

LA DESENSIBILISATION ET LE RETRAITEMENT PAR LES MOUVEMENTS OCULAIRES (EMDR)

L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), est une technique psychothérapique conçue à la fin des années 1980 par Francine Shapiro. Elle a été popularisée en France par le psychiatre David Servan-Schreiber.

Selon le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI) de Shapiro développé en 2001, chaque individu possède un système psychique qui intègre spontanément les nouvelles expériences de façon adaptative. Lorsque survient un événement traumatique, un déséquilibre se produit à l'intérieur du système nerveux, ce qui entrave le cours habituel du traitement de l'information. Le but de l'EMDR consiste à remettre en marche le système de traitement adaptatif de l'information afin d'associer les éléments traumatiques avec les éléments d'information plus adaptés.

L'approche de l'EMDR¹ ressemble beaucoup aux techniques d'exposition des TCC. L'exposition et la restructuration cognitive, qui sont au cœur des TCC, ont très largement inspiré la psychothérapie EMDR. Elle combine aussi des techniques empruntées à d'autres psychothérapies comme :

- Les thérapies cognitivo-comportementales dans l'utilisation d'échelles ;
- La Gestalt thérapie sur le ressenti émotionnel et corporel ;
- L'hypnose ericksonienne dans l'utilisation de techniques d'imagerie mentale ;
- La psychanalyse dans la sollicitation d'associations libres.

La particularité de l'EMDR est la stimulation sensorielle pendant la phase de désensibilisation : le patient suit des yeux le déplacement bilatéral de la main du thérapeute qui va de gauche à droite. À chaque pause le patient rapporte « *ce qui lui est venu* » pendant la période des mouvements oculaires². Il peut s'agir de souvenirs, de prises de conscience, ou d'associations diverses. L'hypothèse serait que l'EMDR engagerait les mêmes mécanismes que les mouvements oculaires rapides (MOR) pendant le sommeil paradoxal, ce qui permettrait au cerveau « *d'archiver* » les informations.

Son protocole est structuré en 8 phases : histoire du patient, préparation, évaluation, désensibilisation, installation, body scan, clôture, réévaluation.

¹ « L'EMDR a essuyé de nombreuses critiques car les mouvements oculaires ne sont pas nécessaires à son efficacité, comme l'a montré une méta-analyse (Davidson et Parker, 2001) reprenant l'ensemble des études contrôlées. Les points communs entre les méthodes classiques de TCC et celles d'EMDR font de cette méthode une simple variante des TCC, davantage centrée sur les émotions », COTTRAUX J. Sous la direction de FONTAINE O. et FONTAINE P. 2006. Guide pratique de thérapie comportementale et cognitive – Retz

² Les mouvements oculaires sont parfois remplacés par des « stimulations bilatérales alternées » (SBA) : stimulations auditives ou kinesthésiques (tapotements sur les mains, les genoux, les épaules).

Les 8 phases du protocole EMDR

Phase 1 : Histoire du patient

Pendant cette phase, le patient est évalué pour déterminer si son ego et sa résilience sont suffisamment forts pour s'engager dans le traitement EMDR.

Le thérapeute va élaborer un plan du traitement qui définit les objectifs qui comprennent : les événements du passé qui ont créé le problème, les situations actuelles qui provoquent la détresse et les comportements que le patient a besoin d'apprendre pour son bien-être futur.

Phase 2 : Préparation et relaxation

Après avoir expliqué le protocole au patient, la première étape consiste à installer un « lieu sûr », qui est un lieu calme où le patient se sent en sécurité. Par un signal d'arrêt (en levant la main), le patient peut interrompre à tout moment le protocole en se réfugiant dans son lieu sûr.

Des techniques d'autocontrôle peuvent être proposées. Elles permettent au patient de maintenir une stabilité psychologique pendant et entre les séances de traitement, mais aussi au thérapeute de renforcer l'alliance thérapeutique

Ensuite élaboration d'un plan de ciblage qui résume l'axe thérapeutique selon la problématique ou le symptôme à traiter.

Phase 3 : Évaluation

Il s'agit de trouver une cohérence entre un souvenir, une image sidérante, une cognition négative, une cognition positive et une émotion désagréable :

Détermination de la cible : « *Quelle est l'image ou la situation qui représente la partie la plus difficile de cet incident ou évènement ?* »

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 ?* »

Cognition positive : « *Quand vous regardez cette image, que préféreriez-vous penser de vous-même maintenant, à la place de la croyance négative que vous venez d'énoncer ?* »

Validité de la cognition positive : « *Quand vous pensez à cette image, dans quelle mesure ressentez-vous comme vrais ces mots (répétez la cognition positive) ?* »

Pour valider la cognition positive, le thérapeute utilise une échelle de 1 à 7 appelée VOC : « *Sur une échelle de 1 à 7... 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 ?* »

Intensité émotionnelle : « *Quand vous pensez à cette image et à ces mots (répéter la cognition négative) quelles émotions éprouvez-vous maintenant ?* »

Pour valider l'intensité émotionnelle, le thérapeute utilise une échelle de 0 à 10 appelée SUD : « *Sur une échelle de 0 à 10... 0 signifiant 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 : « À quel endroit dans votre corps la ressentez-vous cette perturbation ? »

Phase 4 : Désensibilisation

Pendant la phase de désensibilisation le patient va suivre des yeux le déplacement bilatéral de la main du thérapeute entre la gauche et la droite ou une autre forme de stimulation bilatérale. Ces séries de mouvements latéraux durent de 20 secondes à quelques minutes, en fonction de la réaction émotionnelle du patient.

À chaque pause, entre chaque série de mouvements bilatéraux, le patient rapporte « ce qui lui est venu » pendant la période d'attention qui accompagne les mouvements oculaires. Il peut s'agir de souvenirs, de prises de conscience, ou d'associations diverses.

Entre les séries de mouvements oculaires³, le patient parle normalement au thérapeute, décrivant généralement ce qui s'est passé pendant la stimulation. En fonction de l'évolution du niveau de l'échelle SUD, le thérapeute pousse plus loin le traitement de l'évènement initial ou commence à traiter d'autres aspects du traumatisme.

Lorsqu'il ne vient plus rien ou seulement du positif, le thérapeute demande au consultant d'évaluer sur l'échelle SUD de 0 à 10 la cible initiale. L'objectif de la thérapie est que l'intensité soit à 0. Arrêt si l'échelle SUD est à 0 sur 10 => fin de la chaîne associative.

Si elle reste élevée, l'hypothèse la plus plausible est que la scène initiale est alimentée par une autre scène, un autre contexte. Si l'intensité est faible, le thérapeute demande ce qu'il faudrait pour qu'elle soit à 0 et de nouvelles séries d'associations peuvent s'ouvrir.

Phase 5 : Installation et ancrage

La phase d'installation vise à associer la cognition positive à ce qu'il reste du souvenir de l'évènement traumatisant.

« Pensez à la situation et gardez-là à l'esprit avec ces mots (cognition positive). Gardez-les ensemble ».

« Et maintenant suivez le mouvement de mes doigts avec vos yeux... »

³ Ces mouvements oculaires sont aussi utilisés depuis longtemps comme inducteurs dans les techniques d'hypnose depuis Mesmer. Dans la thérapie reichienne, le troisième acting est un balayage oculaire horizontal. Cet acting amène souvent de la fatigue et l'émergence des émotions fait souvent pleurer le patient avant d'accéder à une véritable détente.

Le thérapeute vérifie ensuite la cognition positive avec l'échelle de 1 à 7 appelée VOC : « *Pensez à la situation initiale et à ces mots (cognition positive) de 1 (complètement faux) à 7 (complètement vrai), dites-moi à quel point vous ressentez ces mots comme vrais maintenant...* ».

Phase 6 : Scanner corporel

Cette phase s'appelle également « balayage du corps ». Quand la cognition positive a été renforcée et installée, le thérapeute demande au patient d'amener à l'esprit l'évènement cible d'origine et de vérifier s'il ressent des tensions résiduelles dans son corps. Si c'est le cas, on se concentre sur ces sensations physiques (tensions dans le ventre, nœud dans la gorge, oppressions de la poitrine...) pour les retravailler.

Une séance d'EMDR n'est considérée terminée et réussie que lorsque le patient peut évoquer l'évènement cible sans ressentir la moindre tension corporelle. Si une sensation négative est mentionnée, le thérapeute refait des mouvements oculaires.

Il est précisé au patient que si des émotions surgissent pendant la veille et le sommeil, il peut les transcrire dans un journal dont le contenu sera utile pour les séances ultérieures.

Phase 7 : Clôture

À la fin d'une séance, le thérapeute doit faire en sorte que son patient se trouve dans un état émotionnel stable, que le traitement soit terminé ou non. Si le patient est perturbé, la relaxation et les mouvements oculaires permettent de retrouver le calme.

Il prépare également son patient à réagir correctement (lieu sûr), au cas où le souvenir de l'expérience traumatisante surgirait entre les séances.

Phase 8 : Réévaluation

Pendant la phase de réévaluation, le thérapeute évalue dans quelle mesure le matériel ciblé pendant la séance précédente a été résolu et détermine si un nouveau traitement est nécessaire.

Le thérapeute prend le temps de vérifier si du matériel nouveau a émergé en cours de semaine et où le patient en est avec la cible travaillée. Au besoin, le travail EMDR se poursuit sur la scène en question, sinon on passe à une prochaine cible du plan de traitement.

Mai 2016