

# **Modèle du Processus de Traitement Adaptatif de l'Information** **dans la thérapie EMDR**

## **PTAI : Entre traitement et processus**

*Nicolas DESBIENDRAS*

*Psychologue clinicien, Docteur en psycholinguistique,  
praticien EMDR Europe, superviseur EMDR Europe*

2013

### Mots clés:

EMDR, processus, traitement, adaptatif, information, pattern, plan de ciblage, plan de traitement, réseau de mémoire, paradigme.

Le modèle sous-jacent à la thérapie EMDR est le modèle AIP: "Adaptative Information Process"<sup>1</sup>. Ce modèle est traduit en français sous la désignation TAI: "Traitement Adaptatif de l'Information". Pour ma part, je parlerais de modèle PTAI: "Processus de Traitement Adaptatif de l'Information". Durant cet article, j'exposerai pourquoi je me permets de légèrement modifier le nom de ce modèle sous-jacent de la thérapie; puis en quoi la compréhension profonde de ce modèle permet d'être, en tant que thérapeute EMDR, souple et adaptatif par rapport à l'immense variété de problèmes dont souffrent nos patients; enfin je décrirai les différentes manières d'aborder et de naviguer dans les réseaux de mémoire à travers ce processus de traitement adaptatif de l'information, illustré par deux vignettes cliniques.

Le vaste champ d'application de la thérapie EMDR est fondé sur le traitement adaptatif de l'information<sup>2</sup>. De par la spécificité des stimulations bilatérales alternées et leurs effets sur le cerveau, ainsi que la rigueur du protocole qui guide la manière dont on va aider le patient à aborder son réseau de mémoire stocké de manière dysfonctionnelle, l'EMDR va aider le patient à retraiter une information ancienne qui est encore active et douloureuse au présent. Par *information*, j'entends tout matériel pouvant être encodé dans un réseau de mémoire:

---

<sup>1</sup> Shapiro, F. *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press, 1995

<sup>2</sup> Shapiro F. Adaptive Information Processing, and Case Conceptualization, *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 1, Number 2, 2007

images, odeurs, sons, cognitions, émotions, sensation physique, etc. Ainsi une information dysfonctionnellement stockée pourra être représentée par un souvenir ou uniquement par un ressenti corporel. Le terme "traitement adaptatif de l'information" est juste mais me semble restrictif de part le terme "traitement". Ce qui se passe durant la thérapie EMDR est un traitement, mais cela va aussi au delà. Un traitement est une intervention ponctuelle et circonscrite à la résolution d'un problème ou d'un état pathologique. Le terme "processus" représente beaucoup mieux les changements profonds qui se font chez nos patients. Un processus s'inscrit dans un continuum, il est actif et tend à se poursuivre seul après l'intervention EMDR. Ce processus devient autonome et de par son côté adaptatif va amener le patient à s'auto-guérir. Combien de fois retrouvons nous nos patients complètement métamorphosés au début d'une nouvelle séance alors qu'à la fin de la séance précédente le patient était encore en grande souffrance ? Le processus s'est poursuivi entre les séances et a aider le patient à "digérer" des informations douloureuses et de ce fait à avoir un nouveau point de vue dans sa vision de lui, du monde, et des autres. C'est donc bien un processus de traitement adaptatif de l'information: processus de par la continuité dans le temps que cela apporte aux patients (même des années après la thérapie EMDR); adaptatif car on remet en marche l'évolution naturelle et le côté adaptatif inhérent à chaque être vivant; de l'information car c'est ce que nous ciblons, à savoir tout ce qui a été perçu au passé et qui reste encodé dans un réseau de mémoire dysfonctionnellement stocké.

Le fait de donner de l'importance au terme de processus permet d'avoir une vision dynamique de la thérapie EMDR et de mettre au centre du travail le plan de traitement et le plan de ciblage. Le plan de ciblage a été rajouté dans la formation initiale en 2009. En thérapie EMDR on travail sur 3 temps: passé - présent - futur. Parfois les patients souhaitent arrêter quand les souvenirs du passé sont résolus ! Quoi de plus normal de changer de thème ou d'interrompre la thérapie quand un souvenir spécifique a été complètement désensibilisé et retraité... Et c'est là toute la différence entre traitement et processus... entre technique et psychothérapie. Mise à part dans certains cas précis, en thérapie EMDR nous ne travaillons pas un souvenir isolé. Nous travaillons un réseau de mémoire dysfonctionnellement stocké qui englobe forcément plusieurs informations : nous ciblons un pattern. Le pattern se caractérise par la réaction, la réponse à un déclencheur interne ou externe. Cette réponse fut la meilleure solution trouvée à un moment donné pour affronter un problème mais ensuite cette réponse est devenue la réponse privilégiée à d'autres types de déclencheurs et est donc devenue inadaptée. Je définirai le pattern comme une tentative de solution inefficace et qui se répète

dans le temps. Certains auteurs l'ont défini comme un "schéma précoce inadapté"<sup>3</sup>. Mais les schémas de Young et le terme patterns dans la thérapie EMDR n'englobent pas réellement les mêmes concepts. Le pattern est donc le mode de réponse qui s'est enregistré au temps du trauma puis qui est devenu une réponse privilégiée et est donc devenu un schéma répétitif. Il englobe les cognitions négatives, ainsi que les stratégies pour y faire face. Le pattern définit donc nos perceptions, attitudes et comportements<sup>4</sup>.

Nous avons un outil pour mettre à jour et définir un pattern: c'est le plan de ciblage. Le terme de plan de ciblage est maintenant expliqué dès le niveau 1 de la formation EMDR, c'est assez simple à comprendre au premier abord... mais c'est plus compliqué pour bien appréhender tout ce que cela implique.

La demande du patient doit être au centre, tout dépend de ce qui est acceptable ou inacceptable dans sa vie. Il arrive parfois que les patients arrivent avec une "fausse" demande ou que l'on repère un problème qui est maintenu à distance par un coping d'évitement. J'ai pour principe de suivre la demande initiale du patient. Cela permet de définir le ou les plans de ciblage en partenariat avec le patient, et non pas d'élaborer des plans à sa place. Ainsi nous rendons le patient acteur de sa thérapie. Il n'y a rien de plus difficile qu'un patient qui est "touriste" de sa thérapie... mais c'est à nous de le rendre acteur et de ne pas le laisser dans cette position. Le fait que le thérapeute élabore un plan de ciblage seul avec les informations qu'il a du patient n'est pas une bonne idée. Le risque est de placer la patient en dehors du processus et de ce fait le rendre "touriste"... de plus nous souhaitons rester en dehors du chemin du patient et ne pas influencer le processus avec nos propres perceptions et croyances.

*Quand je fais à sa place, je ne suis pas à la mienne, et je l'empêche d'être à la sienne.*

Le paradoxe de l'aide peut aussi être présent en thérapie ! Quoi de plus normal dans ce cas, pour le patient, de se laisser guider et de laisser le thérapeute travailler à sa place?

Pour résumer le plan de ciblage:

- doit être fait avec le patient
- selon sa plainte au présent et résumant les déclencheurs du présent

---

<sup>3</sup> Young, Jeffrey.E., Klosko, J.S. et Weishaar, M.E. (2005). *La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles : DeBoeck.

<sup>4</sup> F. Shapiro, 1995

- englobant toutes les informations de son passé en lien avec ce problème
- avec ses projections au futur

C'est ainsi que le processus de traitement adaptatif de l'information permettra de traiter les réseaux de mémoires dysfonctionnellement stockés en lien avec la souffrance du patient au présent et de permettre au patient d'accéder à de nouveaux apprentissages, d'acquérir de nouvelles compétences et de trouver une nouvelle manière d'être au monde.

Le processus de traitement adaptatif de l'information (PTAI) sous-tend la pratique de la thérapie EMDR. Une fois ceci intégré, il existe de nombreuses manières de le mettre en pratique. Les livres de Marilyn Luber<sup>5</sup> en sont la preuve, ils rassemblent de très nombreux protocoles selon des situations ou des populations spécifiques et, bien que très différents, font tous parties intégrantes du PTAI de l'EMDR. Ce que je me propose de faire maintenant c'est d'illustrer mon propos d'exemples sur les différentes manières d'aborder un réseau de mémoire à travers ce modèle PTAI.

### **Comment aborder le plan de ciblage : la porte d'entrée.**

Comment trouver la porte d'entrée qui nous permettra d'aborder le réseau de mémoire dysfonctionnellement stocké? Ceci fait référence au protocole que l'on va choisir. Nous pouvons citer pour exemples le protocole standard, le protocole inversé, le protocole par oscillations passé/présent, le protocole des événements récent (R-TEP<sup>6</sup>), le DETUR<sup>7</sup> pour les addictions, le protocole phobie, etc.. C'est un choix clinique en fonction du type de problème auquel le patient est confronté dans sa vie au présent et des conséquences de ce dernier sur sa vie. Une fois que l'on a choisi la porte d'entrée et la trajectoire dans le réseau de mémoire dysfonctionnellement stocké, il nous faut choisir le moyen de navigation.

### **Le moyen de navigation**

C'est la manière dont nous allons progresser directement dans le réseau de mémoire, le type d'intervention sur l'information stockée dans le cerveau. Le protocole standard propose,

---

<sup>5</sup> Marilyn Luber, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols: Special Populations*, 15 septembre 2009; *Basics and Special Situations*, 15 juillet 2009; *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Disasters: Models, Scripted Protocols*, 28 février 2014.

<sup>6</sup> Shapiro, E. & Laub, B. *The Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP): An Integrative Protocol for Early EMDR Intervention (EEI)*. In M. Luber (Ed.), *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-made and Natural Disasters: Models, Scripted Protocols and Summary Sheets*. New York: Springer Publishing Company

<sup>7</sup> Arnold J. POPKY, Ph.D, DeTUR<sup>TM</sup>, *Desensitization of Triggers and Urge Reprocessing, A New Approach to Working with Addictions and Dysfunctional Behaviors*, Copyright © 2007

par exemple, les associations libres; le R-TEP quant à lui préconise le traitement télescopique<sup>8</sup> ou la stratégie EMD, qui est un travail guidé et cadré sans laisser les associations libres venir de manière systématique. Il existe d'autres types de navigation. Ce choix de navigation est un choix clinique et doit être adapté au type de problème et surtout au type de réseau de mémoire dysfonctionnellement stocké auquel on a à faire.

Face à un problème donné, nous pourrions appliquer un protocole spécifique. C'est parfois suffisant, mais comprendre pourquoi appliquer ce protocole plutôt qu'un autre est primordiale pour s'ajuster au problème du patient. Et c'est là où l'on différencie le fait d'utiliser l'EMDR comme un simple outil ou comme une psychothérapie complète. Par exemple, prenons un patient qui a vécu une agression un mois auparavant. Il sera tout indiqué de choisir le R-TEP comme manière de traiter son problème: il décrit la manière d'aborder le réseau de mémoire dysfonctionnellement stocké (la porte d'entrée) et la manière de travailler par le traitement télescopique (la navigation). Nous n'avons plus qu'à appliquer le protocole... Pourtant, il faut comprendre que séparer l'événement en points de perturbations est important pour passer d'une diachronie en une synchronie de l'événement. C'est d'autant plus important si le patient a vécu une fuite panique ou une fugue dissociative et qu'une partie de l'information de l'événement n'a pas été encodé dans le cerveau. Pour redonner une synchronicité mais aussi lui redonner un sentiment continu d'existence nous devons fractionner l'événement en points de perturbations chronologiques. C'est de cette manière que l'on pourra aider le patient à intégrer l'aspect multi-fragmentaire du traumatisme récent.

Donner du sens à notre pratique est central, le risque serait d'appliquer un protocole pour un problème de manière systématique et mécanique. Par exemple, un trouble addictif pourra très bien être traité avec le DETUR pour un patient et traité différemment pour un autre. Un autre exemple est de comprendre pourquoi le traitement télescopique est autant utile pour les interventions EMDR précoces que pour les structures dissociatives de l'identité.

### **Cas Cliniques**

#### 1- Louise

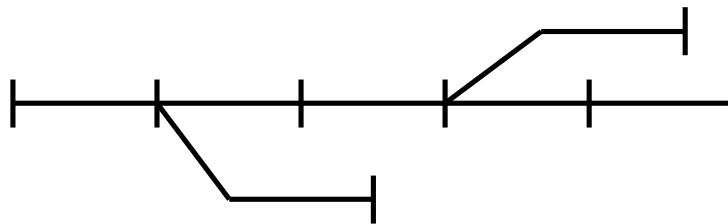
Le premier cas est celui de Louise. Elle a vécu une agression physique et sexuelle. En rentrant un soir chez elle, elle se fait aborder par un homme qui l'entraîne de force dans une

---

<sup>8</sup> Shapiro Elan, ibid.

ruelle déserte. Louise vient consulter environ 3 semaines après l'événement: le médecin de la médecine légale lui avait conseillé de prendre rendez-vous avec un psychologue spécialisé en psychotrauma. Son score IES-R est de 60, le score le plus élevé étant celui de l'échelle des symptômes intrusifs. Louise souffre d'un état de stress post-traumatique et sa qualité de vie a énormément diminué depuis l'événement (trouble de sommeil et de l'appétit, aboulie, anhédonie, flash-back et cauchemars, attaques de panique). Louise n'a jamais vécu d'événements comme celui-ci, elle a eu une enfance relativement heureuse avec une famille soutenante et aimante. Le type de traumatisme est de type I (un événement unique sans contexte signifiant avec d'autres traumatismes).

Nous pouvons représenter le réseau de mémoire dysfonctionnellement stocké de Louise par ce diagramme.



1. Représentation graphique d'un réseau de mémoire dysfonctionnellement stocké dans le cas d'un événement récent.

Le trait central horizontal représente le réseau de mémoire dysfonctionnellement stocké principal, c'est-à-dire en rapport direct avec l'événement. Les traits verticaux représentent les cibles (en l'occurrence les points de perturbations). Les traits qui partent en oblique au dessus et en dessous représentent d'autres réseaux de mémoire qui se sont connectés et commencent à se ramifier. On peut voir que dans cet exemple, c'est un réseau de mémoire court avec peu d'associations vers d'autres informations.

Contrairement à ce que l'on pourrait peut-être penser, ce type de cas est rapide à traiter en EMDR. Pour la "porte d'entrée", un protocole de type R-TEP semble tout indiqué et la manière de naviguer dans le réseau de mémoire sera par traitement télescopique. Ces deux choix coulent de source dans le traitement des événements récents... tant que nous savons pourquoi nous le faisons:

- Besoin de traiter l'aspect multi-fragmentaire du traumatisme.
- Besoin de redonner de la synchronie par rapport à l'événement et de manière plus générale pour l'intégrer dans la vie du patient. Pour cela les phases narratives puis micro et macro du R-TEP sont pertinentes.
- L'événement date d'il y a moins de 6 mois et le réseau de mémoire est encore très malléable, il n'y a pas de fixité mnésique pour le moment, le traitement télescopique permet donc une intervention ciblée et circonscrite.

## 2- Pauline

Le deuxième cas est celui de Pauline. Elle a grandi en ayant une relation particulière à sa mère. Cette dernière la maintenait dans une relation fusionnelle, lui interdisant d'avoir son opinion propre, ses propres envies... Pauline était instrumentalisée. Sa mère la laissait souvent seule, elle se sentait abandonnée et la cherchait partout. Ensuite sa mère revenait pour la reconforter.

De plus elle a été exposée à des scènes sexualisées de façon précoce. Pauline dira durant sa thérapie "ma mère m'a violée les oreilles" faisant référence aux sons d'ébats sexuels auxquels sa mère l'exposait volontairement et régulièrement. Elle me fut adressée après une bouffée délirante aiguë qui survint une semaine après son deuxième accouchement (elle avait 31 ans à ce moment là) : elle fit une semaine d'insomnie complète et se croyait morte en revoyant des personnes décédés de son passé.

On peut évaluer les traumatismes de Pauline de *type II B-NR*<sup>9</sup> :

- traumatismes multiples avec contamination des réseaux de mémoires
- elle est incapable de cloisonner les souvenirs les uns des autres et ils font tous irruption quand elle commence à parler d'un, si bien qu'elle se perd elle même dans l'explication de ce qu'elle a pu vivre
- et sans résilience antérieure.

Pauline a vécu un empoisonnement psychique: elle a grandi dans un milieu toxique où l'anormalité est devenue sa normalité et où cette toxicité a influencé son développement identitaire.

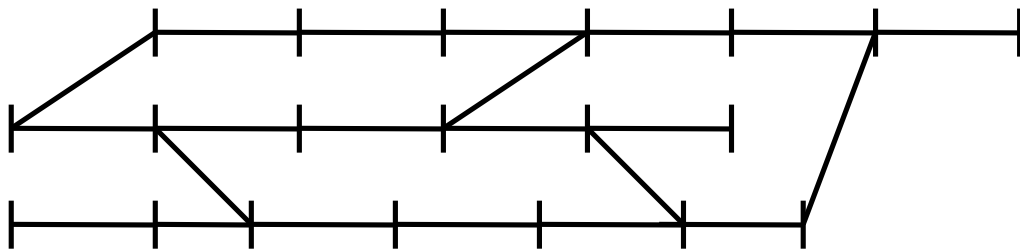
Après une hospitalisation de courte durée aux urgences psychiatriques et une médication anxiolytique par Atarax, Pauline se sent légèrement mieux mais ne comprend pas ce qui s'est

---

<sup>9</sup> Malt et Weisaeth 1989, in Babette Rothschild, Françoise Ducène et Marie Schils, *Le corps se souvient : Mémoire somatique et traitement du trauma*, 2008

passé. Elle se sent en décalage par rapport à sa vie, elle a des troubles de l'attention et de la concentration, elle a une peur constante que sa mère l'appelle ou passe la voir, elle ressent un vide intérieur, différents troubles somatiques "clignotent" (problèmes cutanés, digestifs, douleurs qui vont et qui viennent, etc..), et elle a peur de ne pas arriver à se reconnecter avec sa fille nouvellement née. Tous ces symptômes ne sont pas nouveaux ils étaient déjà présentés dans la vie de Pauline avant sa BDA.

Nous pouvons représenter le réseau de mémoire dysfonctionnellement stocké de Pauline par ce diagramme.



2. Représentation graphique d'un réseau de mémoire dysfonctionnellement stocké dans le cas d'un empoisonnement psychique.

Les traits horizontaux représentent différents réseaux de mémoires dysfonctionnellement stockés: on peut dire que chaque trait horizontal représente un pattern et donc pourraient donner un plan de ciblage indépendant. Les traits verticaux sont les cibles appartenant à chaque plan de ciblage. On remarque que dans cette représentation graphique, il y a trois réseaux de mémoires principaux (donc trois patterns) et qu'il existe des ponts entre chacun d'eux. Pour illustrer mon propos je me propose de résumer les patterns principaux de Pauline qui ont débouchés sur la création des trois plans de cibrages :

1- *Je n'ai pas de valeur, en conséquence je ne compte pas, je n'existe quasiment pas; je ne suis aimable que si je plais à ma mère* (CN principale: "je ne vaux rien"): comportements répétitifs de dépendance affective, de séduction affective et de recherche d'attention.

2- *Sans ma mère je suis en danger, si elle m'abandonne je peux mourir* (CN principale: "je suis en danger"): Comportements répétitifs d'évitement de la solitude, du silence et du vide, pouvant amener à une pseudo "phobie" de type agoraphobie.

3- *Paradoxalement je ressens du dégoût à la proximité de ma mère. Cette boule dans mon ventre me vide, m'aspire comme un trou noir: je suis coincée dans mon corps avec cette partie*



*de moi qui ne m'appartient pas, que je ne comprends pas, et qui me rend sale* (CN principale: "je suis prisonnière"): comportements manipulateurs.

Ce résumé des trois patterns de Pauline sont représentés graphiquement par les trois traits horizontaux de notre schéma N° 2. On remarque nettement que ces trois réseaux ne sont pas indépendants et qu'il existe de nombreuses interconnexions entre eux. C'est souvent le cas des patients ayant une structure dissociative de l'identité de type II (et c'est encore plus vrai du type III : les troubles dissociatifs de l'identité: TDI)

C'est un cas très compliqué, qui demandera une bonne vision d'ensemble pour accompagner Pauline dans un processus de traitement adaptatif de l'information. Pour aborder les problèmes, le choix sera fait de travailler avec un protocole en oscillation entre le présent et le passé (et parfois le futur pour ancrer quelques ressources). Pour naviguer dans le réseau de mémoire dysfonctionnellement stocké il sera choisi de travailler au début avec le traitement télescopique.

Pourquoi ces choix? :

- Pauline risque à tout moment de glisser à deux pieds dans le passé et elle a besoin qu'on l'aide à rester constamment dans cette attention duale qui est centrale au travail en EMDR. C'est pourquoi le travail en oscillation pourra lui permettre de commencer à faire une différence entre une information issue de son enfance et une information issue du présent, elle va apprendre que les différents événements sont finis. De plus, le besoin de travailler un problème du passé et son déclencheur au présent est important pour les structures dissociatives.

- Pauline va inviter de nouveaux souvenirs dans le processus, de nouvelles associations vont se faire constamment et elle va se retrouver submergée par des abréactions de plus en plus fortes qui l'amèneront à ne plus tolérer le processus. C'est pourquoi le traitement télescopique est très intéressant pour ces personnes car cela va leur permettre d'expérimenter le processus de traitement adaptatif de l'information de manière positive en traitant complètement une cible (et surtout avec une phase 5) et à en ressentir le soulagement. De plus c'est très cadrant pour eux, car ces patients ont souvent l'impression "d'exploser" et de ne plus pouvoir contenir ce qu'il y a en eux, ils se perdent littéralement dans leurs souvenirs. Certains patients ont l'impression que le contour de leur corps devient flou, qu'il ne leur permet plus de rassembler les morceaux, d'autres se sentent aspirés de l'intérieur comme tombant dans un trou noir. Le traitement télescopique permet à ces patients un début de réassociation et leur donne plus de contenance.

Pour citer Alice au pays des merveilles, récit pour le moins axé sur la dissociation, au moment où Alice mange du gâteau pour rapetisser puis bois une boisson pour grandir:

*"Bientôt il ne restera plus assez de moi-même pour faire une personne à part entière!"<sup>10</sup>*

## **Conclusion**

Ainsi, la compréhension du modèle du *Processus de Traitement Adaptatif de l'Information* (PTAI) est primordiale pour bien travailler en thérapie EMDR. Mon point de vue est que nous devons toujours donner du sens à ce que nous faisons, et éviter d'appliquer un protocole de manière aveugle juste parce qu'il est indiqué pour un problème qui ressemble à celui de notre patient.

Le modèle qui sous-tend la pratique de la thérapie EMDR est novateur et bien spécifique à cette thérapie, bien le comprendre est important pour savoir comment appliquer l'EMDR à d'autres troubles que le syndrome de stress post-traumatique et l'état de stress aiguë. Plus l'EMDR évolue et plus nous nous rendons compte que nous pouvons l'appliquer dans de nombreux domaines, mais le risque est que l'on s'y perde dans la myriade de protocoles qui existent désormais et que l'on ne sache plus pourquoi cette thérapie est applicable dans toutes ces situations. Au delà de connaître les protocoles spécialisés, l'important est donc de saisir l'essence de l'EMDR: le modèle du *Processus de Traitement Adaptatif de l'Information*.

---

<sup>10</sup> Lewis Caroll, Alice au pays des merveilles, 1865