* + 1. 7

Protocoles et procédures EMDR

Huit phases, trois volets et onze points

Jenny Ann Rydberg

La psychothérapie EMDR utilise un modèle de traitement en huit phases et un protocole standard en trois volets temporels. Ces phases et ces volets temporels guident la conceptualisation de cas et le plan de traitement dans la prise en charge.

Une procédure en onze points est appliquée aux cibles que sont les informations stockées en mémoire de manière dysfonctionnelle et à l’origine de la symptomatologie actuelle, selon la métaphore fondatrice du traitement adaptatif de l’information (TAI).

* + - 1. Les huit phases de la psychothérapie emdr

Le nombre de séances consacrées à chaque phase et le nombre de phases abordées en une même séance varieront d’un patient à l’autre (Shapiro, 2001). Les huit phases correspondent à la chronologie du déroulement de la psychothérapie, mais un certain chevauchement entre diverses phases sera inévitable. En effet, chaque phase vise des objectifs qui seront toujours poursuivis et mis à jour tout au long du traitement.

Les deux premières phases, le recueil de l’histoire du patient (phase 1) et la préparation (phase 2) marquent le début de la psychothérapie EMDR et reflètent les principes fondamentaux de toute prise en charge psychothérapeutique. En effet, dans toute psychothérapie, il s’agit de construire une alliance thérapeutique (Leeds, 2009) et d’identifier des buts psychothérapeutiques communs fondés sur une construction partagée servant à expliquer les origines de la souffrance actuelle ainsi que les actions à entreprendre pour modifier cette souffrance. D’autre part, le praticien doit s’assurer que le patient dispose de capacités d’autorégulation suffisantes. À cet effet, la technique la plus souvent enseignée et employée est celle du « lieu sûr », consistant en la visualisation d’un lieu apportant sécurité ou calme, de manière très similaire à ce qui se fait dans de nombreuses autres approches psychothérapeutiques (comme l’hypnose) et de relaxation (comme la sophrologie), mais avec l’ajout de stimulations alternées d’attention double. Le lieu sûr s’installe en dix étapes :

1. Le praticien invite le patient à penser à un endroit, réel ou imaginaire, qui induit un sentiment de calme ou de sécurité.
2. Le praticien demande au patient de se centrer sur toutes les dimensions sensorielles associées à cet endroit, de se laisser éprouver les émotions qui y sont liées et d’identifier les sensations corporelles agréables.
3. Le praticien invite le praticien à se concentrer sur tous les éléments qui renforcent le sentiment de sécurité ou de calme.
4. Le praticien administre plusieurs séries de stimulations alternées d’attention double au patient pendant qu’il se concentre sur les ressentis agréables.
5. Le patient est invité à trouver un mot-clé qui représente le lieu sûr et à le répéter mentalement tout en remarquant les ressentis agréables pendant que le praticien continue d’administrer des stimulations alternées d’attention double.
6. Le patient réalise l’exercice seul. Le praticien peut renforcer tout changement positif à l’aide de stimulations alternées. Il fait remarquer que le patient pourra utiliser cet exercice en dehors des séances.
7. Le praticien invite le patient à laisser venir à l’esprit une contrariété légère et récente, en remarquant son effet, puis à utiliser le mot-clé pour évoquer à nouveau le lieu sûr. Le praticien administre des stimulations alternées sur tout ressenti positif.
8. Le patient répète seul l’étape précédente.
9. Le praticien invite le patient à s’administrer des tapotements alternés en se concentrant sur les ressentis positifs.
10. Le praticien demande au patient d’effectuer cet exercice chez lui, à plusieurs reprises, notamment lorsqu’il ne se sent pas bien.

D’autres techniques de stabilisation et d’autorégulation peuvent également être enseignées au patient, selon le choix du praticien : respiration abdominale, relaxation progressive, cohérence cardiaque, méditation de pleine conscience, autohypnose, technique du faisceau lumineux, etc.

Les phases 3 à 7 (évaluation, désensibilisation, installation, scanner corporel et clôture) sont celles qui utilisent les stimulations d’attention double (ou stimulations bilatérales alternées), communément identifiées comme étant « de l’EMDR », pour ceux qui y voient une simple technique ou méthode plutôt qu’une approche psychothérapeutique complète. Elles ne peuvent bien évidemment se déployer que grâce aux phases précédentes qui ont élaboré une conceptualisation de cas définissant des buts psychothérapeutiques ainsi que les moyens donnés pour y parvenir. Elles abordent directement la désensibilisation et le retraitement des souvenirs, des déclencheurs et des éventuels obstacles à la réalisation d’une action future souhaitée, jusqu’à une résolution adaptative, avec une augmentation des connexions avec des réseaux mnésiques positifs. La dernière phase, la réévaluation (phase 8), consiste à vérifier les effets thérapeutiques et permet, par les informations recueillies, de mettre à jour le ou les plans de ciblage définis en phase 1 et d’adapter ou d’ajouter des éléments tant au plan de traitement (phase 1) qu’aux outils d’autorégulation émotionnelle (phase 2) (Shapiro, 1995, 2001, 2007, 2014).

Tableau 7.1. Aperçu des huit phases

|  |  |
| --- | --- |
| Phase | Description |
| 1. Recueil de l’histoire du patient | Établir une alliance thérapeutique.  Obtenir des informations sur le passé et sur le contexte actuel du patient.  Déterminer l’indication de la psychothérapie EMDR.  Formuler un plan de traitement comprenant un ou plusieurs plan(s) de ciblage (comprenant les événements passés, les déclencheurs présents et les attentes futures en lien avec la problématique actuelle), chaque plan de ciblage reflétant un axe, une thématique problématique récurrente dans la vie du patient. |
| 2. Préparation | Apporter des informations sur la psychotraumatologie, la psychothérapie EMDR et le modèle TAI.  Enseigner des techniques d’autocontrôle ou d’autorégulation émotionnelle. |
| 3. Évaluation | Accéder aux aspects principaux de la cible : image ou représentation sensorielle, croyance négative, croyance positive, émotion et sensation corporelle.  Obtenir les valeurs initiales sur les échelles de validité de la croyance et d’unités de perturbation subjective. |
| 4. Désensibilisation | Retraiter les expériences ciblées jusqu’à une résolution adaptative reflétée par une absence de perturbation éprouvée par le patient.  Apporter des séries de stimulations d’attention double (mouvements oculaires, tapotements ou sons) et évaluer le changement à travers les descriptions du patient.  Revenir périodiquement à la cible pour accéder au matériel résiduel.  Utiliser des interventions supplémentaires qu’en cas de blocage manifeste du retraitement. |
| 5. Installation | Poursuivre le retraitement en intégrant explicitement la croyance positive souhaitée.  Apporter des séries de stimulations d’attention double (mouvements oculaires, tapotements ou sons) et évaluer le changement à travers les descriptions du patient.  Renforcer la validité de la croyance positive souhaitée en lien avec l’expérience ciblée. |
| 6. Scanner corporel | Retraiter toute perturbation résiduelle éventuelle en lien avec la cible et la croyance positive, telle que manifestée à travers les sensations corporelles.  Apporter des séries de stimulations d’attention double (mouvements oculaires, tapotements ou sons) et évaluer le changement à travers les descriptions du patient. |
| 7. Clôture | Assurer la stabilité du patient à la fin de chaque séance.  Informer le patient de ce qui peut se passer entre les séances et l’inviter à tenir un journal de bord.  Utiliser les techniques enseignées en phase 2 au besoin. |
| 8. Réévaluation | Vérifier le maintien de la stabilité et les effets thérapeutiques.  Vérifier l’absence de perturbation associée aux cibles traitées précédemment.  Ajuster le plan de traitement si nécessaire. |

* + - 1. La procédure emdr standard en onze points

Lorsque le plan de traitement a été clairement défini et que le patient est prêt à entamer le travail de désensibilisation et de retraitement, le praticien appliquera alors la procédure EMDR standard en onze points à chacune des cibles identifiées (Shapiro, 2001). Cette procédure correspond aux phases 3 à 7.

1. **Image.** Le patient est invité à décrire l’image (ou la représentation sensorielle, à défaut d’informations visuelles) qui correspond le mieux à la cible ou qui représente le pire aspect de l’expérience ciblée.

2. **Cognition négative.** Le praticien demande au patient quels sont les mots qui vont le mieux avec cette image (ou avec la représentation sensorielle s’il n’y a pas d’image) et qui expriment sa croyance négative sur lui maintenant. Cette cognition doit être négative, irrationnelle, autoréférencée et généralisable ; cet affect verbalisé exprime ce que la cible évoque ou confirme comme appréciation sur soi, « résonnant comme vrai maintenant ».

3. **Cognition positive.** Le praticien demande au patient, quand il pense à l’image, ce qu’il aimerait croire de lui-même maintenant. Cette cognition doit être autoréférencée, refléter le sens du changement désiré, être au moins un petit peu crédible en tant que but espéré, généralisable, et concerner la même thématique que la cognition négative. La formulation est positive (par exemple, « je suis fort » ou « je suis quelqu’un de bien ») plutôt qu’une négation de la cognition négative (par exemple, « je ne suis pas faible » ou « je ne suis pas nul »).

4. **Validité de la croyance (VOC : *validity of cognition*)**. Le praticien demande au patient d’évaluer, au niveau de son ressenti (de ses « tripes »), la validité de la cognition positive (le praticien répète les mots de la cognition positive), c’est-à-dire combien il la ressent comme vrai *maintenant*, dans l’instant présent, lorsqu’il pense à la cible. Cette échelle en sept points va de 1, « complètement faux », à 7, « complètement vrai. »

5. **Émotion.** Le praticien demande au patient, lorsqu’il se centre sur l’image (le praticien précise quelle est l’image) et sur les mots de la cognition négative (le praticien répète les mots de la cognition négative), quelles émotions il éprouve *maintenant*, dans l’instant présent (plutôt que la perturbation éprouvée lors de la survenue de l’expérience ciblée).

6. **Unités subjectives de perturbation (SUD : *subjective units of disturbance*)**. Le patient est invité à évaluer le niveau de perturbation qu’il éprouve maintenant, sur une échelle entre 0, « pas de perturbation », et 10, « le plus haut niveau de perturbation imaginable. »

7. **Siège des sensations corporelles.** Juste après avoir estimé le niveau de perturbation ressentie (SUD), le patient est invité à localiser cette perturbation en termes de sensations corporelles.

8. **Désensibilisation.** Le praticien invite le patient à se centrer sur l’image (le praticien répète l’image) et sur les mots de la cognition négative [le praticien répète les mots], à remarquer l’endroit de son corps où il ressent la perturbation (le praticien nomme cet endroit), puis à laisser venir ce qui vient sans juger de ce qui doit être là. Le praticien commence alors à administrer les stimulations d’attention double par séries d’environ 24 allers-retours. À la fin de chaque série, le praticien invite le patient à faire une pause et à respirer. Le but est d’aider la personne à « lâcher » ce qui lui est venu pendant les stimulations d’attention double et à se réorienter dans le présent. Le patient rapporte ensuite « ce qui est là » ou ce qui lui vient. Lorsque les associations deviennent neutres ou positives, de manière avérée, le praticien invite le patient à se recentrer sur la cible puis poursuit les séries de stimulations d’attention double. Cette procédure est répétée jusqu’à ce que le retour sur la cible ne suscite plus aucune perturbation (SUD=0).

9. **Installation.** Le praticien vérifie auprès du patient si, lorsqu’il pense à la cible maintenant, les mots choisis initialement pour la cognition positive conviennent toujours ou si d’autres mots correspondraient mieux maintenant à ce qu’il souhaite croire de lui-même. Ensuite le patient évalue dans quelle mesure ces mots résonnent comme vrais pour lui maintenant sur l’échelle VOC, lorsqu’il se centre sur la cible. Des séries de stimulation d’attention double sont appliquées jusqu’à ce que la valeur sur l’échelle VOC atteigne 7, « complètement vrai », ou éventuellement 6, si cette valeur est considérée comme adaptative et écologique.

10. **Scanner corporel.** Le patient est invité à se recentrer sur la cible ainsi que sur les mots de la croyance positive ressentie comme vraie, puis à « balayer » ou à « scanner » son corps pour identifier toute sensation ou perturbation résiduelle. Des séries de stimulations d’attention double sont appliquées jusqu’à ce que le patient ne décrive que des sensations neutres ou positives en se centrant sur la cible et sur les mots de la cognition positive.

11. **Clôture.** Le praticien évalue le besoin de stabiliser le patient, l’invite à se centrer sur ce qu’il souhaite retenir de sa séance, l’encourage le cas échéant à utiliser l’une des techniques d’autorégulation émotionnelle déjà apprises ; il l’informe de la possibilité que le retraitement se poursuive après la séance et indique les signes repérables d’un tel retraitement continu, puis l’invite à tenir un journal de bord pour décrire ce que le patient aura observé entre les séances.

Cette procédure en onze points s’applique au traitement de divers troubles cliniques autres que l’état de stress post-traumatique (ESPT) simple, auprès de populations variées, dans différentes conditions et situations. Cette adaptation s’opère au moyen de protocoles spécifiques qui modifient légèrement l’application de ces onze points (Luber, 2009, 2010, 2014).

La conceptualisation de cas, la définition d’un plan de traitement avec un ou plusieurs plans de ciblage et l’introduction du travail psychothérapeutique (phases 1 et 2) associées à la réévaluation régulière (phase 8) permettent de continuellement ajuster l’identification des cibles (souvenirs, expériences, impressions... tout élément de mémoire en lien avec la problématique décrite par le patient) afin de répondre au mieux aux objectifs thérapeutiques (Shapiro, 2001, 2007).

Ainsi parmi les 8 phases de l’EMDR, les deux premières et la dernière déterminent les objectifs thérapeutiques, les cibles à traiter pour les atteindre et la réévaluation de ce plan de traitement, tandis que les phases 3 à 7 ou procédure en 11 points permettront de traiter les cibles identifiées.

* + - 1. Le protocole emdr standard en trois volets

Tandis que la procédure EMDR standard en 11 points est appliquée à une cible lors de chaque séance de retraitement, le protocole EMDR standard guide la conceptualisation de cas et le déroulement du traitement selon trois volets (Shapiro, 2001, 2007, 2014) :

* les expériences passées qui ont fait le lit de la pathologie,
* les situations actuelles ou déclencheurs qui activent la perturbation dans la vie présente,
* les modèles ou schémas nécessaires à une action appropriée à l’avenir.

Cependant, tous les souvenirs d’événements passés et tous les déclencheurs ne devront pas être retraités individuellement, car tant l’expérience clinique que la recherche contrôlée ont démontré la généralisation des effets thérapeutiques depuis les cibles représentatives à d’autres souvenirs et stimuli similaires appartenant aux mêmes réseaux mnésiques (Leeds, 2009).

En résumé, les repères principaux à retenir sont :

- la métaphore TAI qui sous-tend théoriquement la psychothérapie EMDR : les problématiques actuelles trouvent leur source dans l’encodage mnésique dysfonctionnel lors d’expériences de vie défavorables antérieures (Shapiro, 1995, 2001, 2014) ;

- le modèle psychothérapeutique fondé sur huit phases : recueil de l’histoire du patient, préparation, évaluation, désensibilisation, installation, scanner corporel, clôture, réévaluation ;

- le protocole standard en trois volets : prise en compte des expériences passées, présentes et futures du patient ;

- la procédure standard en onze points : l’ensemble des étapes procédurales appliquées à chaque cible définie dans les plans de ciblage et dans le plan de traitement.

Bibliographie

Leeds A.M. (2009). *A Guide to the Standard EMDR Protocols for Clinicians, Supervisors, and Consultants*, New York, Springer.

Luber M. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols : Basics and Special Situations*, New York, Springer.

Luber M. (2010). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols : Special Populations*, New York, Springer.

Luber M. (2014). *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Disasters : Models, Scripted Protocols, and Summary Sheets*, New York, Springer.

Shapiro F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*, New York, Guilford Press.

Shapiro F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2nd ed.), New York, Guilford Press. {Traduit en français : *Manuel d’EMDR. Principes, protocoles, procédures*, Paris, InterEditions. 2007.}

Shapiro F. (2007). « EMDR and Case Conceptualization from and Adaptive Information Processing Perspective », in *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes*, Shapiro, F., Kaslow, F.W. & Maxfield, L., Hoboken (NJ), Wiley, p. 3-34. {Traduit en français : *EMDR et thérapies familiales. Manuel pratique*, Shapiro, F., Kaslow, F.W. & Maxfield, L., Paris, InterEditions, 2012.}

Shapiro F. (2014). « The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine : Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences », *Permanente Journal,* 18*,* 1, 71-77.