

Origines et usages du protocole EMDR “opaque pour le thérapeute”

David C. Blore

Université de Birmingham, Université de Teeside, David Blore Associates Ltd., York, Royaume-Uni

E. Manda Holmshaw

Moving Minds Psychological Management & Rehabilitation Ltd., Londres, Royaume-Uni

Ann Swift

South West Yorkshire NHS Foundation Trust, Royaume-Uni

Sally Standart

Northumberland, Tyne and Wear NHS Trust, Royaume-Uni

Deborah M. Fish

Université Birmingham City, Royaume-Uni

Le protocole “opaque pour le thérapeute” (*blind-to-therapist*) (Blore & Holmshaw, 2009a, 2009b) a été conçu pour contourner les réticences du patient à décrire le contenu de ses souvenirs traumatiques au cours de la désensibilisation et du retraitement par les mouvements oculaires (EMDR). Il a été utilisé auprès d’au moins six sortes de cas cliniques :

- Réaffirmation du contrôle chez des “décideurs exécutifs”
- Un cas de honte et de gêne
- Minimiser les risques de traumatisme secondaire du thérapeute
- Problèmes d’ordre culturel : éviter qu’un compatriote soit témoin de sa détresse
- Besoin de la présence d’un interprète mais prévenir les “fuites” d’informations
- Réduire le risque de décrochage au cours du traitement : un patient avec un bégaiement important

Cet article détaille l’historique, le développement et le statut actuel du protocole et illustre chacune de ces utilisations par des vignettes cliniques. Sont également abordées les difficultés rencontrées lors de l’utilisation du protocole et de la transition vers le protocole standard.

Mots-clés : désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (EMDR); protocole opaque pour le thérapeute ; approche centrée sur le patient ; honte et culpabilité ; aphasie

Francine Shapiro (2001) a indiqué que la divulgation des informations n’est pas cruciale pour la réussite du traitement EMDR. Parfois, en effet, le patient est réticent à se concentrer sur un souvenir particulier parce qu’il ressent de la honte ou de la culpabilité. Le clinicien doit alors le rassurer : dans la mesure où le retraitement se fait de façon interne, il n’a pas besoin de révéler les détails du souvenir ; il lui

suffit de signaler qu’il y a quelque chose qu’il ne dit pas (p. 132).

D’après les expériences actuelles des auteurs, la frontière est mince entre le fait, d’une part, de respecter ce que souhaitent les patients, et la nécessité, d’autre part, d’en savoir assez pour les engager dans le travail EMDR. On peut même affirmer que ce thème traverse plusieurs protocoles de

This article originally appeared as Blore, D. C., Holmshaw, E.M., Swift, A., Standart, S., & Fish, D. M. (2013). The Development and Uses of the “Blind-to-Therapist” EMDR Protocol. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 95–105. Translated by François Mousnier-Lompré.

désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) et constitue le fondement des protocoles EMDR de base définis par F. Shapiro (1995, 2001), qu'on a par la suite complétés par une série de modifications pour les adapter aux besoins individuels du patient en EMDR (voir, par exemple, Luber, 2009 ; R. Shapiro, 2005, 2009). Cette évolution concourt à la réputation de l'EMDR, thérapie centrée sur le patient (ex : F. Shapiro, 2007 ; cf. aussi Dworkin, 2005, pp. 8-10), ce qui signifie qu'il incombe au thérapeute de concevoir des méthodes permettant de contourner les difficultés rencontrées par les patients EMDR, plutôt que de s'attendre a priori à ce que ceux-ci se conforment aux exigences préétablies du protocole EMDR.

Le protocole opaque pour le thérapeute représente une de ces tentatives de s'adapter aux souhaits du patient, et, bien que son utilisation actuelle concerne pour l'essentiel des questions de honte et de culpabilité, ce n'était pas là le point de départ de ce protocole.

Historique de la création du protocole opaque pour le thérapeute

L'évocation, dans la littérature, de difficultés entourant la divulgation des souvenirs/images cibles avant la désensibilisation par l'EMDR remonte au moins à 1993 (Blore, 1997) ; cette année-là, une première version du protocole opaque pour le thérapeute avait été utilisée auprès de mineurs et de secouristes, après la catastrophe des houillères de Bilsthorpe, au Royaume-Uni, en août 1993. Dans un examen critique portant sur le traitement EMDR administré à 28 rescapés de cette catastrophe (Blore, 1997), on peut lire que 423 souvenirs traumatiques ont été traités, parmi lesquels 20 souvenirs (4,7% du total) sont répertoriés comme "souvenirs traumatiques anonymes" (Blore, 1997, p. 93), c'est-à-dire que les cibles n'étaient pas décrites conformément aux exigences habituelles de la phase 3 (F. Shapiro, 2001). Blore (1997) attribuait, à l'origine, cette réticence à révéler le matériel à une interaction entre la culpabilité et la nature foncièrement "machiste" de l'industrie minière au Royaume-Uni à l'époque (p. 93). La méthode adoptée pour appliquer l'EMDR était le protocole EMDR standard, mais avec les deux importants changements suivants :

- Les images-cibles étaient étiquetées "A", "B", "C" et ainsi de suite, et non identifiées selon les exigences normales de la phase 3.
- Autre point peu clair dans l'article original, aucune tentative n'était faite pour identifier une cognition négative (CN) ou positive (CP).

Il a été également rapporté que :

- une image, étiquetée "D", a produit spontanément la CP : "Je suis convaincu que j'ai fait du mieux que j'ai pu", et pourtant,
- le même mineur refusait toujours de décrire l'image originale après la conclusion positive du traitement EMDR.

Il est également intéressant de noter qu'on a soupçonné la culpabilité d'être, en dernière analyse, responsable de la non-divulgation (Blore, 1997), tout à fait comme F. Shapiro l'avait prédit (F. Shapiro, 1995, p. 129 ; 2001, p.132).

La question de la rétention du contenu des images avait également été soulevée en 2001 (description de cas non publiée du premier auteur ; voir également Blore & Holmshaw, 2009b, p. 223) en relation avec le traitement EMDR d'un capitaine de navire impliqué dans un accident évité de justesse avec un autre navire. On s'était servi avec lui de la même stratégie qu'avec les mineurs, mais ce n'est que plus tard que le capitaine annonça: "Tout ce qu'on m'a appris signifie que je dois toujours garder le contrôle". A l'époque, ce commentaire n'avait pas été remarqué. Avec le recul, les commentaires du capitaine devaient s'avérer importants. Le dilemme de base était qu'il croyait "devoir" contrôler à tout moment son navire, mais la "source" de ce "devoir" ne se trouvait que dans son manuel de formation. Comment la réalité de la situation qui s'était effectivement produite (à savoir qu'il avait apparemment perdu brièvement le contrôle) avait-elle été gérée ? D'abord, Tedeschi & Calhoun (2004) ont conseillé au thérapeute "... de se montrer tolérant et respectueux envers l'utilisation de certains biais cognitifs bénins" (p. 413). Cette croyance du capitaine selon laquelle il contrôlait absolument son navire en est un exemple. Ce "biais cognitif" existait chez quelqu'un qu'on pourrait décrire comme un "décideur exécutif", autrement dit quelqu'un qui devait effectivement avoir la confiance en soi nécessaire pour prendre des décisions unilatérales en cas de besoin – une personne ayant un locus de contrôle interne fortement ancré, ce qui, en retour, laisse présager d'une résistance à l'influence des autres (Crowne & Liverant, 1963).

Thompson (1981) a également fait valoir que les situations difficiles provoquent des tentatives de reprise de contrôle. Finalement, donc, il semblait y avoir une raison à la non-divulgation, qu'il s'agisse des mineurs, des sauveteurs ou du capitaine de navire : la formation de la personne allait à l'encontre de la réalité que la situation traumatique allait produire par la suite. Afin de minimiser la dissonance cognitive générée en

lui par cette situation, le patient individuel retrouvait du contrôle en ne divulguant pas les informations.

Il a été noté, à partir de 2003, que les équipes ferroviaires au Royaume-Uni, en particulier les conducteurs de trains, étaient également réticents à décrire les détails de certains souvenirs traumatiques. La stratégie “A, B, C”, décrite plus haut, a été utilisée de nouveau. La question qui se posait évidemment était de savoir si ces équipes pouvaient être placées dans la catégorie des “décideurs exécutifs”. Lors d’un audit ultérieur, en 2004 (voir également Blore, 2005), sur une période d’un an, on a constaté que 21 conducteurs de trains avaient été traités en EMDR (sur 62 membres d’équipage de la même société de chemins de fer pendant la même période). Bien que les conducteurs eux-mêmes aient choisi toutes les cibles, 11 d’entre eux se sont montrés réticents à décrire le contenu des cibles en détail, et 3 conducteurs (14,3%) avaient complètement refusé de décrire les images-cibles. Là encore, on supposait qu’une culture machiste de la profession avait pu jouer, mais cette fois, il était noté que, comme pour le capitaine du navire, il existait aussi chez ces conducteurs une croyance fermement ancrée, provenant de leur formation, concernant le “contrôle”.

Un nouveau protocole émerge

Avec l’expérience, il devenait clair que les points suivants étaient importants :

- Il ne fallait pas considérer le refus de décrire les images comme un “simple comportement d’évitement”.
- Aider les patients à ne pas divulguer le détail de leurs images ne constituait pas une collusion mais conduisait généralement à leur divulgation et à l’utilisation du protocole standard plus tard dans le traitement.
- Il y avait une difficulté persistante à obtenir les CN, et les tentatives de trouver des CN produisaient davantage de refus encore.
- Dans la mesure où il n’était pas possible d’obtenir de retour précis de la part des patients à la fin des séquences de mouvements oculaires, la seule question pertinente était de demander s’il s’était produit “un changement ou pas de changement”.
- Il fallait donc expliquer aux patients en quoi consistait le “changement” au cours de la préparation de Phase 2.
- Employer la stratégie A, B, C était trop lourd et conduisait à de la confusion et au décrochage du traitement.
- Des CP émergeaient souvent spontanément lors de la phase de désensibilisation (phase 4).

Après diverses modifications, le protocole opaque pour le thérapeute fut publié (Blore & Holmshaw, 2009a). Voici, brièvement, en quoi il consiste :

- Repérage d’une réticence ou d’un refus de décrire les événements / les cibles – surtout en détail – au cours de n’importe laquelle des phases préliminaires du protocole EMDR standard.
- Explications au patient concernant le fait que le traitement EMDR ne sera pas affecté si du matériel ne peut être divulgué.
- Avant la désensibilisation, explications concernant le changement, de sorte que les retours du patient entre les séquences de stimulation bilatérale (SBA) consistent simplement à dire si un changement a eu lieu ou non.
- Associez à l’image-cible non divulguée un mot-indice (cela remplace le système de lettrage utilisé auparavant).
- En phase 3, ne tentez pas d’obtenir une CN ni une CP ni, par conséquent, une validité de la cognition.
- Commencez la première séquence de SBA en disant “notez (mot-indice), (émotion) et (localisation)”.
- Procédez comme d’habitude.
- La divulgation peut ne jamais se produire, mais des CP émergent fréquemment lors de la désensibilisation.
- Même si vous avez une CP, ne tentez pas d’identifier une CN.
- Recherchez une CP en phase 5 ou proposez de reformuler une cognition positive apparue lors de la phase de désensibilisation. Procédez comme d’habitude.
- Scanner corporel comme dans le protocole standard.
- Phases de clôture et de réévaluation comme dans le protocole standard.

Blore & Holmshaw (2006) ont rapporté que des patients qui ne pouvaient pas ou ne voulaient pas décrire les images-cibles étaient toujours d’accord pour entreprendre le traitement EMDR en utilisant le protocole opaque pour le thérapeute, et qu’ils passaient fréquemment de nouveau au protocole standard plus tard au cours du traitement.

Vignettes cliniques : différentes utilisations du protocole opaque pour le thérapeute

A ce jour, la version actuelle du protocole opaque pour le thérapeute a été utilisée avec au moins six formes de présentation clinique, comme les vignettes suivantes le montrent ; les deux premières ont été présentées à l’origine sous forme d’affiche et ont été mises à jour ici. La dernière est une variante du protocole opaque pour le thérapeute.

Vignette 1 : réaffirmation de sa propre maîtrise chez des “décideurs exécutifs” (Blore & Holmshaw, 2009a)

En 2004, alors âgé de 38 ans, le conducteur d'un train roulant à 200 km/h fut impliqué dans une collision mortelle avec un homme de 60 ans qui s'était jeté sur la voie. Des enquêtes internes et externes avaient ensuite disculpé le conducteur : l'audition d'un coroner avait révélé que la personne accidentée était déprimée depuis plus d'un an et qu'au moment de son décès, elle fréquentait une clinique psychiatrique en ambulatoire. Le conducteur du train, orienté vers un traitement EMDR, souffrait d'un état de stress post-traumatique (ESPT ; American Psychiatric Association (APA), 2000) et était très réticent à décrire les souvenirs associés au moment de l'impact. Il se sentait toujours – en dépit des tentatives de ses employeurs, de la police des transports britannique et du coroner de le rassurer – entièrement responsable du décès de cet homme. Il fut établi lors de l'évaluation EMDR que le niveau de responsabilité perçu par le conducteur était étroitement associé au fait qu'on lui avait appris, lors de sa formation, à *toujours* garder le contrôle sur le train qu'il conduisait. Et le suicide “prouvait” (à ses yeux) qu'il ne contrôlait pas son train. Comme on l'a dit plus haut, Thompson (1981) a montré qu'en de telles circonstances, les patients essaieront de réaffirmer leur maîtrise, et c'est probablement ce qui se passa au cours du recueil de l'histoire en EMDR.

On fit de l'EMDR en utilisant le protocole opaque pour le thérapeute. La cible non divulguée était désignée par le mot-indice “27”.

Les premières séries de SBA donnèrent lieu à des abréactions, mais le patient n'utilisa pas le lieu sûr installé précédemment. Après plusieurs séries de mouvements oculaires, il annonça tout à fait spontanément qu'il avait utilisé les freins d'urgence et que le train s'était arrêté plus de 500 mètres plus loin sur la voie. Il décrivit ensuite les diverses procédures de “sécurité sur les voies” qu'il avait mises en œuvre, et déclara finalement qu'il n'aurait rien pu faire de plus. En revenant à la cible “27”, il décrivit les détails de ce qui s'était passé et fut capable, à partir de ce moment, de fournir des réponses classiques, révélant même que le chiffre 27 était lié à une borne kilométrique qu'il avait vue immédiatement avant l'impact. Le traitement EMDR se poursuivit avec le protocole standard et fut terminé en cinq séances. Le conducteur de train ne présentait plus de symptôme à la fin de la thérapie. Plus tard, il fut évalué indépendamment en vue d'un retour sur des postes à risque, et il recommença à

conduire des trains. Huit ans après le traitement, sans autre intervention entretemps, il conduisait toujours des trains, sans aucune difficulté.

Vignette 2 : éviter la honte et la gêne (Blore & Holmshaw, 2009a)

Une femme de 54 ans qui avait subi des abus sexuels entre 7 et 11 ans avait, dans le passé, entrepris des thérapies pour des symptômes d'ESPT complexe, sans véritable succès. Elle avait été orientée cette fois vers l'EMDR, ses souvenirs s'étant trouvés réactivés lorsqu'elle avait découvert qu'une de ses nièces avait été agressée sexuellement. Au cours de l'évaluation, la patiente révéla qu'un souvenir la troublait en particulier. Apparemment, son agresseur, décédé bien des années auparavant, n'avait jamais été confronté à ce qu'il avait fait et, de fait, personne d'autre qu'elle-même ne connaissait les détails précis de ce qui s'était passé. Lors de son évaluation, on découvrit que la patiente souffrait à la fois d'ESPT et de dépression chronique et elle expliqua qu'elle ne pouvait pas parler de l'image parce que c'était “trop dégoûtant à entendre”. Par conséquent, non seulement la patiente ne voulait pas discuter de l'image, mais elle ne voulait pas non plus traumatiser les autres. Le traitement EMDR fut donc conduit en utilisant le protocole opaque pour le thérapeute. On convint de désigner par le mot-indice “lampadaire” la cible à ne pas divulguer.

Les premières séquences de mouvements oculaires furent marquées par peu ou pas de changement, puis il y eut des changements rapides et des abréactions. Finalement, le “lampadaire” devint moins inquiétant et se transforma en : “Il est parti”, ce qui fut l'unique indice du contenu de l'image. La patiente identifia une CP (quoique formulée négativement : “Je vais bien, je sais que ce n'est pas ma faute”); et elle admit plus tard qu'elle avait cru pendant plusieurs décennies que ce qui s'était passé était sa faute (en divulguant la CN après la phase 4 et en identifiant la CP). Le déclencheur actuel (l'agression sexuelle dont avait été victime sa nièce) fut ensuite désensibilisé sans difficulté en suivant le protocole standard. Quand elle quitta la thérapie, elle déclara qu'il y avait des années qu'elle ne s'était pas sentie aussi bien. Quatre ans après, la patiente, qui n'avait pas entrepris d'autre thérapie, était décrite comme “épanouie”.

Vignette 3: réduire les risques de traumatisation secondaire

Un homme de 36 ans, défiguré lors d'un grave accident sur son lieu de travail, fut orienté vers l'EMDR. Ses blessures ne se voyaient presque plus, elles avaient

bien cicatrisé sur une période s'étendant sur plus de deux ans. Il se trouva qu'un proche de la thérapeute EMDR avait subi les mêmes blessures au travail dix ans plus tôt ; la thérapeute, qui avait à l'origine une formation d'infirmière, révéla en supervision qu'elle avait été très troublée par l'histoire de son patient. Elle avait eu, dit-elle, des images intrusives des blessures de ce proche, ainsi que d'une diapositive d'une grave blessure similaire qu'on avait projetée sur grand écran au cours de sa formation d'infirmière. Il fut décidé, au cours de la supervision, qu'elle utiliserait le protocole opaque pour le thérapeute, pour minimiser le risque d'être confronté à d'autres images perturbantes. De plus, on conseilla à la thérapeute de faire de l'EMDR sur ses propres souvenirs (cf. F. Shapiro, 2001, p. 132, relativement à la suggestion que le clinicien s'administre lui-même des séquences d'EMDR après les séances).

Le patient ayant été informé de la nature du changement, conformément à l'usage normal du protocole opaque pour le thérapeute, et ayant identifié deux cibles, l'une désignée par le mot-indice "papier" et la seconde par le mot-indice "instructions", le traitement se déroula relativement sans difficulté jusqu'à ce qu'un point récurrent de "pas de changement" apparaisse dans les retours donnés par le patient. Comme les stratégies classiques de déblocage ne semblaient pas fonctionner et qu'il n'était pas possible d'utiliser un tissage cognitif, on utilisa un tissage visuel, pour lequel on demanda au patient de trouver une seconde image et de la placer à côté du souvenir-cible. Cette seconde image devait représenter une "résolution" de l'image-cible – en d'autres termes, un résultat adapté. Avec les deux images en place, on recommença les SBA. Le patient dit alors : "... 'papier' est passé à l'arrière-plan, et la nouvelle image est passée devant..." – c'est-à-dire que le changement avait désormais eu lieu. La suite du traitement montra une évaluation des unités subjectives de perturbation (SUD) à 0 et on revint au protocole standard en demandant au patient de trouver une CP.

Des circonstances extérieures empêchèrent la thérapeute d'avoir un traitement pour elle-même jusqu'à la fin du traitement de son patient. Lors de la supervision suivante, la thérapeute rapporta qu'elle avait encore "produit" sa propre imagerie au cours des séances, mais que l'utilisation du protocole opaque pour le thérapeute l'avait énormément aidée en "ne lui imposant pas d'écouter les descriptions détaillées des images du patient". Au moment de l'écriture de cet article, 18 mois après la fin de cette thérapie, ni le patient, ni la thérapeute EMDR, ne rapportaient plus aucune difficulté.

Vignette 4: problèmes culturels – éviter de montrer sa détresse à un compatriote

Un Iranien célibataire de 32 ans, qui parlait uniquement le farsi, avait été emprisonné sans jugement, torturé et fouetté publiquement en Iran. Le patient fut traité au Royaume-Uni en EMDR, en présence d'un interprète. Il rapportait qu'il avait eu constamment peur d'être exécuté et qu'il avait été, à plusieurs reprises, amené devant un peloton d'exécution. Il était capable de parler de tous ces événements, mais il identifia un trauma, survenu dans sa petite enfance, qu'il choisit de ne pas décrire. Il semblait qu'il était réticent à divulguer la cible à cause de l'intensité des émotions qu'aurait engendrées cette description. Par-dessus tout, le patient ne voulait pas que l'interprète soit témoin de sa détresse.

Après en avoir discuté en supervision, il fut décidé d'utiliser le protocole opaque pour le thérapeute et la situation fut gérée de la façon suivante : l'interprète resterait dans la pièce pendant le recueil de l'histoire du patient et pendant les phases de préparation et d'évaluation. Conformément au protocole opaque pour le thérapeute, on expliqua par des exemples les changements susceptibles de se produire après les séquences de SBA et l'on aborda en même temps, de façon classique, les craintes et les attentes du patient. Lors de la phase de préparation, il fut convenu de se référer aux cibles par de simples mots-indices et d'employer un langage basique par signes pour indiquer s'il y avait eu un changement ou non après les SBA. Une fois qu'on se fut assuré que les phases préparatoires avaient été menées à bien, y compris l'évaluation de la cible, on demanda à l'interprète de quitter la pièce en lui disant qu'on le rappellerait périodiquement.

Pendant les premières séquences de SBA, des larmes coulaient sur le visage du patient et il était clair qu'il était en contact avec le souvenir-cible. Entre les séries, le thérapeute signalait une demande en levant les sourcils et, au début, le patient haussait les épaules. Mais à mesure que le traitement se poursuivait, le langage corporel du patient se mit rapidement à signaler un changement et la détresse sur son visage se mua en une expression d'intérêt, jusqu'à ce qu'il tourne la tête et dise : "OK". Après une nouvelle série d'EMDR, on demanda à l'interprète de revenir dans la pièce. Une courte pause du traitement s'ensuivit, au cours de laquelle le patient accepta que ses retours soient traduits en anglais. On choisit ensuite une nouvelle cible et l'on répéta tout le processus (avec l'interprète quittant la pièce). Plus tard, le patient put mener à terme le protocole standard en présence de l'interprète.

Un an après la fin de sa thérapie, le patient s'inscrivait à l'université afin d'apprendre l'anglais. Au moment de l'écriture de cet article, il va bien et s'adapte à la vie en Angleterre.

Vignette 5: nécessité de la présence d'un traducteur et prévention des "fuites" d'informations

Un praticien en médecine générale adressa un combattant libyen pour la liberté de 37 ans à une clinique EMDR pour le traitement de souvenirs concernant des agressions physiques répétées. La lettre de référence du médecin comprenait la photocopie d'une seconde lettre, écrite en anglais par le cousin du patient, expliquant la nécessité de "... grande prudence..." car les informations seraient très certainement "... récupérées au niveau gouvernemental..." et la "... famille serait en danger de mort." Le thérapeute, en voyant le patient et en lui expliquant l'EMDR, proposa – par l'intermédiaire de l'interprète – de mener le traitement avec un minimum absolu d'informations. Cette décision fut prise parce qu'on supposait que l'identification du moindre contenu des souvenirs aurait pu permettre d'identifier la famille du patient en Libye. Cependant, en raison de la nécessité d'une traduction, il n'était pas possible de demander à l'interprète de quitter la pièce (comme dans le scénario précédent). La ressource d'un lieu sûr fut assez facilement installée et des explications, ainsi que des exemples des changements se produisant souvent avec l'EMDR, furent donnés – là encore sans autre référence au contenu des souvenirs que leurs associations avec "des émotions fortes". On mit particulièrement l'accent sur la possibilité de très petits changements dans le souvenir, après les SBA, en utilisant une métaphore concernant le scénario courant de compétition entre deux images, en apparence les mêmes, mais avec l'énoncé "trouver dix différences". On poursuivit avec des démonstrations de la manière dont procède l'EMDR.

On nomma la première cible du mot-indice "rue" et on rappela au patient que lorsque les mouvements oculaires s'arrêtaient, il n'avait qu'à hocher la tête pour indiquer un changement dans les expériences apparentes du souvenir, tourner la tête de droite à gauche pour indiquer qu'il n'y avait pas de changement, ou hausser les épaules pour exprimer qu'il n'était "pas certain". Les premières séquences de SBA avaient tendance à se terminer par des signes de tête négatifs. Cependant, le patient était visiblement en train de se relâcher, ce qui donnait à penser que des changements se produisaient. Cette contradiction apparente entraîna l'interruption

du travail et la ré-explication de la nature du changement. Le patient avait cru qu'il s'agissait seulement de changements dans l'image. Lorsqu'on reprit le traitement, ses retours après les séquences de SBA devinrent rapidement des hochements de tête.

Le patient rencontra plusieurs problèmes de "blocage du traitement". Le thérapeute rapporta ensuite qu'il avait alors utilisé une stratégie de tissage visuel, qui consistait à "étirer les images ou les manipuler intentionnellement d'une manière ou d'une autre". Nous avons nommé cette stratégie "morphing". L'effet fut immédiat et le traitement put reprendre.

En temps utile, le retour du patient, traduit, révéla qu'il avait spontanément envisagé l'idée : "Nous sommes sains et saufs", qui, il insista sur ce point, était plus importante que "je suis sain et sauf". A partir de ce moment-là, le traitement EMDR fut appliqué à peu près selon le protocole standard.

Pour rendre les choses plus confidentielles, il était nécessaire de faire des changements dans le journal des événements tenu normalement entre les séances. Initialement, on avait pensé que tout ce qu'il écrirait serait en arabe et devrait être traduit ; donc, au lieu d'écrire des mots, il dessina ce qui ressemblait à des images de cartoons exprimant des degrés variables de joie ou de tristesse, et ne donnant ainsi aucune information pouvant fuiter.

Un an après le traitement, le patient se décrit comme "heureux". Sa famille a finalement quitté la Libye dix-huit mois après la fin du traitement EMDR.

Vignette 6: réduire le risque de décrochage dans le traitement : un patient souffrant d'un grave bégaiement

Ce cas diffère des autres vignettes en cela que l'on a utilisé une seule composante du protocole opaque pour le thérapeute au lieu du protocole complet. Le traitement commença avec l'utilisation du protocole standard et une image pleinement identifiée, CN et CP, mais on passa ensuite au protocole opaque pour le thérapeute lorsqu'il devint clair que les retours nuisaient au traitement.

Un technicien en informatique de 31 ans, souffrant de longue date d'un problème de bégaiement, voulait entreprendre un travail thérapeutique sur des souvenirs liés à une agression au travail. Malheureusement, comme le contrat autorisant le traitement excluait de traiter les problèmes antérieurs, la cause de son bégaiement ne fit l'objet d'aucune recherche. La première image cible fut dûment identifiée et, malgré le problème évident provoqué par le bégaiement, la phase 4 commença de façon classique. Cependant, quelques

séries de retraitement détériorèrent considérablement l'élocution du patient, dont les retours prenaient tant de temps que le retraitement s'interrompait régulièrement. La simple mention de "la cible" semblait aggraver le problème et, finalement, on utilisa à sa place le mot-indice "le lieu [nom]". Ensuite, diverses stratégies furent essayées, sans succès, pour encourager des retours brefs. On arrêta donc le travail, on fit l'exercice du lieu sûr, et on discuta de ce qui pourrait faciliter les retours du patient. On décida d'utiliser la méthode du protocole opaque pour le thérapeute. On reprit le traitement, mais le simple fait de dire s'il y avait ou non des changements se révéla trop difficile pour le patient ; finalement, on l'encouragea à indiquer par des signes de la tête les changements post-SBA. Cela fonctionna immédiatement : une série de SBA fut suivie de mouvements de la tête. On voyait moins nettement que dans le protocole classique si un canal avait été "nettoyé" par le retraitement et, rétrospectivement, il y eut plusieurs retours erronés à la cible. Finalement, la désensibilisation fut menée à bon terme, et on obtint une CP. Après un retour à la phase 4, dû à l'émergence d'une seconde cible, on répéta le processus consistant à choisir un mot-indice et à indiquer les changements post-SBA par des mouvements de tête – cette fois-ci beaucoup plus facilement.

A la fin du traitement, l'informaticien était détendu et capable de parler plus librement, avec seulement un faible bégaiement. Il est probable que certains des effets du traitement étaient en rapport avec l'information, donnée plus tard par le patient, que "les thérapeutes précédents avaient renoncé à m'aider", ce qui souligne que le choix d'une approche centrée sur le patient – comme nous y encourage l'EMDR – comporte d'énormes avantages en termes de soulagement de la souffrance. Le patient a rapidement repris le travail. C'était il y a deux ans.

Discussion

Ces vignettes illustrent clairement l'étendue des utilisations du protocole opaque pour le thérapeute dans des présentations cliniques complexes qui, autrement, auraient pu empêcher complètement l'utilisation de l'EMDR. La place centrale du patient dans le traitement est clairement présente aussi, dans la souplesse que donne le fait de pouvoir mener le traitement EMDR, avec ces patients, en se servant du protocole opaque pour le thérapeute. Si les raisons motivant l'usage du protocole étaient variables dans chacune des six vignettes décrites ici (qui sont par ailleurs brièvement présentées ci-dessus dans le Tableau 1), le principe général était que le protocole opaque pour

le thérapeute ne remplaçait pas le protocole EMDR standard, mais le facilitait.

Une explication de la réticence des patients à décrire les images pourrait être leur manque de confiance dans le fait de traduire en mots une expérience intérieure, c'est-à-dire, en d'autres termes, un comportement d'évitement. En effet, il est difficile de soutenir qu'il ne s'agit pas d'un évitement, mais, étant donnée la place centrale du patient dans le traitement EMDR, il incombe au thérapeute de l'aider à surmonter cet hypothétique évitement, au lieu de simplement différer le traitement sous prétexte que le patient n'est pas "psychologiquement prêt" à entrer dans le format de traitement préexistant.

Une autre interprétation possible consisterait à dire que la rétention des détails du contenu est une pure coïncidence. Là encore, c'est peut-être le cas, notamment parce qu'aucune des vignettes ci-dessus n'a été quantifiée de façon systématique ; néanmoins, le problème de la nécessité d'aider les patients à surmonter leurs difficultés reste entier. Curieusement, il existe une troisième possibilité mise en lumière par la deuxième vignette: l'altruisme. Nous manquons ici d'espace pour explorer ce facteur, mais la deuxième vignette pourrait illustrer une forme d'inversion du "centrage sur le patient", dans laquelle celui-ci envisage ses problèmes du point de vue du thérapeute.

Quelles que soient la ou les explications correctes, la prudence est toujours de mise dans l'utilisation du protocole opaque pour le thérapeute. Cela est particulièrement important parce que, en raison du manque relatif d'informations disponibles, la question fondamentale : "Comment puis-je savoir que mon patient a été suffisamment préparé pour passer à l'EMDR ?" est inévitable, mais il faut pouvoir y répondre de façon affirmative. D'une certaine manière, la question peut être tournée ainsi : "Suis-je suffisamment préparé pour utiliser le protocole opaque pour le thérapeute ?"

Bien qu'il reste encore à quantifier l'efficacité du protocole opaque pour le thérapeute de façon formelle, l'expérience clinique est aujourd'hui suffisante pour être en mesure de donner des lignes directrices sur son utilisation. Les questions et réponses qui suivent résument les points cliniques importants à prendre en compte (voir aussi tableau 1) :

- Le patient montre-t-il une réticence à divulguer du matériel, notamment des informations détaillées ? Y a-t-il une explication à cette réticence ?

Il faut particulièrement distinguer une "réticence à divulguer des informations", d'une dissociation ou d'un comportement d'évitement causé par de l'anxiété ou par une préparation insuffisante.

TABLEAU 1. Synopsis des composantes du protocole opaque pour le thérapeute utilisées dans les six vignettes

Composantes du B2T utilisées	Vignette 1 :	Vignette 2 :	Vignette 3 :	Vignette 4 :	Vignette 5 :	Vignette 6 :
Thérapeute conscient de la réticence du patient à divulguer des informations	Oui. Hypothèse : le patient veut rétablir son contrôle	Oui. Demande de la patiente	Oui. Demande de la thérapeute	Oui. Patient "incapable de décrire le trauma d'enfance"	Oui. Avertissement dans lettre photocopiée	Non – la divulgation n'était pas un problème.
Explication de la réticence	Formation du patient	"Trop dégoûtant à entendre"	La thérapeute avait des expériences similaires	Gravité de l'émotion et problèmes culturels	Risques importants pour la famille	Sans objet
Intention en utilisant le B2T	Faciliter travail tout en permettant distorsions cognitives	Travailler à l'intérieur des paramètres demandés par patiente	Minimiser risque de traumatisation secondaire	Respecter souhait du patient que l'interprète ne voie pas l'expression de ses émotions	Minimiser les risques pour la famille	Minimiser le risque de blocage du travail
Information au patient sur le "changement" en EMDR	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui – très en détail	Non
Mots-indices pour les cibles	Oui : "27"	Oui : "lampadaire"	Oui : "papier" et "instructions"	Oui (non exprimé)	Oui : "rue"	Pas nécessaire
Comment le patient exprime le changement après les SBA	Parle	Parle	Parle	Signaux non-verbaux, et dit "OK"	Signaux non-verbaux	Signaux non-verbaux
Usage de tissages	Non	Non	Stratégie des "2 images"	Non	"Morphing"	Non
Émergence d'une CP ou d'un thème CP	Oui (efficace) "J'ai fait de mon mieux"	Oui (formulation négative)	Oui : "je vais bien"	Oui	Oui – mais à la 2 ^e personne (pas à la 1 ^{re})	Oui : "je peux faire face"
Complétion du protocole standard ensuite ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Divulgateur ultérieure de la cible	Oui. "27" sur la borne kilométrique	Non. Apparement motif altruiste	Non	Oui	Non – et modif. du journal du patient	Décrite auparavant
Résultat / suivi	Conduit toujours des trains 8 ans après l'EMDR	Décrite comme "épanouie" 4 ans après EMDR	18 mois après, thérapeute et patient "pas de problème"	12 mois après la thérapie, décrit comme "allant bien" et s'adaptant à la vie britannique ; va étudier l'anglais	12 mois après la thérapie, se décrit comme "heureux". 18 mois après la thérapie, la famille a quitté la Lybie	Repris le travail dans la semaine après la thérapie. Toujours au travail deux ans après.

Note : EMDR = désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires ; SBA = stimulations bilatérales alternées

Que veut-on obtenir en utilisant le protocole opaque pour le thérapeute ? En d'autres termes, quelle est l'intention du thérapeute ?

Le point de vue du patient ainsi que celui du thérapeute doivent être pris en considération – voir, pour comparer, les différences de perspectives des vignettes 1 et 3. Le tableau 1 explique l'intention sous-tendant l'utilisation du protocole opaque pour le thérapeute pour chaque vignette.

- Puisque que le thérapeute aura du mal à établir si des changements se sont produits après les SBA, le patient comprend-il en quoi consiste le changement?

C'est un aspect important du protocole opaque pour le thérapeute. Le patient doit être le décideur et il a donc besoin de savoir à l'avance en quoi consiste le changement. Notre conseil est de donner des explications simples et d'inclure tous les composants de la cible (y compris en se référant aux "pensées négatives") ; par exemple : "Le changement peut être parfois évident, avec par exemple l'image qui s'éloigne de vous, ou qui se modifie complètement, ou les sensations corporelles qui se déplacent, ou une émotion qui change ou disparaît, ou vos pensées négatives sur vous-mêmes qui se modifient..." La métaphore suivante est utile s'il est besoin de donner des explications concernant des changements subtils, qui peuvent facilement passer inaperçus : "Vous connaissez peut-être le jeu qu'on trouve dans les magazines, où l'on vous montre deux images, apparemment identiques, mais avec la légende : "Retrouvez les 10 différences"."

- Quels types de mots-indices utilise-t-on dans le protocole opaque pour le thérapeute ?

On se sert déjà de mots-indices pour déclencher l'utilisation d'une ressource entière, comme le lieu sûr. Dans le protocole B2T, il faut que les mots-indices déclenchent le souvenir cible complet, pas seulement une composante visuelle. Pourvu qu'ils déclenchent le souvenir entier, les mots-indices peuvent être n'importe quoi, mais il vaut mieux qu'ils soient courts et que ce soit de préférence le patient qui les choisisse (voir les exemples du Tableau 1). Par les essais et erreurs précédents, il est clair que l'utilisation de lettres ou de chiffres pour dénommer les cibles provoque simplement de la confusion (voir Blore, 1997) à moins qu'une lettre ou un nombre soit en rapport avec la cible elle-même (voir l'exemple de la vignette 1).

- En quoi le traitement différera-t-il du protocole standard?

Gérer cet aspect du protocole opaque pour le thérapeute demande de la pratique. Voici deux des questions les plus communément posées: où finit un canal

associatif ? Comment puis-je faire la distinction entre un retraitement bloqué et la fin d'un canal associatif ?

Les réponses à ces questions reposent sur l'aptitude du thérapeute à établir une congruence fine entre la déclaration, par un patient, d'un "oui/non" (ou par des signes de tête non verbaux exprimant une réponse affirmative ou négative) et les autres signaux non verbaux. Lorsqu'un doute subsiste, une deuxième question brève est souvent utile : "Ce que vous obtenez maintenant, est-ce mieux, ou est-ce pire, ou vous ne savez pas ?" Bien entendu, une bonne préparation préalable facilitera les choses.

- Quels tissages peut-on utiliser pour débloquer le traitement ?

Un second aspect des différences du traitement est l'utilisation des tissages. Délibérément, nous ignorons le contenu du souvenir-cible et la CN, ainsi que le contenu du matériel qui émerge à la suite des séquences de SBA : utiliser les tissages cognitifs standards est donc virtuellement impossible. Cependant, l'utilisation de tissages visuels fonctionne très bien, notamment deux stratégies :

la "stratégie des deux images" – voir l'exemple de la vignette 3.

le "morphing d'images" – voir l'exemple de la vignette 5.

De plus, il convient de mentionner que des stratégies classiques de déblocage du traitement (F. Shapiro, 2001), telles que le changement de direction, de vitesse, de modalité des SBA, etc., peuvent également être employées efficacement, car aucune ne nécessite de divulguer le contenu de la cible.

- Et si aucune CP n'émerge?

Dans les six vignettes, une CP est apparue. Sur cette base, il semble que ce soit une règle générale que les CP apparaissent presque spontanément. A certaines occasions, pourtant, cela ne s'est pas produit, mais il a été de toute façon possible d'établir une CP appropriée en début de phase 5 (installation d'une CP). Il ne semble donc pas problématique qu'une CP n'émerge pas spontanément.

- Le protocole standard peut-il être ensuite mené à terme ?

Là encore, les six vignettes montrent qu'il est possible d'assurer la transition du protocole opaque pour le thérapeute vers le protocole standard. La vignette 6 est la seule qui en diffère, commençant avec le protocole standard, utilisant ensuite une composante du protocole opaque pour le thérapeute et revenant enfin à la phase 5 du protocole standard.

- Quelles autres utilisations potentielles peut-on faire du protocole opaque pour le thérapeute ?

Il est peu probable que les six vignettes citées dans cet article représentent la totalité des utilisations possibles du protocole opaque pour le thérapeute. A cet égard, les vignettes 2 et 6 sont particulièrement remarquables.

La vignette 2 aborde la gestion de questions liées à un sentiment de honte. La honte, et son contrepartie, la gêne, sont sans aucun doute des problèmes très communs, sinon au premier plan des difficultés, du moins comme une composante secondaire d'une autre présentation clinique. Le fait de gérer ces situations souvent délicates en répondant aux souhaits du patient jusqu'à ce qu'il se sente à l'aise pour révéler le matériel – ou non, comme dans le cas de la vignette 2 –, favorise certainement la relation thérapeutique en EMDR et soutient la réputation de l'EMDR, thérapie centrée sur le patient. En soi, cela justifie des recherches sur une utilisation plus large du protocole opaque pour le thérapeute ; il suffit en effet de dire qu'à l'heure actuelle, plutôt que de demander que les problèmes relatifs à la honte et à l'embarras soient mis de côté pour pouvoir se conformer à un modèle psychologique, il n'y a plus aucune raison valable d'abandonner un patient qui ne serait, soi-disant, pas "prêt psychologiquement".

La vignette 6, en dépit d'une utilisation partielle du protocole opaque pour le thérapeute, illustre une situation clinique très importante, l'aphasie, c'est-à-dire l'incapacité, à n'importe quel degré, à s'exprimer (cf. Brookshire, 2003; Code, 2003; Code & Petheram, 2011). La vignette évoque un patient souffrant d'un bégaiement important, qui, on peut du moins le soutenir, n'est pas un problème grave sur le spectre des troubles aphasiques. Cependant, la réussite de l'utilisation du protocole opaque pour le thérapeute soulève la question suivante : dans quelle mesure l'EMDR peut-il être utilisée de façon utile avec des patients ayant des problèmes d'expression à quelque degré que ce soit? La question est importante à cause du prérequis, quelle que soit la forme de psychothérapie, de la nécessité de pouvoir communiquer. Il s'ensuit que les cas graves d'aphasie, aujourd'hui, ne peuvent pas entreprendre de thérapie par la parole, parce que, c'est logique, plus le problème de communication est important, plus il est difficile de faire une thérapie. Un protocole qui, au moins, aborde la question de l'aphasie est donc intéressant. L'aphasie, quelle qu'en soit la cause, recèle souvent un traumatisme indicible, une douleur psychologique, du désespoir et du détachement. Ce sont des questions de santé mentale comme n'importe quelle autre et elles méritent notre attention. L'EMDR, via le protocole opaque pour le thérapeute, semble avoir une technique "d'ouverture" de cette catégorie de cas cliniques difficiles pour

lesquels on n'aurait, auparavant, même pas envisagé une thérapie. L'utilisation du protocole opaque pour le thérapeute, ou d'une version modifiée de celui-ci, peut-être avec l'aide de la technologie informatique, pourrait représenter par conséquent un important pas en avant pour le bien-être psychologique de tous les patients ayant de grandes difficultés à parler, potentiellement jusqu'au syndrome "locked-in".

- Evaluation et recherches futures

Concernant les recherches sur le protocole opaque pour le thérapeute, les six vignettes citées proviennent toutes de l'expérience clinique courante. Cela ne signifie pas qu'on a épuisé l'utilité potentielle du protocole opaque pour le thérapeute. Par ailleurs, aucune évaluation quantitative du protocole n'a encore été faite au-delà de cas individuels. Ces points semblent être par conséquent les prochaines étapes nécessaires pour établir la robustesse et donc l'utilisation globale possible du protocole opaque pour le thérapeute. Les deux domaines suivants méritent en particulier l'attention des chercheurs :

1. L'utilisation du protocole sur des patients ayant des problèmes relatifs à la honte et à la culpabilité (cela semble en effet être l'utilisation la plus commune du protocole).
 2. L'utilisation du protocole dans le domaine de l'aphasie (à cause des possibilités intéressantes dans un nouveau domaine de problèmes de patients).
- Quelles implications pour la formation EMDR ?

Puisqu'il n'a pas été difficile de trouver des vignettes et des anecdotes concernant l'utilisation du protocole opaque pour le thérapeute, que le protocole a été publié (Blore & Holmshaw, 2009a, 2009b), que son inclusion dans un nouveau livre sur l'EMDR est imminente (Luber, à paraître), et qu'il constitue une technique unique d'élargissement de l'utilisation de l'EMDR, qui n'est pas facilement reproductible dans d'autres formes de psychothérapie, il semble tout à fait raisonnable de demander si le protocole opaque pour le thérapeute pourrait être utilement inclus dans le programme de base de l'EMDR – et si oui, où ?

Il est clair que le protocole opaque pour le thérapeute nécessite une connaissance et une expérience de travail approfondies du protocole standard. Les auteurs estiment donc qu'il n'est ni vraisemblable ni même sage que le protocole opaque pour le thérapeute soit inclus au début de la formation EMDR. Il semblerait plus réaliste d'ajouter le protocole opaque pour le thérapeute, en tant que composante spécialisée, à la fin de la formation de base, ou de l'enseigner séparément au cours de supervisions ultérieures en EMDR.

Conclusions

Le protocole opaque pour le thérapeute a été élaboré par améliorations successives à partir d'observations du début du traitement EMDR ainsi que par l'adoption d'une attitude où on préfère apporter des modifications au traitement lui-même que d'essayer d'amener le patient à se plier aux protocoles EMDR existants. Cela a nécessité beaucoup de souplesse et l'étendue complète des utilisations du protocole opaque pour le thérapeute reste probablement encore à découvrir. Cet article a exposé dans les grandes lignes le protocole, sa création et ses utilisations actuelles, et a posé des questions concernant la suite de son développement, son usage, les recherches qui pourraient être menées à son sujet et la formation qu'on pourrait imaginer pour son enseignement.

Références

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (4e éd., texte révisé). Washington, DC: Auteur.
- Blore, D. C. (1997). Reflections on: "A day when the whole world seemed to be darkened." *Changes International Journal of Psychology and Psychotherapy*, 15(2), 89–95.
- Blore, D. C. (2005, septembre). Affect and traumatised traincrew: Using an integrated CBT/EMDR approach to facilitate an early return to work. In *35th Congress of the European Association for Behavioural & Cognitive Therapies* (pp. 114–115). Thessalonique, Grèce.
- Blore, D. C., & Holmshaw, E. M., (2006, April). *The railway experience: The non-disclosure of traumatic memory content and EMDR*. In 4th Annual Conference of EMDR UK & Ireland, Royal Institute of British Architects. Londres, Royaume-Uni.
- Blore, D. C., & Holmshaw, M. (2009a, octobre). *The Blind to Therapist (B2T) Protocol: Two case examples*. Poster présenté lors du 2^e congrès EMDR Autumn Workshop Conference, Well Met Centre, Leeds, Royaume-Uni.
- Blore, D. C., & Holmshaw, M. (2009b). EMDR "Blind to Therapist Protocol." In M. Luber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing: EMDR scripted protocols basic and special situations* (pp. 233–240). New York, NY: Springer.
- Brookshire, R. (2003). *Introduction to neurogenic communication disorders* (6e éd.). St. Louis, MO: Mosby.
- Code, C. (2003). The quality of life for people with chronic aphasia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13(3), 379–390.
- Code, C., & Petheram, B. (2011). Delivering for aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(1), 3–10.
- Crowne, D. P., & Liverant, S. (1963). Conformity under varying conditions of personal commitment. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 547–555.
- Dworkin, M. (2005). *EMDR and the relational imperative: The therapeutic relationship in EMDR treatment*. New York, NY: Routledge.
- Luber, M. (2009). *Eye movement desensitization and reprocessing: EMDR scripted protocols basic and special situations*. New York, NY: Springer.
- Luber, M. (2013). *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters: Models, scripted protocols and summary sheets*. New York, NY: Springer.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures* (1re éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures* (2e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 68–87.
- Shapiro, R. (2005). *EMDR solutions: pathways to healing*. New York, NY: Norton.
- Shapiro, R. (2009). *EMDR solutions II: For depression, eating disorders, performance, and more*. New York, NY: Norton.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). A clinical approach to posttraumatic growth. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 405–419). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 89–101.

Toute correspondance concernant cet article peut être adressée à David Blore, Suite 303, Clifford House, 7-9 Clifford Street, York, YO1 9RA, Royaume-Uni. Courriel : david.blore@btinternet.com