



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Approche des deux méthodes: un modèle de conceptualisation de cas dans le contexte de l'EMDR

de Jongh, A.; ten Broeke, E.; Meijer, S.

DOI

[10.1891/1933-3196.5.1.E12](https://doi.org/10.1891/1933-3196.5.1.E12)

Publication date

2011

Document Version

Final published version

Published in

Journal of EMDR Practice and Research

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

de Jongh, A., ten Broeke, E., & Meijer, S. (2011). Approche des deux méthodes: un modèle de conceptualisation de cas dans le contexte de l'EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(1), E12-E22. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.5.1.E12>

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (<https://dare.uva.nl>)

Approche des deux méthodes : un modèle de conceptualisation de cas dans le contexte de l'EMDR

Ad de Jongh

Université d'Amsterdam et Vrije Universiteit, Amsterdam, Pays-Bas

Erik ten Broeke

Steven Meijer

Visie, Deventer, Pays-Bas

Cet article décrit un modèle complet qui permet d'identifier des souvenirs cibles essentiels pour le traitement EMDR. L'«Approche des deux méthodes» peut s'appliquer à la conceptualisation et à la réalisation du traitement pour une large gamme de symptômes et de problèmes autres que ceux qui sont directement en lien avec l'ESPT. Le modèle se compose de deux types de conceptualisation de cas. La Première méthode s'applique aux symptômes permettant de préciser de manière significative les événements étiologiques ou aggravants sur une ligne du temps. Elle est principalement destinée à la conceptualisation et au traitement de troubles de l'Axe I du DSM-IV-TR. La Seconde méthode est utilisée pour identifier les souvenirs qui sous-tendent les croyances fondamentales dysfonctionnelles. Cette méthode est principalement destinée à traiter les formes plus graves de psychopathologie, comme la phobie sociale sévère, l'ESPT complexe ou les troubles de la personnalité. Les deux méthodes de conceptualisation de cas sont expliquées point par point, en détail, et sont illustrées par des exemples de cas.

Mots clés: désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires ; EMDR ; conceptualisation de cas ; modèle.

A l'aide de l'EMDR, la clarté et la nature émotionnelle de représentations mentales désagréables résultant d'un ou de plusieurs événements traumatiques peuvent être réduites (Bisson et al., 2007 ; Günter & Bodner, 2008). Cette notion, selon laquelle ces observations sont les produits d'un retraitement complet, est à la base du modèle de Traitement adaptatif de l'information (TAI) de Shapiro (Shapiro, 1995, 2001, 2006) qui offre un cadre considéré comme utile pour les thérapeutes dans la formulation du problème en termes de relation entre les souvenirs d'événements significatifs d'un côté, les symptômes actuels du client de l'autre, et enfin l'utilisation de l'EMDR pour résoudre ces souvenirs (Solomon & Shapiro, 2008). Selon un principe sous-jacent de ce modèle, les événements négatifs laissent des traces dans le réseau neuronal d'un individu de sorte à provoquer une variété de symptômes,

dont des croyances dysfonctionnelles sur soi (p.ex. «Je suis une mauvaise personne») ou sur le monde («Je suis en danger»). L'information mnésique non traitée et stockée de manière dysfonctionnelle est responsable des symptômes qui peuvent varier depuis la reviviscence d'expériences passées jusqu'à des peurs, des états dépressifs, des troubles du sommeil ou un dysfonctionnement sexuel. Le postulat de base du modèle TAI est qu'en accédant à des souvenirs stockés de manière dysfonctionnelle et en stimulant le système inné de traitement de l'information, les symptômes diminuent (Shapiro, 2001, 2002, 2006 ; Solomon & Shapiro, 2008).

Donc si un thérapeute choisit d'utiliser l'EMDR dans le contexte de la prise en charge afin de réduire cette perturbation, la thérapie sera centrée sur le remodelage des souvenirs significatifs qui sous-tendent les symptômes dont souffre le client. Dans la pratique,

This article originally appeared as de Jongh, A., ten Broeke, E., & Meijer, S. (2010). Two Method Approach: A Case Conceptualization Model in the Context of EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(1), 12–21. French translation by Jenny Ann Rydberg.

cela signifie qu'avant d'entamer le traitement, le thérapeute établira une théorie ou une hypothèse cohérente concernant la relation entre la plainte et un (une série de) souvenir(s) cible(s) à traiter en EMDR. En formulant une hypothèse explicite concernant la relation entre les souvenirs et les symptômes, le thérapeute donne une direction à la prise en charge. Ceci implique l'identification—et le traitement subséquent—des souvenirs essentiels ou des souvenirs d'événements dits "sources".

Cet article décrit une approche complète destinée à identifier ces souvenirs qui après retraitement résulteront en une diminution importante des symptômes et, par extension, en une amélioration du fonctionnement général et de la qualité de vie du client. En d'autres termes, son objectif est d'aider les thérapeutes à conceptualiser un cas de manière à l'adapter à un traitement basé sur le protocole EMDR de base. L'"Approche des deux méthodes" peut être utilisée dans la conceptualisation et la mise en œuvre d'un traitement pour un large spectre de symptômes et de problèmes autres que ceux qui sont directement en lien avec l'état de stress post-traumatique (ESPT). Aux Pays-Bas, les 5 dernières années ont permis de recueillir une grande quantité d'expériences cliniques basées sur ce modèle et ses méthodes, avec des résultats positifs ; cette approche est devenue le point de départ et le fil conducteur de la plupart des traitements EMDR (ten Broeke, de Jongh & Oppenheim, 2008).

Conceptualisation de cas en EMDR

Comme noté auparavant, le traitement EMDR est basé sur les principes TAI suivant lesquels la cause du dysfonctionnement (p.ex. les affects, les sensations, les comportements, les croyances) provient des souvenirs non traités d'événements étiologiques. C'est pourquoi, après la description précise des comportements, émotions, cognitions négatives et autres symptômes spécifiques, le client est interrogé sur chaque symptôme : quand est-il survenu pour la première fois ou quel était l'événement (le modèle, la leçon...) primaire le plus perturbant, qui représente la genèse du dysfonctionnement ? Quelles étaient les circonstances—incluant les facteurs interactionnels, sociaux ou des systèmes familiaux—lors du premier événement ? Une question utile est : "Quelle est la première fois où vous vous souvenez avoir ressenti cela ?" (Shapiro, 2001, p. 106).

Dans la littérature sur l'EMDR, un "scanner d'affects" (Shapiro, 1995) ou une variante de cette procédure appelée la technique du *float-back* (Browning, 1999) sont également recommandés pour identifier des

cibles pertinentes pour le traitement EMDR. "Cette procédure peut être utilisée quand le client est incapable d'identifier facilement une cible antérieure pour le traitement" (Shapiro, 2001, p. 433). Cette technique est basée sur les principes du *pont d'affect* ou du *pont somatique* qui sont également utilisés en hypnothérapie. Il s'agit d'une forme d'association libre à partir des expériences émotionnelles présentes du client qui reçoit des instructions générales. La supposition de base est que le réseau neuronal du client indiquera lui-même, sur base d'affinités affectives, quel souvenir cible ou *événement source* est pertinent. Le client est invité à évoquer une situation pendant laquelle les symptômes ou les problèmes se présentent souvent (p.ex. une situation actuelle qui génère de la peur) et d'identifier une image correspondante, une cognition négative (CN) et une émotion. Ensuite, le client est invité à retourner vers le temps et le lieu d'un événement passé pertinent pendant lequel il a ressenti ou pensé la même chose. Ceci est formulé de la manière suivante :

Maintenant, faites revenir cette image de _____ et ces mots négatifs _____ (répétez l'image perturbante et la cognition négative du client), remarquez vos émotions et à quel endroit vous les ressentez dans votre corps, et laissez simplement votre esprit flotter vers un moment de votre vie—sans rien chercher de particulier—laissez simplement votre esprit flotter en arrière dans le temps et dites-moi la première scène qui vous vient à l'esprit et lors de laquelle vous avez vécu quelque chose de similaire : des pensées de _____ (répétez la cognition négative), des émotions de _____ (répétez l'émotion négative) dans votre _____ (répétez les endroits du corps où le client a rapporté des sensations) (Shapiro, 2001, pp. 433–434).

La technique du *float-back* se traduit par la procédure suivante, point par point :

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

Lorsque le client trouve un souvenir perturbant, une image et des CN/CP sont identifiées. Ensuite, une procédure EMDR standard (protocole de base) est utilisée.

Bien que l'expérience clinique ait démontré la valeur de la technique du *float-back*, il s'agit d'une méthode plutôt non spécifique. C'est notamment le cas parce qu'il n'est pas clair dans quelle mesure les souvenirs trouvés par cette méthode sont réellement assez importants ou significatifs pour être retraités.

A notre avis, l'Approche des deux méthodes, décrite ci-après, étend de manière très utile le questionnement direct qui est utilisé habituellement en EMDR (Shapiro, 1995, 2001, 2006) et peut se combiner avec d'autres stratégies dont la technique du *float-back*. Elle comporte l'avantage d'être une procédure structurée qui permet plus facilement de générer des hypothèses faciles à tester concernant la relation entre les événements et les symptômes des clients, empêchant ainsi le thérapeute de retraiter de manière aléatoire les cibles présentées. A cette fin, l'Approche des deux méthodes apporte au thérapeute un éclairage sur *ce* qui doit être fait et *pourquoi*, ainsi que des opportunités pour réévaluer et modifier le plan de traitement, au cas où le traitement ne livrait pas les résultats attendus.

Au fond, les deux formes de questionnement correspondent à deux types de conceptualisation de cas. La Première méthode de l'Approche des deux méthodes concerne les symptômes pour lesquels des souvenirs des événements étiologiques (et aggravants) peuvent être formulés de manière significative *sur une ligne du temps*. Elle est principalement destinée à la conceptualisation et au traitement des troubles de l'Axe I, comprenant l'ESPT simple. Cette méthode est en fait une élaboration du protocole EMDR standard (Shapiro, 1995, 2001, 2006) et du protocole pour les phobies (De Jongh & Ten Broeke, 2007 ; De Jongh, Ten Broeke, & Renssen, 1999 ; Shapiro, 1995, 2001).

La Seconde méthode de l'approche, par contre, est utilisée entre autres pour identifier des souvenirs qui d'une certaine manière forment les fondations des croyances (fondamentales) dysfonctionnelles du client. Elle sera principalement utilisée pour traiter des formes de pathologie complexes telles que l'ESPT complexe ou des troubles de la personnalité pour lesquels les croyances fondamentales sont sans doute centrales (Butler, Brown, Beck & Grisham, 2002). Toutefois, dans certains cas, cette approche peut aussi être préférable dans le traitement de troubles de l'Axe I tels que la dépression et les troubles d'anxiété sociale généralisée, particulièrement lorsque une image de soi perturbée joue un rôle important (Shapiro, 2006). Ces deux méthodes de conceptualisation de cas sont décrites et expliquées en détail ci-dessous.

Première méthode : des symptômes aux cibles

La Première méthode commence par l'inventaire des symptômes existants et des plaintes (Shapiro, 1995, 2001, 2006). Des exemples comprennent :

- "Je ne peux pas dormir parce que je fais des cauchemars terribles concernant ..."
- "De ces jours-ci je pleure quand je vois un enfant à la télévision."
- "Je n'ai plus d'énergie, je suis tout le temps épuisé."
- "Je n'ose pas prendre l'avion."

Un client peut bien sûr avoir plusieurs types de symptômes (pensées intrusives, troubles du sommeil, anxiété, attaques de panique, conduites d'évitement, humeur dépressive, toxicomanie, etc.) et tous peuvent nécessiter une prise en charge. La sévérité du trouble tel qu'éprouvée par le client dépendra toutefois fortement du nombre de symptômes ou de grappes de symptômes divers ainsi que des relations qui les lient. En conséquence, le souvenir cible qui sera traité en premier est déterminé par la sévérité des symptômes ou du trouble.

1. Dresser l'inventaire des symptômes ou des plaintes. Avant de commencer le traitement, il faut être conscient que différents symptômes peuvent se rapporter à des événements différents et donc à des cibles différentes. Bien sûr, il est aussi possible que différents symptômes appartiennent à un même trouble avec une histoire étiologique spécifique.
2. Décider quel symptôme (ou quelle grappe de symptômes) doit être traité(e) en premier. Lorsque les diverses grappes de symptômes ont été identifiées, le traitement peut se focaliser sur le symptôme ou sur la grappe qui cause le plus de problèmes. C'est pourquoi la première étape consiste à dresser l'inventaire des différentes grappes de symptômes. "En regardant cette liste, lequel de ces problèmes devrait disparaître de votre vie avant que vous puissiez commencer à vous sentir bien de nouveau ?"
3. Identifier les événements étiologiques et subséquents aggravants.

L'étape suivante consiste à établir une relation entre les symptômes et l'expérience étiologique ainsi nommée qui est responsable de l'apparition des symptômes du client et qui génère les plaintes. Certains clients indiqueront qu'ils ne savent pas exactement quel est l'événement qui a déclenché leurs problèmes. Ceci ne doit pas être un problème puisqu'il existe diverses manières d'accéder au réseau mnésique. Le but de l'EMDR est de retraiter

les souvenirs stockés des événements significatifs afin d'influencer les plaintes du client. Puisque ces souvenirs stockés n'ont d'aucune façon besoin de correspondre complètement à ce qui s'est réellement passé, la question suivante peut être posée : "Quand avez-vous le sentiment que ces symptômes ont commencé ?" Il est également possible de formuler la question de manière plus large afin d'identifier divers événements qui ont contribué aux problèmes actuels (événements aggravants). "De votre point de vue, quel événement est/quels événements sont responsable(s) des problèmes actuels ou ont pu les aggraver ?", "Quels événements ont conduit à vos symptômes ?"

En lien avec ceci, il est important de souligner que, dans le contexte d'un traitement EMDR, nous ne nous intéressons pas à la description factuelle des événements par le client mais plutôt à la narration de comment l'événement est stocké en mémoire. La question ne devrait donc pas être "Que s'est-il passé exactement ?" mais plutôt "J'aimerais entendre comment vous vous rappelez cet événement/comment il est enregistré dans votre esprit."

Un but important du thérapeute consiste ainsi à identifier les événements après lesquels les symptômes se sont manifestés la première fois. Notons toutefois qu'il importe également de ne pas simplement prendre la réponse du client pour acquise mais de vérifier si, par exemple, il avait déjà éprouvé cette anxiété avant le premier événement. Ce faisant, le thérapeute devrait donc tenter de trouver un souvenir qui explique encore mieux les symptômes. A cette fin, la question suivante peut être posée : "Êtes-vous certain que vous n'aviez pas déjà souffert de ces symptômes avant que cet événement ne se produise, même un tout petit peu ?"

Le traitement devrait se centrer sur les souvenirs identifiés comme ayant un lien significatif avec les plaintes actuelles ainsi qu'une charge émotionnelle dans le présent—qui ne sont pas ressentis comme "neutres" en d'autres termes. Ces événements sont ensuite organisés selon une séquence temporelle.

4. Déterminer l'évolution des plaintes au cours du temps. Lorsque l'inventaire des souvenirs significatifs a été dressé, l'évolution des plaintes au cours du temps devrait être déterminée. Ceci peut être réalisé en traçant un graphique de la sévérité et de la fluctuation des plaintes au cours du temps, avec le "temps" représenté sur l'axe x et la "sévérité" des symptômes sur l'axe y (voir Figure 1). Afin de sélectionner un souvenir cible significatif et important, il faut chercher le "tournant" ou le "coude" dans la courbe représentant un symptôme donné au cours du temps.

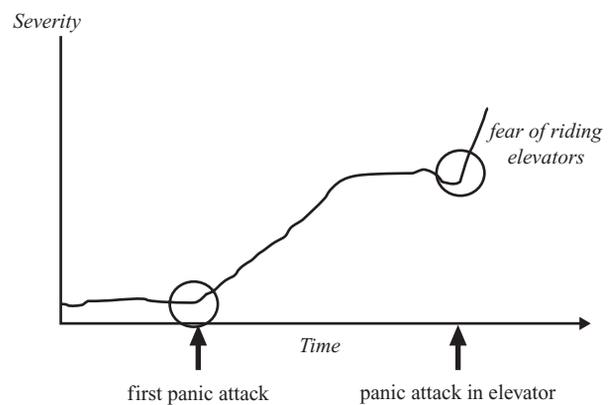


FIGURE 1. Description de l'évolution et de la sévérité des plaintes au cours du temps tel qu'illustrées par une représentation graphique.

Note. Severity = sévérité ; Time = temps ; Fear of riding elevators = peur de prendre l'ascenseur ; First panic attack = première attaque de panique ; Panick attack in elevator = attaque de panique dans l'ascenseur.

5. Dans le cas des troubles anxieux et des phobies, vérifier l'existence d'autres souvenirs d'événements potentiellement pertinents.

Dans tous les cas il est important de vérifier l'existence potentielle d'autres souvenirs qui sont cruciaux mais qui ne deviennent pas nécessairement accessibles facilement lorsque les questions décrites ci-dessus sont posées (Shapiro, 1995, 2001, 2006). Cependant, en considération des troubles anxieux, les auteurs du présent article ont trouvé utile que le thérapeute commence par conceptualiser les problèmes du client liés à l'anxiété en termes d'une relation "si-alors" (voir De Jongh & Ten Broeke, 2007). "Si" se réfère au stimulus qui provoque la perturbation émotionnelle (le stimulus conditionnel ou SC) et "alors" se réfère au résultat prédit, à la catastrophe à laquelle s'attend le client (le stimulus non conditionnel ou SNC). A partir de la conceptualisation d'une relation si-alors, il existe deux stratégies de recherche additionnelles qui peuvent servir à identifier les souvenirs des événements qui ont pu constituer les fondements des problèmes actuels. Dans la première étape, le stimulus est identifié, par exemple en demandant : "Quel (aspect de cet) objet (situation) est le plus directement responsable de votre peur ?" (ou "Qu'est-ce qui vous effraierait instantanément ?"). L'étape suivante devrait se centrer sur l'identification de souvenirs centraux en lien avec un aspect du stimulus (p.ex. l'aiguille d'injection, le chien). Une question typique en référence à de tels souvenirs serait : "Quel incident provoque votre peur de... ?" Cette question peut donner accès à des souvenirs supplémentaires.

Une autre série de questions concerne la conséquence crainte. Des souvenirs catastrophiques typiques peuvent être trouvés en identifiant l'idéation catastrophique du client : "Que se passerait-il d'après vous si vous étiez confronté à ... [stimulus] ?" L'étape suivante consiste à identifier le souvenir : "Quand votre peur de ... [catastrophe : p.ex. évanouissement, douleur extrême] a-t-elle commencé (et quand s'est-elle aggravée) ?" Si d'autres souvenirs apparaissent, il faudra peut-être les ajouter à la ligne du temps ou au graphique, mais seulement si cela correspond à un coude dans la courbe.

6. Déterminer quels souvenirs doivent être retraités et dans quel ordre.

Plusieurs facteurs doivent être pris en compte afin de déterminer quels souvenirs retraiter en premier. Il faut souligner le fait que dans presque tous les cas, les souvenirs qui seront choisis en premier sont ceux qui ont causé l'apparition des symptômes ("expérience étiologique") et les suivants seront ceux qui ont aggravé les symptômes.

7. Identifier la cible et appliquer le protocole de base.

Il faut maintenant sélectionner l'image cible correcte—et la CN à partir du souvenir le plus pertinent (en termes de sa manière d'attiser les symptômes existants) : "Comment vous rappelez-vous cette expérience traumatique, en partant du point où vous pensez que ça a commencé jusqu'au moment où vous avez le sentiment que ça s'est vraiment terminé, autrement dit, donnez une description brève de tout l'événement." "Ce qui compte, c'est comment vous vous rappelez l'événement, pas ce qui s'est réellement passé." Ou simplement : "Quelle image représente l'événement pour vous ?"

Avec le client, le thérapeute sélectionne l'image cible à retraiter.

8. Avec le client, réévaluer les symptômes actuels et dresser l'inventaire des cibles restantes (retour à l'étape 1).

Afin de poursuivre le traitement, lors d'une séance subséquente, le thérapeute devra déterminer dans quelle mesure le traitement a été un succès jusqu'à présent. Ensuite, les cibles qui devront être complétées sont celles qui n'ont pas encore été complètement désensibilisées (Unités subjectives de perturbation : *Subjective Units of Distress* [SUD] > 0) et celles pour lesquelles aucune CP n'a été complètement installée (Validité de la cognition : *Validity of Cognition* [VoC] < 7).

Lorsque toutes les cibles des grappes de symptômes identifiées ont été adéquatement retraitées, une nouvelle hiérarchie de ces grappes devra être déter-

minée avec le client, en y incluant les situations présentes qui continuent à être perturbantes. Le traitement de ces déclencheurs est la deuxième partie du protocole en trois temps (Shapiro, 1995, 2001, 2006). Sur base de ce principe, qui est fondé sur des arguments clairs, la grappe de symptômes possédant la relation (causale) la plus forte avec la qualité de vie du client sera choisie pour le retraitement. En effet, nous revenons de nouveau à l'étape 1. Après ceci, une ligne du temps ou un graphique est créé pour classer les événements/souvenirs les plus significatifs. Ceux-ci pourront être retraités lors des séances suivantes.

9. Préparer le client pour l'avenir.

Lorsque le traitement arrive à sa fin, il est souvent recommandé d'installer un ou plusieurs *scénarios du futur*. Ceci s'applique à tous les problèmes. En installant des *scénarios du futur*, un modèle des réactions opérationnelles à des objets ou à des situations futures est installé ; il pourra être activé ou devenir accessible lorsque le client sera confronté aux stimuli concrets d'une telle situation. Ceci pourrait inclure l'incorporation de nouvelles compétences, informations et connaissances pour gérer tant des situations nouvelles que celles qui étaient perturbantes auparavant. En traitant les troubles anxieux, il est conseillé d'établir une liste des situations qui sont évitées ou qui suscitent une anxiété importante. L'évitement de telles situations constitue, après tout, la cause la plus fréquente de la prise en charge.

En plus de l'installation d'un *scénario du futur*, une *vérification vidéo* est généralement effectuée par rapport à la situation future (Shapiro, 2001, 2006). Son objectif est de déterminer s'il existe encore des éléments ou des aspects dans ces types de situations qui pourraient empêcher le client d'affronter de telles situations et qu'il faudrait donc encore retraiter directement. Lors de la *vérification vidéo*, le client est invité à fermer les yeux et à imaginer une expérience future depuis le début jusqu'à la fin, tout en ajoutant quelques éléments difficiles à la situation.

Un exemple

Quand Joanne voit son thérapeute pour la première fois, elle se présente comme quelqu'un qui a de nombreuses difficultés émotionnelles. Mais après l'exploration de l'histoire de la patiente et l'évaluation, Joanne et son thérapeute décident qu'il faut d'abord s'occuper de sa phobie des ascenseurs. Ce problème a un impact considérable sur sa vie actuelle et sur son travail parce que Joanne refuse de prendre l'ascenseur

jusqu'à son bureau situé au 12^e étage. En réponse à la question : "D'après vous, quand ces difficultés ont-elles commencé ?", elle répond que ces problèmes ont commencé deux ans auparavant. Joanne a eu une attaque de panique dans un ascenseur et depuis ce moment-là elle évite les ascenseurs. Les deux premières semaines après cet incident, elle est restée à la maison en arrêt maladie parce qu'elle ne se sentait pas capable d'aller au travail.

Le thérapeute demande : "Aviez-vous déjà éprouvé certains de ces symptômes avant que ceci ne se produise ?". Joanne indique qu'avant l'incident, elle trouvait déjà difficile de prendre l'ascenseur parce qu'elle avait peur d'être bloquée, même si elle y parvenait encore. Le thérapeute pose également une question sur cette peur liée aux ascenseurs : "Quand a commencé cette peur de vous trouver bloquée ?" Joanne réalise que cette peur a commencé après une attaque de panique 6 mois plus tôt. Elle se trouvait chez elle et préparait une présentation importante pour le travail quand soudain elle a ressenti une intense vague de peur. La pièce a commencé à tourner et elle avait l'impression qu'elle allait vomir et qu'elle ne pouvait pas s'échapper. Tout son corps tremblait, elle avait du mal à respirer et son cœur tapait très fort. Par la suite elle a consulté un médecin généraliste qui n'a pas trouvé de problème somatique. Comme sa peur d'avoir une attaque de panique augmentait, son médecin a prescrit des benzodiazépines. Pourtant, Joanne a eu plusieurs attaques similaires depuis. Le thérapeute a demandé à Joanne de dessiner un graphique pour illustrer l'évolution des problèmes au cours du temps (voir Figure 1).

Il a aussi vérifié la présence d'autres cibles potentielles, mais n'en a pas trouvé. Par exemple, il a demandé ce que Joanne craindrait le plus si elle se trouvait piégée dans un ascenseur. Elle a répondu qu'elle craindrait d'avoir une attaque de panique si forte qu'elle en mourrait. Toutefois comme la question "Quand votre peur de mourir a-t-elle commencé ?" n'a pas suscité de nouveaux souvenirs, le graphique n'avait pas besoin d'être modifié. Le thérapeute a sélectionné le souvenir de la première attaque de panique de Joanne comme celui qu'il fallait retraiter en premier, parce qu'il faisait l'hypothèse que cet événement était à l'origine de sa peur. Ensuite, un protocole de base EMDR standard a été réalisé.

Seconde méthode : des croyances fondamentales aux cibles

Jusqu'à présent, nous avons décrit comment comprendre les symptômes des clients en traçant une ligne du temps comportant les expériences pertinentes

qui contribuent à ces symptômes. Cependant, dans certains cas, la Première méthode peut paraître trop lourde à mettre en œuvre ou même impraticable. Trop d'événements peuvent se retrouver sur la ligne du temps ; comment et lesquels choisir n'est pas toujours clair. Ceci peut être le cas quand une multitude d'événements ont conduit au développement d'un sens dominant ou abstrait qui fait de plus en plus partie des "croyances" appelées "dysfonctionnelles" ou "fondamentales" (Beck, 1976). Dans ce cas, les symptômes caractéristiques du client sont alimentés par un ensemble de souvenirs qui contribuent à une croyance (négative) particulière sur le fonctionnement du monde et sur soi (c.-à-d. l'image de soi). Cette configuration génère des réactions affectives et comportementales qui contribuent à de nouvelles expériences interactionnelles qui semblent confirmer le parti pris cognitif et qui augmentent la charge du réseau mnésique en étant elles-mêmes stockées en mémoire. Dans ces cas, les croyances fondamentales sont conçues comme un symptôme primaire permettant d'organiser les problèmes secondaires (p.ex. des problèmes au travail et dans les relations personnelles) et pouvant servir directement à accéder aux souvenirs étiologiques et aggravants qui doivent être retraités (Shapiro, 2001, 2006).

En particulier lorsque nous tentons de modifier les croyances fondamentales d'une personne, il est raisonnable de présumer qu'elles sont apparues sous l'influence d'expériences étiologiques puis d'apprentissage. Puisque beaucoup de sortes d'expériences différentes ont contribué à la croyance fondamentale et qu'elles génèrent des réactions comportementales et affectives qui sont cohérentes avec la croyance dominante, plutôt que de demander des souvenirs pertinents, il est plus efficace d'utiliser la croyance pour identifier les souvenirs à retraiter. En d'autres termes, si l'hypothèse du thérapeute est que les problèmes sont largement cohérents avec certaines croyances dysfonctionnelles prédominantes qui aident à définir la psychopathologie, il vaut peut-être mieux choisir la Seconde méthode.

La Seconde méthode implique de :

1. Choisir la croyance dysfonctionnelle qui est cohérente avec les problèmes du client.
2. Identifier les expériences qui ont conduit au développement et au maintien de cette croyance et qui "prouvent" (donc) pour ainsi dire que la croyance est vraie.
3. "Discréditer" ces "preuves" avec l'EMDR.

Comme quand on effectue une recherche sur Google, en appliquant la Seconde méthode, le thérapeute

ne classe pas les événements pertinents par ordre chronologique mais sélectionne plutôt des souvenirs sur base de leur pertinence en termes de la crédibilité de la croyance concernée.

Suivant l'analogie avec Google, la croyance dysfonctionnelle pertinente constitue le mot clé employé pour trouver les expériences pertinentes et l'histoire des apprentissages du client constitue la toile. Ensuite, les items les plus importants en faveur des croyances sont démantelés, un à un.

Les dites "preuves" dans la Seconde méthode

Dans la terminologie de la Seconde méthode d'EMDR, nous évoquons des "preuves". Il ne s'agit évidemment pas de preuves réelles mais plutôt de preuves que le client *perçoit* comme valides. Précisément parce que nous avons affaire à des expériences passées à partir desquelles le client déduit qu'elles prouvent encore aujourd'hui qu'il est, par exemple, sans valeur, l'EMDR permet de réévaluer le sens présent de ces expériences. Notons que, sur le plan conceptuel, il s'agit d'expériences qui constituent des preuves *actuelles* de la "véracité" de la croyance en question. Le thérapeute ne demande donc pas : "Quand avez-vous eu le sentiment que vous étiez sans valeur ?" Mais plutôt : "Quelles expériences passées prouvent encore maintenant à votre sens que vous êtes sans valeur ?" ou : "Qu'avez-vous vécu dans votre vie qui vous prouve encore maintenant que vous êtes sans valeur ?"

Les croyances dysfonctionnelles rigides indiquent généralement qu'il existe plusieurs expériences ou événements pertinents. En fait, il y aura généralement une gamme étendue d'expériences et d'événements, commençant le plus souvent dans l'enfance du client et traversant sa vie entière. Si les expériences néfastes étaient extrêmes—et se sont déroulées dans l'enfance du client—on peut souvent présumer qu'il existe plus d'une croyance fondamentale dysfonctionnelle. Ceci sera particulièrement vrai dans le cas de l'ESPT complexe ou des troubles de la personnalité.

Dans tous les cas, le thérapeute doit aider le client à opérer une sélection utile parmi tous les souvenirs qui contribuent à la crédibilité des croyances dysfonctionnelles problématiques. L'expérience montre qu'un choix initial de cinq expériences parmi les plus perturbantes apporte généralement suffisamment de matériel pour commencer. Le critère de sélection correspond aux preuves (à leur solidité) pour la croyance en question : "Parmi toutes les expériences qui selon vous prouvent que vous êtes sans valeur, choisissez-en

cinq qui en apportent les preuves les plus solides en ce moment."

Cette question peut être posée directement au client pendant une séance de thérapie, mais il faut retenir que le fait d'effectuer une telle "recherche Google" constituera une tâche conséquente pour le client, sur les plans tant émotionnel que cognitif. Si le client en est incapable ou s'il devient submergé, alors il faut poursuivre le travail de la phase de préparation, par exemple par la stabilisation. Si le client est considéré extrêmement stable et capable d'accéder à des souvenirs perturbants sans problème, alors il peut être envisagé de lui demander d'effectuer cette tâche à la maison. Concrètement, le client est invité à choisir cinq expériences, à rédiger un texte bref à leur sujet et à l'envoyer au thérapeute par courriel avant la séance suivante.

La Seconde méthode décrite ci-dessus a été développée afin d'élargir la gamme des questions traditionnelles utilisées pour trouver les souvenirs pertinents qui peuvent ensuite être traités en EMDR. Cette méthode n'est toutefois pas limitée à l'EMDR mais peut être utilisée pour d'autres types d'interventions également. Pour des raisons évidentes, nous n'approfondirons pas ces interventions ici. Par contre nous décrirons, point par point, comment la Seconde méthode s'applique à l'EMDR.

1. Identifier la croyance la plus pertinente.

Identifier et formuler la croyance dysfonctionnelle la plus pertinente. Sur base de la conceptualisation de cas, décider de traiter une croyance spécifique. Prêter attention à la relation entre les problèmes réels et la manière dont ils sont reflétés par les croyances pertinentes.

2. Identifier les "preuves".

Identifier un certain nombre (3–5) de souvenirs de situations réelles (ou d'événements) de la vie de la personne, dans divers contextes, qui pour le client "prouvent" encore la véracité de la croyance dysfonctionnelle. S'il s'agit d'une croyance fondamentale, commencer de préférence par une situation aussi ancienne que possible de sa jeunesse. Demander, par exemple :

"Qu'est-ce qui vous a amené à (commencer à) croire que vous étiez (un/e) ... [croyance fondamentale] ?"

"Qu'est-ce qui vous a 'appris' que vous étiez (un/e) ... [croyance fondamentale] ?"

"Quelle situation ancienne 'prouve' pour ainsi dire actuellement que vous êtes (un/e) ... [croyance fondamentale] ?"

"Pensez à une situation plus récente qui vous montre clairement que vous êtes (un/e) ... [croyance fondamentale] ?"

3. Exercices à la maison (rédactions).

Si approprié, demander au client de réaliser la sélection des expériences chez lui et de rédiger une courte rédaction à propos de chaque expérience spécifique.

4. Identifier les “preuves” les plus solides.

Avec le client, choisir d’abord (le souvenir de) la situation (l’événement) qui pour le client constitue la “preuve” la plus solide qu’il est (un/e) ... (croyance fondamentale).

5. Identifier “l’image cible” (qui prouve le mieux que ...)

“Quelle image prouve actuellement (le mieux) que ... (donner la croyance fondamentale) est correct ?”

6. Commencer le protocole de base avec la “preuve” la plus solide.

La sélection de la CN s’effectue en accord avec les principes du protocole de base. Si on travaille sur une croyance fondamentale (“Je suis ...”), alors il faut se rappeler que la CN n’aura pas nécessairement la même formulation. Après tout, la *cognition négative* en EMDR est liée à l’image cible et paraît crédible dès que l’image est évoquée. La *croyance fondamentale* est un énoncé général sur soi en tant que personne et peut ne pas être directement liée à une image cible spécifique. Par exemple, il est possible que dans un cas où la croyance dysfonctionnelle fondamentale du client est “Je suis un perdant”, la CN de l’un des souvenirs cibles apportant des preuves essentielles à cette croyance soit “Je suis impuissant”. Ainsi, même si la CN se trouvera souvent dans le même domaine que la croyance fondamentale (le plus souvent en lien avec toute forme d’estime de soi négative), ceci ne devrait jamais être pris pour acquis.

Un exemple

La Seconde méthode est illustrée par le cas d’une personne dépressive qui possède une image de soi négative.

Frank consulte pour des épisodes dépressifs récurrents. Dans le passé, il a suivi une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et a pris des médicaments, en combinaison et séparément. Bien que Frank se soit rétabli chaque fois, “au fond de lui” demeurait un sentiment de noirceur et—dans ses propres termes—un complexe d’infériorité. Frank a le sentiment que ce complexe d’infériorité est à l’origine de sa dépression récurrente, d’autant plus que ses rechutes semblent toujours déclenchées par des échecs. Tant au travail que chez lui, Frank se montre très sensible à la critique et il est lui-même son critique le plus sévère et le plus accablant. Au moment d’entrer en thérapie, les choses se passent plutôt bien pour lui ; c’est pourquoi, suivant le conseil de son précédent thérapeute, il demande une prise en charge (supplémentaire) en

EMDR. Lors de la première séance, il devient apparent que Frank croit depuis longtemps déjà qu’il est un raté, malgré plusieurs réussites objectives, particulièrement au niveau de son travail. Son entourage lui dit souvent “tu as tout ce qu’un homme peut désirer” ce qui provoque invariablement chez Frank la pensée “si seulement ils savaient”. Comme Frank ne relève actuellement pas d’un diagnostic de dépression, le thérapeute envisage avec Frank la possibilité d’employer l’EMDR pour travailler sur son image de soi négative chronique de manière générale et particulièrement sur sa croyance rigide qu’il est un raté. La Seconde méthode est choisie pour rechercher des expériences pertinentes dans son passé.

Le thérapeute a identifié la croyance fondamentale de Frank (“Je suis un raté”). Après avoir demandé : “Quelle situation ‘prouve’ pour ainsi dire, encore maintenant, que vous êtes un raté ?”, le thérapeute a évalué les souvenirs suivants qui ont clairement montré à Frank, sur un plan émotionnel, qu’il est un raté :

1. Fréquemment humilié par son père quand il était plus jeune
2. Régulièrement harcelé à l’école
3. A raté un penalty dans la finale d’un championnat de football très important
4. Licencié du travail
5. Disputes familiales graves pendant lesquelles il était fortement critiqué

Le thérapeute a commencé à classer les différentes “preuves” par ordre d’importance. Cependant cela s’est avéré prématuré. Les humiliations de la part du père et le harcèlement à l’école sembleraient, du moins sur le plan quantitatif, relever d’un autre ordre que le penalty, la dispute familiale ou le licenciement. En accord avec le modèle TAI concernant les événements étiologiques dans l’enfance, Frank indique que le comportement de son père constitue probablement ce qui a eu le plus grand impact sur son image de soi. Son père ne lui a jamais fait de compliment mais l’a humilié publiquement à plusieurs occasions. Frank a été invité à rédiger une courte rédaction sur les trois expériences les plus humiliantes avec son père. Ceci a fourni suffisamment de matériel pour commencer un traitement EMDR. Au cours des séances EMDR planifiées, Frank a également été invité à écrire quelque chose au sujet du harcèlement et des autres “preuves”. Frank a rédigé le texte suivant :

J’ai 11 ans—pendant un week-end avec ma famille, on m’a assigné la tâche de ramasser du bois pour un grand feu de camp. Tout l’après-midi, je fais de mon mieux pour trouver assez de

bois et empiler les branches de telle sorte que le feu brûlera bien. Quand vient enfin le moment d'allumer le feu, mon père me pousse brusquement sur le côté et essaie de l'allumer lui-même. Cela ne fonctionne pas et, devant toute la famille, il commence à crier que j'ai mal empilé le bois, puis il démolit le tas et en prépare un nouveau et—avec quelque difficulté—parvient finalement à allumer le feu. Pendant le reste de la soirée, il formule des commentaires dénigrants à mon sujet comme étant “son raté de fils” ce qui ne manque pas de faire rire les autres enfants. Personne n'oser contredire mon père, même quand il s'interroge à savoir si je suis réellement son fils, parce qu'il ne peut pas imaginer avoir un tel imbécile pour fils.

A partir de là, le protocole EMDR de base a été suivi.

Conclusion

L'objectif des présentes suggestions de questions est de fournir un outil (ou “modèle”) pouvant servir dans la conceptualisation de cas destinés à un traitement EMDR. Les formations en EMDR aux Etats-Unis accentuent une large gamme de conceptualisations de cas et particulièrement l'utilisation des croyances négatives en tant que moteur de recherche. L'Approche des deux méthodes peut constituer un complément utile, permettant de formuler des hypothèses pour identifier les cibles essentielles, c'est-à-dire celles qui, lorsque retraitées, conduiront à un soulagement de la plainte. Elle peut facilement être employée en combinaison avec des techniques telles que le scanner d'affect et le *float-back* qui font partie intégrante de l'approche EMDR (voir Figure 2).

Quand devrait-on choisir la Première méthode et quand faudrait-il opter pour la Seconde ? Les deux méthodes constituent des protocoles spécifiques pour le traitement EMDR. En fait, elles constituent simplement deux manières d'arriver aux cibles (souvent les mêmes), mais par des chemins différents. Pourtant une méthode peut mieux correspondre à certains clients qu'à d'autres. Pour les personnes qui ont vécu une expérience traumatique unique et pour beaucoup d'individus qui ont des troubles de l'Axe I du DSM, la Première méthode permettra de trouver les souvenirs cibles pertinents plus rapidement. Par contre, pour les personnes qui ont vécu des événements traumatiques multiples dans leur enfance et adolescence et qui en conséquence souffrent d'une faible estime de soi, la Seconde méthode peut mieux aider le thérapeute à trouver les souvenirs cibles cruciaux. Dans de tels cas, il ne serait pas possible de placer tous les événements

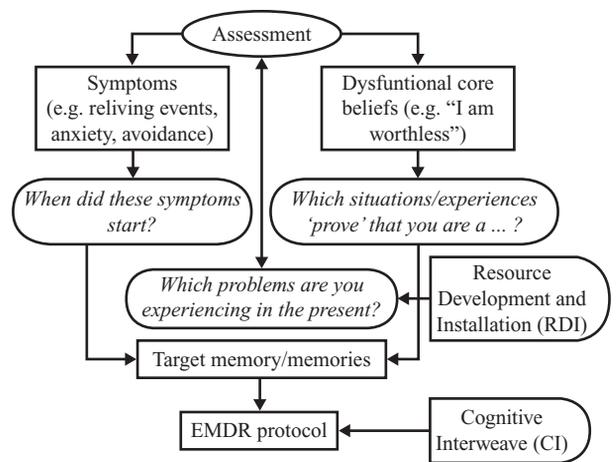


FIGURE 2. Intégration du Modèle des deux méthodes dans la procédure EMDR—les différents éléments.

Note. Assessment = évaluation ; Symptoms (e.g., reliving events, anxiety, avoidance) = Symptômes (p.ex. revivre des événements, anxiété, évitement) ; When did these symptoms start? = Quand ces symptômes ont-ils commencé ? ; Target memory/memories = Souvenir(s) cible(s) ; EMDR protocol = Protocole EMDR ; Which problems are you experiencing in the present? = Quels problèmes rencontrez-vous actuellement ? ; Dysfunctional core beliefs (e.g., “I am worthless”) = Croyances fondamentales dysfonctionnelles (p.ex. “Je suis sans valeur”) ; Which situations/experiences “prove” that you are a ... ? = Quelles situations/expériences “prouvent” que vous êtes un(e) ... ? ; Resource development and installation (RDI) = Développement et installation de ressources (DIR) ; Cognitive interweave (CI) = Tissage cognitif (TC).

sur une ligne du temps. Par exemple, d'un côté, il y en aura tout simplement un trop grand nombre, et de l'autre, il serait difficile, voire impossible, pour le client de les organiser (chronologiquement). Pour ces clients, l'identification des causes et des événements qui ont conduit à l'aggravation des problèmes constitue bien souvent une tâche impossible à relever. Comme le Tableau 1 le montre, il existe aussi d'autres différences qui peuvent déterminer le choix de la méthode.

Il paraît évident que, des deux méthodes, la Première est celle qui possède le soutien empirique le plus conséquent. Des dizaines d'études randomisées sur les effets dans le domaine de l'ESPT soutiennent la proposition que l'EMDR basé sur la Première méthode résulte en une diminution rapide des symptômes. Bien qu'il n'existe pas encore de soutien empirique montrant que la Seconde méthode conduit à la réduction de l'influence des croyances dysfonctionnelles sur les symptômes du client, la pratique clinique semble prometteuse. Les stratégies de recherche et l'application de l'EMDR aux expériences identifiées peuvent, dans beaucoup de cas, être utilisées sans

TABEAU 1. La Première méthode versus la Seconde méthode

A prendre en considération	Première méthode	Deuxième méthode
Type de problèmes et de pathologie	Trauma simple et autres troubles de l'axe I pour lesquels des souvenirs stockés influencent directement les symptômes discrets (anxiété et réactions d'évitement, troubles liés au stress, pensées intrusives, deuil, troubles du sommeil)	ESPT complexe, troubles de la personnalité et troubles de l'axe I caractérisés par des problèmes d'image de soi (p.ex. une dépression ou une anxiété sociale généralisée ou une phobie débilitantes)
Origine	Principalement des problèmes qui ont commencé à l'âge adulte	Principalement, mais non exclusivement, des problèmes qui ont commencé dans l'enfance ou l'adolescence
Nombre estimé de souvenirs qui devront être retraités	Relativement peu	Beaucoup
Méthode de sélection des cibles	Les cibles peuvent être sélectionnées en utilisant la <i>méthode de la ligne du temps</i>	Les cibles peuvent difficilement être placées sur une ligne du temps, en raison d'une origine peu claire, d'une fragmentation des souvenirs ou, plutôt, d'une profusion d'événements traumatiques et de mauvais souvenirs. Une approche de type Google utilisant les cognitions négatives pour sélectionner les cibles est mieux adaptée.
Domaines cognitifs (les CN)	Particulièrement le contrôle, le danger, la culpabilité et la vulnérabilité.	Particulièrement la responsabilité personnelle se manifestant au niveau de l'estime de soi.
Question clé	"Quand les problèmes ont-ils commencé ou se sont-ils aggravés ?"	"Quelles expériences 'prouvent' pour ainsi dire, encore maintenant, que vous êtes un(e) ... ?"

problème dans une prise en charge plus générale. Cependant, il n'est pas attendu que l'utilisation de l'EMDR pour le retraitement suffira dans tous les cas à obtenir un résultat satisfaisant. Il devrait toujours y avoir un plan global de prise en charge comprenant les huit phases, des buts détaillés et l'ajout d'autres types d'intervention, le cas échéant, pour apporter l'éducation et les expériences nécessaires à une préparation adéquate et pour les scénarios. L'expérience acquise de l'application de l'EMDR ces dernières années a montré qu'il est possible d'étendre les possibilités de prise en charge pour inclure une grande variété de symptômes psychologiques. Malheureusement, dans beaucoup de pays, l'EMDR est encore principalement promu en tant que méthode de traitement du trauma seulement. Pourtant, s'il pouvait être démontré que l'EMDR n'est pas exclusivement une thérapie du trauma, mais qu'il doit être considéré comme une alternative de traitement pour bien d'autres affections, alors l'EMDR serait plus aisément accepté parmi les approches psychothérapeutiques dominantes, sur un pied d'égalité avec les TCC. Pour ce faire, toutefois, il est nécessaire d'accroître la compréhension

des thérapeutes pendant les formations (et/ou d'en modifier le contenu) et de soutenir fortement la recherche sur une grande variété de pathologies autres que l'ESPT.

Références

- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 97–104.
- Browning, C. (1999). Floatback and float forward: Techniques for linking past, present, and future. *EMDRIA Newsletter*, *4*(3), 12, 34.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., & Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 1231–1240.
- De Jongh, A., & Ten Broeke, E. (2007). Treatment of specific phobias with EMDR: Conceptualization and strategies for the selection of appropriate memories. *Journal of EMDR Practice and Research*, *1*, 46–57.

- De Jongh, A., Ten Broeke, E., & Renssen, M. R. (1999). Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Protocol, empirical status, and conceptual issues. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 69–85.
- Günter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working memory account. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 913–931.
- 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.
- Shapiro, F. (2002). Paradigms, processing, and personality development. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 3–26). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shapiro, F. (2006). *EMDR and new notes on adaptive information processing: Case formulation principles, scripts and worksheets*. Camden, CT: EMDR Humanitarian Assistance Programs. Available from <http://www.emdrhap.org>
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*, 315–325.
- Ten Broeke, E., De Jongh, A., & Oppenheim, H. (2008). *Praktijkboek EMDR: Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen* [Practice book EMDR: Case conceptualization and specific patients groups]. Amsterdam: Harcourt.

Remerciements. *Les auteurs remercient chaleureusement Dr Francine Shapiro pour ses commentaires réfléchis et ses précieuses suggestions.*

Toute correspondance concernant cet article devrait être adressée à Ad de Jongh, Vakgroep Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam, Pays-Bas. Courriel : a.de.jongh@acta.nl