

Intégration de l'EMDR dans la thérapie de couple

La découverte de l'EMDR a bouleversé le pronostic plutôt sombre que jadis on accordait aux patients victimes d'un Etat de Stress Post Traumatique. Une meilleure compréhension de cette psychothérapie et l'établissement de nouveaux protocoles ont permis d'aborder et de traiter ensuite avec succès d'autres pathologies comme les phobies, certains états dépressifs, des manifestations obsessionnelles, y compris certaines affections douloureusement récurrentes comme celle du membre fantôme après une amputation et même certaines affections psychosomatiques.

Dans cet article je soulignerai l'importance de l'apport original de l'EMDR dans la thérapie de couple, après avoir disserté des fondements de la demande et des moyens qui lui sont habituellement proposés par les thérapeutes.

Fondements et raisons de la demande d'aide

Quand on pense thérapie de couple on imagine immédiatement des couples en souffrance, qui se disputent, s'accusent, cherchent généralement à prendre mutuellement le contrôle l'un sur l'autre par tous les moyens, n'hésitant pas hélas très souvent à mêler leurs enfants à leurs différends. Ce n'est pas faux certes, la littérature et plus encore le cinéma raffolent du pathos – « Je t'aime moi non plus » - et au vu de la mise en scène d'une violence malheureusement bien réelle, on pense qu'elle est le premier motif de consultation. D'après ce que j'ai pu constater je dirai que ce n'est pas la généralité. Les raisons sont multiples, chaque cas est particulier, les demandes faites aux spécialistes variées.

Quelques grands motifs sont toutefois repérables. Allons du plus bénin en apparence au plus grave. Sans prétendre à l'exhaustivité surtout en tenant compte des limites de l'article, essayons toutefois d'en rendre compte.

Certains couples viennent consulter pour avoir une meilleure compréhension et communication mutuelles. Une évolution à deux peut être plus enrichissante. Il arrive parfois que l'une des personnes accomplisse pour ses propres besoins une psychothérapie et ait le sentiment d'être de plus en plus décalée par rapport à l'autre. Rappelons, ce qui est souvent observé, que l'évolution de l'un ne favorise pas forcément celle de l'autre et donc celle de leur couple. Parfois l'entente est suffisante entre eux pour que le conjoint¹ accepte de venir consulter.

Aujourd'hui du fait de l'évolution sociale, les barrières morales et religieuses dont la fonction jadis était de lier ensemble (voire de ligoter) pour la vie les conjoints, ont pour la plupart disparu. Comme de plus notre société occidentale met fortement l'accent par le biais des médias, des arts de la scène et du spectacle quand ce n'est pas par l'effet de clips publicitaires, sur l'individualisme et l'épanouissement supposés de chacun, il ne faut pas s'étonner si la vision mythique d'un amour éternel, se heurte aux difficultés d'un quotidien bien plus prosaïque et qu'un couple après l'embrasement initial d'un désir, même partagé durant des

¹ Le terme de « conjoint » sera utilisé dans tout l'exposé, pour éviter les répétitions, indépendamment du statut marital ou non du couple.

jours, des mois et des années, ait le sentiment de ne pas se réaliser ; un partenaire, et souvent les deux, ayant l'impression de s'être trompé, de ne pas être avec la bonne personne.

Les modèles véhiculés par nos médias sont toujours idéalistes, les hommes sont beaux et virils, les femmes généralement belles, mais aussi vives et intelligentes, le désir de l'un comme de l'autre est omniprésent et intense. La sexualité étalée est celle d'une passion amoureuse fougueuse, sans problème, entre deux adultes en pleine possession de leurs moyens. Les rapports durent longtemps et sont constamment pluri-orgastiques. Le mythe du « bon coup » est entretenu. La réalité tant du point de vue du monsieur que de la dame est très différente et alimente un questionnement récurrent. Est-ce qu'il (elle) m'aime ? Suis-je à la hauteur ? Est-ce que je la (le) fais bien jouir ? Est-ce que je ne me suis pas trompé ? Je suis engagé avec elle (avec lui), j'ai des enfants ; c'est vraiment pénible, je ne peux me résoudre à renoncer aux copains (aux copines), à ma vie de célibataire fêtard.

D'autres couples, en pleine crise, à peine assis dans le cabinet du thérapeute, récriminent, pleurent, se déchirent, se menacent, font état d'une histoire faite par le passé de ruptures définitives suivies plus tard d'une réconciliation amoureuse de quelques jours, semaines, mois, générant aussi rapidement une autre séparation douloureuse. Ils ne peuvent ni se quitter, ni vivre ensemble.

Des histoires d'adultère ou de suspicion d'infidélité, d'alcoolisme, quand ce n'est pas de violence physique ou verbale viennent quelquefois sérieusement compliquer les rapports. N'oublions pas qu'une femme meurt tous les trois jours en France sous les coups de son compagnon. Quand la violence en vient à se manifester physiquement d'une manière régulière - il est d'ailleurs vrai qu'il est rare dans ces circonstances qu'une thérapie de couple soit entreprise - des mesures de protection de la femme (C'est généralement l'homme qui est violent, bien que le contraire existe aussi) et de la famille doivent être prises par les autorités sociales et judiciaires et une mesure de soin du conjoint violent imposée. Mais on sort là du propos de l'article.

Il faut donc être très attentif quand des violences physiques sont exercées et savoir apprécier leur dangerosité. Des informations spécifiques à ce sujet doivent être délivrées. Il arrive que des patients violents reconnaissent leur comportement et le regrettent. Une thérapie pourra être conduite avec le couple, mais en aucun cas ne pourra être dissociée d'un traitement EMDR individuel approprié. Les carences de maîtrise du comportement sont toujours le fruit d'empoisonnements psychiques et d'éducatons toxiques. Dans le cas le plus inquiétant, mais il est rare, parce que les compagnons (généralement les hommes) refusent le soin, le conjoint dénier la gravité de son comportement violent. Ce mode de défense doit être reconnu comme un déni de même nature que celui qui marque les comportements addictifs. L'attitude du thérapeute dans ce cas doit être à la fois certes bienveillante, mais ferme et sans compromis.

Aujourd'hui, époque où la loi sur le Pacs a été votée et la question sociale du mariage pour tous examinée par le législateur, la situation se diversifie et se diversifiera encore plus, mais on ne peut pas dire a priori qu'elle se compliquera davantage. Dans tous les cas quel que soit le sexe, un être humain essaie de construire une vie avec un autre être humain et se heurte à toutes sortes de difficultés internes et bien sûr externes. Chaque partenaire a son histoire, ses

aspirations et les problèmes qui en résultent se compliquent encore en fonction des aléas matériels de la vie : du travail, des enfants, etc.

La thérapie de couple aujourd'hui

Bien que le développement de l'analyse systémique ait grandement modifiée l'approche thérapeutique des couples et des familles et pour ne parler que des thérapeutes réellement qualifiés et compétents, il faut reconnaître que la plupart du temps la thérapie de couple repose encore trop souvent aujourd'hui sur l'écoute, l'interprétation, le conseil.

Sans vouloir mésestimer l'importance, même dans ce cas, de la rencontre d'un professionnel pour un couple en difficulté, on peut remarquer d'ores et déjà que les fonctions du langage qu'elles relèvent de l'écoute, de l'interprétation ou du conseil, s'adressent en premier lieu au cerveau cognitif, au raisonnement, ce qui est plutôt paradoxal quand on sait la part majeure des émotions et des comportements réactionnels ou habituels dans la dysfonctionnalité d'un équilibre conjugal.

Il devient dès lors très difficile d'obtenir une amélioration si elle reste centrée sur le langage, d'autant plus que dans tous les cas la problématique concerne 3 niveaux, chacun des partenaires et le couple considéré comme une entité à part entière. Pour répondre à une telle approche, il n'est pas rare que chaque membre soit reçu en thérapie individuelle par deux thérapeutes différents et le couple par un troisième. A mon avis cette multiplicité des prises en charge est loin de présenter des avantages, et bien des inconvénients peuvent être évités par le protocole que je propose.

Certes il faut que le couple puisse s'interroger sur la relation. Il est donc capital que celle-ci puisse être exposée, mais ensuite pour que chacun entende vraiment à son tour la portée des propos émis et que cela reste traitable, il importe que le thérapeute veille au maintien d'une fenêtre de tolérance et gère habilement la relation thérapeutique. Il est essentiel qu'une empathie active puisse être instaurée ou restaurée. On peut même dire que le but principal d'une thérapie de couple réside dans l'activation de la communication empathique. Pour cela il conviendra donc non seulement de traiter les problèmes intérieurs de chacun, mais aussi ce réseau de mémoires partagé, disons conjugal, qui s'est mis en place en eux au fur et à mesure de l'évolution de leur relation.

Il faut se méfier de certains a priori théoriques, hélas encore terriblement répandus dans le milieu soignant, comme par exemple qu'il faut surtout écouter, très peu parler, ou bien qu'il ne faut pas hésiter à mettre le doigt « là où ça fait mal » et à exprimer – pour son bien évidemment – à monsieur ou madame, certaines choses, même si elles sont dures à entendre

Commençons par le second cas, chaque fois qu'on « fait mal », on entraîne une réaction de protection viscérale contre une attaque et même si le patient peut reconnaître – ce qui est loin d'être la généralité - que le thérapeute a raison avec son cortex, ce sera l'équivalent d'une cognition négative, mais viscéralement il éprouvera une souffrance et s'enfoncera davantage. La volonté ne suffit pas et est de peu de poids face aux automatismes et aux réactions

émotionnelles. Dans la longue histoire du développement des espèces, l'émotionnel a toujours primé sur la raison, apparue bien plus tardivement.

Dans le premier cas, le risque est pire. Ce n'est pas parce qu'on ne dit rien, qu'on ne fait rien. Face à un thérapeute silencieux, chaque personne peut projeter sur lui ce qu'elle veut, mais aussi sur le partenaire et sur la situation et il devient en général très difficile de contrôler un dérapage violent en séance et cela va sans dire encore plus en dehors de celle-ci.

C'est très différent si le thérapeute a une véritable attitude thérapeutique. S'il considère d'une manière scientifique, le phénomène qui amène à le consulter, s'il est capable de comprendre les difficultés de chacun et leur poids dans le dysfonctionnement du couple et s'il est formé à une autre approche.

Voyons maintenant quels sont les outils à la disposition du thérapeute et demandons-nous que doit être une telle approche ?

Principaux moyens thérapeutiques et leur mode d'intervention

Rappelons tout d'abord cette évidence que dans tous les cas, les moyens employés ne peuvent l'être qu'avec l'accord des patients. Je ne serai bien sûr pas exhaustif et me contenterai de souligner rapidement les principaux modes thérapeutiques généralement utilisés.

Le transfert :

En mettant en évidence le transfert, Freud a mis le doigt sur un phénomène général qui est loin d'être propre à la psychanalyse. De fait, tout est transfert et ceci par construction psychoneurologique. Je m'explique : tout enregistrement cérébral ne se fait qu'une fois (sauf peut-être dans les états dissociatifs, hypothèse qui reste à explorer), un même contenu s'il se présente aux organes des sens va réactiver celui qui est déjà en place, en renforçant les synapses ou en multipliant les dendrites.

A la différence d'un enregistrement cinématographique pelliculaire où 25 images par secondes sont réalisées, l'enregistrement neurologique se fait par réactivation d'un même contenu précédent. C'est d'ailleurs ce qui nous donne un sentiment autoérotique de reconnaissance. Pour simplifier, si je vois un rond par exemple, c'est l'enregistrement neuronique d'un rond² qui est réactivé. Si celui-ci se fait plusieurs fois, les synapses se fortifient et des dendrites apparaissent. A chaque fois il y a un renforcement de l'enregistrement. Il se différencie des précédents par l'enregistrement concomitant de la singularité du contexte. Admettons qu'une figure perçue comme nouvelle soit composée d'un rond et d'un triangle imbriqués, les deux enregistrements rond et triangle déjà en place seront activés et liés ensemble. Ils figureront un enregistrement nouveau composite. Et ainsi de suite par liaison un monde de représentations se créera.

² Cette proposition ne veut pas dire que d'un point de vue strictement neuronique un tel enregistrement soit quelque chose de simple.

Ces hypothèses s'accordent avec la théorie de l'assimilation et de l'accommodation de Piaget. C'est une hypothèse capitale que je soutenais déjà dans mon premier ouvrage et qui explique toutes sortes de phénomènes comme le fameux transfert, les réseaux de mémoires et ce que j'avais appelé alors les « mirages temporels », c'est-à-dire qu'on tient pour actuel quelque chose qui relève en fait du passé. Par exemple si quelqu'un a subi une forte humiliation quand il était tout petit, comme être qualifié de « merdeux » et frappé parce qu'il s'était fait dessus, le mot « merdeux » sera pour lui, aujourd'hui, sans qu'il comprenne pourquoi la pire des insultes et il pourra être pris de nausée. Pour lui la propreté sera capitale, la honte et le dégoût deux émotions récurrentes. De fait le mot « merdeux » appartient à un réseau de mémoires caché. Il ne s'en souvient pas. Pourtant quand il est entendu, il apparaît comme la pire des humiliations actuelles pour son moi devenu adulte ; alors que sa prégnance est due seulement à un enregistrement ancien revisité, souterrainement alimenté par la suite en fonction des divers aléas de son existence. Même si « merdeux » est prononcé aujourd'hui, il n'y a pas d'enregistrement nouveau. C'est l'enregistrement ancien qui prévaut, un enregistrement lié à des contenus traumatiques, comme le triangle peut-être lié à un rond et former un objet nouveau : à savoir maintenant sa réaction disproportionnée.

Dès lors par exemple, l'attitude bienveillante d'un soignant va mettre en action le réseau de mémoires qui lui correspond au plus près : celui d'une bonne mère attentive et il rejoindra alors l'enregistrement préalable dans un même contenu psychique de tous les caregivers connus jusqu'alors au cours de la vie. Une attitude silencieuse dans un cadre de déprivation sensorielle psychanalytique peut réactiver éventuellement tout un vécu abandonnique et, loin de la soigner, aggraver la pathologie qu'il a occasionnée. Il est donc important que le thérapeute, soit véritablement formé à une approche scientifique phénoménologique et sache gérer utilement des réactivations tout à fait inconscientes du passé.

Le contretransfert :

Il est souvent vécu à tort comme le pendant du transfert. Le contretransfert du thérapeute n'est pas le transfert de celui-ci sur son patient, mais ce que le patient active inconsciemment en lui. Ce phénomène, dont je ne ferai pas l'analyse ici car ce n'est pas le sujet de l'article, s'appuie très vraisemblablement pour moi sur des réseaux de mémoires archaïques dyadiques mère/enfant et pour les psychanalystes serait à rapprocher de la fonction α de la mère décrite par W. Bion et l'identification projective propre à Mélanie Klein. Pour ce qui est des psychologues le contretransfert rejoint l'empathie et pour des neurologues pourrait s'appuyer sur la théorie des neurones-miroirs décrite par Giacomo Rizzolatti et Corrado Sinigaglia dans leur ouvrage éponyme ; neurones-miroirs que le professeur Ramachandran a justement baptisé « neurones empathiques ».

Il me paraît capital que le thérapeute soit parfaitement à l'aise avec ces projections du patient et soit sensible à toutes sortes d'impressions, intuitions qui lui viennent à l'esprit quand il soigne. Bien souvent des blocages, à un niveau cognitif, seront levés si le thérapeute, avance des hypothèses, dit avec précaution son ressenti.

La parole :

C'est grâce à la parole que les patients peuvent décrire les difficultés qu'ils connaissent, les objectifs qu'ils souhaitent atteindre. Elle mobilise l'aire phonatoire, les aires auditives de

l'audition externe et interne, l'aire corticale pour ce qui est des représentations sémantiques et notamment le cerveau orbito-frontal, les aires de Broca et de Wernicke. Parfois les associations d'idées génèrent des émotions, ce qui indique une saisine du système limbique, mais ce n'est pas le propre de la parole.

Quand on parle à quelqu'un qui vous écoute, sauf si on ne le voit pas et qu'on n'a pas de réponse, on dispose, malgré tout, d'un retour du fait de son expression, de ses éventuelles réactions. Dire ce qu'on a sur le cœur, selon l'expression consacrée, soulage souvent, par production d'acétylcholine et d'endorphines. Parler et aussi entendre peuvent nous permettre de mieux comprendre une situation difficile, de la recadrer et de désamorcer un conflit. La parole est donc loin d'être inutile. Hélas, hors la prise de conscience qu'entraîne parfois un recadrage, elle ne saurait changer durablement un comportement. Et aucun raisonnement ne peut modifier une pathologie aux ressorts principalement émotionnels.

L'émotion :

La liste des émotions primaires est la suivante : la joie, la surprise, la peur, la colère, la tristesse, la honte et le dégoût. Certains y adjoignent la douleur. Dans tous les cas l'émotion est mutative. Elle implique un changement d'état du moi. Si vous êtes joyeux parce que vous venez d'apprendre une bonne nouvelle, vous n'êtes pas la même personne que celle que vous étiez quand, la veille même, on vous en a appris une mauvaise. Les émotions sont mutatives dis-je, mais fort heureusement généralement elles sont labiles, changeantes. Quand elles persistent comme parfois la tristesse pour ce qui est des états dépressifs, on est dans un registre pathologique.

Il existe des thérapies centrées sur les émotions, comme le cri primal, ou le Rebirth dont le ressort premier rejoint la théorie remontant à l'antiquité grecque de la catharsis. Leur effet de détente dû comme dans le cas précédent et dans la pratique sportive par la libération des mêmes médiateurs neurologiques, est généralement court.

Le jeu de rôle et le groupe :

Il a l'avantage de permettre en thérapie une réactualisation d'une problématique associée à une mise à distance protectrice. A la fois c'est vrai et c'est une interprétation, un jeu, comme au théâtre ou au cinéma. Il se crée alors un espace transitionnel, pour reprendre un mot de Winnicott, favorable à une gestion, voire digestion, des événements. On peut l'utiliser dans une thérapie duale, bien que le plus souvent il soit employé en groupe.

Bien manié le jeu de rôle que l'on retrouve dans de nombreuses thérapies, comme le psychodrame, morénien (le premier en date) ou analytique, la gestalt, l'analyse transactionnelle (AT) et tout autre thérapie mettant en scène des situations et des émotions, qui s'adresse à la personne entière et déclenche de nombreux médiateurs neurologiques permet souvent d'obtenir des mieux être durables. De plus la présence d'un groupe, même sans mise en scène comme dans les groupes de parole, généralement contenant, permet une connivence et à chacun d'oser dire ses difficultés, entendre celle des autres et dépasser ainsi, par l'expérimentation et le renforcement d'un autre état du moi, des phobies sociales cachées.

Autres thérapies :

D'autres thérapies comme la systémique vont s'intéresser au mode de communication des gens entre eux (thérapie de couple, thérapie familiale par exemple), à la position dans l'espace des uns par rapport aux autres. D'autres encore comme la PNL, l'EFT utilisent parfois le toucher, qui dans son application psychothérapeutique doit clairement se différencier d'autres techniques de soin spécifiques comme le massage, l'ostéopathie. Je ne m'y étendrai pas davantage.

Je mentionnerai aussi la méditation, vieille comme l'humanité, qui permet une attention double en vivant à la fois l'événement et en l'observant passer. Sa reprise ces dernières années sous l'appellation moderne de Mindfulness a montré son efficacité. Elle fait intervenir sans doute de nombreux médiateurs neurologiques - cholinergique en particulier - qui vont dans le sens d'un apaisement et permettent de ce fait un recadrage des situations évoquées.

L'EMDR :

Je tiens l'EMDR comme un mode thérapeutique original, parce qu'à ma connaissance, c'est le seul dont les ressorts sont clairement psychoneurologiques. De plus rappelons que l'EMDR a fait et fait encore l'objet de nombreuses études cliniques et est soutenu par la recherche fondamentale³. L'association concomitante de la reviviscence en l'état d'une situation traumatique passée avec des stimulations sensorielles bilatérales alternées (SBA) actuelles, permet un retraitement adaptatif des informations bloquées dans le cerveau et la recherche a prouvé le rôle incontestable de certaines zones cérébrales comme le système limbique et le Cortex orbito-frontal.

Comme je ne connais aucune thérapie aussi efficace que l'EMDR pour résoudre des problématiques bloquées par des traumatismes psychiques, je dirai qu'il serait dommage de s'en priver dans la thérapie de couple et nous allons voir que la thérapie EMDR va être notre principal outil dans la gestion des crises conjugales.

Problématiques des couples

Le passage en revue rapide et, j'en conviens, superficiel ci-dessus, a pour but de rappeler la multiplicité des moyens offerts au thérapeute. Comme je le disais ci-dessus, la psychothérapie EMDR va être utilisée, sous diverses variantes, pour permettre la résolution la plus complète possible des problématiques que les couples nous présentent. Je vais m'attacher à dire maintenant pourquoi et comment mettre en place cette thérapie avant de dire sa dynamique dans un autre chapitre.

Quand deux individus unissent leur destinée, font vie commune, ils ne viennent jamais les mains vides, mais chargées de tout leur passé, riches de tous leurs réseaux de mémoires. Passé

³ La thérapie EMDR est actuellement la seule avec les TCC à être reconnue de par le monde par de nombreuses instances, à commencer par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis juillet 2012, l'American Psychiatric Association (2004), le Département de la défense et les hôpitaux des vétérans aux États-Unis (2004), etc. En France son utilisation est recommandée pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique par la Haute Autorité de la Santé (HAS - juin 2007 - page 18 - prise en charge de l'ESPT - chapitre psychothérapies structurées), après l'étude comparative primordiale de l'INSERM (2004)

le temps de l'obnubilation amoureuse, très rapidement les comportements de l'un vont être des déclencheurs pour les réseaux de mémoires de l'autre. Que la réalité extérieure réactive des réseaux de mémoires est le propre du fonctionnement mental, puisque, comme je le disais plus haut, aucun enregistrement nouveau ne se fait, si ce n'est pas réactivation d'un enregistrement ancien approprié. Et dans le lot il existe certains éléments de la réalité extérieure qui rappellent inopportunément des émotions dont nous nous passerions bien volontiers, par exemple la peur (d'être abandonné, pas aimé), la honte (d'être fautif, insuffisant, incapable), etc. Dans une certaine mesure on peut dire que la vie de couple consiste à gérer la réactivation plus ou moins constante des réseaux de mémoires par des déclencheurs conjugaux.

Si chaque partenaire est suffisamment équilibré - mais c'est loin d'être toujours le cas -, il saura affronter sans trop de problèmes les désagréments éventuels qui ne manquent pas au cours d'une vie en commun, qu'ils proviennent de la fréquentation du conjoint, du rapport aux enfants, du monde du travail, des amis ou autres, avec ce qui peut constituer une caisse de résonance (ou d'apaisement) le regard de l'autre porté sur soi.

Des disputes peuvent éclater, qui deviennent parfois familières et s'instaurent comme un mode de communication habituel, privilégié du couple. Les propos ou même leur absence, le regard de l'autre suffisent à accentuer encore jusqu'à l'insupportable un jugement généralement sévère porté inconsciemment sur soi, une cognition négative, dont on voudrait pouvoir prestement s'éloigner. La moindre remarque, parole, devient alors une piquûre de rappel ouvrant les vannes d'un orage intérieur caché et qu'on peut de ce fait soulager en en méconnaissant l'origine et en l'attribuant au comportement du partenaire à son égard. Mais n'oublions pas non plus que le dit partenaire est dans la même situation que son conjoint dont les comportements et les propos pour lui aussi constituent des déclencheurs relativement à sa propre histoire.

Chaque dispute, apparaît alors comme un facteur traumatique qui se rajoute à d'autres similaires déjà en place. Or nous savons qu'un traumatisme qui dure et se répète devient un traumatisme complexe, c'est-à-dire qu'aux facteurs propres au choc traumatique se rajoute une perturbation du moi et du comportement dans un but d'homéostasie qui engendre rapidement une déformation du moi et un empêchement à recouvrer de sains rapports de communication avec un conjoint quasiment devenu phobogène.

Les mécanismes de défense dans le couple

Pour ceux qui se souviennent de leurs cours de physique, il leur reviendra à l'esprit l'image d'un couple constitué de deux forces égales et opposées, ces forces résultant du poids de chaque élément multiplié par sa distance à l'axe central de rotation ou d'équilibre. La résultante dans ce cas est bien entendu nulle. On peut figurer un couple en mettant en équilibre sur son axe une baguette portant deux poids différents à ses extrémités. On remarquera que si on ajoute une poussée vers le bas d'un côté, immédiatement l'autre extrémité se relèvera.

Cette représentation est très utile pour figurer la dynamique d'un couple de personnes. Quand l'une rompt l'équilibre d'un côté, l'autre est mobilisée de l'autre et doit compenser pour le rétablir. J'emprunterai à la dessinatrice Claire Bretécher une courte bande dessinée très révélatrice de ce qui se passe en gros dans une communication dysfonctionnelle :

- Première vignette : Au premier plan on voit une femme de dos assise devant une table. Dans le fond on voit la porte d'entrée s'ouvrir et un homme accrocher son manteau à la patère.
- Deuxième vignette : Il passe sans rien dire à côté d'elle.
- Troisième vignette : La femme éclate « Tu fais encore la gueule ? ».
- Quatrième vignette : L'homme « Ah parce que c'est moi qui fait la gueule ? »
- Cinquième vignette : « Je vois bien que tu fais la gueule. Tu ne dis rien »
- Sixième vignette : « Ça, c'est la meilleure. Je rentre. Tu ne fais pas attention à moi et tu dis que c'est moi qui fais la gueule ».
- Etc. etc.

Claire Bretécher décrit là une situation bloquée bien commune. Chacun est sur la défensive et renvoie en miroir à son partenaire les flèches que celui-ci lui destine. Le ressentiment s'accroît. C'est sans solution. Les partenaires comme dans un couple, même s'ils sont différents, sont sur un plan d'égalité. Comment s'en sortir ? Pour cela il n'y a qu'un moyen. Il faut sortir du cadre, trouver un étayage extérieur qui permette d'établir une suprématie.

Première possibilité :

- « Mais tu as toujours fait la gueule. Déjà ta mère disait que quand tu étais petit, tu restais à bouder dans ton coin sans rien dire » (Recherche d'une preuve externe piochée dans le passé associé à la généralisation introduire par l'adverbe temporel « toujours »).
- « Et c'est à moi que tu dis ça ? C'est incroyable. Tu as toujours euh... tout le monde avec ton caractère renfermé et ch... » (Réponse sur le même plan à laquelle s'ajoute un langage ordurier dans le but de disqualifier l'adversaire. La généralisation s'étend à l'ensemble de l'humanité).
- « Ce n'est pas la peine de te laisser aller à ta vulgarité coutumière. D'ailleurs tu n'as jamais été respectueux des autres ». (Renvoi de balle. Utilisation d'une stratégie de dévalorisation touchant précisément le langage employé à laquelle est ajoutée la généralisation par l'adjectif « coutumière » et l'adverbe « jamais » et pareillement un renvoi à l'humanité entière « les autres »).

Autres possibilités :

- On voit bien que l'équilibre est conservé. La situation est sans issue. Pourtant, comme chacun est de plus en plus blessé au cours de l'échange, il faut bien trouver une solution. Passé le cap des injures, il ne reste plus que celui du comportement. L'un des deux se lève et s'en va en claquant la porte ou bien et cela devient plus grave, utilise sa force corporelle pour l'emporter. Cela peut être précédé ou non de menaces, suivi de bris d'objets ou de coups dans le but de déjouer les tensions internes accumulées au cours de la dispute.

Les mécanismes de défense sont donc grosso modo les mêmes qu'en cas de traumatisme psychique : le silence, le renvoi d'image en miroir, la disqualification constituent diverses variantes transposées d'une situation sans issue, qu'on dit sidérante dans le cas traumatique (Freeze). La fuite (Flight) et l'attaque (Fight) étant les 2 autres modes classiques de réponse.

Cette rapide esquisse d'une communication conflictuelle que l'on doit à l'œil acéré de la dessinatrice est tout à fait représentative d'un mode de rapports dysfonctionnels et de ses conséquences pouvant exister dans un couple. On notera que ce que Claire Bretécher dessine là est une situation déjà bien installée et répétitive.

Nous savons aussi que les périodes de crise sont souvent suivies de réparation, chacun étant rentré dans sa fenêtre de tolérance et pour des raisons personnelles ou pour réaliser un intérêt particulier ou commun, faisant un pas vers l'autre. Il s'ensuit que le couple peut être considéré comme une personne ayant des réseaux de mémoires adaptés et d'autres dysfonctionnels, qui sont ici à la fois partagés et singuliers pour ce qui relève de l'histoire de chacun.

Pourquoi utiliser l'EMDR dans la thérapie de couple ?

En recevant un couple le thérapeute peut constater qu'il a affaire à une situation complexe. Chaque partenaire doit être soigné séparément par rapport à son histoire, et bien souvent elle était déjà traumatique avant leur rencontre, et le couple doit être traité pour ce qu'il a mis en commun depuis lors comme automatismes relationnels pathologiques. Une partie de la thérapie devra donc être individuelle (Toutefois chacun a droit à son jardin secret, libre à lui d'en parler ou pas à son partenaire), une autre partie devra concerner le couple et sa dynamique.

Comme, à ma connaissance, il n'existe pas de thérapie plus efficace et plus adaptée que l'EMDR, il convient que chaque personne soit traitée séparément et que des séances de couple soient effectuées dans l'esprit d'efficacité maximale qui caractérise ce mode de prise en charge. Dans un souci d'efficacité et eu égard à la logique qui veut que l'on doive répondre à une demande de thérapie conjointe, il me paraît indispensable que ce soit le même praticien qui soigne l'un, l'autre et le couple ensemble. Ainsi il connaîtra au mieux la relation, centrera la thérapie réellement sur le couple et réduira les risques d'un développement anarchique séparé, qui pourraient survenir au cours de la multiplicité des prises en charge. Le praticien prend alors de ce fait la place dans le système d'un trait d'union. Nous verrons qu'il adaptera sa façon de faire, élargissant sa palette en utilisant l'ensemble des moyens thérapeutiques à sa disposition.

Organisation de la thérapie

L'organisation de la thérapie est composée en trois temps distincts. Les deux thérapies individuelles, la thérapie de couple. Les premières, classiques, utilisent l'EMDR, ses protocoles et ses moyens. La deuxième que je vais développer ci-après est calquée sur celle du protocole en 8 phases de l'EMDR, auquel on peut grosso modo la rattacher.

Phase 1 : Prise d'histoire

C'est une étape où le thérapeute va pouvoir déterminer le mode de soin à appliquer et la faisabilité d'un abord EMDR. Tout d'abord bien sûr il recueillera l'histoire du couple, de sa rencontre, de ses caractéristiques, marié ou pas, homosexuel ou pas, ayant des enfants ou pas, vivant seul ou avec d'autres, la famille (les parents par exemple). Il écouterait les doléances de chacun et définirait des objectifs individuels et communs. Il déterminerait le mode de prise en charge le plus adapté pour chacun des participants et bien entendu aussi pour le couple.

Dès la première rencontre, il est important qu'il signifie qu'il ne prend aucun parti. Il n'est ni pour l'un ni pour l'autre, mais pour exécuter la mission que le couple lui a confiée. S'il pense ne pas pouvoir la satisfaire, il importe que dès ce premier entretien il le signifie et dise pourquoi. Ceci est le pendant de ce qui normalement devrait systématiquement être fait au cours d'une thérapie individuelle. Le thérapeute doit dire s'il peut répondre à la demande d'un soin en EMDR et s'il ne peut pas : l'expliquer, faire d'autres propositions qui lui paraissent plus adaptées ou diriger le patient vers un confrère, mais en aucun cas accepter une demande de soin en EMDR et ne pas la réaliser, la reporter sans cesse (aux calendes grecques ?) sous prétexte d'une nécessaire stabilisation⁴.

Dès la première rencontre, le premier moment, le thérapeute par son attitude, son sérieux, la pertinence de ses propos doit faire autorité. Ceci est le préalable indispensable à la mise en place d'une alliance thérapeutique solide. Si les patients n'ont pas le sentiment d'être réellement et profondément entendu, si le courant « ne passe pas », il est préférable qu'ils interrompent la rencontre aussitôt et aillent consulter ailleurs. Ça ne s'arrangera pas avec le temps. L'alliance thérapeutique doit commencer dès le premier contact.

C'est au cours du premier rendez-vous que le thérapeute devra dire clairement les conditions matérielles de la cure, financières et organisationnelles : par exemple une séance individuelle pour chacun et une séance de couple. Il faut bien sûr chaque fois qu'on propose quelque chose à quelqu'un lui demander si cela lui convient. Il en va de même en thérapie de couple. Rien ne peut être fait sans un accord explicite de chacun. Ceci implique également une règle de confidentialité. Ce qui est dit pendant les thérapies individuelles ne sera pas rapporté, du moins par le thérapeute, en thérapie de couple. Mais chaque participant est libre de le faire, s'il le souhaite.

Phase 2 : Préparation

Si le thérapeute et le couple (après avoir reçu toutes les informations de base nécessaires) sont d'accord pour entreprendre une thérapie de couple EMDR, il les préparera ensuite au mode de prise en charge spécifique qu'il leur propose de mettre en œuvre en leur expliquant les mécanismes propres au fonctionnement d'un couple et à l'EMDR en s'appuyant sur le modèle TAI.

⁴ Je n'ai rien contre la stabilisation, bien au contraire, mais je partage tout à fait l'avis de Francine Shapiro exprimé lors d'un congrès, la stabilisation c'est bien, mais seul l'EMDR (pour les thérapeutes formés à cette psychothérapie) permet de véritablement guérir les fixations traumatiques.

Il leur enseigne aussi quelques exercices de relaxation qui peuvent être faits en commun. Cette prescription, si elle est acceptée et suivie, joue un rôle bénéfique dans le rapprochement des conjoints. Ceci bien sûr dans l'hypothèse où le couple vient avec un espoir de perdurer, ce qui n'est pas toujours vérifié. Notons toutefois que généralement un des partenaires est plus demandeur que l'autre, mais que même dans ces cas, le couple vient quand même consulter un thérapeute et non pas (seulement) un avocat. Parmi les exercices de relaxation, je privilégie la cohérence cardiaque, parce qu'elle est particulièrement facile à faire réaliser à un couple, sans contre-indication aucune et plutôt efficace. Mais d'autres modes comme le faisceau lumineux, la spirale, le training autogène de Schultz ou la relaxation progressive de Jacobson peuvent être utilisés, des cassettes d'autorelaxation, etc. sont aussi recommandés. Quand à l'installation d'un "Lieu Sûr", toujours utile, elle se fera de préférence au cours de la prise en charge individuelle.

Au cours de cette phase sera enseigné et exigé la mise en place de l'équivalent d'un signal d'arrêt que j'appelle le « Joker ». Le couple peut inventer un mot ou un signe qui signifie clairement qu'on arrête là un échange en train de dérapier ou de blesser. Le thérapeute préviendra que lui aussi utilisera ce joker, s'il le juge utile au cours de la thérapie de couple. Le joker est vraiment l'outil le plus utile qui soit dans ce type de relation thérapeutique.

Cette phase de préparation est très importante, parce que comme son nom l'indique elle va préparer le soin. C'est la raison pour laquelle d'ailleurs je mets tout ce qui va dans ce sens, comme l'élaboration du plan de traitement et des plans de ciblage en phase 2 et non pas en phase 1, comme c'est classiquement enseigné. Un plan de traitement va donc être établi. Il respecte la chronologie passé – présent – futur, même si au cours du soin la plupart du temps ce sont les différents déclencheurs de leurs conflits qui serviront de porte d'entrée dans les réseaux de mémoires du couple. Bien que très souvent les disputes soient habituelles, on remarquera qu'il leur est très difficile de remonter le temps pour en parler. Elles sont un élément de la vie du couple. Je pourrai même affirmer qu'elles font partie de sa chair. Elles ne lui sont pas extérieures. Peut-être est-ce ce manque de recul qui empêche la remémoration sauf pour quelques faits marquants, réellement traumatiques et d'évocation douloureuse ? Par contre les déclencheurs sont facilement accessibles et ils permettent pareillement de pénétrer les réseaux de mémoires dysfonctionnels.

Une vie en couple doit être considérée comme engendrant des traumatismes complexes. Or ceux-ci, comme les empoisonnements psychiques, les traumatismes consécutifs à une éducation dans un climat toxique, engendrent une véritable intoxication qui déforme le moi⁵. Le thérapeute n'a pas affaire à de simples traumatismes, mais à une évolution cognitive ayant engendré la construction d'états du moi étayant fortement des cognitions négatives relatives au sujet, à son conjoint ou toute la famille. Le traitement, plus complexe, exige l'emploi d'outils complémentaires et un protocole spécialisé pour rétablir une liaison interne du fonctionnement psychique et le renforcement de l'estime de soi, de l'autre et du couple.

Au cours de la même phase, il est aussi important de faire souligner par chacun ce qu'il apprécie chez son conjoint. Il est d'ailleurs assez amusant de voir la sidération qui

⁵ Ce concept a été avancé par Freud en 1924 dans « névroses et psychoses », sans qu'il ne l'ait ensuite autrement développé, insistant de préférence sur la notion de clivage du moi.

accompagne cette demande de la part du thérapeute. Ils sont venus pour dire ce qui ne va pas et on leur demande de dire ce qui va et qu'ils apprécient chez l'autre. Sur le coup ils ne manquent pas d'être surpris et parfois il faut insister pour obtenir une réponse. Ce questionnement n'est pas seulement cognitif, mais neurologique. N'oublions pas le lien étroit qui unit les cerveaux cognitifs et émotionnels. En amenant des représentations et des jugements positifs, le thérapeute modifie le contenu émotionnel et peut renforcer les liens qui les unissent. N'oublions pas que généralement si le couple s'est formé, c'est qu'une attirance préalable existait.

Nous avons vu en présentant la vignette humoristique, mais oh combien réaliste, de Claire Bretécher, qu'aucun des personnages n'écoutait, ni n'analysait le discours de l'autre, c'est-à-dire l'intériorisait suffisamment pour lui donner une réponse juste et adaptée, mais se comportait comme dans un jeu de ping-pong en renvoyant aussitôt la balle. Le but premier de la thérapie EMDR de couple que je propose, va être de renforcer l'empathie en prenant notamment conscience de la blessure que certains propos et comportements génèrent chez le conjoint. L'empathie est une forme essentielle du lien à autrui et indépendante de l'amour, si ce n'est peut-être sous la forme d'une Agapè universelle.

Par ailleurs du point de vue de la conduite de la cure, il est vraiment capital que le soignant sache éviter les dérapages et les emballements du couple. J'ai entendu trop souvent des personnes, voire même hélas des collègues, croire qu'une thérapie de couple, ça consistait à vider son sac, à écouter et à observer ce qui se passe. Ceci est à proscrire absolument. Les couples viennent en confiance pour pouvoir établir une meilleure communication, même si c'est pour se mettre d'accord sur les conditions d'une séparation, pas pour accroître leurs dissensions.

Une thérapie mal conduite peut favoriser précisément le déclenchement de réactions émotionnelles violentes. Un des partenaires d'abord et le couple ensuite part en vrille. Quand la boîte de Pandore s'ouvre, la relation est parfois difficilement contrôlable tellement le ressentiment de chacun peut être grand, associé à un vécu d'incompréhension, de non-reconnaissance des efforts. Si un des partenaires sort de sa fenêtre de tolérance, il entraînera l'autre sur un terrain particulièrement bien balisé par l'exercice fréquent de la dispute. Obtenir quelque résultat positif que ce soit devient tout à fait impossible. D'où l'importance d'une gestion bien tempérée par le praticien. Il ne doit pas hésiter à user du joker, à faire preuve d'autorité, au sens premier de « faire autorité », c'est-à-dire qu'il sait faire respecter son savoir et son propos, sans excès et bien entendu sans autoritarisme. C'est la base même d'une véritable alliance thérapeutique.

Phase 3 : Evaluation

La phase 3 en EMDR est entièrement consacrée à la réactivation de l'incident traumatique qu'on se propose de traiter. L'image, les cognitions négatives et positives, leur évaluation, l'émotion, l'évaluation du trouble et son ressenti corporel, constituent les éléments essentiels d'un rappel de l'événement, repris pour ce qui est de l'image, de la cognition négative et du ressenti corporel, au cours du début de la phase suivante de désensibilisation.

Des rapprochements peuvent être faits. La réactivation existe, dans le sens où un des partenaires va par exemple faire état d'un incident qu'il a vécu douloureusement. Normalement en thérapie individuelle, un protocole serait établi et un traitement s'ensuivrait. Mais ici nous avons affaire à un couple. Ce que vit l'un est corrélé par ce que vit l'autre, dans une complémentarité généralement à double face : agresseur / agressé. Très souvent la situation est présentée sous un jour moins équilibré que la vignette de Claire Bretécher ci-dessus peut le laisser croire, c'est-à-dire carrément sous celui du dipôle bourreau / victime. Il ne manque plus que le rôle du sauveteur pour réaliser ce qui a été défini par ailleurs comme un triangle maudit.

Le thérapeute n'est en aucun cas le sauveteur d'un des membres du couple, s'il l'est, il est celui du couple victime de lui-même et de sa constitution. En principe nous savons en EMDR qu'on ne peut pas désensibiliser quelqu'un qui vit réellement avec quelqu'un qui le persécute et que la première action à entreprendre est de l'aider à se soustraire à une influence réellement nocive. C'est pourquoi le thérapeute devra être très attentif dès la phase 1 à la matérialité du dysfonctionnement du couple, surtout si des violences physiques sont exercées. Je rappelle ici, encore une fois, ce qui était dit en début d'article qu'une femme meurt tous les trois jours en France sous les coups de son compagnon et qu'une attitude thérapeutique véritablement adaptée est indispensable dans de pareilles circonstances.

Mais revenons à la spécificité de la phase 3 telle que je l'applique en thérapie de couple. Ici le protocole veillera en premier à ce que chacun soit pénétré de ce que vit l'autre, par l'utilisation d'outils généralement empruntés à la systémique ou au jeu de rôle. On pourrait même dire que ce travail relève de la phase précédente, tant il est souvent préparatoire à la mise en place de l'évaluation propre à la phase 3. Mais comme dans le mode thérapeutique que je promeus, il est très associé à la désensibilisation proprement dite, je le maintiens en phase 3.

La pratique de l'EMDR en commun, il n'est pas inutile de le rappeler, ne peut se faire que primo avec l'accord des deux conjoints, secundo sur des cibles dicibles, c'est-à-dire ne révélant pas à priori d'élément propre à accroître la tension du partenaire - Ainsi seront évités les sujets trop intimes ou d'évidence narcissiquement trop blessants – tertio en énonçant d'emblée la règle de confidentialité : Il n'est pas important de tout dire, mais simplement de signifier que le processus est en cours. Le conjoint et le thérapeute n'ont pas besoin de tout savoir. C'est le cerveau de chacun qui fait le travail.

Phase 4 : Désensibilisation

Plusieurs type d'approche en EMDR seront utilisés et chacun implique une phase 3 différente et bien sûr de ce fait un protocole et une application en vue de la désensibilisation singuliers. Je n'irai pas dans le cadre de cet article dans le détail, réservant l'énoncé de cette pratique aux formations que je donne à ce sujet et à un ou plusieurs ouvrages spécifiques plus étoffés.

Toutefois je dirai que j'utilise des méthodes d'application de l'EMDR à des groupes, comme par exemple le travail en commun sur une cible déterminée. Laquelle cible devra être préparée auparavant comme je le suggérais ci-dessus à l'aide, entre autres d'outils systémiques et

psychodramiques. Je privilégie généralement la technique des « dessins + battement d'ailes de papillon » empruntée à la thérapie EMDR d'enfants, mais on peut aussi utiliser des SBA et faire participer, si on dissocie le traitement de l'un et de l'autre, alternativement chaque partenaire au soin, soit en le faisant placer derrière son conjoint, les mains sur ses épaules, soit en le dirigeant dans le travail de désensibilisation.

Le but de tout ceci est de faire en sorte de renforcer, voire recréer un lien solide au cours d'une action commune : le travail EMDR accompli en couple. Je me souviens encore avec émotion de cette séance où après avoir fait travailler un couple à partir d'une remarque itérative, dévalorisante certes, mais sans plus (il s'agissait de choix vestimentaires), faite par le mari à son épouse, le travail en EMDR que je leur ai fait effectuer a engendré chez le mari, entendant et surtout ressentant en lui, dans son propre corps, l'émoi intense que ce déclencheur engendrait chez son épouse, une profonde prise de conscience « Excuse-moi ma chérie. Je ne comprenais pas quand je te faisais ces remarques que je réveillais tant de souvenirs douloureux en toi ».

Je préciserai aussi qu'au cours de la phase 4, les désensibilisations des canaux peuvent soit faire l'objet d'un retour à la cible, soit être suivis d'une inversion des partenaires, en conservant le même centrage sur l'incident initial. Le travail avec un couple est vraiment celui des deux conjoints, c'est-à-dire étymologiquement de deux personnes réunies formant qu'une « seule chair », ce qui nous renvoie au mythe de la genèse.

Phase 5 : Installation

Au cours de cette phase on observe généralement une forte augmentation de l'estime de soi, du partenaire et du couple, ainsi qu'une valorisation générale d'un ensemble de pensées positives. De la même manière comme cette amélioration sera patente dans le couple, on pourra noter un regain de confiance, la volonté d'améliorer le lien, un quotidien fait d'échanges apaisés et l'établissement de projets en commun.

L'utilisation de l'autotapping sera proposée aux deux conjoints de la même manière que pour une thérapie EMDR individuelle. L'évaluation de la pensée positive sera pareillement effectuée sur une échelle de 1 à 7.

Phase 6 : Scanner corporel

Comme en thérapie individuelle un scanner corporel sera effectué et de même il sera traité dans l'hypothèse d'une réactivation d'un canal associatif chargé émotionnellement. Il peut être facilement réalisé en même temps par les deux conjoints.

Phase 7 : Clôture

Il n'y a pratiquement aucune différence pour ce qui est de cette phase avec celle qui est enseignée pour ce qui est du traitement individuel. Le thérapeute doit effectuer un débriefing, s'assurer de la stabilité émotionnelle du couple et de chaque partenaire et l'informer de tenir un journal. Il faut noter aussi que généralement le couple peut s'aider mutuellement, échanger

et se renforcer par un travail en commun entre les séances. Ils peuvent bien sûr aussi, l'un comme l'autre, téléphoner ou écrire au thérapeute en cas de besoin.

Phase 8 : Réévaluation

Toujours comme dans le traitement classique, le thérapeute demandera ce qui s'est passé entre les séances et réévaluera le travail déjà accompli, les changements observés par chacun et comme il s'agit généralement d'un travail à partir de déclencheurs, il évaluera également leur survenue et leur intensité. Quand il s'agit d'un déclencheur il est souvent utile de mesurer la force de la poussée autant que l'intensité du trouble occasionné sur une échelle de 0 à 10. Je précise que le déclencheur est toujours un élément qui ouvre sur un réseau de mémoires relatif à une cognition négative donnée, comme cela a été établi au cours de la mise en place des plans de ciblage contenus dans le plan de traitement général. Dès lors que l'on en prenne un ou un autre, c'est assez indifférent s'ils permettent d'accéder au même réseau de mémoires. Il en sera tenu compte au cours de la phase d'évaluation.

Problématiques propres à la thérapie de couple

Les problèmes liés à l'exercice de la thérapie de couple proviennent pour une part du praticien, s'il manque d'autorité, prend facilement peur, ou ne mesure pas bien les parts respectives des problématiques de chacun et celle qu'elles induisent dans le couple. Pour une autre part, des difficultés peuvent survenir en raison des réseaux de mémoires réactivés chez chaque participant en fonction de son histoire propre et de l'intensité des émotions que les propos et les attitudes de son conjoint déclenchent au cours de la thérapie ; d'où l'importance capitale des suivis individuels et du joker au cours du travail en commun.

J'ai pu observer également au cours d'un colloque, grâce au visionnage de séances filmées les effets désastreux que génère une maladresse laissant accroire à une préférence pour l'un ou l'autre des conjoints. La thérapie est bloquée, le thérapeute s'évertuant bien en vain à la redynamiser. Pour ce que j'ai pu voir, j'ai même constaté que plus il faisait d'efforts en ce sens et plus il accentuait la certitude du partenaire que le thérapeute était contre lui et pour son conjoint.

Je veux dire par là, et je ne parlerai naturellement pas des praticiens visiblement incompetents dont on a des échos parfois sidérants de la pratique, que la gestion du couple requiert à tout moment une présence attentive maximale. Le thérapeute doit vraiment veiller à ce que les conjoints restent dans la fenêtre de tolérance. Sinon on ne peut en attendre aucun progrès. C'est pourquoi il ne doit pas hésiter à stopper fermement tout emballement des propos en se levant et en agitant le joker. Mais ce n'est pas un gendarme, en tant que thérapeute il fera en sorte que toute déformation de l'espace relationnel soit utilisée comme moyen thérapeutique. Aussitôt, il doit transformer en cognition ce qui relève alors de l'émotionnel et du comportement en demandant par exemple « Là, à l'instant quand Alain vous disait ça, vous Martine qu'avez-vous pensé ? Qu'avez-vous ressenti dans votre corps ? ». Puis « Et vous Alain qu'est-ce qui vous a poussé, qu'est-ce que vous avez pensé, ressenti en vous, quand vous avez dit ça à Martine ? », etc. etc. Et il le travaille immédiatement si possible, avec des SBA.

L'incident devient alors un moyen d'entrer dans un réseau de mémoires familial et de le traiter aussitôt, in vivo grâce à la palette des moyens que j'ai rappelés dans ce texte et particulièrement grâce à l'EMDR qui va permettre une résolution en profondeur d'une problématique souvent partagée et surtout un renforcement du lien conjugal (équivalent phase 5).

Conclusions

J'avais pris conscience au cours de ma formation en thérapie systémique au début des années 90, de l'importance du mécanisme pathologique auto-renforçant qu'on appelle causalité circulaire et du travail sur la communication, aussi bien pour ce qui est des pathologies individuelles, que familiales ou de couple. J'avais de ce fait déjà considérablement amélioré alors, entre autres par l'art du questionnement croisé, ma pratique en thérapie de couple et en thérapie familiale pour laquelle j'utilisais jusque là surtout une approche centrée sur la parole et les jeux de rôles. Malgré des améliorations certaines, je n'étais toutefois pas pleinement satisfait des résultats.

Comme au fil des ans, 1995, 96, 97, je devenais de plus en plus habile à manier la thérapie EMDR, j'ai pensé à l'utiliser pour les couples et j'ai mis du temps à la mettre au point. Aujourd'hui après plusieurs années de pratique, je peux affirmer que l'introduction de l'EMDR dans la thérapie de couple apporte un plus essentiel.

Elle guérit véritablement et complète heureusement d'autres approches : psychodynamiques surtout centrées sur l'intellect et le raisonnement ; systémiques s'attachant à rétablir une communication harmonieuse ; psychodramatique mettant en scène les vécus dysfonctionnels et proposant grâce au jeu de rôle d'expérimenter d'autres solutions. En affirmant que l'utilisation de la thérapie EMDR guérit véritablement, je veux dire qu'on peut constater des changements profonds, une guérison qui porte sur des fondements émotionnels et non pas seulement sur des « bonnes paroles », assorties ou non d'une modification du comportement.

L'EMDR permet, pareillement à sa fonction résolutive des traumatismes psychiques déjà reconnue pour ce qui est des traumatismes psychiques et parallèlement au travail individuel avec chaque partenaire, de désensibiliser des blessures actuelles résultant de la vie en commun, et surtout de réactiver des réseaux de mémoires afférents au partage amoureux de la vie conjugale, ceux qui jadis, au temps de la rencontre, avaient fondé leur union.