était d'explorer si une prise en charge avec la psychothérapie EMDR orientée vers l'analyse des souvenirs affectifs et somato-sensoriels associés à l'amputation pouvait réduire la douleur fantôme.

Dix participants (six hommes et quatre femmes) ayant des douleurs chroniques du membre fantôme après l'amputation d'une jambe ont fait l'objet d'une prise en charge EMDR. Les chercheurs ont évalué l'intensité de la douleur pendant une période de deux semaines avant et après le traitement (nombre moyen de séances = 5,9) et dans le cadre d'un suivi à court (3 mois) et à long terme (moyenne de 2,8 ans).

Les résultats obtenus indiquent une diminution significative du niveau de douleur moyen avant ($m = 5$) et après le traitement ($m = 2,8$) ($p < ,001$), puis trois mois plus tard ($m = 2,5$). L'état de tous les participants, sauf deux, s'est amélioré. Quatre participants ne ressentaient plus aucune douleur après trois mois. Sur six participants qui ont pu être suivis sur une plus longue période, trois ne ressentaient plus de douleurs et deux ont bénéficié d'une réduction de l'intensité de la douleur.

Contribution à la prise en charge de la douleur du membre fantôme avec la psychothérapie EMDR

La plupart du temps, la perspective temporelle dans le traitement de la douleur du membre fantôme est, au regard de l'étiologie du trouble, de type passé, présent et futur (tableau 6.2).

Tableau 6.2. Perspective temporelle appliquée au cas Michel.

Passé	Présent	Futur
1	2	3
Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	Déclencheurs actuels	Défis futurs

Présentation du cas Michel

Nous présenterons ici le cas de Michel, victime en 2013 d'un accident de travail assez grave qui a nécessité une amputation de sa main gauche. Il consulte au cabinet, envoyé par son médecin généraliste, car la dépression va en s'amplifiant et que les symptômes d'état de stress post-traumatique diagnostiqués sont de plus en plus handicapants. Mais Michel se plaint de douleurs de plus en plus intenses à la main amputée qui contribuent fortement selon lui à son mal-être. Cette douleur devient insupportable et rien ne semble l'atténuer.

La tâche du psychothérapeute sera le plus souvent de traiter les événements passés, notamment ceux en lien avec l'histoire du membre amputé. À cet égard, si le psychothérapeute se doit d'investiguer toute l'histoire traumatisante du patient dès lors qu'elle apparaît (comme c'est toujours le cas dans les procédures plus classiques), il conviendra de porter une attention plus particulière à l'histoire que ce dernier entretient avec la douleur qu'il s'agisse de la sienne ou de celles d'autres personnes de son entourage (famille, amis, collègues...). En ce qui concerne les déclencheurs plus actuels, il s'agira le plus souvent du traitement de la sensation douloureuse proprement dit, ce qui nécessitera comme nous allons le voir, de faire appel à un protocole spécifique ou adapté. Enfin, en ce qui concerne les défis du futur, il s'agira le plus souvent d'angoisses et d'anticipation du ressenti douloureux, qu'il conviendra ici encore d'accompagner et de prendre en charge.

Pour ce faire, nous proposons six étapes dans la prise en charge de la douleur du membre fantôme :

Étape 1. démarche psychopédagogique sur les caractéristiques de la douleur du membre fantôme à partir du schéma de Flor (2002) ;

Étape 2. applications de techniques de régulation des émotions ;

Étape 3. utilisation de plans de ciblage pour l'identification des souvenirs sources ;

Étape 4. traitement des cibles relatives à la mémoire traumatique et à la mémoire douloureuse avec le Protocole standard ;

Étape 5. application d'un Protocole douleur ;

Étape 6. application de la technique des *Flash-forwards* de Logie et de Jongh (2014) et Scénario du futur.

Étape 1 : démarche psychopédagogique

Il s'agit ici d'expliquer et de faire comprendre ce qu'est la problématique de la douleur du membre fantôme. Pour ce faire, le psychothérapeute pourra avantageusement s'inspirer des éléments présentés plus haut.

Psychothérapeute : « Pour expliquer les douleurs du membre fantôme que vous ressentez, deux choses doivent être prises en compte. Tout d'abord, les douleurs mémorisées avant et pendant l'amputation peuvent être de puissants déclencheurs de douleurs du membre fantôme. En fait, tout se passe comme si votre mémoire ou votre cerveau gardait une trace de cette expérience douloureuse. Il s'agit d'une sorte de mémoire de la douleur, comparable à la mémoire que vous avez de certains moments de vie négatifs, voire traumatiques. Il y a également une dimension émotionnelle à cette douleur. Ainsi, il s'agit de traiter non seulement la douleur en tant que telle, mais aussi le souvenir que vous avez de cette douleur et l'histoire commune que, d'une certaine manière, vous partagez avec elle. Nous traiterons donc ces souvenirs douloureux comme on traite classiquement un épisode traumatique. C'est en cela que la psychothérapie EMDR peut s'avérer très utile. Ensuite, il convient de comprendre le mécanisme de la douleur du membre fantôme proprement dit. L'utilisation permanente de notre corps nous permet d'en construire une image mentale. De la même manière que les neurones sont regroupés en aires suivant leur fonction, au sein d'une aire, ils sont également regroupés suivant leur zone d'action dans l'organisme. Ainsi, certaines parties de notre cerveau sont comme représentées dans notre cerveau, bouger un doigt, une main ou un bras stimulera de manière spécifique ces zones cérébrales (montrer les [figures 6.3 et 6.4](#)). Il faut du temps pour que le cerveau s'adapte à la modification de notre corps. Une amputation est un épisode difficile sur le plan cérébral, car cela nécessite des aménagements complexes. Tant que ceux-ci n'ont pas eu lieu, tout se passe comme si notre cerveau faisait comme si le membre en question était encore présent. Notre travail sera donc d'aider votre cerveau à prendre conscience de la disparition de [préciser le membre amputé]. Généralement, cette adaptation se fait naturellement car notre cerveau dispose de ce que l'on appelle une certaine plasticité, mais ce processus peut être plus ou moins rapide ou tout simplement bloqué. C'est à cela que va nous servir l'usage d'un protocole EMDR spécifique à ce type de prise en charge. »

Étape 2 : applications de techniques de régulation des émotions

Nous avons fait le choix d'apprendre à notre patient deux techniques de régulation des émotions : la technique des Quatre éléments de [Lobenstine et Shapiro \(2007\)](#) (afin d'éviter les répétitions, nous invitons le lecteur à se reporter au chapitre 4 de cet ouvrage) et une technique de cohérence cardiaque que nous exposerons ici brièvement. Il s'agit de la technique du Freeze qui peut se définir comme une procédure d'arrêt et de lâcher-prise. Après avoir identifié son ressenti, le patient est invité à mettre sa pensée sur « pause » pour ensuite

se centrer sur son cœur et respirer à travers lui. Le protocole présenté ici est très largement inspiré de [Childre et Martin \(2005\)](#) de l'institut Heartmath :

1. identifiez le sentiment stressant, prenez conscience du stress et fixez-le dans votre esprit en décidant de tout stopper. Il s'agit d'un moment du film de votre vie. Imaginez que vous soyez en mesure d'appuyer sur le bouton pause. Il ne s'agit pas seulement de stopper le film, mais de le regarder différemment comme le ferait un réalisateur qui souhaite avoir un regard d'ensemble sur son œuvre ;
2. portez votre attention sur votre cœur. Il ne s'agit pas de chasser les pensées stressantes, mais plutôt de se focaliser sur autre chose, en l'occurrence votre cœur. Portez toute votre attention sur votre cœur et inspirez lentement à travers votre cœur... lentement, et maintenant expirez à travers votre cœur... lentement. Bien, continuez de façon régulière. Continuez à respirer à travers votre cœur et soyez attentif à cet air frais qui entre par votre bouche et qui traverse votre cœur, puis qui ressort plus chaud ;
3. faites émerger un sentiment positif, une émotion agréable que vous avez déjà ressentie en tentant autant que faire se peut de ressentir à nouveau, ici et maintenant, cette émotion ou ce sentiment ;
4. tout en gardant votre attention focalisée sur votre cœur et la respiration que vous opérez à travers ce cœur, demandez-vous qu'elle serait la réaction ou la réponse la plus efficace pour faire face à cette situation et réduire au mieux le stress à l'avenir ;
5. écoutez ce qui vous vient, alors que vous êtes concentré(e) sur votre respiration, sur votre cœur et que le signal de votre cœur devient plus cohérent.

Étape 3 : utilisation de plans de ciblage pour l'identification des souvenirs sources

Dans la prise en charge de la douleur du membre fantôme, nous préconisons la méthode des Symptômes aux cibles (ou SAC) (*voir chapitre 2*). Il s'agira ici d'une adaptation de ce protocole à la douleur du membre fantôme, donc de considérer que cette douleur fantôme est en soi génératrice d'anxiété et d'angoisse. Aussi, nous partirons spécifiquement et explicitement du symptôme douloureux, ce qui initialement n'est pas indiqué en ces termes dans la procédure de la méthode des symptômes aux cibles. Il s'agit d'une adaptation !

Encadré 6.3

Résultats de la méthode des symptômes aux cibles SAC du cas de Michel appliquée spécifiquement à la douleur fantôme

Psychothérapeute : « Nous allons ensemble identifier les éléments qui depuis votre accident de travail vous conduisent à être mal et à souffrir. Je parle de votre dépression, de ce souvenir de l'accident, mais aussi de cette douleur parfois violente que vous ressentez au niveau de la main qui a été

amputée. Pour ce faire, il nous faut aller visiter votre mémoire et pour cela, je vous propose l'exercice suivant. »

Attention, il est important de noter que le psychothérapeute connaît parfaitement la problématique de son patient, aussi les deux premières étapes de la méthode peuvent différencier un peu du Protocole initial.

Phase 1 : établir l'ensemble des symptômes ou des plaintes

Psychothérapeute : « Parmi les difficultés que vous rencontrez aujourd'hui, il y a la dépression, mais également toutes ces images qui vous reviennent de l'accident et de la suite des traitements, notamment l'amputation de la main, et il y a encore la douleur que vous ressentez au niveau de la main qui a été amputée. Sommes-nous bien d'accord ? »

Michel : « Oui tout à fait, nous en avons déjà parlé. »

Phase 2 : choix du symptôme (ou du groupe de symptômes) à traiter en premier

Psychothérapeute : « Je vous propose de partir de cette douleur de la main, car comme je vous l'ai expliqué, il y a comme une mémoire traumatique qui s'exprime à travers la résurgence de ces symptômes douloureux. Qu'en dites-vous ? »

Michel : « Oui, tout à fait, cela me soulagera beaucoup si je me débarrasse de ça, c'est insupportable, tout est insupportable. »

Phase 3 : identifier le(s) événement(s) source(s) et le(s) événements associé(s) aggravant(s)

Cette phase consiste à établir à où trouver un ou des événement(s) qui pourraient être en relation avec l'apparition des symptômes du patient. Il est fréquent que les patients indiquent qu'ils ne savent pas exactement quel est l'événement qui a déclenché leurs problèmes. C'est l'aide du questionnaire du thérapeute qui va permettre au patient de faire émerger les souvenirs stockés des événements significatifs. L'objectif à ce stade pour le thérapeute est de positionner sur une ligne du temps les différents événements en lien avec le symptôme présent susceptibles d'émerger chez le patient afin de faire apparaître la chronologie de leur apparition. Cette ligne représentera ici l'évolution de la peur ou de l'angoisse au cours du temps.

Psychothérapeute : « Quand avez-vous le sentiment que cette douleur a commencé ? »

Michel : « Le jour de l'accident, quand ma manche a été emportée par la scie et que j'ai vu ma main se faire déchiqueter. J'ai cru d'ailleurs que mon corps tout entier allait y passer. J'ai cru que j'allais mourir » (angoisse).

Psychothérapeute : « Diriez-vous qu'il y a des événements ou des situations qui ont pu aggraver la situation ? »

Michel : « Oui, l'intervention des secours, quand ils ont tout cassé pour enlever ma main de la machine. C'était terrible, tout ce monde autour de moi alors que j'étais incapable de voir ce qui se passait. Tout ce bruit... On m'avait un peu shooté. » (angoisse).

Psychothérapeute : « Y a-t-il encore d'autres événements ou des situations qui selon vous ont pu aggraver la situation ? »

Michel : « Oui, la douleur à l'hôpital quand l'effet du médicament diminuait, mais c'est surtout quand on m'a dit qu'on ne sauverait pas ma main et qu'il fallait l'amputer... » (angoisse).

Psychothérapeute : « D'autres événements ou des situations... ? »

Michel : « La première fois, quand j'ai eu mal à cette main... cette main qui n'était plus là et que je sentais pourtant comme présente... c'était vraiment perturbant. J'avais mal à cette main qu'on m'avait pourtant coupée. » (angoisse). Les événements qui émergent chez Michel sont clairement en lien avec l'anxiété. Comme souvent, ils donnent au symptôme de la douleur un ancrage émotionnel important sur lequel la psychothérapie pourra prendre appui. En outre, au fur et à mesure, tous les événements sont inclus sur la ligne du temps (figure 6.5).

Psychothérapeute : « Y aurait-il encore d'autres situations qui ont pu générer des angoisses similaires ? »

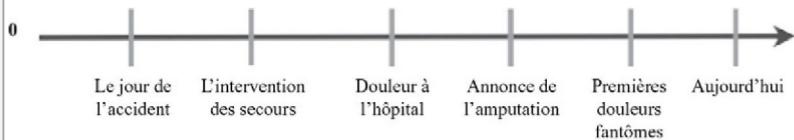


Figure 6.5. Représentation sur la ligne du temps des événements ayant déjà provoqué l'anxiété.

Michel : « Non, je crois que c'est tout... »

Phase 4 : établissement du graphique de l'évolution de l'intensité de la peur au cours du temps

Lorsque l'inventaire des souvenirs est établi, il convient de représenter graphiquement l'évolution des manifestations émotionnelles en fonction de leur sévérité (axe des y). Cette information est importante pour la mise en place de la stratégie de traitement, notamment le choix des cibles à traiter et l'ordre de traitement.

Psychothérapeute : « Sur cet axe des "x", nous avons rassemblé dans l'ordre de leur apparition chronologique l'ensemble des événements en lien avec votre douleur. Ces événements sont associés à de grandes peurs que vous avez ressenties et mises en mémoire. Ce que nous voulons voir maintenant c'est comment l'intensité de votre peur a changé au cours du temps. Je trace maintenant un autre axe celui des "y" qui va permettre de tracer cette courbe. Cet axe va de 0 (qui signifie aucune peur) à 10 (la plus grande peur). Et je place 10, qui marque la plus grande peur. On essaie ensemble ? Par exemple, quelle était l'intensité de votre peur le jour de l'accident, quand l'accident est arrivé ? »

Michel : « 8. »

Psychothérapeute : « Maintenant, c'est à vous ! Tracez votre courbe qui va nous montrer clairement comment l'intensité de votre peur a changé au cours du temps. Il peut apparaître un "coude" dans votre courbe, cela nous indiquera quel(s) événement(s) particulier(s) a(ont) eu un impact sur votre peur en augmentant son intensité. Ça va c'est clair pour vous ? »

Michel : « OK. »

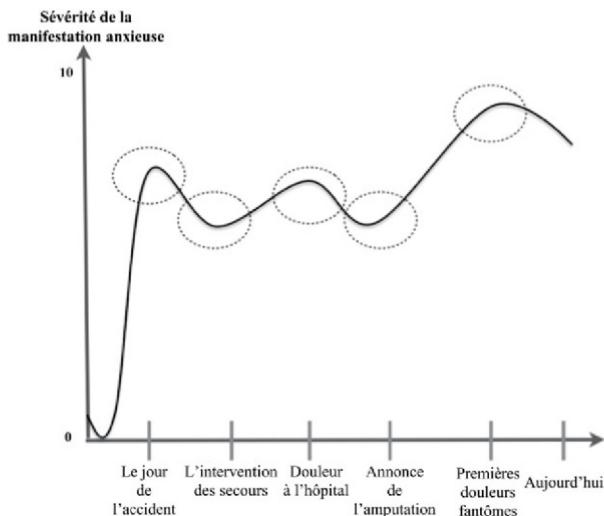


Figure 6.6. Représentation graphique de sévérité de la manifestation anxieuse de Michel en fonction du temps.

En accord avec Michel, il nous a semblé pertinent de faire la distinction entre d'une part, les **épisodes traumatiques** sur le plan psychique (le jour de l'accident quand sa manche est prise par la machine, l'intervention des secours, l'annonce de l'amputation) et la **mémoire de la douleur** (le souvenir des douleurs à l'hôpital), et d'autre part, le **syndrome douloureux actuel** (douleur du membre fantôme). Un tel choix est en conformité avec les travaux de [De Roos et Veenstra \(2010\)](#) qui, dans le cas de la douleur, font la distinction entre trois types de cible à distinguer lors du traitement de la douleur chronique avec la thérapie EMDR :

- mémoire traumatique : trauma classique ou mémoire traumatique, comme un accident, une amputation ou une opération (**point traité à l'étape 4**) ;
- mémoire douloureuse : mémoire émotionnelle dysfonctionnelle, relative à l'expérience traumatique de la douleur ou aux conséquences traumatiques de la douleur, comme une attaque de panique, être abandonné par la famille ou les amis, perdre son emploi (**point traité à l'étape 4**) ;
- douleur actuelle : la cible n'implique pas un souvenir, mais la douleur est éprouvée dans le présent (**point traité à l'étape 5**).

Nous avons fait le choix de traiter dans l'ordre, les deux premières typologies de cible (mémoire traumatique et mémoire douloureuse) avec un Protocole standard, et la troisième, qui représente la douleur de la main fantôme, avec un protocole douleur adapté.

Étape 4 : traitement des cibles relatives à la mémoire traumatique et à la mémoire douloureuse avec le Protocole standard

Toutes les cibles ont été traitées à partir de l'application du Protocole standard. Nous avons résumé, dans le [tableau 6.3](#), l'ensemble des éléments

significatifs du traitement, notamment les cibles, les images, les cognitions, les VOC, les SUD et les émotions relatives à la prise en charge.

Cette phase du traitement, comme la première, reste somme toute assez classique. Il s'avère que les cibles relatives à la mémoire traumatique ou à la mémoire douloureuse se traitent de la même manière, la pratique clinique ne permettant pas de faire la distinction entre l'une et l'autre, comme le suggèrent sur le plan théorique [De Roos et Veenstra \(2010\)](#), par exemple.

Tableau 6.3.¹ Résultats principaux relatifs au traitement des cibles avec le Protocole standard.

Cibles	Début Séance 1 (90')	Fin Séance 2 (90')	Fin Séance 3 (90')	Fin Séance 4 (90')	Fin Séance 5 (90')
Mémoire traumatique : la manche prise par la machine	Image : la main qui s'enfonce dans la machine et le sang CN : impuissance CP : « Je reprends le contrôle. » VOC : 0 Émotion : peur SUD : 10 Siège : ventre	SUD : 10	SUD : 5	SUD : 3	VOC : 6 SUD : 1
Mémoire traumatique : les bruits durant l'intervention des secours	Image : les bruits de ferraille CN : « Je vais mourir. » CP : « Je suis en vie. » VOC : 0 Émotion : peur SUD : 10 Siège : ventre	VOC : 7 SUD : 0			
Mémoire traumatique : l'annonce de l'amputation	Image : le mot « amputation » dans la bouche du médecin CN : « Je suis abîmé à jamais. » CP : « Je peux guérir. » VOC : 0 Émotion : peur SUD : 10 Siège : ventre	SUD : 5	VOC : 6 SUD : 0		



▷

Cibles	Début Séance 1 (90')	Fin Séance 2 (90')	Fin Séance 3 (90')	Fin Séance 4 (90')	Fin Séance 5 (90')
Mémoire douloureuse : le souvenir de la douleur à l'hôpital	Image : la sensation de douleur ressentie à la main lorsque les médicaments ne faisaient plus effet CN : « Je suis abandonné. » CP : « Je ne suis pas seul. » VOC : 0 Émotion : terreur SUD : 10 Siège : ventre	SUD : 7	SUD : 4	VOC : 6 SUD : 0	

¹ Pour des raisons d'illustrations cliniques relatives à la présentation du cas, nous avons fait le choix de demander un SUD à la fin de chacune des séances, ce qui bien entendu n'est en rien conforme à l'application du Protocole standard.

Étape 5 : traitement de la douleur actuelle du membre fantôme avec un Protocole douleur inspiré des travaux de Grant (Grant, Threflo, 2002 ; Grant, 2009) et du Protocole standard

Nous allons détailler les phases de ce protocole spécialisé qui présente quelques innovations particulièrement intéressantes et efficientes pour la prise en charge des symptômes douloureux. Adaptable, il sera utile au clinicien dans de nombreuses autres configurations psychothérapeutiques.

- Première phase : histoire du patient

Déjà réalisée dans ce cas.

- Deuxième phase : *préparation*

Recueillir le consentement éclairé du patient, tant sur les points à traiter que les conséquences potentielles de la psychothérapie. Identifier avec lui la typologie des SBA, ainsi que le signal STOP. Mise en place du Lieu sûr.

- Troisième phase : *évaluation*

- a. Identification de l'image mentale du membre fantôme

Psychothérapeute : « Décrivez comment vous percevez votre main gauche. Vous allez tenter de vous construire une image mentale en fermant les yeux et en tentant toujours mentalement, c'est-à-dire par la pensée, d'en préciser les contours, la taille, la forme du poignet, la forme de chacun de vos doigts, leur taille, leur épaisseur, leur écartement, la forme et la taille

de vos ongles... Comme si vous aviez une caméra intérieure qui pouvait en saisir tous les détails et vous permettre une représentation aussi précise que possible. Suffisamment, en tout cas, pour pouvoir dessiner sur une feuille de papier l'image que vous vous en faites. Bien... fermez les yeux et concentrez-vous sur votre main gauche... Tentez de vous construire une image mentale de votre main gauche comme je vous le proposais à l'instant... Dites-moi quand cela sera fait et quand vous serez en mesure de la dessiner sur la feuille de papier que je vous propose ici. Comme vous le verrez, vous trouverez sur cette feuille le dessin d'une main standard en arrière-fond ([figure 6.7](#)). C'est un repère. Je vous demande donc de positionner l'image que vous avez de votre propre main sur ce dessin. »

Michel : « C'est une brûlure... Voilà comment je la ressens, cette douleur. Quand je ferme les yeux, je la vois très bien, j'y suis, je la vois très clairement... Je peux la dessiner, même si elle est bizarre... » ([tableau 6.4](#)).

b. Identification de la sensation douloureuse

Le patient peut à ce stade dessiner non seulement la représentation qu'il a de sa main, mais également la(les) zone(s) douloureuse(s), telle(s) qu'il se la(es) représente mentalement. Un tel support permet également de positionner graphiquement la zone de la douleur et/ou de la sensation, de leur donner une forme et un contour. Le coloriage de la zone en question permet d'exprimer l'intensité de la perception.

Psychothérapeute : « Sur ce même dessin, j'aimerais que vous représentez la(les) zone(s) douloureuse(s), comme si vous pouviez ici encore en faire la cartographie. Est-ce que la zone est plutôt bien limitée ou au contraire plutôt diffuse ? De quelle couleur cette(ces) zone(s) douloureuse(s) seraient ? [Le rouge ou le noir sont souvent associés à des intensités de douleur ou de sensations assez fortes, alors que le jaune ou le blanc sont associés à des intensités plus faibles ou nulles de douleur ou de sensation.] Quelle forme



Figure 6.7. Exemple de patron d'une main gauche.

ou taille aurait-elle ? De quelle matière (bois, acier...) pourrait être faite cette zone de douleur ou de sensation ? »

Michel : « Oui... je peux colorier le dessin. Surtout avec du rouge d'ailleurs. La forme est à la fois précise et diffuse à certains endroits. C'est comme du métal brûlant » ([tableau 6.4](#)).

c. Cognition négative

Psychothérapeute : « Si vous pensez à la douleur dans votre main, quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit et qui disent quelque chose de négatif sur vous ou sur la douleur, là, maintenant ? Vous pouvez également, et je vous y invite, regarder le dessin que vous venez de faire sur cette feuille. »

Michel : « Je suis foutu. »

d. Cognition positive

Psychothérapeute : « Plutôt que "Je suis foutu", quand vous pensez à votre main tout en regardant votre dessin et que vous pensez à cette sensation douloureuse, qu'est-ce que vous préféreriez penser de vous-même maintenant ? »

Michel : « J'aîmerais me dire que je peux m'en sortir et que j'ai mes chances. »

e. Validité ou crédibilité de la cognition positive (VOC) sur une échelle de 1 à 7

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à votre main tout en regardant votre dessin et que vous pensez à cette douleur, dans quelle mesure ressentez-vous comme vrais ces mots "Je peux m'en sortir et j'ai mes chances" ? Sur une échelle de 1 à 7, avec 1 étant le niveau le plus bas (tout à fait faux) et 7 le niveau le plus haut (tout à fait vrai), quelle valeur lui donneriez-vous ? »

Michel : « Oui, bien sûr ! »

f. Détermination de l'émotion (ou des émotions) associée(s)

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à votre main tout en regardant votre dessin et à ces mots "Je suis foutu", quelle(s) émotion(s) éprouvez-vous maintenant ? »

Michel : « Je ressens de la peur et de la tristesse. »

g. Mesure d'un équivalent du SUD, la *Subjective Units of Pain*, ou SUP⁴

4. Le SUP n'est en rien une invention des praticiens EMDR, il correspond en fait à la mesure de L'EVA, l'Échelle visuelle analogique, qui est utilisée depuis 1995 pour l'évaluation de la douleur chez le patient adulte atteint d'un cancer, depuis 1999 pour l'évaluation de la douleur chronique des adultes en médecine ambulatoire, et depuis 2000 pour l'évaluation de la douleur des enfants. Initialement proposée par [Scott et Huskisson \(1976\)](#) pour évaluer l'intensité de la douleur chronique, l'EVA correspond à une réglette graduée d'une longueur de 100 mm dont les extrémités figurent pour l'une, l'absence de douleur, pour l'autre, la douleur maximale imaginable.

Psychothérapeute : « Vous pensez à votre main tout en regardant votre dessin, et à la douleur que vous percevez. Pensez également à ces mots "Je suis foutu". Sur une échelle notée de 0 (pas de douleur du tout) à 10 (la pire des douleurs que vous puissiez ressentir), dites à combien vous évaluez le niveau de douleur que vous ressentez maintenant ? »

Michel : « 10. »

h. Localisation corporelle

Psychothérapeute : « Où en plus de la douleur à la main ressentez-vous cette tension dans votre corps ? »

Michel : « Dans mon ventre. »

- **Quatrième phase : désensibilisation de la cible**

Le psychothérapeute demande au patient de maintenir à l'esprit l'image cible et les aspects liés, tout en se focalisant simultanément sur la stimulation bilatérale aussi rapidement que possible. Poursuivre comme dans le Protocole standard jusqu'à ce que le SUP soit égal à 0.

Attention : à ce stade, il convient de demander au patient de se refaire une image mentale de sa main et de la douleur, afin de voir comment la représentation du schéma corporel du membre amputé a évolué. Il convient de parvenir (ce qui n'est pas toujours le cas) à ce que le patient puisse voir son membre fantôme disparaître en quasi-totalité. Chez Michel, sa main, de taille anormale au début de sa prise en charge, s'est réduite au fur et à mesure des séances. Il a subi une sorte de télescopage au cours duquel non seulement la main fantôme mais aussi la douleur ont disparu peu à peu. Cette disparition de la sensation douloureuse paraît cohérente : la main fantôme n'existant plus, il n'y a plus aucune localisation possible pour la matérialisation de cette dernière.

Ainsi, le travail de désensibilisation doit se poursuivre **même si** le SUP est égal à 0, tant que la représentation graphique du membre amputé n'a pas changé pour peu à peu arriver à ce qu'elle doit être, à savoir un moignon de l'avant-bras sans la main. Dans le cas de Michel, plusieurs dessins ont été réalisés au cours de la psychothérapie. Nous avons fait le choix d'en rapporter quatre parmi les plus indicatifs de l'évolution de la représentation.

- **Cinquième phase : installation de la cognition positive**

Tableau 6.4. Quatre représentations graphiques de la main fantôme et de la perception de la douleur sur douze séances.

Séance 1	Séance 3	Séance 7	Séance 12
			

Le psychothérapeute apprend au patient à penser à l'image cible et à répéter la cognition positive tout en le soumettant à une stimulation bilatérale jusqu'à ce que son niveau de vérité ou de croyance soit ressenti comme optimal.

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à votre main et à cette douleur dans votre main gauche, dans quelle mesure ressentez-vous comme vrais ces mots "Je peux m'en sortir et j'ai mes chances" ? Sur une échelle de 1 à 7, avec 1 étant le niveau le plus bas (tout à fait faux) et 7 le niveau le plus haut (tout à fait vrai), quelle valeur lui donneriez-vous ? »

Michel : « 3. »

Poursuivre jusqu'à ce que la VOC soit à 7. Il convient à ce stade de la tester après chaque série de SBA.

- **Sixième phase : balayage corporel**

Il s'agit de vérifier s'il existe à ce stade des signes de tension physique ou d'inconfort résiduel. Si n'importe lequel de ces signes est rapporté, le thérapeute apprend au patient à se focaliser sur ses sensations physiques tout en le soumettant à une stimulation bilatérale jusqu'à ce que la tension ait diminué ou disparu.

- **Septième phase : clôture de la séance**

Préparer le patient à quitter la séance.

- **Huitième phase : réévaluation**

Le patient peut à ce stade émettre des commentaires sur les cibles traitées antérieurement. Si nécessaire, une nouvelle cible est sélectionnée pour la séance suivante.

Étape 6 : application de la technique des Flash-forwards de Logie et de Jongh (2014) et Scénario du futur.

Rappelons que la procédure *Flash-forward* peut être utilisée lorsque les patients manifestent encore des peurs irrationnelles après un traitement des cibles passées (Logie, de Jongh, 2014). On peut définir le *Flash-forward* comme une sorte de représentation mentale d'un événement négatif futur redouté et improbable.

Encadré 6.4

Le Flash-forward et le Scénario du futur appliqués au cas Michel

Psychothérapeute : « Quelle serait la pire des choses qui pourrait selon vous arriver, le pire des cas possibles maintenant pour vous ? Essayez de l'imaginer dans votre tête et d'observer ce qui se passe alors en vous. »

Michel : « Que je perde mon autre main, oui... C'est arrivé une fois déjà, et je crois que c'est comme si tout était possible maintenant. »

Psychothérapeute : « Très bien... Dites ce qui est le pire dans cette situation... Qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire alors ? »

Michel : « Avoir mal à nouveau. »

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à cela, quelle est l'image qui vous vient ? »

Michel : « Ma main en sang et toute bleue. »

Psychothérapeute : « Regardez cette image de votre main dans ce sang, immobile, et pensez "Je suis impuissant". Sur une échelle de 0 à 10, quel est le niveau de perturbation ? »

Michel : « 10. »

Poursuivre en appliquant les phases 4 à 7 (SUD = 0 ; VOC = 7 ; bon Scanner corporel).

Ad de Jongh ([Logie, de Jongh, 2014](#)) préconise dans tous les cas le choix de la cognition négative (CN) de type « Je suis impuissant » (dans le sens « je suis impuissant face à cette image ») et donc de « J'ai le contrôle » en cognition positive (CP) dans toute procédure de *Flash-forward*. Il est donc inutile de chercher, comme c'est le cas dans le Protocole standard, une CN, une CP et une émotion négative car c'est toujours la peur qui sous-tendra de tels processus sur le plan émotionnel. Ainsi, dans l'application du *Flash-forward* le psychothérapeute pourra assez aisément mettre en œuvre le traitement des cibles.

À ce stade, le psychothérapeute pourra envisager avec le patient l'installation de scénarios du futur. Il s'agira de lui proposer d'envisager de se projeter dans l'avenir afin de savoir quelle réaction il pourrait avoir dans des situations qui étaient jusque-là anxiogènes ou problématiques (identification des situations futures, visualisation des situations futures comme un film... Si les situations sont positives, les renforcer autant que possible avec des séries de SBA, si les situations sont négatives, il s'agira de les retraiter).

L'EMDR et le syndrome du sein fantôme ([Brennstuhl et al., 2014](#))

Il s'agira dans cette partie de présenter les résultats d'une étude pilote réalisée par l'équipe du professeur Cyril Tarquinio de l'université de Lorraine. Il s'agissait de prendre en charge, avec la psychothérapie EMDR, deux patientes souffrant d'un syndrome du sein fantôme. Très proche de ce qui a été présenté précédemment, cette étude aura pour but de fournir au clinicien un argument supplémentaire en faveur d'une telle approche clinique qui, dans le cas du membre fantôme en général, s'avère tout à fait pertinente.

Le syndrome du sein fantôme peut se définir comme une expérience subjective de perception et de sensation de présence du(des) sein(s) après leur ablation par mastectomie ([Aglioti et al., 1994](#)). Le sein fantôme peut apparaître sous la forme de sensations plus ou moins précises, de douleurs,

ou les deux à la fois (Rothmund et al., 2004). Les douleurs sont le plus souvent décrites en termes d'écrasement du sein, de brûlures, de piqûres, de coups de poignard ou de coupures, alors que pour les sensations, les patientes parlent le plus souvent de démangeaisons, d'engourdissements ou encore de tensions. Dans une revue de la littérature, Dijkstra et al. (2007) ont montré que la prévalence des sensations après mastectomie était de 36,5 % (variant selon les études de 0 à 66 %) et celle de la douleur de 10,9 % (variant selon les études de 0 à 53 %). Si une telle problématique concerne de nombreuses femmes atteintes par le cancer du sein, les études restent finalement encore peu nombreuses, alors même que les conséquences en termes de qualité de vie et de dépression sont particulièrement importantes.

De nombreuses recherches montrent depuis longtemps (Kroner et al., 1989) un risque de manifestations du syndrome lors des premières années qui suivent l'intervention chirurgicale, alors que dans le syndrome du membre fantôme plus documenté, les douleurs et les sensations ont tendance à décroître avec le temps.

La prise en charge EMDR s'est réalisée à partir de la même stratégie psychothérapeutique (cinq mêmes étapes) que dans le cas du membre fantôme présenté dans la partie précédente. Précisons simplement que dans ce cas, les patientes étaient incluses dans un protocole de recherche et que le contexte était, pour une part au moins, un peu différent.

Au total, deux femmes, Paule (48 ans, mariée, deux enfants, secrétaire) et Nora (56 ans, mariée, un enfant, enseignante), ayant subi une mastectomie des deux seins suite à un cancer, ont participé à cette étude. Ces deux patientes ont directement contacté les psychothérapeutes du centre universitaire de recherche de l'université de Lorraine (Metz, France) et du centre Thionville PSYchothérapie (Thionville, France). Les deux patientes étaient respectivement opérées depuis seize et dix-huit mois. Toutes deux ont donné un consentement éclairé et accepté le protocole de prise en charge et de recueil de données, et ont notamment accepté de poursuivre le traitement médicamenteux pour la douleur qui leur avait été prescrit jusqu'à la fin de l'étude (paracétamol et codéine).

Le syndrome du sein fantôme se caractérise par une perception de douleur et de sensation dans le(s) sein(s) amputé(s). C'est pourquoi ces deux aspects caractéristiques du syndrome du sein fantôme ont été évalués. Ainsi, au cours des deux semaines précédant le traitement, des deux semaines consécutives au traitement, ainsi qu'après trois et six mois, nous avons proposé à toutes les patientes une mesure de l'intensité de la douleur (les participantes consignaient dans un journal de symptômes l'intensité de leur douleur une fois par jour au moyen d'une échelle d'évaluation numérique allant de 0 à 10, où 0 correspondait à « pas de douleur du tout », et 10 à « la pire douleur possible ») et de l'intensité de la sensation (l'intensité de la sensation était le second critère d'évaluation principal). Dans ce même journal de symptômes,

les patientes consignaient l'intensité de la sensation du sein fantôme perçue une fois par jour au moyen d'une échelle d'évaluation numérique allant de 0 à 10, où 0 correspondait à « pas de sensation du tout » et 10 à « la plus forte sensation possible ». Une évaluation de la dépression avec l'échelle CES-D de Radloff (1977)⁵ et de l'anxiété avec l'échelle STAI de Spielberger et al. (1983)⁶ ont également été réalisées.

Dans cette étude, le choix de la stimulation bilatérale a porté sur la réalisation de mouvements oculaires et des stimulations tactiles. Les deux méthodes étant supposées efficaces, le choix incombait au psychothérapeute et/ou à la patiente. Le traitement EMDR consista en séances hebdomadaires de quatre-vingt-dix minutes et fut dispensé peu après le recrutement des participantes. Il se termina lorsque la participante ne rapportait plus de douleur à la fin de la séance, ou ne rapportait pas de réduction supplémentaire au niveau de la perturbation relative aux cibles liées au traumatisme et à la douleur, ou au niveau de l'intensité de la douleur (cible douleur actuelle) lors de trois séances successives.

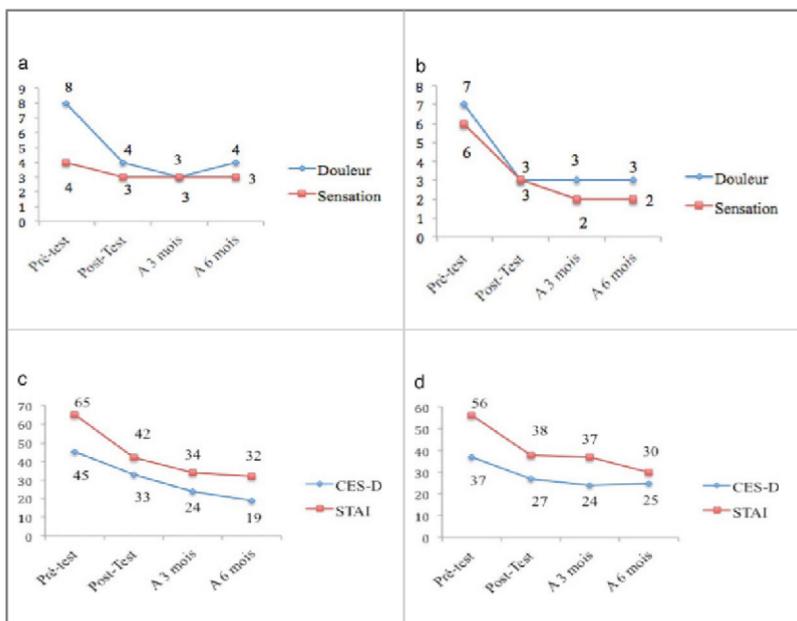
Les résultats quantitatifs obtenus sont présentés dans le [tableau 6.5](#).

Les résultats obtenus indiquent une baisse régulière de la douleur et de la sensation du sein fantôme avec une différence marquée entre le début du traitement et la fin du traitement. Ces résultats sont restés stables avec le temps, à trois mois et à six mois. On notera que la prise en charge n'est pas parvenue à une réduction totale des perceptions puisque aucune des deux patientes n'a présenté de résultats indiquant une disparition totale des douleurs et des sensations.

Les scores de dépression et d'anxiété ont suivi la même perspective que les scores relatifs à la douleur et la sensation du sein fantôme avec une baisse marquée entre le prétest et le post-test qui se poursuit encore après trois mois et six mois.

En ce qui concerne les illustrations graphiques demandées aux deux sujets ([tableau 6.6](#)), on observera comme dans la partie précédente pour le membre fantôme un ajustement de la représentation du sein et de la douleur. La focalisation sur le(s) sein(s) amputé(s) lors de la prise en charge, ainsi que sur les douleurs et les sensations est un ensemble d'éléments pouvant contribuer à une sorte de réorganisation corticale (télescopage) et donc de réajustement de cette neurosignature. On sait d'ailleurs qu'il existe

5. Le *Center for Epidemiologic Studies*, National Institute of Mental Health (ou CES-D) est un autoquestionnaire de vingt items évaluant les affects dépressifs.
6. Nous avons utilisé l'échelle d'anxiété-état comprenant vingt propositions (score variant de 20 à 80) et permettant de savoir ce que les sujets ressentent sur le moment. Elle permet d'évaluer les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude. Ce score est censé s'élever face à un danger physique ou à un stress psychologique.

Tableau 6.5. Résultats quantitatifs de Paule et Nora aux différentes évaluations.

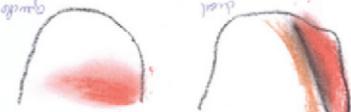
un lien entre la douleur du membre fantôme et la réorganisation corticale (Flor, 2002), et que cette dernière peut être modifiée par une transformation de l'entrée sensorielle dans le réseau neural.

Dans cette partie, nous avons souhaité illustrer aussi précisément que possible une manière de prendre en charge des patients qui souffrent de douleurs du membre fantôme. C'est une avancée indéniable non seulement pour l'EMDR, qui voit son champ d'intervention s'élargir, mais également pour ce type de malade souvent aux prises à des douleurs effroyables et vis-à-vis desquelles ils restent, comme leur médecin et leur psychothérapeute, souvent démunis.

L'EMDR et la fibromyalgie

La fibromyalgie fait partie des causes évoquées en cas de douleurs chroniques diffuses de l'appareil locomoteur. Le concept de fibromyalgie reste pourtant très controversé, et pourrait s'inscrire dans l'ancien champ de l'« hystérie », éclaté depuis longtemps en troubles somato-formes, troubles dissociatifs, troubles factices et troubles de la personnalité. La psychiatrie et la psychosomatique considèrent la fibromyalgie comme une forme de douleurs chroniques inexpliquées. Mais au sein même

Tableau 6.6. Dessin des seins et coloriage des zones avec perception de douleur et de sensation, avant la prise en charge et à la fin de la prise en charge¹.

	Cas Paule	Cas Nora
Début première séance EMDR		
Fin dernière séance EMDR		

¹ Le caractère noir et blanc de la reproduction ne permet pas de rendre compte de la localisation des couleurs.

de la communauté rhumatologique, on note de nombreux opposants à ce concept qui a pour principal défaut de regrouper sous une même étiquette des patients ayant probablement des affections de nature différente, ce qui aboutit la plupart du temps à une prise en charge thérapeutique peu satisfaisante, surtout en l'absence de toute anomalie biologique ou anatomo-pathologique susceptible de rendre compte des symptômes déclarés ou d'en garantir l'objectivité ([Wolfe, 2003](#)).

Le terme « fibromyalgie » a été créé par deux Canadiens, Smythe et Moldofsky, en 1977. La fibromyalgie figure sous l'identifiant M790 dans la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces auteurs ont surtout attiré l'attention à l'époque sur deux éléments appelés à fonder la singularité de l'entité : l'existence de points douloureux à la pression, et la coexistence de fatigue et de troubles du sommeil.

Les syndromes douloureux chroniques et asthéniques inexpliqués sont fréquemment associés à de nombreux troubles psychiques (troubles anxieux, dépressifs, état de stress post-traumatique) qui interpellent le clinicien sur la composante psychique du syndrome et rendent discutable la description essentiellement médicale qui en est faite. De nombreux articles soulignent le lien fort entre douleurs chroniques et événements de vie stressants ou traumatisques. La fibromyalgie représente à elle seule 2 à 6 % des consultations spécialisées de rhumatologie ([Wolfe et al., 1995](#)) et semble essentiellement féminine (70 à 90 %). En ce qui concerne sa prévalence en population générale, elle est estimée de 1 % à 2 %. Le diagnostic de fibromyalgie se fait généralement après de nombreuses années d'investigations multiples et de nomadisme médical, classiquement entre 34 et 60 ans. Elle représente 7 % des maladies générant l'utilisation d'antalgiques ([Price, 1999](#)).

Le retentissement et le handicap ressentis par les malades aboutissent à une invalidité grave et durable, supérieure à celle décrite lors d'une polyarthrite rhumatoïde ou d'un diabète ([Burkhardt et al., 1993](#)). La surconsommation médicale est trois fois supérieure à celle des autres patients douloureux. L'invalidité ressentie est à l'origine de nombreux arrêts de travail (en moyenne dix jours par an par patient), voire de nombreuses mises en invalidité. Le coût total annuel moyen par patiente a été évalué aux États-Unis à 2 300 dollars ([Wolfe et al., 1997](#)). Au Canada, la compensation moyenne d'invalidité pour fibromyalgie est de l'ordre de 2 000 dollars par an et par patiente ([Lachaine et al., 2010](#)). S'il n'y a pas de surmortalité globale, il y a quand même une fréquence accrue chez les femmes fibromyalgiques de morts par suicides, de maladies hépatiques et cérébro-vasculaires ([Dreyer et al., 2010](#)).

On trouve bien évidemment des symptômes associés à ce trouble comme la fatigue et la fatigabilité à l'effort (90 % des cas) ([Friedberg et al., 2001](#)), les troubles du sommeil (80 % des cas) ou encore la dépression ([Goldenberg, 1994](#)).

Quelques études ont montré qu'il existait un lien entre fibromyalgie et ESPT. L'étude de [Cohen et al. \(2002\)](#) a montré que près de 57 % des patients

ayant une fibromyalgie manifestaient un nombre significatif de symptômes d'ESPT (évitement, reviviscence, anxiété). De plus, les femmes fibromyalgiques souffrant d'ESPT rapportent un plus grand nombre d'événements traumatisques que les hommes fibromyalgiques. [Turk et al. \(1996\)](#) ont montré que les patients fibromyalgiques « post-traumatiques » expérimentent un plus haut degré de douleur et une plus mauvaise qualité de vie (interférence dans la vie quotidienne intime, perte d'activité), en comparaison avec les patients fibromyalgiques « idiopathiques ».

Cette relation entre douleur physique et événements traumatisques pose la question de l'association entre ESPT et fibromyalgie. S'agit-il d'une relation causale et, si oui, dans quel sens faudrait-il l'envisager ? Après un événement traumatisique, pourquoi certains sujets développent-ils des troubles à prédominance somato-forme (fibromyalgie) et d'autres des plaintes à prédominance psychique (ESPT) ? L'étude prospective de [Raphael et al. \(2004\)](#) a évalué l'hypothèse de la comorbidité entre syndrome fibromyalgique et ESPT dans une population de 1 312 femmes, avant et six mois après les attentats du 11 septembre à New York. Cette étude a montré que la probabilité de développer un ESPT était plus de trois fois plus élevée dans le groupe « fibromyalgie », et a conclu en la possibilité de facteurs de risque psychobiologiques communs.

Certains s'interrogent sur la possibilité de concevoir la fibromyalgie et peut-être quelques autres formes de douleurs chroniques comme une forme somatisée de l'ESPT. Ainsi, l'ESPT surviendrait plus dans le cas de dissociation psychique péritraumatique et la fibromyalgie lors de dissociation somatoforme⁷ péritraumatique ? Une telle posture n'est en soit pas nouvelle et se trouve au cœur de l'ouvrage de [Tarquinio et Montel \(2014\)](#), qui envisage et propose une ouverture de la notion même de psychotraumatisme, trop souvent cantonnée à l'ESPT.

Encadré 6.5

Critères de classification du collège américain pour la fibromyalgie et site de recherche

- Douleurs bilatérales et étendues, c'est-à-dire : douleurs du côté gauche et du côté droit du corps, au-dessus et au-dessous de la taille, associées à des douleurs du squelette axial (colonne cervicale, dorsale, lombaire et douleurs de la paroi thoracique antérieure).
- Douleurs à la palpation digitale de 11 des 18 points ([figure 6.8](#)) sensibles suivants (en exerçant une pression voisine de 4 kilos)¹ :
 - occiput : bilatérales, à l'insertion des muscles sous-occipitaux,

7. Le caractère noir et blanc de la reproduction ne permet pas de rendre compte de la localisation des couleurs.

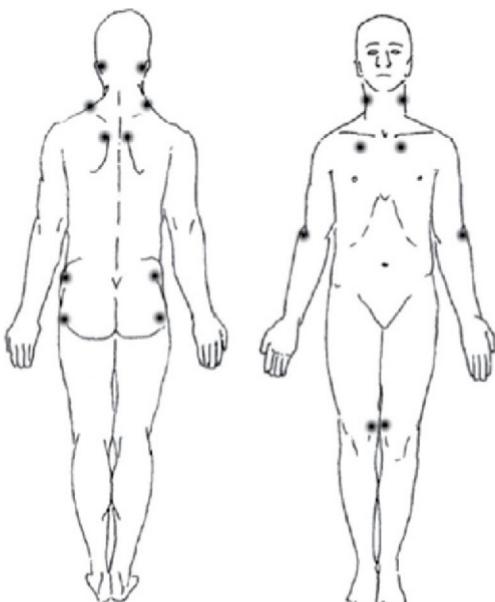


Figure 6.8. Site de recherche de la sensibilité douloureuse chez les patients fibromyalgiques selon Wolfe et al. (1990).

- rachis cervical inférieur : bilatérales, sur les versants antérieurs des espaces intertransversaires C5-C7,
- trapèze : bilatérales, au milieu du bord supérieur,
- sus-épineux : bilatérales, à l'origine de l'épine de l'omoplate, près de son bord interne,
- deuxième côte : bilatérales, à la deuxième articulation costochondrale, à côté de la face supérieure de l'articulation,
- épicondyle : bilatérales, à 2 cm au-dessous de l'épicondyle,
- fessières : bilatérales, dans le cadran supéro-extreme de la fesse,
- grand trochanter : bilatérales, au bord postérieur du grand trochanter,
- genou : bilatérales, près de l'interligne interne.

Le diagnostic de fibromyalgie est retenu si les critères 1 et 2 sont présents et si les douleurs durent depuis au moins trois mois.

¹ Une pression correspondant à 4 kg/cm², elle est suffisante pour blanchir l'ongle de l'examinateur.

La fibromyalgie et la prise en charge EMDR

Comme pour la douleur du membre fantôme, dans le cas de la fibromyalgie la tâche du psychothérapeute sera de traiter les événements passés (souvenirs sources), les déclencheurs actuels (souvent la sensation

douloureuse en tant que telle) et les défis du futur qui sont ici encore les angoisses par anticipation du ressenti douloureux. La différence est qu'en ce qui concerne la fibromyalgie, les choses seront sans doute moins claires et moins situées dans le temps que pour la prise en charge du membre fantôme. Si l'on considère, comme c'est le cas ici, la fibromyalgie comme une forme somatisée du psychotraumatisme, il convient d'adopter une posture clinique comparable à celle mobilisée chez les patients souffrant d'ESPT.

Présentation du cas Élisabeth

Nous présentons ici le cas d'Élisabeth qui souffre de douleurs chroniques notamment dans la nuque et dans le dos depuis de nombreuses années. Âgée de 66 ans, elle a été diagnostiquée fibromyalgique par deux rhumatologues. La réponse, médicamenteuse, s'est révélée insatisfaisante pour la patiente, qui est en grande souffrance psychique et physique. Ancienne assistante de direction pour un grand groupe de la distribution, elle est en arrêt de travail depuis plusieurs années. Elle consulte tous les spécialistes pour avoir une réponse à son trouble, qui dans les faits va bien au-delà de sa fibromyalgie. Nous envisagerons ici uniquement l'aspect de la psychothérapie qui a consisté à prendre en charge le trouble fibromyalgique de la patiente.

Tableau 6.7
Perspective temporelle appliquée au cas Élisabeth.

Passé	Présent	Futur
1	2	3
Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	Déclencheurs actuels	Défis futurs

Pour ce faire, nous proposons six étapes dans la prise en charge des patients souffrant de fibromyalgie :

Étape 1. démarche psychopédagogique sur les caractéristiques de la douleur chronique et plus spécifiquement de la fibromyalgie ;

Étape 2. apprentissage de techniques de stabilisation et de relaxation ; en faire un autoexercice pour le patient en y incluant du *tapping papillon* (*voir chapitre 3, l'Étreinte du papillon de Lucina Artigas*) ;

Étape 3. utilisation d'un Plan de ciblage classique de type *Float-back* pour l'identification des souvenirs sources ;

Étape 4. traitement des cibles du passé avec le Protocole standard ;

Étape 5. application d'un Protocole douleur adapté ;

Étape 6. application de la technique des *Flash-forwards* de Logie et de Jongh (2014) et Scénario du futur.

Étape 1 : démarche psychopédagogique

La première étape d'une prise en charge psychologique du patient souffrant de fibromyalgie consiste à lui apporter des informations sur ce qu'est cette maladie. Comme nous avons pu le voir, la médecine et les médecins restent très ambivalents sur ce sujet. Si certains la considèrent comme une vraie maladie qu'il faut prendre en charge, d'autres, en revanche, restent encore dubitatifs, voire suspicieux, ce qui laisse les patients dans une situation d'inconfort et de solitude face à leur souffrance. C'est à la lumière des éléments fournis plus haut qu'il conviendra d'expliquer la maladie. Le psychologue pourra utiliser le Questionnaire de mesure de l'impact de la fibromyalgie (QIF), qui a l'avantage d'étudier les différentes composantes de la fibromyalgie ([Burckhardt et al., 1991](#)). Il s'agit d'un autoquestionnaire ([encadré 6.6](#)) développé spécifiquement pour la fibromyalgie, dont la traduction française a été validée ([Perrot et al., 2003](#)). Le calcul du score (maximum = 100) nécessite des procédures de pondération⁸. Un score supérieur à 59 refléterait un état sévère. La valeur du score apparaît corrélée avec le nombre de points douloureux et l'incapacité au travail. Un tel outil est une aide intéressante pour situer la malade dans son rapport au syndrome douloureux.

Étape 2 : apprentissage de techniques de stabilisation et de relaxation

Nous proposons à ce stade l'installation d'un Lieu sûr (*voir chapitre 3*), qui reste un élément incontournable du Protocole standard. Cependant, par expérience, nous suggérons expressément au praticien de compléter la stabilisation par l'exercice du *Body Scan* inspiré du *Mindfulness* qui peut être proposé en y intégrant un travail spécifique sur la respiration, proche des consignes relatives aux travaux sur la cohérence cardiaque.

Ainsi, si dans le chapitre 4 nous avons intégré l'usage du *Mindfulness* avec la pratique des SBA, dans ce chapitre nous proposons une articulation nouvelle entre la consigne du *Body Scan* et un travail de respiration spécifique, directement issu des consignes de cohérence cardiaque.

Le patient est invité à s'allonger (mais l'exercice peut être aussi très efficace s'il est réalisé en position assise) confortablement. Il s'agira de l'inviter à focaliser son attention séquentiellement sur différentes parties de son corps en commençant généralement par une extrémité du corps (pieds, mains) et en scannant (perception vigilante et orientée) au fur et à mesure chacune des parties du corps. Le patient est invité à noter les sensations douloureuses présentes avec ouverture et curiosité ou tout simplement noter l'absence de sensations douloureuses. Ce n'est pas un exercice de relaxation, même si des effets relaxants peuvent se manifester dans la mesure où on ne demande pas

8. La dissociation somato-forme peut se manifester par des expériences somatiques négatives (analgésie, anesthésie, trouble de la perception) et/ou des expériences somatiques positives (activité motrice, douleur).

Encadré 6.6

Le Questionnaire de mesure de l'impact de la fibromyalgie (QIF)

Pour les questions 1 à 3, entourez le chiffre qui décrit le mieux votre état au cours des sept derniers jours ; 0 = toujours, 1 = la plupart du temps, 2 = de temps en temps, 3 = jamais.

1. Durant la semaine dernière, pouvez-vous :

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ■ faire les courses | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ■ faire la lessive | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ■ faire la cuisine | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ■ faire la vaisselle | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ■ passer l'aspirateur | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ■ faire les lits | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ■ marcher plusieurs centaines de mètres | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ■ aller voir des amis ou la famille | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ■ faire du jardinage | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ■ conduire une voiture | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ■ monter les escaliers | 0 | 1 | 2 | 3 |

2. Au cours des sept derniers jours, combien de jours vous êtes vous senti(e) bien ? 0 1 2 3 4 5 6 7

3. Combien de jours de travail avez-vous manqué au cours des sept derniers jours ? 0 1 2 3 4 5 6 7

Pour les questions 4 à 10, indiquez d'un trait la case qui reflète le mieux votre état au cours des sept derniers jours.

4. Les jours où vous avez travaillé, les douleurs ou d'autres problèmes liés à votre fibromyalgie vous ont-ils gêné(e) dans votre travail ?

Aucune gêne / / / / / / / / / Gêne très importante

5 Avez-vous eu des douleurs ?

Aucune douleur // / Douleur très importante

6 Avez-vous été fatigué(e) ?

Pas du tout fatigué(e) / / / / / / / / / Extrêmement fatigué(e)

7 Comment vous sentiez-vous le matin au réveil ?

Tout à fait reposé(e) au réveil | / / / / / / / / / /

Extrêmement fatigué(e) au réveil

8 Vous êtes-vous senti(e) raide ?

Pas du tout raide / / / / / / / / / Extrêmement raide

9 Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou inquiet(e) ?

Pas du tout tendu(e) / / / / / / / / / Extrêmement tendu(e)

10. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?

Pas du tout déprimé(e) / / / / / / / / / Extrêmement déprimé(e)

au patient de se relaxer. Si certaines parties du corps sont tendues ou sous l'emprise des douleurs, dans un premier temps le patient ne doit pas chercher à supprimer cette tension mais simplement en prendre conscience sans émettre de jugement et sans entrer dans un mode de pensée par élaboration ou association sur l'origine de ce stimulus. Par la suite, il sera demandé au patient de respirer à l'intérieur de la zone douloureuse préalablement circonscrite. Il s'agit explicitement d'une consigne de cohérence cardiaque, sauf qu'ici la respiration ne se fait pas dans ou à travers le cœur, mais séquentiellement dans et à travers chacune des zones douloureuses. C'est une respiration imaginaire au sein même de la zone douloureuse à laquelle il s'agira d'inviter le patient.

1. Ouverture : pleine conscience de la respiration

Psychothérapeute : « Allongez-vous sur le dos confortablement, prenez le temps nécessaire à bien vous positionner. Mettez vos bras étendus le long du corps, les paumes ouvertes vers le plafond de manière détendue. Une fois que vous vous sentez à l'aise, prenez conscience de vos paupières, fixez votre attention sur elles et ressentez-les lourdes. Elles ont envie de se fermer. Vous les fermez doucement, calmement. Ensuite, portez votre attention sur votre respiration. Laissez votre corps respirer, n'essayez pas de manipuler votre respiration d'une quelconque façon. Laissez-vous aller. Essayez d'expérimenter simplement la façon dont l'air se déplace dans votre corps, en dirigeant en particulier votre attention sur votre ventre, votre abdomen. L'air entre doucement par vos narines et pénètre dans vos poumons. Ressentez les sensations dans cette région lorsque l'air pénètre dans votre corps et que l'abdomen gonfle doucement, puis lorsque l'air ressort du corps et que le ventre dégonfle, ceci en suivant le mouvement rythmique de votre ventre à chaque respiration. Inspirez doucement et expirez doucement. Accompagnez ce cycle en conscience. Inspirez doucement et expirez doucement. Laissez-vous aller, laissez votre corps devenir lourd alors qu'il s'enfonce un peu plus profondément dans le fauteuil. Accordez de l'importance à votre respiration à chaque instant. »

2. Déplacement de l'attention et respiration dans la zone douloureuse

Psychothérapeute : « Lorsque vous vous sentez prêt(e), déplacez l'objectif de votre attention sur le bas de la jambe gauche et plus particulièrement sur les orteils du pied gauche, et prenez-en conscience. L'important est que vous sentiez juste vos orteils tels qu'ils sont, en vous concentrant. Expérimitez le gros orteil, essayez de le ressentir, puis le petit, sans les bouger, mais juste en les ressentant individuellement, puis les autres orteils et, lorsque vous inspirez, imaginez que l'air descend directement dans les poumons et le ventre et vers le bas de la jambe gauche jusqu'à vos orteils, et lorsque vous expirez, que l'air remonte de vos orteils et ressort automatiquement par votre nez, comme si vous inspiriez vers le bas jusqu'à vos orteils et expiriez à partir de vos orteils. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension ou une douleur dans cette partie de votre corps ? »

Si oui, procédez comme suit (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non, poursuivez l'exercice du *Body Scan*⁹.

- Exercice de cohérence cardiaque intégré

Psychothérapeute : « Décrivez comment vous percevez cette sensation douloureuse. Tentez de vous construire une image mentale en fermant les yeux et en tentant mentalement d'en préciser les contours, sa taille, sa forme. Comme si vous aviez une caméra intérieure qui pouvait en saisir tous les détails et vous permettre une représentation aussi précise que possible de cette zone douloureuse. »

Les patients doivent à ce stade pouvoir se représenter mentalement la zone douloureuse.

Psychothérapeute : « Vous avez comme matérialisé votre sensation douloureuse... Portez toute votre attention sur cette zone et inspirez lentement à travers elle. Comme s'il était possible de faire passer votre respiration à travers cette zone douloureuse... lentement et maintenant expirez à travers cette même zone lentement. Bien, continuez de façon régulière. Continuez à respirer à travers cette zone douloureuse et soyez attentif à cet air frais qui entre par votre bouche et qui traverse cette zone, puis qui ressort plus chaud. Saisissez ce qui se passe dans votre corps et notamment dans cette zone... Sentez-vous quelque chose se passer, sentez-vous un changement dans la configuration de cette zone... peut être un apaisement ? »

Selon la réponse du patient, le psychothérapeute pourra consacrer plus ou moins de temps à chacune des zones en question.

Psychothérapeute : « Lorsque vous êtes prêt, expirez pour quitter vos orteils complètement et déplacez votre attention sur le bas de votre pied gauche, respirez avec lui, et expirez à partir de celui-ci en le laissant juste s'en aller. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Respirez ensuite dans le talon et lors d'une expiration, laissez-vous quitter celui-ci, devenant conscient du dessus de votre pied ; ne pensez pas autrement à votre pied qu'en étant juste présent ici avec lui, le ressentant, le laissant prédominer le champ de votre conscience, respirant avec lui. »

9. Un score global (0 à 100) est obtenu selon la somme des résultats obtenus aux quatre groupes avec pour Q1 moyenne des réponses (0 à 3) \times 3,3 ; Q2 : 7, votre chiffre \times 1,43 ; Q3 : votre chiffre sélectionné \times 1,43 ; Q4 à 10 : somme de chaque réponse (0 à 10). Un logiciel en ligne et gratuit calculera pour vous les scores : www.labrha.com/test-qif.aspx

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Laissez cette conscience s'étendre aux chevilles également et ressentez votre propre cheville gauche, respirez à l'intérieur de celle-ci et lors d'une expiration, quittez la cheville et votre pied gauche et devenez alors conscient(e) de la partie inférieure de la jambe gauche, de la surface comme de la profondeur. Expérimitez cette région telle qu'elle est, n'essayez pas de la rendre différente, acceptez les sensations que vous ressentez, respirez avec elles et lorsque vous êtes prêt(e), quittez également cette partie du corps. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Focalisez maintenant votre attention en remontant vers votre genou, expérimitez votre genou gauche, respirez à l'intérieur et lors d'une expiration, laissez-le s'effacer également. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Déplacez-vous maintenant vers la région de la cuisse, en remontant jusqu'à l'aïne à l'intérieur et la hanche à l'extérieur, expérimentant juste votre cuisse gauche, la laissant aussi molle et détendue que possible, et s'il y a une quelconque tension, laissez-la sortir lors d'une expiration. Lorsque vous êtes prêt(e), prenez une respiration plus profonde vers le bas dans votre cuisse et lorsque vous expirez, laissez-la s'en aller. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Écartez-vous maintenant vers la jambe droite, devenez conscient(e) des sensations dans les orteils droits, ressentez les sensations du gros orteil, du petit et des autres, dirigeant l'air inspiré vers les orteils et lors de l'expiration, laissez l'air remonter de vos orteils et ressortir par votre nez, en enregistrant les sensations qui sont présentes dans cette région, sans les juger. Quand vous le voulez, prenez une inspiration plus profonde vers le bas à l'intérieur de vos orteils et lors de l'expiration, laissez vos orteils s'évanouir dans le champ de votre conscience, laissant l'attention se porter sur le bas de votre pied droit, en incluant le talon. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Puis profitez d'une expiration pour quitter cette région et déportez doucement votre attention sur le dessus du pied et la cheville, inspirant et expirant, puis laissez-la juste partir, se détendre et s'évanouir de votre conscience alors que vous prenez conscience de la partie inférieure de la jambe. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Lorsque vous êtes prêt(e), respirez à l'intérieur de la jambe et profitez de l'expiration pour la quitter également et prenez alors conscience de votre genou droit avant de le quitter également lors de l'expiration. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Maintenant, prenez conscience de votre cuisse droite, entre la hanche, le bassin et l'aine, en partant du genou. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Lors d'une expiration, quittez cette région également. Devenez maintenant conscient(e) du bassin, d'une hanche à l'autre, des fesses en contact avec le matelas et des sensations de contact et de pesanteur. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Prenez conscience de la région des organes génitaux, des hanches elles-mêmes et respirez avec votre bassin dans son intégralité. Dirigez l'air vers le bas lors de l'inspiration et, lors de l'expiration, laissez le bassin se relâcher et se détendre, toute tension présente s'en allant avec l'air ; soyez satisfait(e) d'être comme vous êtes juste à cet instant. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Dirigez ensuite votre attention vers le bas du dos, expérimentant les sensations qui s'y trouvent. Expérimitez votre dos tel qu'il est en cet instant, laissant l'air pénétrer, se déplacer dans chaque région

du bas du dos lors de l'inspiration et de l'expiration. Laissez toute tension ou contraction être là puis s'en aller lors de l'inspiration et lors d'une expiration, quittez le bas du dos et remontez vers le haut, respirant avec vos sensations. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Portez ensuite votre attention à nouveau sur le ventre, expérimentant la dilatation et la rétraction de celui-ci, permettant à la conscience de se diffuser du ventre vers la poitrine également. Expérimenez la poitrine qui se gonfle à l'inspiration et se rétracte quelque peu à l'expiration. Lorsque vous êtes prêt, contentez-vous de laisser cette région s'évanouir dans la relaxation également. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Déplacez votre attention vers les extrémités de vos doigts, prenant conscience des sensations présentes maintenant dans les extrémités de vos doigts et dans les paumes. Soyez juste dans vos doigts, à l'intérieur et sur la partie arrière de vos doigts puis ressortez par les extrémités laissant le champ de votre conscience se diffuser jusqu'à inclure les paumes de vos mains, l'arrière de vos mains et les poignets, devenant aussi conscient(e) des avant-bras et des coudes, expérimentant votre corps tel qu'il est. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Incluez maintenant la partie supérieure de vos bras, remontez vers les aisselles et les épaules. Expérimitez vos épaules et s'il y a une tension, respirez juste dans celles-ci et dans vos bras lors de l'inspiration et laissez cette tension s'en aller lors de l'expiration. Soyez présent(e) à chaque instant, quittant n'importe quelle partie se présentant. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Maintenant, laissez votre attention remonter vers le cou, la colonne vertébrale, puis vers la gorge et ressentez cette région de votre corps dans son intégralité. Inspirez vers le bas dans le cou intentionnellement et lors de l'expiration, quittez-le également, le laissant se relaxer. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Prenez alors conscience de votre visage et concentrez-vous en premier sur la mâchoire et le menton, l'expérimentant juste tel qu'il est, respirant avec cette région, et lors de l'expiration, laissez-la disparaître, devenant conscient(e) de vos lèvres et de votre bouche, des dents et des gencives, de la langue et du palais, de l'arrière de la bouche et de la gorge et lors d'une expiration, laissez cette région s'évanouir également. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Devenez alors conscient(e) de votre nez ; ressentez de quelle façon l'air se déplace dans le nez au niveau des narines, en étant conscient(e) de vous-même ainsi que de vos yeux, des sourcils, de l'espace entre les sourcils et de toute la région autour des yeux, des paupières. S'il y a une tension, laissez-la s'en aller en même temps que l'air s'en va lors de l'expiration, permettant à vos tempes de se relaxer et de s'effacer alors que vous expérimitez les sensations sur le côté de votre tête, respirant vers vos oreilles et expirant à partir des oreilles. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Respirez ensuite juste avec votre front, le laissant se relâcher, et si vous sentez un quelconque mouvement associé à de la tension, soyez-en juste conscient(e) et inspirez. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Respirez ensuite avec l'intégralité de votre visage comme si vous veniez du dessous et de l'intérieur, quittant votre visage dans son intégralité, le front inclus. Maintenant, devenez conscient(e) de l'arrière de la tête, du sommet de la tête, de la région entière du crâne, en inspirant dans cette région tout entière et expirant en laissant l'air quitter votre nez. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans cette partie de votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Lorsque vous êtes prêt(e), ressentez votre corps comme un tout du sommet de votre tête au bas de vos pieds, étant allongé(e)

ici dans un état de quiétude et de relaxation profonde, vous sentant vraiment tel(le) que vous êtes. »

Psychothérapeute : « Ressentez-vous une tension dans votre corps ? »

S'il y a encore des tensions, procédez comme précédemment (Exercice de cohérence cardiaque intégré), si non poursuivez l'exercice du *Body Scan*.

Psychothérapeute : « Lorsque l'exercice s'arrêtera, ramenez votre conscience à votre corps de nouveau et ressentez-le comme un tout, renouez avec l'activité de votre vie. »

Étape 3 : utilisation de plans de ciblage pour l'identification des souvenirs sources

À la différence de la problématique de la douleur du sein fantôme, nous préconisons ici (comme pour toute problématique générale de douleur chronique) la méthode classique du *Float-back*. Rappelons que la douleur chronique inexplicable peut être une manifestation somatique d'une souffrance psychique souvent non prise en charge. Il ne faut pas uniquement se focaliser sur les symptômes douloureux, mais bien trouver l'origine traumatique du trouble. Ainsi, il convient de procéder de façon plutôt classique avec l'utilisation de la méthode du *Float-back*, comme cela est préconisé dans le cadre de la formation initiale.

Psychothérapeute : « Il convient de comprendre ce qui vous a conduit(e) à cette situation. Vous n'êtes pas née avec ce problème de douleur. Nous allons tenter, par le biais de plusieurs méthodes, de neutraliser les souvenirs qui sont des explications à cette situation. Ce sont ces événements ou expériences négatives que nous allons maintenant chercher ensemble dans votre mémoire, afin de les neutraliser et qu'ils ne vous perturbent plus. »

- Résultat du *Float-back*

Image de départ : les douleurs dans la nuque et le dos.

Cognition négative : « Je suis vulnérable. »

Émotion : « J'ai peur. »

Premier souvenir perturbant : à 15 ans, elle a eu un accident de voiture avec son père (qui fut sans conséquence physique).

Image : le bruit de la collision avec la voiture qui venait en face.

Cognition négative : « Je vais mourir. »

Deuxième souvenir perturbant : abusée (attouchements, caresses) par le fils d'amis de la famille (de quatre ans son aîné) alors qu'elle n'avait que 8 ans. Cela s'est produit à plusieurs reprises (durant deux années) dans le grenier de la maison familiale.

Image : la sensation de la main sur son sexe.

Cognition négative : « Je suis impuissante. »

Toutes ces cibles ont naturellement été traitées de façon plutôt classique en suivant à la lettre les prescriptions du Protocole standard.

Tableau 6.8. Résultats principaux relatifs au traitement des cibles avec le Protocole standard.

Cibles	Début de la séance 1 (90')	Fin de la séance 2 (90')	Fin de la séance 3 (90')	Fin de la séance 4 (90')	Fin de la séance 5 (90')
Premiers attouchements par le fils d'amis dans le grenier de la maison familiale	Image : la sensation de la caresse sur son sexe CN : « Je suis impuissante. » CP : « Je reprends le contrôle. » VOC : 1 Émotion : peur SUD : 10 Siège : ventre	SUD : 10	SUD : 4	SUD : 3	VOC : 7 SUD : 0
Accident de voiture avec son père	Image : bruit de la collision avec la voiture emboutie CN : « Je vais mourir. » CP : « Je suis en vie. » VOC : 1 Émotion : peur SUD : 10 Siège : poitrine	SUD : 5	VOC : 7 SUD : 0		

Étape 4 : traitement des cibles avec le Protocole standard

Nous avons reporté dans le [tableau 6.8](#), les éléments principaux relatifs au traitement des différentes cibles traumatogènes du cas Élisabeth¹⁰.

Étape 5 : traitement du trouble fibromyalgique avec protocole douleur adapté, inspiré des travaux de [Grant et Threflo \(2002\)](#), de [Grant \(2009\)](#) et du Protocole standard

- Phase 1 : *histoire du patient*

Déjà réalisé dans ce cas.

- Phase 2 : *préparation*

Recueillir le consentement éclairé du patient, tant sur les points à traiter que sur les conséquences potentielles de la psychothérapie. Identifier avec lui la typologie des SBA à utiliser, ainsi que le signal STOP. C'est lors de cette phase que se met en place le Lieu sûr (déjà réalisé dans ce cas).

10. Cette remarque récurrente tout au long de la présentation du *body scan* est à l'intention exclusive du psychothérapeute.

- Phase 3 : *évaluation*

a. Identification de la cartographie des zones douloureuses du corps

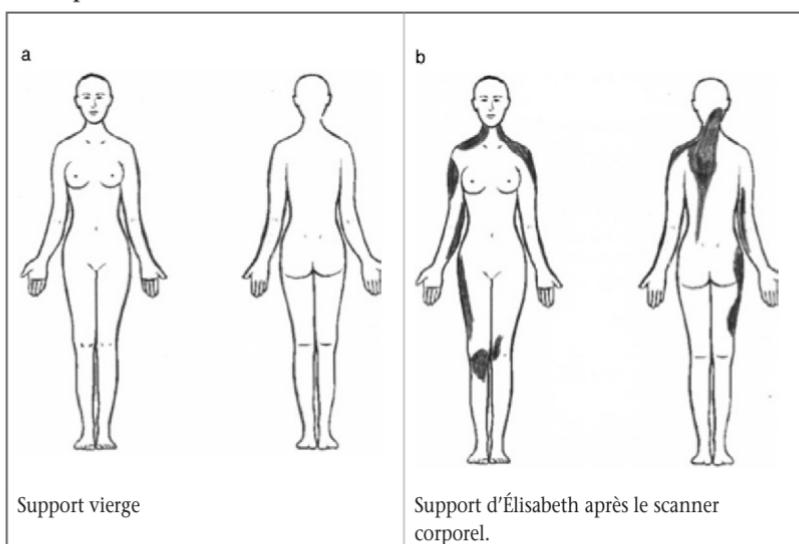
Psychothérapeute : « Vous avez déjà vu un scanner en vrai ou à la télévision, celui que l'on utilise pour voir à l'intérieur du corps ? Il s'agit d'une sorte de rayon qui passe en revue tout votre corps de la tête au pied. Eh bien je vais vous demander de faire de même mentalement. Ainsi, vous aller passer en revue tout votre corps de la tête au pied en prenant le temps d'être attentive à chacune des parties de votre corps afin d'identifier le plus précisément possible dans quelle partie de votre corps se situent les zones qui vous font souffrir. Regardez cette feuille (**tableau 6.9**). Elle représente un corps de femme de face et de dos. Vous identifieriez à l'aide d'un stylo noir chacune de ces zones. Ainsi, vous pourrez faire un aller-retour entre votre image mentale et cette feuille pour représenter aussi précisément que possible où vous ressentez les douleurs, et vous pourrez dessiner aussi précisément que possible les contours (si c'est possible) de ces zones douloureuses. Est-ce clair ? »

Élisabeth : « Oui, c'est parfait. »

b. Identification de la sensation douloureuse.

Psychothérapeute : « Bien, les zones douloureuses sont nombreuses... je vous propose de choisir sur quelle zone nous allons commencer à travailler.

Tableau 6.9. Illustration de la représentation des zones douloureuses du corps du cas Élisabeth¹.



¹ Le cas Elisabeth a fait apparaître des troubles d'attachements majeurs consécutifs à une histoire familiale complexe. Nous avons fait le choix de ne présenter que certains aspects de la prise en charge qui a duré plus de 4 ans et qui ne relevait pas uniquement d'une approche psychothérapeutique de type EMDR.

C'est vous qui décidez. Il peut s'agir de la zone la plus douloureuse (si elle existe !), ou de celle qui vous gêne le plus. »

Élisabeth : « Je voudrais travailler sur le haut du corps, sur cette zone qui va de mon dos à ma nuque, puis mes épaules. »

Cette procédure sera à refaire pour chacune des zones douloureuses identifiées.

Psychothérapeute : « Bien, vous allez tenter de vous construire une image mentale de cette zone douloureuse et en tentant mentalement d'en préciser les contours, la taille, la forme, l'épaisseur... Comme si vous aviez une caméra intérieure qui pouvait en saisir tous les détails et vous permettre une représentation aussi précise que possible. »

Psychothérapeute : « Est-ce que la zone est plutôt bien limitée ou au contraire plutôt diffuse ? De quelle couleur cette zone douloureuse serait ? Le rouge ou le noir étant souvent associées à des intensités de douleur ou de sensation assez fortes, alors que le jaune ou le blanc à des intensités plus faibles ou nulles de douleur ou de sensation. Quelle forme ou taille aurait-elle ? De quelle matière (bois, acier...) pourrait être faite cette zone de douleur ou de sensation ? »

Élisabeth : « Oui... je pourrai colorier le dessin. Surtout avec du rouge d'ailleurs. C'est comme du métal brûlant » ([tableau 6.9](#)).

c. Cognition négative

Psychothérapeute : « Si vous pensez à la douleur et/ou à la sensation de cette zone douloureuse, quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit et qui disent quelque chose de négatif sur vous ou sur la douleur là, maintenant ? »

Élisabeth : « Je suis impuissante. »

d. Cognition positive

Psychothérapeute : « Plutôt que "Je suis impuissante", quand vous pensez à cette zone qui va de votre dos à votre nuque en passant par vos épaules et à cette sensation douloureuse, qu'est-ce que vous préféreriez penser de vous-même maintenant ? »

Élisabeth : « J'aimerais me dire que je peux reprendre ma vie en main. »

e. Validité ou crédibilité de la cognition positive (VOC) sur une échelle de 1 à 7

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à cette zone qui va de votre dos à votre nuque en passant par vos épaules et à cette douleur, dans quelle mesure ressentez-vous comme vrais ces mots "Je peux reprendre ma vie en main" ? Sur une échelle de 1 à 7, avec 1 étant le niveau le plus bas (« tout à fait faux ») et 7 le niveau le plus haut (« tout à fait vrai »), quelle valeur lui donneriez-vous ? »

Élisabeth : « 1. »

f. Détermination de l'émotion (ou des émotions) associée(s)

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à cette zone douloureuse et à ces mots "Je suis impuissante", quelle(s) émotion(s) éprouvez-vous maintenant ? »

Élisabeth : « Je ressens de la tristesse. »

g. Mesure de la Subjective Units of Pain (ou SUP)

Psychothérapeute : « Pensez à cette zone douloureuse. Pensez également à ces mots “Je suis impuissante”. Sur une échelle notée de 0 (« pas de douleur du tout ») à 10 (« la pire des douleurs que vous puissiez ressentir »), dites à combien vous évaluez le niveau de douleur que vous ressentez maintenant. »

Élisabeth : « 10. »

h. Localisation corporelle

Psychothérapeute : « Où, en plus de la douleur dans votre dos, votre nuque et vos épaules ressentez-vous cette tension dans votre corps ? »

Élisabeth : « Partout dans mon corps. »

- Phase 4 : *désensibilisation de la cible*

Le psychothérapeute demande à la patiente de maintenir à l'esprit l'image cible et les aspects liés tout en se focalisant simultanément sur la stimulation bilatérale aussi rapidement que possible. Poursuivre comme dans le Protocole standard jusqu'à ce que le SUP soit égal à 0. **Attention:** à ce stade, il convient de demander au patient de se refaire une représentation mentale de la douleur, afin de voir comment la représentation du schéma de ou des zones douloureuses a évolué.

Il convient de parvenir à ce que le patient voit la zone douloureuse diminuer en quasi-totalité, voire disparaître. Ainsi, le travail de désensibilisation doit se poursuivre non seulement si le SUP est à égale 0, mais aussi tant que la représentation graphique de la zone douloureuse prise comme cible est présente.

Quand celle-ci a diminué de manière significative, il convient de refaire un Scanner du corps et de choisir une autre zone douloureuse à traiter en refaisant une phase 3 et une phase 4. C'est quand toutes les zones auront été « nettoyées » qu'il sera possible et cohérent de passer à la phase d'installation.

- Phase 5 : *installation de la cognition positive*

Le thérapeute apprend au patient à penser à l'image cible et à répéter la cognition positive tout en le soumettant à une stimulation bilatérale jusqu'à ce que son niveau de vérité et de croyance soit ressenti comme optimal.

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à la zone qui va de votre dos, votre nuque à vos épaules et à cette douleur, dans quelle mesure ressentez-vous comme vrais ces mots, “Je peux reprendre ma vie en main” ? Sur une échelle de 1 à 7, avec 1 étant le niveau le plus bas (« tout à fait faux ») et 7 le niveau le plus haut (« tout à fait vrai »), quelle valeur lui donneriez-vous ? »

Élisabeth : « 3. »

Poursuivre jusqu'à ce que la VOC soit à 7. Il convient à ce stade de la tester après chaque série de SBA.

- Phase 6 : *balayage corporel*

Vérification de l'absence/présence de tout signe de tension physique ou d'inconfort résiduel. Si n'importe lequel de ces signes est rapporté, le thérapeute apprend au patient à se focaliser sur ses sensations physiques tout en le soumettant à une stimulation bilatérale jusqu'à ce que la tension ait diminué ou disparu.

- Phase 7 : *Scénario du futur et clôture de la séance*

Préparation du patient à quitter la séance (*voir Protocole standard*).

Conclusion

Comme nous l'avons montré dans ce chapitre, la psychothérapie EMDR peut s'avérer d'une grande pertinence clinique pour la prise en charge de la douleur chronique. Si nous avons circonscrit la problématique de ce texte aux douleurs du membre fantôme ainsi qu'à la fibromyalgie, les stratégies psychothérapeutiques restent assez proches les unes des autres et pourront avantageusement être adaptées à d'autres contextes. Il est inutile d'aller chercher des protocoles trop spécifiques dans ce domaine, ils ne seraient que des paravents qui masqueraient mal l'incapacité du clinicien à réinventer et à adapter sa pratique. C'est bien à la créativité que nous invitons le praticien, aux conditions expresses d'une part, de l'inscrire dans une bonne compréhension du processus douloureux dans lequel le patient est bloqué, et d'autre part, d'être capable de justifier les orientations psychothérapeutiques choisies. Ainsi, la créativité n'est en rien assimilable au bricolage et aux pseudo-théories locales dont certains se disent les détenteurs. Il s'agit plutôt de postures argumentables scientifiquement et cliniquement qui ne feront qu'enrichir les compétences du praticien.

Les 5 points clés du chapitre

- L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme « [...] une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en rapport avec une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion » (Merskey, Bogduk, 1994). Bien que vague, cette définition met en exergue le rôle plutôt subjectif de la douleur et celui des émotions qui lui sont souvent associées.
- Il convient de distinguer, dans toute prise en charge EMDR, les épisodes traumatiques sur le plan psychique, la mémoire de la douleur et le syndrome douloureux actuel. Selon les cas un Protocole douleur ou un Protocole standard pourront être utilisés.
- La douleur fantôme peut se définir comme une expérience subjective de perception et de sensation de présence d'un membre ou d'une partie du corps après leur ablation.
- Quelques études ont montré qu'il existait un lien entre fibromyalgie et ESPT.





L'étude de Cohen et al. (2002) a montré que près de 57 % des patients ayant une fibromyalgie manifestaient un nombre significatif de symptômes d'ESPT (évitement, reviviscence, anxiété). De plus, les femmes fibromyalgiques souffrant d'ESPT rapportent un plus grand nombre d'événements traumatisques que les hommes fibromyalgiques.

- Un travail qui articule EMDR et imagerie mentale des zones douloureuses est la clé de voûte de tout dispositif de prise en charge des patients douloureux chroniques.

Références

- AETMIS (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé) (1999). *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique*, Paris, ANAES.
- AETMIS (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé) (2006). « Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) », in *Organisation des services de santé*, Montréal.
- Aglioti, S., Cortese, F., & Franchini, C. (1994). « Rapid sensory remapping in the adult human brain as inferred from phantom breast perception ». *NeuroReport*, 5, 473-476.
- Atallah, F., & Guillermou, Y. (2004). « L'homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale ». *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 23, 722-729.
- Berghmans, C., & Tarquinio, C. (2009). *Comprendre et pratiquer les nouvelles psychothérapies*. Paris: InterEdition/Dunod.
- Bonica, J. J., Anderson, S., Bond, M., Metha, M., & Swerdlow, M. (1987). *Chronic Non-cancer Pain*. Lancaster MTP Press Ltd.
- Breivik, H., Collett, B., et al. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain*, 10, 287-333.
- Brennstuhl M.J. (2014). *Utilisation de la thérapie EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, dans le cadre de la douleur chronique : efficience et perspectives cliniques*, Thèse de 3^e cycle. EPSAM/APEMAC, Université de Lorraine.
- Brennstuhl M.J., Tarquinio C., Montel S., Masson J., Bassan F., Tarquinio P. (2014). « Utilisation de la thérapie EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing – pour le traitement du syndrome du sein fantôme : étude de cas, *Revue européenne de sexologie*.
- Bourreau, F., Luu, M., Doubrere, J. F., & Gay, C. (1984). « Élaboration d'un questionnaire d'autoévaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le Mc Gill Pain Questionnaire de Melzack ». *Thérapie*, 39, 119-139.
- Burckhardt, C. S., Clark, S. R., & Bennett, R. M. (1991). « The fibromyalgia impact questionnaire : Development and validation ». *Journal of Rheumatology*, 18, 728-733.
- Burckhardt, C. S., Clark, S. R., & Bennett, R. M. (1993). « Fibromyalgia and quality of life : A comparative analysis ». *Journal of Rheumatology*, 20(3), 475-479.
- Childre, D., & Martin, H. (2005). *L'Intelligence intuitive du cœur/la solution HeartMath*. Outremont (Canada): Ariane Edition.

Circulaire DGS/DH n° 98-47 du 4 février 1998.

- Cohen, H., Neumann, L., Haiman, Y., Matar, M. A., Press, J., & Buskila, D. (2002). « Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: Overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? ». *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 32, 38-50.
- De Roos, C., & Veenstra, S. (2010). *EMDR Pain protocol for Current Pain. EMDR Scripted Protocols*. New York: Springer Publishing Company, p. 537-557.
- De Roos, C., Veenstra, A. C., Jongh, A. (de), den Hollander Gijsman, M. E., van der Wee, N. J. A., & van Rood, Y. R. (2010). « Treatment of chronic phantom-limb-pain (PLP) using a trauma focused psychological approach: Ten cases ». *Pain Research and Management*, 15(2), 65-71.
- Dijkistra, K., Kaschak, M. P., & Zwaan, R. A. (2007). « Body posture facilitates retrieval of autobiographical memories ». *Pain*, 102, 139-149.
- Dostrovsky, J. O. (1999). « Immediate and long-term plasticity in human somatosensory thalamus and its involvement in phantom limbs ». *Pain*, 82, S37-43.
- Dreyer, L., Kendall, S., Danneskiold-Samsøe, B., Bartels, E. M., & Bliddal, H. (2010). « Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia – increased suicide, liver disease and cerebrovascular disease ». *Arthritis and Rheumatology*, 62, 3101-3108.
- Flor, H. (2002). Phantom-limb pain: Characteristics, causes treatment. *The Lancet Neurology*, 1, 182-189.
- Friedberg, F., & Jason, L. (2001). Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: Clinical assessment and treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 57, p 433-455.
- Giroux, P., Sirigu, A., Schneider, F., & Dubenard, J.-M. (2001). Cortical reorganization in motor cortex after graft of both hands. *Nature Neuroscience*, 4(7), 691-692.
- Goldenberg, D. L. (1994). Fibromyalgia. In J. H. Klippel, & P. A. Dieppe (Eds.), *Rheumatology*. Londres: Mosby.
- Grant M. (2009). Change your Brain, Change your Pain, Based on EMDR, Sydney (Australia), Retrieved from : www.overcomingpain.com.
- Grant, M., & Threlfo, C. (2002). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1505-1520.
- Gureje, O., VonKorff, M., & Simon, G. E. (1998). Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 280, 147-151.
- Kroener, K., Krebs, B., Skov, J., & Joergensen, S. (1989). Immediate and long-term phantom breast syndrom after mastectomy: Incidence, clinical characteristics and relationship to premastectomy breast pain. *Pain*, 36, 327-334.
- Lachaine, J., Beauchemin, C., & Landry, P. A. (2010). Clinical and economic characteristics of patients with fibromyalgia syndrome. *Clinical Journal of Pain*, 26(4), 284-290.
- Lobenstine, F., & Shapiro, E. (2007). What is an effective self-soothing technique that I can teach my client to use at home when stressed? *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 122-124.
- Miller, E., & Halper, S. (1994). *Letting Go of Stress*. Chicago: Inner Peace Music.
- Logie, R. D. J., & Jongh, A. (de) (2014). "The Flash-forward procedure": Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 25-32.
- Megan, H. (2014). EMDR as a therapeutic treatment for complex regional pain syndrome: A case report. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(2), 66-73.

- Melzack, R., & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of chronic pain: A new conceptual model. In D. L. Kenshalo (Ed.), *The Skin Senses*. Springfield (III): Thomas.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain, Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms* (2nd ed.). Seattle: IASP Press.
- Nikolajsen, L., & Jensen, T. (2001). Phantom limb pain. *British Journal of Anaesthesia*, 87, 107-116.
- Ohayon, M. M., & Schatzberg, A. F. (2010). Chronic pain and major depressive disorder in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 454-461.
- Ospina, M., & Harstall, C. (2002). *Prevalence of Chronic Pain: An Overview*. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research.
- Perrot, S., Dumont, D., Guillemin, F., et al. (2003). Quality of life in women with fibromyalgia syndrome: Validation of the QIF, the French version of the fibromyalgia impact questionnaire. *Journal of Rheumatology*, 30, 1054-1059.
- Price, D. D. (1999). Psychological Mechanism of Pain and Analgesia. *Progress in Pain Research and Management* (vol. 15). Seattle: IASP Press.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ramachandran, V. S., & Hirstein, W. (1998). The perception of phantom limbs: The DO Hebb lecture. *Brain*, 9, 1603-1630.
- Raphael, K. G., Janal, M. N., & Nayak, S. (2004). Comorbidity of fibromyalgia and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of women. *Pain Medicine*, 5, 33-41.
- Rothenmund, Y., Grüsser, S. M., Liebeskind, U., Schlag, P. M., & Flor, H. (2004). Phantom phenomena in mastectomized patients and their relation to chronic and acute pre-mastectomy pain. *Pain*, 107, 140-146.
- Roulet, S., Nouette-Gaulain, K., Brochet, B., & Szarka, F. (2009). Douleur du membre fantôme : de la physiopathologie à la prévention. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 28, 460-472.
- Russell, M. C. (2008). Treating traumatic amputation related phantom limb pain: A case study utilizing EMDR within armed services. *Clinical Case Studies*, 7, 136-153.
- Sanders, S. H., Harden, R. N., & Vicente, P. J. (2005). Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrome patients. *Pain Practice*, 5(4), 303-315.
- Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2008). EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine*, 9, 76-82.
- Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2007). EMDR and phantom limb pain: Theoretical implications, case study and treatment guidelines. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 31-45.
- Scott, J., & Huskisson, E. C. (1976). Graphic representation of pain. *Pain*, 2, 175-184.
- Sharp, T. J., & Harvey, A. G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21, 857-877.
- Sherman, J. J., Turk, D. C., & Okifuji, A. (2000). Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *Clinical Journal of Pain*, 16, 127-134.
- Smythe, H. A., & Moldofsky, H. (1977). Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. *Bulletin on the Rheumatic Diseases*, 28, 928-931.

- Solvey, P., & Solvey, R. (2006). Dolor en miembro fantasma. *Terapias de Avanzada*, 25, 89-105.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press.
- STOPNET (2012). En ligne, consulté le 30 octobre 2012. Disponible sur : www.hal.inserm.fr/docs/00/32/68/93/PDF/inserm-00326893_edited.pdf.
- Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). *Les Psychotraumatismes*. Paris: Dunod.
- Turk, D. C., Okifuji, A., Sinclair, J. D., & Starz, T. W. (1996). Pain, disability, and physical functioning in subgroups of patients with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 23, 1255-1262.
- Wolfe, F. (2003). Stop using the American College of Rheumatology criteria in the clinic. *Journal of Rheumatology*, 30, 1671-1672.
- Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennett, R. M., Caro, X. J., Goldenberg, D. L., et al. (1997). Prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatology*, 40, 1560-1570.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J., & Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*, 8, 19-28.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatology*, 33, 160-172.
- Woodhouse, A. (2005). Phantom limb sensation. *Clin Exp Pharmacol Physiol*, 32, 132-134.
- World Health Organization (1992). A new understanding chronic pain. In A. Kaplun (Ed.), *Health Promotion and Chronic Illness. Discovering a New Quality of Health*. Copenhague: WHO Regional Publications.

Introduction

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont communes dans notre société. Pour autant, leurs conséquences sur le plan psychique, bien qu'elles soient importantes restent négligées et méconnues par beaucoup. C'est le cas des médecins, préoccupés – à raison – par la survie de leur patient, mais aussi des malades eux-mêmes et de leur entourage qui sous-estiment les séquelles psychologiques que peuvent avoir de tels événements. C'est la raison pour laquelle il nous a semblé important de consacrer un chapitre à la problématique de la prise en charge des malades atteints par les MCV avec la psychothérapie EMDR. Il ne s'agira pas de reprendre ce qui a déjà été abordé dans les chapitres précédents, qui proposent certaines procédures qui sans aucune difficulté pourraient s'appliquer aux MCV. La perspective sera plutôt d'envisager en quoi ces MCV, par leur nature et les conséquences psychologiques qu'elles imposent aux malades, méritent d'être appréhendées en des termes spécifiques et complémentaires à ce qui a été développé dans les chapitres précédents. Aussi, après avoir posé la problématique des MCV dans leur ensemble, nous focaliserons plus spécifiquement notre attention sur la prise en charge des conséquences psychologiques de l'infarctus du myocarde. Un tel chapitre sera l'occasion d'envisager l'usage d'un Protocole d'urgence trop peu connu et utilisé, qui dans le champ de la santé et de la maladie peut trouver toute sa légitimité et son intérêt. Un intérêt tout particulier sera porté au travail à faire avec les patients sur leur avenir et sur le futur. Un tel travail de projection et de configuration de l'estime de soi prendra avec les MCV une dimension plus importante qu'ailleurs.

Les maladies cardiovasculaires et leurs conséquences psychiques : des aspects souvent occultés

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont responsables de la majorité des décès dans les pays d'Occident, soit 16,7 millions de décès dans le monde en 2003 selon l'OMS (29,2 % de la mortalité totale). Même si cette mortalité semble régresser dans nos pays, elle augmente dans les pays en voie de développement. Cette diminution de la mortalité dans les pays riches provient notamment de l'amélioration de la prévention (nutritionnelle

essentiellement), de l'évolution des diagnostics et des prises en charge des accidents cardiovasculaires (par la thérapeutique médicamenteuse et chirurgicale). Parmi les 16,7 millions de décès annuels, 7,3 millions sont dus à un infarctus du myocarde¹ (43,7 %), 5,5 millions à un accident vasculaire cérébral² (32,9 %) et 3,9 millions à l'hypertension artérielle³ ou à d'autres MCV (23,4 %).

Aux États-Unis, en ce qui concerne le seul infarctus du myocarde, on estime chaque année à 610 000 le nombre de nouvelles attaques et à 325 000 celui des attaques récurrentes, conduisant à 150 000 décès annuels.

La France reste à cet égard un cas particulier dans le monde occidental, puisqu'en 2004, la première cause de mortalité était d'abord le fait des cancers (30 %), suivie ensuite des MCV (28,9 %), avec une forte différence d'ailleurs entre hommes et femmes, car les cancers étaient la cause de 34,5 % de la mortalité chez les hommes (26,4 % pour les MCV), contre 25,2 % chez les femmes (31,7 % pour les MCV).

La survenue de ces maladies cardiovasculaires n'est pas sans conséquence sur le plan psychique. Selon Dobbels et al. (2002), entre 15 et 25 % des patients cardiaques souffriraient de dépression. On considère d'ailleurs que les sujets souffrant de MCV ont en moyenne 2,65 plus de risques de développer une dépression que les autres (Verhaak, 1996). Par extension, les conséquences de la dépression sur l'évolution des MCV sont encore floues, même s'il est communément admis qu'elle représente un facteur de risque majeur de morbidité et de mortalité en période de post-infarctus du myocarde par exemple (Frasure-Smith, 1993). Enfin, et c'est un aspect essentiel, la dépression – tout comme la dimension traumatique des MCV – rend les malades moins observants (à l'aspirine par exemple), les conduisant ainsi à ne pas suivre correctement les prescriptions médicales, tant en termes de prise de médicaments que de respect des conseils d'hygiène de vie (encadré 7.1). Un tel phénomène a en retour des effets délétères sur l'état de santé de ces patients (Kravitz et al., 1993 ; Tarquinio, Tarquinio, 2007), avec des effets directs sur le taux de réhospitalisation par exemple, qui, en raison de ces conduites d'inobservance, est plus important chez ce type de malade (Shemesh et al., 2004).

Il ne fait plus guère de doute aujourd'hui que les MCV sont pour les malades une expérience traumatique dont il convient de reconnaître la

-
1. L'infarctus du myocarde est une nécrose (mort de cellules) d'une partie du muscle cardiaque secondaire due à un défaut d'oxygénation (ischémie) dans le cadre de la maladie coronarienne. En langage courant, on l'appelle le plus souvent une « crise cardiaque » ou simplement infarctus.
 2. Un accident vasculaire cérébral est un déficit neurologique soudain, d'origine vasculaire, causé par un infarctus ou une hémorragie au niveau du cerveau.
 3. L'hypertension artérielle est une pathologie cardiovasculaire définie par une pression artérielle trop élevée.

Encadré 7.1**Observance et maladie chronique**

L'observance thérapeutique est un domaine d'étude qui, depuis bien des années, a donné naissance à de nombreuses recherches en médecine, sciences humaines et plus particulièrement en psychologie de la santé. L'observance est une des expressions du comportement des patients vis-à-vis de leurs traitements qui reste relativement méconnue, même par les professionnels de la santé. En réalité, nombreux sont les médecins ou les soignants qui n'envisagent même pas le fait que les traitements qu'ils prescrivent pourraient ne pas être suivis.

L'observance se manifeste par un ensemble de comportements qui peuvent englober non seulement la prise de médicaments, mais également le suivi de régimes alimentaires ainsi que les comportements adaptés ou sains intervenant dans le style de vie et qui ont une incidence sur la santé des patients (Fontaine, Salah, 1991). Elle est parfois complétée par d'autres comportements qui sont le plus souvent intégrés à la définition que l'on donne de l'observance. Ces comportements peuvent concerner le fait de venir aux rendez-vous à l'hôpital ou au cabinet du médecin, d'avoir une alimentation saine et équilibrée, de faire de l'exercice, éviter de fumer, etc. (Myers, Midence, 1998). Dans un sens large, l'observance désigne donc le comportement d'un patient qui suit le traitement qui lui a été prescrit et tient compte des recommandations médicales. Haynes (1979) la définit comme « l'importance avec laquelle les comportements (en termes de prise de médicaments, de suivi des régimes ou de changements des habitudes de vie) d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé ».

Pour certaines pathologies, comme la tuberculose ou le VIH, une faible observance est souvent la cause d'échecs thérapeutiques, de rechutes, voire d'une augmentation de la résistance des virus ou des bactéries (Gourevitch et al., 1996). Le niveau d'observance varie d'une pathologie à l'autre en fonction des contraintes du traitement, des caractéristiques psychosociales des populations concernées ou des conditions médicales de prise en charge. On estime à l'heure actuelle pour l'ensemble des pathologies chroniques que l'observance thérapeutique s'inscrit dans une fourchette qui peut varier de 15 à 93 % (Kaplan, Simon, 1990). En fait, de nombreuses études estiment qu'en moyenne un tiers des patients, toutes pathologies confondues, peut être considéré comme totalement non observant.

Bien qu'il ne soit pas habitué à la prendre en charge, l'observance devrait être un aspect à prendre en compte dans les objectifs psychothérapeutiques que se donne le psychothérapeute dans la prise en charge du malade chronique.

spécificité. Plus qu'un événement délimité dans le temps, c'est souvent la répétition subie et toujours possible d'accidents ou d'incidents aigus qui vont complexifier la prise en charge de ce type de malade. Des séries de

microtraumatismes peuvent ainsi se succéder et s'accumuler les uns après les autres, quand il ne s'agit pas de traumatismes massifs ! Ces derniers sont déterminés par les stades, les avancées ou les aggravations de la maladie (prise de conscience de ce qui s'est passé, des effets sur le quotidien, des risques encourus, de la nécessité d'un changement de vie...), la précision au fil du temps de la situation médicale révélée aux malades (annonces faites au fur et à mesure de l'évolution et de la précision des investigations médicales, nécessité et risques d'éventuelles interventions chirurgicales, phase de réadaptation cardiaque...) ou encore le vécu de la maladie⁴. L'entrée dans la maladie reste de ce point de vue une épreuve violente et traumatisante (Coughlin, 2013 ; Houppe, 2013). C'est à vrai dire par le biais d'un traumatisme inaugural que les patients entrent dans la maladie (Steptoe, Molloy, 2011). Une fois cette phase aiguë et traumatisante passée, c'est à la dimension chronique de la maladie et à son cortège de symptômes qu'il faudra faire face. On observe par exemple entre 10 et 15 % d'ESPT complet ou partiel en post-infarctus du myocarde (Spindler, Petersen, 2005), même si Tedstone et Tarrier (2003) ont relevé selon les études une prévalence plus hétérogène, pouvant osciller entre 0 et 16 %. C'est également le cas en post-chirurgie cardiaque, où la prévalence de l'ESPT peut varier entre 11 et 18 % (Wiedemar et al., 2007). Il est intéressant de constater qu'il n'existe pas, contrairement à ce que l'on pourrait penser, de lien entre les caractéristiques médicales des MCV et la présence d'un ESPT. Ainsi, la perte de conscience et la réanimation cardio-respiratoire au moment d'un infarctus du myocarde par exemple (Kutz et al., 1994), la sévérité objective de l'accident cardiaque (Doerfler, 1997 ; Ginzburg et al., 2003) ou la durée de l'hospitalisation (Ginzburg et al., 2003 ; Thompson, 1999), ne semblent en rien prédire le développement de l'ESPT, ceci quelle que soit la nature des MCV. Les déterminants d'une réaction psychotraumatique consécutive à une MCV tiennent à vrai dire au vécu du patient pendant la phase

4. La survenue de la maladie provoque des bouleversements non seulement sur les aspects extérieurs, les modes de vie et les conditions d'existence, mais aussi à l'intérieur de l'individu. Les sujets disent volontiers qu'ils ont changé, qu'ils ne sont plus les mêmes personnes. Un aspect frappant des maladies est leur capacité à centrer l'attention sur les activités physiques et les fonctions corporelles considérées jusque-là comme acquises. La perturbation des gestes automatiques qui auparavant n'étaient pas essentiels à la conception du soi (comme marcher, s'habiller, parler...) provoque une menace sur le soi physique et parfois même une menace mortelle. Les fonctions biologiques et physiques, auparavant automatiquement régulées, apportent de nouvelles informations à l'individu et le contraint à mettre en place de nouvelles procédures de contrôle. Une telle situation n'est pas sans conséquences sur la perception que le sujet va construire de lui-même et notamment sur les possibilités et les limites que lui impose la maladie (régime, troubles sexuels graves...).

aiguë de l'accident cardiaque (Wiedemar et al., 2007). En effet, les affects psychotraumatiques dans le cas des MCV sont très souvent associés à la peur de mourir (notamment pendant l'accident cardiaque), aux douleurs physiques toujours importantes et impressionnantes, ainsi qu'au sentiment d'impuissance et à l'impression de ne pouvoir faire appel à aucun secours et à aucune aide. De façon assez classique sur le plan clinique, il existe un lien entre la présence d'un état de stress aigu ou ESA (voir chapitre 5) juste après la survenue d'une MCV et le développement d'un ESPT (Ginzburg et al., 2003). Ainsi, dans de tels contextes, les personnes qui présentent un ESA ont trois fois plus de chances de développer un ESPT sept mois plus tard (Ginzburg et al., 2003). Il semble également que les symptômes d'évitement, de reviviscence, d'hyperactivation neurovégétative et de dissociation présents dans la première semaine après une MCV soient prédictifs de l'apparition et de la sévérité de l'ESPT. Pour reprendre Houppe (2013) : « Le stress post-traumatique est à la fois un facteur de risque et un facteur pronostic coronarien. La situation se complique du fait que la survenue même d'une maladie coronaire, d'un infarctus ou de toute autre situation cardiaque ayant entraîné un risque mortel (réel ou imaginaire) peut être le déclencheur d'un tableau de stress post-traumatique comme peut l'être un attentat, une agression ou un viol. »

À ce stade, il est important de relever que dans le champ des MCV, la problématique psychotraumatique relève d'une certaine spécificité. En effet, il apparaît que le poids des symptômes d'évitement est plus important que les manifestations intrusives. Par exemple, certains malades font tout ce qui est en leur pouvoir pour éviter les situations où les conditions associées au déclenchement du premier accident cardiaque, avec la crainte de réunir les conditions qui dans leur représentation ont conduit à la maladie.

Mais les réponses des patients confrontés à la survenue et à l'installation des MCV peuvent prendre des formes moins spécifiques, comme le montre la revue de la littérature de Goodwin et al. (2009). Ces auteurs ont mis en évidence un lien direct et constant entre certains troubles anxieux, comme les attaques de panique, les troubles d'anxiété généralisée ou les phobies simples, et les MCV. Il apparaît en effet que le risque de développer un trouble anxieux consécutivement à la survenue d'une MCV serait selon les études 1,5 à 8 fois plus important (Kubantzky et al., 2005). Une telle situation a en retour des effets aggravant sur les pathologies cardiaques quelles qu'elles soient (Roy-Byrne et al., 2008) en exposant notamment les malades à un risque accru d'arrêt cardiaque et d'angine de poitrine⁵ (angor) ou d'HTA.

5. Décrise en 1768 par William Héberden, par comparaison avec la brûlure de l'angine au niveau du cou. Elle est la manifestation clinique de l'ischémie myocardique (c'est-à-dire un apport en sang insuffisant) dont la preuve est habituellement apportée par l'apparition contemporaine d'anomalies ou de modifications de la repolarisation à l'ECG.

Houppé (2013) rappelle à cet égard les travaux de Larsen et al. (2010) qui montrent par exemple que, dans le mois qui suit la survenue d'un infarctus du myocarde, le taux de suicide est multiplié par 3,25 chez les sujets de moins de 50 ans sans antécédent psychiatrique. D'autres publications mentionnent qu'une semaine après l'annonce d'un cancer de la prostate, le taux de suicide est multiplié par 8,4 et celui d'infarctus du myocarde par 11,2 (Fall et al., 2009). La peur extrêmement intense qu'a pu ressentir un patient au moment d'un infarctus induit une augmentation importante des réactions inflammatoires et une baisse de la variabilité sinusale. Avoir peur de mourir au moment d'un épisode coronaire aigu provoque un risque de mourir de peur dans les semaines qui suivent (Steptoe, 2011).

La prise en charge des MCV avec la psychothérapie EMDR

Au regard de la littérature, la mise en place d'une prise en charge psychothérapeutique se justifie dès le début de la survenue des MCV. Comme c'est le cas pour les victimes « classiques », il convient d'envisager l'intervention au plus tôt et au plus près de l'accident cardiaque afin de réduire voire d'éviter l'installation d'une réponse psychotraumatique réactionnelle trop massive. Rappelons, qu'une fois la crise ou l'incident inaugural passés, il ne faut pas que les patients et leur entourage se satisfassent de l'évident soulagement d'être encore en vie. Il faut être conscient que l'accident cardiaque reste fondamentalement le signe d'une vulnérabilité d'abord physique, et, par effet induit, psychologique. Nous avons fait le choix d'envisager dans ce chapitre une situation unique de MCV pour laquelle l'EMDR peut s'avérer d'une grande utilité : l'infarctus du myocarde. Il est évident que l'usage de l'EMDR, du fait de sa pertinence dans la prise en charge des troubles réactionnels, se justifie dans bon nombre de situations cardiovasculaires. À cet égard, les chapitres précédents offrent une vaste palette d'outils et de concepts qui pourront aider le praticien dans ce contexte si particulier des MCV. Si, comme nous l'avons évoqué, la prise en charge des malades cardiaques doit toujours s'envisager au plus près des événements, il n'est pas en revanche forcément nécessaire de s'atteler prioritairement à un travail sur le passé des malades, sauf si celui-ci s'impose (chaque psychothérapeute en fonction du cas qu'il a à traiter et de son expérience sera à même de juger). Aussi, il s'agira le plus souvent d'un travail sur la confrontation inau-gurale à la maladie, qui devrait être suivi d'une projection dans le futur, qui souvent résonne comme une nouvelle vie pour le malade obligé de trouver les ajustements nécessaires, y compris identitaires, pour poursuivre son chemin. Le travail psychothérapeutique revêt ici une dimension particulière, qui passe par l'intégration d'une nouvelle identité, celle de malade,

qui souvent raisonne comme un deuil. Le deuil de celui qu'il ne sera plus et qu'il ne pourra plus être du fait de la maladie. Certes, selon les situations, ces renoncements peuvent être plus ou moins conséquents. Pour autant, ils sont nécessaires, pour que le malade accepte sans restriction l'entrée dans ce nouveau rôle, dans cette nouvelle identité, qui peut par exemple l'obliger à suivre un traitement, à respecter une meilleure hygiène de vie, voire à ne plus pouvoir avoir les activités professionnelles et personnelles qui étaient les siennes jusqu'alors. Sans doute que la spécificité des MCV comme de nombreuses autres maladies chroniques se situe sur cette capacité à rebondir. Il ne s'agit pas seulement, comme on l'entend souvent dans le champ de la victimologie, de réduire les symptômes d'ESPT et dépasser l'événement traumatique, qui objectivement est derrière soi. Dans le cas des MCV, la pathologie est comme une épée de Damoclès avec laquelle il va falloir apprendre à vivre. Difficile de se projeter dans la vie lorsqu'à chaque instant, tout peut s'arrêter sans prévenir, et que l'on peut mourir. Certes, c'est là une situation qui nous concerne tous, mais la différence avec les patients concernés par les MCV, c'est qu'ils en ont en fait l'expérience et qu'ils ont vu la mort de près.

La prise en charge précoce d'un infarctus du myocarde : urgence et psychothérapie

Présentation de la problématique de l'infarctus du myocarde : dimensions médicales et psychologiques

L'infarctus du myocarde est l'une des plus fréquentes maladies cardiovasculaires. Il s'agit de la mort de cellules du muscle cardiaque (le myocarde) lorsqu'une artère du cœur est bloquée et qu'une partie du muscle cardiaque ne reçoit plus d'oxygène et de nutriments. Sa sévérité est déterminée par l'étendue de la zone atteinte. Dans 98 % des cas, l'infarctus du myocarde est le fait de l'occlusion d'un vaisseau coronaire, responsable d'une ischémie myocardique sévère puis d'une nécrose. La rupture d'une plaque d'athérome suivie de la formation d'un thrombus occlusif est le principal phénomène physiopathologique. Celui-ci est associé à une vasoconstriction distale et à un phénomène de microembolisation qui aggravent l'ischémie d'aval.

La rupture de la plaque d'athérome aboutit à la formation d'un thrombus occlusif. Des emboles se détachent du thrombus initial et migrent vers la circulation d'aval qui est également le siège d'une vasoconstriction. L'ensemble de ces phénomènes aboutit à la réduction du flux coronaire et à l'aggravation de l'ischémie myocardique ([figure 7.1](#)).

Les symptômes les plus fréquents sont la sensation de pression, la présence d'un serrement inconfortable ou douloureux au centre de la poitrine

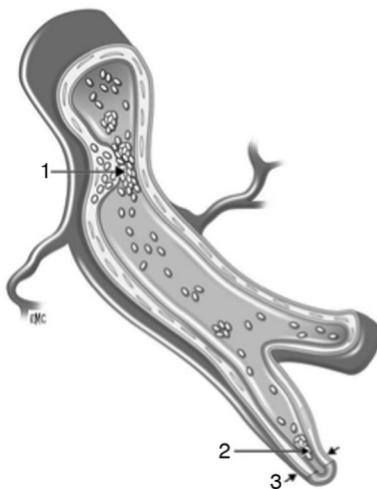


Figure 7.1. Physiopathologie de l'infarctus du myocarde.

1. Thrombus, 2. Embolie distale, 3. Vasoconstriction.

Source : Akoudad, Benamer, 2004.

(peut s'étendre au cou, aux épaules et aux bras), la transpiration, le souffle court et la nausée. Il est nommé « ischémie silencieuse » en l'absence de symptômes.

L'infarctus du myocarde est un événement menaçant, imprévisible et incontrôlable pour les individus qui en sont victimes. Plus de la moitié des victimes sont au repos lors de l'apparition des symptômes (51 %), alors que d'autres sont engagés dans une activité physique soutenue (13 %), modérée ou légère (18 %). L'infarctus du myocarde peut également survenir au travail ou en cours d'intervention chirurgicale (Pasternak et al., 1997). Les individus qui en sont victimes sont généralement transportés d'urgence à l'hôpital et y demeurent en moyenne pour une période de trois à neuf jours au cours de laquelle ils subissent des examens et des traitements médicaux. Toutefois, cette période peut se prolonger en cas de complications. Une convalescence d'une durée de quelques semaines à plusieurs mois s'ensuit. En plus de vivre un événement bouleversant et de subir des procédures médicales intrusives, les victimes d'infarctus du myocarde doivent s'adapter à leur nouvelle situation de vie avec le risque accru de répétition de l'événement cardiaque. Ces patients doivent souvent modifier certains comportements de façon à accroître leurs chances de survie (cesser de fumer, reprendre une activité physique, modifier leur régime alimentaire, etc. ; Pasternak et al., 1997). Les individus ayant des antécédents d'infarctus du myocarde sont quatre à six fois plus à risque de mourir d'un arrêt cardiaque que ceux avec une problématique cardiovasculaire.

Selon l'étude internationale de Steg et al. (2007), un patient sur sept admis pour un syndrome coronarien aigu présentera une récidive d'accident cardiovasculaire (décès, accident cérébro-vasculaire, événement ischémique artériel périphérique aigu ou récidive d'ischémie coronaire) dans les douze mois.

Les conséquences psychologiques de l'infarctus du myocarde sont multiples. Elles incluent l'ESA, l'ESPT, la dépression, l'anxiété, l'irritabilité, la colère⁶, l'insomnie, les cauchemars, les difficultés de concentration, la dysphorie, l'apathie, le sentiment de culpabilité, le découragement face à la perte de capacités et le déni de la maladie cardiaque (Kutz et al., 1994). Ces manifestations sont fréquentes et disparaissent souvent après quelques jours, bien qu'elles s'avèrent sévères et persistantes dans certains cas. Un nombre croissant d'études met en évidence l'impact défavorable que peuvent exercer les difficultés psychologiques telles que la dépression et l'anxiété sur le pronostic des individus victimes d'un infarctus du myocarde (Rozanski et al., 1999). Une prévalence de dépression majeure de 15 à 20 % et une prévalence similaire pour les symptômes de dépression d'intensité modérée après un infarctus du myocarde ont été rapportées. Les symptômes de dépression sont d'ailleurs associés à un risque accru de MCV. En effet, il semble que la présence de symptômes de dépression soit associée à un taux de mortalité trois à quatre fois plus élevé six mois après l'infarctus du myocarde et demeure prédictive de la mortalité jusqu'à dix-huit mois après l'infarctus du myocarde, et ce indépendamment des risques associés à la présence d'antécédents d'infarctus du myocarde (Frasure-Smith et al., 1995). L'anxiété est également une réaction psychologique commune après un infarctus du myocarde (18,5 à 69 % ; Mayou et al., 2000) et elle pourrait avoir un impact similaire sur le pronostic. Des études révèlent qu'un niveau élevé d'anxiété après un infarctus du myocarde est associé à davantage de complications au cours de l'hospitalisation (Mayou et al., 2000) jusqu'à douze mois après l'infarctus (Frasure-Smith et al., 1995). L'ESA et l'ESPT, deux troubles anxieux pouvant se développer à la suite d'un événement traumatique, pourraient avoir des conséquences néfastes importantes sur le pronostic des victimes d'infarctus du myocarde. En effet, ces dernières présentent d'emblée un risque élevé de récurrence d'événements cardiaques indépendamment de leurs réactions psychologiques. De surcroît, l'ESPT a un impact important sur la santé et sur le fonctionnement du système cardiovasculaire. Les symptômes d'ESPT pourraient d'ailleurs se révéler de meilleures variables prédictives d'un faible pronostic en termes de santé

-
6. En ce qui concerne la colère, c'est surtout l'association à des sentiments de rumination et de culpabilisation qui augmente le risque de survenue d'un événement coronarien, notamment aigu. Le risque étant multiplié par plus de dix pour les niveaux de colère les plus élevés (Chida, Steptoe, 2006).

cardiovasculaire que la dépression ou la détresse générale après un infarctus du myocarde ([Shemesh et al., 2001](#) ; [Shemesh et al., 2004](#)).

L'usage de l'EMDR dans la prise en charge précoce d'un patient victime d'un infarctus du myocarde : « Mon cœur m'a trahi ! »

Présentation du cas Antoine

Antoine a 48 ans et c'est dans une période plutôt calme de sa vie qu'il a fait son infarctus. En 2013, à 1 heure du matin, il a ressenti une douleur fulgurante dans la poitrine. Sa fille de 18 ans lui a sauvé la vie en lui donnant de l'aspirine, alors que sa femme appelait le SAMU qui est arrivé dans la foulée. Il a été transporté dans le service des urgences de l'hôpital le plus proche de son domicile. Antoine a été hospitalisé trois jours et on lui a posé deux stents. Il consulte au cabinet un mois après l'épisode sur les conseils de son médecin généraliste et sur l'insistance de son épouse. Antoine se plaint de troubles du sommeil, d'agressivité, d'angoisse, d'attaques de panique. Il se sent dépressif avec des souvenirs intrusifs de l'infarctus. Il a le sentiment d'avoir frôlé la mort et cette idée le remplit d'effroi. Le père d'Antoine a lui aussi été victime de plusieurs infarctus, dont le dernier fut fatal.

La plupart du temps, la perspective temporelle dans le traitement précoce ou non des patients ayant fait l'objet d'un infarctus du myocarde est, au regard de l'étiologie du trouble, de type présent, futur et éventuellement passé ([tableau 7.1](#)).

Tableau 7.1. Perspective temporelle utilisée dans la prise en charge du cas Antoine.

Passé	Présent	Futur
(3)	1	2
Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	Déclencheurs actuels	Défis futurs

Ces malades victimes d'un infarctus n'auraient pas eu plus que les autres besoin d'avoir recours à une psychothérapie si la survenue brutale de leur problème de santé ne la leur avait imposée⁷. C'est la raison pour laquelle nous

7. Sauf s'il s'agit d'une récidive qui dans ce domaine peut concerner un patient sur sept. Dans ce cas, il conviendrait « peut-être » de débuter la prise en charge par les épisodes cardiovasculaires les plus anciens, voire par l'histoire cardiovasculaire du patient, qui peut concerner sa famille (parents touchés par une MCV) ou son entourage (amis, collègues...).

préconisons de focaliser la prise en charge sur le présent, notamment sur le souvenir souvent traumatisante de la survenue de l'infarctus du myocarde. Il s'agira ensuite d'envisager le travail sur les défis du futur, qui ici plus qu'ailleurs revêtent une importance considérable. Les MCV imposent souvent aux malades de repenser à leur rapport à la vie, aux autres et à eux-mêmes, afin de s'engager dans un véritable processus de changement. Notons que la plupart du temps, surtout en France, les malades cardiaques sont engagés dans des protocoles d'éducation thérapeutique à l'intérieur desquels il conviendra de situer et de positionner l'intervention du psychothérapeute. Pour ce faire, il n'est pas inutile, avec l'accord du malade, de prendre contact avec les services médicaux en charge de cette procédure éducative.

Pour l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient devrait lui permettre d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui l'aident à vivre avec sa maladie de manière optimale. Il s'agit par conséquent d'un processus d'apprentissage systémique qui prend en considération l'adaptation du patient (*coping*), ses croyances et ses représentations concernant sa maladie et son traitement, ses besoins subjectifs et objectifs, ainsi que ceux de sa famille. Il s'agit, en outre, d'un processus de soins permanents qui doit être adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient. Il apparaît donc que l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge à long terme.

Encadré 7.2

L'éducation thérapeutique : définition

Selon l'OMS (1998) : « L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées ainsi que les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie. »

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait l'objet d'un intérêt croissant national et international (Bodenheimer et al., 2002 ; Newman et al., 2004). Son développement dans des conditions de qualité, d'équité et d'efficience constitue une priorité chez les patients atteints de maladies chroniques (DGOS, 2008).

Nous proposons six étapes dans la prise en charge d'Antoine et de son infarctus du myocarde :

Étape 1. application de techniques de régulation des émotions (équilibration du système nerveux sympathique) ;

Étape 2. traitement des cibles du présent avec un Protocole événements récents⁸ ;

Étape 3. application de la technique des *Flash-forwards* de [Logie et de Jongh \(2014\)](#) et Scénario du futur ;

Étape 4. projection dans le rôle de malade ;

Étape 5. traitement des cibles du passé ;

Étape 6. autoapplication.

Étape 1 : applications de techniques de régulation des émotions

Ici encore nous proposons de débuter la prise en charge par un travail de stabilisation du patient, par la mise à disposition de compétences psychologiques auxquelles il pourra se référer à tout moment en cas de besoin. Pour ce faire, nous avons fait le choix du protocole DIR de Leeds (1995), de l'exercice des Quatre éléments de [Lobenstine et Shapiro \(2007\)](#) et du Lieu sûr (*voir* chapitre 4).

Cependant, ici plus qu'ailleurs les techniques de cohérence cardiaque ont toute leur pertinence, du fait même de la problématique de l'organe qui est touché : le cœur. C'est ainsi l'occasion de proposer au malade de reprendre contact avec cet organe qui lui a fait défaut et de ne pas rester dans une posture

Encadré 7.3

Effets comparatifs auprès d'une population de malades coronariens d'une démarche d'éducation thérapeutique classique versus une démarche d'éducation aux techniques de respiration ([Del Pozo et al., 2004](#))

L'objectif de cette étude était de montrer en quoi une formation aux techniques respiratoires chez des patients diagnostiqués avec des troubles coronariens pouvait optimiser la variabilité sinusale (VS) par opposition à une démarche classique d'éducation thérapeutique. Cette étude s'inscrit dans une volonté de prendre en charge la VS comme facteur de morbidité et de

8. Les protocoles d'urgence concernent les événements arrivés dans les dernières heures, alors que les protocoles dits d'« événements récents » concernent des événements ayant eu lieu depuis deux jours jusqu'à trois mois. Dans le second cas, les événements traités ont fait l'objet d'une consolidation et d'une intégration en mémoire.

mortalité chez les patients atteints de pathologies cardiaques. Les patients étaient répartis aléatoirement en deux groupes homogènes. Les sessions de prise en charge étaient au nombre de six, de quarante-cinq minutes chacune. Les évaluations (SDNN¹, RMSSD et SDANN) étaient réalisées avant la prise en charge (T1), à la fin de la sixième semaine (T2) et dix-huit semaines après la formation. Si les mesures de SDNN ne diffèrent pas entre les deux groupes ni à T1 ni à T2, en revanche, après dix-huit semaines, le groupe formé aux techniques de respiration montre une augmentation significative du SDNN. Ainsi, l'apprentissage de techniques de respiration simple a pour effet de rééquilibrer la contribution du système nerveux parasympathique par opposition au système nerveux sympathique, ce qui a des effets non seulement sur le niveau de stress des patients, mais également sur le score de dépression ([Nolan et al., 2005](#)).

¹ Cet index, plus sensible aux hautes fréquences, est un bon témoin de l'activité parasympathique.

phobique, mais au contraire d'entrevoir une sorte de réconciliation avec son cœur. C'est là une étape essentielle, pendant laquelle le malade peut à nouveau prendre conscience que quelque chose de positif se passe dans sa poitrine.

Nous avons ici fait le choix de la technique du *Heart Lock-in* qui se pratique généralement les yeux fermés et qui a pour objectif de potentialiser les forces et les ressources du sujet, afin de générer chez lui des sentiments positifs indépendamment de la présence ou non d'une situation difficile ou d'un stress. Il s'agit fondamentalement d'une technique que le patient pourra mettre en œuvre chez lui non seulement quand il va bien, mais aussi et surtout quand il sera confronté à des situations de stress ou d'anxiété. De ce point de vue, une telle approche a pour effet de développer chez le malade un ensemble de compétences psychologiques, désormais à sa disposition, qui lui permettront de faire face lui-même à d'éventuelles situations difficiles. Cela a notamment pour effet de redonner du contrôle aux patients, souvent en prise avec un sentiment d'impuissance dont chacun connaît les effets délétères sur la santé.

Protocole de cohérence cardiaque *Heart Lock-in* adapté aux MCV

1. Se laisser aller : explication de la cohérence cardiaque

Psychothérapeute : « Je vais vous apprendre une technique simple, mais efficace qui vous permettra de faire face, en cas de besoin à toute situation de stress ou d'anxiété. Il s'agit de la cohérence cardiaque [recommander le livre *Guerir* de David Servan-Schreiber]. Pour ce faire, je vais dans un premier temps vous demander de fermer les yeux et de vous concentrer sur votre respiration, tout en m'écoutant. Bien ! Notre cœur bat selon un certain rythme, vous le savez, mais ce rythme peut parfois varier. En fait, ce qui varie, c'est la période entre deux battements. C'est comme lorsque l'on marche, les pas que

nous faisons ne sont pas tous exactement identiques. Leur distance diffère, de quelques millimètres ou centimètres parfois, mais c'est une différence tout de même. Seul un robot aura des pas qui seront toujours les mêmes, car c'est une machine et qu'elle est programmée pour cela. Quand nous marchons, la distance entre nos pas est donc plus ou moins variable. C'est d'autant plus vrai lorsque nous rencontrons des obstacles. À ce moment, il nous arrive de faire de plus petits pas pour le franchir. En fait, nous adaptons notre démarche ; alors qu'elle paraît automatique et homogène, elle fait preuve d'une grande souplesse sans que pour autant nous en ayons conscience. Il en est de même du temps qui sépare deux battements cardiaques. Nous pouvons avoir le sentiment que celui-ci est toujours identique, alors même que lui aussi va varier, en fonction de notre état psychologique par exemple. C'est ce que l'on appelle la "variabilité de la fréquence cardiaque". Cette variabilité est contrôlée par deux systèmes nerveux indépendants qui portent le nom de "système nerveux sympathique" et de "système nerveux parasympathique". À vrai dire, le premier n'est pas vraiment sympathique, car c'est ce système qui est mobilisé lorsque nous sommes sous le coup d'une émotion négative, et c'est à cause de lui notamment que notre cœur va s'accélérer. Le second a pour fonction de contrôler le premier, c'est pourquoi on parle de parasympathique. Les deux sont comme l'accélérateur et le frein d'une voiture, et si la contribution des deux est équilibrée, alors notre cœur va battre avec une régularité que l'on pourra considérer comme normale. En revanche, si le système sympathique prend le dessus, le rythme cardiaque s'accélère. Tout se passe alors comme si notre cœur se trouvait en situation de déséquilibre et qu'il ne battait plus de façon harmonieuse. En revanche, si c'est le système parasympathique qui est trop présent, nous pouvons faire des malaises que l'on nomme parfois "malaise vagal". Il est possible de contrôler la cohérence de notre cœur grâce à la respiration. Il vous est donc possible d'agir sur le fonctionnement de votre cœur en réalisant quelques exercices simples que nous allons envisager ensemble. Savez-vous enfin que votre cœur a un lien privilégié avec votre cerveau, car 1 % des cellules cardiaques sont des neurones ? Ainsi, quand vous agissez sur votre cœur, ce dernier envoie des messages positifs ou négatifs à votre cerveau qui réagit en conséquence. Nous allons faire en sorte que non seulement vous puissiez reprendre une forme de contrôle sur votre cœur, mais qu'en plus, celui-ci s'adresse à votre cerveau en lui signifiant que tout va bien. Cela est possible grâce à la respiration et à la visualisation. Avez-vous compris ce que je viens de vous expliquer ? »

Antoine : « Oui, parfaitement. »

2. Au calme !

Psychothérapeute : « Bien, alors maintenant, tout en gardant les yeux fermés, essayez de vous détendre... de vous laisser aller. »

3. De l'attention pour son cœur !

Psychothérapeute : « Il ne s'agit pas de chasser vos pensées stressantes, mais plutôt de se focaliser sur autre chose. De concentrer son attention sur un autre phénomène, en l'occurrence votre cœur. Je vous demande donc maintenant de vous concentrer sur la zone de votre cœur comme si vous pouviez vous la représenter et l'imaginer... Je voudrais même que vous sentiez battre votre cœur dans votre poitrine, que vous soyez attentif à ses battements. Certains parviennent même à imaginer leur cœur en train de battre, mais ce n'est pas forcément nécessaire. Est-ce que vous y êtes ? »

Antoine : « Oui, parfaitement, je le sens battre dans ma poitrine ! »

Psychothérapeute : « Continuez à porter toute votre attention sur votre cœur. Vous avez appris comme beaucoup qu'il était possible de respirer dans son ventre. Là, je vais vous demander quelque chose qui ne se peut pas d'un point de vue médical, mais j'aimerais que vous puissiez en revanche le visualiser dans votre tête. En effet, dès que vous serez prêt, je vous demande de bien vouloir imaginer que vous pouvez respirer à travers votre cœur. Tout d'abord inspirer lentement à travers votre cœur... lentement, et maintenant expirer à travers votre cœur, lentement. Bien. Continuez de façon régulière. Continuez à respirer à travers votre cœur et soyez attentif à cet air qui entre par votre bouche et qui traverse votre cœur, puis qui ressort plus chaud... Que ressentez-vous là, maintenant ? »

Antoine : « C'est curieux, j'ai l'impression de planer, c'est bon... Je suis dans le mouvement de ma respiration. »

4. Un autre qui a du cœur !

Psychothérapeute : « Très bien, maintenant, je vais vous demander de penser à quelqu'un que vous aimez. Vous avez quelqu'un qui vous vient, là ? »

Antoine : « Oui, ma femme. »

Psychothérapeute : « Centrez-vous sur ce que vous ressentez lorsque vous pensez à votre femme et au sentiment d'amour que vous avez pour elle et qu'elle a pour vous. Vivez le plus possible ce sentiment. Laissez-vous irradier par cette sensation. Profitez-en et prenez plusieurs minutes pour cela. »

5. Le cœur, un cadeau !

Psychothérapeute : « Dirigez maintenant ce sentiment d'amour et de sollicitude à l'intérieur de vous comme une richesse que vous vous offrez à vous-même. Faites en quelque sorte entrer toutes ces sensations positives à l'intérieur de vous, permettant ainsi à toutes les parties de votre corps d'être touchées par cela. Prenez le temps que cela se diffuse partout et profitez-en. »

6. Il faut bien finir... pour mieux recommencer

Psychothérapeute : « Ramenez doucement votre attention à votre cœur et à la sensation de bien-être qui est la vôtre et détendez-vous. Reprenez peu à peu contact avec le siège sur lequel vous êtes assis. Retrouvez le contact de vos pieds avec le sol, bougez vos doigts, vos mains et quand vous serez prêt, ouvrez les yeux et revenez vers moi. Vous y êtes ? »

Antoine : « Oui, très bien, je suis là, je me sens à la fois fatigué et bien. Une bonne fatigue. »

Psychothérapeute : « Parfait. Vous voyez, cela est plutôt simple à faire, aussi je souhaiterais que pour la prochaine séance vous ayez pu mettre en œuvre cet exercice au moins deux fois par jour. Je vous demande d'y consacrer quelques minutes à chaque fois, pas plus. Vous allez vous rendre compte que cela va s'avérer de plus en plus facile et que de plus en plus rapidement vous allez vous mettre en cohérence cardiaque. Vous pouvez programmer l'exercice dans la journée ou improviser en fonction de vos disponibilités. En tout cas, c'est vous qui tenez les rênes maintenant et vous pouvez vous faire du bien. Cette technique vous servira aussi quand vous serez confronté à des moments de stress ou d'angoisse. Cela vous permettra de réduire, voire faire disparaître ces manifestations. »

Étape 2 : traitement des cibles du présent avec un Protocole d'urgence
 Le traitement des cibles du présent dans le cas de l'infarctus du myocarde d'Antoine relève en fait d'événements potentiellement traumatiques aux-quels a été confronté le malade dans une période inférieure ou égale à trois mois. Au-delà de trois mois, nous préconisons de faire appel au Protocole standard comme cela est enseigné dans les formations de niveaux 1 et 2. Aussi, nous avons fait le choix du protocole pour événements récents de Francine [Shapiro \(1995, 2001\)](#), une adaptation du Protocole standard. Ce protocole a été testé par [Colelli et Paterson \(2008\)](#) auprès de trois sujets ayant survécu à l'attentat du World Trade Center en 2001 et pris en charge dans l'année qui a suivi l'événement. [Wesson et Gould \(2009\)](#) l'ont quant à eux utilisé auprès d'un militaire deux semaines après la confrontation à un événement traumatique. Enfin, notons le travail remarquable de [Buydens et al. \(2014\)](#), réalisé toujours avec ce même protocole auprès de sept patients qui souffraient d'état de stress aigu.

- Présentation du *Recent Events Protocol* (ou REP) de Francine [Shapiro \(1995, 2001\)](#), adapté par Cyril Tarquinio

1. Histoire narrative et identification des aspects à cibler

Il s'agit de demander au patient de raconter l'histoire et d'imaginer (métaphoriquement) que tout ce qu'il a vécu se trouve enregistré dans sa mémoire de façon comparable à ce qui se passe lorsqu'on regarde un film. Il est alors demandé au patient de visionner le « film » et de raconter au psychothérapeute ce qu'il y voit.

Pendant que le patient relate l'histoire, le psychothérapeute prend note de chacun des aspects de l'événement (exemple : « J'ai bien cru que j'allais mourir, je sentais bien que quelque chose s'effondrait sous mes pieds... »). Cibler et traiter l'aspect le **plus perturbant** à partir des phases 3, 4, 5 et 7 du Protocole standard.

Notes importantes: si aucune cible/situation ne se dégage avec une charge psycho-émotionnelle plus importante que les autres, le psychothérapeute s'attachera aux cibles de façon chronologique. On ne proposera pas de phase 6 à ce stade. En effet, on ne fera le Scanner du corps qu'au moment du traitement de la dernière cible, car ce n'est *in fine* qu'à ce moment, une fois toutes les cibles traitées, qu'on pourra s'attendre à voir disparaître toutes les tensions corporelles.

Phase 3 : évaluation

Événement : « Nous allons retraiter l'événement/moment qui est selon vous le plus perturbant depuis votre accident cardiaque. Il s'agit de... »

Image : « Quelle image représente le moment le plus difficile ? »

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

Cognition positive : « Plutôt que... [rappeler la CN], quand vous pensez à cette image ou à cette situation, qu'est-ce que vous préféreriez penser de vous-même ? »

Note importante : à ce stade, Francine Shapiro conseille de suggérer au patient la cognition négative « Je suis en danger » et la cognition positive « C'est fini, je suis en sécurité maintenant ».

VOC : « Quand vous pensez à cette image ou situation, dans quelle mesure ressentez-vous comme vrais ces mots... [Répéter la CP] maintenant ? Sur une échelle de 1 à 7, avec 1 étant le plus bas ("tout à fait faux") et 7 le niveau le plus fort ("tout à fait vrai"), quelle valeur donneriez-vous ? »

Émotions : « Quand vous pensez à cette image ou situation et à ces mots... [CN], quelle(s) émotion(s) ressentez-vous maintenant ? »

SUD : « Sur une échelle de 0 à 10 où 0 représente "aucune perturbation" et 10 "le plus de perturbation possible que vous puissiez imaginer", à combien évaluez-vous la perturbation que vous ressentez maintenant ? »

Phase 4 : désensibilisation (*voir* manuel de formation de niveaux 1 et 2)

Phase 5 : installation (*voir* manuel de formation de niveaux 1 et 2)

Phase 7 : clôture (*voir* manuel de formation de niveaux 1 et 2)

2. Traiter les autres moments par ordre chronologique

Chacune des expériences, cibles ou situations sera traitée séparément selon leur ordre d'apparition. Le praticien devra pour chacune d'entre elles utiliser les phases suivantes du Protocole standard.

Phase 3 : évaluation

Phase 4 : désensibilisation

Phase 5 : installation

Phase 7 : clôture

3. Faire visualiser tout le déroulement les yeux fermés et désensibiliser toutes les perturbations qui surgiraient

À ce stade, le psychothérapeute devra demander au patient de fermer les yeux et de visualiser l'ensemble de la situation comme s'il s'agissait d'un film. Libre à lui de stopper le déroulement de ce film dès lors qu'il se sentira perturbé par tel ou tel aspect. Il faudra alors traiter ces aspects avec les phases suivantes du Protocole standard.

Phase 3 : évaluation

Phase 4 : désensibilisation

Phase 5 : installation

Phase 7 : clôture

Il conviendra de répéter plusieurs fois si nécessaire la procédure de « visualisation du film » de l'expérience traumatique, jusqu'à ce que tous les aspects négatifs et pénibles de l'expérience vécue soient totalement réduits. S'il n'y a plus de perturbation, il est alors possible de passer à la dernière étape du protocole.

4. Installation

À ce stade, il convient d'installer une cognition positive et de demander au patient de visualiser l'ensemble du film les yeux ouverts, en gardant en tête la cognition positive. Une fois tout le scénario passé en revue, le psychothérapeute pourra procéder à des séries SBA.

5. Scanner corporel

Scanner corporel : « Fermez les yeux, concentrez-vous sur l'ensemble de la situation que nous avons traité en repassant dans votre tête l'ensemble du film du début à la fin. Concentrez-vous sur ces mots... [rappeler la CP], passez en revue mentalement votre corps en entier et dites-moi où vous ressentez quelque chose. »

Si une sensation apparaît encore, procéder à des SBA jusqu'à ce que ces sensations disparaissent. Ensuite, recommencer le Scanner corporel jusqu'à ce que le patient ne ressente plus rien.

Encadré 7.4

Présentation des cibles et des éléments du Recent Events Protocol (Shapiro 1995, 2001) appliqué au cas Antoine

Toutes les cibles ont été traitées en respectant la méthodologie du protocole REP. Nous avons résumé dans le tableau 7.2 l'ensemble des éléments significatifs du traitement, notamment les cibles, les images, les cognitions, les VOC, les SUD et les émotions relatives à la prise en charge, en débutant par l'aspect le plus important pour ensuite traiter quatre cibles de manière chronologique. Quatre cibles spécifiques ont ainsi été traitées avec le protocole REP. Trois séances d'une heure ont été nécessaires pour finaliser l'ensemble du traitement.

Tableau 7.2. Récapitulatif des éléments du protocole REP appliqué au cas Antoine.

Aspect le plus perturbant	Traitemen t chronologique	Traitemen t chronologique	Traitemen t chronologique	Visualisation de tout le déroulement les yeux fermés	Visualisation de tout le déroulement les yeux ouverts	Scanner corporel
Aspect le plus perturbant Cible 1 : « Dans les bras de ma fille, où j'ai cru mourir »	Traitemen t chronologique Cible 2 : « La douleur dans ma poitrine »	Traitemen t chronologique Cible 3 : « L'arrivée du SAMU »	Traitemen t chronologique Cible 4 : « L'annonce du médecin à l'hôpital »	Visualisation de tout le déroulement les yeux fermés	Visualisation de tout le déroulement les yeux ouverts	Scanner corporel
- Image : « Moi couché par terre avec la tête sur les genoux de ma fille » - CN : « Je suis en danger » - CP : « Je suis en sécurité » - VOC : 1 - Émotion : peur - SUD : 10	- Image : « Mes jambes qui s'effondrent et la douleur dans la poitrine » - CN : « Je suis en danger » - CP : « Je suis en sécurité » - VOC : 1 - Émotion : peur - SUD : 8	- Image : « Le visage très inquiet du médecin du SAMU » - CN : « Je suis en danger » - CP : « Je suis en sécurité » - VOC : 1 - Émotion : peur - SUD : 10	- Image : « Quand le médecin de l'hôpital me dit que j'ai failli y rester » - CN : « Je suis en danger » - CP : « Je suis en sécurité » - VOC : 1 - Émotion : peur - SUD : 9	- CN : « Impuissance » - CP : « Je reprends le contrôle » - VOC : 5 - Émotion : peur - SUD : 1	CP : « Je reprends ma vie en main »	Lieu de la sensation : rien

**Étape 3 : application de la technique des Flash-forwards
de Logie et de Jongh (2014) et Scénario du futur**

La procédure *Flash-forward* trouve ici encore une place de choix (Logie, de Jongh, 2014).

Encadré 7.5

**La procédure du Flash-forward appliquée
au cas Antoine**

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à ce qui est arrivé, quelle serait la pire des choses qui pourrait selon vous arriver, le pire des cas possibles maintenant pour vous ? Essayez de l'imaginer dans votre tête et d'observer ce qui se passe alors en vous. »

Antoine : « Que cela m'arrive encore... que je refasse un infarctus... que mon cœur me lâche encore une fois et que j'agonise seul, des heures durant, sans personne pour m'aider. »

Psychothérapeute : « Qu'est ce qui est le pire dans cette situation... qu'est ce qui pourrait vous arriver de pire alors ? »

Antoine : « Mourir. »

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à cela, quelle est l'image qui vous vient ? »

Antoine : « Je m'effondre, je suis foudroyé, je suis au sol. »

Psychothérapeute : « Regardez cette image de vous foudroyé, immobile, et pensez... "Je suis impuissant"¹... Sur une échelle de 0 à 10 quel est le niveau de perturbation ? »

Antoine : « 10. »

Poursuivre en appliquant les phases 4 à 7 (SUD = 0, VOC = 7, bon Scanner corporel).

Psychothérapeute : « Y a-t-il autre chose qui vous hante, autre chose qui pourrait, selon vous, être la pire des choses qui pourrait vous arriver, le pire des cas possibles maintenant pour vous ? Essayez de l'imaginer dans votre tête et d'observer ce qui se passe alors en vous. »

Antoine : « Faire l'amour avec ma femme et que ça déclenche quelque chose au niveau cardiaque. »

Psychothérapeute : « Dites ce qui est le pire dans cette situation... qu'est ce qui pourrait vous arriver de pire alors ? »

Antoine : « D'avoir mal et de mourir en elle... »

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à cela, quelle est l'image qui vous vient ? »

Antoine : « Son regard pendant que je meurs. »

Psychothérapeute : « Regardez cette image, le regard de votre femme, et pensez "Je suis impuissant". Sur une échelle de 0 à 10, quel est le niveau de perturbation ? »

Antoine : « 10. »

Poursuivre en appliquant les phases 4 à 7 (SUD = 0, VOC = 7, bon Scanner corporel).

¹ Ad de Jongh ([Logie, de Jongh, 2014](#)) préconise dans tous les cas le choix de la cognition négative « Je suis impuissant » (et donc de « J'ai le contrôle » en cognition positive) dans toute procédure de *Flash-forward*. Selon nous, un tel choix est judicieux dans le cas du traitement des phobies qui est, rappelons-le, à l'origine du *Flash-forward*. Nous ne sommes pas convaincus de son adéquation à toutes les situations. Il reviendra au praticien de choisir ce qui lui semble le plus adapté !

Comme c'est le cas à chaque prise en charge, le psychothérapeute pourra envisager ici avec le patient l'installation de scénarios du futur. Il s'agira de lui proposer d'envisager de se projeter dans l'avenir afin de savoir quelle réaction il pourrait avoir dans des situations qui étaient jusque-là anxiogènes ou problématiques (identification des situations futures, visualisation des situations futures comme un film... Si les situations sont positives, les renforcer autant que possible avec des séries de SBA, si les situations sont négatives, il s'agira de les retraiter).

Étape 4 : projection dans le rôle de malade : maladie et recomposition identitaire

Tout changement de l'état de santé est un facteur de stress susceptible d'influer sur l'image de soi. L'irruption d'une maladie chronique comme l'infarctus fait souvent éclater l'identité du malade en établissant une discontinuité entre le moi du passé et celui du présent. Il existe évidemment dans ce domaine d'assez grandes différences d'une maladie à l'autre et d'une personne à une autre. Un certain nombre de facteurs vont jouer un rôle important : la nature, la durée, l'origine, la gravité de la maladie, les facteurs personnels ou sociaux, les attitudes, la capacité à faire face ou encore la personnalité du malade. Afin de travailler cet aspect avec les malades, nous avons fait le choix de nous appuyer sur l'Échelle d'estime de soi de Rosenberg (traduite par [Vallière et Vallerand, 1990](#)) ([tableau 7.4](#)). Pour ce faire, chaque patient devra répondre à chacun des items sur la base de consigne suivante : « Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié⁹. »

-
9. Pour évaluer l'estime de soi du patient, il conviendra d'additionner les scores obtenus aux questions 1, 2, 4, 6 et 7. Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faudra compter 4 si le chiffre 1 a été choisi, 3 si c'est le 2, 2 si c'est le 3 et 1 si c'est le 4. Il faut alors faire la somme de l'ensemble, ce qui permet d'obtenir un score entre 10 et 40. L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou pour une femme. Si le score obtenu est inférieur à 31, on peut considérer que l'estime de soi du patient est faible. Un score situé entre 31 et 34 est considéré comme une estime de soi moyenne. Un score compris entre 34 et 39 ou supérieur à 39 laisse entrevoir que l'estime de soi du patient est forte ou très forte.

Tableau 7.3. Échelle d'estime de soi de Rosenberg

1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.	1	2	3	4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités	1	2	3	4
3. Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e).	1	2	3	4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	3	4
5. Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.	1	2	3	4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.	1	2	3	4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	1	2	3	4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	3	4
10. Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien.	1	2	3	4

1 = tout à fait en désaccord ; 2 = plutôt en désaccord ; 3= plutôt en accord ; 4 = tout à fait en accord.

Rappelons, qu'il s'agit ici de trouver les éléments qui vont permettre au psychothérapeute de travailler sur l'ajustement de l'image de soi du patient afin qu'il intègre son rôle de malade et qu'il ne soit pas dans le déni de la réalité de la maladie. En outre, cela permettra d'engager un travail sur l'optimisation de l'image de soi, souvent dégradée après la survenue d'une maladie comme les MCV.

Pour ce faire, nous préconisons un usage spécifique de l'Échelle d'estime de soi de Rosenberg, qui se décompose en trois phases.

Phase 1 : entre aujourd'hui et avant la maladie

Il s'agira lors de cette étape de proposer aux malades une double passation de l'Échelle d'estime de soi de Rosenberg ([tableau 7.4](#)). Lors de la première passation, les patients devront répondre actuellement (ACT) à l'échelle sur les bases de la consigne standard. Lors de la seconde passation, il conviendra de demander aux patients de répondre à l'échelle comme ils l'auraient fait avant la survenue de la maladie (AVM), lorsqu'ils n'étaient pas malades. Il est important de distribuer les deux versions de l'échelle et de ne surtout pas le faire oralement. Le patient peut revenir sur les réponses et réajuster les choses au fur et à mesure. À partir de ces deux réponses, il sera possible de faire la différence pour chacun des items entre les scores actuels et les scores d'avant la maladie (ACT-AVM = Δ). Plus la différence sera importante (que le signe soit négatif ou positif), plus il existera pour le malade une différence entre ce qu'il était avant la maladie et ce qu'il est aujourd'hui. C'est sur ces différentiels identitaires qu'il conviendra de travailler avec le patient.

Tableau 7.4. Résultats des deux passations à l'Échelle d'estime de soi Rosenberg du cas Antoine.

	ACT	AVM	Δ
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.	2	2	0
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	4	-3
3. Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e).	4	3	1
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	4	-3
5. Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.	3	3	0
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.	1	2	-1
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	2	3	-1
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	2	3	-1
9. Parfois je me sens vraiment inutile.	2	1	1
10. Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien.	4	2	2

Phase 2 : opérationnaliser les dimensions

À ce stade, il s'agit de prendre les items pour lesquels il existe une différence importante entre aujourd'hui et avant la survenue de la maladie et de procéder à un questionnement directif dont voici la structure de base. Il est important ici d'orienter le questionnement dans une projection vers le futur, en formulant les questions dans ce sens (par exemple : « Pourquoi y a-t-il une différence entre avant et maintenant ? », « Pouvez-vous expliquer concrètement les raisons de cette différence ? », « Quand vous faites l'effort de vous projeter dans l'avenir, qu'est-ce que cela donne ? », « Comment, voyez-vous cela dans le futur ? », « Y a-t-il à cet égard des choses qui sont des freins pour votre avenir ? »). Le psychothérapeute pourra avantageusement mobiliser l'ensemble de ses compétences pour mener l'entretien de manière adaptée.

Dans le cas d'Antoine, deux items se distinguent : « Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités » et « Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens ». C'est sur la base de ces deux dimensions que nous avons mené un entretien. Rappelons qu'il s'agit de trouver d'éventuelles cibles qui permettront d'optimiser l'image de soi du patient. Pour cette raison, il ne faut pas hésiter à approfondir les interviews afin de recueillir un matériel suffisamment pertinent et opérationnel. Nous avons résumé dans le tableau 7.5 le résultat essentiel de ce travail d'investigation. À ce stade, le psychothérapeute prend des notes et doit se demander

Tableau 7.5. Résultats synthétiques des entretiens et détermination des cibles à traiter.

Items	Fragments verbaux de l'entretien	Cibles à traiter
(-) Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	<ul style="list-style-type: none"> - « Je me vois vieillir de plus en plus vite, je suis comme un vieux, je vais devoir prendre mes médicaments comme un vieux toute ma vie » - « Il faudra que je fasse attention à tout. Avant, je vivais bien, aujourd'hui, tout n'est que limite et restriction... ce n'est plus la vie » - « Ne plus être en mesure de partager des moments de convivialité avec les amis, les proches ou la famille » - « Je devrai aller en permanence chez le médecin pour vivre. Prendre mon traitement, c'est accepter que je suis malade, accepter que je suis malade, c'est accepter que je ne suis plus en vie » 	<p>1. « Quand le matin je dois prendre mes cachets »</p> <p>2. « Le mariage de la fille d'une amie dans 8 mois »</p>
(-) Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	<ul style="list-style-type: none"> - « Je ne pourrai plus m'occuper de mes enfants et demain de mes petits-enfants. Je n'y parviendrais plus, je n'y arriverais plus » - « Je ne pourrai plus faire mon travail comme avant... » - « Il me sera impossible de m'occuper de ma maison, de ma famille et de les sécuriser » 	<p>3. « Imaginer une situation d'activité avec mes enfants, mais surtout avec mes futurs petits-enfants »</p> <p>4. « Me sentir en difficulté dans le jardin et être dépassé par le travail à faire »</p>

en quoi les propos du patient peuvent faire l'objet d'un traitement avec le Protocole standard. Il convient également d'impliquer le patient dans la validation des cibles à traiter en lui soumettant des propositions de cibles qu'il pourra d'abord valider et ensuite ordonner selon l'ordre d'importance (perturbation) qu'il leur confère.

Phase 3 : validation et traitement des cibles avec le Protocole standard

À partir des différents échanges avec le patient, nous avons validé des cibles qui la plupart du temps relèvent de situations anticipées mettant en cause l'identité du malade. Classées par ordre d'importance par le patient, nous les avons traitées à partir du Protocole standard.

Étape 5 : traitement des cibles du passé

Comme nous l'avons évoqué, Antoine a par le passé déjà été confronté à la problématique de l'infarctus, non pas personnellement, mais *via* son père, qui en est mort. C'est là un point assez important qu'il convient de ne pas négliger car les malades sont très souvent inscrits dans une histoire sociale ou familiale de la maladie. Il est parfois suffisant de procéder par questionnement direct, même si les méthodes classiques de l'EMDR (plans de ciblage, SAC ou CFC, voir chapitre 2) restent mobilisables en fonction de la situation clinique des patients. Dans le cas d'Antoine, nous avons procédé à un questionnement direct.

Psychothérapeute : « Il convient de voir si indépendamment de vous, il n'existe pas dans votre histoire familiale ou sociale des souvenirs en lien avec la maladie, cardiaque ou non, qui peuvent de près ou de loin contribuer à votre état psychologique. Ce sont ces expériences négatives que nous allons maintenant ensemble chercher dans votre mémoire, afin de les traiter et qu'elles ne vous perturbent plus. Y a-t-il eu dans votre histoire des situations où des proches à vous ont pu être concernés par un problème cardiaque ? Et si c'est le cas, s'agit-il selon vous de souvenirs qui vous touchent d'une manière ou d'une autre ? »

Les résultats (en termes de cibles à traiter) de cette investigation ont permis d'identifier deux cibles relatives à l'histoire du patient.

- Cible 1 : « Le premier infarctus de mon père, dans la cuisine de la maison, suite à une dispute » (avec le patient alors âgé de 17 ans).

Image : « Lorsqu'il est à terre et qu'il se tient la poitrine. »

Cognition négative : « C'est ma faute. »

Cognition positive : « Je n'y suis pour rien. »

VOC : 1.

Émotion : peur.

SUD : 9.

Siège de la sensation : poitrine.

- Cible 2 : « Le décès de mon père à l'hôpital, dix ans après, également en raison d'un infarctus. »

Image : « Lui branché à l'hôpital, mort, avec tous ces appareils qui sonnent. »

Cognition négative : « Je suis désarmé. »

Cognition positive : « Je peux agir. »

VOC : 1.

Émotion : tristesse.

SUD : 9.

Siège de la sensation : poitrine et ventre.

Ici encore, l'ensemble des cibles a fait l'objet d'une prise en charge avec le Protocole standard.

Étape 6 : autoapplication

Afin de mettre à disposition des malades un certain nombre d'outils supplémentaires susceptibles de les accompagner en cas d'alerte anxieuse. Nous proposons deux approches : l'Étreinte du papillon de Lucina Artigas (2000) et le protocole Autobooster ses performances. Les deux dispositifs peuvent être retrouvés dans le chapitre 3.

Conclusion

Les patients touchés par les MCV se retrouvent souvent démunis face à ce que leur impose la maladie sur les plans psychique et psychologique. Bien que nous ayons fait le choix de l'infarctus du myocarde dans ce chapitre, les apports proposés pourront sans aucune difficulté s'ajuster à toutes les problématiques cardiovasculaires (hypertension artérielle, angor, insuffisance cardiaque...). Il était important pour nous de souligner l'importance de l'urgence de la prise en charge et de la possibilité pour l'EMDR de répondre à cet aspect de la problématique par la mobilisation de protocoles spécifiques. L'autre intérêt de ce chapitre est de focaliser l'attention du psychothérapeute sur le futur. Ici plus qu'ailleurs, c'est un point essentiel. D'abord parce que chacun sait qu'il vit avec une épée de Damoclès au-dessus de la tête, ensuite parce que la maladie impose de nombreuses limitations, ce qui oblige le malade à changer à sa vie. Cette double contrainte fait entrevoir l'avenir de façon plutôt pessimiste. Or c'est justement sur cet aspect des choses que l'on pourra aider le malade à avancer et à transcender ses peurs. Quoi qu'il en soit, ici encore la psychothérapie EMDR trouvera toute sa pertinence dès lors qu'elle saura s'adapter au contexte et à la spécificité

Les 5 points clés du chapitre

- Les MCV sont pour les malades une expérience traumatique dont il convient de reconnaître la spécificité. Plus qu'un événement délimité dans le temps, c'est souvent la répétition subie et toujours possible d'accidents ou d'incidents aigus qui va complexifier la prise en charge de ce type de malade. Des séries de microtraumatismes peuvent ainsi se succéder et s'accumuler les uns aux autres (quand il ne s'agit pas de traumas massifs !).
- Comme c'est le cas pour les victimes « classiques », il convient d'envisager l'intervention au plus tôt et au plus près de l'accident cardiaque afin de



- ▷ réduire voire d'éviter l'installation d'une réponse psychotraumatique réactionnelle trop massive. Rappelons qu'une fois la crise ou l'incident inaugural passés, il ne faut pas que les patients et leur entourage se satisfassent de l'évident soulagement d'être encore en vie. Il faut être conscient que l'accident cardiaque reste fondamentalement le signe d'une vulnérabilité d'abord physique et, par effet induit, psychologique.
- Les conséquences psychologiques de l'infarctus du myocarde sont multiples. Elles incluent l'ESA, l'ESPT, la dépression, l'anxiété, l'irritabilité, la colère, l'insomnie, les cauchemars, les difficultés de concentration, la dysphorie, l'apathie, le sentiment de culpabilité, le découragement face à la perte de capacités et le déni de la maladie cardiaque.
 - La référence à des protocoles de prise en charge des événements récents, au plus près de l'incident cardiaque, sont des pistes cliniques intéressantes.
 - L'image de soi et de son bouleversement par la survenue de la maladie chronique sont des aspects importants à prendre en charge dans le cas des MCV (comme dans le cas des autres maladies chroniques).

de la maladie, ainsi qu'à la réalité du malade. C'est au fond cette soupleesse qu'imposent à chaque psychothérapeute les maladies chroniques de manière générale et les MCV de façon plus spécifique.

Références

- Akoudad, H., & Benamer, H. (2004). Physiopathologie et étiopathogénie de l'infarctus du myocarde. *EMC-Cardiologie Angéiologie*, 1, 49-67.
- Artigas L., Jarero I., Mauer M., López Cano T., Alcalá N. (2000). *EMDR and Traumatic Stress after Natural Disasters: Integrative Treatment Protocol and the Butterfly Hug*, Poster presented at the EMDRIA Conference, Toronto, Ontario, Canada.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, Part 2. *JAMA*, 288, 1909-1914.
- Buydens, S. L., Wilensky, M., & Hensley, B. J. (2014). Effects of the EMDR protocol for recent traumatic events on acute stress disorder: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 1-12.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: A meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of American College of Cardiology*, 53(11), 936-946.
- Colelli, G., & Patterson, B. (2008). Three case reports illustrating the use of the protocol for recent traumatic events following the World Trade Center terrorist attack. *Journal for EMDR Practice and Research*, 2, 114-123.
- Coughlin, S. S. (2011). Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. *The Open Cardiovascular Medicine Journal*, 5, 164-170.
- Del Pozo, J. M., Gevirtz, R. N., Scher, B., & Guarneri, E. (2004). Biofeedback treatment increases heart rate variability in patients with known coronary artery disease. *American Heart Journal*, 147(3), G1-G6.

- DGOS (2008). Circulaire n° DHOS/E2/F/MT2A/2008/236 du 16 juillet 2008 relative au financement de la mission d'intérêt général (MIG) « Actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques » portant sur la mise en place d'un suivi de l'activité d'éducation thérapeutique dans les établissements de santé.
- Dobbels, F., De Geest, S., Vanhees, L., Schepens, K., Fagard, R., & Vanhaecke, J. (2002). Depression and the heart: A systematic review of definition, measurement, consequences and treatment of depression in cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 45-55.
- Doerfler, L. A. (1997). Posttraumatic stress disorder-like symptoms 1 week to 3 months after myocardial infarction. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 3, 89-98.
- Fall, K., Fang, F., Mucci, L. A., & Ye, W. (2009). Immediate risk for cardiovascular events and suicide following a prostate cancer diagnosis: Prospective cohort study. *PLoS Med*, 6(12), e1000197.
- Fontaine, O., & Salah, D. (1991). La compliance: un problème de santé. *Revue médicale de Liège*, XLVI, 6, p 343-349.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., & Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction: Impact on 6-month survival. *Journal of the American Medical Association*, 270, 1819-1825.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., & Talajic, M. (1995). Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91, 999-1005.
- Ginzburg, K., Solomon, Z., Koifman, B., Keren, G., Roth, A., Kriwisky, M., et al. (2003). Trajectories of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction: A prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1217-1223.
- Goodwin, R., Davidson, K., & Keyes, K. (2009). Mental disorder and cardiovascular disease among adults in the United States. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 29-46.
- Gourevitch, M. N., Wasserman, W., Panero, M. S., & Selwyn, P. A. (1996). Successful adherence to observed prophylaxis and treatment of tuberculoses among drug-users in a methadone program. *Journal of Addictive Diseases*, 15, 93-104.
- Haynes, R. B. (1979). Introduction. In R. B. Haynes, D. W. Taylor, & D. L. Sackett (Eds.), *Compliance in Health Care*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Houppe, J. P. (2013). Effets du stress psychosocial en cardiologie. *La Presse médicale*, 42, 1042-1049.
- Kaplan, R. M., & Simon, H. J. (1990). Compliance in medical care: Reconsideration of self-predictions. *Annals of Behavioral Medicine*, 12, 66-71.
- Kravitz, R., Hays, R. D., Sherbourne, C. D., Dimatteo, M. R., Rogers, W., Ordway, L., & Greenfield, S. (1993). Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 153(16), 1869-1878.
- Kubzansky, L., Davidson, K., & Rozanski, A. (2005). The clinical impact of negative psychological states : Expanding the spectrum of risk for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 67, S10-S14.
- Kutz, L., Shabtai, H., Solomon, Z., Neumann, M., & David, D. (1994). Post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients: Prevalence study. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 31, 48-56.
- Larsen, K., Agerbo, E., Christensen, B., Sndergaard, J., & Vestergaard, M. (2010). Myocardial infarction and risk of suicide: A population-based casecontrol study. *Circulation*, 122(23), 2388-2393.

- Logie, R. D. J., & de Jongh, A. (2014). The "Flash-forward procedure": Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 25-32.
- Lobenstine, F., & Shapiro, E. (2007). What is an effective self-soothing technique that I can teach my client to use at home when stressed ? *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 122-124.
- Miller, E., & Halper, S. (1994). *Letting Go of Stress*. Chicago: Inner peace Music.
- Mayou, R. A., Gill, D., Thompson, D. R., Day, A., Hicks, N., Volmink, J., & Neil, A. (2000). Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 62, 212-218.
- Myers, L. B., & Midence, K. (1998). *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*, 364, 1523-1537.
- Nolan, R. P., Kamath, M. V., Floras, J. S., Stanley, J., Pang, C., Picton, P., & Young, Q. R. (2005). Heart rate variability biofeedback as a behavioral neurocardiac intervention to enhance vagal heart rate control. *American Heart Journal*, 149(6), 1137.
- Pasternak, R. C., Braunwald, E., & Sobel, B. E. (1997). Acute myocardial infarction. In E. Braunwald (Ed.), *Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine* (5th ed., pp. p 1200-1273). Philadelphia: Saunders.
- Roy-Byrne, P., Davidson, K., Kessler, R., Asmundson, G., Goodwin, R., Kubzansky, L., Lydiard, B., Massie, M., Katon, W., Laden, S., & Stein, M. (2008). Anxiety disorder and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 30, 208-225.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J. R. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles: Protocols and Procedures* (1st ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles: Protocols and Procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Shemesh, E., Rudnick, A., Kaluski, E., Milovanov, O., Salah, A., Alon, O., et al. (2001). A prospective study of posttraumatic stress symptoms and nonadherence in survivors of a myocardial infarction. *General Hospital Psychiatry*, 23, 215-222.
- Shemesh, E., Yehuda, R., Milo, O., Dinur, L., Rudnick, A., Vered, Z., et al. (2004). Post-traumatic stress, nonadherence, and adverse outcome in survivors of a myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 66, 521-526.
- Spindler, H., & Pedersen, S. S. (2005). Post-traumatic stress disorder in the wake of heart disease : Prevalence, risk factors, and future research directions. *Psychosom Med*, 67, 715-723.
- Steg, P. G., Bhatt, D. L., Wilson, P. W., D'Agostino, R., Sr., Ohman, E. M., Rother, J., Liau, C. S., Hirsch, A. T., et al. (2007). One year cardiovascular event rates in outpatients with atherosclerosis. *JAMA*, 297, 1197-1206.
- Steptoe, A., & Molloy, G. J. (2011). Fear of dying and inflammation following acute coronary syndrome. *European Heart Journal*, 32, 2405-2411.
- Tarquinio, C., & Tarquinio, P. (2007). L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. *Pratiques psychologiques*, 13(1), 1-19.
- Tedstone, J., & Tarrier, N. (2003). Post-traumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 409-448.
- Thompson, R. N. (1999). *Prediction of Trauma Responses Following Myocardial Infarction*. Morgantown: West Virginia University, Unpublished doctoral dissertation.

- Vallière, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.
- Verhaak, P. (1996). Somatic disease and psychological disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 261-273.
- Wesson, M., & Gould, M. (2009). Intervening early with EMDR on military operations: A case study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(2), 91-97. En ligne: <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.3.2.91>.
- Wiedemar, L., Scmid, J. -P., Müller, J., Wittman, L., Schnyder, U., Saner, H., & Von Känel, R. (2007). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in patients with acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, 37, 113-121.

8

Cancer et EMDR : la prise en charge d'un présent à l'avenir incertain

Introduction

L'épreuve du cancer bouleverse l'existence en imposant aux malades des aménagements psychologiques répétés directement en lien avec toutes les épreuves et tous les événements qui caractérisent une telle maladie (premiers examens, annonce du diagnostic, biopsie, traitements, rémission, éventuelles récidives, soins palliatifs, fin de vie). Chacun se trouve alors confronté à des questionnements identitaires majeurs, ainsi qu'à une reconfiguration du rapport qu'il entretient avec lui-même, avec ses proches, et plus généralement avec le monde.

Selon l'Institut de veille sanitaire, le cancer est devenu aujourd'hui la première cause de décès en France. Le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté de 89 % en vingt-cinq ans : en 2012, 350 000 nouveaux cas ont été diagnostiqués (contre 168 850 en 1980). Cette même année, 148 000 décès ont été recensés (contre 129 274 en 1980), ce qui représente 30 % du taux de mortalité en France selon les registres de l'Institut national des statistiques et des études économiques (Insee : www.indices.insee.fr). L'augmentation accrue et récente de travaux et recherches en oncologie et en psycho-oncologie s'est traduite par une réelle organisation de la prise en charge de patients atteints de cancer. Cette mobilisation, articulée autour des différents Plans cancer (2003-2007 et 2009-2013), montre la volonté grandissante du système de soins de personnaliser la prise en charge et d'améliorer la qualité de vie des patients. Le « dispositif d'annonce » en est, à cet égard, une illustration parfaite, car il a permis de s'intéresser au parcours de la personne atteinte d'un cancer (primitif ou récidive cancéreuse), sans réduire les choses au seul regard médical, et en incluant les dimensions psychologiques, familiales et sociales de la problématique des malades.

L'objectif de ce chapitre sera d'envisager dans un premier temps les conséquences psychopathologiques qu'impose la survenue du cancer au malade. La dépression, les troubles anxieux et le psychotraumatisme sont à cet égard des manifestations psychiques particulièrement présentes chez ce type de patient. Pour autant, comme nous le verrons, la question du psychotraumatisme devra dans ce domaine s'envisager

selon une acception plus large, qui ici encore ne se réduit pas au seul ESPT.

Dans une seconde partie, nous verrons en quoi la psychothérapie EMDR peut apporter une véritable contribution à la prise en charge des malades du cancer. Ce chapitre aurait, en tant que tel, pu faire l'objet d'un ouvrage à lui seul. Nous aurions alors pu mobiliser l'ensemble des protocoles et dispositifs de prise en charge qui figurent dans les autres textes de ce livre, la problématique du cancer pouvant sans aucune restriction s'alimenter des propositions faites dans chacun des domaines abordés précédemment. C'est la raison pour laquelle, nous avons fait le choix de configurer cette dernière contribution de façon spécifique, en nous limitant à certains aspects de la problématique du cancer susceptibles d'enrichir le propos sur la prise en charge des malades chroniques avec la psychothérapie EMDR. Dans un premier temps, nous traiterons la problématique de la confrontation des malades à l'annonce de la maladie, ainsi que l'accompagnement de ces mêmes malades lors des différentes phases de la maladie et des traitements. Ainsi, au-delà du choc inaugural de l'annonce et de sa prise en charge, il s'agira d'envisager une psychothérapie « pied à pied » susceptible d'aider le malade tout au long de son parcours de soins. La prise en charge proposée ici sera centrée non seulement sur les événements qui jalonnent le quotidien des malades, mais également sur les anticipations anxiées que sont les interventions chirurgicales, la chimiothérapie ou la radiothérapie. Dans un second temps, nous évoquerons la question de la rémission qui signe pour la médecine la « fin » de la maladie (plus de traces visibles). Cette période reste sur le plan psychique particulièrement difficile, non seulement parce que les malades prennent la mesure de ce qu'ils ont traversé, mais aussi parce qu'ils se trouvent aux prises avec l'appréhension de la récidive et son cortège de peurs et d'angoisses. Afin d'éviter de trop grandes redondances, nous avons fait le choix de limiter notre propos à une réflexion clinique et psychothérapeutique sur la place de l'EMDR dans une telle problématique. Si pour les personnes atteintes du cancer, les phases de traitement et de rechute, d'ordinaire entrecoupées de périodes de rémissions uniques ou multiples, ont des effets sur le plan psychologique, il est un ultime combat qui marque l'échec des traitements curatifs et qui va générer une détresse majeure : le passage aux soins palliatifs. Dans un troisième point, nous tenterons de poser les jalons de ce que pourrait être dans ce domaine une contribution de l'EMDR.

Enfin, nous proposerons une réflexion sur la prise en charge des malades du cancer, à travers un modèle global qui pourra s'envisager comme un cadre général susceptible d'accompagner les praticiens dans leurs choix psychothérapeutiques. Loin d'être prescriptive, une telle proposition se veut une contribution au développement de l'EMDR dans la prise en charge des malades atteints par le cancer.

Les dimensions psychopathologiques du cancer

Les évolutions et les bénéfices des nouvelles thérapeutiques médicales ont des effets de plus en plus remarquables sur la santé des malades. Pour autant, la présence et l'intensité de la souffrance générée par la survenue du cancer et par son évolution restent au regard de la littérature et de la pratique clinique quasi intacts :

- choc traumatique de l'annonce ;
- perte du sentiment d'immortalité ;
- confrontation directe et irréversible aux notions de finitude et d'incertitude ;
- confrontation à ses propres représentations de la maladie et de la mort ;
- angoisses du diagnostic et du pronostic ;
- difficultés de tolérance ou d'acceptation des effets secondaires des traitements et de leurs séquelles potentielles ;
- conséquences des examens de surveillance répétés lors des périodes de rémission ;
- bouleversements pour le conjoint, la famille ou les proches ;
- vécu de marginalisation, d'isolement, d'exclusion sociale et d'abandon ;
- recherche de nouveaux repères et de nouvelles valeurs donnant sens à une vie dont les fondements se trouvent remis en cause.

C'est l'ensemble de ces éléments qui, pour une part au moins, va déterminer l'état de détresse psychique des malades, que le National Cancer Center Network (NCCN) définit en 1997 comme « [...] une expérience émotionnelle désagréable, de nature psychologique, sociale, ou spirituelle, qui influe sur la capacité à s'adapter de façon efficace au cancer et à ses traitements. Cette expérience s'inscrit dans un continuum allant des sentiments normaux de vulnérabilité, tristesse et crainte, jusqu'à des difficultés pouvant devenir invalidantes telles que l'anxiété, la dépression, l'isolement social et la crise spirituelle » ([Holland, 1997](#)). Ainsi, l'idée de détresse, dans une conception holistique, inclut un large éventail de troubles de l'adaptation, troubles dépressifs et troubles anxieux, en proportion variable selon le site de la tumeur, la population étudiée, l'intensité des symptômes et le type de traitement ([Grassi et al., 2007](#)).

Nous avons fait le choix de ne traiter que les aspects les plus importants de cette détresse psychique, consécutive de la survenue de la pathologie cancéreuse. Pour ce faire, nous envisagerons la question de la dépression et des troubles anxieux. Bien entendu, la dimension du psychotraumatisme sera aussi abordée, même si, au-delà du sacro-saint ESPT, elle sera susceptible de prendre une dimension et une forme toutes particulières.

La dépression, les symptômes dépressifs et le cancer

Dans une vaste méta-analyse parue dans *The Lancet Oncology*, [Mitchell et al. \(2011\)](#) ont montré que les troubles dépressifs étaient particulièrement importants chez les malades du cancer. Même si les chiffres avancés restent hétérogènes, allant de 9 à 14 % d'épisodes dépressifs majeurs en phase curative ([Mitchell et al., 2011](#)) voire jusqu'à 38 % dans certaines études ([Roy-Byrne et al., 2008](#)), on estime que la prévalence du trouble ([Valente, Saunders, 1997](#)) se situe dans une fourchette comprise entre 20 et 25 %, ce qui reste somme toute très important, surtout lorsque l'on sait que pour la population générale, cette prévalence varie entre 5 et 15 %.

Si certains cancers semblent plus à risque que d'autres (jusqu'à 50 % de malades dépressifs pour les néoplasmes¹ du pancréas ou de l'oropharynx), certaines phases de la maladie semblent également plus propices que d'autres à la manifestation de ces symptômes dépressifs. C'est notamment le cas de la première annonce, de la rechute, du début des premiers traitements ou de l'intervention chirurgicale. Les femmes, surtout quand elles sont jeunes, apparaissent à cet égard comme une population particulièrement vulnérable ([Baider et al., 2003](#)), vraisemblablement en raison des atteintes à la féminité et à la maternité qu'impose souvent la maladie, qu'il s'agisse de la perte des cheveux par exemple, ou des atteintes corporelles (mastectomie partielle ou totale) dont elles peuvent faire l'objet².

La douleur chronique dans le cancer est également un déterminant de la détresse psychologique ([Zara, Baine, 2002](#)). C'est d'ailleurs le symptôme qui conduit le plus les malades à avoir des idées suicidaires ([Akechi et al., 2002](#)). La douleur du patient atteint de cancer a néanmoins certaines particularités car la plupart du temps elle est révélatrice de la maladie (douleur aiguë) ou de la rechute (avec une douleur qui s'installe alors souvent sur un mode chronique). Elle est le plus souvent liée au cancer lui-même, aux investigations complémentaires (gestes douloureux), aux traitements en cours et à leurs conséquences. Mais elle peut aussi être indépendante du cancer, en rapport avec des complications infectieuses ou vasculaires.

Il en va de même de la toxicité des traitements qui provoque des réactions corporelles sous la forme de nausées, vomissements, fatigue intense et troubles sexuels, et qui s'avère fortement corrélée avec les états dépressifs, tout comme la perception qu'ont les malades de leur maladie en termes de gravité ou d'incurabilité (par exemple : « Je ne m'en sortirai pas... », « Les traitements seront inefficaces... »). À cet égard, plus un malade perçoit un contrôle comme possible sur sa maladie (contrôle interne), moins il manifestera de

-
1. Terme utilisé en médecine pour désigner une tumeur ou un cancer.
 2. Les personnes âgées, semblent à cet égard moins concernées par la problématique dépressive du cancer, sans doute en raison d'une certaine acceptation de la mort dont la survenue est plus probable ou plus intégrée.

symptômes dépressifs et anxieux (Osowiecki, Compas, 1999 ; Cousson-Gelie et al., 2005). Le stade de la tumeur³ semble, contrairement aux idées reçues, n'influer ni sur l'anxiété, ni sur la dépression (Schou et al., 2004), ni sur la qualité de vie, et ce quel que soit l'âge (Le Corroler-Soriano, 2008).

Les troubles anxieux

Au regard de l'hétérogénéité des prévalences, il s'avère que comme pour la dépression, l'évaluation des troubles anxieux semble, dans le domaine du cancer, particulièrement délicate. Les troubles non structurés (ou troubles anxieux non spécifiés⁴ au sens du *DSM-IV*) présentent des prévalences variant entre 20 et 25 % (Roy-Byrne, 2008). Il s'agit des troubles anxieux les plus présents chez les malades du cancer. Les troubles de l'adaptation⁵ avec humeur anxieuse et/ou dépressive se situent quant à eux autour des 15 % de prévalence (Roy-Byrne, 2008). Quant aux phobies spécifiques, elles concernent entre 12 et 14 % de la population, contre 9 % pour le trouble panique et 2 % pour la phobie sociale. Le trouble d'anxiété généralisée (TAG), plus difficile à circonscrire, semble quant à lui varier selon les études entre 1 et 13 %.

Ici encore, les données objectives relatives aux caractéristiques médicales du cancer ne semblent pas déterminantes dans la survenue des troubles anxieux. En revanche, la toxicité des traitements chimiothérapeutiques en termes de nausées et de vomissements semble fortement corrélée avec l'apparition ou le maintien de l'anxiété. Il est en effet courant d'observer le développement d'une anxiété anticipatoire liée aux nausées qui de fait facilite leur survenue. Cette idée d'anticipation est dans le cas du cancer plutôt répandue et peut se développer pour de nombreuses autres situations,

-
3. Le stade de la tumeur représente l'étendue de la tumeur. Schématiquement, on distingue quatre stades, allant de I pour une tumeur peu étendue, et donc à bon pronostic, à IV pour une tumeur avec métastases où les chances de survie sont infimes. Bien que le stade de la tumeur soit corrélé au pronostic d'évolution et de guérison de la maladie, cette variable influence très peu la qualité de vie et l'ajustement à la maladie.
 4. Le diagnostic « trouble anxieux non spécifié » est utilisé pour des troubles avec anxiété ou évitement phobique prononcés qui ne remplissent les critères d'aucun des troubles anxieux spécifiques (ou pour lesquels l'information est insuffisante pour poser un diagnostic plus précis).
 5. Les troubles de l'adaptation se manifestent par des symptômes cliniques caractérisés par des perturbations des conduites ou par des troubles émotionnels : ces troubles se manifestent en réponse à « un facteur de stress identifiable » ; les symptômes doivent apparaître dans les trois mois suivant l'événement stressant ; ces symptômes consistent principalement en une détresse marquée ou un handicap fonctionnel excessif comparativement à ce que serait une réaction « normale » à ce facteur.

par exemple avant les examens d'imagerie (scanner de contrôle, radiographie...), la consultation chez l'oncologue, les prises de sang, etc. Le soin lui-même (chimiothérapie, radiothérapie) peut à cet égard être source de malaise. C'est là une forme d'angoisse qui s'impose au malade à tous les stades de la maladie, même lors des phases de rémission. De telles situations réactivent en permanence le sentiment de danger imminent, ce qui est particulièrement pathogène sur le plan psychologique.

L'anxiété n'est pas la peur, elle se définit par une sensation de tension interne avec appréhension d'un danger mal défini. Certains malades vont douter par exemple de l'efficacité d'un traitement et entrer dans un questionnement permanent auprès des soignants. Le rapport aux traitements et à la maladie en général s'en trouve alors altéré. Sentiments de perte de contrôle, de perception de la maladie comme grave et sans issue (alors que les données médicales sont encourageantes), doutes permanents, ruminations sont autant d'éléments susceptibles de concerner les malades. L'une des répercussions majeures de ces manifestations anxiuses reste à cet égard les troubles du sommeil (perturbation de l'endormissement, réveils au cours de la nuit, sommeil souvent ponctué de nombreux cauchemars), car l'anxiété est le plus souvent manifeste le soir et/ou tôt le matin.

Schématiquement, c'est l'angoisse de mort qui domine en cancérologie. Dans le suivi des patients métastasés par exemple, les angoisses de mort se différencient de la peur de mourir par le fait que les angoisses sont inconscientes et associées à une anxiété, alors que la peur de mourir est une réaction face à une menace de mort imminente⁶.

Psychotraumatisme et cancer : dimensions symptomatiques et existentielle

S'il est une situation qui valide le postulat selon lequel une maladie grave peut être traumatogène, c'est bien le cancer. En termes d'ESPT, les prévalences semblent varier entre 0 et 19 % dans le cas d'un tableau clinique complet, et entre 5 et 13 % dans le cas d'une version subclinique ([Kangas et al., 2005](#)). De façon plus précise encore, il apparaît que la prévalence des manifestations intrusives varie entre 16 et 43 % et celles relatives à l'évènement entre 15 à 80 %, notamment dans les mois qui suivent l'annonce de la maladie. Ces manifestations symptomatiques semblent néanmoins s'atténuer en fréquence et en intensité avec le temps. Il n'existe pas ou peu de corrélations entre la présence d'un ESPT et le type de cancer ou le pronostic qui lui est associé, bien que certaines études avancent un lien pour les stades les plus avancés, notamment en ce qui concerne l'entrée en stade palliatif.

6. La douleur physique et l'isolement sont des facteurs de renforcement de l'angoisse de mort.

Parmi les facteurs de risque susceptibles de contribuer à l'apparition d'un ESPT, on notera le manque de soutien social perçu, le *coping* évitant, ainsi que les antécédents psychopathologiques, notamment en termes d'ESPT⁷. Enfin, rappelons que l'état émotionnel et le niveau de détresse psychique au moment du diagnostic et de l'annonce sont des prédicteurs importants susceptibles de conduire à l'expression d'un ESPT.

Mais attention ! Si ces données légitiment l'existence d'un ESPT dans le cancer, celui-ci, dans sa phénoménologie, se distingue de l'ESPT classique. La question la plus sujette à caution est de savoir ce qui fait trauma dans le cancer (annonce, rechute, début des traitements ?). Étant donné la complexité des phénomènes et leurs enchevêtrements, la réponse reste complexe. Ici, les stresseurs ne sont pas délimités dans le temps, comme pour un ESPT classique, pour lequel le plus souvent le choc traumatique appartient au passé de la victime. Avec le cancer, les choses s'accumulent les unes aux autres au fil des évolutions et des involutions de la maladie. L'espoir laisse souvent place à la peur et au pessimisme. Tous les signes corporels ainsi que les moindres changements d'attitude du corps médical sont scrutés et interprétés. Du fait de la spécificité de la maladie, les malades sont empêtrés dans un écheveau psychoémotionnel bien plus complexe que pour la plupart des autres maladies. En outre, aucune stratégie d'évitement n'est envisageable, car pour s'en sortir il faut chaque jour se confronter au réel de la maladie et des traitements, mais également à un futur incertain et anxiogène. Il ne s'agit en rien de réduire ou de minimiser la problématique des troubles rencontrés la plupart du temps en psychotraumatologie ou dans les autres pathologies, mais il est important de prendre la mesure de toute la spécificité des bouleversements psychopathologiques qu'impose une maladie comme le cancer. Cette non-prise en compte pourrait selon nous conduire à des erreurs de prise en charge qui ne pourraient que desservir les malades qui nous sont confiés.

Une ouverture pour le traumatisme dans le domaine du cancer

Fischer (2014) propose à cet égard d'élargir le spectre des conséquences des événements traumatiques qui dans une maladie comme le cancer prennent une ampleur très différente. L'auteur préfère parler de situation extrême (plutôt que d'événement traumatique), afin de rendre mieux compte de la

7. Ainsi, il est difficile dans la prise en charge des malades du cancer (comme pour les autres d'ailleurs) de faire l'économie de leur histoire et de leur parcours de vie. C'est là un point important qu'il conviendra de vérifier avec les malades, même si cet aspect pourra ne pas être au centre de la prise en charge. Au-delà des postures *a priori*, c'est la situation du patient qui, dans les faits, orientera toujours la prise en charge.

complexité des phénomènes en jeu qui ne limitent pas leurs conséquences au seul ESPT. Ces situations extrêmes désignent, selon lui, un ensemble d'événements qui plonge des personnes ordinaires dans des conditions radicalement différentes de celles de leur vie habituelle. Dans tous les cas, ce sont des événements qui bouleversent la vie et menacent directement leur existence. C'est dans ce sens que Bettelheim a utilisé le terme de « situation extrême » pour désigner l'expérience des prisonniers dans les camps nazis : « Nous nous trouvons dans une situation extrême quand nous sommes soudain catapultés dans un ensemble de conditions de vie où nos valeurs et nos mécanismes d'adaptation anciens ne fonctionnent plus et que certains d'entre eux mettent en danger la vie qu'ils étaient censés protéger. Nous sommes alors pour ainsi dire dépouillés de tout notre système défensif et nous touchons le fond ; nous devons nous forger un ensemble d'attitudes, de valeurs et de façons de vivre selon ce qu'exige la nouvelle situation » ([Bettelheim, 1979](#)). Plusieurs aspects caractérisent ces situations. Tout d'abord, il s'agit la plupart du temps d'événements qui surviennent de manière brutale et soudaine, marquant une rupture radicale avec toute forme de vie antérieure. Ces situations, comme c'est le cas avec le cancer, imposent des changements tels que les individus ne disposent plus des ressources habituelles (matérielles, psychologiques, sociales, symboliques). Autrement dit, ils ne sont pas préparés à affronter de tels bouleversements. En effet, les apprentissages antérieurs, les acquis de l'expérience sont pour la plupart défaillants, car la vie ordinaire nous apprend seulement à faire face à ce qui est routinier et prévisible. Elle ne nous prépare pas à l'imprévisible. Concernant la nature des bouleversements en jeu, ce ne sont pas seulement les conditions matérielles habituelles qui posent problème, c'est aussi notre manière de percevoir les événements et notre propre vie qui s'effondre. Dans la perspective adoptée ici, ces différentes formes de bouleversements se cristallisent autour d'un élément central et invariant, à savoir le fait que la vie du patient est directement mise en danger. Nous sommes face à l'extrême lorsqu'un événement comporte, d'une manière ou d'une autre, un risque réel de mort et pas seulement une situation vécue comme menaçante pour la vie. Ainsi, qu'il s'agisse de maladie, de catastrophe, de guerre, d'agression, toutes ces situations sont considérées comme extrêmes à partir du moment où elles comportent un tel risque vital.

Toute situation extrême introduit également un ensemble de fractures dans l'expérience de vivre. Parmi ces lignes de fracture, il y a celle de la temporalité. En effet, l'extrême impose une tout autre manière de vivre le temps. Le temps ordinaire est stoppé, il devient sans horizon et parfois sans issue. Cette dimension se traduit par une perception nouvelle du déroulement même de la vie. Le temps est compté et la conscience soudaine de la fragilité de la vie est une manière de réaliser qu'il passe. Cela donne la mesure du temps qui reste à vivre. L'individu fait alors l'expérience éprouvante de sa

propre finitude. À travers cette rupture dans le vécu temporel se trouve battue en brèche l'illusion d'immortalité qui nous protège contre cette vérité insupportable : notre vie a une fin. Une deuxième ligne de fracture se révèle au niveau de l'identité. Du fait de leur confrontation à la mort, les individus se trouvent dépoillés de toutes les coquilles protectrices qui assurent leur stabilité et les insèrent dans des trames qui balisent leur chemin, leur imposent ce qu'ils ont à faire et leur renvoient une image de ce qu'ils sont. Ce déchirement de l'identité est lié à l'éclatement des cadres de référence qui nous ont fabriqués socialement à travers la conformité aux normes, la réponse aux attentes sociales, la dépendance aux pressions du groupe et de la société. À cet égard, toute situation extrême opère plus qu'un dévoilement, elle brise une identité acquise par les apprentissages sociaux sur le mode du prêt-à-porter social à l'intérieur duquel la conformité sociale se traduit par un désinvestissement de sa propre responsabilité face à l'engagement de chacun dans son existence.

Dans le contexte de l'extrême, les mécanismes de déstructuration de l'identité représentent en fait le révélateur d'un enjeu plus fondamental : celui de la mise en morceaux des valeurs qui fondent la vie de chacun. L'extrême constitue donc une expérience très singulière où l'éclatement du système des valeurs représente en même temps un enjeu de survie. En effet, l'expérience de l'extrême est une expérience de survie qui pose la question de l'adaptation en des termes inédits : le fait de vivre se définit ici comme une lutte contre la mort, c'est-à-dire fondamentalement une épreuve de résistance à des forces de destruction ; or dans un tel contexte, les moyens habituels à la disposition de l'individu sont défaillants ; il doit mobiliser des ressources qui, par définition, sont absentes. En réalité, l'extrême se trouve être un creuset de l'expérience humaine où se forge une faculté inédite de l'adaptation. De fait, c'est précisément là que l'être humain découvre en lui des ressources dont personne ne peut soupçonner ni la puissance, ni même l'existence.

Avec les situations extrêmes, de profonds changements psychiques apparaissent avec une remise en cause des anciennes valeurs, une redéfinition de l'importance des choses et des événements. Pour Fischer (2014), ce sont des expériences de passage non seulement d'un état à un autre, mais un passage intérieur vers nous-mêmes où se joue notre propre refondation, à partir d'autres repères, d'autres certitudes puisées au fond de notre âme et qui définissent ce que vivre signifie désormais pour nous.

Le fait de lutter pour survivre est à un titre ou à un autre relié à une raison de vivre. Mais il n'existe pas de raison de vivre toute faite venant de l'extérieur. Les raisons de vivre viennent d'un travail psychique par lequel les individus sont arrivés à identifier ce qui est vital pour eux. La situation extrême amène le sujet à discerner ce qui peut être vital dans cette situation et qui peut valoir le coup de se battre. Et le fait de répondre à cela va

faire que les ressources nécessaires seront mobilisées pour résister. L'énergie nécessaire pour défendre ce qui est vital sera développée. L'adaptation prend ici un relief crucial et doit être envisagée comme un mécanisme de survie et non plus comme un simple ajustement. Cet enjeu souvent vital confère à l'adaptation un contenu spécifique : la mobilisation de ressources psychiques qui n'ont aucune commune mesure avec les formes de l'adaptation dans la vie ordinaire et qui se révèlent comme l'expression d'un « ressort invisible ». Cela désigne à la fois les aspects multiformes de la plasticité humaine et ces ressources insoupçonnées qui se révèlent dans ces situations où la vie est ou a été menacée, comme une capacité humaine à transcender les contingences et les déterminismes. Il faut donc saisir leur dynamique comme directement liée à la nature des processus de survie qui comporte un double enjeu : d'une part, une expression de ressources insoupçonnées en tant que capacité humaine à résister à l'œuvre de destruction de l'événement traumatique, et d'autre part, cette mobilisation même des ressources correspond à un profond réaménagement psychique qui se traduit, comme on va le voir, par une transformation de soi et une autre manière de vivre.

Dans la suite du chapitre, nous envisagerons en quoi l'EMDR peut être d'une aide importante dans la prise en charge des malades du cancer en situant le propos autour de trois moments clés : d'une part, l'annonce et l'accompagnement du malade lors des différentes phases de traitement, d'autre part, la phase de rémission, et enfin, le passage aux soins palliatifs.

La contribution de la psychothérapie EMDR à la prise en charge des malades atteints par le cancer

La détresse des malades du cancer est associée à un certain nombre de conséquences négatives, assez bien identifiées par les chercheurs et les cliniciens. Il peut s'agir d'une moins bonne qualité de vie, d'une plus grande sensibilité à la douleur et aux symptômes physiques, d'une augmentation du risque des troubles anxieux et dépressifs, du risque suicidaire, d'une insatisfaction à l'égard des soins reçus et de la relation patient-médecin. Il ne s'agit pas ici comme dans les maladies cardiovasculaires (MCV) d'envisager forcément l'intervention au plus tôt et au plus près de la survenue de la maladie. D'ailleurs, bon nombre de patients ne consultent que bien après les soins et les interventions. Considérés en rémission par le corps médical, ils prennent toute la mesure de l'épreuve qu'ils ont affrontée. Si la préoccupation était de faire face à la maladie, aux traitements et à leurs conséquences, ils réalisent alors qu'ils ont lutté pour survivre et que cette épreuve les a changés. Parfois en bien, parce qu'ils se sentent plus forts. Parfois en mal, parce qu'ils sentent qu'au fond d'eux quelque chose s'est brisé et qu'ils sont particulièrement vulnérables. Avec le cancer, une fois le

choc de l'annonce passé, il faut sans plus attendre s'engager dans pléthore d'examens, de traitements et autres interventions parfois très intrusives. Certes, on ne risque pas sa peau à chaque instant comme dans le cas des MCV, mais les atteintes corporelles et psychiques sont majeures, avec une pathologie qui résonne souvent pour le malade et ses proches comme une véritable sentence de mort.

Dans un tel contexte, l'EMDR peut trouver une place de choix, non seulement en œuvrant dans la réduction des troubles réactionnels classiques (troubles anxieux, dépression, ESPT...), mais également en contribuant à une stabilisation des malades tout au long de leur parcours de soins. C'est à un travail sur le présent, qui portera plus particulièrement sur leur quotidien, qu'il convient alors de se livrer. Ce qui caractérise la pathologie cancéreuse, c'est qu'elle impose chaque jour au malade son lot de moments difficiles, de doutes et de craintes, de microtraumatismes et de choix majeurs. L'annonce, les interventions chirurgicales parfois invalidantes et destructrices, les chimiothérapies et leur cortège d'effets secondaires, la solitude, les rechutes ou les récidives, les plus ou moins bonnes nouvelles des médecins, la perte de l'intégrité corporelle, la peur de mourir, les inquiétudes qui pèsent sur ceux qui nous survivront (parents et enfants), les soins palliatifs et la perspective d'une mort réelle à laquelle il faut bien se résoudre, toutes ces épreuves pourront faire l'objet d'un accompagnement avec la psychothérapie EMDR, à la condition expresse d'être capable de les articuler avec d'autres méthodes et d'autres techniques.

Encadré 8.1

EMDR et TCC dans la prise en charge des troubles psychotraumatiques, anxieux et dépressifs chez des malades du cancer ([Capezzanni et al., 2013](#))

Cette étude pilote a comparé l'efficacité de la psychothérapie EMDR et des TCC dans la prise en charge de patients malades du cancer dont la finalité première était le traitement de l'ESPT, des troubles anxieux et de la dépression. Vingt et un patients suivis en service d'oncologie ont participé à cette partie de l'étude et ont été répartis de manière aléatoire dans les groupes EMDR *versus* TCC. Les échelles utilisées étaient l'IES-R de [Weiss et Marmar \(1997\)](#) pour la mesure de l'ESPT et de ses différentes composantes (intrusion, évitement activation neurovégétative), la STAI-Y de [Spielberger et al. \(1970\)](#) pour l'évaluation de l'anxiété-trait et état la BDI de [Beck et Steer \(1993\)](#) pour l'évaluation de la dépression. Les évaluations étaient réalisées avant la prise en charge, puis un mois après. Tous les patients ont fait l'objet de huit sessions de prise en charge hebdomadaire par des praticiens EMDR et TCC avec au moins dix ans d'ancienneté. Les résultats ont été résumés dans le [tableau 8.1](#).

Tableau 8.1. Moyennes et écarts types des différentes mesures selon les groupes de prise en charge EMDR *versus* TCC.

		Pré-traitement	Post-traitement à un mois	Significativité
IES-R Total	EMDR	50,91 (9,45)	20,55 (17,85)	*
	TCC	54,70 (10,62)	46,60 (14,13)	
STAI-état	EMDR	44,73 (5,42)	40,00 (3,41)	*
	TCC	45,40 (4,95)	43,90 (5,55)	
BDI	EMDR	25,73 (10,89)	14,45 (9,30)	*
	TCC	26,3 (8,73)	20,10 (9,24)	

Pour plus de simplicité, nous avons signalé avec un astérisque la présence de différences significatives entre le pré-traitement et le post-traitement.

Les résultats obtenus montrent que la prise en charge EMDR est plus efficiente que la prise en charge TCC pour la réduction des scores d'ESPT, d'anxiété-état et de dépression. Bien qu'indicatifs, les résultats d'une telle étude doivent être relativisés du fait de la taille des échantillons et de l'hétérogénéité des groupes de sujets, recrutés uniquement sur la base d'un diagnostic d'ESPT, ce qui, dans la problématique du cancer, reste somme toute assez réducteur. En outre, dans cette étude, les malades souffraient de cancers très hétérogènes (sein, colon, utérus...), ce qui relativise également la portée des résultats.

C'est la raison pour laquelle, dans la suite de ce chapitre, nous avons fait le choix de détailler les interventions autour de la psychothérapie EMDR dès lors que cela permettra de constituer un apport pour le clinicien. Il s'agit, comme nous l'avons déjà évoqué, d'éviter les trop nombreuses redondances et répétitions, qui à ce stade de l'ouvrage peuvent être parfois inévitables. Aussi, nous proposerons dans un premier temps une contribution autour de la prise en charge de l'annonce et de l'accompagnement du malade lors des différentes phases de traitement. Dans un second temps, nous évoquerons la question de la rémission et de ces corrélats psychologiques. Enfin, nous terminerons autour des soins palliatifs, qui sont la phase ultime du cancer, pour laquelle l'EMDR peut être utile. Rappelons que ces deux derniers points ne feront pas l'objet de présentations de cas ou de protocoles. Il s'agira plutôt d'envisager en quoi l'EMDR peut se révéler utile.

Du choc de l'annonce à l'accompagnement du malade lors des différentes phases du traitement

Les dimensions psychologiques de l'annonce de la maladie dans le cas du cancer

Pour un patient, l'annonce du cancer est un traumatisme majeur, une rupture biographique à partir de laquelle il se trouve confronté à la question de son avenir et de sa propre mort. L'incertitude diagnostique fait alors place à une incertitude existentielle (Lehto et al., 2012). La perte de sens de la vie, la peur, l'anxiété, la panique, le désespoir, la solitude et l'impuissance sont autant de paramètres qui peuvent venir bouleverser la situation psychologique de ces nouveaux malades déclarés (Yang et al., 2010). Le traumatisme psychologique comprend, selon les individus, des blessures narcissiques, des pertes et des deuils (de sa santé physique, de sa vie relationnelle, de sa carrière professionnelle, plus globalement de son projet de vie) (Dolbeault et al., 2007). La perte du sentiment d'immortalité n'est pas étrangère à un tel processus puisqu'elle enclave le sujet dans une perspective nouvelle : celle du réel de sa mort. Le traumatisme de l'annonce est à l'origine de la mise en place de mécanismes de défense psychologiques dont la finalité est de permettre à l'individu de « tenir le coup » (sidération, déni, isolation⁸, déplacement, projection agressive) et avec lesquels le malade et le psychothérapeute devront composer tout au long de la prise en charge. Les projets d'avenir qui semblaient jusqu'ici inaltérables sont mis entre parenthèses. Les nouveaux malades prennent conscience de la précarité du présent, qui jusque-là n'était qu'une idée philosophique. Bien réelle maintenant, elle les oblige à se désengager et à se défaire de toutes les chimères qui faisaient leur vie de bien portant afin de combattre la peur, l'angoisse et le désespoir qui seront leurs compagnons tout le long de la maladie et parfois au-delà. L'annonce d'un cancer peut induire un stress tellement intense qu'un retentissement somatique peut être observé. Une étude rétrospective suédoise, sur une cohorte de plus de six millions de patients, a révélé que l'annonce du cancer pouvait multiplier par 5,6 le risque de mortalité par maladies cardiovasculaires dans les sept jours qui suivent l'annonce. Ce risque était encore 3,3 fois plus important durant les quatre semaines après cette annonce (Fang et al., 2012). Cette étude a également montré que le risque de suicide était multiplié par 12,6 dans la semaine consécutive à l'annonce et par 3,1 durant l'année en cours.

8. Mise de côté des émotions masquées par une apparente sérénité.

Le cancer du sein et la prise en charge EMDR : l'annonce et ce qui suit

La plupart du temps, la perspective temporelle dans la prise en charge de malades du cancer tout de suite après l'annonce consistera à se focaliser sur le présent (**tableau 8.2**). À vrai dire, c'est tout le suivi du malade qui imposera le plus souvent au psychothérapeute de se centrer sur un présent récurrent, qui se renouvelle à chaque étape de la maladie et de sa prise en charge. Le futur, dans un tel contexte, s'envisage en jours, au mieux en semaines. C'est la raison pour laquelle l'idée de traitement du futur serait usurpée. Ainsi, nous parlerons préférentiellement de présent pour des événements qui se situeront le plus souvent dans un avenir proche.

Tableau 8.2. Perspective temporelle utilisée dans la prise en charge du cas Françoise.

Passé	Présent	Futur
Ø	1	Ø
Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	Déclencheurs actuels	Défis futurs

Présentation du cas Françoise

En décembre 2013, Françoise, âgée de 52 ans, reçoit une lettre du centre dans lequel elle vient de passer une mammographie. Elle apprend qu'on a décelé une tache à l'un de ses seins. Quelques semaines plus tard, en janvier 2014, elle subit une première échographie, suivie d'une biopsie deux ou trois semaines plus tard. Puis deuxième échographie et d'autres biopsies... Le diagnostic tombe enfin : il faut opérer ! Début avril, elle subira une mastectomie du sein droit. Après l'opération, Françoise est sortie assez vite. Mais deux semaines plus tard, on détectera une micrométastase sur l'un de ses ganglions. Il faut opérer de nouveau. Les résultats de cette seconde opération furent excellents. Françoise a ensuite subi des séances de chimiothérapie et de radiothérapie qui ont été, notamment pour les dernières, épuisantes. Aujourd'hui, Françoise va bien et est considérée en rémission. Nous l'avons suivie tout au long de la maladie et de sa prise en charge. Aussi, nous envisagerons la présentation du cas de Françoise comme une illustration de ce qu'il est possible de faire avec un patient non seulement dans la prise en charge des effets de l'annonce, mais aussi lors des différentes phases de traitement que sont la chimiothérapie et la radiothérapie.

Comme nous l'avons envisagé plus haut, l'annonce d'une maladie comme le cancer est en soi une épreuve et un choc qui méritent d'être pris en charge pour ce qu'ils sont. Aussi, il conviendra de ne pas perdre de temps

et d'envisager avec les patients un travail qui pourra d'abord les stabiliser, pour ensuite traiter l'annonce et ses conséquences sur le plan psychique. Souvent, le travail du psychologue dans un tel contexte est de traiter les événements au fur et à mesure qu'ils surviennent. Le choc de l'annonce à peine digéré, il faut le plus souvent se préparer aux examens parfois intrusifs, à l'intervention et à l'atteinte du corps, ainsi qu'aux douleurs probables. Puis viendra le temps de la chimiothérapie et/ou de la radiothérapie et de leur cortège de symptômes. Entre ces épisodes aigus qui ponctuent alors la vie des malades, il faudra affronter ce qu'impose la maladie en termes de bouleversements identitaires, de changements de rôle, d'angoisses de perte et de mort. Il faudra aussi affronter le regard des autres et celui des proches qui désormais vous voient comme un malade à l'issue incertaine. Le plus souvent, dans un tel contexte, le psychologue devra faire le deuil de toute planification psychothérapeutique. Il faudra traiter ce que la vie impose aux patients au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. C'est en cela que le traitement est d'abord et avant tout un traitement orienté vers le présent. C'est dans un second temps peut-être qu'il sera possible d'aller plus loin pour se projeter dans la vie et le futur et peut-être pourquoi pas, une fois toutes ces épreuves dépassées, revenir sur le passé des malades. Mais rien à ce stade n'est obligatoire. C'est sans doute cela, la règle ! En la matière, il n'y a rien à imposer *a priori*. Ce sera au malade et au psychothérapeute de savoir ce qui est prioritaire. Rappelons-nous que la clinique dépasse toujours la théorie et qu'il convient de donner la priorité à la complexité de la première, à l'inventivité et à l'expérience du professionnel plutôt qu'à des règles *a priori* souvent inadaptées.

Nous proposons quatre étapes dans la prise en charge de Françoise, qui doivent s'envisager en cohérence et en contingence avec l'évolution de la maladie :

Étape 1. application de techniques de régulation des émotions ;

Étape 2. traitement des cibles du présent avec un Protocole pour événements récents⁹ ;

Étape 3. mise en œuvre d'un Plan de ciblage pour l'anticipation des épreuves à venir de la maladie appréhendée comme pathogènes (reparamétrage temporel du travail de De Jongh et al. [2010] appliqué au futur) ;

Étape 4. application de la technique des *Flash-forwards* de Logie et de Jongh (2014) et Scénario du futur.

9. Les protocoles d'urgence concernent les événements arrivés dans les dernières heures, alors que les protocoles dits d'« événements récents » concernent des événements ayant eu lieu depuis deux jours jusqu'à trois mois. Dans le second cas, les événements traités ont fait l'objet d'une consolidation et d'une intégration en mémoire.

Étape 1 : application de techniques de régulation des émotions

Avant toute chose, il nous a semblé essentiel de procéder à un travail de stabilisation de la patiente. Dans les faits, il s'agit de mettre à sa disposition un ensemble de compétences qu'elle pourra mobiliser tout au long de la maladie et qui lui permettront autant que possible de contenir les émotions dont elle peut être le théâtre. Pour ce faire, nous avons fait le choix du protocole DIR de Leeds (1995, voir chapitre 3), du *Heart Lock-in* ou de la technique du Freeze (voir chapitres 6 et 7), de l'exercice des Quatre éléments de Lobenstine et Shapiro (2007, voir chapitre 4), et/ou du Lieu sûr (voir chapitre 4).

Étape 2 : traitement des cibles du présent avec un Protocole pour événements récents

L'usage d'un Protocole d'urgence se justifie très largement, en particulier si la prise en charge intervient peu de temps après l'annonce. Il s'agira alors de traiter l'annonce en tant que telle, mais aussi tous les questionnements existentiels qu'impose la survenue du cancer, en termes d'angoisse de mort et de perte. Mais comme dans le chapitre relatif à la prise en charge des cardiopathies (voir chapitre 7 pour le détail du protocole), nous avons fait ici le choix du Protocole pour événements récents (REP) de Francine Shapiro (1995, 2001) qui a l'avantage d'être simple d'usage et cohérent sur le plan théorique et clinique. L'URG-EMDR présenté dans le chapitre 5 aurait également pu s'envisager.

Deux séances de deux heures ont été nécessaires pour finaliser l'ensemble du traitement. Il est important de noter que dans une problématique comme celle du cancer, il est peu probable de voir des SUD descendre à 0, du fait même de la spécificité de cette maladie. Le psychothérapeute devra donc tolérer de ne pas voir ses indicateurs (SUD, VOC...) se mettre en conformité avec ses attentes. Une souplesse écologique s'impose et doit naturellement être respectée.

Encadré 8.2

Présentation des éléments du *Recent Events Protocol* (Shapiro, 1995, 2001) appliqués au cas Françoise

Toutes les cibles ont été traitées en respectant la méthodologie du protocole REP. Nous avons résumé dans le tableau 8.3 l'ensemble des éléments significatifs du traitement, notamment les cibles, les images, les cognitions, les VOC, les SUD et les émotions relatives à la prise en charge, en débutant par l'aspect le plus important, pour ensuite traiter quatre cibles de manière chronologique.

Tableau 8.3. Récapitulatif des éléments du protocole REP appliqués au cas Françoise.

Aspect le plus perturbant Cible 1 : « L'annonce du diagnostic »	Traitements chronologiques Cible 2 : « La première palpation de ma grosseur au sein dans la douche »	Traitements chronologiques Cible 3 : « Seule dans ma voiture après l'annonce »	Traitements chronologiques Cible 4 : « L'annonce à mes enfants et à mon mari »	Visualisation de tout le déroulement les yeux fermés	Visualisation de tout le déroulement les yeux ouverts	Scanner corporel
Image : « Les mots "cancer du sein" dans la bouche du médecin » CN : « Je suis en danger » CP : « Je suis en sécurité » VOC : 1 Émotion : peur SUD : 10	Image : « La grosseur dans le sein » CN : « Je suis en danger » CP : « Je suis en sécurité » VOC : 1 Émotion : peur SUD : 10	Image : « L'angoisse que j'ai ressentie dans ma voiture dans le parking de l'hôpital » CN : « Je n'ai plus le contrôle » CP : « J'ai le contrôle » VOC : 1 Émotion : peur SUD : 10	Image : « Le visage de mes enfants et de mon mari quand je leur apprends que je suis malade » CN : « Je ne peux pas les protéger » CP : « Je peux les protéger » VOC : 1 Émotion : peur SUD : 10	CN : « Impuissance » CP : « Je reprends le contrôle » VOC : 6 Émotion : peur SUD : 1	CP : « Je reprends ma vie en main »	Lieu de la sensation : Ø

Étape 3 : mise en œuvre d'un Plan de ciblage pour l'anticipation des épreuves de la maladie à venir appréhendées comme pathogènes (reparamétrage temporel du travail de De Jongh et al. [2010] appliqué au futur)

Nous avons décrit dans le chapitre 2 la procédure du SAC qui permet de rechercher l'événement source associé à un symptôme du présent, pour établir dans un second temps un graphique visualisant l'évolution au cours du temps de la sévérité de la manifestation anxieuse du patient. Dans le chapitre 4, nous avons décrit le *Flash-forward* qui permet, une fois toutes les cibles du passé traitées, de prendre en charge les peurs anticipatrices associées aux situations imaginaires, les pires envisagées par le patient. Il nous est apparu intéressant de nous inspirer de cela pour dresser, pour le futur cette fois, un graphique représentant l'ensemble des peurs anticipatrices du patient par rapport à sa maladie, à propos d'événements à venir (ou pas) pour lui, ainsi que l'intensité de la peur associée à chacun d'eux. Ces supports de travail pourront donner au psychothérapeute la possibilité de la mise en place d'un Plan de ciblage portant sur un futur qui, dans le cadre du cancer, se limite le plus souvent aux événements que la maladie et les traitements imposent aux malades. En effet, les malades du cancer se retrouvent souvent dans des situations où l'angoisse et la détresse proviennent non pas (seulement) des épreuves passées, mais de celles qui sont à venir dans un futur plus ou moins proche. L'anticipation de l'intervention chirurgicale et de ses conséquences, l'annonce de résultats complémentaires, la chimiothérapie sont autant d'événements redoutés par les malades. À ce stade et dans le contexte d'une maladie comme le cancer, il nous semble qu'un travail spécifique doit être engagé, qui ne se résume pas à la procédure d'installation de scénarios futurs, qui normalement sont mobilisés lorsque les événements passés et les déclencheurs du présent ont été traités.

Nous avons développé une démarche simple et originale en quatre phases distinctes.

Première phase : rechercher les peurs par anticipation

Psychothérapeute : « Nous allons identifier ensemble les éléments et les étapes de la maladie qui par anticipation vous font peur et vous conduisent à être mal à l'aise et à souffrir. Je parle par exemple de l'intervention chirurgicale qui vous attend et de toutes les peurs et appréhensions qui lui sont associées. Mais je parle aussi des autres étapes de la maladie, qui par anticipation peuvent vous préoccuper et vous faire souffrir. Je vous demande de fermer les yeux et d'imaginer que le temps futur de la maladie puisse se projeter dans votre imaginaire le long d'un continuum (**figure 8.1**). Imaginez que vous puissiez anticiper tous les éléments de ce continuum temporel et vous promener par la pensée grâce à une sorte de télécommande virtuelle qui pourrait vous faire avancer sur ce continuum. Bien entendu, il ne s'agit pas d'un futur en tant que tel, mais plutôt de la

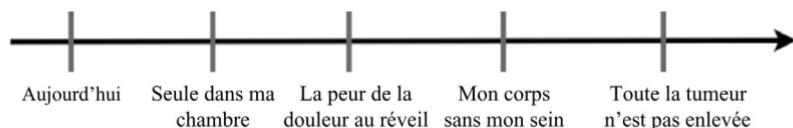


Figure 8.1. Représentation sur la ligne du temps des événements susceptibles de provoquer de l'anxiété.

manière dont vous imaginez votre avenir parfois dans ses moindres détails. Cela peut concerner les jours qui viennent, les semaines peut-être, voire les mois et les années. C'est à vous de voir ce qui résonne pour vous. Il sera alors possible de savoir ce qui vous fait peur et nous pourrions ensemble travailler sur ces peurs, qui sont des peurs anticipatrices. Êtes-vous prête ? »

Françoise : « Oui. »

Psychothérapeute : « Allez-y, fermez les yeux... et quand vous y serez, vous identifierez les événements à venir qui vous font peur. Dès que vous situerez un de ces moments dans le futur, vous mettrez votre pensée sur pause et vous me décrirez ce que vous ressentez. »

Deuxième phase : identifier les cibles d'anticipation

Françoise : « Je sais que je dois aller me faire opérer... J'ai peur de me retrouver seule, isolée, la veille à l'hôpital. Cette image de moi dans une chambre seule m'effraie. »

Psychothérapeute : « Très bien, quoi d'autre ? »

Françoise : « J'ai peur du réveil, de la douleur que je pourrais ressentir. »

Psychothérapeute : « Très bien, continuez. »

Françoise : « Oui, là je sens mon cœur battre à l'idée de me réveiller sans mon sein. J'ai peur de cette vision. »

Psychothérapeute : « Autre chose ? »

Françoise : « Oui, je me demande si cela va réussir et si le chirurgien sera en mesure de tout enlever. Imaginer cela me raidit. Il faudrait tout recommencer alors. »

Psychothérapeute : « Très bien. Y a-t-il encore d'autres choses qui vous viennent et qui génèrent des angoisses ? »

Françoise : « Non, là je ne vois pas vraiment, non, je crois que c'est tout... »

Troisième phase : déterminer l'intensité de la charge anxieuse

Lorsque l'inventaire des sources d'angoisse par anticipation est fait, il convient de représenter graphiquement l'évolution des manifestations émotionnelles en fonction de leur sévérité (axe des y) et du temps (axe des x).

Psychothérapeute : « J'aimerais que vous puissiez sur ce graphique dessiner la courbe qui représente le mieux votre état anxieux par rapport aux différents éléments que nous avons anticipés et qui semblent pour vous particulièrement anxiogènes ([figure 8.2](#)). Avec votre stylo, vous allez dessiner une courbe qui commencera "aujourd'hui" sur le graphique. Puis, une fois arrivée à la verticale de chacun des épisodes anticipés, vous ajusterez le niveau de la

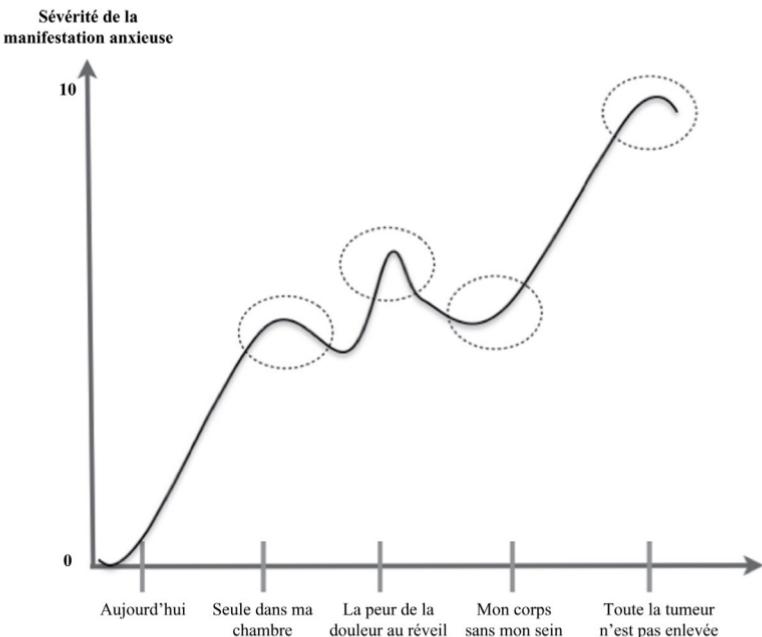


Figure 8.2. Représentation graphique de sévérité de la manifestation anxieuse par anticipation de Françoise en fonction des événements à venir.

sévérité de l'angoisse que vous ressentez en partant de 0, qui signifie "aucune angoisse et aucune peur", à 10, "la plus grande angoisse ou la plus grande peur possible". C'est comme une courbe de température qui évoluerait dans le futur, sauf qu'ici il s'agit de mesurer l'intensité de votre angoisse à propos des événements à venir. Vous pouvez lui donner la forme que vous voulez. Les traits peuvent ne pas être droits et l'on peut aussi, si vous le ressentez comme cela, trouver des pics d'intensité plus ou moins importants. Allez-y. »

Afin de sélectionner un souvenir cible significatif et important, il faut chercher le(s) « tournant(s) » ou le(s) « coude(s) » dans la courbe représentant un symptôme donné au cours du temps. C'est là-dessus que portera le traitement.

Quatrième phase : traitement des cibles d'anticipation avec le Protocole standard (voir chapitre 4 pour un rappel)

Toutes les cibles ont été traitées à partir de l'application du Protocole standard. Nous avons résumé dans le [tableau 8.4](#) l'ensemble des éléments significatifs du traitement, notamment les cibles, les images, les cognitions, les VOC, les SUD et les émotions relatives à la prise en charge.

Il est important de préciser à ce stade que de telles cibles, même si elles sont imaginaires, se traitent sur les mêmes bases que celles relatives aux cibles classiques. On notera toutefois que du fait du manque d'ancrage

Tableau 8.4. Récapitulatif des éléments du Protocole standard relatifs au traitement des événements anticipés comme anxiogènes¹.

Cibles	Début de la séance 1 (90')	Fin de la séance 2 (90')	Fin de la séance 3 (90')
« Seule dans ma chambre »	Image : « Moi, assise sur mon lit » CN : « Je suis impuissante » CP : « Je reprends le contrôle » VOC : 0 Émotion : peur SUD : 10 Siège : ventre	SUD : 3	VOC : 6 SUD : 1
« La peur de la douleur au réveil »	Image : « La sensation douloureuse imaginée » CN : « Je suis vulnérable » CP : « Je peux faire face » VOC : 0 Émotion : peur SUD : 10 Siège : ventre	VOC : 7 SUD : 0	
« Mon corps sans mon sein »	Image : « Visualisation de ma poitrine sans le sein touché » CN : « Je suis fragile » CP : « Je suis forte » VOC : 0 Émotion : peur SUD : 10 Siège : ventre	SUD : 4	VOC : 6 SUD : 2
« Toute la tumeur n'est pas enlevée »	Image : « Annonce par un médecin que tout n'a pas été enlevé » CN : « Je suis en danger » CP : « Je suis en sécurité » VOC : 0 Émotion : terreur SUD : 10 Siège : ventre	VOC : 6 SUD : 2	

¹ Pour des raisons d'illustration clinique relatives à la présentation du cas, nous avons fait le choix de demander un SUD à la fin de chacune des séances, ce qui bien entendu n'est en rien conforme à l'application du Protocole standard.

dans le réel, leur prise en charge semble parfois plus rapide, avec une baisse accélérée du SUD. Enfin, il est nécessaire de rappeler également qu'au regard de la situation du malade, il serait prétentieux d'exiger de ce dernier des SUD à 0. Il convient de rester sur une lecture écologique de la situation et du contexte du malade et d'accepter des valeurs de SUD supérieures à 0 (SUD aux alentours de à 1 à 3).

Étape 4 : application de la technique des Flash-forwards de Logie et de Jongh (2014) et Scénario du futur

Comme nous l'avons souvent précisé, la procédure du *Flash-forward* peut être utilisée lorsque des peurs et des angoisses anticipatrices sont encore présentes, que toutes les cibles du passé ont été traitées et qu'il n'est plus possible pour le clinicien d'en identifier d'autres. L'argument n'est pas ici la possibilité de rendre caduc un quelconque Scénario du futur, pour la simple et bonne raison que selon nous, face à une maladie comme le cancer, l'idée même de Scénario du futur reste discutable. Ce type de maladie met tous projets et toutes projections dans le futur entre parenthèses. À vrai dire, c'est l'idée de futur qui ici n'a plus vraiment de sens. La perspective d'un futur *secure* et serein à ce stade de la maladie ne peut pas être. C'est là encore un aspect que le clinicien devra intégrer et ajuster à la situation de son patient. C'est la raison pour laquelle le praticien pourra avantageusement utiliser la procédure *Flash-forward*, puis, dans un second temps, il pourra (le cas échéant) tenter d'installer un Scénario du futur qui sera dans le contexte du cancer assez limité dans le temps ou correspondra à des situations à venir bien précises (exemples : le prochain rendez-vous, le prochain examen). Notons enfin, que le *Flash-forward* est d'une grande utilité lorsqu'il s'agit de prendre en charge des peurs ou des angoisses relatives à des événements de nature irrationnelle, mais qui restent constants dans l'esprit des patients (peur de se vider de son sang, peur de mourir sur la table d'opération...). En ce sens, cette approche est complémentaire de celle présentée précédemment (et non redondante !) qui visait par anticipation à identifier des événements à venir concrets.

Encadré 8.3

Application de la procédure du Flash-forward au cas Françoise

Rappelons qu'après l'annonce de sa maladie, Françoise s'attend à subir une mastectomie et que de ce point de vue, la représentation extrême qu'elle en a peut s'avérer difficile.

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à votre opération, qu'est-ce que vous craignez qui puisse arriver de pire ou qui se passe mal ? Quelle serait la pire des choses qui pourrait selon vous arriver, le pire des cas possibles ? Essayez de l'imaginer dans votre tête et d'observer ce qui se passe alors en vous. »

Françoise : « Quand je pense à ma plus grande peur, à ce dont j'ai le plus peur... c'est de mourir... de mourir en perdant tout mon sang. »

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à cela, quelle est l'image qui vous vient ? »

Françoise : « Je suis sur la table d'opération dans mon sang immobile et personne ne bouge autour de moi. On me laisse mourir. »

Psychothérapeute : « Regardez cette image de vous dans ce sang, immobile, et pensez "Je suis impuissante"¹... Sur une échelle de 0 à 10, quel est le niveau de perturbation ? »

Françoise : « 10. »

Poursuivre en appliquant les phases 4 à 7 (SUD = 0, VOC = 7, bon Scanner corporel).

Psychothérapeute : « Y a-t-il autre chose qui vous hante ? Autre chose qui pourrait selon vous être la pire des choses qui pourrait vous arriver, le pire des cas possibles maintenant pour vous ? Essayez de l'imaginer dans votre tête et d'observer ce qui se passe alors en vous ? »

Françoise : « D'avoir un trou informe et purulent à la place de mon sein. »

Psychothérapeute : « Dites ce qui est le pire dans cette situation... qu'est-ce qui pourrait vous arriver de pire alors ? »

Françoise : « Que j'agonise... »

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à cela, quelle est l'image qui vous vient ? »

Françoise : « Je suis assise, je vois le trou et mon visage terrifié. »

Psychothérapeute : « Regardez cette image de vous terrifiée avec ce trou informe et purulent. Sur une échelle de 0 à 10, quel est le niveau de perturbation ? »

Françoise : « 10. »

Poursuivre en appliquant les phases 4 à 7 (SUD = 0, VOC = 7, bon Scanner corporel).

Psychothérapeute : « Y a-t-il autre chose qui vous hante ? Autre chose qui pourrait selon vous être la pire des choses qui pourrait vous arriver, le pire des cas possibles maintenant pour vous ? Essayez de l'imaginer dans votre tête et d'observer ce qui se passe alors en vous. »

Françoise : « Non... là, rien... »

¹Ad de Jongh ([Logie, de Jongh, 2014](#)) préconise dans tous les cas le choix de la cognition négative « Je suis impuissant » (et donc de « J'ai le contrôle » en cognition positive) dans toute procédure de *Flash-forward*. Selon nous, un tel choix est judicieux pour les traitements des phobies qui sont, rappelons-le, à l'origine du *Flash-forward*. Nous ne sommes pas convaincus de son adéquation à toutes les situations. Il reviendra au praticien de choisir ce qui lui semble le plus adapté !

À l'issue, il sera possible d'envisager avec le patient de travailler sur l'installation d'un Scénario du futur comme envisagée dans le cadre des formations EMDR de niveaux 1 et 2. Cependant, nous réaffirmons que la perspective d'un Scénario du futur ne doit en aucun cas s'envisager comme nous le faisons avec des victimes classiques par exemple, pour la simple et bonne raison que la capacité de projection des malades du cancer est contingentée par la prochaine étape de leur maladie (l'intervention, la chimiothérapie, la

radiothérapie, les résultats de tel ou tel examen). Ce sont ces événements-là qui donnent le plus souvent le tempo de ce qu'il convient d'appeler le futur. C'est là un point important dont il faudra tenir compte dans la prise en charge de ce type de malade.

De la rémission à la peur de la récidive et EMDR : éléments problématiques

Une des rares définitions de la peur de la récidive du cancer a été proposée par [Vickberg \(2003\)](#), qui la définit comme « la peur ou l'inquiétude que le cancer reviendra ou progressera dans le même organe ou dans une autre partie du corps ». Tous les psychothérapeutes connaissent parfaitement cette plainte récurrente chez les malades du cancer qui se voient, à la fin de leur parcours de soins, considérés par la médecine en situation de rémission. Certes, la rémission signe la fin des traitements et l'absence de traces de la maladie. Et si elle conduit souvent chacun à prendre la mesure de l'épreuve qu'il vient de traverser, cette phase rend paradoxalement l'avenir plus incertain. La peur de la récidive semble toucher entre 49 et 74 % des malades atteints par le cancer ([Baker et al., 2005](#)). Cinq ans après la fin des traitements, 70 % des survivants d'un cancer du sein manifestent encore des angoisses et des peurs en lien avec l'idée d'une éventuelle récidive ([Mast, 1998](#)).

Les réactions des patients face au cancer varient en fonction des représentations personnelles qu'ils ont de leur maladie. Ainsi, en accord avec Leventhal ([Leventhal et al., 1992](#)), la peur de la récidive serait fonction de la représentation de la maladie. Tous les indices externes (visites médicales, examens de contrôle divers, exposition aux campagnes de presse et d'information sur la maladie...) et somatiques pourraient être interprétés en conséquence et seraient autant d'indices de rappel de la maladie, capables à eux seuls non seulement de faire émerger l'idée du retour de la maladie, mais aussi d'augmenter l'anxiété et les inquiétudes d'une éventuelle récidive ([Northouse, 1981](#)). Il est important de noter que les patients deviennent, notamment dans cette période, particulièrement sensibles à la question des conséquences de la maladie et de leur mort sur leur entourage (exemple : « Que deviendront mon mari et mes enfants si je venais à disparaître ? »). Toutes les pensées des malades se voient parasitées par des inquiétudes en lien avec l'éventualité de la récidive et des doutes sur l'éradication totale de la maladie. Les patients se croyant à risque d'une récidive sont plus réactifs sur le plan émotionnel, même dans le contexte d'exposition à un stimulus somatique neutre. De la même façon, l'expérience passée en lien avec le cancer aura un effet sur le degré de vulnérabilité des malades et sur leur peur d'une éventuelle récidive ([Leventhal et al., 1992](#)).

[Lee-Jones et al. \(1997\)](#) ont identifié certaines conséquences possibles de fortes inquiétudes par rapport à la survenue d'une éventuelle récidive. De telles informations résonnent comme des pistes de travail psychothérapeutique pour tous les psychothérapeutes, quelle que soit leur orientation psychothérapeutique. Pour le praticien EMDR, il s'agit même d'une feuille de route à proposer au patient et à discuter avec lui. Ainsi, la peur de la récidive :

- engendre la survenue de préoccupations anxieuses et de comportements de vérification (exemples : autopalpations, recours aux examens médicaux de contrôle non programmés), comparables à une forme de compulsion hypocondriaque ;
- empêche les malades de se projeter dans l'avenir et d'envisager des projets futurs ;
- conduit à une interprétation erronée des signaux corporels.

Rappelons que selon [Teasdale \(1988\)](#), qui fut l'initiateur de la *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (ou MBCT), les humeurs tristes ont le pouvoir de réactiver des schémas de pensée associés à des états d'humeur dépressive antérieurs, entretenant ainsi un cycle nocif qu'il nomme « hypothèse d'activation différentielle. » Ce modèle avance l'établissement au fil du temps d'une association entre les pensées et les humeurs cohabitant au cours d'un épisode négatif. Les schémas de pensée pathogènes deviendraient inséparables des sentiments de tristesse, maintenant ainsi une vulnérabilité à la réactivation de cet amalgame cognitivo-émotionnel, et ce même une fois l'épisode négatif (les conséquences psychologiques du cancer) résolu. Ainsi, lors de l'expérimentation d'une humeur négative, des individus présentant un passé anxiocdépressif sont plus vulnérables à la réactivation automatique de schémas de pensée négatifs que ceux n'ayant jamais vécu un épisode anxiocdépressif, leurs pensées pouvant pérenniser l'humeur dysphorique et entraîner une intensification de la situation psycho-émotionnelle.

L'ensemble de ces éléments fournit de nombreuses ouvertures pour la prise en charge des malades. Ainsi, il sera aisément pour le praticien EMDR de proposer des réponses psychothérapeutiques au malade, qu'il s'agisse du Protocole événement récent, de la procédure de *Flash-forward* ou du Protocole standard. Le lecteur pourra puiser dans l'ensemble de cet ouvrage les éléments susceptibles de contribuer à l'accompagnement des patients lors de la phase de rémission.

L'ultime accompagnement : les soins palliatifs

Un nombre important d'études a été consacré à l'évaluation de la problématique des soins palliatifs et à la détresse qu'une telle situation pouvait induire chez les malades. La prévalence de la dépression des patients admis en

soins palliatifs concerne environ 25 % d'entre eux ([Lloyd-Williams, 2001](#)). Cependant, pour certains, la morbidité psychologique pourrait s'élever jusqu'à 80 %, mais ne serait pas vraiment identifiée ([Maguire, 1985](#)). Cela tiendrait au fait que la dépression, par exemple, peut dans ce contexte être considérée comme normale.

Des études ont montré que la présence de symptômes physiques tels que la douleur, ainsi que la présence d'une détresse psychologique importante jouait un rôle majeur dans la volonté des patients d'en finir le plus rapidement possible ([Mystakidou et al., 2005](#)).

En soins palliatifs, l'anxiété est également omniprésente chez les malades. Selon une étude rapportée par [Miller et Massie \(2006\)](#), près de la moitié des patients atteints de cancer présenteraient une anxiété significative. Tout comme la dépression, les manifestations de l'anxiété pour les affections cancéreuses terminales sont à la fois psychologiques, cognitives et somatiques. Les symptômes somatiques se confondent souvent avec les symptômes physiques propres à la maladie, ce qui rend leur identification complexe en tant que manifestation de l'anxiété. Il peut s'agir de tachycardie, de dyspnée, de transpiration, de nausée, etc. D'un point de vue cognitif, les pensées récurrentes mettent généralement en scène les aspects liés aux conséquences de la maladie comprenant des peurs de différentes natures telles que la peur de la mort, de la dépendance, de l'infirmité ou de la douleur.

Enfin, il convient de consacrer une attention particulière au syndrome de stress post-traumatique, en raison de son étiologie parfois directement liée à la maladie qui l'affecte, et particulièrement aux annonces d'échec des traitements. L'annonce d'arrêt des traitements curatifs aux bénéfices de traitements palliatifs laisse entrevoir le fait que la mort n'est plus très loin.

La répétition des situations traumatogènes tout au long du parcours de soins contribuent à accroître la vulnérabilité psychologique du sujet, par l'épuisement progressif de ses ressources physiques et psychiques, et donc à entretenir la symptomatologie post-traumatique. Il est alors nécessaire d'accorder une attention particulière à l'identification de ce trouble, qui génère une détresse excessive chez ceux qui en souffrent et perturbe considérablement la prise en charge.

Notons enfin que de nombreuses études portant sur la dignité et les soins de fin de vie ont démontré une forte association entre d'une part, la perte de dignité, et d'autre part, la dépression, l'anxiété, le désir de mourir, la perte d'espoir, le sentiment d'être un fardeau pour ses proches et une faible qualité de vie ([Chochinov, 2004](#)). De plus, les préoccupations universelles de nature existentielle concernant la mort, la recherche de sens et le sentiment de contrôle sur sa propre vie constituent souvent la principale source de souffrance ([Frankl, 1988](#)). L'un des plus grands défis auxquels

Tableau 8.5. Inventaire de la dignité en soins palliatifs ([Chochinov et al., 2008](#)).

1. Être incapable d'effectuer les tâches de la vie quotidienne (exemples : faire à manger, m'habiller).	0	1	2	3	4
2. Être incapable de m'occuper seul(e) de mes besoins hygiéniques de base (exemples : me laver, aller aux toilettes).	0	1	2	3	4
3. Ressentir des symptômes affligeants physiquement (tels que la douleur, être à court de souffle, la nausée).	0	1	2	3	4
4. Sentir qu'à cause de ma maladie, le regard que les gens posent sur moi a changé significativement.	0	1	2	3	4
5. Me sentir déprimé(e).	0	1	2	3	4
6. Me sentir anxieux(se).	0	1	2	3	4
7. Me sentir incertain(e) face à ma maladie et à mes traitements.	0	1	2	3	4
8. Être inquiet(ète) à propos de mon futur.	0	1	2	3	4
9. Être incapable de penser clairement.	0	1	2	3	4
10. Être incapable de continuer ma vie habituelle au quotidien.	0	1	2	3	4
11. Sentir que je ne suis plus qui j'étais.	0	1	2	3	4
12. Me sentir inutile ou sans valeur.	0	1	2	3	4
13. Ne pas être en mesure de remplir des rôles importants de la vie (exemples : conjoint[e], parent[e]).	0	1	2	3	4
14. Croire que la vie n'a plus de sens ou de but.	0	1	2	3	4
15. Sentir que je n'ai pas laissé ma marque ou que je n'ai pas réalisé de contributions significatives durant ma vie.	0	1	2	3	4
16. Sentir que je n'ai pas terminé ce que j'aurais voulu réaliser dans ma vie (exemples : choses non dites ou incomplètes).	0	1	2	3	4
17. Avoir l'impression que ma vie spirituelle est vide de sens.	0	1	2	3	4
18. Sentir que je suis un fardeau pour les autres.	0	1	2	3	4
19. Sentir que je n'ai pas de contrôle sur ma vie.	0	1	2	3	4
20. Sentir que ma maladie et les soins qu'on m'apporte ont réduit mon intimité.	0	1	2	3	4
21. Ne pas me sentir soutenu(e) par mon entourage (mes amis et ma famille).	0	1	2	3	4
22. Ne pas me sentir soutenu(e) par mon équipe soignante de l'hôpital.	0	1	2	3	4
23. Sentir que je ne suis plus capable mentalement d'affronter ma maladie et les défis qu'elle apporte.	0	1	2	3	4
24. Être incapable d'accepter les choses telles qu'elles sont.	0	1	2	3	4
25. Être traité(e) avec irrespect et incompréhension par les autres.	0	1	2	3	4

Consigne : voici un questionnaire composé de vingt-cinq items. Chacun d'entre eux est associé à une échelle en cinq points allant de 0 = Pas de problème à 4 = Problème accablant en passant par 1 = léger problème, 2 = problème, 3 = problème important. Pour chacun des items, vous pourrez moduler votre réponse de 0 à 4 selon que l'item évalué n'est « pas un problème » pour vous, *versus* est « un problème accablant » pour vous. Répondez le plus honnêtement possible. Vos réponses nous aiderons à faire le point ensemble sur ce que vous vivez aujourd'hui.

sont confrontés les psychologues dans ce domaine est de développer des méthodes efficaces pour soulager la souffrance existentielle chez les personnes en fin de vie.

Au-delà de la réduction des symptômes, il s'agira d'aider les malades à retrouver une certaine dignité et de les aider à se construire une conscience de l'ici et maintenant et de la sensibilité à l'expérience immédiate. Il s'agit le plus souvent de les aider à se reconnaître, à trouver un sens à leur vie, à utiliser leur potentiel, à avoir le sentiment de se développer et à croire en certaines valeurs, tout en les encourageant dans la réalisation de leurs derniers projets.

Dans cette entreprise, le psychothérapeute EMDR pourra avantageusement prendre appui sur l'*Inventaire de la dignité en soins palliatifs* ([Chochinov et al., 2008](#)). Une fois présenté au malade, chaque item peut faire l'objet d'une explicitation (exemple : « Pourriez-vous expliquer pourquoi vous avez mis telle ou telle note à cet item ? ») qui pourra aisément déboucher sur un traitement avec le Protocole standard. Cette approche armée particulièrement originale pourra, dans les situations éminemment difficiles que sont les soins palliatifs, être d'une grande aide pour le thérapeute et d'un grand intérêt clinique pour le patient.

La perspective globale de la prise en charge des malades du cancer avec la psychothérapie EMDR

Dans cette partie, nous avons voulu synthétiser le cadre global de ce que pouvait être la prise en charge EMDR en fonction des étapes de la maladie et des phases de traitement. Il ne s'agit que d'un guide dont le psychothérapeute pourra s'inspirer dans sa planification *a priori* de la prise en charge EMDR. Bien entendu, un tel dispositif n'a pas d'ambition prescriptive, tout simplement parce que la complexité des situations cliniques ne les rend pas toujours comparable entre elles. Néanmoins, il nous a semblé possible de proposer une synthèse cohérente de ce qu'il est possible de faire et de proposer aux malades du cancer, en convoquant les dispositifs et autres protocoles pertinents souvent proposés dans cet ouvrage.

Dans tous les cas, comme nous l'avons déjà envisagé à plusieurs reprises dans ce chapitre, il s'agira toujours de prioriser la stabilisation du patient en lui donnant les moyens psychologiques d'affronter toutes les étapes de la maladie. À de nombreuses reprises, ce dernier se retrouvera seul dans sa chambre d'hôpital, durant les séances de chimiothérapie ou de radiothérapie. C'est dans ces moments de solitude qu'il lui faudra gérer ses états émotionnels morbides, empreints d'angoisses et de stress. De ce point de

vue, il est impératif de doter le patient au fur et à mesure de sa prise en charge de compétences nouvelles qui seront susceptibles de l'accompagner tout au long de la maladie et qu'il pourra mobiliser à tout moment. Cette stabilisation du patient est une étape cruciale que le psychothérapeute ne devra pas négliger, au risque de mettre en péril non seulement son propre travail, mais également l'équilibre psychique de son patient. Il n'est pas nécessaire de proposer cela en une fois, ce qui pourrait d'ailleurs se révéler inefficace, mais au contraire de distiller cet apport tout au long de la prise en charge. L'acquisition de ces nouvelles habiletés a pour vocation première de contenir (fonction contenante) l'anxiété et la peur des patients. Dans le graphique suivant ([figure 8.3](#)) les différentes flèches indiquent en quoi le temps de la maladie pourra être ponctué non seulement par l'acquisition de ces nouvelles compétences, mais aussi par leur mobilisation par le patient (selon son souhait).

La phase de cancer primitif

Rappelons que cette phase est représentée de manière schématique dans la figure 8.3 et qu'elle ne correspond en rien à une situation clinique réelle. Il s'agit de situer les différents événements qui ponctuent la maladie depuis sa découverte incidente lors d'une palpation par exemple, jusqu'aux examens médicaux qui signent l'entrée dans la phase de rémission. Ce schéma est loin d'être complet, parce qu'au fond les spécificités sont innombrables. Comme nous l'avons déjà envisagé, il s'agit le plus souvent (ce qui indique bien que tout est possible) de traiter l'annonce et l'ensemble des événements qui peuvent ponctuer cette phase, qu'il s'agisse d'une intervention chirurgicale (quand elle s'impose) ou de la radiothérapie (quand elle est nécessaire). Entre ces étapes, il se peut que le patient puisse rapporter en consultation d'autres éléments qui ont pu le bouleverser ou l'atteindre. Quoi qu'il en soit, le traitement doit le plus souvent s'orienter vers le présent ou un futur à court terme qui n'est en rien comparable à ce que classiquement nous entendons par « traitement du futur ». C'est la raison pour laquelle nous maintenons l'idée d'un traitement « pied à pied » qui impose au psychothérapeute d'être vigilant afin d'apporter une réponse fonctionnelle et opérante au malade aux prises avec les incidents et les imprévus que la maladie ne manquera pas de lui imposer. Pour ce faire, il y a bien entendu le Protocole standard qui reste la « Rolls-Royce » de tout bon praticien EMDR et qui pardonne bien des erreurs ou des ratés. Mais chacun pourra avantageusement faire appel à des Protocoles événements récents qui ici trouvent une adéquation parfaite avec la réalité clinique des malades. Les Protocoles de prise en charge de la douleur pourront encore être d'une grande utilité pour le psychothérapeute. Ils permettront non seulement d'aider à soulager les malades, mais également de reconfigurer le schéma corporel lors d'amputations plus ou moins délabrantes ou de rectifications corporelles qui, dans le cas du cancer, sont souvent présentes.

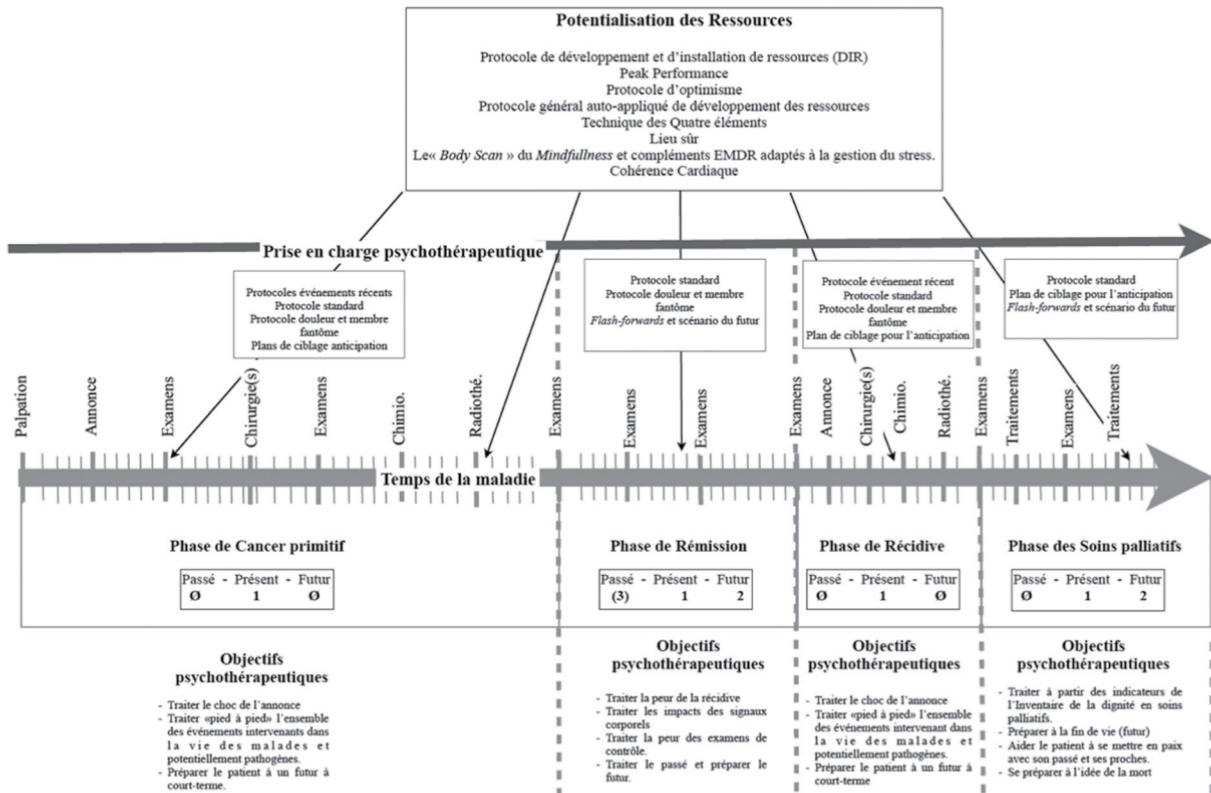


Figure 8.3. Représentation schématique d'une prise en charge EMDR dans le cas d'une situation de cancer.

Le travail sur le ciblage anticipatoire, le *Flash-forward* et le Scénario du futur (à court terme) nous semblent également incontournables. Ainsi, les ressources disponibles pour le psychothérapeute sont nombreuses et d'une efficacité redoutable à la condition expresse de ne pas s'adonner à un traitement classique (passé, présent et futur), le plus souvent inopérant avec le cancer. Rappelons enfin, que le temps nous est compté car les épreuves s'enchaînent rapidement les unes après les autres. Il convient d'être opérationnel et efficace, quitte à renoncer parfois au respect strict de certains principes (nombreux en EMDR).

La phase de rémission

Comme nous l'avons envisagé, cette phase ne signifie en rien la fin de la maladie. Sur le plan psychologique, c'est parfois même l'inverse ! Si la médecine n'est pas en mesure de détecter la moindre trace de cellules cancéreuses dans le corps, paradoxalement, la maladie acquiert souvent à ce stade un nouveau statut. Éradiquée, elle hante désormais le malade et plane autour de lui, insaisissable et irrationnelle. Ainsi, les maladies laissent des traces. Cette incohérence apparente est pour le malade souvent incompréhensible. Il se pensait débarrassé de l'envahisseur et le voilà aux prises avec son fantôme. À l'affût de toute modification, dans l'attente des examens qui pourraient à nouveau faire résonner la sentence d'un retour de la maladie, le voilà à nouveau en pleine détresse. L'avenir s'éloigne encore un peu plus. Disons plutôt qu'il est toujours inaccessible. Il est toujours impossible de se projeter et de faire des projets. C'est la peur et le risque d'un éventuel retour qui, par superstition peut-être, empêchent de parler au futur.

Lors de cette phase, le praticien peut faire appel à de nombreux supports psychothérapeutiques pour accompagner cette peur. Certes, il convient de traiter les maux du quotidien et tous ces signes qui deviennent des signaux indiquant que la maladie est de retour et que c'est peut-être « foutu ». Certes, il convient de traiter l'avenir en amenant peu à peu le malade, rassuré, à se projeter vers le futur. À ce stade, le psychothérapeute pourra (c'est une option importante !) traiter le passé. Soit le passé proche de la maladie sur laquelle il a fallu aller vite en reprenant les unes après les autres toutes les étapes douloureuses et éprouvantes des soins et des traitements. Soit un passé plus lointain *a priori*, éloigné de la maladie en tant que telle, afin de voir ce qui, dans l'histoire du sujet, a été réactivé et peut alimenter son état actuel. La marge de manœuvre du praticien s'avère importante, c'est la raison pour laquelle nous l'invitons à bien négocier et discuter ses choix avec le patient. En outre, nous militons dans ce contexte précis pour l'ouverture de « chantiers cliniques parallèles ». En effet, il s'avère utile de ne pas avoir une démarche procédurale en traitant d'abord le présent, puis le futur et le cas échéant le passé (l'ordre est à adapter). Il peut être intéressant selon les séances de procéder à des alternances en travaillant le passé et le futur, par exemple, de manière contingente.

La phase de récidive

L'annonce d'une rechute est une étape traumatisante pour le patient. Il se trouve alors à nouveau confronté à la maladie, qui un temps semblait s'être éloignée de lui. L'anxiété et le découragement sont fréquents à ce stade avec une crise de confiance dans la médecine, dans l'équipe soignante (surtout si elle n'a pas clairement parlé de ce risque au début de la prise en charge), et bien sûr dans son avenir propre. Pour la première fois, le malade perçoit qu'une étape vers la mort vient d'être franchie. À ce stade, le praticien EMDR dispose des mêmes outils que lors de la phase de cancer primitif. C'est globalement la même démarche qu'il conviendra de mobiliser, à la différence près (qui peut selon les cas servir ou desservir la prise en charge) que le patient sait parfaitement à quoi s'en tenir et à quoi s'attendre. Il connaît l'ennemi cette fois, et il sait que les traitements se sont avérés inefficaces et qu'objectivement, donc, ses chances de s'en sortir sont un peu plus réduites qu'auparavant.

La phase de soins palliatifs

Aujourd'hui, la prise en charge individuelle en soins palliatifs est le plus souvent réalisée par toute une équipe. Le rôle du psychologue auprès des malades à ce stade de la maladie n'est dans les faits pas vraiment aisé à définir, peut-être sans doute parce que la question du « mourir » n'est pas ordinaire. Il s'agit souvent de permettre au malade d'échanger sur son état. Cela semble être un des moyens les plus efficaces pour lui permettre d'accéder à un mieux-être. Permettre cet échange nécessite pour le psychologue d'aller vers le malade alors que ce dernier a souvent tendance à vouloir s'isoler. Dans un tel contexte, c'est le malade qui est le guide et c'est au psychologue de le suivre. Si certains malades sont en mesure de trouver du sens à ce qu'ils vivent, d'autres en sont incapables. Aider le malade à trouver du sens peut aider à combattre en partie l'angoisse, très souvent présente. De la même manière que partager cette angoisse atténue considérablement son impact. Pour cela, une relation attentionnée basée sur la non-directivité et sur l'écoute est nécessaire. Écouter le malade, c'est l'accompagner pour qu'il trouve lui-même son chemin à travers ses hésitations, ses peurs, ses défenses, ses blocages. C'est une écoute qui se garde de juger, de conseiller, d'interpréter ou de banaliser. C'est dans ce contexte qu'une prise en charge EMDR peut trouver sa place pour aider le patient à dépasser certains blocages, ou tout simplement contribuer à la réduction de certains symptômes anxieux. À ce stade, il s'agit de faire preuve d'une grande souplesse avec un malade qui ira de plus en plus mal (difficultés d'élocution, fatigue, somnolence, agitation). Même si cela peut s'avérer complexe, il convient de penser l'utilisation de l'EMDR dans une perspective intégrative et en articulation avec l'ensemble des soins et des contraintes médicales en présence.

Conclusion

Dans ce chapitre, il s'agissait pour nous d'envisager en quoi la psychothérapie EMDR pouvait s'avérer pertinente et utile dans la prise en charge des malades du cancer. La complexité d'une telle pathologie et la multiplicité des états psychiques qu'elle peut provoquer nous ont montré qu'il était possible de convoquer les protocoles et autres procédures déjà présents dans cet ouvrage. Pour autant, il nous semble que la perspective temporelle et donc psychothérapeutique à adopter ici est quelque peu différente de celle des autres pathologies (même si des parallèles peuvent être faits avec les maladies cardiovasculaires). La plupart du temps, il s'agit avant tout pour le psychothérapeute de se fixer sur ce que vit le malade dans le présent. Et si la question du futur se pose, il s'agira le plus souvent d'un futur proche qu'il conviendra aussi de préparer psychiquement pour le patient.

Dans le domaine de la psycho-oncologie, la psychothérapie EMDR peut trouver une place de choix. Il faut néanmoins un peu de patience pour lever les réticences encore présentes dans le domaine pour que les choses se réalisent, mais l'espoir est permis car cette psychothérapie EMDR est vraiment étonnante d'efficacité.

Les 5 points clés du chapitre

- Le cancer impose de nombreuses conséquences psychopathologiques au malade et la dépression, les troubles anxieux et le psychotraumatisme sont à cet égard des manifestations psychiques particulièrement présentes chez ce type de patient. Pour autant, la question du psychotraumatisme peut dans ce domaine s'envisager selon une acception plus large, que [Fischer \(2014\)](#) qualifie de « situation extrême ».
- L'EMDR peut dans un tel contexte trouver une place de choix, non seulement en œuvrant dans la réduction des troubles réactionnels classiques (troubles anxieux, dépression, ESPT...), mais également en contribuant à une stabilisation des malades tout au long de leur parcours de soins. C'est à un travail sur le présent, qui portera plus particulièrement encore sur leur quotidien, qu'il convient de se livrer.
- Ce qui caractérise la pathologie cancéreuse, c'est qu'elle impose chaque jour au malade son lot de moments difficiles, de doutes et de craintes, de micro-traumatismes et de choix majeurs. L'annonce, les interventions chirurgicales parfois invalidantes et destructrices, les chimiothérapies et leur cortège d'effets secondaires, la solitude, les rechutes ou les récidives, les plus ou moins bonnes nouvelles des médecins, la perte de l'intégrité corporelle, la peur de mourir, les inquiétudes qui pèsent sur ceux qui nous survivront (parents et enfants), les soins palliatifs et la perspective d'une mort réelle à laquelle il faut bien se résoudre, toutes ces épreuves pourront faire l'objet d'un accompagnement avec la psychothérapie EMDR.





- L'anticipation de l'intervention chirurgicale et de ses conséquences, l'annonce de résultats complémentaires, la chimiothérapie sont autant d'événements redoutés par les malades. À ce stade et dans le contexte d'une maladie comme le cancer, un travail spécifique doit être engagé, qui ne se résume pas à la procédure d'installation de scénarios futurs, qui normalement sont mobilisés lorsque les événements passés et les déclencheurs du présent ont été traités. Ainsi, nous avons développé une démarche simple et originale en quatre phases distinctes.
- Une synthèse cohérente de ce qu'on peut proposer aux malades du cancer est possible en convoquant les dispositifs et autres protocoles pertinents proposés dans cet ouvrage. C'est ce qui a été suggéré dans la « perspective globale de prise en charge des malades du cancer avec la psychothérapie EMDR ».

Références

- Akechi, T., Okamura, H., Nishiwaki, Y., & Uchitomi, Y. (2002). Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung cancer carcinoma. *Cancer*, 95, 1085-1093.
- Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Goldzweig, G., Ever-Hadani, P., Hofman, G., Krenn, G., & Samonigg, H. (2003). Effects of age and psychological distress in women diagnosed with breast cancer: Review of literature and analysis of two different geographical settings. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 46, 5-16.
- Baker, F., Denniston, M., Smith, T., & West, M. M. (2005). Adult cancer survivors: How are they faring? *Cancer*, 104(11 Suppl), 2565-2576.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Manual for the Revised Beck Depression Inventory*. San Antonio (TX): Psychological Corporation.
- Bettelheim, B. (1979). *Survivre*. Paris: Laffont.
- Capezzani, L., Ostacoli, L., Cavallo, M., Carletto, S., Fernandez, I., Solomon, R., Pagani, M., & Cantelmi, T. (2013). EMDR and CBT for cancer patients: Comparative study of effects on PTSD, anxiety, and depression. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(3), 134-143.
- Chochinov, H. M. (2004). Dignity and the eye of the beholder. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 1336-1340.
- Chochinov, H. M., Hassard, T., McClement, S., et al. (2008). The patient dignity inventory : A novel way of measuring dignityrelated distress in palliative care. *Journal of Pain Symptom Management*, 36, 559-571.
- Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Dilhuydy, J., Irachabal, S., & Lkdja, F. (2005). Impact du contrôle perçu, de l'attribution causale interne et du contrôle religieux sur la qualité de vie et l'évolution de la maladie de patientes atteintes d'un premier cancer du sein. *Revue francophone de psycho-oncologie*, 4, 288-291.
- De Jongh, A., Ten Broeke, E., & Meijer, S. (2010). Two method approach: A case conceptualization model in the context of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(1), 12-21.
- Dolbeault, S., Dauchy, S., Brédart, A., & Consoli, S. M. (2007). *La Psycho-Oncologie*. Paris: John Libbey Eurotext.

- Fang, F., Fall, K., Mittleman, M. A., Sparen, P., Ye, W., Adami, H. O., et al. (2012). Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *New England Journal of Medicine*, 366, 1310-1318.
- Fischer, G. N. (2014). *Le Ressort invisible : vivre l'extrême*. Paris: Dunod.
- Frankl, V. E. (1988). *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie*. Montréal: Éditions de l'Homme.
- Grassi, L., Biancosino, B., Marmai, L., Rossi, E., & Sabato, S. (2007). Psychological factors affecting oncology conditions. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 28, 57-71.
- Holland, J. C. (1997). Preliminary guidelines for the treatment of distress. *Oncology (Williston Park)*, 11, p109-114, 11A.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2005). Predictors of post-traumatic stress disorder following cancer. *Health Psychology*, 24, 579-585.
- Le Coroller-Soriano, A. -G., Bouhinik, A. -D., Auquier, P., & Moatti, J. -P. (2008). La qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein : une analyse par classe d'âge. In DREES (Ed.), *La Vie deux ans après le diagnostic de cancer* (pp. 217-228). Paris: La Documentation française.
- Leeds A.M. (1995). *EMDR Case Formulation Symposium*, Paper presented at the annual meeting of the International EMDR Association, Santa Monica, CA, June.
- Leeds, A. M., & Shapiro, F. (2000). EMDR and resource installation: Principles and procedures for enhancing current functioning and resolving traumatic experiences. In J. Carlson, & L. Sperry (Eds.), *Brief Therapy With Individuals and Couples* (pp. 469-534). Phoenix (AZ): Zeig, Tucker, et Theisen.
- Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., & Hatcher, M. B. (1997). Fear of cancer recurrence-a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psychooncology*, 6(2), 95-105.
- Lehto, U. S., Ojanen, M., Dyba, T., Aromaa, A., & Kellokumpu-Lehtinen, P. (2012). Impact of life events on survival of patients with localized melanoma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(3), 191-193.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
- Lloyd-Williams, M. (2001). Depression in advanced cancer: A hidden symptom. *Journal of Clinical Medicine*, 1, 175-176.
- LOBENSTINE, F., & SHAPIRO, E. (2007). What is an effective self-soothing technique that I can teach my client to use at home when stressed ? *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 122-124.
- Miller, S., & Halper, E. (1994). *Letting Go of Stress*. Chicago: Inner peace Music.
- Logie, R. D. J., & de Jongh, A. (2014). The "Flash-forward procedure": Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 25-32.
- Maguire, P. (1985). Improving depression of psychiatric problems in cancer patient. *Social Science and Medicine*, 20, 819-823.
- Mast, M. E. (1998). Survivors of breast cancer: Illness uncertainty, positive reappraisal, and emotional distress. *Oncology Nursing Forum*, 25(3), 555-562.
- Miller, K., & Massie, M. J. (2006). Depression and anxiety. *Palliative and Supportive Care*, 12, 388-397.
- Mitchell, A., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety and adjustment disorder in

- oncological, haematological and palliativecare settings : A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*, 12, 160-174.
- Mystakidou, K., Parpa, E., Katsouda, A. G., & Vlahos, L. (2005). The role of physical and psychological symptoms in desire for death: A study of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15, 355-360.
- Northouse, L. L. (1981). Mastectomy patients and the fear of cancer recurrence. *Cancer Nursing*, 4(3), 213-220.
- Osowiecki, D., & Compas, B. (1999). A prospective study of coping, perceived control and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 169-180.
- Roy-Byrne, P., Davidson, K., Kessler, R., Asmundson, G., Goodwin, R., Kubzansky, L., Lydiard, B., Massie, M., Katon, W., Laden, S., & Stein, M. (2008). Anxiety disorder and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 30, 208-225.
- Schou, I., Ekeberg, O., Ruland, C. M., Sandvik, L., & Karesen, R. (2004). Pessimism as predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 13(5), 309-320.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles: Protocols and Procedures* (1st ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles: Protocols and Procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 68-87.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Valente, S. M., & Saunders, J. M. (1997). Diagnosis and treatment of major depression among patients with cancer. *Cancer Nursing*, 10(3), p=168-177.
- Vickberg, S. M. (2003). The Concerns About Recurrence Scale (CARS): A systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(1), 16-24.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale, Revised. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Yang, W., Staps, T., & Hijmans, E. (2010). Existential crisis and the awareness of dying: The role of meaning and spirituality. *Omega-Journal of Death and Dying*, 61(1), 53-69.
- Zaza, C., & Baine, N. (2002). Cancer pain and psychosocial factors: A critical review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24, 526-542.

Index

A

- Annonce du cancer, 279
- Anxiété, 272
- Autoapplication, 109
- Autobooster ses performances, 110

B

- Bien-être, 83, 84
- Body Scan, 138
- Bonheur, 83
- Boujut, Émilie, 118
- Brennstuhl, Marie-Joe, 190
- Bruchon-Schweitzer, Marilou, 118

C

- Cancer, 267
- Cohérence cardiaque, 198
- Coping, 273

D

- de Jongh, Ad, 67
- Démarche psychopédagogique, 198
- Dépression, 238, 270
- Détresse psychologique, 270
- DeTur, 84
- Difficultés sexuelles, 149
- Diplôme d'université, 1
- DIR, 84
- Douleur aiguë, 187
- Douleur chronique, 185
- Douleur du membre fantôme, 191, 231
- Douleur physique, 185

E

- Échelle de stress perçu, 118
- Éducation thérapeutique, 247
- Entretien cognitif, 67
- ESPT, 63
- Étreinte du papillon, 109
- Exposition, 31

F

- Fibromyalgie, 212
- Fischer, William, 273
- Flash-forward, 161

Float-back, 67

- Folkman, Susan, 118
- Fonctionnement cérébral, 48
- Fonctionnement optimal, 83
- Foster, Sam, 84
- Freud, Sigmund, 16

G

- Gestion du stress, 121
- Grant, Mark, 191

H

- Heart Lock-in, 249
- Hypnose, 23

I

- Infarctus du myocarde, 243
- Insight, 14
- Inventaire de la dignité en soins palliatifs, 293

J

- Jarrousse, Noëlla, 163
- Jongh, Ad (de), 161

K

- Kabat-Zinn, Jon, 138
- Kinowski, Krystyna, 84

L

- Leeds, Andrew, 84
- Lendl, Jennifer, 84
- Lieu sûr, 122
- Logie, Robin, 161

M

- Maladies cardiovasculaires (MVC), 237
- Martin-Krumm, Charles, 84
- MBSR, 138
- McKelvey, Nolan, 84
- Mémoire de travail (MT), 44
- Méthode des croyances fondamentales aux cibles, 76
- Méthode des symptômes aux cibles, 71
- Mindfulness, 115, 138

O

Observance, 239

P

Peak Performance, 84

Perspectives temporelles, 63

Plans de ciblage, 67

Popky, Arnold, 84

Potentialisation des ressources, 86

Poudat, François-Xavier, 163

Prise en charge immédiate, 176

Propranolol, 43

Protocole d'optimisme, 84

Protocole standard, 129

Psychologie positive, 86

Psychopathologie, 25

Psychothérapie positive, 86

Psychotraumatique, 240

Put your best foot forward, 84

Q

Quatre éléments, 115, 126

Questionnaire de mesure de l'impact de la fibromyalgie (QIF), 218

Questionnaire sur la douleur de Saint-Antoine, 190

Questions directes, 67

R

Recent Events Protocol, 282

Recommandations internationales, 29

Regourd-Laizeau, Martine, 84

Rémission, 290

Roques, Jacques, 122

S

Seligman, Martin, 83

Selye, Hans, 116

Sensate Focus (Masters et Johnson), 157

Sérendipité, 10

Servan-Schreiber, David, 1

Sexualité, 149

Shapiro, Elan, 115

Shapiro, Francine, 11

Situation extrême, 273

Soins palliatifs, 291

Sommeil REM, 27, 35, 37

Souvenir traumatisque, 67

Stimulations bilatérales alternées, 88

Stress, 115

Stress perçu, 118

Subjective Units of Disturbance

Scale (SUD), 134

Syndrome général d'adaptation, 116

T

Tarquinio, Cyril, 16

Technique du Freeze, 198

Théorie de la reconsolidation, 41

Thérapies comportementales et cognitives (TCC), 21

Threlfo, Catherine, 191

Traitement adaptatif de l'information (TAI), 14

Transfert, 22

Trouble de l'érection, 165, 167

Troubles anxieux, 271

Troubles dépressifs, 270

U

URG-EMDR, 179

V

Vaginisme, 154

Vie sexuelle, 149

Viol, 175