

Violences familiales et trauma complexe

Illustration d'une prise en charge par le modèle thérapeutique basé sur le traitement adaptatif de l'information de Shapiro (EMDR)

*Fawzia Ghoumari**

Résumé :

Cet article s'inscrit dans le cadre d'une intervention psychothérapeutique par l'utilisation des stimulations bilatérales EMDR méthode inspirée du modèle théorique du traitement adaptatif de l'information de Shapiro. Ce modèle considérant la plupart des pathologies comme les conséquences des expériences plus ou moins traumatiques depuis les premières années de vie, il stipule que les cognitions, les affects et les comportements des individus se seraient donc construits à partir de toutes les expériences traumatiques accumulées.

L'objectif étant de démontrer l'importance et l'efficacité de l'intégration neuro-émotionnelle des événements de vie négatifs et des situations traumatiques stockées d'une façon dysfonctionnelle dans les réseaux mnésiques chez le patient. Rétablir l'équilibre neuro – émotionnel par les stimulations bilatérales, permettra une meilleure régulation des émotions, une élaboration mentale des conflits et une réduction du passage à l'acte.

Mots clés : violences familiales, trauma complexe, traitement adaptatif de l'information, EMDR

** Maitre de conférence A, Université de Tipaza, Psychologue Sarp.*

Introduction :

Une avancée scientifique considérable dans le domaine des neurosciences a permis de mettre en lumière la nécessité de traiter la souffrance psychique engendrée par les événements négatifs de la vie par une démarche bien définie, englobant le traitement sur le plan cognitif, émotionnel et corporel. Trois piliers incontournables dans l'approche thérapeutique actuelle des traumatismes et du traumatisme complexe en particulier. L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (Shapiro, 2001) s'est imposée comme une méthode de choix dans la prise en charge du traumatisme psychologique.

Nous relaterons ici le processus thérapeutique entamé avec un jeune homme en souffrance. Les résultats se font voir dès la dixième séance du retraitement par les mouvements oculaires EMDR.

Présentation du patient :

Salim est un jeune homme qui dépasse la vingtaine, il est l'aîné d'une fratrie de trois enfants. Il a un frère puîné, plus jeune que lui de cinq ans et une sœur plus jeune de dix ans.

Salim n'a pas de travail stable, il est vendeur dans un magasin qu'il a abandonné pour s'accrocher à un travail contractuel comme agent commercial dans une entreprise de publicité et de vente de produits cosmétiques. Ses revenus sont tributaires des bénéfices qu'il rapporte à l'entreprise.

La scolarité de Salim est marquée par un échec scolaire massif depuis son accès au collège. Il a toujours exprimé le besoin de consulter un psychologue, Il a été énurétique jusqu'à l'âge de 17 ans.

Quant au père de Salim, il est âgé d'une cinquantaine d'année, et souffre d'une maladie rare qui a touché toute sa fratrie. Tous ses frères ont succombé à la maladie sauf une sœur qui est toujours vivante. Traité en France depuis l'âge de sept ans, le père de Salim a survécu à sa maladie, il est déclaré,

Violences familiales et trauma complexe

par la sécurité sociale, handicapé à (80%). Son traitement médical reste indisponible en Algérie.

La mère de Salim, qui a presque le même âge que son mari, travaille pour subvenir aux besoins de la famille. Très sensible et très fragile, elle pleure facilement, « elle a trop souffert dans sa vie », selon Salim.

La famille de Salim habite un quartier populaire d'Alger dans des conditions économiques et sociales difficiles : ils cohabitent avec d'autres membres de la famille, la tante et les cousins du père. Le niveau d'instruction des parents se limite aux études primaires.

Motif de consultation :

Salim souffre d'angoisses et de ruminations à l'idée de mourir déclenchées par un rêve qui se rapporte à sa grand' mère et une tante paternelle décédées toutes les deux alors qu'il avait 10 ans. Ce rêve le hante et l'angoisse depuis trois ans. Les choses ont empiré pour lui cette année (2016) car il lui arrive d'être sidéré, complètement paralysé et incapable de bouger.

Salim est un jeune homme intelligent sensible et dynamique. Il a beaucoup de ressources mais à fleur de peau. Il affiche des signes d'instabilité émotionnelle et d'hyper activation observés pendant les premières séances. C'est un bagarreur qui ne peut s'empêcher de frapper à la première occasion. Ses efforts pour se contrôler sont vains (il a frappé une femme qu'il ne connaissait pas croyant qu'elle était la femme à son oncle qui l'a giflé quand il avait six ans). Ses rêves se caractérisent par la violence, des disputes et des bagarres.

Salim a été suivi par un psychologue dans le secteur public mais il décida d'interrompre sa prise en charge car il se plaignait d'être jugé par son psychologue « ما نحش واحد يجوجيني ».

Symptomatologie :

La symptomatologie de Salim se présente comme suit :

-un état de panique déclenché par des idées flash back en rapport avec la mort ;

-des difficultés d'endormissement ;

-des réveils angoissés ;

-un fonctionnement en mode automatique caractérisé par la violence et des passages à l'acte à la moindre menace « نهيج » .Salim se sent toujours menacé ou en danger (cognition négative).

Les principaux déclencheurs de ses réactions automatiques se rapportent à des situations comme :

-entendre parler de la mort notamment quand quelqu'un lui annonce la mort d'une personne.

-voir ou sentir un changement dans le comportement de l'autre, un regard, un mot, une attitude.

-être pris au dépourvu ou surpris par une action inattendue, une parole ou même un regard.

-se lever le matin et réfléchir à ce qu'il faudrait faire dans la journée.

Histoire de vie et parcours scolaire :

Attachement et dynamique familiale

Salim déclare qu'il était très attaché à sa grand-mère, décédée quand il avait 10 ans. Elle l'accompagnait à l'école, elle prenait soin de lui quand la mère était au travail et elle le protégeait contre la violence et les punitions des membres de la grande famille notamment sa mère et son oncle...Il se cachait toujours derrière elle. La grand mère était pour Salim une figure d'attachement sécurisante.

La mère de Salim est une femme très fragile face à la précarité de la situation familiale et des conflits familiaux. Elle menaçait souvent de partir et de quitter ses enfants et son mari. Travaillant pour subvenir aux besoins de la famille, la mère de Salim ne pouvait s'occuper des besoins de son fils ni

Violences familiales et trauma complexe

l'accompagner. Le milieu familial de Salim marqué par le conflit et le manque de cohésion et d'indépendance associé à la maladie du père, nous révèle l'indisponibilité de figures d'attachement sécurisant.

Il a été démontré, en effet, que les interactions avec autrui lors des premières années de la vie façonnent les connexions essentielles de notre cerveau qui influencent notre sentiment de soi interne et notre capacité à établir des relations saines avec les autres (Shapiro, Kaslow et Maxfield, 2012).

En effet, l'attachement est à la base un besoin instinctif d'être proche des autres, il se développe dès l'enfance et se poursuit à l'âge adulte.

Il est en fait lié directement aux capacités de régulation des émotions. Ces dernières renvoient aux stratégies mises en place pour accroître ou réduire les différentes dimensions d'une réponse émotionnelle. Davidson et Maso (2002) constatent à cet égard que les difficultés au niveau de la gestion émotionnelle peuvent favoriser les comportements agressifs (Tarquinio et tarquinio, 2015).

Modèles éducatifs :

Une violence familiale caractérise l'entourage de Salim depuis sa naissance. Il rapporte les bagarres fréquentes entre la mère et la belle famille, entre le père et des membres de la grande famille. La maman menaçant à plusieurs reprises de partir et de quitter ses enfants et son mari.

Salim décrit son oncle maternel de violent, il le frappait souvent, l'humiliait et le punissait. Il craignait aussi ses parents et leurs punitions parce qu'ils veulent toujours que leur fils soit un enfant modèle. Ils lui interdisent de s'exprimer et n'accordent pas d'intérêt à ce qu'il pense : « ils me considèrent toujours comme un enfant, j'aime leur donner des conseils au sujet des conflits familiaux mais ils ne m'écoutent pas ».

Il a été énurétique jusqu'à l'âge de 17 ans, ce qui lui a valu beaucoup de dévalorisation et de moqueries de la part de tout le monde.

Pour reprendre, je citerai les principaux événements négatifs relatés par Salim et qui ont marqué son enfance et son adolescence :

Disputes de la mère de Salim avec le père et la belle famille dès l'âge de quatre ans. Les disputes avec le père sont fréquentes, la mère ne cesse d'exprimer un chantage affectif du genre « je vais vous laisser ; restez avec votre père ».

Touché par un profond sentiment d'injustice, Salim exprime une haine à l'encontre de la femme à son oncle qui l'a giflé à l'âge de six ans juste parce qu'il a demandé à boire de l'eau.

La maladie de la grand-mère (Alzheimer) et son décès ont eu un impact traumatisant sur Salim qui, à nos yeux, représente la perte d'une figure d'attachement sécurisante irréparable vu le remaniement familial survenu après ce décès. La maman de Salim reprend le travail quand il atteint l'âge de 12 ans sans l'informer, ce qui coïncide avec son passage au collège, période charnière dans la vie d'un adolescent. Au cours de cette période, l'absence de la maman est vécue comme une reviviscence de la perte de la grand mère. Il essaie de palier à ce manque en tombant amoureux d'une fille, la rupture avec cette dernière le bouleversa encore plus. Il ne mangeait plus et ne parlait plus. Son échec scolaire était le symptôme d'une traumatisation liée à la fragilité de ses liens d'attachement.

Les choses se compliquent pour Salim alors qu'il n'a que 13 ans ; son père est en danger de mort à cause de l'indisponibilité de son médicament. Les risques étaient trop importants pour sa vie ce qui accentua le sentiment d'insécurité et de danger chez Salim.

Au début de sa prise en charge, des bagarres éclatèrent entre Salim, son oncle maternel et sa tante maternelle ainsi que d'autres bagarres avec d'autres membres de la grande famille et dans la rue. Salim fonctionne en mode passage à l'acte automatique, les émotions négatives sont ressenties très violemment ce qui génère une grande anxiété et favorise les excès de colère.

Violences familiales et trauma complexe

Il paraît évident que Salim a vécu des moments de grande détresse depuis son enfance avec un sentiment de menace et d'abandon lié aux conflits et violences familiales, à la maladie de son père ainsi qu'aux conditions économiques et sociales difficiles. La qualité des liens d'attachement semble avoir un impact important sur la gestion des émotions chez Salim.

En effet Bowlby (1988) a constaté que la nature et la stabilité des relations d'attachement d'un enfant ont un impact direct sur la personnalité en devenir. Les études réalisées par Ainsworth (1982), Main, Kaplan & Cassidy (1985) révèlent qu'un attachement anxieux semble accroître le risque de problèmes émotionnels et comportementaux pendant l'enfance et l'adolescence et être lié à une sensibilité et à une réactivité parentale réduite dans la petite enfance (Debra, in Shapiro et al, 2012).

Dans une autre étude réalisée sur un groupe de jeunes ayant un attachement insécurisé associé à des facteurs de risque comme les faibles revenus, Allen, Moore, Kuperminc & Bell (1998) concluent que ces jeunes manifestaient moins de compétences sociales et des niveaux plus élevés de symptômes externalisés et internalisés en comparaison au groupe de jeunes ayant un attachement sécurisé (Debra, in Shapiro et al ;2012).

Sur le plan de la scolarité, Salim a réussi à passer dans le cycle moyen sans difficultés, jusqu'à ce que la maman reprenne son travail. Il passe en deuxième année moyenne, mais sa situation s'aggrave, il n'arrive pas à s'endormir la nuit. Il refait sa deuxième année et commence à avoir des problèmes disciplinaires avec les enseignants, il arrive même à déposer plainte au commissariat contre son professeur. Malgré son passage en troisième année moyenne, il se retrouve exclu et n'arrive pas à intégrer une autre école vu ses redoublements répétés et ses problèmes de discipline.

Selon les études du National Child Trauma stress Network (2003) les enfants victimes de violences domestiques ont deux fois plus de risque d'avoir des problèmes psychiatriques que

les autres enfants. Ces enfants ont aussi trois fois plus de risque d'être déscolarisés (atteinte cognitive) et (15) fois plus de risque d'être agressé que les autres (Dellucci & silvester, In Tarquinio et Al., 2017).

Une autre étude menée par l'Institut National de Santé Infantile et du Développement Humain (2004) a démontré que la dérégulation des affects chez les jeunes enfants était liée à un statut d'attachement insécurisé, et plus tard à des problèmes sociaux, d'apprentissage et comportementaux. Globalement les enfants et les adultes, selon Fongy et Al (1997), ayant des histoires d'attachement infantile perturbées semblent éprouver des difficultés à réfléchir à leur état interne et à le réguler (Debra, In Shapiro et Al, 2012).

Ainsi, les violences domestiques génèrent chez l'enfant des ruptures dans les attentes développementales de protection envers les figures d'attachement et dans les stratégies de régulation des affects (Dellucci et Silvester, In Tarquinio et Al., 2017).

L'autorégulation, c'est la manière dont nous gérons et maintenons en équilibre nos émotions, nos fonctions corporelles, nos pensées et même nos modes de communications avec les autres.

Les difficultés de Salim à s'autoréguler se manifestent à travers l'échec scolaire, le redoublement, les difficultés d'endormissement, l'impulsivité et des problèmes disciplinaires à l'école.

On observe fréquemment ces manifestations dans les traumatismes complexes. Les altérations du caractère sont souvent accompagnées par une altération de la capacité à exprimer et à gérer les émotions. Ces troubles se manifestent par une perturbation du comportement, de la communication et de l'adaptation dans le domaine des émotions et des pulsions allant du débordement (crises de colère, hyperréactivité à des stress mineurs, comportements asociaux et délinquants...) à l'inhibition (repli sur soi, dépression,..) (Josse, In Tarquinio et Al., 2017).

Violences familiales et trauma complexe

Diagnostic :

De quoi s'agit-il ? Des approches multiples.

Sur le plan symptomatique :

En se référant au Manuel Statistiques Des Troubles Mentaux IV, il peut s'agir d'un trouble attaque de panique en lien avec des ruminations de l'idée de mourir et des difficultés énormes à réguler les affects négatifs avec des passages à l'acte c'est-à-dire violence physique et verbale à l'égard des autres. Le diagnostic se résume à un trouble panique avec trouble du comportement, d'après les critères du DSM IV (2000).

Selon l'approche Anglo-saxonne centrée sur le trauma, ces mêmes symptômes peuvent être des manifestations d'un PTSD complexe.

La spécificité des événements à l'origine d'un traumatisme complexe se résume à toute situation exposant longuement et/ou fréquemment les individus à des événements délétères et susceptible de générer un traumatisme complexe dont la violence intrafamiliale (violences conjugales, inceste, négligence, maltraitance et agressions physiques envers les enfants, les personnes âgées, etc.) Les événements délétères répétés ou prolongés sont susceptibles d'imprimer des marques durables sur la personnalité des victimes et d'induire des attitudes et des comportements définitifs et inadaptés (Josse, In Tarquinio et AL., 2017).

Ce n'est pas l'événement ou le facteur de stress en soi qui détermine si une expérience peut être traitée, mais la réponse subjective du patient à l'événement (Cornil, In Tarquinio et Al., 2017).

Au delà de sa symptomatologie, Salim présente un discours clair et une bonne capacité de mémorisation. Il ne présente aucun signe d'émoussement affectif ou perte de volonté : pas d'humeur dépressive ni perte de plaisir. Salim a beaucoup de ressources, il se bat pour retrouver un équilibre psychologique et une maîtrise de soi.

Sur le plan dynamique :

L'Approche centrée sur le trauma postule qu'un Trauma Complexe peut être engendré par les violences, les carences et les traumatismes de l'attachement, les maladies graves et chroniques... qui, survenant dans les périodes critiques de la croissance auraient un impact sur le développement physique, psychologique, cognitif et social. Affectant les bases de sécurité des liens, le développement neurobiologique du cerveau est orienté vers la survie au lieu de l'apprentissage, l'exploration et la créativité, engendrant un effondrement des croyances fondamentales en relation avec soi, les autres et le monde.

La survenue dans l'enfance de manifestations d'anxiété de séparation serait un facteur de prédisposition pour le développement ultérieur des attaques de panique et du trouble panique. L'ensemble des travaux permet de considérer les séparations dans l'enfance, comme un facteur de risque, non spécifique, pour le trouble panique à l'âge adulte. A côté des pertes et des séparations concernant un parent, d'autres facteurs interviennent tels qu'un milieu familial avec moins de cohésion ou d'indépendance et plus de conflits et de contrôle. Ceci a conduit à décrire un style parental de l'enfant anxieux et peut être vu comme un apprentissage vicariant (Aulbert-Bailly, 2013).

Les relations pérennes et stables dans l'enfance « consistants » et prévisibles viennent indiquer la nature sécuritaire du type d'attachement. Les données recueillies sur la qualité de l'attachement considérées comme un indicateur puissant des pistes cliniques ultérieures, alimenteront le profil du plan de traitement et mettant en exergue les points saillants à travailler en thérapie EMDR pour favoriser une consolidation de l'équilibre psychique du sujet (Iracane, In Tarquinio et Al., 2017).

Le modèle TAI, explicatif du processus thérapeutique EMDR :

D'après Shapiro (2001) nous disposons de réseaux de mémoires qui sont de véritables structures neurologiques

Violences familiales et trauma complexe

organisées autour de certaines expériences fondamentales et thèmes centraux avec lesquelles s'associent les expériences ultérieures, des pensées négatives ou émotions ou sensations récurrentes. Les informations positives sont regroupées de même avec des réseaux de mémoire associatifs positifs (Cornil, In Tarquinio et Al., 2017).

Se basant sur un modèle explicatif du fonctionnement de la mémoire issu des sciences neuro-cognitives et largement accepté, Lang (1977), Lang (1979), Bower (1981) et Shapiro (2001) proposent de chercher les événements de vie difficiles, non intégrés qui ont conduit à l'émergence et au renforcement de réseaux de mémoire dysfonctionnels qui peuvent expliquer l'existence de la plainte.

Selon le modèle (TAI) proposé par Shapiro, la situation réelle n'est pas le vrai problème mais simplement un déclencheur des événements du passé non traités. La situation actuelle déclenche un réseau neuronal dysfonctionnel, les émotions négatives, les sensations physiques et les perspectives reviennent à la surface et créent le symptôme ou la plainte. Les émotions stockées, les sensations et les réactions corporelles dysfonctionnelles vont alors s'imposer à la personne comme de vrais réflexes et vont déterminer son comportement, la personne revivra le passé dans le présent (Cornil, Op, Cit).

Ces expériences sont constituées d'informations et nous vivons une expérience à travers nos sens d'une façon consciente ou inconsciente qui aboutit à des informations sensorielles en parallèle avec des informations sous forme de pensées, d'autres sous forme de sentiments et émotions.

N'ayant pas conscience de cela habituellement, ces informations stockées et liées automatiquement avec des réseaux de mémoire existants associés, ces réseaux activés automatiquement colorent notre perception et notre comportement actuel.

La distinction entre les expériences traumatiques ou non traumatiques ne se fait pas dans le modèle EMDR, il a été

démonstré selon Moll et All (2005) que des expériences difficiles non traumatiques, tels que la maladie chronique d'un être cher (la grand-mère et le père dans le cas de Salim), des problèmes relationnels et professionnels donnent autant sinon plus de symptômes d'EPST que des événements traumatisants et que les événements qui étaient classés comme non traumatiques ont été plus associés à des symptômes d'EPST (Cornil, In Tarquinio et Al., 2017).

Plan de traitement :

- Objectif de la thérapie EMDR

La thérapie EMDR sous-tendue par le modèle du traitement de l'information adaptatif, peut être proposée aux patients concernés par des troubles anxieux comme les phobies, les troubles anxieux généralisés et le trouble panique (Augeraud, In Tarquinio, 2017). Elle vise à l'amélioration de l'état psychologique du patient et l'atténuation de sa souffrance au-delà de la réduction des symptômes liés à la pathologie. Ce qui revient à l'aider à traiter les croyances négatives stockées d'une manière dysfonctionnelle avec les émotions négatives et les sensations corporelles en rapport avec les événements négatifs et traumatisants identifiés pendant l'anamnèse.

La Prise en charge de Salim a duré cinq mois à raison d'une fois par semaine (21 séances). Les séances manquantes représentent, selon nous, la difficulté du lien chez Salim due à son instabilité et à son style d'attachement.

Les étapes du traitement selon le modèle EMDR se présentent comme suit :

1-établir le lien entre les symptômes et l'histoire traumatique à travers l'anamnèse et l'élaboration d'un plan de ciblage selon la problématique abordée par le patient.

2-évaluer Le Mécanisme dissociatif par le biais de l'échelle d'expériences dissociatives (E.E.D) dans le but de vérifier le degré de stabilité du patient. Le score retenu est de (32.50) ce qui annonce des tendances dissociatives qui émergent et se

Violences familiales et trauma complexe

font voir à travers l'impulsivité de Salim, ses réactions automatiques non contrôlées et sa difficulté à s'auto gérer.

L'administration de l'échelle PCLS-C avait pour but d'évaluer l'état de stress post-traumatique, le score obtenu de (72) nous renseigne sur un état de stress post-traumatique selon le DSM IV. L'événement stressant étant le rêve de la grand' mère décédée qui a déclenché la symptomatologie de Salim.

3-Stabiliser, reste un objectif majeur et de premier ordre dans l'EMDR avant toute confrontation visant à retraiter les réseaux de mémoires traumatiques et dysfonctionnels, en étant disponible et en offrant un cadre stable et sécurisant et en apprenant au patient à gérer la tension dans son corps et pouvoir s'apaiser en dehors des consultations.

Notons qu'il a fallu beaucoup de temps pour que Salim intègre un cadre psychothérapique stable et constant, respecter les rendez-vous, aviser à l'avance en cas d'absence. Ceci renvoie à des liens d'attachement fragiles caractérisés par l'insécurité et l'instabilité.

Cette procédure vise, selon Dellucci et Silvester (2017), à répondre à trois besoins fondamentaux :

- rétablir le besoin d'être en sécurité dans l'ici et maintenant du lieu et du thérapeute qui accompagne le patient.
- construire un lien d'attachement sécurisé avec le thérapeute pourvu que ce dernier soit prédictible, contenant et constant notamment avec les personnes qui ont des difficultés à garder le lien.
- possibilité à avoir un espoir et une perspective d'avenir à travers un scénario du futur parce que ces personnes sont piégées dans un sentiment d'impuissance et de désespoir (Dellucci et Silvester, In Tarquinio et Al., 2017).

Pour cela nous avons procédé pendant plusieurs séances au début de la prise en charge à faire des exercices d'apaisement du corps et développer les qualités et les ressources positives que le patient a déjà expérimentées dans sa vie. Parmi ces

qualités développées et renforcées chez Salim, la confiance, la capacité à faire face et la capacité à réaliser des objectifs.

L'exercice des faisceaux lumineux était un bon exercice de stabilisation pour Salim suite à une perquisition de la police où il a été emmené au commissariat et a été relâché.

3-retraiter les réseaux de mémoires traumatiques

La thérapie EMDR doit permettre de recouvrer l'équilibre émotionnel en premier lieu et se déconnecter des souvenirs envahissants et des émotions négatives et sortir de la sidération et du débordement affectif. Le praticien EMDR se doit de rester en accordage avec son patient tout en ayant à l'esprit le protocole en relation avec la problématique clinique (Hamici, 2015 : 83).

Pour cela, le traitement a porté sur des évènements traumatisants, stressants ou bien difficiles, colorés par la violence familiale physique et verbale depuis la petite enfance.

- Première étape de la prise en charge :

Le Traitement des réseaux de mémoires dysfonctionnels a été abordé en rapport à trois thèmes centraux ou registres qui se rapportent à l'impossibilité de contrôle, la culpabilité et l'insécurité.

Après dix séances de retraitement de quelques événements dont la violence familiale entre la mère et la belle famille, les menaces de partir proférés par la maman à l'âge de quatre ans, la maladie de la grand mère et sa paralysie. Je questionne Salim au mois de septembre à propos des changements observés. Salim dit « je contrôle mieux mon cerveau, je réfléchis avant d'agir, je parle à l'aise, je rigole je suis plus calme et plus patient, les ruminations ont diminué ». Son score au PCLS-C a chuté de (72) à (37) par rapport à un seuil de (44).

- Deuxième étape : reprise du traitement après le congé annuel

Nous avons repris la thérapie par le traitement d'un événement récent qui a déclenché une activation émotionnelle

Violences familiales et trauma complexe

intense. Il s'agit de son jeune frère qui refuse de retourner à l'école et le père qui tenait des propos du genre « je suis un âne je n'ai pas étudié » (أنا حمار ما قرئتش) Cet événement a réactivé chez Salim une haine contre son oncle maternel qui ne cessait de répéter ce genre de propos à l'égard du père de Salim. Il riposte agressivement « je n'aime pas que mon père soit humilié »

Cet événement a déclenché un réseau de mémoires dysfonctionnel, ainsi que d'autres souvenirs négatifs dont celui de l'âge de huit ans où il a été frappé par son oncle maternel et humilié dans la cuisine devant des invités, il pleurait sans pouvoir se défendre.

Salim rapporte un autre souvenir négatif et déstabilisant : c'était le jour où, pris d'une crise de rage suite à une altercation avec son oncle maternel, il a hurlé et a menacé son oncle de le tuer. Son père a essayé de calmer son fils en le giflant et le frappant.

Enfin sa dispute récente avec sa tante maternelle en février 2016, le perturbe toujours parce qu'il l'a frappée.

Notons que certains événements traumatiques peuvent surgir pendant le traitement parce qu'ils sont associés à un réseau neuronal de souvenirs traumatiques dysfonctionnels et qui a besoin d'être traité et intégré neuro-émotionnellement pour devenir plus adaptatif.

Selon Shapiro (2007), l'estime de soi de l'enfant est formée par un cordage avec l'ensemble des expériences vécues dans une situation de parentalité. L'enfant grandissant dans un environnement chaleureux qui valide ses expériences et l'aide à développer la tolérance aux affects, développera un sens de soi flexible où de nouvelles expériences et de nouvelles informations seront incorporées dans les réseaux de mémoires existants. Un individu en bonne santé, selon Shapiro (2007), est celui qui peut intégrer des expériences positives et négatives et apprendre d'elles (Cornil, In Tarquinio et Al., 2017).

Ceci dit, le vécu psychique de Salim est toujours en lien avec les styles d'attachement précoces et la qualité de l'environnement où il baigne.

- **Le Protocole EMDR**

Le Protocole EMDR est basé sur une approche en trois temps:

- Passé
- Présent
- Futur

Ce même protocole peut être inversé en cas de nécessité, selon la problématique et la stabilité du patient.

Activer le réseau neuronal repose sur trois piliers: l'image, les cognitions et les sensations dans le corps, En gardant une attention double.

Pour les personnes bien fonctionnelles, dans Le **protocole EMDR standard ou classique** : les réseaux neuronaux visés sont activés en termes d'images, de cognitions, et d'activation corporelle, l'émotion étant présente au long de tout le processus. L'évaluation est continue tout au long de la séance et entre les séances.

- **Quelques exemples de cibles traitées**

Cible (1) traitée en deux séances :

- Événement: disputes entre mère -belle sœur et ses menaces de quitter la maison.
- Image: je suis entre les deux. cette cible est accompagnée par la cognition négative suivante (CN) : « je suis impuissant ».
- Sollicité pour penser à une croyance positive (CP), il exprime le désir de pouvoir agir « je peux agir ».
- la validité de cette croyance positive (VOC) est évaluée à (1) sur une échelle où (1) représente une cognition complètement fausse et (7) une cognition complètement vraie.

Violences familiales et trauma complexe

- Les émotions déclenchées par l'événement sont la peur et la tristesse évaluées à (6) sur l'échelle d'unités subjectives de perturbation (SUD), où (0) représente l'absence de la peur et de la tristesse et (10) une peur et tristesse extrêmes.

- Au niveau du Corps: Salim identifie une masse brûlante dans le plexus et la poitrine « حريق وتزيار في الصدر »

Cible (2) traitée en quatre séances :

- Événement: La maladie de la grand mère (Alzheimer). Cet événement a été traité en deux temps sur deux images négatives.

- Image 1 « je l'ai frappée pour l'empêcher de sortir je ne supporte pas »

- CN: j'ai fait quelque chose de mal « أنا إنسان عيان » (culpabilité)

- CP : j'ai fait ce qu'il fallait faire (4)

- Emotions: tristesse à (8 sur 10).

- Corps: « tout le corps surtout les bras ».

- Image 2 « paralysée elle veut me parler mais n'arrive pas ».

- CN: je suis en danger

- CP: je suis en sécurité à (2)

- Emotion: peur à 7 sur 10

- Corps: boule dans le cœur et la poitrine

Evaluation après retraitement des cibles citées :

« La charge des idées de mort a diminué d'intensité, la panique est rare » « نحس راسي يخفاف ويتعمر بعفايس نتع الخدمة »

« Je ne parlais pas beaucoup, maintenant je rentre dans la communication avec les autres »

« J'allais me bagarrer mais je me suis contrôlé »

Traiter le reste des mémoires traumatiques et aider Salim à se projeter dans l'avenir à travers les scénarios du futur en rapport avec sa problématique seront les prochaines étapes de la prise en charge.

Conclusion :

Etablir une relation thérapeutique stable, c'est- à- dire un attachement sécurisé avec le thérapeute et activer les ressources et la capacité à contrôler les émotions reste une fondation de base de la thérapie EMDR selon le modèle du traitement adaptatif de l'information.

La possibilité de changer les styles d'attachements en réparant les blessures d'attachement et en modifiant les modes relationnels a été validée par différents auteurs comme Bartholomew et Horowitz (1991) Johnson (2004), Johnson & Whiffen (2003) (Moses, in Shapiro et al ; 2012).

La relation thérapeutique elle-même peut cultiver la sécurité relationnelle si elle comprend tous les éléments d'un attachement sain combinés à l'accordage du thérapeute.

Violences familiales et trauma complexe

Bibliographie :

- Aulbert-Bailly, N. (2013). *Trouble panique et Agoraphobie* (Mémoire de 3^{ème} Année). Université de Paris 8. Repéré à http://www.aftcc.org/sites/default/files/publications/memoire_tcc_aulbert_bailly_0.pdf
- Cornil, L. (2017). Le modèle du traitement adaptatif de l'information(TAI). Dans C.Tarquinio, M-J. Brennsthul, H. Dellucci, M. Iracane, & E. Zimmerman (dir.), *Pratique de la psychothérapie EMDR. Introduction, Approfondissements pratiques et psychopathologiques*. (p.29-42). Paris, France: Dunod.
- Debra, W. (2012). Traiter des problématiques d'attachement avec l'EMDR et une approche familiale systémique. Dans F. Shapiro, F.-W. Kaslow, & L. Maxfield (dir.), *EMDR et thérapies familiales. Manuel pratique*. (p.179-206). ; (traduit par J.-A. Rydberg.) Paris, France : InterEditions.
- Dellucci, H., & Silvester, M. (2017). Violences domestiques, troubles de l'attachement et dissociation. Dans C.Tarquinio, M-J. Brennsthul, H. Dellucci, M. Iracane, & E. Zimmerman (dir.), *Pratique de la psychothérapie EMDR. Introduction, Approfondissements pratiques et psychopathologiques*. (p.317-327). Paris, France: Dunod.
- Hamici, F. (2015). Thérapie EMDR. *Revue Psychologie (SARP)* n°22, 76-86. Actes du colloque du 26 et 27 décembre 2015 : Psychologues et psychothérapeutes en devenir. Savoir- faire et déontologie.
- Iracane, H. (2017). De la conceptualisation de cas au plan de traitement. Dans C. Tarquinio, M.-J. Brennsthul, H. Dellucci, M. Iracane, & E. Zimmerman (dir.), *Pratique de la psychothérapie EMDR. Introduction, Approfondissements pratiques et psychopathologiques*. (p.59-73). Paris, France: Dunod.
- Josse, E. (2017). Le traumatisme complexe. Dans C. Tarquinio, M.-J. Brennsthul, H. Dellucci, M. Iracane, & E. Zimmerman (dir.), *Pratique de la psychothérapie EMDR. Introduction,*

Approfondissements pratiques et psychopathologiques.
(p.235-244). Paris, France: Dunod.

Moses, M.-D (2012). Renforcer les attachements : Thérapie conjugale conjointe. Dans F. Shapiro, F.-W. Kaslow., & L. Maxfield (dir.), *EMDR et thérapies familiales. Manuel pratique* (p.207-240). (traduit par J.-A.Rydberg.) Paris, France : InterEditions.

Shapiro, F., Kaslow, F. W., & Maxfield, L. (2012). *EMDR et thérapies familiales. Manuel pratique.* ;(traduit par J.-A.Rydberg.) Paris, France : InterEditions.

Tarquinio, C., & Tarquinio, P. (2015) *L'EMDR : Préserver la santé et prendre en charge la maladie. Principes généraux, Vignettes cliniques, Protocoles de traitement.* Paris, France : Elsevier Masson.

Abstract :

This article is an illustration of a psychotherapy intervention using eye movement desensitization and reprocessing, this method is based on the theoretical model of adaptative processing of information. It's stating that cognitions, affects, and human behaviors were built from accumulated traumatic experiences. Adaptative treatment of information model is postulating that pathologies are mostly the consequences of traumatic experiences in early years of life.

The aim of this article is to demonstrate importance and efficacy of the neuro-emotional integration of negative life events and traumatic situations, stored in a dysfunctional way in memory networks of the patient. In this way, restoring neuro- emotional balanced by bilateral stimulations allow better regulation of emotion and mental elaboration of conflicts and reduction of acting out behavior.

Keywords: Domestic violence, Complex trauma, Adaptative treatment of information, Eye movement desensitization and reprocessing EMDR.

ملخص:

يندرج هذا المقال في إطار التدخل النفسي العلاجي باستعمال الاستشارة المتناوبة عن طريق حركات العينين وهي طريقة علاجية مستوحاة من النموذج النظري للمعالجة المكيفة للمعلومات ل"شاببيرو". حيث يفترض هذا النموذج أن الاضطرابات في معظمها هي نتاج لتجارب وخبرات صادمة منذ السنوات الأولى من حياة الفرد

وأن معتقدات ومشاعر الأفراد وسلوكهم قد تأسست انطلاقاً من هذه الخبرات الصادمة المتراكمة.

ويهدف عرض الحالة الإكلينيكية موضوع المقال إلى الكشف عن أهمية وفعالية الإدماج العصبي الانفعالي لأحداث الحياة السلبية والتجارب الصادمة المخزنة بطريقة غير وظيفية في الشبكات الذكراوية لدى الحالة. كما أن استعادة التوازن العصبي الانفعالي من خلال الاستثارة المتناوبة عن طريق حركات العينين سمح بضبط أحسن للانفعالات وإرصان عقلي للصراعات وخفض لمحاولات المرور إلى الفعل لدى الشاب المتقدم للعلاج.

الكلمات المفتاحية: العنف العائلي، الصدمة المعقدة، المعالجة المكيفة للمعلومات، الاستثارة المتناوبة عن طريق حركات العينين.