

Pratique de l'EMDR en addictologie: retour d'expériences

BENOÎT SELINGUE, PSYCHOLOGUE SPÉCIALISÉ EN NEUROPSYCHOLOGIE
D.U. PSYCHOTHÉRAPIE EMDR, PSYCHOTRAUMATOLOGIE ET COMPLÉMENTS
PSYCHOPATHOLOGIQUES

L'EMDR...

C'est quoi ?

Quelles indications ?

Quelle modélisation théorique ?

Vos attentes, vos questions .

Psychothérapie EMDR

- ▶ "Découverte" par Francine Shapiro
- ▶ Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Doctorat de littérature anglaise.
Diagnostic de cancer.



Psychothérapie EMDR



Un jour, alors que je me promenais, j'ai remarqué que certaines pensées désagréables que j'avais en tête venaient de disparaître tout à coup, puis ne revenaient qu'avec une charge émotionnelle plus supportable. Je ne comprenais pas ce qui venait de se passer, car de telles pensées ne se modifient généralement pas sans un effort de volonté délibéré. Or je n'avais rien fait. Au prix d'une grande attention, j'ai remarqué que quand ce genre de pensées me venait à l'esprit, mes yeux se mettaient à bouger très rapidement et d'une certaine manière, ce qui chassait les pensées de ma conscience. Quand je les faisais revenir, ils étaient moins perturbants. Si j'initiais volontairement le mouvement des yeux, le résultat était identique. Tout cela n'était qu'une extension de ce que je faisais depuis des années : utiliser mon esprit et mon corps comme un laboratoire

Interview 2014 pour le Cercle Psy

https://www.scienceshumaines.com/comment-j-ai-decouvert-l-emdr-entretien-avec-francine-shapiro_fr_33648.html

Psychothérapie EMDR

Doctorat en psychologie

Travail sur des volontaires

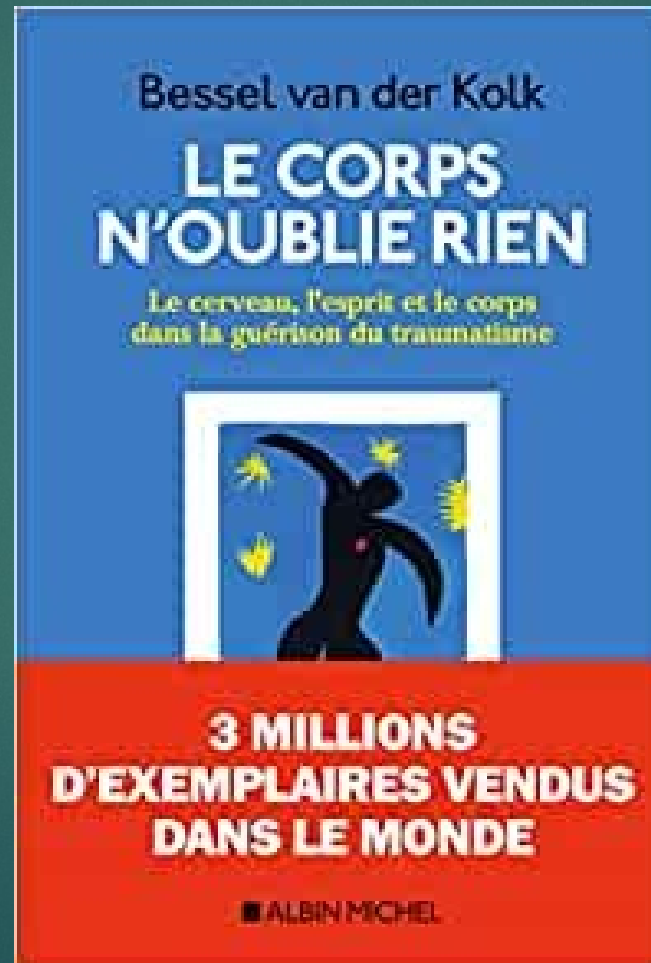
Puis sur des vétérans de la guerre du Vietnam

Extension dans différentes universités, centres de recherche

Modèle (P)TAI: (Processus)de Traitement Adaptatif de l'Information

- ▶ "petit t, grand T"
- ▶ Canaux associatifs
- ▶ Pensées, émotions, sensations
- ▶ DICES: Déclencheur, Image, Cognition, Emotions, Sensations
- ▶ "un pied dans le passé, un pied dans le présent"
- ▶ Trois temps
- ▶ 8 phases

Psychothérapie EMDR



Psychothérapie EMDR

Eye Movement: Stimulations Bilatérales Alternées (SBA) pendant la réévation des souvenirs, l'installation de ressources...



Stimulations bilatérales alternées: pas seulement les mouvements oculaires



Psychothérapie EMDR

- ▶ **Desensitization:** utiliser les SBA pour rendre les souvenirs plus "appréhendables".
- ▶ Métaphore du micro-ondes.
- ▶ A ce jour, on ne connaît pas très bien les explicatifs. Hypothèse de la mémoire de travail, hypothèse "sommeil paradoxal/REM"

Psychothérapie EMDR

- ▶ **Reprocessing:** une fois les canaux associatifs apaisés, on va installer des ressources, des cognitions positives

Trouble stress post-traumatique

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.
- C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
 1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
 1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
 2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
 3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
 4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
 1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
 3. Hypervigilance.
 4. Réaction de sursaut exagérée.
 5. Problèmes de concentration.
 6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. **Dépersonnalisation** : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
2. **Déréalisation** : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Prévalence TSPT

- ▶ 5 à 12% de la population générale mondiale
- ▶ Données issues d'études états-uniennes

- ▶ Environ 25% des militaires auraient un TSPT

Données issues du site INSERM (novembre 2020)

Prévalence TSPT/événement potentiellement traumatique

Statistiques Center for Disease Control and Prevention (CDC – USA)

- ▶ 1 américain sur 5 a été sexuellement agressé dans son enfance
- ▶ 1 sur 4 battu par un parent et en garde une cicatrice
- ▶ 1 couple sur 3 se livre à de la violence physique
- ▶ 1 adulte sur 4 a grandi avec un proche malade alcoolique
- ▶ 1 adulte sur 8 a vu sa mère battue durant son enfance

Lien entre TSPT et troubles de l'usage de substances

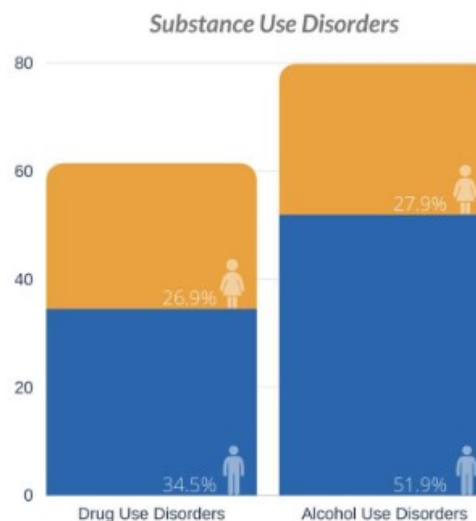
How often do PTSD and SUDs Co-occur?

COMORBIDITY WITH LIFETIME PTSD

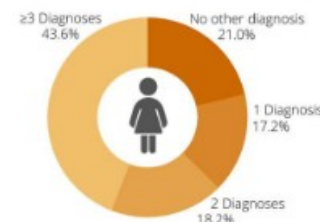
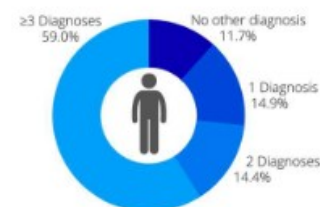
SUD Lifetime Prevalence



PTSD Lifetime Prevalence



Any Disorder



Indications EMDR

- ▶ Psychotrauma type I et II le plus souvent
- ▶ Deuils
- ▶ Phobies
- ▶ Addictions
- ▶ ...

Protocole standard en 8 phases

- ▶ 1) Histoire du patient/plan de ciblage
- ▶ 2) Préparation
- ▶ 3) Evaluation
- ▶ 4) Désensibilisation
- ▶ 5) Installation
- ▶ 6) Scan corporel
- ▶ 7) Clôture
- ▶ 8) Réévaluation

1) Histoire du patient

- ▶ Pas de contre-indications, stabilité psychologique, grossesse, niveau de vigilance, temps disponible
- ▶ Définition du plan de ciblage: problématique actuelle, déclencheurs, scénarios du futur.
- ▶ Dans l'actuel, on peut aussi faire des floatback (en se basant sur l'émotion) et des ponts d'affects (en se basant sur le corps)
- ▶ Création d'un lieu sûr et d'un contenant

2) Préparation

- ▶ Explication du déroulé au patient, possibilité de dire stop, réponses à formuler en évitant d'élaborer

3) Evaluation

- ▶ Problématique
- ▶ Image
- ▶ Cognition positive
- ▶ Cognition négative
- ▶ VOC (Validity of Cognition)
- ▶ Emotion
- ▶ SUD (Subjective Unit of Disturbance)
- ▶ Siège de la sensation corporelle

4) Désensibilisation

- ▶ Canaux associatifs
- ▶ On continue jusqu'à ce qu'on ait 2 positifs/neutres
- ▶ Retour à la situation initiale
- ▶ Si neutre ou positif: on demande le SUD (siège+à quoi ça correspond)
- ▶ "SUD écologique"

5) Installation

- ▶ Lorsque $SUD = 0$ ou "écologique", on reparle de la cognition positive (CP)
- ▶ On demande la VOC (niveau de véracité)
- ▶ Si < 7 , SBA
- ▶ Si $= 7$ phase suivante

6) Body scan

- ▶ Recherche de sensations, notamment désagréables, inhabituelles.
- ▶ SBA pour consolider

7 et 8 : clôture et réévaluation

- ▶ Clore la séance qui peut être complète/incomplète.
- ▶ Sur une prochaine séance: phase 8 de réévaluation, où en est on, faut-il retraiter de nouveau si $SUD > 0$?
- ▶ Si non, travail sur les déclencheurs (mêmes modalités) et sur les scénarios du futur

Protocoles spécialisés en addictologie

- ▶ DeTUR: installe des ressources, objectifs positifs, identifie les déclencheurs de consommations (LoU: Levels of Urge)
- ▶ CravEx

Cas clinique

- ▶ Patient de 47 ans avec addiction à l'alcool qu'il met en lien avec un accident de la voie publique le 17 février 1997 (23 ans).
- ▶ Problématique actuelle : AVP en 1997, seul dans la voiture.
- ▶ Déclencheurs : malade tous les ans vers février. Pense tous les jours à l'accident, d'intensité variable.
- ▶ Expériences récentes : n'en rapporte pas
- ▶ Expérience la plus perturbante : voir un accident, savoir qu'un accident a eu lieu dans la famille (beau-frère y a un an).
- ▶ Question directe : rien d'autre
- ▶ Flotback : rien
- ▶ Pont d'affect : oppression dans la poitrine, burn out en 2017
- ▶ Scénario du futur : ne plus avoir de sensations désagréables quand il entend parler d'un accident ou le voit.

Cas clinique

Souvenirs du passé: brûlure avec huile, feu de cuisine il y a un an.

Burn out en mai 2017.

Accident de la voie publique à l'âge de 23 ans

Lieu sûr : insouciance. Famille, mer, montagne, campagne.

Contenant : boîte à chatière, calme et classé.

Cas clinique

Phase 3: évaluation

Image : plusieurs. Une ? 3, les plus violentes. Tête éclatée contre le pare-prise, pied et chaussures contre les essuie-glaces, autre pied et chaussure devant la voiture

Plus difficile ? Tête éclatée.

CN : Coupable (reformulation!), proposition de « je suis coupable » ? oui.

CP : faute à pas de chance. j'ai pas eu de chance.

Proposition « je n'y suis pour rien ». Ca pourrait « trouve que c'est trop fort ».

Conclusion « je ne suis pas responsable ».

Cas clinique

9' : VOC. 3,5, je passe à 3.

9'45 : émotion. Dégoût.

10'04 : SUD. 7

10'20 : siège de la sensation corporelle. Torse, oppression.

Cas clinique

11'34 : premier SBA.

11'59 : concentré

12'37 : de la relâche

13'15 : de la relâche aussi

13'58 : la première image

14'30 : le film avant le freinage

15'04 : image de la montre cassée

Cas clinique

15'42 : la séquence où je cours vers la maison qui était au dessus,
dire au dentiste qu'il appelle les secours

16'30 : regard de la dame avant l'impact

17'05 : éteindre la radio et couper le contact

17'42 : silence

18'18 : plus rien

18'50 : circulation

19'20 : assis dans le camion de gendarmerie, aperçoit par la vitre
policier en train de faire des mesures.

Cas clinique

0'14 coup de téléphone au fils de la dame

0'42 : panique

1'11 : rien

1'48 : sentiment d'impuissance

2'15 : rien pendant 15 jours

2'58 : nettoyage de la voiture chez mes parents pour enlever le sang.

3'33 : rien

4'04 : l'image des deux pieds

Cas clinique

4'41 : étonnement en voyant le corps de la dame devant la voiture sans ses pieds.

5'15 : angoisse

5'50 : rien

6'20 : trajet du travail au domicile de son ex belle grand-mère

7'15 : reset

7'43 : je pense à ce qu'on du endurer les gens qui étaient en face

8'22 : image du pare prise de la personne arrêté en face, j'ai pas de visage

« vous progressez »

Cas clinique

9'17 : j'étais assis sur la butte en attendant les secours

10'00 : paralysé

10'35 : circulation

11'09 : arrivée de ma compagne qui était devenue mon ex femme sans qu'elle puisse s'occuper de venir me voir.

12'02 : j'allais chez mes parents voir mon oncle et ma tante.

12'55 : réunion avec mon patron qui s'est très mal passée

13'25 : j'étais parti énervé du travail

14'05 : rien

14'28 : éclats de verre et coupure

15'03 : angoisse de reconduire

15'35 : rien 'vous progressez »

16'03 : un article sur le journal

Cas clinique

16'42 : quasiment aucun souvenir pendant 15 jours/3 semaines

17'16 : rien

17'46 : Dire Straits

18'28 : la musique, rien

18'56 : rien

19'21 : tout mélangé

Cas clinique

0'29 : signature du procès verbal au commissariat

1'00 : trou noir, pour moi ça s'est arrêté à la signature, après les seuls souvenirs que j'ai c'est téléphone.

1'55 : incompréhension de mes parents aujourd'hui

2'31 : des images de film d'horreur... qui ne me font ni chaud ni froid.

3'19 : chaleur dans les doigts. Agréable ? Pas désagréable.

4'02 : j'ai plus envie de bouger les pieds.

4'50 : rien

5'20 : je ne sens plus mes doigts. Actuellement ? Pas de sensation de toucher.
Agréable ? Ne dérange pas.

5'52 : toujours pareil. Toujours agréable.

Cas clinique

Retour à la situation initiale : tout d'un seul coup. Film qui part du trajet du travail, va chez la grand-mère, café, je repars chez mes parents, tout le déroulé.

7'01 : couper le contact et enlever la ceinture, ouvrir la portière.

7'40 : le bruit du silence.

8'16 : perdu.

8'43 : crispation des mains

9'13 : oppression

9'50 : toujours la crispation

Cas clinique

Changement de sens SBA.

10'23 : ça fait du bien de changer de sens. Autre chose qui vient aussi ?

11'16 : impression de ne pas contrôler la crispation des mains. Mains crispées.

11'54 : crispation des bras et des épaules.

Changement sens SBA.

12'31 : toujours pareil.

12'54 : pieds qui chauffent. Agréable ? Pas dérangent.

13'39 : pareil (changement sens sba). Crispation, pas que les pieds qui chauffent.

Cas clinique

Changement de sens SBA.

10'23 : ça fait du bien de changer de sens. Autre chose qui vient aussi ?

11'16 : impression de ne pas contrôler la crispation des mains. Mains crispées.

11'54 : crispation des bras et des épaules.

Changement sens SBA.

12'31 : toujours pareil.

12'54 : pieds qui chauffent. Agréable ? Pas dérangent.

13'39 : pareil (changement sens sba). Crispation, pas que les pieds qui chauffent.

Cas clinique

14'13 : chaleur dans les avant bras. Ca commence à devenir par très agréable.

14'35 : proposition papillon. Doigts crispés.
Retour SBA horizontal.

15'12 : relâchement

15'42 : bien.

Cas clinique

Ancrage « bien » à 15'18

16'18 : ça va, c'est bien

16'35 : retour à la situation initiale et SUD. 7 faible.

Où est ressenti le 7 ?

17'46 : à quoi il correspond ? Oppression, et rythme cardiaque dans le cou.

18'18 : calme

dernière série SBA : toujours le calme.

19'27 : scan corporel, transformé en exercice de respiration.

Cas clinique

Sur une autre séance (après 15 jours), reprise sous le format "séance incomplète"

Toujours l'oppression de la poitrine, qui ressemble à la place de la ceinture de sécurité

Reprise avec déjà une vision plus "caméra", proposition de passer en noir et blanc. Le déroulé se grise, se floute.

SUD 0 => phase 5 (installation)

Cas clinique

Reprise de la CP "je ne suis pas responsable".
D'emblée, VOC 7

Scan corporel bon

Clôture

Autre exemple de cas cliniques

Patient de 43 ans, séparé de son ex-compagne. Vit très mal la garde alternée, notamment lorsqu'il ramène les enfants en voiture chez elle le dimanche soir, fait un lien important entre consommations d'alcool et séparation.

Problématique : cassure du modèle familial

Déclencheurs : ramener les enfants en voiture

Scénario du futur : être moins atteint, projeter sur du positif

Autre exemple de cas cliniques

Lieu sûr: chez lui

Contenant: coffre en bois sombre, décorations et ferme avec une clé

Phase 3:

- ▶ Image: la voiture
- ▶ CN: "c'est de ma faute"
- ▶ CP: "je me suis bien débrouillé"

- ▶ VOC 2, émotion de tristesse, SUD 9, siège corporel => cœur + poitrine

Autre exemple de cas cliniques

Tissage cognitif: rappeler des éléments positifs, en tant que père, des moments passé avec ses enfants

SUD passe à 1 (SUD "écologique")

VOC 5 puis 7

Scan corporel OK.

Sur une autre séance: scénario du futur

Une des forces de l'EMDR

C'est qu'elle est protocolisée, standardisée en suivant un "algorithme".

Possibilité de publications scientifiques, augmentation du caractère répliquable

Une des faiblesses de l'EMDR

C'est qu'elle est protocolisée, standardisée en suivant un "algorithme".

Savoir s'en éloigner en gardant toujours dans l'idée le modèle (P)TAI et en se concentrant sur l'alliance thérapeutique, la désensibilisation et surtout l'identification des ressources, l'installation et la consolidation de celles-ci

Introduction d'éléments d'hypnose, souplesse dans les consignes et les relances

Empowerment