

Dellucci, H. (2017). Le Protocole EMDR standard inversé. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Helene Dellucci

helene.dellucci@bluewin.ch

psychologue PhD, formatrice EMDR Europe
chargée de cours à l'Université Lorraine

Le protocole EMDR standard inversé

Adapter l'EMDR aux personnes instables souffrant d'ESPT complexe

1. Introduction

L'invention de l'EMDR en 1989 par Francine Shapiro a été une révolution dans le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT). Les méta-analyses démontrent son efficacité (Van Etten & Taylor, 1998 ; Davidson & Parker, 2001 ; Maxfield & Hyer, 2002 ; Bradley et al. 2005 ; Bisson & Andrew, 2007), et ce d'autant plus si le protocole standard est appliqué rigoureusement (Maxfield & Hyer, 2002). Cependant, pour une majorité de personnes souffrant de trauma complexes, le protocole standard dans son approche en trois temps semble trop confrontant, risquant de provoquer une déstabilisation et un évitement ultérieur de la thérapie EMDR pourtant si efficace. Faudrait-il alors réserver le travail EMDR aux seuls patients stables, ayant des séquelles post-traumatiques en nombre restreint ? Comment faire avec les personnes instables ? Faut-il étendre la phase de stabilisation ? Jusqu'à quel moment. N'y a-t-il pas un risque de ne jamais aborder les traumatismes à la source de la problématique ?

Nous aborderons dans ces lignes le protocole inversé proposé par Arne Hofmann (2005, 2009, 2014). Nous décrirons les propositions de l'auteur, que nous commenterons en illustrant par des exemples cliniques issus de notre pratique.

2. Des trauma simples aux trauma complexes, avec ou sans troubles dissociatifs : différents tableaux cliniques

Nous distinguons différents types de traumatisation :

La réaction de stress aigu : Il s'agit ici de la réaction immédiate après un événement potentiellement traumatique. Nous ne parlons pas de traumatisme à ce moment. Ce dernier fait partie d'un trouble qui se chronicise au delà de trois mois. La réaction de stress aigu se résume à la période de vulnérabilité, faisant suite à la rupture de notre illusion d'invulnérabilité et l'immortalité, avec laquelle nous vivons quotidiennement, et qui nous permet de nous centrer sur nos projets, de nous projeter dans l'avenir. Un événement faisant ainsi irruption et qui dépasse les capacités d'intégration a pour effet dans un premier temps de sortir la personne de la trajectoire qu'elle s'était donnée et qui semblait aller de soi.

Le trauma simple : Si les réactions émotionnelles et les symptômes persistent au delà de trois mois, nous pouvons parler d'un Etat de Stress Post-Traumatique. L'ESPT simple consiste en un événement unique, ou plusieurs événements dans une vie, sans lien les uns avec les autres. Pragmatiquement, les professionnels parlent d'un « coup de tonnerre dans un ciel bleu », c'est à dire que la personne n'a pas de séquelles pré-établies. Un événement unique est guérissable en une à trois séances d'EMDR (Shapiro, 2001), trois à cinq séances, si on prend en compte une séance de stabilisation et une séance de clôture. Les personnes touchées par un trauma simple se remettent souvent spontanément sans séquelles décelables, les observations indiquent une proportion de trois quarts de rémissions spontanées après un événement potentiellement traumatique. C'est entre autres la raison pour laquelle, dans un cabinet de psychotraumatologue, ce sont les tableaux cliniques les plus rares.

Les trauma multiples : La multiplication de blessures traumatiques, si celles-ci restent en nombre raisonnable, sans lien entre elles, et sans troubles de l'attachement, peut être qualifié de traumatismes multiples, tout en restant dans un cadre d'ESPT simple. Ce sont les personnes qui répondent le mieux à la thérapie EMDR classique, qui propose une approche en trois temps : après avoir établi un plan de ciblage, les événements sont abordés dans l'ordre de leur occurrence, à savoir en premier lieu le souvenir source, l'événement qui fonde la problématique, pour ensuite aller retraiter tous les souvenirs

Dellucci, H. (2017). Le Protocole EMDR standard inversé. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

du passé en lien avec le problème. Une fois le passé retraité efficacement, les déclencheurs dans la vie courante se sont neutralisés. Dans le cas contraire, ceux-ci sont abordés spécifiquement, de façon à retraiter l'activation sous-jacente. Pour finir, le protocole EMDR classique prévoit l'installation d'un scénario du futur permettant à la personne de prévoir des pistes d'action concrètes, allant jusqu'à un petit défi.

Les trauma complexes : La plus grande cohorte de personnes traumatisées est formée par ceux qui ont accumulé les expériences difficiles à travers le temps. Ces personnes, qui ont déjà mis en place des ressources de survie hors pair, sont souvent épuisées par une lutte incessante contre les effets des déclencheurs dans leur quotidien. Les symptômes francs de l'ESPT sont moins visibles, car noyés dans une comorbidité plus vaste faite en majorité de troubles de l'attachement et de dépressions chroniques, mais aussi de troubles du comportement alimentaire (Garner & Garfinkel, 1997; Root & Fallon, 1988), de tableaux anxieux ou compulsifs, d'addictions, de mises en danger (Felitti & al, 1998), d'automutilations (Van der Kolk et al., 1991) et de comportements les mettant en risque d'expérimenter davantage de situations victimisantes.

Les personnes souffrant de trauma complexes peuvent être classés en deux catégories : ceux qui restent fonctionnels, malgré une charge traumatique importante, et ceux qui trébuchent dans leur vie et sont envahis à un point tel qu'ils ont des difficultés à assumer les tâches de la vie quotidienne.

Les troubles dissociatifs : Lorsque la traumatisation chronique a débuté dès le plus jeune âge et a impliqué pour une grande part des adultes sensés prendre soin et des figures d'attachement, il arrive que la survie se fasse au prix d'un conditionnement comportant un évitement tellement massif, que des pans entiers d'expérience passent sous amnésie. Des symptômes de déréalisation, de dépersonnalisation et de perte du sens du temps présent complexifient ce tableau déjà difficile.

Les troubles dissociatifs se distinguent sous leur forme psychoforme et somatoforme (Nijenhuis, 2004), incluant des réseaux neuronaux carapacés à un point tel, que se forment des sous-systèmes de la personnalité, endossant chacun au moins un sens de Soi rudimentaire (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006/2010). Les recherches corroborent clairement cette thèse, tant sur le plan des mesures physiologiques (conductance de la peau, potentiels évoqués visuels, variables du système nerveux autonome, activation physiologique – revue par Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002), mais également sur le plan cérébral (Reinders et al., 2003, 2006, 2012), dans le sens de pattern cérébraux différenciés ne communiquant pas entre les différents états activés.

D'un point de vue clinique, lorsqu'il y a ESPT complexe avec ou sans troubles dissociatifs, nous avons toujours affaire à de l'amnésie, des phobies, des émotions débordantes, et des réactions de survie.

3. L'amnésie, les phobies et une mauvaise tolérance à l'affect : une réalité à prendre en compte dans la thérapie des trauma complexes

L'amnésie peut être plus ou moins étendue, soit sous forme totale, c'est à dire une non connaissance que quelque chose est ignoré, soit identifiée, c'est à dire avec une amnésie pour le contenu, tout en n'ignorant pas son existence, p.ex. une personne qui nous dit n'avoir aucun souvenir avant l'âge de 12 ans. La plupart d'entre nous avons une amnésie tout à fait naturelle pour ce qui a pu se passer pendant les trois premières années de notre vie.

Les phobies sont multiples. Les auteurs de la théorie de la dissociation structurelle (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006/2010) énumèrent celles qui sont propres à ce fonctionnement : la peur de s'attacher et en même temps la phobie de perdre l'attachement avec le thérapeute, les peurs des réactions corporelles des traumatismes et de leurs suites, la phobie des contenus traumatiques, et finalement les peurs de la vie quotidienne. L'aspect phobique est ce qui distingue les personnes souffrant de troubles dissociatifs de ceux qui n'ont pas développé cette stratégie de survie extrême.

Outre l'émergence de phobies particulières, d'autres émotions (p.ex : la panique de perdre le lien, la honte et la culpabilité, la colère, la tristesse), vécues soit de manière débordante, soit ne pouvant pas être touchées du tout signalent une mauvaise tolérance à l'affect. Sans toucher aucun réseau traumatique, certaines émotions sont déjà mal vécues dans la vie quotidienne. Au moment où est abordé un réseau traumatique, l'émotion stockée s'ajoute à la difficulté de tolérer celle du quotidien, rendant le travail de retraitement difficile et laborieux, entraînant le plus souvent le blocage du traitement de l'information et de l'évitement par la suite.

Dellucci, H. (2017). Le Protocole EMDR standard inversé. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Même lorsque les personnes sont informées, parfaitement consentantes et demandeuses pour se débarrasser de leurs traumatismes, la peur émergeant au moment où ces réseaux dissociés sont touchés est toujours de la partie. Le clinicien doit en tenir compte, sinon il en va du sentiment de sécurité dans l'ici et maintenant, ce qui signe le plus souvent l'arrêt de la thérapie, par réflexe auto-protecteur.

Cependant, lorsque nous considérons les patients souffrant de trauma complexes, nous ne devons pas perdre de vue qu'il s'agit de survivants au sens propre. Ces personnes ont pour la plupart fait face à des événements dont nous ne saurons sans doute jamais l'ampleur, sans pour autant savoir consciemment comment ils ont réussi à survivre. C'est la tâche du thérapeute de faire émerger à la conscience cette dimension fondamentale. Il s'agit de personnes, pour lesquelles les méthodes d'exposition simples ne marchent pas, parce que trop confrontantes. Pourtant, ce sont les personnes qui espèrent le plus, à juste titre, d'être aidées par les procédés développées en psychotraumatologie. Alors, comment faire, concrètement ?

4. Le protocole inversé : une piste pour aborder les trauma complexes

Arne Hofmann (2005) a eu l'idée ingénieuse d'inverser l'ordre dans lequel les cibles sont abordées, à savoir commencer par aborder les peurs du futur et du présent, puis traiter les déclencheurs de la vie quotidienne, et finalement aborder le passé en commençant par les événements récents, avant d'aborder ceux d'un passé lointain.

Cette stratégie de traitement, selon l'auteur (Hofmann, 2009) s'adresse spécifiquement aux personnes souffrant d'un ESPT complexe et qui sont instables. Le but en est de permettre une réduction des symptômes dans l'immédiat et une amélioration de la vie quotidienne. L'ordre des traumatismes abordés reste inversé jusqu'à ce que les patients soient suffisamment stables pour pouvoir aborder les souvenirs du passé.

Un autre but du protocole inversé est d'aider les patients, mais aussi les thérapeutes à rapidement commencer l'utilisation de l'EMDR, et de dépasser de possibles tendances à l'évitement par une stabilisation interminable, sans pour autant emmener le patient trop tôt dans une exposition traumatique insupportable.

L'auteur ajoute que ce procédé convient bien aux personnes ayant une histoire d'hospitalisations psychiatriques. Nous pouvons ajouter que nous avons proposé le protocole inversé à tous les patients venus consulter avec des trauma complexes, plus particulièrement lorsque des peurs émergent au cours du processus ou entre deux séances.

Lorsqu'un retraitement ou bien un projet de retraitement suscite un mouvement phobique (p.ex. la peur d'être jugé, la peur du changement, une peur concrète de quelque chose à venir, la peur d'être débordé par ce qui peut apparaître, ...), alors cette activation physiologique s'ajoute au travail prévu et risque d'en amoindrir l'efficacité. Il convient dès lors de mettre le projet entre parenthèses, et aborder les peurs émergentes.

Le protocole inversé concrètement :

A. Pour cibler une situation future perturbante, Arne Hofmann propose l'utilisation de la technique d'absorption. Le procédé exact est décrit dans la fiche consacrée aux méthodes d'oscillation. Ainsi, la seule exposition à la cible concerne la définition d'un niveau de perturbation (grâce à l'échelle SUD), pour ensuite partir à la recherche de qualités dont la personne pourrait avoir besoin, suivie d'une installation de ressources. A la suite, le SUD est réévalué. Dans la plupart des cas, celui-ci montre une nette diminution.

Ainsi les éléments perturbants dans le réseau neuronal ne sont pas abordés directement, mais davantage mis en lien avec des ressources.

B. Les déclencheurs du quotidien (p.ex. un rendez vous médical) ou un traumatisme secondaire (p.ex. un dernier examen médical qui s'est mal passé), qui produisent des symptômes dans le présent peuvent être abordés par la méthode CIPOS (Knipe, 2009 ; 2014). Il s'agit d'une méthode d'oscillation. Ici aussi nous renvoyons le lecteur intéressé à la fiche sur les techniques d'oscillation où le CIPOS est décrit pas à pas.

Le but de ce travail sur les déclencheurs est la diminution des symptômes dans la vie quotidienne et la stabilisation. Le fait que les déclencheurs suscitent moins d'invasivité dans le quotidien de la personne, même si le problème de fond n'est pas encore réglé, amène une amélioration du sommeil et des fonctions de base dans la vie du patient. Celui-ci arrive à

mieux contrôler son expérience corporelle, il devient capable de s'apaiser plus efficacement, ce qui permet ensuite de pouvoir aborder les souvenirs traumatiques du passé.

C. Avant d'aborder le passé, cependant, Arne Hofmann propose une évaluation de la stabilité sous la forme de quatre tests :

- Le test de la vie de tous les jours : est-ce que la personne est capable d'assumer les tâches de la vie quotidienne ?

- Le test du lieu sûr : est-ce que le lieu sûr peut être installé facilement et la personne peut-elle s'apaiser efficacement entre les séances ?

- Le test des stimulations bilatérales alternées : est-ce que la personne supporte des SBA ?

- Le test de l'anamnèse : est-ce que la personne est en mesure de parler de son histoire sans basculer malgré elle dans le trauma ?

Si ces quatre conditions sont réunies, alors la personne peut être considérée comme suffisamment stable et fonctionnelle pour permettre le travail sur les trauma du passé. Dès qu'un patient se déstabilise, et que ces quatre conditions ne sont plus remplies, le travail sur le passé est remis entre parenthèses et nous invitons le clinicien à revenir aux niveaux A. et B.

D. Les événements du passé sont aussi retraités dans l'ordre inverse de l'occurrence dans la vie de la personne, c'est à dire du plus récent au plus ancien. Plutôt que de rechercher un souvenir source, Arne Hofmann propose aux cliniciens de commencer par des traumatismes secondaires (non centraux) qui ont eu lieu à l'adolescence ou plus tard dans la vie. Ainsi, cet abord fractionné permet de diminuer la charge contenue dans les réseaux et clusters traumatiques.

Si le retraitement des souvenirs secondaires et récents se fait sans encombre, alors le travail peut continuer avec le retraitement des souvenirs de la petite enfance, et les éléments clés de la problématique abordée (souvenir source et pire souvenir)

Arne Hofmann ajoute que ce processus n'est jamais linéaire. Le plus souvent l'approche, même par le protocole inversé consiste en un « va et vient » entre le travail de stabilisation (A. et B.) et le retraitement des traumatismes (D.)

5. Notre expérience avec le protocole inversé

Appliquer le protocole inversé nous a paru pertinent avec les personnes souffrant de trauma complexes venues consulter en cabinet privé. Ces survivants portent non seulement des séquelles traumatiques considérables, mais sont assaillis au quotidien par des peurs diverses qu'elles soient rationnelles ou non (p.ex. peur de la mort, peur que le thérapeute les laisse tomber s'ils osent s'exprimer, peur qu'il arrive quelque chose de grave s'ils racontent ce qu'ils ont subi, peur de retomber dans la dépression, peur d'une confrontation ou d'une fête de famille à venir, de retourner au travail, ...), par une tolérance à l'affect fortement amoindrie, des difficultés relationnelles, des déclencheurs provoquant des réactions corporelles qui rendent leur quotidien pénible à vivre.

Même si nous sommes parfaitement d'accords avec Francine Shapiro pour dire que les symptômes d'aujourd'hui ont à leur base des mémoires dysfonctionnellement stockées, celles-ci nous ont paru difficilement abordables dans un premier temps.

Parmi les outils de stabilisation de base, nous comptons outre le lieu sûr également un exercice de confinement des mémoires du passé (le contenant) et des exercices corporels destinés à apaiser directement le corps.

Nous abordons les peurs du futur généralement par un protocole EMDR standard, sans toucher de trauma dans un premier temps, avec le but de voir rapidement régresser la peur visée. Ce type de retraitement à partir de cibles non traumatiques permet à la personne de faire connaissance et de s'adapter au protocole EMDR sans être débordée par la charge émotionnelle contenue dans les mémoires traumatiques du passé. Ce n'est que lorsque les personnes ne sont pas en mesure de supporter un protocole standard, que nous avons recours à une technique d'oscillation, ou une installation de ressources (voir la fiche sur les techniques d'oscillation).

Nous avons fait l'expérience que les peurs du futur sont de petites cibles qui se neutralisent rapidement. Cela a un effet motivant chez les patients, et renforce ainsi le lien thérapeutique. C'est alors qu'il est possible de poursuivre l'anamnèse, de proposer d'éventuels outils diagnostiques, et de définir des objectifs. Afin de permettre aux personnes, prêtes à se mettre au travail, de toucher leur

capacité à espérer, il nous paraît utile de définir les objectifs comme des scénarios du futur, c'est à dire en soignant le détail jusqu'à aboutir à un « bout de film qui fait envie ».

6. Vignette clinique : Désensibilisation de peurs émergentes hors trauma.

Sylvie, 46 ans, soignante dans un service de soins palliatifs, vit seule. Elle est divorcée et ses deux enfants entament des études supérieures. Formée en psychotraumatologie, elle a décelé des séquelles post-traumatiques complexes avec des troubles d'attachement dont elle devine l'origine dans son enfance avec des parents immatures. Elle dit avoir peu de souvenirs de son enfance, et décrit ses symptômes de la manière suivante : une peur de la mort envahissante, dont elle aimerait se débarrasser, une relation avec sa mère problématique, qu'elle aimerait assainir et une difficulté à être heureuse en couple. L'anamnèse donne peu d'éléments malgré la motivation de Sylvie qui décrit ses objectifs de la manière suivante :

- La peur de la mort envahissante ne lui facilite pas son travail, même si Sylvie trouve qu'elle le gère assez bien. Elle aimerait pouvoir penser à la mort, « normalement » comme une personne de son âge, sans angoisses.
- La relation que Sylvie entretient avec sa mère semble problématique, elle décrit ne pouvoir s'empêcher de « porter » sa mère qui l'appelle tous les jours, qui envahit son quotidien. Sylvie décrit une mère immature, toxique depuis toujours, extrêmement négative, régulièrement violente verbalement. Les temps partagés aboutissent régulièrement à une attitude de repli chez Sylvie, avec une impression de ne jamais assez en faire, et de subir le caractère impossible d'une mère dont elle comprend qu'elle ne changera pas. L'objectif par rapport à cette problématique serait au mieux de mettre des limites efficaces à sa mère, au pire de pouvoir prendre ses distances, sans culpabiliser.
- Une troisième thématique qui pèse à Sylvie est une relation amoureuse avec un homme qui entretient avec elle une relation extra-conjugale. Même si cette relation a permis à Sylvie de se sentir moins seule, celle-ci ne correspond plus aujourd'hui à ses besoins, et elle se sent malmenée. L'objectif serait de se sentir bien en couple et avec elle-même.

En phase 1, nous faisons l'anamnèse, établissons un plan de traitement. A la proposition de la thérapeute d'aborder en premier la peur de la mort, Sylvie refuse catégoriquement : « c'est beaucoup trop difficile pour l'instant ». Elle choisit son troisième objectif.

La stabilisation (phase 2) est rapidement acquise : la relation thérapeutique est bonne, Sylvie se sent en confiance. Un contenant et un lieu sûr sont installés, et Sylvie apprend à s'apaiser à l'aide d'exercices d'auto-hypnose et de cohérence cardiaque qu'elle fait efficacement.

Lorsque Sylvie évoque sa relation de couple actuelle et passée, elle indique que celles-ci n'ont jamais vraiment correspondu à ses souhaits. Etre en couple a mené à des échecs, être sans conjoint ne lui convient pas non plus. La thérapeute oriente l'attention de Sylvie vers l'exploration de ses besoins actuels, ce qui aboutit à une liste d'éléments souhaités : davantage de temps partagé, soigner la relation de complicité psychique autant que les relations sexuelles, pouvoir compter sur son compagnon comme sur un ami. Sylvie indique que bien qu'elle soit au clair avec ses besoins maintenant, elle ne se sent pas de les aborder avec son compagnon. Une peur bloquante émerge à savoir celle que son ami ne veuille plus d'elle. Malgré le fait que Sylvie comprend que si elle vit une relation qui ne respecte pas ses besoins, elle ne sera pas heureuse, et si elle souhaite que les choses se modifient, il faudrait au moins qu'elle aborde ces thèmes, elle se sent incapable de mettre en œuvre quelconque pas concret. La thérapeute lui demande si elle souhaiterait ne plus être paralysée par la peur que son ami la quitte si elle exprime ses besoins, ce à quoi Sylvie acquiesce. Nous abordons cette cible qui concerne une peur dans le présent, bloquant un comportement adaptatif (Image : le visage fermé du compagnon qui lui dit « si c'est comme ça, ce n'est plus la peine » ; Cognition négative : Je ne suis pas digne d'être aimée ; Cognition positive : je suis digne d'être aimée ; VoC : 1 ; Emotion : la peur, de l'angoisse ; SUD : 8 ; Localisation dans le corps : la poitrine). Cette cible est complètement retraitée pendant cette séance (SUD : 0 ; VoC : 7 ; bon scanner du corps).

A la séance suivante, Sylvie rapporte qu'elle a osé aborder ses besoins avec son ami. Celui-ci a accepté d'écouter, lui a dit « oui, oui » quant à ses besoins, mais que rien n'a changé. Le reste de la séance est consacré à discuter de la dimension professionnelle, où Sylvie indique des conditions difficiles. Elle perçoit qu'un collègue est harcelé et elle se dit qu'elle pourrait être la prochaine cible.

Dellucci, H. (2017). Le Protocole EMDR standard inversé. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Ici aussi nous aboutissons à une liste de besoins pour Sylvie, et une stratégie pour se protéger d'un supérieur qui apparaît comme harcelant.

A la séance suivante, la thérapeute questionne Sylvie pour savoir où elle en est par rapport à ses besoins dans son couple. Même si la dimension professionnelle a fait intrusion, car elle fait partie de la réalité à laquelle Sylvie doit faire face, il est néanmoins important que la thérapeute ne laisse pas tomber l'objectif de la patiente, à savoir assainir la relation conjugale. Sylvie indique que son ami avait bien entendu ses besoins qu'il a acquiescés, mais que dans la réalité rien n'a changé. La suite de la discussion fait émerger l'idée de poser des limites. Encore une fois, Sylvie entend sur le plan rationnel, tout en indiquant qu'elle se sent incapable de vivre seule. La thérapeute, qui reconnaît cette croyance comme bloquante, propose à Sylvie d'aborder celle-ci en EMDR. A nouveau, tout trauma est confiné dans un contenant, et cette « peur de se retrouver seule » est abordée avec un protocole standard EMDR (Image : Sylvie assise seule sur son canapé, incapable de faire quoi que ce soit ; Cognition négative : je suis abandonnée ; Cognition positive : je peux faire face ; VoC : 2 ; Emotion : une énorme tristesse ; SUD : 9 ; Localisation dans le corps : une boule dans la gorge). Le retraitement se fait en souplesse, et cette cible est complètement retraitée à la fin de cette séance.

A la séance suivante, deux semaines plus tard, Sylvie indique qu'elle a posé un ultimatum à son ami, qui a réagi en la quittant, en trouvant cela trop compliqué. La thérapeute utilise cette séance pour débriefer ces événements, en centrant la discussion sur les besoins de Sylvie. A la fin de la séance, cette dernière reconnaît qu'elle est étonnée de prendre si bien cette séparation.

A la séance suivante, Sylvie arrive, et contrairement à son habitude qui est de se mouvoir de façon élégante et féminine, elle se déplace avec un pas lourd, et s'assied dans le fauteuil de façon inhabituelle en donnant l'impression comme si elle était un ouvrier dans le bâtiment après une longue journée de travail. La thérapeute, quelque peu interloquée par ce changement d'attitude chez Sylvie lui demande quel thème elle souhaiterait aborder aujourd'hui : « je voudrais grandir » est la réponse surprenante. La thérapeute, suspectant un réseau dissociatif, propose à Sylvie d'aborder cette dimension aujourd'hui, ce qu'elle accepte.

Émerge alors une partie dissociative provoquant de la peur et de l'hostilité de la part de Sylvie. Sur trois séances, ce réseau dissociatif (véhiculé par le système d'action de fuite) est exploré sans toucher de trauma, ce qui amène le tandem thérapeutique à désensibiliser deux peurs l'une après l'autre : « peur d'être débordée par ce qui pourrait émerger et s'avérer incontrôlable » (retraitée en une séance), et la peur de rencontrer cette part émotionnelle identifiée comme une petite fille de 6 ans : « peur qu'elle change de visage et se transforme en personnage d'horreur ». A la fin de trois séances, Sylvie se sent prête à aborder les souvenirs du passé et demande à travailler sur les empreintes précoces.

7. Discussion

Ce cas clinique montre l'intérêt d'aborder les peurs bloquantes au moment où elles émergent. Cela permet d'explicitier ce qui autrement serait resté implicite et viendrait entraver le processus thérapeutique. Nous avons ainsi pu commencer rapidement le retraitement en EMDR, en choisissant dans un premier temps d'aborder ces cibles en confinant tous les traumatismes dans un contenant. Nous pensons que les peurs émergentes mettent suffisamment à mal les capacités intégratives de la personne pour ne pas y ajouter l'activation et les émotions intenses que contient un réseau traumatique. Contrairement à ce que propose Arne Hofmann, l'auteur du protocole inversé, nous avons pu aborder ces peurs hors trauma avec un protocole standard. Si Sylvie aurait été moins fonctionnelle, nous aurions suivi le conseil de l'auteur en installant des ressources et faire ainsi baisser le SUD en lien avec ces peurs.

Commencer ainsi par de petits objectifs permet à ces cibles d'être rapidement retraitées et de voir se boucler la séance avec le sentiment que cela s'est passé « mieux que prévu ». Outre la surprise de Sylvie de se voir quitter ses peurs aussi rapidement, cela a produit de la motivation à faire le pas suivant dans le cheminement vers ses objectifs.

Nous pouvons supposer que la perte d'un lien conjugal, même s'il n'était pas satisfaisant, a suscité l'émergence d'un réseau dissociatif. Cependant, celui-ci a pu être abordé et Sylvie a pu construire des liens internes bienveillants, même si au départ elle a fait preuve d'une hostilité et d'une peur importantes face à ce qui pouvait émerger. Nous pensons que si nous avions fait l'impasse sur les

Dellucci, H. (2017). Le Protocole EMDR standard inversé. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

peurs émergentes, le processus thérapeutique se serait bloqué. C'est d'ailleurs ce que Sylvie rapportait de ses essais thérapeutiques précédents, restés infructueux.

Nous pensons aussi qu'il a été utile de suivre le choix de la patiente dans l'ordre des thèmes à aborder. En tant que thérapeute, nous aurions commencé par la peur de la mort, puis abordé la relation à la mère, pour finir par la relation conjugale, dont nous faisons l'hypothèse qu'elle découle des deux thématiques précédentes.

Suivre le choix de Sylvie lui a permis non seulement d'atteindre un de ses objectifs en moins de 10 séances, mais a également conduit à une motivation de continuer à explorer ce qui émerge et aborder les traumatismes du passé.

8. Les limites du protocole inversé

Le protocole inversé nous a permis d'aborder des problématiques complexes chez des personnes, quel que soit leur degré de fonctionnalité, et a rendu possible l'utilisation du protocole EMDR standard rapidement, également avec ces patients.

Cependant, autant il nous a paru facile d'aborder les peurs du futur, autant le travail sur les déclencheurs mérite une attention particulière. Les peurs du futur peuvent être abordées en étant déconnectées de tout trauma, mais pour les déclencheurs cela n'est pas possible. Néanmoins, guider le retraitement en abordant les déclencheurs qui créent dans la vie quotidienne les symptômes les plus invalidants nous paraît une bonne piste pour amener à une réduction des symptômes et une stabilisation suffisante. Chez des patients présentant des amnésies étendues, les déclencheurs sont la seule piste pour retrouver et retraiter l'information dysfonctionnellement stockée.

Une erreur serait de croire qu'une réduction des symptômes équivaut à ce que la problématique soit réglée. Si les traumas du passé ne sont pas retraités, ces réseaux restent en l'état et sont susceptibles de reprovoquer des symptômes dès que les conditions de vie se détériorent à nouveau.

Une difficulté que nous avons rencontrée dans l'application du protocole inversé avec des personnes souffrant de trauma complexes a concerné le retraitement des déclencheurs et des traumas du passé. Très souvent nous assistons à l'émergence de réseaux dissociatifs portant du matériel préverbal. Malgré le fait que le protocole inversé permet aisément d'aborder les peurs bloquantes qui émergent au cours du processus, un autre problème rencontré est que pour d'autres émotions que la peur, la tolérance à l'affect peut être fortement amoindrie et mener ainsi à des blocages et des impasses thérapeutiques dès qu'elles sont suscitées.

Les fiches concernant le protocole précoce (O'Shea, 2009), le protocole des lettres (Dellucci, 2009) et la Boîte de Vitesses (Dellucci, 2010) permettront de compléter le protocole inversé de manière intéressante.

9. Conclusion

Inverser l'ordre de l'approche en trois temps classiquement proposée par Francine Shapiro permet non seulement un abord protecteur de la symptomatologie provenant de traumatismes complexes, mais évite bien des impasses thérapeutiques qui pourraient être dues à l'émergence de peurs bloquantes dans le processus. Ainsi le protocole inversé, s'intéressant avant tout à l'amélioration de la vie actuelle, soutient l'établissement d'une bonne relation thérapeutique nécessaire au tandem patient-thérapeute, et permet d'améliorer les conditions de vie actuelle, réduire la symptomatologie, suscitant ainsi espoir et motivation chez le patient. Même si à l'origine le conseil d'aborder les peurs émergentes propose une stratégie d'installation de ressources, nous avons fait l'expérience qu'il est possible d'appliquer un protocole EMDR standard de la phase 3 à la phase 8, rendant ainsi le retraitement plus efficace et les résultats plus robustes. Bien que le protocole inversé présente une voie de choix, nous suggérons qu'il mériterait d'être complété par d'autres ciblés permettant de prendre en compte trois autres aspects : la construction d'une meilleure tolérance à l'affect pour d'autres émotions que la peur, l'émergence des mémoires préverbales et la dimension des blessures relationnelles.

10. Bibliographie

Bisson, J., & Andrew, M., (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. N° CD003388. DOI : 10.1002 /

Dellucci, H. (2017). Le Protocole EMDR standard inversé. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

14651858. CD003388.pub3.

<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3.Art.No.:CD003388>

- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D., (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, pp. 214-227.
- Davidson, P.R., & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, pp. 305-316.
- Dellucci, H. (2009). *EMDR Letters*. Papier présenté à la 10^{ième} Conférence EMDR Europe, Amsterdam, Pays Bas.
- Dellucci, H. (2010). *No matter how slow you go, as long as you don't stop : A six gear mechanics for a safe therapy journey through complex trauma*. Poster présenté au 11^{ième} Congrès EMDR Europe à Hambourg, Allemagne et au 1^{er} Congrès EMDR Asie à Bali, Indonésie.
- Felitti, V.J, Anda, R. F, Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A. M, Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, pp. 245-258.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P.E. (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*. 2nd édition (1^{ère} édition 1985). New York : The Guilford Press.
- Hofmann, A. (2005). *EMDR in the treatment of complex PTSD patients*. Papier présenté à la Conférence EMDR Europe, Bruxelles, Belgique.
- Hofmann, A. (2014). *EMDR - Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. 5^{ème} édition (1^{ère} édition 1999). Stuttgart : Thieme Verlag.
- Hofmann, A. (2009). The inverted EMDR Standardprotocol for unstable Complex Posttraumatic Stress Disorder. In Lubert, M. (Ed.) *EMDR Scripted Protocols. Special Populations*. pp. 313-328. New York: Springer Publishing Co.
- Knipe, J. (2009) The Method in Constant Installation of Present Orientation and Safety, in: Lubert, M. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols - Special Populations*. Springer : New York.
- Knipe, J. (2014). *EMDR Toolbox. Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation*. Springer, New York.
- Maxfield, L., & Hyer, L. A., (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, pp. 23-41.
- Nijenhuis, E.R.S. (2004). *Somatoform Dissociation : Phenomena, measurement, and theoretical issues*. New York : Norton.
- Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O. & Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of traumarelated dissociation and dissociative disorders. In H.D'Haenen, J.A. Den Boer & P.Willner (Eds.), *Biological Psychiatry* (pp.1079-1098). London : Wiley.
- 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
- Reinders, A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Paans, A.M., Korf, J., Willemsen, A.T., & Den Boer, J.A. (2003). One brain, two selves. *Neuroimage*, 20, pp. 2119-2125.
- Reinders, A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Quak, J., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A.M. et al. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder : A symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, 60, pp. 730-740.
- Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., Vos, P.J., Den Boer, J.A. & Nijenhuis, E. R. S. (2012). Fact or factitious ? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PLoS ONE* 7(6): e39279. doi:10.1371/journal.pone.0039279
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0039279>
- Reinders, A.A.T.S., Van Eekeren, M., Vos, H., Haaksma, J., Willemsen, A., Den Boer, J. et al. (2008). The dissociative brain : Feature or ruled by fantasy ? *Proceedings of the First International Conference of the European Society of Trauma and Dissociation*. Amsterdam, April 17-19, p.30.
- Root, M. P. P., & Fallon, P. (1988). The incidence of victimization experiences in a bulimic sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, pp 161-173.
- Shapiro, F. (1989). Eye Movement Desensitization : A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 20 (3) pp 211-217.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and*

Dellucci, H. (2017). Le Protocole EMDR standard inversé. In : Tarquinio, C. Brennstuhl, M.J., Dellucci, H., Iracane, M., Rydberg, J.A., Silvestre, M. & Zimmermann, E. *Manuel de Psychothérapie EMDR : introduction et approfondissement pratique et psychopathologique*. Paris: Dunod.

Procedures. Guilford Press. Pour la traduction française : (2006). Manuel d'EMDR. Principes, protocoles, procédures. Inter Éditions, France.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York/London : W.W. Norton & Co. Pour la traduction française (2010) : *Le Soi Hanté : Dissociation Structurelle et Traitement de la Traumatisation Chronique*. Bruxelles : DeBoeck.

Van der Kolk, B.A., & Van der Hart, O. (1991). The intrusive past. The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48 (4). pp. 425-454.

Van Etten, M. L. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, p. 126–144.