

LA BOÎTE DE VITESSES

Naviguer de manière sécurisée dans la thérapie avec des personnes souffrant de traumatismes complexes

Hélène Dellucci, 2010

Résumé

Travailler en EMDR avec des personnes souffrant de traumatismes complexes amène souvent à des difficultés concernant le plan de traitement, mais aussi la désensibilisation et le retraitement, avec un risque de déstabilisation majeure et une rupture du traitement. Souvent, de nombreuses cibles, surtout celles de la petite enfance sont de nature préverbale et restent de ce fait implicites. Devons-nous pour autant renoncer à travailler en EMDR ? Est-il possible de travailler en EMDR de manière sécurisée, en l'adaptant à chaque personne, et leurs événements de vie quelque peu chaotiques, sans se perdre ? La boîte à vitesses, proposant pour la thérapie la métaphore d'un voyage en voiture, à travers la thérapie avec des personnes ayant des traumatismes complexes, suggère une structure de traitement hiérarchisée, qui permet au thérapeute de s'adapter, tout en sachant ce qu'il fait et pourquoi. En cherchant à intégrer les connaissances actuelles de la thérapie EMDR avec des personnes ayant des trauma complexes, la boîte à vitesses constitue un outil de navigation adaptatif et dynamique.

Situation initiale

Travailler avec le protocole EMDR standard (Shapiro, 1995) est souvent difficile, lorsque les personnes souffrent de traumatismes complexes et de troubles dissociatifs (trauma type II):

- le processus n'avance pas, se fige, et rien ne se passe
- il y a un vrai danger de déstabilisation majeure, avec son cortège de conséquences néfastes, étant donné que les traumatismes forment des clusters les uns aux autres
- souvent, les racines des souvenirs source sont de nature préverbale, n'ont pas de contenus explicites qui peuvent être explorés avec le protocole EMDR standard en phase 3.
- ces personnes ont souvent des troubles sévères dans la vie quotidienne, et leurs craintes du futur peut provoquer un évitement important.

La thérapie EMDR suit alors une série d'essais, de déstabilisations, de restabilisations, d'évaluations, adaptant les pratiques à ce qui est possible. Cela peut amener le thérapeute qui cherche à s'adapter à se perdre, et ainsi le plan de ciblage difficile à suivre.

Questions :

- Comment peut-on travailler avec ces personnes de façon sécurisée en utilisant l'EMDR, sans s'y perdre, et sans sortir de leur fenêtre de tolérance ?
- Comment travailler avec un cadre clair, qui laisse la thérapie EMDR s'adapter à chaque personne, même traumatisée complexe, en fonction de son style de vie plus ou moins chaotique et de son histoire ?
- Y a-t-il des contenus plus faciles à aborder que d'autres ?

Etat des lieux :

De nombreux collègues ont déjà répondu à cette question :

- le protocole inversé (Hoffmann, 2005, Hoffmann et Mattheß, in press) fait état d'un processus moins déstabilisant, si la désensibilisation débute en premier lieu par les peurs du futur, et continue ensuite avec les déclencheurs du présent et finalement aborde les évènements passés.

Découvrir la désensibilisation de l'EMDR en réduisant les peurs du futur, qu'elles soient réalistes ou hypothétiques, et être moins encombré par les émotions concernant des événements futurs, la peur d'être déstabilisé ou celle de devenir fou, aide à améliorer certains domaines de la vie quotidienne. Cela peut améliorer la confiance dans la thérapie et faire en sorte de diminuer l'évitement.

- Il est bien admis que les émotions de peur et de honte maintiennent les phénomènes dissociatifs. Œuvrer à les réduire peut augmenter la motivation et la confiance du client pour se confronter aux évènements du passé ressentis comme difficiles.
- D'autres collègues proposent une exposition graduelle à travers des techniques de titrage en alternant entre lieu sûr, l'orientation sur l'ici et maintenant, l'ancrage dans le corps, et l'évocation minimaliste du traumatisme pendant des temps courts et négociés (Levine, 1997 ; Twombly, 2000 ; Fine & Berkowitz, 2001 ; Knipe, 2009)

Ces approches présentent l'avantage de maintenir l'attention duelle et l'équilibre entre l'exposition aux réseaux traumatiques et l'ici et maintenant sécurisé.

- Encore d'autres suggestions proposent d'abord un travail sur les empreintes précoces (O'Shea, 2003 ; 2006 ; 2009) en les ciblant directement, ce qui amène à une amélioration de la qualité d'attachement, de l'assertivité et de l'estime de soi, des ressources importantes.

Est-il possible d'intégrer ces connaissances dans une structure hiérarchisée, qui mènerait à clarifier la planification thérapeutique sur ce qui est fait, quand et pourquoi ?

Positionnement thérapeutique de base

Notre positionnement, même avec des personnes qui souffrent de traumatismes complexes, est orienté vers les compétences et les ressources. Cela signifie que le thérapeute et le client travaillent ensemble avec une expertise partagée mais différente :

- le thérapeute est expert en thérapie en général
- la personne est experte de sa vie, de son contexte, et par là même est capable d'évaluer les procédés de sa thérapie.

Le thérapeute et le client travaillent ensemble pour adapter la thérapie générale à la thérapie particulière adaptée à cette personne, dans son environnement et dans son contexte. Cela amène aussi des responsabilités partagées :

- le thérapeute est responsable d'un cadre thérapeutique sécurisé
- il est également responsable d'un processus de travail qui maintient le patient dans de bonnes conditions de travail: dans sa fenêtre de tolérance (Siegel, 1999 ; Ogden & Minton, 2000)
- la personne en thérapie est responsable du contenu qu'elle souhaite aborder
- elle est aussi responsable des changements dans sa vie.

Dans cette configuration, nous travaillons avec les objectifs que la personne définit avec l'aide du thérapeute. Dès que ceux-ci sont atteints, même s'ils n'incluent pas le travail sur les traumatismes dans un premier temps, les personnes définissent souvent d'autres objectifs. Cela va de pair avec des ressentis d'un contrôle accru et davantage de confiance dans le travail commun fait avec le thérapeute. Les personnes qui ne demandent pas de travail supplémentaire après avoir atteint leurs premiers objectifs sont rares. En tant que thérapeute, nous faisons confiance aux clients : s'ils ont demandé la première fois, ils sauront comment demander encore, et ils le feront lorsqu'ils se sentiront prêts.

Si l'engagement des clients en thérapie pose question, les 3 questions du modèle de Bruges peuvent être aidantes (Isebaert & Cabié, 1997)

- La personne a-t-elle une demande travaillable ?

- si non et qu'il s'agit d'une limitation (quelque chose qu'on ne peut pas changer), la demande mérite d'être discutée, jusqu'à aboutir à une demande d'aide travaillable.
- S'il n'y a pas de demande du tout : il s'agit d'une relation non engagée. La seule chose qui est possible est de reconnaître l'état actuel de la personne et ses ressources (avoir survécu, avoir été capable de gérer sa vie jusque là, tant bien que mal, ...)
- Si oui : considérez la prochaine question.
- La personne est-elle prête à se mettre au travail ?
 - si non : il s'agit d'une relation de recherche. Travaillez les exercices de stabilisation uniquement pendant les séances, la psycho pédagogie concernant la traumatologie. Recadrez le maintien de l'état actuel des choses, comme étant le moins pire possible actuellement. C'est une étape importante, surtout pour les personnes chronicisées ainsi que celles qui ont un besoin important de garder le contrôle de la relation.
 - Si oui : allez à la prochaine question.
- La personnes est-elle consciente de ses propres ressources ?
 - si non : il s'agit d'une relation de consultance : la personne souhaite participer, mais voudrait que le thérapeute fasse quelque chose avec elle (hypnose, EMDR, etc.)
 - si oui : il s'agit d'une relation de co-expertise. C'est la configuration idéale.

Structure de la boîte à vitesses :

Basée sur une métaphore, nous expliquons à la peronne que le le travail thérapeutique est entrepris comme un voyage que l'on fait ensemble. Comme la métaphore de la voiture est très commune, nous l'utilisons quasiment toujours. Le thérapeute est le pilote : il connaît bien sa voiture (le modèle thérapeutique), le client choisit lui sa destination (ses objectifs). Les deux discutent du chemin à entreprendre pour atteindre l'objectif, et la personne finalement choisit celui qu'elle préfère (un travail plus général ou alors par rapport à des objectifs particuliers). Dans une voiture, il y a un outil important : la boîte à vitesses. Elle permet d'adapter la vitesse à la route et aux conditions météo qui surviennent, qu'elles soient prédictibles ou non.

L'idée est que plus la vitesse est rapide, plus la désensibilisation va vite. Au sein d'une vitesse donnée il peut y avoir des graduations, allant de l'exposition minimale (a) à l'exposition maximale (c). Ces graduations seront discutées un peu plus loin.

Vitesse 0 : la stabilisation

- Evaluation des critères de stabilisation (Hofmann, 2005)
- Travail sur le/les objectif/s de la personne
- Apprendre à s'apaiser soi-même de manière efficace
- En cas de troubles dissociatifs :
 - Évaluer le degré de dissociation
 - Explorer les parties émotionnelles dissociatives, afin de créer une relation de coopération entre PAN (partie(s) de la personnalité apparemment normale) et PE (partie(s) de la personnalité émotionnelles) (Van der Hart et al. 2006).
 - Continuer le travail en vitesse 1 et 2 seulement en mettant de côté d'abord tout matériel traumatique dans un contenant.
 - Lors du travail en vitesse 3 à 5, veillez à confiner (dans le contenant) toutes les expériences traumatiques non concernées par le travail de désensibilisation immédiat.

Vitesse 1 : désensibiliser des peurs du futur

- a) Alternier entre lieu sûr et un laps de temps négocié sur juste une image et une sensation du corps (pas de cognition)
- b) Cibler une image, un niveau de SUD et une sensation du corps, et ensuite désensibiliser (phase 4) jusqu'à un SUD 0
- c) Cibler une peur future en faisant une phase 3 (image, cognition négative, cognition positive, SUD, sensations corporelles) puis continuer de phase 4 à 7.

Vitesse 2 : désensibiliser les émotions, ou les sensations du corps pour elles-mêmes.

- a) Alternier entre lieu sûr et un laps de temps négocié sur juste une émotion ou une sensation du corps, sans aucune cible traumatique
- b) Cibler les émotions et les sensations pour une remise à zéro, sans cibler de traumatisme (O'Shea, 2003, 2006, 2009)

Vitesse 3 : désensibiliser les empreintes précoces

- a) Alternier entre lieu sûr et un laps de temps négocié en ciblant les empreintes précoces de la période fœtale, la période de naissance, et celle allant de 0 à 3 ans.
- b) Cibler les empreintes précoces de la période fœtale la période de naissance, et celle allant de 0 à 3 ans (O'Shea, 2003, 2006, 2009)

Vitesse 4 : désensibiliser les déclencheurs du présent

- a) Alternier entre lieu sûr et un laps de temps négocié sur juste une image et une sensation du corps (pas de cognition)
- b) Cibler une image, un niveau de SUD et une sensation du corps, et ensuite désensibiliser (phase 4) jusqu'à un SUD 0
- c) Cibler une peur future en faisant une phase 3 (image, cognition négative, cognition positive, SUD, sensations corporelles) puis continuer de phase 4 à 7.

Vitesse 5 : désensibiliser les événements traumatiques du passé avec le protocole EMDR standard : phases 3 à 8

Vitesse 6 ou Joker : Travailler sur les lettres avec des stimulations bilatérales (Delucci, 2009, 2010)

- La lettre EMDR classique.
- La lettre du futur (Y.Dolan, 2000) avec des stimulations bilatérales.

Concrètement ...

Ces étapes sont grossièrement expliquées au client, pour qu'il puisse exprimer une opinion quant au choix de la bonne vitesse. Puis, lorsqu'une stabilisation suffisante est obtenue, le processus de désensibilisation peut commencer. Nous commençons souvent par questionner les peurs du futur, afin de savoir s'il pourraient y en avoir qui seraient suffisamment fortes pour bloquer le processus thérapeutique. En demandant directement, nous donnons une occasion à la personne d'exprimer des peurs non parlées, comme la peur d'une déstabilisation majeure, de la dépression, de l'inconnu, ou encore celle de devenir fou.

Ensuite, si ce premier niveau ne pose pas de question, le thérapeute peut continuer l'exploration à la recherche d'éventuelles émotions fortes que vit la personne et qui pourraient être suffisamment insupportables pour bloquer toute avancée qui ne les prendraient pas en compte.

La personne, experte de sa vie, peut nous aider en nous disant quelle serait l'émotion qu'elle aimerait pouvoir tolérer plus facilement. Nous savons que l'évitement, tout comme les phénomènes dissociatifs sont maintenus par l'expérience de sentiments de peur et de honte importants. Donc nous nous enquêrons de ces deux émotions, si rien d'autre n'est énoncé par la personne. Nous les retraits jusqu'à ce que le SUD soit 0.

Lorsque ce deuxième niveau est atteint, le thérapeute peut décider, en lien avec les objectifs de la personne et le plan de thérapeutique décidé ensemble, à quelle vitesse la désensibilisation de traumatismes peut être engagée.

Si le thérapeute rencontre une personne bien stable, souffrant de traumatismes multiples non complexes, il peut décider de travailler tout de suite à la vitesse 5 après l'évaluation d'une stabilisation suffisante.

A tout moment, le processus peut être réajusté à une autre vitesse plus adaptée.

Hypothèse de base

Lorsque le processus se déroule à la bonne vitesse, celui-ci avance sagement. Ainsi la personne, tout en travaillant activement, reste dans sa fenêtre de tolérance (Ogden & Minton, 2000) où elle est en capacité d'apprendre (Siegel, 1999).

Il n'y a alors ni blocage, ni déstabilisation iatrogène.

Vitesse 0 : stabilisation

Buts :

- construire une relation stable et aidante
- organiser un plan thérapeutique

Client et thérapeute apprennent à se connaître (construisent une relation thérapeutique stable et soutenante), décident d'une destination (fixent des objectifs), vérifient l'environnement du patient (entourage soutenant, sécurité suffisante), partagent des informations utiles (psycho pédagogie, le client donne son feed back sur le déroulement des séances), construisent une stratégie commune pour le voyage (plan de traitement), vérifient les mécaniques (vérifier le degré de stabilisation, construire et prendre conscience des ressources), apprennent à poser des limites et des outils d'auto-régulation, dont au moins un contenant et un lieu sûr (si impossible : état sûr ou bien activités sûres) et finalement organisent un plan de crise en cas de déstabilisation.

Si ce travail amène suffisamment de sécurité ressentie pour le client et le thérapeute, alors le trajet peut commencer.

Si des troubles dissociatifs sont présents...

- L'évaluation de la dissociation est importante, dans l'objectif d'éviter un échec futur du traitement, ou une trop forte déstabilisation.
- L'exploration des parties dissociatives émotionnelles de la personnalité (PE) est une tâche de stabilisation. Ça ne consiste pas à explorer les traumatismes, ni à s'engager dans le travail sur le retraitement des émotions. L'objectif (Van der Hart et al. 2006) est de construire une relation de coopération entre la(les) partie(s) apparemment normale(s) la personnalité (PAN) et les parties émotionnelles de la personnalité (PE), de sorte que la ou les PAN puisse(nt) apprendre à prendre soin des PE de manière appropriée, plutôt que de les éviter, et que les PE deviennent capable de faire savoir leurs besoins et ressources.

A notre avis, il y a au moins 3 niveaux de connaissance à partager avec les PE :

- Premier niveau : faire connaissance avec la PE, partager la prise de conscience de la capacité de survie, recadrer ce qu'il s'est passé jusqu'alors comme étant le moins pire possible, offrir la possibilité de changement et attendre le bon moment pour cela. Tous ces éléments participent à la stabilisation.

- Le deuxième niveau est d'ordre émotionnel : les parties émotionnelles également contiennent des peurs concernant le futur, mais aussi des émotions insupportables. Il est donc utile de travailler sur ce plan émotionnel sans toucher de mémoire traumatique. Ainsi tout le matériel traumatique est placé dans le contenant.

- Le troisième niveau du contenu des parties émotionnelles peut être celui qui contiennent les souvenirs traumatiques. Celles-ci peuvent être ciblées en utilisant les vitesses de 3 à 5. Là aussi il peut être utile de mettre tous les traumatismes qui ne sont pas traités par le travail actuel dans le contenant, avant de commencer le travail de confrontation.

- Si la technique du titrage et de l'alternance entre lieu sûr et confrontation est utilisée, il peut être utile de passer les étapes suivantes:
1 – demander au client de faire venir son lieu sûr, de s'en imprégner jusqu'à ce que son corps soit complètement relaxé (ou le plus possible).

2 – vérifier alors que la personne est bien orientée et ancrée dans son corps (en ressentant l'appui de la chaise sur laquelle elle est assise ; les pieds dans ses chaussures ; la stabilité du sol).

3 – demander ensuite si à l'intérieur tout est d'accord pour se confronter un peu à une peur ou une émotion particulière, et discuter jusqu'à ce qu'un accord intérieur soit trouvé.

4 – ensuite négocier le temps d'exposition (1 min, 5 min, etc.) et prendre garde à ne pas aller au-delà de ce temps.

Ces 4 étapes permettent au processus d'avancer lentement dans un premier temps. Néanmoins, mais dès que la personne se sentira suffisamment sécurisée et ressent qu'elle peut faire confiance au thérapeute, l'accélération suivra.

- Si le travail de désensibilisation suit les étapes b. et c., il peut être utile de demander à la personne d'entrer en contact avec les parties émotionnelles pertinentes d'abord, et maintenir ce lien tout au long de ce processus. En cas de dissociation structurelle avérée, il est même nécessaire que le contact avec la partie dissociée soit établi pour que la désensibilisation puisse comprendre tous les aspects du traumatisme.
- Comme les personnes souffrant de troubles dissociatifs se coupent souvent de leurs émotions et sensations du corps, il est important, particulièrement avec elles, que le thérapeute focalise le travail sur leur corps, en demandant ce qu'il s'y passe, de localiser les émotions/sensations chaque fois que c'est possible. Cela signifie aussi qu'après chaque série de SBA, le thérapeute prend des nouvelles du corps, étant donné que la personne a pris l'habitude d'ignorer ce dernier. Les ressentis du corps ont le mérite de se passer dans l'ici et maintenant. La focalisation sur le corps maintient ainsi la personne dans la fenêtre de tolérance.

Evitement, résistance

Plus généralement, nous considérons l'évitement a priori comme une ressource : elle aide la personne à mener à bien sa vie aussi bien que possible, en limitant les expériences bouleversantes. Dès que le client est suffisamment stable, et souhaite se confronter aux souvenirs traumatiques, l'évitement peut rester et agir comme une vieille habitude. C'est alors la tâche du thérapeute d'amener la personne à la confrontation traumatique, en douceur.

La résistance dans tous les cas est une ressource qui amène la personne à laisser voir ou faire entendre au thérapeute que quelque chose ne va pas dans le sens qu'il/elle veut, ou bien que les

choses vont trop vite. Cela peut être résolu par l'évaluation du processus, permettant ainsi un ajustement du thérapeute.

Vitesse 1 : désensibiliser des peurs futures

Objectifs :

- Améliorer la vie quotidienne
- Faire connaissance avec le processus de désensibilisation

Ces objectifs sont souvent les premiers. Les personnes souhaitent améliorer leur confort de vie. Souvent, la stabilisation permet cela. Ensuite, lorsqu'il s'agit de se confronter aux événements passés, même si l'EMDR est connu pour son efficacité, le client peut avoir peur de toucher ces mémoires. Il peut y avoir une phobie des parties dissociées (Van der Hart et al. 2006). Celle d'une déstabilisation majeure ou de re-somber dans la dépression. La peur de devenir fou, la peur de mourir. Les peurs du futur qui ne sont pas liées à des déclencheurs actuels peuvent être abordées.

Ces peurs peuvent être abordées soit de façon non spécifique (a. b.), soit avec le protocole EMDR standard en ciblant les peurs futures.

a. – si la technique du titrage ou d'alternance entre lieu sûr et cible est nécessaire, il est intéressant, de ne pas dépasser 5 minutes d'exposition, et de ne pas dépasser 3 confrontations pendant la première séance. Terminer ensuite la séance avec un exercice de stabilisation. Si les personnes ne sont pas déstabilisés après cette première séance, ils souhaitent souvent accélérer.

b. – « Lorsque vous pensez à cette peur (p.ex. de mourir), qu'est-ce qui vous vient à l'esprit maintenant ? » Partez de cette image, demandez le niveau de SUD et où la gêne est localisée dans le corps. Les SBA sont alors courts mais rapides. Le processus de désensibilisation continue jusqu'à un SUD à 0.

c. – cibler une peur future en utilisant le protocole EMDR standard, partant de la phase 3 (image, cognition négative, cognition positive, émotions, SUD, sensation corporelle), puis 4 à 7.

Micro objectifs

Nous terminons souvent la séance en demandant à la personne quel serait au un micro objectif : « quel petit objectif observable, qui va dans le sens de ce qui est important pour vous, voudriez vous atteindre avant la prochaine séance ? ». Le thérapeute doit vérifier que l'objectif est suffisamment petit, il vaut mieux trop petit que trop grand. Cela permet à la personne de rester orientée vers sa vie quotidienne et ses objectifs, et en même temps, de franchir des étapes

petites et gérables, de façon à ce qu'au delà de la stabilisation, construire des petits succès reste toujours possible.

Débriefing

Particulièrement après la première séance de désensibilisation, nous ajoutons certains éléments à la clôture en phase 7 : nous demandons à la personne de se concentrer sur sa vie quotidienne, et sur ce qui lui change les idées, de se concentrer sur ce qui va bien. Nous précisons aux personnes, que leur cerveau a besoin de repos, et qu'il est contreproductif de repenser à ce que nous avons travaillé ensemble. Ces derniers éléments seront abordés lors des prochaines séances. Nous tentons de focaliser l'attention des personnes sur l'observation des petits changements chez elles leur environnement.

Vitesse 2 : désensibiliser les émotions, ou les sensations du corps pour elles-mêmes

Objectifs :

- augmenter la tolérance aux affects
- diminuer les émotions qui maintiennent les troubles dissociatifs (peur, honte)
- préparer à la confrontation de cibles traumatiques.

A ce niveau de désensibilisation, il n'y a toujours pas de trauma de ciblé directement. Parfois, les personnes peuvent retraiter les mémoires traumatiques lors de cette phase, particulièrement lorsqu'ils ont un bon fonctionnement dans la vie quotidienne. Néanmoins, plus les personnes fonctionnent de manière dissociative, plus il faut être prudent. Chez ces derniers, le matériel traumatique est confiné dans le contenant avant d'aborder cette remise à zéro des émotions.

Souvent, lorsque au cours du traitement sur les traumatismes, des émotions ou des sensations corporelles spécifiques surgissent entre deux séances, il est utile de rétrograder la vitesse et désensibiliser ce qui est là dans le moment présent. Les personnes apprécient que le thérapeute tienne compte des émotions ou des sensations mises à jour et prenne le temps de les désensibiliser, avant de continuer avec une cible particulière.

Parfois, le premier objectif d'une personne peut être de dépasser et arriver à gérer une émotion spécifique, comme la colère par exemple. S'il s'agit d'un problème de longue date, les cibles possibles peuvent être nombreuses. En accord avec K.O'Shea, il est possible qu'il y ait de nombreuses associations liés à cette émotion, à tel point que celle-ci ne fonctionne plus comme une ressource pour la personne. En suivant de très près l'objectif du client :

« être capable de ressentir la colère sans devenir impulsive. Au lieu de cela, elle serait capable de réfléchir (avant d'exploser) et de choisir d'autres alternatives plus constructives », la thérapie permet à la patiente de choisir, et donc elle commence à s'approcher de son objectif. Le thérapeute et la patiente travaillent ensemble comme co-thérapeutes.

Il peut arriver, qu'entre les séances, une forte sensation dans le corps n'apparaisse. Après avoir demandé à la personne de localiser la sensation corporelle, nous lui demandons de : « centrer votre attention sur cet endroit, et d'écouter ce qu'elle pourrait avoir à dire si elle savait parler, et de laisser venir ce qui vient ». La formulation au conditionnel est importante afin de ne pas suggérer plus d'éléments dissociatifs qu'il en existe.

Il arrive très rarement que le thérapeute doive ralentir davantage le processus. Mais si cela arrive, le processus peut continuer à la vitesse 1 ou 0.

Certains pourraient dire que cibler de façon non spécifique une émotion ou une sensation corporelle mènerait à une réaction en chaîne d'activation de mémoires traumatiques. A ce jour, après avoir travaillé avec de nombreuses personnes, cela n'a pas été le cas, d'autant plus si avec des personnes fragiles mémoires traumatiques sont mises dans le contenant.

Nous pensons que ce qui pourrait constituer un risque de déstabilisation serait de cibler le réseau traumatique avec de multiples entrées : image, cognition, et sensation du corps. Les cognitions en particulier, semblent fonctionner comme des organisateurs. Cibler une cognition mènerait alors à atteindre le noyau d'un cluster¹ de mémoires traumatiques. C'est précisément ce qui est évité à la vitesse 2.

Lorsque la tolérance aux affects augmente, les réseaux traumatiques très importants ont plus de chance d'être retraités à l'intérieur de la fenêtre de tolérance.

Ici aussi, selon le degré de stabilité de la personne, il y a le choix entre

- a. la technique de l'alternance entre lieu sûr et temps d'exposition négocié ou bien
- b. le ciblage d'une émotion ou d'une sensation corporelle directement, avec une image, un niveau de SUD et la localisation dans le corps et désensibiliser jusqu'à ce que le SUD = 0.

Ce niveau de vitesse 2 est particulièrement intéressant pour les personnes fonctionnant de manière dissociative, car leurs parties émotionnelles peuvent grandement bénéficier d'être moins envahies par des émotions bouleversantes. Cela mène à une meilleure coopération entre parties émotionnelles ou les états du Moi et la/les partie/s apparemment normale/s à l'intérieur du système de personnalité.

¹ Le terme « cluster » est communément utilisé en thérapie EMDR pour désigner un ensemble de réseaux traumatiques organisés autour d'une même thématique. La traduction française pourrait être « une grappe ».

Vitesse 3 : désensibilisation des empreintes précoces

- Objectifs : - désensibiliser les racines traumatiques antérieures aux capacités verbales
- aborder des cibles qui ne sont pas connues explicitement
 - travailler avant l'installation de la dissociation

Il s'agit ici du premier niveau de confrontation aux traumatismes. Les souvenirs sources ne sont pas toujours connus, ni conscients. Lorsqu'elles sont présentes, ces empreintes traumatiques alimentent néanmoins les souvenirs traités, montrant un tableau clinique fait d'un SUD qui ne baisse pas, d'une augmentation de l'anxiété et un risque de sortie de la fenêtre de tolérance. Selon le protocole mis au point par Katie O'Shea (2003, 2006, 2009) le retraitement des empreintes précoces consiste en trois périodes abordées successivement : la période fœtale, la période néonatale, et celle de 0 à 3 ans. Quasiment personne n'a de souvenirs conscients d'avant cet âge. Toute suite émotionnelle provenant d'événements ayant dépassé la capacité d'intégration du bébé et de ses parents est susceptible de rester stockée dysfonctionnellement. Si nous prenons l'exemple des violences familiales, lorsqu'elles sont présentes, elles n'attendent pas l'âge où la personne a les capacités à se souvenir. Souvent au contraire, l'amnésie est étendue.

Ce travail de désensibilisation est ressenti comme étant plus doux que la désensibilisation des déclencheurs du présent ou des souvenirs connus du passé (vitesse 4 et 5), même si de fortes abréactions peuvent survenir.

Comme pour tout autre matériel qui émerge lors du travail sur des mémoires traumatiques, ici aussi il n'y a pas de recherche de vérité. Fondamentalement, nous n'attachons pas d'importance au contenu. Nous nous orientons davantage vers le fait que le matériel qui vient à l'esprit de la personne est ce qui est contenu dans son psychisme et qu'elle a les capacités de le retraiter, tant qu'elle reste dans sa fenêtre de tolérance physiologique.

Le retraitement des empreintes traumatiques semble fonctionner par thèmes, amenant des associations dont les contenus peuvent couvrir la vie entière jusque dans le présent. Nous continuons les stimulations bilatérales jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de changements, que le corps soit calme, et que les contenus émergents correspondent à des représentations partagées communément, sans aucune émotion négative. Bessel Van der Kolk insiste sur l'importance du corps lorsqu'il indique que c'est le corps qui donne le score (1994). Ce n'est que lorsque le corps est calme à l'évocation de la cible, que nous pouvons considérer l'empreinte comme retraitée.

Lors du travail sur la période fœtale, il arrive souvent qu'il apparaisse du matériel transgénérationnel. Il est retraité comme n'importe quelle autre empreinte. Aucune

interprétation n'est faite. Pendant la période néonatale, ce sont davantage des thèmes autour de l'attachement qui émergent et qui sont retraités. La période de 0 à 3 ans apporte entre autres des thèmes autour de la manière dont la personne s'est inséré dans la famille et notamment dans la fratrie.

Lorsque ces empreintes traumatiques précoces sont retraitées, les changements observés consistent généralement en une sécurisation du style d'attachement de la personne, mais aussi en une capacité accrue de se protéger et de mettre des limites, ainsi qu'une amélioration nette de l'estime de Soi. Les personnes rapportent ces éléments, comme si cela n'avait jamais posé problème, laissant au thérapeute le soin d'estimer le chemin parcouru. Ce qui est aussi noté, c'est qu'après ce travail, le danger de déstabilisation est bien moindre, et les personnes retraitent les souvenirs passés ainsi que les déclencheurs du présent sans aucun évitement.

Techniquement, il est possible de travailler au retraitement des empreintes précoces en utilisant

- a. la technique de l'alternance entre lieu sûr et périodes de temps d'exposition négociées
- b. ou bien cibler les empreintes précoces directement.

Vitesse 4 : désensibiliser les déclencheurs actuels

A cette vitesse, n'importe quel déclencheur du quotidien, même s'il est lié à des traumatismes, peut être retraité de trois manières :

- a. la technique de l'alternance
- b. en évoquant une image, un niveau de SUD et la localisation d'une activation dans le corps et désensibiliser jusqu'à SUD = 0,
- c. par le protocole EMDR standard, phases 3 à 8.

Vitesse 5 : désensibiliser des évènements traumatiques anciens

Les souvenirs du passé sont ciblés avec le protocole EMDR standard, phases 3 à 8.

Joker : travailler sur des lettres avec des SBA (Dellucci, 2009, 2010)

Un joker dans un jeu est une option que l'on peut utiliser quand on en a besoin, et dès que cela s'avère pertinent. En utilisant cette vision métaphorique pour mieux expliquer l'utilisation des lettres, nous souhaitons souligner que le travail sur les lettres est pertinent

pour tout ce qui est relatif à des difficultés relationnelles, qu'il y ait traumatisme ou non. Dès que la personne éprouve le souhait ou le besoin de « régler une affaire relationnelle non terminée », et qu'elle est d'accord de se confronter à ce travail, le protocole des lettres (Dellucci 2009, 2010) peut s'avérer utile. La métaphore du joker signifie que ce travail peut être fait, quelle que soit la vitesse du retraitement. Dans la mesure où nous ne connaissons pas les vies de nos clients, et que nous ne pouvons estimer les imbrications relationnelles qu'à partir d'une position extérieure et dès lors altérée², il est pertinent de laisser au client le choix du moment où il souhaite se confronter aux mémoires concernant la relation avec une personne donnée.

Nous disposons d'une expérience clinique du travail avec ce protocole sur plus de 200 lettres, et nous notons avec étonnement, qu'aucune personne n'a été déstabilisée, qu'elles souffrent de traumatismes complexes ou non. Deux personnes se sont servies du STOP, amenant le travail vers un exercice de stabilisation. Dans l'entre deux séances, ces personnes sont restées stables.

- Le protocole des lettres

Chaque fois qu'il y a des relations non terminées, traumatiques ou non, si le SUD est au dessus du niveau écologique, et si la personne est volontaire, elle peut écrire une lettre à la personne de son choix. Cette lettre fera l'objet d'une désensibilisation et d'un retraitement avec des stimulations bilatérales.

La consigne est que la personne écrive, tout ce qu'elle souhaite exprimer, sans se censurer, comme si le destinataire pouvait entendre et comprendre tout ce que le client aimerait lui dire, même si dans la réalité ce n'est pas le cas. Ensuite, en séance, la lettre est lue à haute voix, et travaillée avec des stimulations bilatérales : dès qu'une émotion ou une sensation dans le corps apparaît, la lecture est arrêtée, le thérapeute demande à la personne de localiser ce qui se passe dans le corps, et fait les stimulations bilatérales jusqu'à ce que le corps soit à nouveau tout à fait calme. Ensuite, le thérapeute demande à la personne de revenir à la phrase d'avant celle qui contenait l'émotion émergente, et la lecture continue, jusqu'à la prochaine manifestation émotionnelle ou corporelle. Lorsque toute la lettre est ainsi parcourue, le thérapeute demande à la personne de la relire comme un scanner du corps. Si le corps reste calme, le travail sur cette lettre est terminé. Finalement, c'est le corps

² Notre position de thérapeute, spécialiste en thérapie en général, ne nous permet que de faire des hypothèses. Nous ne connaissons jamais tous les éléments traumatiques ou les ressources, qui entrent en compte dans une relation entre deux ou plusieurs personnes. Acceptant cette complexité, nous choisissons de travailler plutôt avec celle-ci, sans pour autant en analyser ou connaître tous les éléments. Toute relation humaine contient en son sein des fonctions auto-régulatrices, qui méritent d'être maintenues et utilisées pour la thérapie.

qui donne le score (Van der Kolk, 1994), et qui nous indique qu'une cible ne montre plus d'activation physiologique.

- une lettre du futur (Y.Dolan, 2000)

La lettre du futur est pertinente en cas d'évitement massif, malgré le souhait de travailler sur les cibles traumatiques, ou si ces dernières sont inaccessibles. Cet évitement peut aussi être constaté dans le travail sur les lettres, montrant un processus où il n'y a aucune émotion, malgré l'hypothèse d'éléments traumatiques, donc dysfonctionnellement stockés.

Il est demandé au client de choisir une date dans le futur, et d'écrire une lettre à une personne qu'il choisit. La consigne est de choisir quelqu'un à qui l'on a envie d'apprendre de bonnes choses. Ensuite, la personne se projette à la date du futur, qui est désignée comme un moment où tous les problèmes, pour lesquels elle a consulté, auront disparu. On lui demande de décrire sa vie, le contexte aussi concrètement que possible. Le client peut donner des éléments sur la manière dont il est parvenu à ce résultat, mais ce n'est pas nécessaire. En cas de traumatisme, la personne n'y a souvent pas accès.

Ensuite, cette lettre est travaillée avec les SBA comme dans le protocole sur les lettres. Ce qui apparaît chaque fois (surtout si la lettre classique n'a pas fonctionné) sont deux types de peurs : le danger d'espérer que les choses puissent aller mieux et la peur du changement.

Quand rien ne marche, la lettre du futur semble être possible. Ce travail, même chez les personnes présentant des troubles dissociatifs importants, respecte le niveau d'intégration de la personne.

Il est étonnant de constater à quel point les personnes abordent les lettres de façon sécurisée, sans déstabilisation iatrogène, même en cas de traumatismes complexes et très anciens. Par l'étape de la lecture phrase par phrase, la personne construit un processus de succès. Le protocole entier semble être contenu dans la lettre. Le thérapeute ne s'attache pas au contenu. Cela relève de l'expertise de la personne. Chaque lettre semble contenir une part de loyauté inévitable à l'égard du destinataire de la lettre. Que ce dernier soit en vie ou non n'a pas d'importance. Il arrive même que les clients écrivent à des personnes jamais rencontrées, notamment lorsqu'il s'agit de traumatismes familiaux impliquant des membres de la famille.

Observations cliniques

Nous avons mis en œuvre ce protocole de la boîte à vitesses avec 112 personnes souffrant de traumatismes de type II. Il n'y a eu aucune déstabilisation majeure, et les quelques

déstabilisations légères ont rapidement régressé en passant à une vitesse en dessous. Cela a permis au traitement d'avancer. Le thérapeute a été capable de s'adapter aux personnes, quels que soient les événements. Ce processus a permis aux personnes de rester dans leur fenêtre de tolérance, et au thérapeute à rester dans sa zone de confort.

Néanmoins, ces résultats ne proviennent que d'observations empiriques. Des recherches seraient nécessaires, pour valider ou invalider ce protocole cliniquement et théoriquement.

Conclusion

En suivant les objectifs des clients au plus près possible, dans leur chemin singulier, avec les événements apparaissant dans la thérapie, le thérapeute a été capable de s'adapter aux personnes et à leur vie, sans jamais dépasser mon champ d'expertise : la thérapie en général. Le résultat est un processus thérapeutique rapide, dans le confort du patient et du thérapeute.

Cela se rapproche de l'idée de « flux » décrit par Mihaly Csikszentmihaly (1990) : lorsque les capacités de la personne, sa conscience de ses compétences et la difficulté de la tâche sont bien équilibrés, alors l'expérience optimale peut arriver. Cela amène la personne à un état de bien être et renforce les impressions de succès, ce que Pierre Janet aurait probablement qualifié « d'action de triomphe » (1919).

Les personnes en thérapie évoluent à des vitesses différentes, en fonction d'un nombre important de paramètres, que nous ne pouvons pas contrôler en tant que thérapeute.

Notre hypothèse fondamentale est que les personnes en thérapie avancent aussi vite qu'elles le peuvent, eu égard leur situation particulière. S'ils ralentissent, c'est qu'ils ont de suffisamment bonnes raisons pour cela, que ces dernières soient conscientes ou non. Ce que nous essayons d'éviter est qu'ils ralentissent à cause du thérapeute.

Notre devise est de progresser aussi vite que possible, si la route et le temps le permettent, et d'aller aussi lentement que nécessaire pour que le voyage se déroule en toute sécurité.

Le but de cette structure de traitement est d'aider le thérapeute à s'adapter aux personnes en thérapie et à leurs circonstances de vie, en sachant toujours ce qu'il fait et pourquoi. C'est ainsi qu'il peut rester dans son rôle : fournir un cadre de thérapie sécurisé et de bonnes conditions de travail. La coopération est ensuite le résultat du processus.

Bibliographie

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: the Psychology of Optimal Experience*. Harper, New York.

- Pour la traduction française : (2004) *Vivre. La psychologie du bonheur*. Ed. R.Laffont
- Dellucci, H. (2009). *EMDR Letters*. Papier présenté à la Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.
- Dellucci, H. (2010). *EMDR Letters. How ? Why ? When ?* Papier présenté à la Conférence EMDR Europe à Hambourg, Allemagne.
- Dolan, Y.M. (2000). *One small step: Moving beyond trauma and therapy to a life of joy*. Authors Choice Press
- Fine, C. G., & Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: the imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. *Eye Movement Desensitization Reprocessing. American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3-4), 275-290.
- Hofmann, A. (2005). *EMDR in the treatment of complex PTSD patients*. Papier présenté à la Conférence EMDR Europe, Bruxelles, Belgique.
- Hofmann, A. (2005). *EMDR in der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen*. Stuttgart: Thieme. Hofmann, A., H. Mattheß (in Press 2010) EMDR bei schweren dissoziativen Störungen in: Reddemann, L., Hofmann, A., & Gast, U. (Eds.). (2003 /2010 in press). *Psychotherapie der dissoziativen Störungen*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Isebaert, L. & Cabié, M.C. (1997). *Pour une thérapie brève. Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie*. Ed. Erès, coll. Relations.
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques*. L'Harmattan, Paris. English translation : *Psychological Healing* (1925). Macmillan, New York.
- Knipe J. (2008): *The CIPOS method - procedures to therapeutically reduce dissociative processes while preserving emotional safety*. Papier présenté à la Conférence EMDR Europe, Londres, R.U.
- Knipe, J.(2009) *The Method in Constant Installation of Present Orientation and Safety*, in: Luber, M. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols - Special Populations*. New York: Springer Publishing Company, Incorporated.
- Levine, P. (1997). *Waking the tiger. Healing Trauma*. North Atlantic Books, Ca. Pour la traduction française : (2008) *Réveiller le tigre. Guérir le traumatisme*. Editions Socrate.
- Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor Psychotherapy. One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology*, 4: 3. Article 3.
- O'Shea, M.K. (2003). *Reinstalling innate emotional resources*. Papier présenté à la Conférence EMDR Europe, Rome, Italie.
- O'Shea, M.K. (2003). *Accessing and repairing preverbal trauma and neglect*. Papier présenté à la Conférence EMDRIA à Denver, Colorado, E.U.
- O'Shea, M.K. (2006). *Rebuilding the Foundation. Reconnecting the Self*. Papier présenté à la

Conférence EMDR Europe, Istanbul, Turquie.

O'Shea, M.K. (2009). EMDR Friendly preparation methods for adults and children. In :

R.Shapiro Ed. *EMDR Solutions 2. For depression, eating disorders, performance and more.*

Norton, New York

O'Shea, M.K. (2009). The EMDR early trauma protocol. In : R.Shapiro Ed. *EMDR Solutions 2. For depression, eating disorders, performance and more.* Norton, New York

Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures.* The Guilford Press. Pour la traduction française : (2006). Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures. Inter Éditions, France.

Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience.* New York, Guilford.

Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR Adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 61-81.

Van der Hart, O., Nijenuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The haunted Self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization.* Norton, New York. Pour la traduction française : Le Soi hanté : dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique. Ed. De Boeck, Bruxelles.

Van der Kolk, B. (1994). The body keeps the score : memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265.