

Interview de Rosane Pader analyste psycho-organique et praticienne EMDR¹

- J. Rosane Pader tu es analyste psycho-organique ?
- R. Oui.
- J. Tu as fait une formation en EMDR. Sais-tu pourquoi tu l'as fait ? Penses-tu qu'il te manquait quelque chose ?
- R. Je crois que c'est la curiosité qui m'a motivée, l'envie de savoir ce que c'était parce qu'on en parlait tellement. Et puis il y avait un effet d'émulation avec les collègues qui l'avaient déjà faite et qui me disaient : « *Tu vas avoir un outil encore plus performant pour travailler* ». C'était en 2005. Donc j'ai fait la formation en 2005 et je l'ai appliquée immédiatement.
- J. Quand tu dis que tu as fait la formation, ça a duré combien de temps ?
- R. Un an avec la participation à deux modules de 4 jours de formation théorique avec expérimentation, et entre chaque module 10 heures de supervision. Il fallait donc avoir effectué un certain nombre de séances en EMDR avec nos clients.
- J. Donc il faut pratiquer tout de suite ?
- R. Il faut pratiquer tout de suite et, à la deuxième séquence de supervision, j'ai présenté une vidéo d'une séance d'EMDR, selon les critères de l'époque pour être validé comme praticien. Maintenant, une cinquantaine de comptes-rendus écrits de séances, très sommaires, appelés « auto-déclarations de séances » sont demandés. Deux vidéos doivent être présentées également, une lors de la première séquence de supervision et la suivante en fin de parcours pour obtenir l'accréditation donnée par l'Association EMDR France.
- J. Oui en général tout se complexifie au fur et à mesure des années dans les écoles de formation !
- R. Oui tout se complexifie. À mon époque c'était assez simple.
- J. Alors tu as appliqué la méthode et qu'est-ce que tu as constaté ?
- R. Dans un premier temps ce que j'ai constaté c'est la rapidité de l'association. Cela m'a stupéfaite.
- J. C'est-à-dire ?
- R. C'est-à-dire le système associatif marche beaucoup plus vite que quand les gens sont allongés sans stimulations bilatérales. On dirait que l'activation du cerveau fait que ça se relie davantage et beaucoup plus vite. J'avais la sensation que les clients « gagnaient » des séances de thérapie.
- J. Donc c'était tes propres clients que tu suivais déjà depuis un certain temps...
- R. Mes clients ont accepté de jouer le jeu. Même quand je n'utilise pas l'EMDR, j'intègre quand même un élément de l'EMDR : installer les ressources des personnes pour éviter une retraumatisation en se reliant à ce qui fait mal, retraumatisation qui est toujours le risque de travailler sans installer une sécurité au préalable.
- Pour cela il y a dans le protocole EMDR ce qu'on appelle l'installation du *lieu sûr*.
- Comment intégrer en soi un lieu sûr où l'on se sent en sécurité ? On l'intègre à l'aide de ce que l'on fait en APO, un rêve éveillé. La personne est assise, on lui demande de se relier à une image de ce lieu réel ou imaginaire. Comme la plupart de mes clients ont du mal avec les mouvements des yeux, j'utilise la stimulation bilatérale que l'on appelle « *taping* » très doux, lent et court, sur leurs genoux. Ils observent toutes leurs sensations physiques.
- « Qu'est-ce que je (le client) sens dans mon corps quand je suis dans cet endroit ? Je suis détendu ». Je leur demande seulement l'endroit où ils sentent cette détente.

1. Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Donc tu vois déjà un autre pont avec l'APO, au niveau de la prise en compte du corps.

J. Hum ?

R. Il est important tout d'abord installer les *ressources*. Cela peut se faire avec la prise de contact avec un « jardin intérieur », « des assistants intérieurs » : là encore à l'aide de rêves éveillés. Les personnes sont ainsi moins apeurées par ce qui peut émerger de leur monde intérieur. Voilà comment j'ai intégré l'EMDR dans ma pratique.

J. Les ressources pourraient faire un lien avec en APO ce qu'on appelle l'énergie conséquentielle.

R. Oui, mais c'est un accès direct, pas après avoir travaillé le résiduel, c'est-à-dire on va vraiment tout de suite là où ça peut faire du bien. Pendant près de 5 ans, puisque maintenant je fais un peu différemment, je leur remettais un petit manuel où je leur demandais d'inscrire les dix meilleurs souvenirs de leur vie et les dix souvenirs les plus difficiles de leur vie. Toutes ces questions pour les nouveaux clients me permettaient de faire leur anamnèse.

À chaque bon souvenir, je leur demandais d'associer l'image avec une sensation du corps. « Qu'est-ce que cela me fait de positif dans le corps quand je pense à cette situation ? ». Et avec les souvenirs difficiles, je leur proposais plutôt quelque chose de cognitif pour éviter de rencontrer directement l'émotionnel à traiter ultérieurement : « *Quelle est la pensée négative qui me vient sur moi quand j'évoque cette histoire ?* » « *Et qu'est-ce que j'aurais aimé penser de moi à ce moment-là ?* »

Et on retrouve là le conséquentiel APO. « *Qu'est-ce que j'aurais aimé vivre à ce moment-là ?* » Donc voilà pourquoi j'ai adhéré tout de suite parce que je retrouvais des choses que je connaissais. Ce n'était pas complètement étranger. Donc les quelques clients avec qui j'ai fait au début strictement de l'EMDR, ont adhéré tout de suite parce que pour eux aussi ce n'était pas vraiment nouveau.

Et puis n'étant plus allongés, ils avaient l'impression de contrôler un peu plus ce qui se passait en eux. Ils ne se sentaient plus complètement « à la merci » du thérapeute. Ils savent où ils vont.

Dans le protocole on part d'une image difficile (donc on retrouve l'image de l'APO) c'est un cliché. Puis on arrive vers la pensée négative sur soi : « *Je suis nul* », « *Je ne mérite pas de vivre* ». « *Je suis en danger.* » Et immédiatement après on leur demande : « *Qu'est-ce que vous auriez aimé penser de vous à ce moment-là ?* » Ce qui donne une direction et cela les sécurise quelque part. Peut-être que c'est là la différence avec l'APO où on ne sait pas où l'on va même si on sait implicitement que l'on va vers une résolution mais qui n'est pas trop identifiée.

J. En EMDR, on peut aller vers la situation sécurisante, on sait qu'on peut y retourner tout au long de la séance. Ça sécurise aussi ?

R. Oui avec le lieu sûr, mais je n'ai jamais eu à m'en servir au cours d'une séance ; par contre je m'en sers toujours en fin de séance quand on n'a pas terminé la cible parce que les gens peuvent être un peu perturbés, troublés et donc à ce moment-là je leur dis : « *Vous retournez dans votre lieu sûr* ». Quand je leur apprends le lieu sûr, je leur propose de s'auto-sécuriser avec ce qu'on appelle en EMDR les ailes de papillon (geste).

J. Donc une main sur chaque épaule en croisant les bras (épaule droite main gauche et vice versa, en tapotant).

R. Oui, en tapotant très doucement, et je leur demande en même temps quel est le mot qui leur vient - on retrouve le verbe de Paul Boyesen - associé à l'image, la sensation corporelle de sécurité. Par exemple, la dernière cliente qui a fait ce travail, a trouvé le mot « tranquille ». Du fait même du protocole, on travaille avec le corps.

J. Oui c'est bien pour cela que j'ai choisi l'EMDR à explorer en lien avec l'APO.

Tu trouves des résultats identiques avec les tapotements sur les genoux et les mouvements oculaires ?

R. C'est variable. Alors qu'est-ce qu'on appelle un *traumatisme* ? Ce n'est pas toujours la personne violée ou celle qui a eu un accident de voiture, ça peut être aussi l'ambiance traumatique, l'ambiance toxique dans une famille, ce que l'on appelle des stressseurs

chroniques. Il est possible de traiter les contrats familiaux avec l'EMDR. S'il fallait ne traiter que les gens qui ont été violés ou ont eu un traumatisme de guerre ou un accident comme AZF, on aurait très peu de gens à traiter en EMDR. Rappelle-moi ta question ?

J. Est-ce que tu vois des résultats identiques ?

R. Il y a trois semaines avec une personne, je constatais qu'en tapotant sur les genoux, s'installait une boucle qui n'apportait aucun changement alors que la cible était particulièrement difficile. C'est une personne qui a fait beaucoup de yoga, et qui s'installe facilement dans son corps. J'ai décidé de changer de stimulation en sollicitant ses yeux et cela a amené un changement dans l'association en passant par une abréaction forte. J'ai donc continué avec cette stimulation oculaire pour cette cible-là.

Comme j'ai eu une tendinite à force de faire le geste avec mes deux doigts, j'utilise une baguette (pour taper sur un instrument de musique) avec un embout très doux, ce que m'avait recommandé mon superviseur EMDR. Je demande à la personne de suivre le mouvement de la boule blanche (le mouvement est fait vers le bas -hauteur des genoux- horizontalement) donc le bras n'a pas à faire d'effort.

Donc tu vois c'est au cas pas cas. Je trouve quand même que d'habitude les gens sont mieux avec les yeux fermés car les images défilent, ils sont plus en contact avec elles.

J. Ah oui parce quand tu tapotes sur les genoux, tu leur demandes de fermer les yeux.

R. Ils ferment les yeux d'eux mêmes. Je n'ai pas besoin de leur demander. Là on retrouve l'APO. Et je suis très confortable personnellement avec les gens qui ferment les yeux.

J. On pourrait peut-être penser que les yeux court-circuitent la pensée car devoir regarder...

R. Oui ça court-circuite et cela stimule le système associatif ou ce que l'on appelle le système de traitement adaptatif de l'information. Je commence toujours par les yeux, mais cela peut provoquer des nausées qui ne passent pas toujours. Certains de mes collègues ont acheté une machine. Je ne peux pas, c'est impossible pour moi, J'ai besoin moi d'être en lien, proche, de la personne, et j'ai l'impression que la machine est un obstacle à ce lien. Cette machine permet cette stimulation bilatérale par un mouvement de va et vient de petits points lumineux à suivre des yeux ou par des électrodes dans chaque main qui provoquent des petites secousses alternatives, parfois des sons y sont associés.

J. Alors ça m'amène vers la question du *transfert*. Sur quoi transfère-t-on en EMDR ? Est-ce que tu penses que pour faire de l'EMDR il faut qu'il y ait une relation transférentielle ?

R. Au démarrage, on ne peut pas se lancer en EMDR comme cela sans préparation. L'alliance thérapeutique est indispensable pour pouvoir aller travailler les traumatismes. Quand je reçois de nouveaux clients, je commence en APO pour créer ce lien et forcément, le transfert et le contre-transfert peuvent se jouer à ce moment-là du processus thérapeutique ! Je leur propose de sentir ce qui se passe dans leur corps. C'est l'apprentissage de la thérapie.

J'utilise des rêves éveillés, je suis amenée à les toucher aussi pour qu'ils sentent bien ce qui se passe dans leur corps.

Les clients que je reçois actuellement commencent par me raconter leur vie, et je ne sollicite pas leurs émotions. C'est un défilé chronologique ; ainsi, j'ai un aperçu de ce qui peut les avoir traumatisés. Ensuite on commence à travailler : *quand vous me racontez cela, qu'est-ce que cela dit de négatif sur vous ?*

J. Oui c'est clair ce que tu dis là.

R. L'outil est intéressant puisqu'il permet d'identifier le trauma ou les traumas ou l'ambiance traumatique.

J. Et la cible c'est quoi ?

R. La *cible* c'est ce qui est le plus difficile dans la situation. Par exemple : Hier une cliente se plaint de la relation avec sa mère : « *Maman ne m'écoute pas* ». Donc si on prend « *maman ne m'écoute pas* », c'est général ! « *Dans quelle situation Maman ne vous écoute pas ?* » « *Ben quand je suis au téléphone !* » donc on a réduit l'entonnoir (geste) et « *quand vous êtes au*

téléphone à quel moment c'est difficile ? » Donc c'est là qu'on atteint la *cible*, le *cliché*. Cela peut aussi être une sensation ou un comportement également.

J. C'est vraiment l'endroit difficile ?

R. Oui et « quand maman me dit au téléphone, quand je viens de lui dire que je ne suis pas bien et qu'elle me répond que sa voisine vient de perdre son mari, là je ne suis pas écoutée. » Alors je lui demande ensuite « quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit qui disent quelque chose de négatif sur vous et qui résonnent comme vrais maintenant ? » « Ben, je ne suis pas intéressante ». Par exemple. Cette réponse correspond à ce qui est appelée la *cognition négative*, qui est définie comme une pensée irrationnelle sur soi, auto-référencée, une croyance actuelle et généralisable, avec une résonance affective. Elles relèvent des registres suivants : l'estime de soi et la honte – l'action et la culpabilité – la sécurité et la vulnérabilité – les possibilités de choix et le contrôle. Nous disposons d'une liste de ces cognitions pour nous aider à identifier cette croyance négative sur soi.

J. Oui d'accord, alors ce qui est intéressant et là il y a une petite -je ne sais pas si elle est petite- en tout cas il y a une différence avec l'APO, c'est qu'en APO on pourrait dire non pas la phrase que vous vous dites sur vous mais on demanderait plutôt quel est le sentiment vis-à-vis de votre mère ? « Je suis en colère ». « Je ne sens rien ».

R. Il est possible que je me serve du sentiment car très souvent la personne va dire d'abord ce qu'elle sent.

J. Tu peux utiliser les deux.

R. Oui je peux mixer les deux, ça vient naturellement.

J. Ce n'est pas pour les opposer, c'est pour être précise.

R. Oui, les deux éléments s'associent et on retrouve cela dans le protocole EMDR – je te rappelle : il y a l'entonnoir qui permet d'arriver sur le cliché et ensuite de relier ce cliché à la pensée négative que la personne a sur elle (question que le thérapeute pose). La personne répond. Ensuite on lui demande immédiatement après : *Qu'est-ce que vous auriez aimé penser de vous-même ?* ce qu'on appelle la *cognition positive*, une conviction positive sur soi, généralisable et un minimum crédible, qui se concentre sur le désir de changement de la personne puisque cette cognition est à l'opposé et dans le même thème que la cognition négative.

Si on se réfère à l'APO, on amène tout de suite du conséquentiel et à partir de ce conséquentiel, on demande à la personne d'évaluer sa validité c'est-à-dire la véracité de cette phrase quand elle l'associe à la situation difficile. On fait faire un saut cognitif à la personne en lui demandant d'associer cette phrase positive et la cible identifiée précédemment, le moment difficile, et d'évaluer à combien elle la ressent **comme vrai aujourd'hui** sur une échelle de 1 à 7 ? sachant que 1 = pas du tout vrai et 7 = totalement vrai. Je te dirais qu'il peut arriver que cette cognition positive ne soit pas toujours émise parce que certaines personnes dès qu'elles se reconnectent à leur cognition négative, rentrent dans une abréaction et nous démarrons tout de suite la désensibilisation (les mouvements yeux ou genoux). La personne, si elle répond = 7 c'est vrai, ce n'est peut-être pas la bonne cible puisqu'aujourd'hui c'est vrai : « *je suis intéressante* », quoiqu'on puisse assister à une dissociation, c'est à vérifier.

J. Donc tu n'as plus besoin d'utiliser l'image difficile.

R. On ne l'utilise que si la personne répond entre 1 et 3.

J. Ah oui il faut vraiment que ce ne soit pas vrai du tout.

R. Oui ; ensuite dans le protocole, je demande à la personne « *quand vous revenez à cette situation difficile* », (on n'est pas sensé la reformuler nous thérapeutes, mais moi je la reformule en reprenant quelques mots du genre « la situation avec votre mère »). Je la reformule légèrement, et je continue « *qu'est-ce que vous sentez maintenant ? Quelle est l'émotion qui est là ? Quel est le sentiment qui est là ?* »

Ceux qui n'ont pas l'habitude de travailler en thérapie peuvent dire par exemple « *je ne me sens pas bien* » ; je leur demande alors d'évaluer leur niveau de stress appelé SUD (Subjective Units of Disturbance) sur une échelle de 0 à 10 où 0 = pas du tout de perturbation et 10 c'est le maximum que vous pourriez envisager de vivre, et donc la personne peut répondre « *bien 8 (8 sur 10)* » et à ce moment-là je leur demande où est dans le corps cette perturbation ?

« *Et bien, c'est dans le ventre* » ou « *J'ai mal au ventre* ». Au début, j'essayais de creuser un peu à la manière APO mais cela éloignait les personnes de ce qu'elles ressentaient. Donc maintenant je ne cherche plus et j'accepte juste la phrase telle quelle : « *Oui ça me fait quelque chose là* » Et à ce moment-là je les invite à revenir à la cible en y ajoutant la cognition négative et la sensation corporelle et on commence la désensibilisation.

J. Tu fais les mouvements...

R. J'effectue les stimulations bilatérales, en principe 24 allers-retours. Je sens et j'observe les modifications sur le visage, les mouvements du corps, tout ce qui fait notre métier de thérapeute.

À partir de là je ne dis plus rien, sauf à encourager la personne par des « *oui, c'est ça !* » ou « *très bien* » et je fais 24 séquences, mais tant qu'il y a une abréaction je continue, je n'arrête pas jusqu'à ce que la personne soit apaisée ou qu'elle me fasse le signal d'arrêt que j'ai pris la précaution de lui enseigner pendant la phase de préparation (lever la main).

Je m'arrête et je demande à la personne « *qu'est-ce qui est là, qu'est-ce qui est venu ?* ». Ceux qui ont fait de la psychanalyse précédemment veulent analyser alors je leur demande juste de me faire part de ce qui s'est passé pendant la séquence. Un peu comme en APO, qu'est-ce qui se passe quand je suis dans cette situation ? « *Et bien voilà j'ai vu ça, j'ai senti ceci* ». Ils livrent ce qu'ils ont traversé pendant la séquence.

Ensuite, je les invite à noter dans leur esprit ce qu'ils viennent de me dire et je reprends les stimulations bilatérales. Je ne fais aucun commentaire. La personne est le maître d'œuvre, si je puis dire. On continue et alors tout dépend ce qui se passe ensuite : ou il y a abréaction ou bien il y a un matériel positif qui commence à arriver ou bien par exemple: « *Ce n'est pas de ma faute, c'est la faute de maman* », « *je ne suis pas coupable* », « *je ne suis pas responsable* » dans le meilleur des cas, car ça ne va pas si vite jusqu'à ce que l'apaisement s'installe.

Les seules interventions que je me permette, sont celles qui encouragent la personne, quand j'acquiesce par un « *oui, c'est cela !* » quand je les accompagne dans leur abréaction ou ce que je vois se passer sur leur visage. S'il y a de trop grosses abréactions, que je sens que la personne est en détresse, à ce moment je m'approche d'elle ; je mets une main sur l'épaule. Un exemple : une cliente me dit lundi dernier : « *Je n'en peux plus* » et elle m'a sauté dans les bras. A ce moment-là l'APO est tout à fait adapté : elle est restée dans mes bras à pleurer longtemps, longtemps. Dans son histoire de petite fille, elle n'avait jamais été consolée par maman quand elle se faisait mal. J'ai attendu qu'elle se détache et en le faisant elle me confie « *cela m'a fait du bien* » Et là c'est « *affreux* » parce que je lui propose de revenir sur la cible en question. Et qu'est-ce qui se passe maintenant ? Et à ce moment-là, la cliente dit : « *Ce n'est pas possible, j'ai encore la douleur, (mal à un pied coincé)* ». Et là on recommence avec les mouvements. Il y a encore quelque chose qu'il faut liquider. L'EMDR travaille sur différents canaux : le canal émotionnel, le canal corporel, le canal cognitif, mental. Donc quand on revient à la cible et que plus rien ne perturbe, (le SUD est réévalué et égal à 0) alors on propose à la personne de revenir vers la fameuse phrase positive (énergie conséquentielle) en lui demandant si elle est sa véracité est toujours d'actualité. Alors une fois sur trois j'entends : « *Ah non ce n'est pas celle-là, c'est une autre que je veux dire maintenant* ».

J. Donc la transformation.

R. Et oui la transformation ! On lui demande d'évaluer à nouveau par rapport à la situation négative à combien cette cognition positive est vraie. Réponse 6 sur 7, on va donc effectuer ce qui est appeler l'installation de la cognition positive (ou l'énergie conséquentielle).

À ce moment-là soit la personne n'arrive pas à sortir du 6 et c'est probablement une *croyance bloquante* qui est encore là, ça veut dire qu'il y a encore du matériel négatif. Et je demande « *qu'est-ce que c'est qui bloque, qu'est-ce qui fait que ça ne fait pas 7* » et redémarre les stimulations jusqu'à arriver à 7 sur 7. Une fois arrivé à ce score, on demande à la personne de faire un *scanner corporel* associé à la cognition positive, donc on retrouve l'APO.

Tu vois, on vérifie s'il ne reste rien négatif. On vérifie dans le corps s'il ne reste pas une tension quelque part et on demande à la personne de le signaler. Si la tension disparaît, il n'y a pas de problème, les sensations positives sont renforcées avec là-aussi ces stimulations.

Si la tension persiste, cela veut signifier qu'il y a encore du matériel à travailler et on retravaille là-dessus. Là je te décris tout le déroulement classique d'une séance.

J. Une question : Est-ce qu'il arrive que les gens ne semblent pas sincères dans leur évaluation ?

R. Je crois plutôt à des croyances négatives qui viennent bloquer le processus qu'à de l'insincérité ! Ou bien à une résistance. Elles sont à dénicher par un échange verbal que l'on appelle « tissage cognitif » qui permet d'attribuer la responsabilité du trauma à l'agresseur par exemple si la personne est bloquée dans une position d'enfant et ensuite à travailler toujours par des stimulations bilatérales pour obtenir des changements.

En principe, je m'en rends compte quand la personne tourne en boucle, que rien ne change. C'est seulement dans ce cas que je peux intervenir. Je peux lui proposer de visualiser la situation en faisant comme si cela arrivait à son enfant. C'est assez efficace.

J. Je vois qu'il y a un déroulement de la séance bien précis. Est-ce qu'il y a un déroulement type dans la succession des différentes séances, dans le processus lui-même ?

R. Au début dans ma formation, on nous a proposé un petit livret qui aidait à subventionner l'association caritative de l'EMDR qui s'appelle HAP (Humanitarian Assistance Program). Ils avaient un projet d'aide en Algérie. Ils sont intervenus dans différents endroits du monde où de grands traumatismes ce sont produits. Au Liban par exemple.

J. Au Liban il y a eu beaucoup de traumatismes de guerre !

R. Et donc depuis j'ai fait d'autres compléments de formation et l'année dernière, j'ai appris la mise en place des *plans de ciblage*. C'est pourquoi maintenant je demande aux clients de me raconter leur vie et à partir de leur récit, j'ai pu repérer un certain nombre de traumas où les clients disent spontanément leur cognition négative qui signe en quelque sorte leur trauma: « *Je ne suis pas à la hauteur* » ; « *Je ne vauds rien* », « *Je suis en danger* » et donc le plan de ciblage permet d'identifier les différents traumatismes et de les relier avec une même cognition négative et d'identifier le *souvenir-source* qui est à l'origine de ça. Ensuite les souvenirs du passé très anciens sont identifiés ainsi que les souvenirs récents où la personne a vécu tout ça. Donc il faut travailler comme cela, dans cet ordre : revenir au souvenir-source ensuite le passé ancien, puis le passé récent, et le présent.

J. Ce qui est l'ordre inverse de ce qu'on fait en APO du quotidien et on remonte vers la régression. Alors comment vous faites pour atteindre tout de suite la source.

R. Je n'y arrive pas forcément. Peut-être parce que l'APO m'a marquée. Je n'en sais rien. Je suis obligée de constater que j'arrive à la source qu'en fin de parcours car les personnes ne l'identifient pas tout de suite. La plupart du temps, ces personnes présentent des situations très complexes.

Je ne sais comment faire autrement. Rires.

J'ai participé l'année dernière à un séminaire sur les traumas complexes et le formateur nous a confirmé : « Si vous n'arrivez pas au souvenir-source, vous travaillez à partir des récents. On ne peut de toute façon pas faire autrement ». Cela m'a rassurée. Hier j'ai encore travaillé avec un client, structure limite bien installée. Il est en thérapie avec moi depuis trois ans, et il a touché le nœud de son trauma précoce simplement hier et il ne sait pas encore tout à fait ce que c'est, mais il a l'image un peu floue. Je ne travaille pas encore en EMDR avec lui parce qu'il

est assez « clivé ». En EMDR on parle de personnes dissociées. Dans ce cas, cette dissociation, c'est une mise à distance de l'émotion trop submergente.

En APO on dirait plutôt des personnes clivées. En APO nous avons été formés à travailler avec les clivages. C'est notre quotidien que de travailler avec les différentes parts des clients. Bien sûr les personnes à *personnalités multiples*, (il s'agit dans ce cas de troubles dissociatifs) nous ne les voyons pas dans nos cabinets, ils sont en HP. Mais cela a été intéressant de nous initier à ce diagnostic

J. Ou alors ils prennent vraiment des personnes dissociées sur le plan de la psychose. Ce n'est pas la même chose que les personnalités clivées, limites, duelles.

R. Oui, parce que ces personnes clivées ont un pied dans la réalité tout de même. Je n'ai jamais accueilli des clients complètement « schizophrène », d'ailleurs l'EMDR n'est pas recommandé pour ces pathologies en l'état actuel des recherches.

Voilà ce qu'il en est de la première partie du plan de ciblage.

La seconde partie c'est de travailler sur les *déclencheurs actuels*. Parce que parfois, même en ayant fait tout le travail précédent il y a encore des déclencheurs inscrits dans le corps, dans la pensée.

Par exemple, une cliente très traumatisée par les relations passées avec son ex-mari qui arrivait régulièrement à l'improviste chez elle, ce qui provoquait des drames avec elle et ses enfants, dès qu'elle entendait un portière claquer devant chez elle, elle se crispait corporellement, alors que nous avons déjà bien déblayé le terrain de ces traumatismes. La cible a été la porte qui claque et voici ce que cela a donné: « *quand j'entends la porte claquer, je suis en danger* ».

J. On les travaille de la même manière que la cible.

R. Oui et ensuite une fois que c'est bien traité, on travaille sur les scénarios du futur. « Je vous propose d'imaginer une situation où vous pouvez vous confronter à ce qui est difficile? » Comme en APO je me rappelle dans le stage avec toi : « Comment tu aimerais que ce soit ta vie dans 5 ans? ». Tu retrouves ce travail en EMDR. On va proposer: « Imaginez cette situation avec votre mari qui arrive dans votre jardin ». Est-ce qu'il y a encore quelque chose? Et là on travaille uniquement le positif. Si éventuellement il y avait du négatif qui ressort et bien on le travaille comme une cible nouvelle avec les deux cognitions, le SUD, etc. (= mouvements des yeux ou tapotements des genoux).

J. De cette manière en ayant ajouté les cibles et les scénarios du futur, du coup on sort d'une technique qui serait utile à un moment précis pour travailler une situation traumatique, y compris au sens large que tu as défini, mais on en vient à une psychothérapie comme l'APO où on a une méthode presque complète puisque l'histoire va du passé à l'avenir, que le traumatisme peut être toute situation toxique. Mais évidemment il faut que celui qui mène le travail en EMDR ait une vision large, une formation de psychothérapeute. Mais comment serait-ce possible avec un psychiatre ou un psychologue n'ayant pas fait de thérapie personnelle?

R. Quand j'ai fait la formation en EMDR on nous disait bien que cet outil est à mettre entre les mains de psychothérapeutes, de gens formés. Je crois que c'est une question de conscience et d'éthique à ce sujet pour chacun. J'ai pu être surprise en entendant un participant de la formation demander ce qu'est une abréaction!

Dans une de tes questions, tu me demandais quels étaient les référentiels théoriques. Il s'agit de la psychanalyse, l'hypnose, les TCC, la PNL. Les formateurs nous recommandent d'utiliser ce que nous savons faire. Certains définissent l'EMDR comme une méthode de thérapie. Je ne suis pas d'accord. Pour moi c'est un outil que j'intègre dans ma pratique.

J. C'est un outil?

R. Oui je crois que la vision globale qu'on a avec l'APO est essentielle pour moi. La formation en APO m'a permis d'intégrer l'EMDR valablement.

J. Oui pour moi cela paraît évident mais j'avais lu chez Roques que l'EMDR prenait de plus en plus d'ampleur et que ça devenait une méthode à part entière.

R. Effectivement, l'EMDR est présenté comme cela. À discuter !

Mais pour ceux qui ont été formés comme moi c'est un outil parmi les autres qui permet d'organiser sa prise en charge, son plan de traitement. J'ai totalement besoin de tout qui fait mon expérience de psychothérapeute.

Par exemple, hier, une de mes clientes n'était pas bien, nous n'étions pas dans une séance EMDR. Mais elle est entrée dans une abréaction importante ; je l'ai accompagnée avec des stimulations sur les genoux pour accélérer le processus, et cela l'a aidée à traverser.

J. Alors avec ça tu accélères le processus. Dans quelle émotion était cette personne ?

R. Elle pleurait, elle vivait une tristesse profonde. Par ailleurs, j'avais quand même sécurisé avec le lieu sûr dans des séances précédentes et nous avons déjà effectué quelques séances d'EMDR, je la connaissais bien, je la savais stable.

J. Alors là tu fais des tapotements pour qu'elle y aille encore plus profond ou pour qu'elle en sorte.

R. Pour qu'elle en sorte.

J. Pour qu'elle en sorte. Et pour qu'elle puisse liquider ça. Pas toute l'histoire.

J. Juste pour voir. Si tu l'avais prise dans tes bras, qu'est-ce qui aurait changé par rapport aux tapotements ?

R. Ce qui est là, il y a ce qui se passe au niveau du cerveau. Ce qui était bloqué est de nouveau mis en marche, ce qui était dysfonctionnel se remet à fonctionner. Les recherches sont en cours sur le fonctionnement et du cerveau et des protocoles EMDR

J. C'est là que j'essaie de comprendre.

R. Quand j'ai accueilli ma cliente (une autre cliente dont Rosane a parlé auparavant) lundi dernier dans mes bras, c'est un mouvement qu'elle a eu vers moi spontanément. Ce n'est pas moi qui suis allée la chercher pour la prendre dans mes bras. Donc je pense que cela a plus de valeur, car cela veut dire que c'est elle qui a imprimé dans son cerveau le mouvement. Donc je réfléchis en même temps que je te parle... Je n'avais pas réfléchi à cela avant. Donc j'imagine qu'elle était entrain de faire un mouvement en elle-même qui a stimulé le cerveau. À moins que cela ne soit le contraire. Ce mouvement dans le cerveau a fait probablement que cela a apaisé ; je crois aussi qu'il y a eu la jonction des deux éléments : le fait qu'il y ait eu ce mouvement en elle et le fait que je l'accueille dans mes bras. Et là elle s'est retrouvée dans l'énergie conséquentielle puisqu'elle a vraiment vécu la consolation qu'elle n'a pas eu avec sa mère.

Je ne sais pas qui appartient à quoi. Je vois que cet outil est positif quand la cible s'apaise. Mais là on va arriver dans les choses difficiles avec l'EMDR quand même. Parce que ce n'est pas miraculeux. Donc être formée en APO permet de traverser les moments difficiles. Je ne peux pas te dire ce qui a marché, je n'en sais rien !

J. Alors si tu vas vers les choses difficiles.

R. Les choses difficiles en EMDR. J'espère que maintenant avec ce que j'ai approfondi je vais pouvoir traverser ça. C'est qu'à un moment donné, ça tourne en rond pour certaines personnes. Et on n'arrive pas à résoudre le problème. L'hypothèse avancée : les personnes sont trop dissociées ! Mais je crois aussi que c'est parce qu'il n'y a pas accès à des choses beaucoup plus profondes et archaïques. Je sais que l'APO permet d'avoir accès à ces endroits. Mais parfois c'est très très long. Il y a des échecs en EMDR, ça pas marché parce qu'il y a quelque chose qui bloquait. Moi je peux te dire que dans plus d'un tiers des cas cela n'a pas marché. Et là on est revenu à une thérapie en APO en association avec des stimulations quand une abréaction arrive. C'est mon expérience.

J. Mais si tu penses à ces personnes avec qui cela n'a pas marché, au-delà de les définir comme des personnes dissociées, c'est un peu vague, Qu'est-ce que tu penses qui bloquait chez ces personnes ?

R. Des traumatismes très archaïques auxquels on n'a pas accès tout de suite et avec lesquels on peut avoir accès soit en APO mais c'est long, c'est là que j'ai intégré la TAT (On en parlera une autre fois plus longuement puisqu'il ne s'agit pas d'EMDR) C'est une technique qui vient des USA aussi. Là aussi il y a un protocole en 9 étapes où la personne stimule (ça rejoint l'APO) les points de vision qui sont au-dessus des glandes lacrymales, un point entre les deux yeux et un, derrière, sur l'occiput. C'est une attitude de réceptivité à avoir. Il faut l'expérimenter pour comprendre ce que ça fait (rires). Donc là l'APO est utile car les personnes sont habituées à laisser venir. Voilà la TAT fait la jonction avec l'APO.

J. La TAT ?

R. Tapas Accupressing Technic

C'est un travail au niveau énergétique, ce qui rejoint l'APO. La personne a l'impression qu'elle se contrôle, c'est elle qui dispose de son processus. Ce qui est pour certains et surtout certains hommes très utile car ils ont moins peur de moi, ils contrôlent. En EMDR aussi. Donc j'ai remarqué qu'en faisant de la TAT, couplée avec l'APO on pouvait accéder à des zones archaïques un peu plus rapidement.

J. Ce que tu décris en mettant une main sur l'occiput et en pressant sur les yeux alors là ça me renvoie à Reich. Le premier segment, le segment le plus archaïque selon Reich. La végétothérapie commence par celui-ci de haut en bas. Et je pense à la nuque qu'on tient pour les tout petits bébés ? Alors je ne suis pas étonnée que ce mouvement-là amène à du régressif.

R. Cela amène à un choix d'expérience différent. On regarde le problème toujours comme en APO, en EMDR. On regarde son opposé en même temps.

J. Donc toi tu dirais que l'EMDR ne permet pas d'aller facilement vers le travail de régression. La personne est assise, il y a un contrôle.

R. Ce n'est pas si net que cela. Mais j'ai eu des surprises avec une cliente. Je me suis retrouvée avec son arrière-grand-mère, la cliente me dit : « *Je ne sais pas ce qui m'arrive, ça ne m'appartient pas l'image* ». Elle ajoute : « *Je suis folle* ». Je réponds « *non vous n'êtes pas folle. Il y a du matériel transgénérationnel qui a surgi* ». Elle travaillait sur son envie de se jeter par la fenêtre. Dans son histoire familiale, une grand-mère s'était jetée par la fenêtre ; on a travaillé cela en EMDR.

Mais si le protocole standard en EMDR ne permet pas toujours d'aller dans des zones archaïques, une variante de ce protocole a été mis au point par une Américaine Katie O'SHEA, avec qui je viens de me former. Nous avons suivi un atelier spécifique qui s'appelle : « *Lorsqu'il n'y a pas de mots. Retraiter les traumatismes et les empreintes de négligences précoces pour reconstruire les fondations du soi avec l'EMDR.* »

Elle a effectué des recherches pour travailler autrement et elle a donc mis au point en 15 ans un protocole spécifique. Et maintenant je le propose à mes clients. C'est très doux. C'est une démarche fondée sur la sécurité. Pourquoi je suis OK avec ça ? C'est parce que j'ai fait l'expérience pour moi. Donc elle avait élaboré certaines hypothèses cliniques qu'elle est allée vérifier auprès de certains nombre de chercheurs en neurosciences qui ont confirmé qu'il y avait des liens entre le système vagal et le cerveau droit, notamment. Alors ne me demande pas comment ça marche. Je peux te donner les noms de ces chercheurs : Porges et Panksepp² aux USA.

Le système vagal ventral est celui qui permet d'être en relation avec les autres. Le système vagal dorsal agit quand on est en danger et il y a un troisième qui permet d'assurer la survie. Katie O'SHEA dit que nos circuits affectifs ont été déformés à partir de tout ce qu'on sait, c'est-à-

² Panksepp J. Affective neuroscience The Foundation of human and animal emotions et Brain (2009) Brain emotional system and qualities of mental life. Voir aussi Siegel D. et Schore A.N. etc.

dire nos émotions réprimées, voire interdites. Il faut pouvoir les remettre en circulation. Tout ce qui n'a pas été revisité en termes de difficultés, en termes de trauma est enregistré dans l'hémisphère droit y compris les souvenirs de la gestation, de la naissance, les souvenirs jusqu'à trois, quatre ans (en termes de sensations). Ceux auxquels on n'a pas accès si facilement sauf peut-être en APO. Je sais pour moi-même que j'y ai eu accès en APO. Mais c'est intéressant d'entendre que scientifiquement c'est prouvé !

Le problème du trauma est qu'il peut ressurgir sous des formes diverses, l'évènement n'ayant pas pu être classé dans la mémoire interne du cerveau. Donc, on va imaginer un contenant dans lequel laisser aller toutes ces expériences difficiles, même si on ne sait pas ce que c'est, parce que le cerveau ne peut traiter qu'une seule chose à la fois. Et immédiatement la personne s'apaise. Pour certains, cela peut demander un peu de temps. Mais la plupart d'entre eux sont bien avec ça : *tout ce dont j'ai peur, qui m'a travaillé, que je ne connais pas et bien je le laisse aller dans cette boîte qui ferme* et ensuite petit à petit on va laisser venir ce qu'il contient et le travailler pour en apprendre quelque chose. Ça les sécurise ! Et ensuite une fois que cela s'est fait, je leur propose d'expérimenter l'état de sécurité quand ils sont en sécurité parce que c'est l'état naturel pour soulager l'amygdale qui est chargée de veiller à notre sécurité.

Donc je demande à la personne : « *vous sentez-vous en sécurité ici ?* » « *Oui je suis bien ici* » et alors je commence les stimulations sur le bord externe des genoux parce qu'il y a des méridiens qui passent là et je lui propose d'observer ce qui se passe dans son corps quand elle est en sécurité. Et ensuite quand je constate que cette personne a l'air d'être détendue, je lui demande de laisser venir à son esprit les mots qui traduisent cet état de sécurité. On retrouve le verbe de Paul Boyesen. On stimule ainsi jusqu'à ce que la personne se stabilise sur des mots précis et elle a ensuite comme consigne pendant 15 jours, plusieurs fois par jour, de penser à son contenant : le coffre, la boîte... et d'aller mettre tout ce qui les dérange là-dedans et de se connecter à cet état de sécurité avec le mot correspondant.

La troisième étape c'est de remettre à zéro les circuits affectifs, c'est-à-dire explorer toutes les émotions (sans les travailler) reliées directement à une expérience précise, juste pour constater que l'on en a besoin seulement quand on en a besoin. Je leur explique aussi que toutes ces émotions sont protectrices de la vie car elles nous apprennent quelque chose sur nous.

J. Est-ce que tu entends les bruits du péristaltisme ?

R. Oui je les entends. Oui c'est systématique quand j'entends le péristaltisme, je me dis OK ils sont en sécurité.

J : Oui car la grande idée de Gerda Boyesen c'est quand le psycho-péristaltisme fonctionne donc c'est qu'il y a une certaine tranquillité, elle parlait alors du travail du système parasympathique, ce qui n'est peut-être pas loin du système vagal, qui fait un nettoyage interne, qui digèrerait la névrose. Je ne voyais pas jusqu'à lors dans ce que tu disais où se trouvait ce que j'appelle le déflux. Là je le vois.

R. Le déflux, tu le trouves dans la partie installation quand la personne est arrivée enfin à sa *cognition positive*. Je crois même qu'il arrive avant quand la personne commence à amener du matériel positif de plus en plus au fur et à mesure de la désensibilisation. Il est là.

J. Mais avec ce que tu as décrit un peu plus haut, tu y vas plus directement un peu comme Gerda Boyesen qui ferait un massage.

R. Oui, on pourrait penser que c'est l'équivalent du massage. Puisque moi je les touche sur les genoux à ce moment-là. Donc je le vois sur le visage. Et j'entends le péristaltisme. Et je me dis c'est OK. Ensuite on nettoie les émotions, les circuits affectifs entre ça et ça (geste = tête et cœur). La tête observe l'émotion, elle va mettre les expériences difficiles dans la boîte. Je reprends l'image qui est venue, qui était difficile. Les personnes arrivent à se détacher de ce qui vient d'émerger, ce qui leur permet d'atteindre l'émotion réjouissante, par exemple, si on prend la honte, ils arrivent vers la fierté. L'image apparue est beaucoup plus lointaine, quelque chose a changé. Une fois cette remise à zéro effectuée, on commence le travail de désensibilisation en allant visiter la période de gestation. On propose à la personne de fermer les yeux et de laisser

venir toutes les sensations qui viennent en lien avec la gestation (tapotement très doux, sur le rythme de la pendule, le rythme cardiaque lent).

J. Donc c'est un tapotement beaucoup plus lent.

R. Oui et là la présence du thérapeute est très importante. Tu ne peux pas faire cela en pensant à autre chose.

Maintenant grâce à ce protocole j'ai un moyen d'accès à la source archaïque.

J. Oui car il faut un protocole qui va vers la régression.

R. Ce protocole est basé sur trois étapes : attribuer la responsabilité, lâcher-prise et réparer. Voici ce qui est proposé au client: « *Imaginez que tout se passe de la manière dont vous avez besoin* ». Tu retrouves l'APO là. Et là s'il y a quelque chose qui vient de positif, c'est là que le thérapeute peut lui aussi proposer d'autres informations. C'est un peu interventionniste pour moi mais après tout pourquoi pas puisque c'est positif, cela peut être vu aussi comme de la psycho-éducation. Et ensuite, on complète avec le protocole standard que je t'ai décrit.

J. Cela veut dire qu'il faudra de nouveau estimer ?

R. Oui il faut ré-estimer tout le temps.

Parfois les traumatismes sont tels que des clients ne supportent pas les tapotements qui sont vécus comme des agressions. Cela permet de mettre en lumière un trauma que je peux traiter en TAT. Cela arrive même en APO.

J. Même en APO bien sûr.

R. Je pense à une de mes clients que je ne peux pas toucher. La seule chose qu'elle supporte c'est la main sur l'épaule. Mais dès qu'il y a quelque chose de rythmique, cela ne va plus. Cela laisse supposer qu'il y a quelque chose d'archaïque. Je te parle de mon expérience.

J. Oui c'est passionnant de t'écouter et justement par le fait qu'on a l'APO en commun que l'on peut se comprendre.

R. Cela vient se glisser dessus. Cela vient se rassembler. Je ne peux pas dire que je suis une analyste psycho-organique pure et dure.

J. Est-ce que tu as appris les méthodes de Gerda et Ebba Boyesen ?

R. Non, juste ce que tu nous as montré en formation. Cette semaine, j'ai reçu une psychanalyste qui veut connaître le travail corporel et travailler avec moi en APO. Tu vois je travaille encore APO. Dans les groupes de thérapie, nous travaillons avec les outils.

J. Dans ce que tu racontes du protocole que tu viens de décrire, je trouve qu'il y a des liens assez forts avec le travail de Gerda Boyesen. Il faudrait creuser plus pour en être sûre. Mais a priori il y a des liens. Et tu n'as pas du tout évoqué la respiration. Ça n'entre pas en jeu ?

R. Si, si, la respiration, c'est dans la phase de préparation dans l'EMDR. C'est la toute première chose que je fais faire à mes clients : c'est leur apprendre à respirer. Tu nous avais transmis cet exercice : l'air qui monte dans la colonne et qui redescend devant le corps. Je m'en sers beaucoup pour qu'ils aient une visualisation de la respiration. J'utilise aussi des éléments de la *cohérence cardiaque* : une respiration scandée en 5 temps sur l'inspire et l'expire, 6 fois environ pendant 3 minutes. Cela aide à déstresser.

Par contre la respiration, c'est systématique, La respiration est très importante aussi dans le protocole : quand on arrête de stimuler, à la fin de chaque séquence, on leur demande de respirer amplement.

J. Ce que tu appelles la cohérence cardiaque, c'est ce dont parle Servan-Schreiber dans son livre Guérir ?

R. J'utilise juste cet exercice-là. Et je demande aux clients de s'exercer chez eux.

J. Ah j'ai encore une question même si tu as déjà répondu à beaucoup de questions. Quand j'ai lu Servan-Schreiber j'ai compris qu'on *désensibilisait* la personne en quelque sorte.

R. Oui.

- J. Donc le trauma devenait moins important alors je me dis qu'en APO, on utilise beaucoup l'émotion qui est là et ce serait un petit peu comme si, en faisant une désensibilisation, on perdait l'outil émotionnel pour travailler le problème. Tu vois mon souci. C'est un souci théorique en lisant, est-ce que toi dans la pratique tu aurais vu quelque chose qui après un temps de désensibilisation, ferait qu'on ne peut plus utiliser l'émotion ?
- R. Pour utiliser l'émotion en elle-même pour autre chose ?
- J. Peut-être pour autre chose.
- R. Non elle est toujours disponible. Lorsqu'on a réglé une cible, il peut y avoir un autre aspect de ce trauma. Je constate que l'on va pas à pas, par couche. Ceux qui travaillent strictement en EMDR peut-être arrivent-ils à complètement aller dans tout le circuit traumatique d'un coup. Pas en une séance mais en tenant la cible. Ça il faudrait que tu ailles les interviewer, mon expérience, elle est par couche. Sans doute parce que je suis imprégnée par l'APO. Je ne suis pas enfermée dans le protocole EMDR. Donc ce que je voulais dire si on a traité une première couche, l'émotion concernant la première couche est réglée. S'il il y a une autre couche concernant ce même trauma, l'émotion va remonter.
- Important : avant d'utiliser, l'EMDR, il est recommandé aux victimes d'incestes par exemple de faire leur déposition auprès de la police avant d'être traitées, voire même attendre le procès, car effectivement les émotions liées au trauma disparaissent quand la désensibilisation est passée par là. La fonction même de l'émotion ne disparaît pas car elle fait partie de l'humain.
- J. Oui ça rejoint ma question.
- R. Si le traumatisme en lui-même est complètement désensibilisé, la personne a une telle distance que l'émotion n'y est plus. Les incestes que j'ai eu à traiter concernaient des personnes qui ne pouvaient plus déposer plainte. Et même dans ces cas-là, on a touché des choses archaïques qui ont empêché d'aller plus loin. Pour moi ce n'était pas terminé. Il y avait encore des ramifications à travailler.
- J. Il reste souvent des difficultés sexuelles dans les relations présentes avec un conjoint.
- R. Les difficultés sexuelles peuvent aussi provenir d'empreintes précoces.
- J. Oui.
- R. J'en suis convaincue. Notamment lorsque l'inceste est couplé à des empreintes précoces difficiles. Tu auras beau travailler l'inceste si tu ne vas pas voir la relation mère enfant archaïque, cela ne débloque pas à ce niveau-là. S'il y a un inceste seul, cela peut se débloquer.
- J. Mais dans l'inceste, il peut y avoir du plaisir qui s'est mêlé à la situation. Et c'est ça qui est toujours difficile dans l'inceste.
- R. Un outil intéressant en EMDR pour débloquer est ce que l'on appelle le *tissage cognitif* notamment dans les questions d'incestes ou de viols. C'est à cet endroit que le thérapeute intervient quand on peut constater par exemple que la personne n'ose pas dire qu'elle a eu du plaisir au cours de cet événement, le thérapeute l'informe sur la physiologie du corps dans de telles circonstances : *c'est normal que vous ayez eu du plaisir parce que le corps réagit*. Cela rassure la personne et donc là elle peut avancer.
- J. Oui ça rassure la personne mais je trouve que c'est un des pires traumatismes qui peut arriver à quelqu'un parce qu'il y a cette dimension du plaisir qui peut être là et puis si c'est le père *j'ai été choisie*. C'est quand même moi qu'il a choisie. Cela fait deux choses positives. Difficiles d'en sortir. En même temps il m'a fait du mal.
- R. Voici un exemple de tissage cognitif. La victime exprime : « C'est moi qui suis responsable je suis toute petite j'ai 4 ans et c'est ce grand monsieur qui me viole et pourtant c'est moi qui suis responsable, qui suis coupable ». Et là je demande : « Qui est l'adulte dans cette histoire ? » « Oui c'est le monsieur. ». Le père c'est encore plus difficile, car l'amour pour le père et la peur du père cohabitent. Donc en EMDR on affecte la responsabilité à qui de droit. Si tu n'arrives pas à ça tu ne peux pas lâcher le trauma.
- J. En APO aussi on pourrait le dire et même avec le père. Il est aussi l'adulte.

- R. Oui bien sûr. On retrouve l'APO aussi dans deux techniques le *floatback* et le *pont d'affects* pour remonter dans les souvenirs du passé. Le *floatback* : la personne a une pensée très négative sur elle-même. On demande à la personne, comme on le fait en APO, de fermer les yeux, de remonter en arrière dans le temps et de retrouver des situations anciennes en lien avec cette pensée négative. Par exemple : « *Est-ce que vous avez déjà pensé cela sur vous dans le passé ?* » Je le demande quand la cognition est claire, par exemple : « *Je suis nulle, je ne suis pas intéressante.* » Quand elle n'est pas claire, ce sont plutôt des sensations, on va leur demander de faire la même chose mais en terme de sensations : « *la toute première fois où vous avez senti cela* », voilà le pont d'affect.
- J. Par exemple, avec quelqu'un qui trouverait de la colère en disant : ce n'est pas juste, tu resterais avec tes mouvements oculaires ou les tapotements ou tu passerais à taper sur le matelas ?
- R. Je peux prendre la seconde alternative parce que je me suis aperçue c'est un besoin de le sentir dans le corps. En séance de TAT, il y a 15 jours, une cliente tournait en rond dans sa séance et soudain elle me dit « *je suis très en colère* ». Je lui propose de se mettre debout et de montrer la colère à ceux à qui elle la destinait. Elle m'a remercié car elle avait pu la vivre totalement. J'intègre les techniques. En EMDR, il est possible, si la personne est bloquée, de lui proposer de faire des mouvements en relation avec ce qu'elle ressent, de parler à la personne, voire même de les répéter plusieurs fois si nécessaire.
- J. Encore une question, est-ce qu'il y aurait des dangers à l'EMDR ?
- R. Le risque comme pour toutes les thérapies, c'est celui de la décompensation. J'ai vécu un moment très éprouvant et pour mon client et pour moi ; j'ai beaucoup appris à travers cette expérience. J'ai récupéré la situation, cela s'est bien fini. Je n'avais sans doute pas assez mesuré la profondeur et l'intensité de la blessure de cet homme. Le lieu sûr était suffisamment sûr puisqu'il avait bien fonctionné. (Depuis, je fais très attention et surtout avec les hommes car ils ont tellement l'habitude de cacher tout ce qu'ils vivent). En faisant les stimulations bilatérales, en le regardant, je me suis aperçu et ai senti qu'il n'était plus avec moi. Alors là je me suis dit « danger ». Et je l'ai appelé très fermement par son prénom. Avec beaucoup de fermeté je lui demande : « *M., vous ouvrez les yeux et vous me regardez* », Il était parti dans son truc. Donc cela pourrait arriver en APO aussi.
- J. Oui en groupe notamment cela peut arriver.
- R. « *Ouvrez les yeux (prénom) ! Je vous demande d'ouvrir les yeux !* » et je lui ai pris la main ! Et donc il ouvre les yeux, il tourne la tête. Je continue « *vous me regardez, vous êtes là maintenant !* » On s'est regardé et tout d'un coup il est revenu et on a mis des mots sur ce qui s'était passé : un trauma avec la mère. Lors des séances suivantes, il n'a plus voulu faire d'EMDR. Il a eu peur en définitive. En 10 ans, c'est la seule fois où cela m'est arrivé.
- J. Il allait vers un événement émotionnellement très fort. Il n'a pas pu aller vers l'émotionnel et il s'est barré.
- R. Oui, il s'est barré.
- J. Et le diagnostic de la personne, tu dirais quoi ? Pas particulièrement un psychotique ?
- R. Non, il est intégré socialement, il travaille, mais il n'arrive pas à avoir une vie affective stable. Il a été re-traumatisé par un divorce. Nous avons beaucoup travaillé dessus en EMDR et ça allait mais dès qu'il a fallu faire le pont avec sa mère, cela n'a pas été possible.
- Mais je pense que je l'aurai eu même en APO. Les risques de décompensation sont plus rapides en EMDR.
- J. Ce que tu dis là je l'ai surtout vu dans les groupes, donc aux stages d'été lorsqu'une forte stimulation émotionnelle et organique mais que la personne ne peut pas entrer dans l'émotion. C'est sidérant. La manière dont tu l'as fait sortir, c'est la même que celle que j'aurais fait en APO.

R. Reprendre contact, parler fort, toucher, c'est l'APO qui me l'a appris. En formation EMDR, des questionnaires d'évaluation dans les premières séances sont prévus pour estimer cette fameuse dissociation, mais je ne m'en sers pas souvent car je fais plus confiance à ce que je sens qu'à des réponses d'un questionnaire. Ces questionnaires ne sont de toute façon pas des outils diagnostics.

Mon repère c'est le lieu sûr. Si la personne ne peut pas le trouver, je n'y vais pas. J'attends que la sécurité soit bien installée, avec une alliance thérapeutique solide, pour le re-proposer, c'est ce qu'on appelle *la stabilisation*.

J. Ah ça te donne un point de repère pour travailler en EMDR.

R. Dans ce cas là, je démarre la prise en charge thérapeutique par l'APO et j'y associe la TAT, qui est très douce aussi et qui permet d'appriivoiser son monde intérieur.

J. Je te remercie beaucoup. Un grand merci pour tes réponses, ta sincérité.

Toulouse le 13 avril 2011