

Mieux comprendre la thérapie EMDR : 13 études de cas

Sous la direction de Lionel SOUCHE et Nicolas BALTENNECK

➤ Une approche interactive pour
accélérer le traitement des souvenirs
traumatiques

• EDITIONS IN PRESS •

CONCEPT-PSY

Mieux comprendre la thérapie EMDR :

13 études de cas

Éditions In Press
127 rue Jeanne d'Arc – 75013 Paris
Tél.: 01 43 35 40 32
E-mail: inline75@aol.com
www.inpress.fr

*MIEUX COMPRENDRE LA THÉRAPIE EMDR :
13 ÉTUDES DE CAS.*

ISBN 978-2-84835-427-9

©2017 Éditions In Press

*Couverture : Élise Ducamp Collin
Maquette intérieure : Meriem Rezgui*

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

**Mieux comprendre la
thérapie EMDR:**
13 études de cas

Par Lionel Souche et Nicolas Baltenneck

Sommaire

Présentation des contributeurs	7
Introduction générale	11
CHAPITRE 1	
La psychothérapie EMDR « <i>a stand alone psychotherapy</i> » ISABELLE MEIGNANT.....	21
CHAPITRE 2	
EMDR adapté en pédiatrie et périnatalité DIANE SPOONER.....	51
CHAPITRE 3	
Thérapie EMDR avec une jeune patiente victime d'un accident de voiture MARIE-ANNE GURY.....	79
CHAPITRE 4	
Prise en charge groupale pour des enfants impactés par les attentats de Paris MARIE-JO BRENNSTUHL ET FANNY BASSAN	101
CHAPITRE 5	
Interventions EMDR d'événements récents Cas clinique d'une prise en charge individuelle : François, Casque bleu NICOLAS DESBIENDRAS.....	121
CHAPITRE 6	
Thérapie EMDR et clinique des deuils traumatiques récents MARTINE IRACANE.....	149

CHAPITRE 7

Du simple évitement post-traumatique
aux problématiques transgénérationnelles.

Modification du plan de traitement en cours de thérapie
suite au matériel apporté par l'EMDR

ESTELLE CERRUTI..... 185

CHAPITRE 8

Les fondements d'une pathologie traumatique complexe
révélés par son traitement

JACQUES ROQUES..... 203

CHAPITRE 9

Prise en charge d'un trouble du comportement alimentaire
(TCA) en psychothérapie EMDR

MORGAN MÉRIÉ..... 239

CHAPITRE 10

EMDR et douleur

JULIANE TORTES SAINT-JAMMES..... 267

CHAPITRE 11

Entre dispositif de recherche auprès d'une femme
déficiente visuelle tardive et psychothérapie
au service de son autonomie psychique

LIONEL SOUCHE, JEAN-PAUL DURAND

ET NICOLAS BALTENNECK..... 297

CHAPITRE 12

La relation d'emprise dans le contexte conjugal

MARGUERITE DIDAY-DESBIENDRAS..... 347

CHAPITRE 13

Le GTEP comme *Self Care Protocol*

ISABELLE MARTIN..... 373

Conclusion générale..... 383

LES AUTEURS

Nicolas Baltenneck : docteur en psychologie, psychologue clinicien, Maître de conférences en psychologie du Développement à l'Université Lumière Lyon 2.

Fanny Bassan : psychologue clinicienne et de la santé, psychothérapeute, thérapeute EMDR enfants, adolescents et adultes accréditée Europe, chargée de cours à l'Université de Lorraine.

Marie-Jo Brennstuhl : docteure en Psychologie, psychologue clinicienne de la santé, thérapeute EMDR accréditée Europe, chargée de cours en Psychologie, chercheuse associée au Laboratoire APEMAC – Université de Lorraine. Responsable DU « Psychothérapie EMDR, psychotraumatologie et compléments psychopathologiques ». Trésorière – Association EMDR France.

Estelle Cerruti : psychologue clinicienne orientée vers la prise en charge des traumatismes psychiques avec une approche intégrative. Pratique en cabinet libéral et en entreprise, ainsi qu'en tant que formatrice en Institut de Formation aux Soins Infirmiers (Vienne).

Nicolas Desbiendras : psychologue clinicien, docteur en psycholinguistique, praticien et superviseur EMDR Europe (Toulouse).

Marguerite Diday-Desbiendras : psychologue clinicienne spécialisée en psychopathologie et criminologie clinique, thérapeute familiale et systémique, praticienne et superviseur EMDR Europe, exerce en libéral à Toulouse.

Jean-Paul Durand : psychologue auprès de la FIDEV – Réadaptation et insertion pour déficients visuels – Soins de Suite et de Réadaptation – Service d’appui technique pour l’Accès et le Maintien dans l’Emploi – Coordinateur (Lyon).

Marie-Anne Gury : psychologue clinicienne, spécialisée en victimologie et en expertise judiciaire, en ITEP et en exercice libéral (Lyon), formatrice, chargée de cours pour l’Université Lumière 2.

Martine Iracane : psychologue clinicienne, psychothérapeute, praticienne et formatrice EMDR Europe, Maître de conférences associée à l’Université de Metz. Exerce sur Paris et Cannes et Clairan.

Isabelle Martin : psychologue clinicienne et de la santé, praticienne EMDR Europe (Toulouse).

Isabelle Meignant : psychologue, psychothérapeute, formatrice EMDR Europe, Présidente de l’Association Action EMDR Trauma (Toulouse).

Morgane Mérié : psychologue clinicienne, psychothérapeute, praticienne EMDR, Centre Hospitalier de Chambéry, service d’endocrinologie, Membre du Groupe d’Étude et de Recherche sur l’Obésité Maladie de Savoie (GEROM73). Chambéry.

Jacques Roques : psychanalyste et psychothérapeute, ancien vice-président et co-fondateur d'EMDR France (Saint-Gély-du-Fesc). Traducteur francophone de Francine Shapiro.

Lionel Souche : psychologue clinicien, psychothérapeute, formateur, chargé de cours des Universités Lumière Lyon 2, UCB Lyon 1, UCLy Cycles SHS et de Montréal (Québec).

Diane Spooner : psychologue au Centre du Diagnostic Prénatal CHU Mère-Enfant Ste-Justine de Montréal (Québec).

Juliane Tortes Saint-Jammes : psychothérapeute agréée par l'ARS, formée en psychopathologie clinique orientée systémique et en sciences neuropsychologiques, en charge au CHU de Bordeaux d'une consultation EMDR et douleur. Chargée de recherches au CASPERTT (centre d'accueil spécialisé dans le repérage et le traitement des traumatismes psychiques) à l'hôpital psychiatrique de Lormont (Gironde).

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La fonction première des technique et psychothérapie EMDR consiste à aider un sujet en proie à un choc traumatique à se libérer des effets délétères, *a fortiori* cumulatifs, d'un événement qu'il n'aura pu métaboliser. En ce sens, nous cernerons notre propos sur les aspects événementiels du traumatisme, sans négliger pour autant les autres dimensions, notamment fantasmatiques, de ce que l'on nomme traumatisme de manière large. Ainsi Ferenczi (1929) souligne le caractère soudain, inattendu de l'événement auquel le sujet répondrait par un clivage temporairement psychotique, une annihilation de la représentation de soi, de son identité, et par des défenses variables en fonction de la structure de personnalité antérieure à la collision traumatique. C'est effectivement ce qu'observent les soignants confrontés à différents traumatismes, quelque en soit la nature, lorsqu'ils parlent de paralysie de l'activité, d'une altération des perceptions, d'un gel de la pensée. L'installation d'un état de passivité signe la difficulté à traiter l'événement et augure un état paradoxal : une partie saine du sujet chercherait des modalités de traitement de ce trauma tandis que la partie souffrante en refuserait le retour, accablée par la reviviscence d'excitations et éprouvés terrorisants. La rencontre avec un sujet ayant subi un traumatisme confronte à ce dilemme : obtenir sa coopération pour se reconnecter au réseau émotionnel clivé afin d'organiser des conditions favorables de traitement, ce dont il s'était organisé de manière à en faire l'économie

au prix de la perte de la vie, de l'envie d'entreprendre... Dans cet ordre d'idées, Oren résume à cet effet le traumatisme dans une perspective de retraitement en EMDR de la manière suivante : il s'agit de « *Tout évènement de vie qui a toujours au présent un impact négatif dans la vie d'une personne* »¹. Pour aider au repérage de ces événements traumatiques, Zeigarnik (1927) a proposé de prendre en compte les répétitions de comportements énigmatiques comme indices de ce qui serait une attente pétrifiée de retraitement. Nous nous inscrivons volontiers dans son point de vue sur les compromis psychiques insatisfaisants du sujet affecté par le trauma. Toutefois, nous le prolongeons en revisitant cette dynamique sous la forme de mise en acte de ruptures ou encore de barrages dans des réseaux associatifs, nécessaire au maintien du sujet. Cette négociation économique psychique permet de *mieux* gérer le choc tout en conservant le vécu traumatique en l'état et, tout à la fois, se coupant des réseaux mnésiques intolérables. D'où la difficulté ou, tout du moins, la complexité à soigner. Le sujet traumatisé n'aurait de cesse, pour mieux encaisser le choc, que de réagir par la fragmentation de sa personnalité dans le meilleur des cas.

Bien plus tard, Shapiro (1989) va proposer une avancée sous la forme d'un protocole standardisé de retraitement des éléments traumatiques. Deux années furent nécessaires à l'élaboration originale de ce dispositif clinique dont elle se plaît à rappeler qu'elle en découvre la source de manière complètement empirique, issue de l'annonce d'une grave maladie la concernant. À partir d'un groupe de volontaires, puis de la prise en charge de vétérans du Vietnam, Shapiro met à disposition une méthodologie issue de groupes cliniques randomisés. Ses travaux mettent en évidence

1. Communications en de multiples interventions de Udi Oren et libre traduction par nos soins : « *any event which still has an ongoing negative impact in the life of a person* ».

qu'il ne suffit pas de convoquer les images, les émotions ou encore les sensations liées au souvenir dit traumatique pour améliorer l'équilibre du sujet en souffrances. L'ingéniosité de ses recherches vise à montrer l'importance d'une organisation précise qui réunit un nombre complexe d'éléments passés à l'aune d'un processus thérapeutique spécifique. Il convient ici de citer, entre autres, les *Stimulations Bilatérales Alternées* (SBA) qui donnent corps aux mouvements oculaires auxquels il serait toutefois limitatif de réduire la psychothérapie EMDR. Ils ne sont qu'une partie du processus et n'entrent en jeu qu'à partir d'une véritable anamnèse établie collaborativement entre le patient et le clinicien.

Préalablement à ces séries de SBA, le binôme thérapeutique aura eu à charge de prendre le temps de définir de manière fine la ou les situations qui relèvent à ce jour de l'ordre de l'insupportable, d'en isoler les images les plus crues, au sens de l'écorchement sensoriel et/ou émotionnel qu'elles provoquent. Bien plus encore, à partir de ce premier isolement, il lui faudra rechercher qu'elles sont les cognitions négatives qui perdurent encore à ce jour dans les représentations du patient exposé à cette douloureuse stimulation en image.

Prenons un exemple, issu de la pratique quotidienne.

Marion², serveuse de son état, doit exceptionnellement fermer seule l'établissement au sein duquel elle œuvre un soir. Notons qu'elle doit déjà faire face à un premier stress majeur sous la forme de cette mission atypique, particulièrement dans le sens où cela est contraire aux usages de l'entreprise. Son malheur est majoré par la tentative d'intrusion d'un voleur qui ne parvient pas à entrer, mais la menace de manière intense. En séance, le traitement de ce traumatisme ne peut se faire sans une exploration préliminaire

2. L'ensemble des prénoms utilisés dans ce collectif est modifié à des fins de respect d'anonymat.

des situations antérieures, voire infantiles, où la patiente s'est trouvée dans un état de *désaide* et de *solitude sur fond d'attachement premier insécure*. La détresse émanant de la situation ne pourrait absolument pas être traitée de manière efficace en absence de prise en compte – et donc de l'évaluation – d'un contexte singulier. Ici, nous convenons que toute dimension traumatique prise par un événement est en rapport avec l'organisation psychique et l'ensemble de l'histoire du patient concerné.

L'appropriation des fondements de la thérapie EMDR éveille le clinicien aux manèges d'une trame éclairée par le modèle TAI pour traitement adaptatif de l'information. L'activation du système thérapeutique mis en évidence par le modèle TAI fait évoluer la ou les perturbations vers une régulation permettant la création de souvenirs et réseaux mnésiques adaptés. Les protocoles de base n'y sont pas un carcan technique qui enferme et asservit patient et thérapeute. Ils sont plutôt au service de la relation thérapeutique comme support à un cadre contenant qui ouvre des voies de résolution aux souffrances psychiques et physiques. Shapiro suggère à ce propos que l'approche EMDR s'inscrirait dans un *synclectisme thérapeutique*³, mélange de synthèse et d'éclectisme. Toutes les procédures et les divers protocoles n'auront jamais d'autre but que d'activer et d'accéder, dans l'ici et maintenant, à une mémoire éprouvée et non à une émotion théorisée. Le psychothérapeute a recours aux SBA dans le sens d'une intégration neuro-émotionnelle, c'est-à-dire retraitement de cette mémoire produisant un changement adaptatif des souvenirs. Mais comment ? Quels sont les procédures afin de potentialiser à la fois dispositif efficace et changements ? Suivent plusieurs réponses, toutes de densité et de formes singulières, à hauteur des publics et des contextes d'intervention à travers 13 études de cas.

3. Libre traduction française de l'américain par Servan-Schreiber (2005).

En chapitre inaugural, Isabelle Meignant dresse un tableau à valeur andragogique selon lequel le processus de traitement adaptatif de l'information, dit P-TAI, et éclaire la pratique de la psychothérapie EMDR. Le cas spécifique d'un cadre supérieur en grandes difficultés professionnelles en situations groupales servira la thèse selon laquelle le praticien EMDR aura à organiser une prise en charge autour de principes entre respect du protocole et compréhension éclairée de la problématique spécifique du patient découlant du modèle P-TAI. Aussi, le néophyte de la pratique en EMDR aura ici tout le loisir de saisir spécificités et subtilités cliniques de cette approche. Le lecteur avancé en psychotraumatologie pourra interroger les fondements mêmes de ce qu'il convient de traiter, pour ne pas dire retraiter en matière d'élaboration des traumatismes du passé empoisonnants le présent. Enfin, le praticien EMDR revisitera un processus respectueux des recommandations psychothérapeutiques borné d'une rencontre avec ses authentiques aléas.

Les trois chapitres suivants concernent la clinique infanto-juvénile. Le second chapitre aborde une clinique de l'extrême. L'auteure, Diane Spooner, met en travail deux tabous majeurs dans le milieu hospitalier. Des enfants meurent à l'hôpital en raison de maladies graves, d'autres souffrent et sont possiblement traumatisés par les soins prodigués. Cette praticienne adapte l'EMDR en milieu hospitalier en tenant compte de l'âge du patient et de son contexte : vient-il en suivi régulier ou pour une urgence ? Avec les nourrissons et les très jeunes enfants, l'apport de Diane Spooner articule implication et ré-assurance des parents et recours à des cibles concrètes (images, jouets...) illustrant la problématique à traiter. Avec les jeunes enfants, l'EMDR est ici intégrée à la thérapie par le jeu tout en conservant certaines cibles concrètes. Plus l'enfant a atteint les capacités cognitives et attentionnelles nécessaires, plus l'on peut utiliser le protocole de l'EMDR de façon un

peu plus standard. L'expérience acquise auprès de jeunes enfants amène Mme Spooner à simplifier et à combiner les approches de l'EMDR et d'hypnose (Érickson) lors de grossesses complexes à risque de décès (mère, bébé), ou de mort réelle du bébé, récente ou antérieure. Ces approches apportent en règle générale un soulagement rapide et profitable ainsi qu'une reprise du mouvement évolutif chez les patients. Dans le troisième chapitre, Marie-Anne Gury expose une manière de travailler auprès d'un enfant de 3 ans et demi, victime récemment d'un accident de voiture. Sans séquelles physiques, la fillette présente réactionnellement des troubles du sommeil et une perte d'intérêts scolaires. Comment intervenir auprès d'un enfant qui a peu l'usage de la parole et un environnement réfractaire, dans un premier temps, à l'investissement d'un suivi parental ? L'auteure propose une réponse contenant sous forme de prise en charge EMDR en appui sur des protocoles adaptés à l'enfance tout en soutenant l'un des parents. Dans la sombre actualité sociale suite aux attentats parisiens du 13 novembre 2015, ce qui se devait être un match tout à fait amical au stade de France confère à l'impensable. Marie-Jo Brennstuhl et Fanny Bassan font état d'une prise en charge de groupe inédite d'EMDR dans le chapitre 4. Cet écrit exposera les modalités organisationnelles de ce type de prise en charge, mais fera surtout état des techniques et dispositions cliniques de la prise en charge d'urgence, dans le contexte actuel du terrorisme, avec l'originalité de présenter un travail de groupe et notamment auprès d'enfants de 10 à 13 ans. À ce titre, l'expérience a retenu tout notre intérêt répondant dans la réactivité et, tout à la fois la rigueur, à la nécessité de panser les atrocités d'un des premiers attentats suicide en France.

Les chapitres 5, 6 et 7 sont consacrés aux interventions dites EEI pour *Early EMDR Intervention* ou bien encore interventions EMDR d'événements récents. Nicolas

Desbiendras illustre dans le chapitre 5 ses propositions originales à partir de deux cas cliniques : une prise en charge individuelle pour un casque bleu puis, une autre, de groupe, pour quatre personnes ayant subi ensemble un grave accident de la route. Dans le chapitre 6, Martine Iracane, tenant compte des caractéristiques d'un processus de deuil traumatique, présente une démarche thérapeutique centrée sur l'approche EMDR en articulant éléments théoriques, cliniques et méthodologiques, mobilisés au cours du suivi de deux patients en couple. L'auteure prend ici appui sur le plan de traitement élaboré différemment pour chacun des protagonistes victimes de ce drame, mais touchés chacun dans leur subjectivité respective. Dans le chapitre 7, Estelle Cerruti rapporte un cas clinique dans lequel l'application d'un protocole EMDR R-TEP à un traumatisme en apparence simple fait émerger des problématiques complexes comme des éléments transgénérationnels, des expériences précoces ou encore des deuils traumatiques. Là encore, l'intelligence de la clinique rappelle que le processus psychothérapeutique prime sur la technique à utiliser.

À l'opposé des interventions sur le court terme, suit un cas clinique tout à fait fondamental dans la mise en évidence de la pluralité des pratiques en psychothérapie EMDR. Dans le chapitre 8, Jacques Roques présente un traitement basé sur les principes de l'EMDR, mais étalé sur plusieurs années. Il attire l'attention sur le fait qu'une traumatologie complexe n'est pas seulement constituée de la somme de plusieurs traumatismes simples, mais d'une modification en profondeur de la structuration psychique en raison de la permanence des éléments relationnels dysfonctionnels qui ont accompagné le développement de la personne. À partir des composantes les plus actives de l'EMDR, comme les SBA, appliquées au cas d'une jeune femme aux troubles anxieux majeurs, le traitement strate par strate des diverses manifestations pathologiques permet régulièrement la

résolution de tsunamis émotionnels et aide à la patiente à recouvrer une vie relationnelle adaptée.

Les chapitres suivants présentent des prises en charge en EMDR à partir de thématiques singulières. Deux chapitres constituent le volet tout à fait essentiel dans le soin : le champ psychosomatique. Dans le chapitre 9, Morgane Mérié met en lumière la complexité du trouble du comportement alimentaire dans son expression hyperphagique. À partir d'une pratique hospitalière, le cas clinique est choisi pour son caractère largement significatif. Il illustre une prise en charge en psychothérapie EMDR intégrant au travail du trouble du comportement alimentaire, les carences précoces et les traumatismes psychiques ciblés comme déclencheurs. Dans le chapitre 10, pour compléter l'exploration psychosomatique, Juliane Tortes Saint Jammes aborde particulièrement le domaine de la migraine chronique *a fortiori* avec crises très fréquentes. L'initiative repose sur l'hypothèse que l'EMDR consiste ici à désensibiliser la partie de la mémoire existante de la douleur en rapport avec les symptômes cognitifs, affectifs et somatiques du patient. Alors seulement, le binôme patient-thérapeute peut identifier les ressources internes pouvant aboutir au soulagement. Dans le chapitre 11, Jean-Paul Durand, Nicolas Baltenneck et Lionel Souche cherchent à affiner une méthodologie de traitement EMDR auprès d'une patiente déficiente visuelle. L'enjeu de ce chapitre, conçu comme une expérience au service d'un public privé *a priori* de la vision, sera de dépeindre comment le modèle TAI appliqué à la psychothérapie EMDR est possiblement apte à révéler des compétences masquées précisément par la nature du sujet à l'origine de la démarche thérapeutique. Dans le chapitre 12, Marguerite Diday-Desbien-dras présente un cas victime de violences conjugales sans maltraitance physique. C'est en articulant la compréhension des mécanismes d'emprise et le traitement EMDR des

conséquences psycho-traumatiques que l'auteure aborde la clinique d'un type de violence encore mal identifié des psychothérapeutes, d'où une complexité supplémentaire dans les prises en charge. En effet, bien qu'il s'agisse d'un traumatisme individuel, les aspects relationnels et contextuels ne sauraient être économisés.

Le lecteur aguerri à la pratique de la psychothérapie n'aura aucun mal à se représenter la charge affective de l'exposition – répétitive et intensive – résultante du remaniement thérapeutique de traumatismes sous des formes variables. Il nous est apparu tout à fait approprié de dépeindre en *postlude* une manière originale de prendre soin de soi afin de participer à la préservation de son équilibre professionnel et, peut-être davantage, personnel. À cet effet, dans le chapitre 13, Isabelle Martin se donne pour objectif de présenter l'intérêt du *Self Care Protocol*. À l'aune de sa propre expérience et comme d'un déroulé méthodique et illustré, l'auteure attire notre attention à la fois sur la mise en place d'un incontournable corollaire à la fonction de praticien.

BIBLIOGRAPHIE

- Ferenczi, S. (1929), Das unwillkommene Kind und sein Todestrieb. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 15 (2-3), 149-153.
- Shapiro, F. (1989), Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 20 (3), 211-217.
- Zeigarnik, B. (1927), Das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen. *Psychologische Forschung*, 9, 1-85.

Mieux comprendre la thérapie EMDR : 13 études de cas

Sous la direction de Lionel SOUCHE et Nicolas BALTENNECK

L'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) est une approche interactive et standardisée. Elle n'est pas une orientation thérapeutique en soi, mais se prête à une intégration rapide dans le cadre du travail des psychothérapeutes. Elle accélère le traitement des plaintes liées à des événements chocs ou à des situations douloureuses, répétitifs, vécus dans le passé et/ou dans la vie actuelle. Cette méthode permet une désensibilisation rapide des souvenirs traumatiques, une restructuration cognitive et une réduction significative des symptômes (angoisses, flash-back, cauchemars...).

Le nombre croissant d'études sur la thérapie EMDR démontre son intérêt et ses enjeux prometteurs dans le traitement des états de stress post-traumatiques.

À travers 13 études de cas (accidents de la route, attentats, traumatismes précoces...), le lecteur pourra comprendre le fonctionnement de cette méthode, saisir comment elle se décline de manière pragmatique, tout en explorant la créativité dont le binôme patient-thérapeute sait faire preuve.

Les auteurs : *Nicolas Baltenneck, Fanny Bassan, Marie-Jo Brennstuhl, Estelle Cerruti, Nicolas Desbiendras, Marguerite Diday-Desbiendras, Jean-Paul Durand, Marie-Anne Gury, Martine Iracane, Isabelle Martin, Isabelle Meignant, Morgane Mérié, Jacques Roques, Lionel Souche, Diane Spooner, Juliane Tortes Saint-Jammes.*



9 782848 354279

ISBN : 978-2-84835-427-9

15 € Prix TTC France

www.inpress.fr