

## ■ Le dossier – Psychiatrie de l'enfant

# Thérapie EMDR chez l'enfant et l'adolescent

**RÉSUMÉ:** L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) est une technique de psychothérapie en vogue pour le traitement du psychotraumatisme. Parfois, elle permet en effet une disparition rapide des symptômes d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT). Cependant, chez l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte, dépendants de leurs parents, l'EMDR doit nécessairement être intégrée dans un cadre de psychothérapie plus large, prenant en compte les relations et appartenances de l'enfant. Un préalable indispensable est de vérifier que la sécurité de l'enfant est assurée!

Dans les situations de traumatismes complexes, où le patient a subi des agressions répétées de la part de proches dans son enfance, il présente souvent des troubles dissociatifs, qui nécessitent une conceptualisation plus élaborée, l'EMDR étant, dans ces cas, utilisée tardivement avec de multiples précautions. Dans tous les cas, la transmission aux patients, quel que soit leur âge, de techniques d'autostabilisation est importante, permettant de rendre au patient du pouvoir sur ses troubles sans recourir aux psychotropes.



**A.-C. PERNOT-MASSON**  
Pédopsychiatre, PARIS.

L'EMDRa, depuis quelques années, une réputation de méthode quasiment miraculeuse pour "guérir" tous les traumatismes. *A contrario*, l'EMDR est citée par la MIVILUDES (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires) avec ce commentaire prudent : "*Non intégrée à un protocole de soins validé par les autorités de santé et exercée par des non-médecins, cette pratique peut présenter quelques dangers en termes de mise sous emprise.*" L'expérience amène à relativiser chacune de ces deux appréciations!

### ■ L'EMDR

L'EMDR est une "thérapie d'intégration neuro-émotionnelle entre les émotions, les cognitions et les sensations enregistrées autour d'un souvenir traumatique". Elle a été découverte par Francine Shapiro, psychologue aux États-Unis en

1984 et d'abord appliquée au Syndrome de stress post-traumatique des anciens combattants.

Elle fait l'hypothèse que le psychisme, comme le corps, a une capacité naturelle à l'autoguérison, si l'événement n'a pas dépassé les capacités d'intégration de l'individu, et qu'il est en sécurité dans son environnement : dans ce cas, l'événement pourra laisser une "cicatrice" indolore, et permettre un apprentissage utile et constructif.

Mais si l'événement est trop intense, trop prolongé, trop répété, dans un environnement qui apporte un soutien insuffisant à l'individu, le psychisme débordé s'appuie sur le corps qui a alors recours à des réactions de survie : fuite, combat, figement ou effondrement vagal. Ces réactions somatiques constituent une protection psychique à court terme, mais, comme la coque fibreuse d'un abcès, compliquent la suite : la personne

## Le dossier – Psychiatrie de l'enfant

garde une sensibilité exacerbée aux éléments isolés enregistrés à l'époque du trauma comme menaçants (bruit, mot, odeur, image, déclencheurs précis d'apparence anodine), qui le restent indéfiniment et provoquent de nouveau des réactions irrépessibles de survie, ou un évitement de ces situations, des pensées négatives (ex : je ne vaudrais rien, je ne peux rien faire) et des reviviscences (flash-backs) sous formes d'images, de sons, de cauchemars, de réactions corporelles, mais aussi une amnésie plus ou moins totale des événements : tous ces éléments caractérisent un trouble de stress post traumatique (TSPT).

L'EMDR est une technique non prédictive de psychothérapie, qui s'appuie sur l'association libre, mais en focalisant le patient sur un moment précis d'un événement traumatique précis [1]. Elle vise à permettre au patient de retrouver le processus normal de métabolisation des événements et ainsi d'estomper, puis supprimer, les émotions négatives liées au trauma, pour faire place à des émotions positives, amenant la disparition des symptômes de TSPT. Comme dans les TCC (thérapies cognitivo-comportementales), elle travaille sur les cognitions, avec une exposition aux émotions et sensations corporelles ; comme dans l'hypnose, elle nécessite une attention double, à la fois dans l'ici et maintenant et dans le passé. Comme en psychanalyse, elle s'appuie sur des associations libres, mais sans travail sur le transfert. Les mouvements alternatifs (gauche-droite) peuvent être oculaires, mais aussi auditifs ou tactiles : ils facilitent l'attention double, tout en apportant une sensation de détente. Une thérapie EMDR doit suivre un protocole précis en huit étapes successives, avec le recueil de l'histoire du patient, la stabilisation fondamentale, la mise en place du plan de traitement et le choix de la cible de travail du jour, la désensibilisation avec des stimulations bilatérales alternées, l'installation d'une pensée positive liée à l'événement, la vérification qu'il n'y a aucune sensation corporelle négative

résiduelle, et la clôture de la séance, avant l'éventuelle reprise, lors d'une séance ultérieure.

La "stabilisation" est une étape fondamentale, toujours possible, même chez des patients trop fragiles pour une prise en charge EMDR (avec ce type de patient, nous pouvons être amenés à ne faire que de la stabilisation pendant des mois, voire durant tout le suivi). Ce sont des techniques d'"autosoin" [2], que l'on enseigne au patient, dont les enfants s'emparent aisément, qui utilisent le corps pour rester dans la vie quotidienne, et diminuer l'angoisse sans recourir à des psychotropes. Car les psychotropes, qu'il s'agisse de médicaments légaux ou de drogues illégales, ne peuvent absolument pas guérir les traumatismes psychiques, seulement réduire momentanément leurs conséquences. En voici quelques exemples : l'évocation d'un lieu sûr, celle d'un "coffre" pour mettre de côté tout ce à quoi on ne veut pas penser dans l'immédiat, "HeartRate +" (application de cohérence cardiaque sur smartphone), et surtout "54321", un exercice d'autohypnose pour se maintenir, dans l'ici et maintenant, basé sur la pleine conscience de "ce que je vois, ce que j'entends, ce que

je sens"... Quand un patient est pris de panique, plutôt que de se précipiter sur la boîte de bromazépam ou de cyaméazine, blâmant son cerveau, ses gènes ou ses parents, il peut, s'il s'est entraîné auparavant, utiliser ces exercices qui peuvent l'aider à sortir de ces flash-backs de son passé terrifiant, pour revenir dans la sécurité du présent. Les enfants utilisent très facilement le "câlin du papillon" comme ressource (**tableau I et fig. 1**).

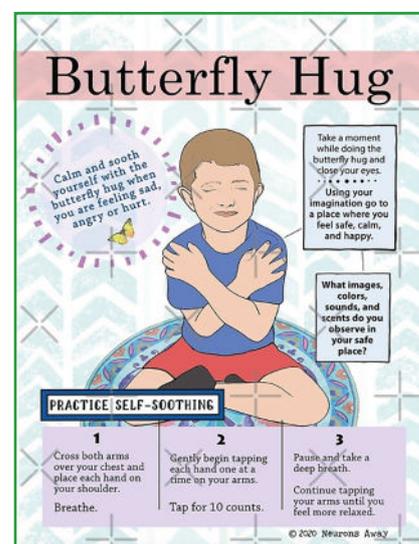


Fig. 1 : Câlin du papillon (tiré du site *Neurons away*).

0. Peux-tu me dire à combien tu te sens perturbé, maintenant, entre 0 (tout à fait tranquille) et 10 (la plus grande perturbation qu'on puisse imaginer, comme une tempête) ?
  1. Pose bien tes pieds sur le sol, très solidement.
  2. Dis-moi :
    - une chose que tu peux voir ;
    - un son que tu peux entendre ;
    - une chose que tu peux toucher maintenant.
  3. Fais maintenant trois grandes respirations, comme un dragon qui souffle, avec moi...
  4. De nouveau, les 1, 2, 3, puis... fais venir de la salive dans ta bouche, en pensant manger une chose que tu aimes, ou sucer un citron.
  5. De nouveau, 1, 2, 3, 4, puis... pense à un endroit où tu te sens calme, en sécurité ("lieu sûr", préalablement travaillé). Où sens-tu le calme, dans ton corps ?
  6. Maintenant, nous allons faire un "câlin du papillon", en sentant le calme dans ton corps (préalablement exercé : 5-6 paires de tapotements).
  7. Et maintenant, peux-tu me dire à combien tu te sens perturbé, maintenant, entre 0 (tout à fait calme) et 10 ?
- Tu vois que ça a baissé ! En t'entraînant comme ça, tu pourras t'apaiser tout seul, plus vite, quand tu le veux !

Tableau I : Exercice d'ancrage adapté aux enfants.

## ■ Le dossier – Psychiatrie de l'enfant

L'application du protocole EMDR chez l'enfant est adaptée à son niveau de développement : simplifié, il peut être utilisé dès l'âge de 4 ans. L'EMDR est particulièrement adaptée aux adolescents qui apprécient son côté "cadre" sur un objectif précis, à condition qu'ils soient réellement demandeurs d'aide, et pas seulement "envoyés" par leurs parents.

**Cependant, comme toute thérapie efficace, l'EMDR présente des risques et des contreindications :**

**>>> Risque de re-traumatisation**, si le thérapeute n'est pas assez attentif aux capacités du patient à se stabiliser en restant dans le présent, pendant et entre les séances. Par exemple, une thérapeute autoproclamée EMDR, sans formation correcte, a précipité en quelques minutes un enfant de 13 ans qui venait de révéler des agressions sexuelles par son grand-père dans un état dissociatif aigu, qui a duré plusieurs jours et a nécessité une hospitalisation en urgence, devant les hallucinations et les pulsions suicidaires (tentatives de défenestration).

De façon plus générale, l'EMDR est surtout adaptée aux traumatismes simples, sans troubles dissociatifs, sans trahison d'attachement, qui ne représentent qu'une faible partie des traumatismes.

**>>> Inefficacité** : par un refus du patient (crainte d'une emprise, de manipulation du thérapeute, qui demande un travail préalable) ou par une incapacité à maintenir l'attention double : le patient reste dans la sécurité du moment présent, évitant la confrontation à la situation angoissante. La métaphore de l'ablation d'une écharde est évocatrice : il faut que le blessé accepte de présenter son doigt à la pince à épiler, contenant sa peur dans la promesse d'un soulagement futur !

**>>> La première contreindication** est l'absence de sécurité concrète dans le présent : chez l'enfant, il s'agit de l'éventualité de la poursuite des agressions, qui

demande d'envisager un signalement aux autorités de protection de l'enfance. Mais il s'agit plus souvent de l'absence ou de l'insuffisance de soutien de ses parents. En effet, l'équilibre émotionnel d'un enfant après un événement grave dépend fondamentalement de la qualité de son lien avec le ou les adultes importants pour lui, avec lesquels il a une relation d'attachement forte. Si ses parents ne le soutiennent pas, ne mettent aucun mot, aucun récit cohérent sur ce qu'il vient d'advenir ou sont pris eux-mêmes dans leurs troubles psychiques durant des mois, voire des années, il est à haut risque d'être gravement traumatisé, et aucune thérapie, EMDR ou autre, ne pourra être efficace.

**>>> Les autres contreindications** sont les psychoses et les troubles dissociatifs, qui réclament une prise en charge différente, où l'EMDR ne pourra être utilisée que tardivement, avec des adaptations précises. Le patient adulte a souvent subi des agressions répétées de la part de proches dans son enfance, parfois sans qu'il soit encore vraiment conscient de leurs effets délétères à long terme : ses troubles ont pu être étiquetés troubles borderline, bipolaire, ou TDAH et seront, au mieux, conceptualisés comme des troubles dissociatifs. Chez les enfants, la présence des parents, la loyauté naturelle de l'enfant à ses parents rend encore plus difficile le repérage des troubles dissociatifs.

### ■ La prise en charge familiale

En effet, "*un enfant tout seul, ça n'existe pas*" disait Winnicott !

Allan Schore a bien explicité dans un article destiné aux pédiatres le rôle indispensable des parents pour l'entraînement à la régulation émotionnelle des enfants [3].

Dans la grande majorité des situations, un traumatisme affectant un enfant affecte aussi ses parents : un trauma-

tisme de chaque parent et un traumatisme familial (en général associés), demandent une prise en charge précédant tout travail sur le trauma de l'enfant, pour que celui-ci puisse être efficace et durable. La famille offre aux enfants la ressource de figures adultes, ressources pour sa régulation émotionnelle et sa régulation interpersonnelle, mais elle est aussi le contexte d'un grand nombre d'agressions traumatiques [4].

Sans plus évoquer les situations d'agressions intrafamiliales, un événement traumatisant un enfant entraîne, d'une part, une déstabilisation de l'enfant, et des symptômes de stress post-traumatique (colères, angoisses, silence et repli sur soi, cauchemars et troubles du sommeil, troubles des apprentissages...) et, d'autre part, une déstabilisation de sa famille, avec une désorganisation des rythmes de vie quotidienne (sommeil, repas), un isolement de chacun au sein de la famille et dans le réseau élargi, une désorganisation de l'attachement... La famille ne pourra donc pas être disponible pour soutenir l'enfant blessé, ce qui majorera ses symptômes, et les troubles familiaux en cercle vicieux.

En effet, quelle que soit la demande, le thérapeute d'enfant doit penser à plusieurs niveaux sans les mêler : le niveau individuel de l'enfant souffrant, le niveau familial de l'enfant dans sa famille, et le niveau de ses autres relations et appartenances (famille élargie, école, amis...), d'autant plus importants qu'il s'agit d'un adolescent ou d'un jeune adulte.

Dans le cas d'un trauma, chez l'enfant comme chez l'adulte, on ne demande jamais un récit détaillé lors des premières séances, car il serait alors retraumatisant. La première séance doit évaluer le degré de déstabilisation de chacun, et permettre d'envisager de recevoir les parents seuls, de travailler avec eux, éventuellement en EMDR, en couple, sur le traumatisme qui les impacte, eux, de n'avoir pu protéger leur enfant.

Ce n'est que quand les parents auront suffisamment intégré ce traumatisme, qu'on pourra travailler avec l'enfant, en présence des parents, garants de sa sécurité émotionnelle. En effet, si un récit prématuré devant l'enfant provoque une forte réaction émotionnelle d'un parent, l'enfant se sentira coupable de traumatiser ses parents, dans une réaction de parentification. Le but de cet abord familial est de soutenir l'élaboration d'un récit familial transmissible, pour prévenir les traumatismes familiaux et individuels, les troubles d'attachement et leurs transmissions intergénérationnelles, aux conséquences parfois dramatiques sur plusieurs générations [5].

## ■ Exemples cliniques

### 1. Deux succès simples, avec des situations familiales simples et soutenantes

#### ● Olivier a la phobie des couteaux

Olivier est un garçon de 10 ans. Ses parents l'ont laissé seul dans une bergerie de montagne avec son frère de 16 ans, tandis qu'ils allaient passer trois jours chez des amis. Olivier jouait à tailler un bâton avec un couteau Opinel trouvé dans un tiroir. Son frère lui a dit : *“Laisse ce couteau, tu vas te couper”*. Il a fait la sourde oreille : qui obéirait à un frère ? Mais il s'est entaillé le pouce et ça saignait beaucoup. Il a eu très peur et a mis sa main sous le robinet, ce qui a aggravé le saignement. Son frère a vainement essayé d'appeler des secours, mais il n'y avait pas de “réseau” dans la bergerie. Il a laissé Olivier seul et a couru vers un sommet voisin pour pouvoir téléphoner. Leur père ne répondait pas, le SAMU a refusé de se déplacer pour une plaie de la main, finalement les pompiers sont venus le chercher en hélicoptère, l'ont amené dans une clinique où la plaie a été facilement suturée, puis des amis sont venus le chercher en attendant le retour de ses parents. Tout est bien qui finit bien ? Non... Depuis 3 mois, Olivier

a la phobie des couteaux, dès qu'il en voit un, il répète, très angoissé *“Laisse ce couteau, tu vas te couper”* et exige que ses parents les fassent tous disparaître de la table : les repas familiaux en sont considérablement compliqués ! Après une séance d'exposé de la stabilisation, où un travail familial n'est pas paru nécessaire, mais avec des entraînements de “lieu sûr”, la séance suivante a permis la “désensibilisation” rapide de l'accident et de la phobie conséquente. Il a été demandé à Olivier de se focaliser sur la “pire image” de cet accident : il a choisi la vision de la plaie ensanglantée. L'émotion soulevée par cette évocation était la peur (dans le cabinet, lors de la séance), localisée dans le ventre, associée avec la pensée *“Je vais mourir”* perturbante à 10/10. Olivier a eu le courage de rester focalisé sur cette image lors des premiers mouvements oculaires alternés rapides imposés, puis a raconté chaque nouvelle image ou pensée surgie après chaque série de mouvements alternés :  
 – *“Je vais mourir”* ;  
 – *“Je n'ai plus de pouce”*. Les psychanalystes verront ici l'illustration d'une angoisse de castration ;  
 – *“Je suis tout seul”* ;  
 – *“L'hélicoptère, c'était la première fois que je montais dedans, c'était si beau”* (noter le passage du présent à l'imparfait) ;  
 – *“C'est passé”*.

Effectivement, sa phobie était passée, les effets traumatiques de cet accident complètement et définitivement disparus : quand il lui était demandé de repenser à l'accident, il pensait *“Je suis guéri”* et ne ressentait plus aucune émotion perturbante dans son corps.

#### ● Madeleine panique lors des contrôles

Madeleine a 9 ans, et a des crises de paniques lors des contrôles, qu'elle passe en larmes depuis plusieurs mois. Elle rapporte ça à une professeure remplaçante très méchante qu'elle a eue pendant 2 mois l'an dernier, qui s'était moquée d'elle devant toute la classe. Après une séance de préparation, pour

trouver un lieu sûr (dans sa chambre, en train de dessiner) et bien l'installer, nous avons commencé les mouvements alternatifs. Mais Madeleine a commencé à hyperventiler, et ressentir des picotements dans les mains, annonçant une crise d'angoisse. Nous avons donc recouru à une “oscillation”, focalisant Madeleine 3 secondes seulement sur le contrôle prochain, avant de revenir au lieu sûr, jusqu'à ce que les signes d'angoisse aient disparu. Cela a permis à Madeleine de s'accoutumer à cette pensée, et d'accepter une augmentation progressive de la “dose” de stress, jusqu'à une résolution de cette peur post-traumatique, en trois séances.

### 2. Un effet iatrogène

Éveline a 16 ans. Elle est déscolarisée depuis 2 ans malgré plusieurs prises en charge psychiatriques. Elle et ses parents rapportent de multiples traumatismes chez elle, et chez chacun d'eux. Notre travail de psychothérapie d'inspiration analytique et l'accompagnement des parents permettent une reprise de scolarité adaptée au lycée. Cependant, elle ne réussit à rédiger aucun devoir en classe, aucun contrôle, ce qui met en péril son passage en classe supérieure. Nous avons beaucoup travaillé la stabilisation sous de multiples formes, elle va plutôt mieux, investit sérieusement sa scolarité, est demandeuse de progresser. Nous décidons donc d'essayer de travailler en EMDR un souvenir de son école primaire, qui paraît modérément traumatique. Mais les premiers mouvements alternatifs déclenchent rapidement une crise épileptiforme généralisée : ses mouvements entraînent une chute du fauteuil que j'essaye d'amortir, puis des mouvements alternés de la tête, des mouvements du bassin, les yeux fermés. La fin de la crise (sans perte d'urines, ni morsure de langue) lui permet de retrouver rapidement ses esprits. L'importance de ses conduites d'apaisement inadéquates (scarifications, alcoolisations, intoxications médicamenteuses...) ont imposé son hospitalisation dans un service de

## Le dossier – Psychiatrie de l'enfant

psychiatrie. Des crises épileptiformes eurent lieu dans ce cadre, qui permirent aux neurologues du service voisin de les observer et faire des EEG per-critiques qui ont amené le diagnostic de CNEP (Crises non épileptiques psychogènes). Nous poursuivons donc notre travail de désensibilisation des événements traumatiques passés avec beaucoup plus de prudence, par la thérapie sensorimotrice (sans EMDR) et la prise en compte des éléments dissociatifs chez cette jeune fille.

### 3. Un refus à court terme de ma part

Les parents me présentent Dylan, 6 ans, avec une demande explicite de prise en charge EMDR pour des angoisses diffuses. Les entretiens préliminaires, avec les parents, avec ou sans Dylan, et Dylan seul, me font questionner plus précisément le fonctionnement familial. La mère finit par évoquer les fréquentes explosions de colère du père de Dylan, et les moqueries humiliantes de son frère de 14 ans. Dylan n'étant pas en sécurité, aucune prise en charge individuelle n'est pertinente. Ma tâche sera de réussir à ce que les deux parents acceptent un travail à leur niveau, pour comprendre quels traumas passés s'expriment chez son père par la colère, sans qu'il se sente accusé, puis qu'il accepte de travailler sur ces points, pour donner à ses fils une sécurité d'enfance que lui n'a vraisemblablement pas eue. Puis travailler avec le frère aîné et enfin voir l'évolution de Dylan et traiter finalement les symptômes persistants, alors qu'il est en sécurité dans sa famille : un travail sur plusieurs mois sur ce sujet de violence intra familiale.

### 4. Trois aménagements adaptatifs

● **Histoire narrative** : Lucie, 5 ans, est adressée pour un retard massif de langage. Elle a une histoire complexe. Naissance prématurée, longue hospitalisation, puis à 6 mois de vie, diagnostic de cancer chez sa mère soignée pendant 3 ans, heureusement aujourd'hui en rémission totale. L'évocation de ces 4 ans déclenchait immédiatement chez son

père une crise de larmes, et chez sa mère un figement muet. Nous avons travaillé avec chacun des deux parents pendant plusieurs mois, en EMDR, pour réussir à rédiger une "histoire narrative" en langage simple, racontant ces événements, qu'ils puissent dire chacun à haute voix sans émotion débordante. Puis, lors d'une séance mémorable, les parents ont lu ce texte tandis que l'un d'eux et moi-même faisons des tapotements alternatifs sur les épaules de Lucie et de son frère aîné de 8 ans, qui, lui aussi, avait été impacté par ces événements familiaux dramatiques.

● **EMDR à l'aveugle** : Marie, 12 ans, suivie depuis 2 ans, dit beaucoup souffrir de "quelque chose" qu'elle a "trop honte" de dire. Elle a accepté de le travailler en EMDR (qu'elle avait déjà expérimentée sur un autre sujet) à condition de ne pas l'explicitier. J'ai ainsi travaillé à l'aveugle, jusqu'à ce que sa honte baisse suffisamment pour qu'elle puisse m'expliquer qu'il s'agissait de jeux sexuels avec son frère de 11 ans.

● **Protocole de la lettre** : Julia a 13 ans. Elle est hospitalisée pour une suspicion d'anorexie mentale, à la suite d'une perte de poids de 15 kilos en 6 mois. Lors de notre entretien, elle est très triste, ce qui est une complication fréquente non spécifique de toute dénutrition. Cependant, elle dit être "très maigre", ce qui est très différent de la dysmorphophobie classique des anorexiques restrictives qui se sentent et se disent "grosses", même quand elles sont cachectiques. Il s'avère que l'amaigrissement de Julia a commencé à la suite du décès soudain de sa grand-mère chérie, elle n'avait "pas faim", plus du tout faim, et n'a plus mangé : il s'agit d'une anorexie dépressive et non d'une anorexie mentale classique (anorexie symptomatique et non maladie en tant que telle). L'expérience montre que les antidépresseurs ont peu d'efficacité dans de telles cachexies, nous devons de toute façon aborder ce deuil, de façon urgente. À ma demande, Julia a écrit une lettre à sa grand-mère, comme si elle "pouvait tout

entendre", que nous avons travaillé en EMDR, avec des mouvements alternatifs dès que, à la lecture à voix haute, l'émotion de Julia émergeait, pour "écouter" toutes ces émotions emmêlées, tristesse, mais aussi colère que sa grand-mère l'ait ainsi abandonnée, et peur que ses parents meurent à leur tour. Plusieurs séances ont été nécessaires pour apaiser sa douleur, et permettre à sa soif et faim de vivre de reprendre le dessus.

### 5. Un échec

Victor a 15 ans et une phobie scolaire. Il reprend peu à peu une vie sociale, réussit à sortir de chez lui pour assister en présentiel à nos séances, mais reste incapable de franchir les portes du lycée. Toutes mes tentatives pour travailler cette peur ont échoué avec cette assertion : "Non, là je n'y suis pas (devant les portes du lycée) donc je ne ressens aucune peur." Il serait sans doute plus efficace de trouver un thérapeute comportementaliste qui l'accompagne en personne sur le trajet du lycée. En attendant, nous travaillons sur les risques et les inconvénients d'une éventuelle résolution de ses phobies...

### 6. Une prise en charge parentale

Lisa est une petite fille de 4 ans. Ses parents sont effondrés, car, au retour d'une journée "barbecue" chez des amis, elle leur a dit qu'un "monsieur" l'avait emmenée au fond du jardin et lui avait enlevé sa culotte et lui aussi s'était mis tout nu... Tout a bien été fait, l'écoute, la reconnaissance de l'agression, le signalement, la brigade des mineurs, les experts psychologues et pédiatres. Grâce à cette dénonciation, et à l'arrestation du "monsieur", deux des nièces de l'agresseur ont aussi révélé avoir été agressées. Il a bien été affirmé à Lisa que le monsieur était en prison pour longtemps, elle a été félicitée pour cette dénonciation, mais lorsque je la rencontre, 6 mois après cette unique agression par un homme avec qui elle n'avait aucun lien d'attachement, Lisa va toujours aussi mal avec d'importantes

angoisses de séparation : elle a de gros troubles du sommeil, ne dort que dans le lit des parents avec eux, ses parents la gardent à la maison à tour de rôle le jour, aux dépens de leurs emplois respectifs et de la scolarité de la petite fille. L'ensemble de ces éléments oriente vers l'hypothèse de traumatisme majeur chez ses parents. En effet, ces jeunes parents ont tous deux vécu des enfance traumatiques, marquées par des abandons successifs et des agressions par leurs parents. Leur couple et la conception de leur enfant était une revanche, un engagement mutuel à donner à leur fille l'enfance "parfaite" qu'ils n'avaient pas eue. Ce mythe fondateur de leur famille s'effondrait, trauma familial se surajoutant aux traumas individuels de chacun d'eux (culpabilité de n'avoir su protéger leur fille, et rappel des agressions individuelles subies par eux-mêmes) et au trauma individuel de Lisa. La prise en charge s'est faite avec eux, ensemble ou séparément, sans Lisa, pour la majeure partie des séances. Ensemble, nous avons pu reprendre et "réparer" le mythe familial [6] mettant en exergue que leur fille, grâce à la qualité de leur présence, à sa totale confiance en eux, avait pu dénoncer l'agression immédiatement, contrairement aux enfants victimes d'agressions sexuelles répétées qui, dans leur immense solitude, sont tellement "reconnaissants" qu'un adulte s'occupe enfin d'eux qu'ils sont prêts à en payer le prix fort sans rien en dire, à

leurs dépens. Puis nous avons travaillé avec chacun d'eux en EMDR sur le réveil des traumas passés, surtout avec la mère de Lisa qui avait été agressée par un cousin beaucoup plus âgé durant toute son enfance. Cette prise en charge a permis le retour de Lisa dans sa chambre, son retour à l'école, et la reprise de l'intimité chez ses parents, donc la reprise d'une vie normale, pas "comme avant", certes, mais en ayant dépassé cet événement, inscrit dans le passé, tous pleins de la forte conviction qu'ils étaient forts, capables de dépasser les accidents inévitables de la vie.

### ■ Conclusion

L'EMDR est une technique de psychothérapie efficace dans les troubles de stress post-traumatiques, reconnue par de nombreuses études publiées. Cependant, souvent chez l'adulte, et constamment chez l'enfant, elle doit être intégrée dans une pratique plus vaste de la psychothérapie, prenant en compte les dimensions relationnelles et d'appartenance, familiale en particulier. Enfin, en pratique clinique, nous rencontrons rarement des traumas simples, mais le plus souvent des traumas complexes, les patients présentant des troubles dissociatifs partiels ou complets, avec des troubles d'attachement [7]. Dans ces cas, l'EMDR utilisée seule se montrera insuffisante, voire dangereuse, et ne pourra

qu'être utilisée ponctuellement par un thérapeute expérimenté et formé aux autres approches du trauma complexe et des troubles dissociatifs.

### BIBLIOGRAPHIE

1. DELLUCCI H, TARQUINIO C. L'EMDR – Eye movement desensitization and reprocessing – au service de la thérapie systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2015;55:59-90.
2. CONTAMIN E. *Prenons soin de nous, techniques d'autothérapie*. Larousse, 2023.
3. SCHORE A. Attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatr rev*, 2005;26:204-217.
4. SILVESTRE M. Thérapie EMDR et thérapie familiale avec les enfants, un exemple d'intégration de deux paradigmes différents. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2015;55:115-130.
5. PERNOT-MASSON A. Traumatismes et perversions des relations parents-enfants. *La psychiatrie de l'enfant*, 2016;59:97-118.
6. NEUBURGER R. *Les familles qui ont la tête à l'envers: revivre après un traumatisme familial*. Odile Jacob, 2017.
7. FÀH VAUCHER J, RENEVEY Y, GYSI J. Trouble de stress post-traumatique complexe et trouble dissociatif de l'identité partiel: deux diagnostics novateurs dans la CIM-11. *L'information psychiatrique*, 2023;99:615-620.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.