Psychopathologie et prise en charge en oncologie

Master 1 2019

Professeur Cyril Tarquinio

Université de Lorraine

Directeur Equipe Psychologie de la Santé EPSAM/APEMAC EA 4360

Directeur Master Psychologie de la Santé, Psychologie Clinique

Fondateur & Directeur du Centre Pierre Janet de l'Université de Lorraine

Editor-in-Chief of the European Journal of Trauma and Dissociation (Elsevier)

Objectif

La psychothérapie EMDR peut être une ressource majeure dans la prise en charge des malades du cancer…à la condition d'adapter le dispositif thérapeutique en tenant compte de la spécificité de la maladie

Plan de présentation

1. Introduction : carcinogenèse, immunité et psychologie
2. Les conséquences psychologiques du cancer: les troubles réactionnels
3. Maladies graves et mécanismes psychiques
4. Cancer et diachronie
5. Psychothérapie et cancer
6. EMDR et cancer
7. Pour finir…

1.

Introduction : carcinogenèse, immunité et psychologie

Depuis longtemps des théories établissant des liens entre facteurs psychologiques et cancer ont été émises. Les conclusions des différentes études actuelles se répartissent entre **confirmation et infirmation** de cette relation

La carcinogenèse implique l'**Induction**, la **Promotion** et la **Progression**

L'Induction est la transformation d'une cellule normale en une cellule maligne en rapport avec une prédisposition génétique, l'exposition à un virus, l'altération du fonctionnement cellulaire, etc.

Depuis longtemps des théories établissant des liens entre facteurs psychologiques et cancer ont été émises. Les conclusions des différentes études actuelles se répartissent entre **confirmation et infirmation** de cette relation

La carcinogenèse implique l'**Induction**, la **Promotion** et la **Progression**

La cellule maligne, après sa stimulation, peut proliférer, envahir les structures biologiques voisines formant une tumeur locale : c'est la phase de **Promotion** du cancer

Depuis longtemps des théories établissant des liens entre facteurs psychologiques et cancer ont été émises. Les conclusions des différentes études actuelles se répartissent entre **confirmation et infirmation** de cette relation

La carcinogenèse implique l'**Induction**, la **Promotion** et la **Progression**

La phase de **Progression** permet l'apparition du cancer à distance sous forme de métastases suite à la fragilisation des défenses de l'organisme via les relais hormonaux et immunologiques

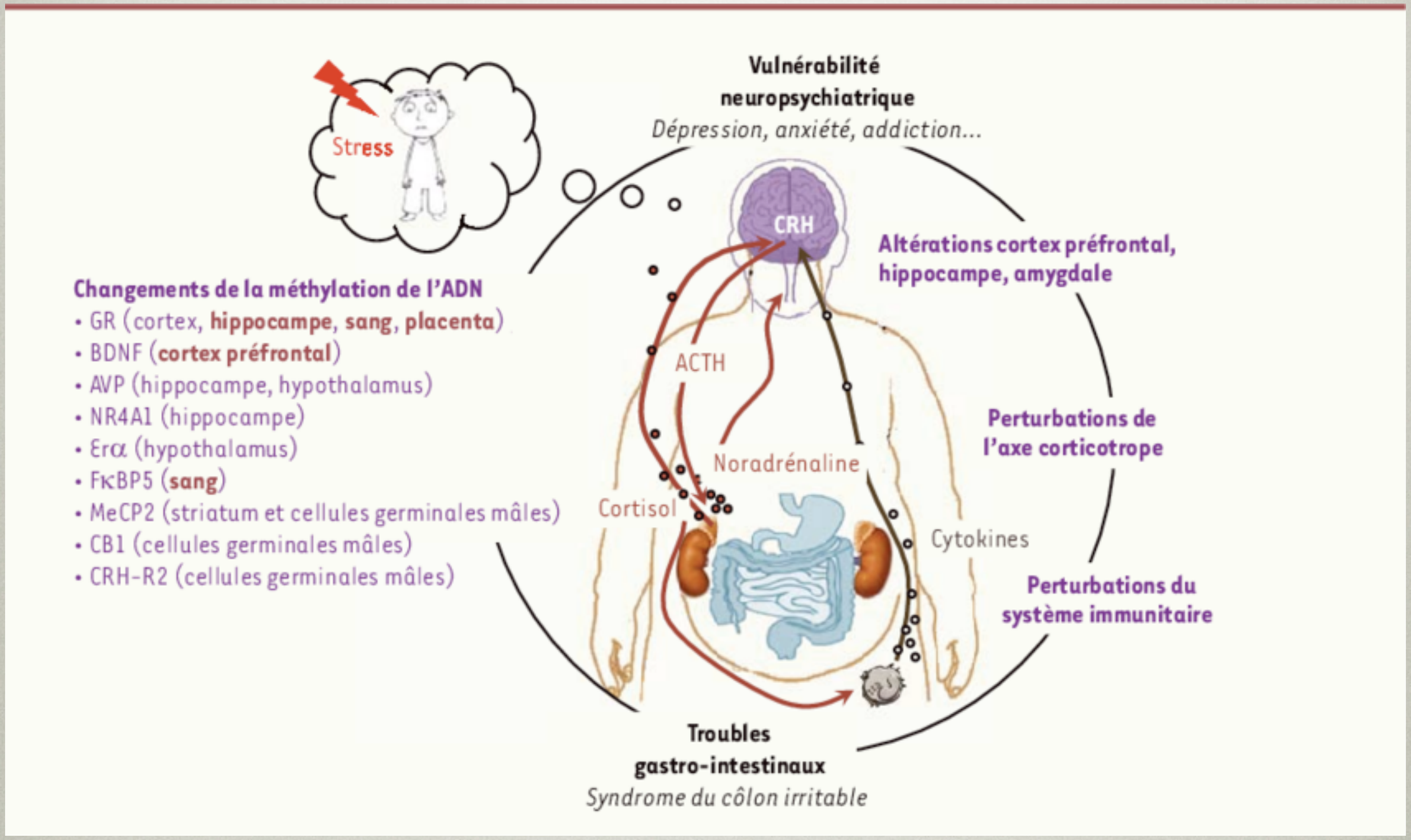
Les avancées récentes en matière de neuroimmunologie viennent conforter l'hypothèse d'une psychogenèse du cancer : il est maintenant clairement établi que la cellule fait partie d'un système complexe, impliquant de nombreux mécanismes de communication et d'interférences entre le système nerveux central et les systèmes endocrinien et immunitaire (Vissoci & al., 2015)

L'activation persistante de l'axe hypothalamohypophysaire adrénergique dans le stress chronique et la dépression **diminue probablement la réponse immunitaire et contribue au développement et à la progression de certains types de cancer**

Dès 1983, Schleifer et al. (1983) relèvent, chez des patients hospitalisés pour dépression majeure, une réduction significative des réactions lymphocytaires aux mitogènes et du nombre absolu de cellules B et T, ainsi qu'une augmentation du taux de cortisol plasmique et une diminution de l'activité des cellules natural killer (NK) (Dalton & al., 2002).

Tout semble montrer que

« désespoir rime avec immunodépression».


Stress
Vulnérabilité neuropsychiatrique
Dépression, anxiété, addiction...
CRH
Altérations cortex préfrontal, hippocampe, amygdale
Changements de la méthylation de l'ADN
• GR (cortex, hippocampe, sang, placenta)
• BDNF (cortex préfrontal)
• AVP (hippocampe, hypothalamus)
• NR4A1 (hippocampe)
• Erα (hypothalamus)
• FκBP5 (sang)
• MeCP2 (striatum et cellules germinales mâles)
• CB1 (cellules germinales mâles)
• CRH-R2 (cellules germinales mâles)
ACTH
Noradrénaline
Cortisol
Cytokines
Perturbations de l'axe corticotrope
Perturbations du système immunitaire
Troubles gastro-intestinaux
Syndrome du côlon irritable

2.

Les conséquences psychologiques du cancer: les troubles réactionnels

La dépression

	Palliative-care settings			Oncological and haematological settings		
	Number of studies	Prevalence (95% CI)	Heterogeneity I^2 (95% CI)	Number of studies	Prevalence (95% CI)	Heterogeneity I^2 (95% CI)
Unitary diagnoses						
Depression (DSM major depression or ICD major depressive episode)	23	16·5% (13·1–20·3)	86·8% (81·7–89·9)	66	16·3% (13·4–19·5)	93·5% (92·6–94·2)
Depression (DSM major depression only)	18	14·3% (11·1–17·9)	83·9% (75·7–88·4)	52	14·9% (12·2–17·7)	89·8% (87·8–91·4)
Depression (DSM minor depression only)	6	9·6% (3·6–18·1)	92·8% (87·6–95·2)	4	19·2% (9·1–31·9)	89·4% (72·6–94·1)
Adjustment disorder	5	15·4% (10·1–21·6)	70·6% (0–86·4)	23	19·4% (14·5–24·8)	92·3% (90·2–93·8)
Anxiety disorders	6	9·8% (6·8–13·2)	75·3% (25·2–87·3)	16	10·3% (5·1–17·0)	96·4% (95·5–97)
Dysthymia	2	Insufficient sample	Insufficient sample	11	2·7% (1·7–4·0)	51·1% (0–73·8)
Combination diagnoses*						
Any depression (Major or minor or dysthymia)	7	24·6% (17·5–32·4)	89·2% (80·1–93·1)	12	20·7% (12·9–29·8)	95·5% (94·1–96·4)
Depression (DSM or ICD) or adjustment disorder	5	24·7% (20·8–28·8)	20·4% (0–70·9)	22	31·6% (25·0–38·7)	93·3% (91·5–94·5)
Depression (DSM or ICD) or adjustment disorder or anxiety	4	29·0% (10·1–52·9)	97·4% (96·2–98·2)	17	38·2% (28·4–48·6)	97·4% (96·8–97·8)

Heterogeneity interpretation I^2 greater than 80%=moderate, I^2 greater than 90%=high. DSM=diagnostic and statistical manual of mental health. ICD=international classification of diseases. *Primary studies where combination diagnoses were measured.

Table 2: **Summary of depression prevalence and heterogeneity findings**

- Schématiquement, on peut retenir qu'environ 25 % des patients cancéreux vont souffrir au cours de leur maladie d'un syndrome dépressif et 5 à 6 % d'un épisode mélancolique avec une prévalence augmentant lors des cancers en phase avancée et palliative jusqu'à près de 77 % en phase terminale (Fisch, 2014 ; Wilson & al., 2007)

- Certaines localisations tumorales sont plus à même d'être associées à un taux de prévalence plus élevé d'épisodes dépressifs (Massie, 2014).

Oropharyngée (22–57 %)

Pancréatique (33–50 %)

Mammaire(15–46 %)

Pulmonaire (11–44 %)

Gynécologique (12–23 %)

Les lymphomes(8–19 %)

L'anxiété

Dans une méta-analyse (144 études) parue dans *The Lancet Oncology*, Mitchell et al. (2013) ont montré que les troubles anxieux étaient particulièrement importants chez les malades du cancer (12.8% à 23.6%) vs sujets contrôle (9.8% à 18.5%)

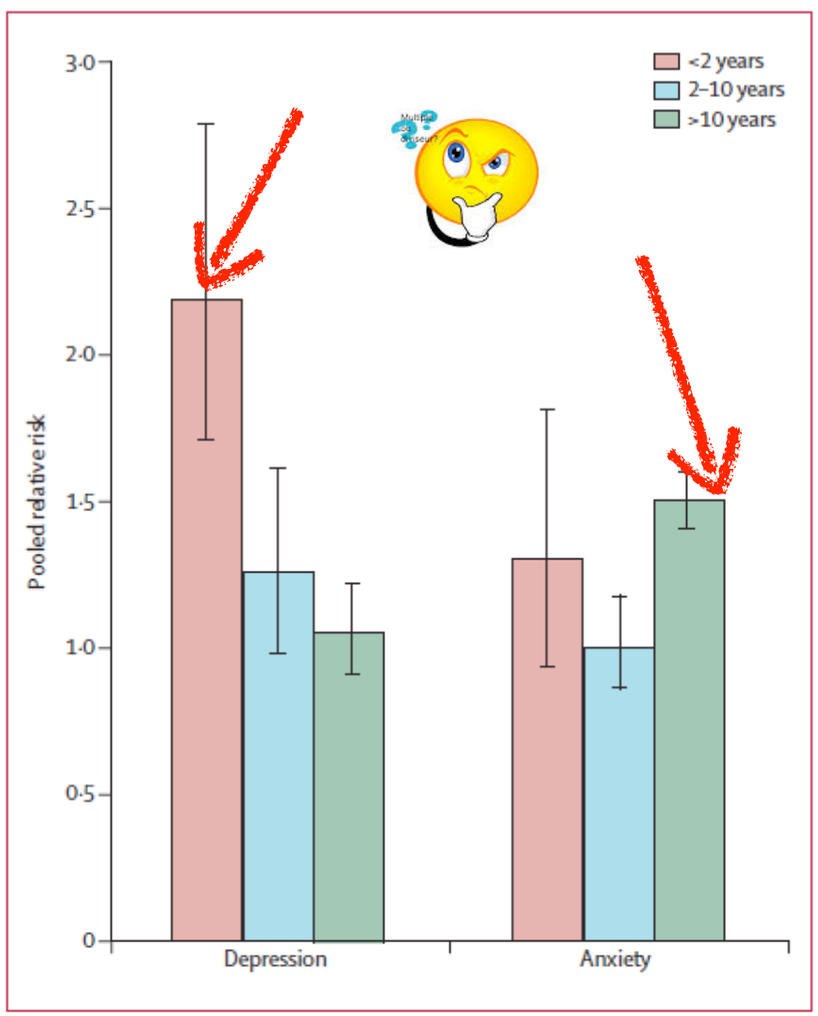


Figure 3: **Risks of depression and anxiety by time since diagnosis of cancer in patients versus healthy controls**
Error bars are 95% CIs.

Il apparait dans cette étude que c'est l'anxiété plutôt que la dépression qui devient un problème sur le long terme.

C'est vrai pour les patients et leurs conjoints.

Il convient de distinguer

1. Les réactions normales de tristesse, de vulnérabilité, de crainte, voire de désespoir, qui sont intégrées dans un processus normal d'adaptation à la maladie cancéreuse et à ses thérapeutiques plus ou moins invalidantes, avec une résolution spontanée.

2. Les troubles dépressifs caractérisés par une chronicité, une intensité et une permanence des symptômes (depuis au moins une quinzaine de jours), qui constituent une entrave à la vie quotidienne avec des répercussions sur la vie sociale, affective, relationnelle sans résolution spontanée.

L'Etat de Stress Posttraumatique (ESPT)

- Le taux de prévalence de l'ESPT est estimé de 4% à 19% dans la cas du cancer du sein (*Institute of Medicine*, 2012)

- Dans une étude (Amir & *al.*, 2002) contrôlée (malades/ sujets sains) réalisée 5 ans après le diagnostic du cancer du sein, on observe une qualité de vie inférieure chez les malades, ainsi que plus de symptômes d'ESPT (18% complet et 56% partiel).

- Variation du niveau d'ESPT entre 2.4% (Mehnert & Koch, 2007) et 19% (Jacobsen & al., 1998).

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

Women & Health

ISSN: 0363-0242 (Print) 1541-0331 (Online) Journal homepage: http://www.tandfonline.com/loi/wwah20

Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Systematic Review

Natalia Koutrouli MSc , Fotios Anagnostopoulos PhD & Gregory Potamianos PhD

To cite this article: Natalia Koutrouli MSc , Fotios Anagnostopoulos PhD & Gregory Potamianos PhD (2012) Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients: A Systematic Review, Women & Health, 52:5, 503-516, DOI: 10.1080/03630242.2012.679337

- Cette variable est en lien avec l'âge (prématuré) de survenue de la maladie, le faible niveau de formation et le niveau socio-économique des malades (facteurs de risque)

Psycho-Oncology
Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer

Psycho-Oncology
Psycho-Oncology **24:** 371–381 (2015)
Published online 22 August 2014 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). **DOI**: 10.1002/pon.3654

Review

A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder

Gareth Abbey[1]*, Simon B. N. Thompson[1], Tamas Hickish[2,3] and David Heathcote[1]
[1]*Faculty of Science & Technology, Psychology Research Centre, Bournemouth University, Talbot Campus, Poole, UK*
[2]*The Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust, Bournemouth, Dorset, UK*
[3]*School of Healthcare Sciences, Psychology Research Centre, Bournemouth University, Talbot Campus, Poole, UK*

- Le cancer est une expérience suffisamment traumatique pour induire chez une minorité de malade (5% à 12%) du cancer un ESPT.
- Les malades plus jeunes ou avec une maladie à un stade avancé semblent les plus à risque.

L'Etat de Stress Posttraumatique (ESPT) et cancer?

Certaines caractéristiques différencient le cancer d'autres événements traumatiques et le rendent difficile à situer dans le champ post-traumatique :

1. contrairement à tout autre événement préjudiciable à la santé, le cancer est complexe et durable
2. c'est davantage un vécu **de traumas** d'une durée indéfinie et qui se répètent au cours du temps qu'un événement aigu précis (Borio & Torta, 2007).

L'Etat de Stress Posttraumatique (ESPT) et cancer?

Variabilité des résultats, vaste débat … les maladies mortelles peuvent provoquer des états traumatiques ?

Les diagnostics concordent rarement et il n'existe pas de ligne directrices claires

Plusieurs études sur l'ESPT réalisées dans des services de cancérologie soutiennent que les résultats psychologiques sont liés à l'ESPT (Kangas & al.2013 ; Posluszny & al. 2011), alors que d'autres considèrent ce point de vue comme surestimé (Menhert & Koch, 2007 ; Phipps & al., 2014).

Yes

L'Etat de Stress Posttraumatique (ESPT) et cancer?

- Le cancer présente une menace pour l'intégrité de la vie
- Le diagnostic du cancer active souvent une terreur inédite
- On trouve aussi de l'anxiété et de la dépression,
- Un sentiment de perte de contrôle et à une peur de l'avenir
- Certaines analyses factorielles confirmatives (Cordova & al., 2000), montre que chez des femmes atteintes par un cancer du sein, on retrouve une structure du TSPT (DSM IV)

NO

L'Etat de Stress Posttraumatique (ESPT) et cancer?

- Le diagnostic de TSPT peut ne pas englober le continuum ou la multidimensionnalité des réactions en lien avec à l'expérience si envahissante du cancer
- Il n'existe pas de consensus sur la typologie des réponses qui peuvent être attendus chez les malades
- Se concentrer uniquement sur des aspects négatifs tels que la détresse et le dysfonctionnement pourrait conduire à des conclusions trompeuses sur l'expérience du cancer

L'Etat de Stress Posttraumatique (ESPT) et cancer?

Le cancer doit être considéré comme « un processus de transformation perfide, incontrôlable et invasif conduisant graduellement à la mort » (Saccomani, 1998) partageant avec d'autres maladies graves plusieurs aspects traumatisants

C'est une menace pour l'intégrité physique et psychologique du patient ou d'un de ses proches (traumatisation secondaire)

Qui engendre des sentiments de vulnérabilité, de perte de contrôle et d'impuissance (réactions émotionnelles intenses hauts niveaux d'activation, comportements d'évitement, pensées intrusives) pouvant perturber les capacités normales de fonctionnement, des malades pendant et après l'événement

Psychotherapy and Psychosomatics

Psychother Psychosom 2013;82:271–272
DOI: 10.1159/000348610

Posttraumatic Stress Disorder in Female Cancer Patients: An Inappropriate Diagnosis in Oncology?

Elfriede Greimel, Martha Dorfer, Michaela Lambauer, Vesna Bjelic-Radisic, Susanne Gramm, Manfred Lahousen, Uwe Lang

Department of Obstetrics and Gynecology, Medical University of Graz, Graz, Austria

Table 1. Multiple linear regression analysis testing the association between demographic and clinical variables and cancer-related PTSD

Variables	β	SE	β-coeff.	β	SE	β-coeff.	β	SE	β-coeff.
Age	0.00	0.02	0.92	0.00	0.02	0.02	0.01	0.02	0.54
Relationship	–1.37	0.58			0.60	0.60	–1.50	0.61	0.01*
Education	–0.40	0.36			0.67	0.67	0.53	0.67	0.43
Cancer site					0.60	0.19	0.66	0.60	0.28
Stage of disease					0.70	0.67	–0.30	0.70	0.67
Treatment					0.77	0.46	0.87	0.78	0.26
Time since diagnosis					0.83	0.36	0.00	0.00	0.56
Social support							1.17	0.50	0.02*
R^2	0.0						0.04		
F value	6.36			9.93			16.11		
p value	0.17			0.27			0.07		

β = Unstandardized coefficient; SE = standard error; β-coeff. = β-coefficient. * $p < 0.05$ statistically significant.

L'Etat de Stress Posttraumatique (ESPT) et cancer?

D'après la littérature scientifique, les preuves semblent aller dans le sens de la présence plus fréquente d'un ESPT subclinique que d'un ESPT proprement dit.

Les groupes de symptômes semblent être en dessous du seuil selon la classification du DSM, mais ils représentent néanmoins un état fortement invalidant pour les patients.

Gurevich et coll. (2002) ont rapporté que seulement 3% à 4% des patients ayant récemment reçu un diagnostic de cancer présentaient un véritable ESPT, alors que 20 % présentaient des symptômes en dessous du seuil diagnostique.

L'Etat de Stress Posttraumatique (ESPT) et cancer?

Abandonner le modèle catégorique pour identifier avec plus de précision les cas qui requièrent une intervention clinique.

Les symptômes intrusifs liés à des souvenirs perturbants et la reviviscence d'un trauma lié au diagnostic du cancer semblent dominants (Matsuoka et al., 2006) et s'expriment chez les patients à travers des inquiétudes constantes, la peur de la rechute, des cauchemars, des flashbacks et une confiance réduite en l'avenir.

Civilotti et al. (2015) ont avancé l'hypothèse d'une réaction psychologique spécifique de dissociation, qui peut être attribuée au spectre traumatique dans le contexte du cancer.

frontiers in PSYCHOLOGY

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE
published: 24 February 2015
doi: 10.3389/fpsyg.2015.00118

Dissociative s omatology in cancer patients

Cristina Civilotti[1] , Luca Binaschi[2,3], Martina Cussino[1], Valentina Tesio[3], Giulia Di Fini[1], Fabio Veglia[1]

[1] Department urin, Turin, Italy
[2] Fondazio Lotta contro i Tumori, Biella, Italy
[3] Clinir ncology Unit, Department of Neuroscience, University of Turin, Turin, Italy

A investiguer

Table 3 | Correlations between the sociodemographic and clinical variables, and the dissociative peritraumatic symptomatology.

Variable	Peritraumatic dissociative experiences questionnaire (PDEQ) score
Months after diagnosis[a]	−0.169
Stage of disease[b]	0.149
Age[a]	−0.144
KPS	−0.041
HADS-A	0.476**
HADS-D	0.364**
IES-R 1	0.698**
IES-R 2	0.619**
IES-R 3	0.681**
IES-R total score	0.729**

[a] $N = 90$; [b] $N = 74$; ** $p < 0.01$.

Relationship Between Distressing Cancer-Related Recollections and Hippocampal Volume in Cancer Survivors

Tomohito Nakano, M.D.

Marcus Wenner, Ph.D.

Masatoshi Inagaki, M.D., Ph.D.

Akira Kugaya, M.D., Ph.D.

Tatsuo Akechi, M.D., Ph.D.

Yutaka Matsuoka, M.D.

Yuriko Sugahara, M.D.

Shigeru Imoto, M.D., Ph.D.

Koji Murakami, M.D., Ph.D.

Yosuke Uchitomi, M.D., Ph.D.

Objective: Having cancer is extremely stressful, and distressing cancer-related recollections are frequently reported by cancer survivors. Smaller hippocampal volume has been observed in stress-related neuropsychiatric disorders, such as posttraumatic stress disorder (PTSD) and major depression. The aim of this study was to determine whether there is a similar association between distressing cancer-related recollections and hippocampal volume.

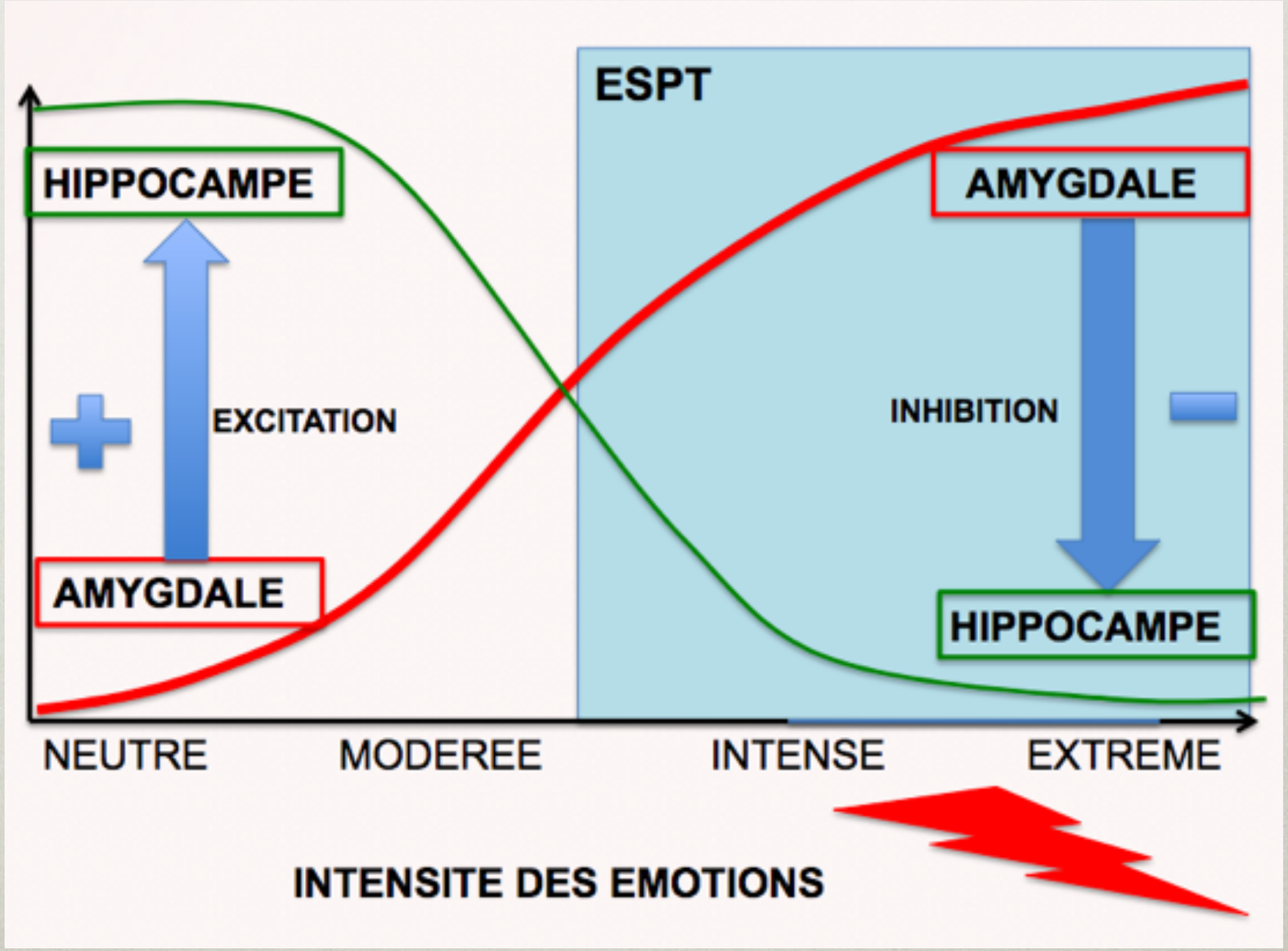
Method: The subjects were 67 women who had had breast cancer surgery 3 or more years earlier and had no history of PTSD or major depression before the cancer. Each woman was evaluated with a semistructured interview to determine whether she had a history of distressing cancer-related recollections. Hippocampal volume was measured by three-dimensional magnetic resonance imaging, and memory function was assessed by the Wechsler Memory Scale—Revised.

Results: The volume of the left hippocampus was significantly smaller (5%) in the subjects with a history of distressing cancer-related recollections (N=28) than in those without any such history (N=39). There was no significant difference in right hippocampal volume or whole brain volume measured as a control. There were no significant differences in delayed memory or percentage retention. However, significantly worse immediate visual memory, but not verbal memory, was observed in the subjects with a history of distressing cancer-related recollections.

Conclusions: Having distressing cancer-related recollections is associated with smaller left hippocampal volume in survivors of breast cancer.

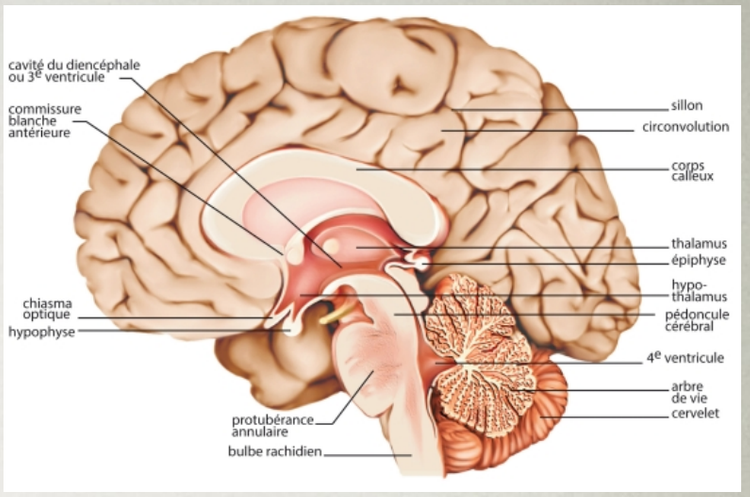
(Am J Psychiatry 2002; 159:2087–2093)

Niveau d'activation de l'amygdale et de l'hippocampe



Amygdale = peur

Hippocampe = La récupération en mémoire épisodique, prise en compte du contexte et de la signification, inscription temporelle des événements, inscription spatiale des événements.



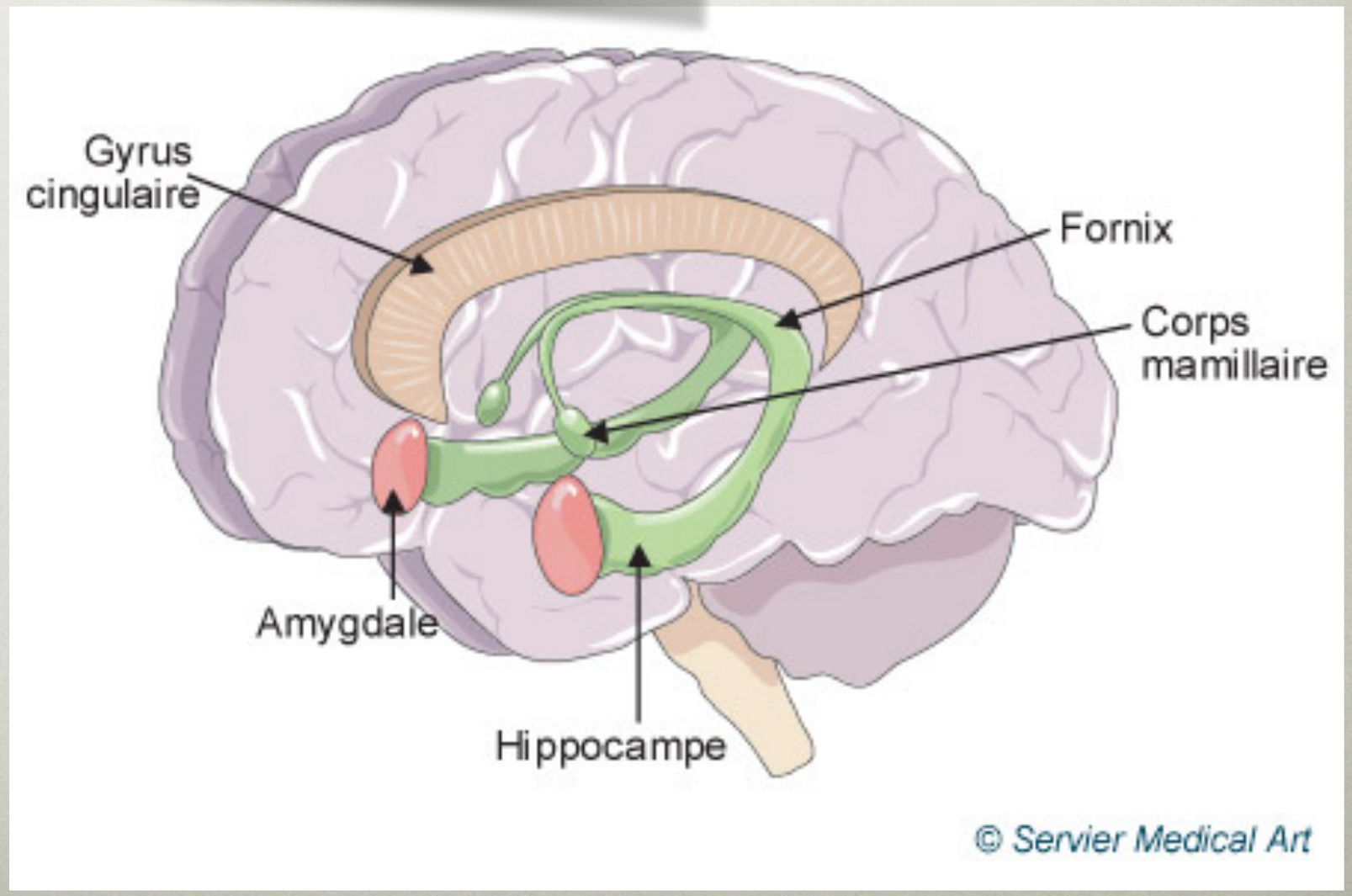


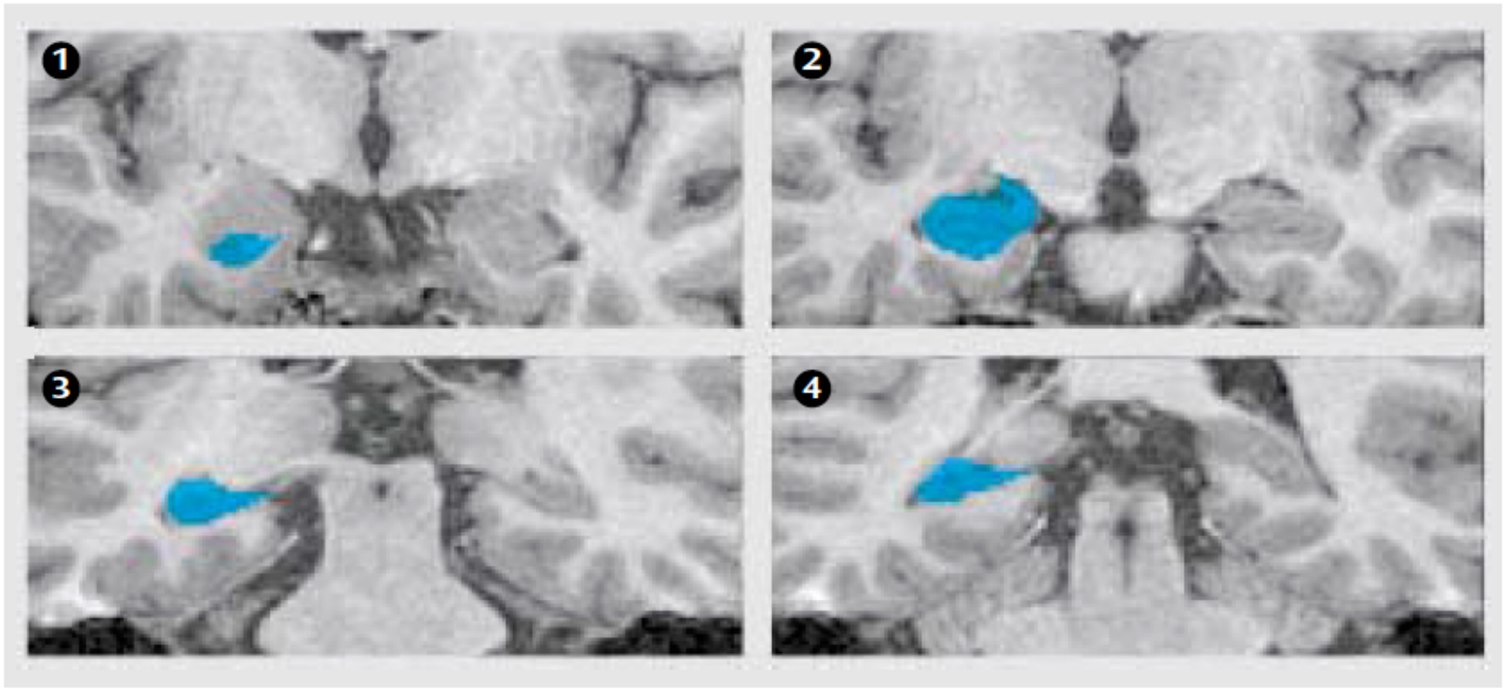
TABLE 1. Characteristics of Women With a History of Breast Cancer Surgery Who Did or Did Not Have a History of Distressing Cancer-Related Recollections

Characteristic	History of Distressing Cancer-Related Recollections				Difference Between Groups[a]
	Present (N=28)		Absent (N=39)		
	Mean	SD	Mean	SD	p
Age (years)	49	6	48	5	0.81
Height (cm)	156	5	157	6	0.72
Education (years)	13	2	13	2	0.86
Alcohol consumption (years×g/week)	584	1,557	468	1,037	0.72
Time since surgery (days)	1,617[b]	363	1,534[b]	268	0.28
Cumulative duration of major depressive episodes after cancer (weeks)	4.9	13	1.4	5	0.11
	N	%	N	%	p
History of major depression after cancer	8	29	7	18	0.30
History of PTSD after cancer	1	4	0	0	—
History of intrusive recollections before cancer	10	36	7	18	0.10
History of traumatic events before cancer	15	54	19	49	0.70

[a] Differences in continuous variables were analyzed by two-tailed Student's t tests. Differences in categorical variables were analyzed by chi-square tests.

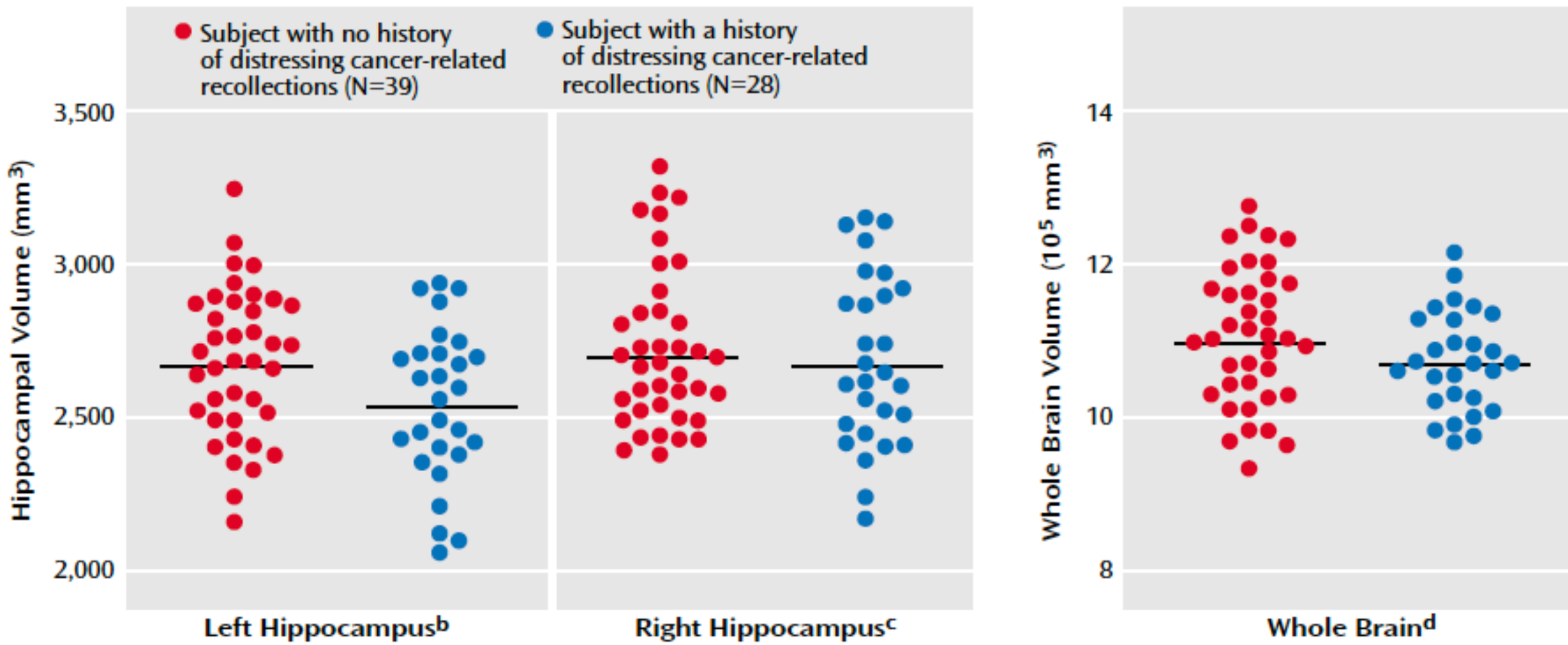
[b] This level of consumption would be approximately equivalent to 80–100 ml of beer per day over a duration of 16 years.

FIGURE 1. Boundaries of the Hippocampus Used in a Study of the Relationship of MRI-Derived Hippocampal Volume to History of Distressing Cancer-Related Recollections[a]



[a] Selected images from a breast cancer survivor illustrating the boundaries of the hippocampal formation from anterior limits (panel 1) through posterior limits (panel 4). The blue objects indicate the hippocampal formation. It contains the Ammon's horn, dentate gyrus, fimbria, and subiculum. The anterior end slice was defined as the final slice on which the white alveus surrounding the remaining knuckles of the hippocampal head remains visible (panel 1). The posterior end slice of the hippocampal tail was defined as the slice in which the crus of the fornix is the longest on a coronal section (panel 4).

FIGURE 2. Hippocampal Volumes of Women With a History of Breast Cancer Surgery Who Did or Did Not Have a History of Distressing Cancer-Related Recollections[a]



[a] Horizontal bars indicate mean volumes.

TABLE 2. Performance on the Wechsler Memory Scale—Revised (WMS-R) of Women With a History of Breast Cancer Surgery Who Did or Did Not Have a History of Distressing Cancer-Related Recollections

	History of Cancer-Related Recollections					
	Present (N=28)		Absent (N=39)		ANOVA	
WMS-R Measure	Mean	SD	Mean	SD	F (df=1, 65)	p
Primary indexes						
Attention/concentration	93.5	18.1	97.7	10.4	1.47	0.23
Immediate visual memory	97.3	11.7	105.5	10.1	9.39	0.003
Immediate verbal memory	95.2	15.1	98.9	15.6	0.91	0.35
Delayed memory	99.3	12.1	104.3	12.3	2.79	0.10
Scale scores						
Attention/concentration	64.5	8.1	65.2	7.7	0.13	0.72
Immediate visual memory	56.0	5.6	59.9	4.8	9.30	0.003
Immediate verbal memory	60.1	17.0	64.0	17.2	0.84	0.36
Delayed visual memory	45.9	5.4	47.9	5.6	2.17	0.15
Delayed verbal memory	31.3	8.9	33.7	8.6	1.31	0.26
Percentage retention (delayed/immediate memory×100)						
Visual memory	82.0	8.2	80.0	8.8	0.90	0.35
Verbal memory	52.1	5.7	53.0	5.0	0.53	0.47

L'EMDR en guise de réponse?

ELSEVIER MASSON

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

CLINICAL CASE

Using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for phantom breast syndrome: Case study☆

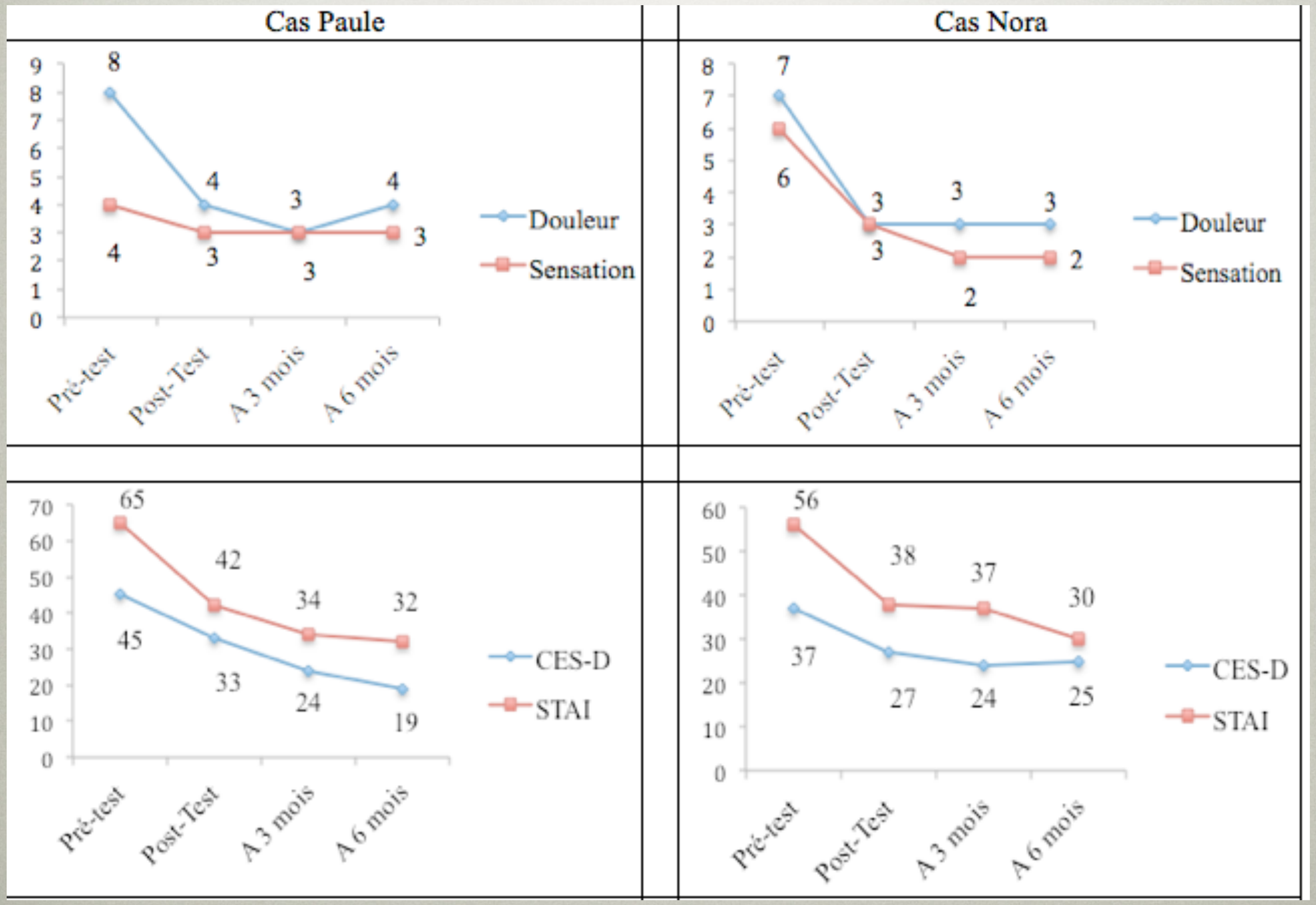
M.-J. Brennstuhl[a,*], C. Tarquinio[a], S. Montel[b], J. Masson[c], F. Bassan[d], P. Tarquinio[d]

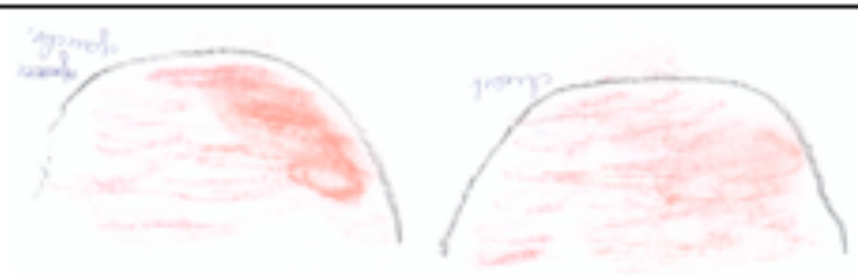
[a] *EA 4360, Laboratory APEMAC, University of Lorraine, University Center for Research and Psychotherapy, Île-du-Saulcy, BP 30309, 57006 Metz cedex 1, France*
[b] *EA 2027, Laboratory LPN, Paris-8, 2, rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis, France*
[c] *EA 2089, Laboratory CURSEP, University of Picardie, chemin du Thil, 80025 Amiens, France*
[d] *Private practice ''Thionville psychothérapie'', 27, boulevard Jeanne-d'Arc, 57100 Thionville, France*

Available online 17 December 2014

2 femmes Paule (48 ans, marié deux enfants, secrétaire - 9 séances) et Nora (56 ans, mariée, un enfants, enseignante - 12 séances) ayant subi une mastectomie des deux seins suite à un cancer ont participé à cette étude.

Les deux patientes étaient respectivement opérées depuis 16 et 18 mois.


Cas Paule
Cas Nora
Douleur
Sensation
Pré-test
Post-Test
A 3 mois
A 6 mois
CES-D
STAI

	Cas Paul		Cas Nora
Début 1ère séance EMDR			
Fin dernière séance EMDR			

Psychologie française xxx (2015) xxx–xxx

ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com

Article original

Utilisation de la thérapie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) pour le traitement du syndrome du sein fantôme : étude pilote

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) using for the treatment of the phantom breast syndrome: Pilot study

M.-J. Brennstuhl[a,*], C. Tarquinio[a], S. Montel[b], J. Masson[c], F. Bassan[a,d], P. Tarquinio[d]

Table 1. Demographic and clinical characteristics of the 13 patients

No	Age (Years)	Marital Status	Education Level	Time since the mastect.	Amputation side	Souvenir(s) marquant(s) ou traumatisant(s) liés à la maladie	Type of mastecomy pain	Type of mastecomy sensation	Fréquence hébdomadaire du Phantom breast syndrome (PBS)	Medication	Number of sessions
1	61	Married	<High School	12	Left	2	Pression/ Déchirement	Tension/ Engourdissement	moins de 1	Antidépr	5
2	56	Married	<High School	18	Left/Right	3	Nothing	Picotement/ Pression	de 2 à 3	Paracétamol/ codéine	5
3	45	Single		14	Right	3	Arrachement/ Piqûre	Pression/ Picotement	de 3 à 4	Nothing	9
4	47	Single	<High School	20	Right	3	Torsion/ Crampe	Fourmillement/ Démangeaison	5 et plus	Antidépr/ Paracétamol	10
5	40	In couple	>High School	15	Right	4	Crampe/ Battement	Lourdeur/ Engourdissement	moins de 1	Antidépr/ Anxiolytique	9
6	37	Married	High School	14	Left	2	Contraction/ Etirement	Nothing	moins de 1	Antidépr	5
7	54	Married	<High School	12	Left/Right	1	Coupure/ Brûlure	Démangeaisons/ Chaleur	de 3 à 4	Opiacé	6
8	37	In couple	High School	15	Left	3	Tiraillement/ Eclair	Nothing	de 3 à 4	Antidépr	5
9	35	Single	High School	17	Left	4	Coup d'aiguille/ Arrachement	Pression/ Chatouillis	5 et plus	Paracétamol	9
10	34	Married	High School	15	Right	3	Contraction/ Etirement	Nothing	5 et plus	Paracétamol/ codéine	6
11	45	Married	High School	15	Left/Right	2	Coup d'aiguille/ Déchirement	Picotement/ Pression	moins de 1	Antidépr	5
12	54	Single	High School	17	Left	3	Nothing	Démangeaisons/ Chaleur/	de 3 à 4	Antidépr	4
13	37	In couple	High School	15	Left	2	Contraction/ Ecrasement	Lourdeur/ Engourdissement	5 et plus	Paracétamol/ codéine	9

Variable Group	Pretest	Post-test	3 month follow-up	6 month follow-up
Pain intensity	6.23[a] (1.3)	2.6[b] (1.4)	2.3[b] (1.1)	2.0[b](1.2)
Sensitivity intensity	6.5[a] (1.1)	3.0[b] (1.1)	2.3[b] (1.2)	2.1[b] (1.4)
PCL-S				
Total	43.5[a] (14.19)	31.07[b] (6.7)	28.8[b] (6.7)	26.1[b](5.7)
Intrusion	13.0[a] (5.4)	9.3[b] (2.0)	8.8[b] (1.8)	8.3[b] (1.7)
Avoidance	17.6[a] (5.6)	12.07[b] (3.7)	11.2[b] (3.4)	10.3[b] (3.5)
Neurovegetative	12.9[a] (4.8)	9.6[b] (2.3)	8.7[b] (2.3)	8.2[b] (1.8)
STAI-State	55.9[a] (7.36)	40.1[b] (6.5)	36.07[c] (4.3)	33[c](1.8)
CES-D	18.3[a] (4.9)	13.6[b] (3.5)	13.2[b] (2.04)	11.8[b] (1.9)

Note. Means in the same rows at do not share the same subscript differ at a Bonferroni corrected alpha level of $p < .05$. Total PCL-S = total score on posttraumatic checklist scale. PCL-S intrusion = posttraumatic checklist scale, intrusion subscale. PCL-S avoidance = posttraumatic checklist scale, avoidance subscale. PCL-S neurovegetative activation = posttraumatic checklist scale, neurovegetative subscale. STAI-State : The State Trait Anxiety Inventory State. CES-D= Center for Epidemiologic Studies Depression Scale.

EMDR and CBT for Cancer Patients: Comparative Study of Effects on PTSD, Anxiety, and Depression

Liuva Capezzani
Psychiatry Department and Area di Supporto alla Persona, Regina Elena National Cancer Institute, Rome, Italy

Luca Ostacoli
Marco Cavallo
Sara Carletto
Department of Mental Health, "San Luigi Gonzaga" Hospital Medical School, University of Turin, ASL TO3, Orbassano, Italy

Isabel Fernandez
EMDR Italy Association, Bovisio Masciago (MI), Italy

Roger Solomon
Buffalo Center for Trauma and Loss, Buffalo, NY

Marco Pagani
Institute of Cognitive Sciences and Technologies, CNR, Rome, Italy

Tonino Cantelmi
Psychiatry Department, Regina Elena National Cancer Institue, Rome, Italy

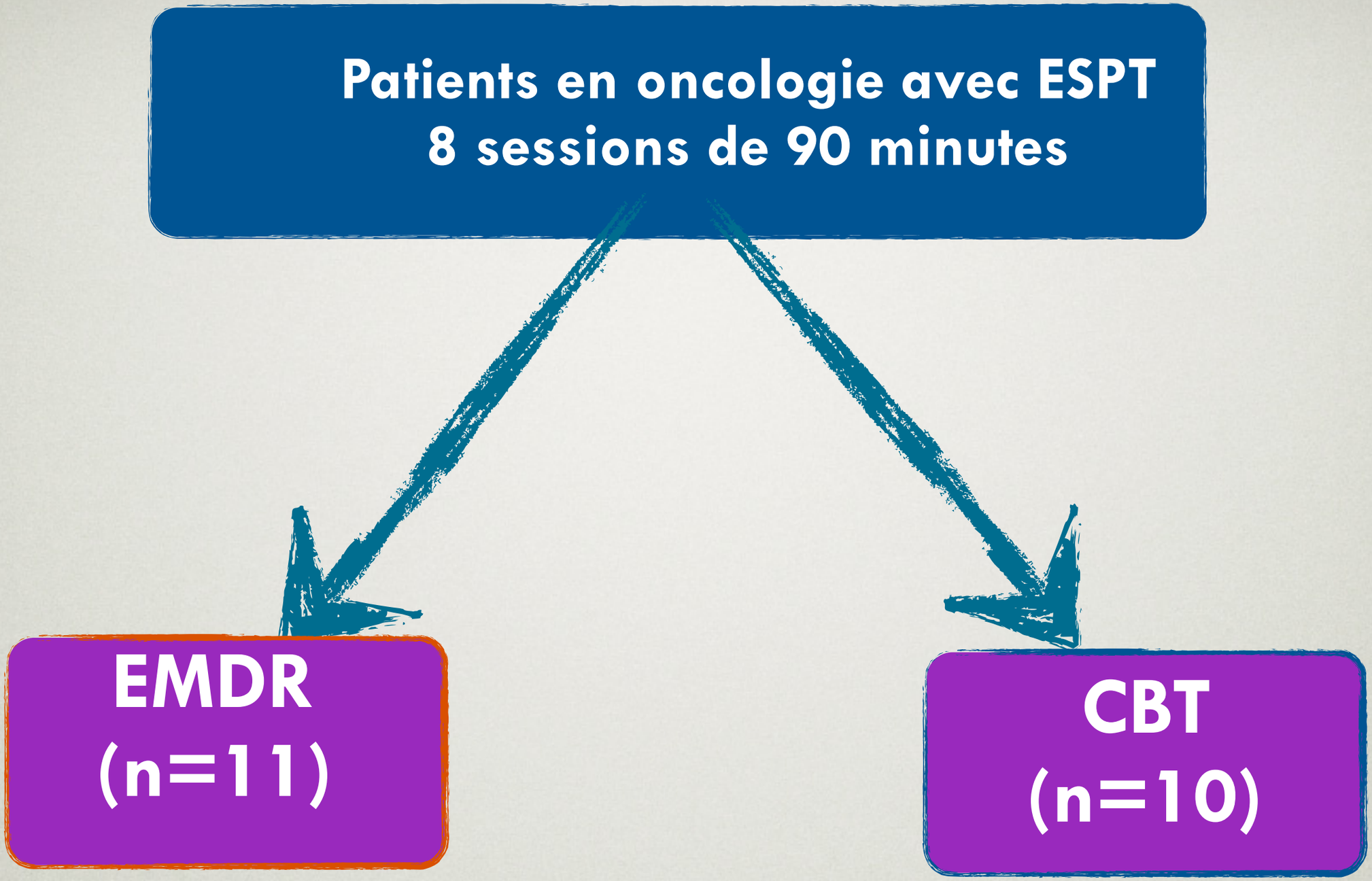

Patients en oncologie avec ESPT
8 sessions de 90 minutes
EMDR
(n=11)
CBT
(n=10)

TABLE 1. Clinical Data of Participants in the Follow-up Phase of the Cancer Disease

	Pretreatment		Posttreatment		
	CBT ($N = 10$)	EMDR ($N = 11$)	CBT ($N = 10$)	EMDR ($N = 11$)	Sig.
QPF-R	61.60 (15.71)	57.45 (13.55)	54.50 (13.24)	48.45 (12.18)	*
STAI-1	45.40 (4.95)	44.73 (5.42)	43.90 (5.55)	40.00 (3.41)	*
STAI-2	46.50 (5.34)	45.82 (6.15)	43.80 (4.10)	43.55 (5.70)	
BDI-II	26.30 (8.73)	25.73 (10.89)	20.10 (9.24)	14.45 (9.30)	*
IES-R total	54.70 (10.62)	50.91 (9.45)	46.60 (14.13)	20.55 (17.85)	*, §
CAPS Criterion B	20.90 (7.71)	19.55 (8.15)	15.30 (5.87)	6.18 (6.95)	*, §
CAPS Criterion C	30.30 (8.13)	28.36 (12.19)	20.50 (7.59)	10.45 (7.54)	*
CAPS Criterion D	27.60 (6.22)	24.00 (8.15)	16.20 (9.16)	9.91 (5.61)	*

Note. Data are mean (*SD*). QPF-R = Psychophysiological Questionnaire—Brief Version; STAI-1 = State-Trait Anxiety Inventory—state anxiety; STAI-2 = State-Trait Anxiety Inventory—trait anxiety; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; IES-R total = Impact of Event Scale—Revised total score; CAPS Criterion B = Clinician-Administered PTSD Scale—intrusion symptoms; CAPS Criterion C = Clinician-Administered PTSD Scale—avoidance symptoms; CAPS Criterion D = Clinician-Administered PTSD Scale—hyperarousal symptoms.

Journal de thérapie comportementale et cognitive (2018) **28**, 3—16

ELSEVIER

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

CAS CLINIQUE

Utilisation de la thérapie EMDR dans le traitement d'un ESPT après cancer du sein

Use of EMDR therapy in the treatment of PTSD after breast cancer

Sophie Lantheaume

Hôpital privé Drôme Ardèche, groupe Ramsay Général de Santé, site clinique Pasteur, 294, boulevard Charles-de-Gaulle, 07500 Guilherand-Granges, France

Reçu le 3 novembre 2016 ; reçu sous la forme révisée le 4 juillet 2017 ; accepté le 5 juillet 2017
Disponible sur Internet le 14 août 2017

Tableau 3 Scores obtenus aux questionnaires et échelles avant et après la thérapie et pourcentage d'amélioration.
Scores obtained from questionnaires and scales before and after therapy and percentage improvement.

Questionnaires et échelles	Évaluation pré-thérapie	Évaluation post-thérapie	% d'amélioration
HADS	39	16	59
Score d'anxiété	21	10	52
Score de dépression	18	6	67
PCLS	75	24	68
Dimension répétition	24	7	71
Dimension d'évitement	27	10	63
Dimension d'hyperactivité neurovégétative	24	7	71
Échelle modifiée des symptômes traumatiques	103	10	90
Sous-échelle fréquence	48	9	81
Sous-échelle sévérité	55	1	98
FACT-B (qualité de vie)	34	101	66
Bien-être physique	9	25	64
Bien-être familial/social	5	19	74
Bien-être émotionnel	3	18	83
Bien-être fonctionnel	0	18	100
Autres sujets d'inquiétude	17	21	37
Questionnaire d'expériences dissociatives péritraumatiques	3,2	—	—

Le % d'amélioration correspond au gain [((score avant − score après)/score avant) × 100].
The % improvement refers to the gain [((score before − score after)/score before) × 100].

Pilot Research Study on the Provision of the Eye Movement Desensitization and Reprocessing Integrative Group Treatment Protocol With Female Cancer Patients

Ignacio Jarero
Lucina Artigas
Susana Uribe
Laura Evelyn García
María Alicia Cavazos
Martha Givaudan
Latin American and Caribbean Foundation for Psychological Trauma Research, Mexico

The purpose of this research is to evaluate the effectiveness of the eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) Integrative Group Treatment Protocol (EMDR-IGTP) in reducing posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms related to the diagnosis and treatment of different types of cancer in adult women. EMDR-IGTP intensive therapy was administered for 3 consecutive days, twice daily, to 24 adult women diagnosed with different types of cancer (cervical, breast, colon, bladder, and skin) who had PTSD symptoms related to their diagnosis and treatment. The data was analyzed using factorial ANOVA with the effects of the EMDR-IGTP evaluated with the Short PTSD Rating Interview as dependent variable and group (two groups of patients: active phase and follow-up phase of cancer treatment) and time (four time points) as independent variables. Post hoc analyses were carried out. Results showed significant main effects for time and group. No significant interaction was found. Results also showed an overall subjective improvement in the participants. This pilot study suggests that intensive administration of the EMDR-IGTP can be a valuable support for cancer patients with PTSD symptoms related to their diagnosis and treatment. Further research with randomized controlled studies is needed to demonstrate the effectiveness of EMDR-IGTP in this population.

TABLE 1. Mean Scores (and Standard Deviations) on the Short PTSD Rating Interview Scale

Group	*n*	Time 1	Time 2	Time 3	Time 4
Active cancer treatment	17	16.59 (5.12)	6.00 (2.96)	4.47 (2.92)	4.41 (4.29)
Follow-up cancer treatment	5	15.40 (5.18)	3.40 (1.34)	3.00 (1.73)	1.40 (1.14)
Total	22	16.32 (5.04)	5.41 (2.87)	4.14 (2.73)	3.73 (3.99)

« The team leader ask the participants to close their eyes and run a mental movie of everything that happened just before the cancer diagnosis until the present moment » (Cf. Jarero, 2012)

3.

Maladies graves et mécanismes psychiques

« La maladie peut être définie comme l'ébranlement du processus vital qui va engendrer une situation spécifique de lutte entre d'un coté des agents pathogènes tendant à détruire le vivant et, de l'autre, des forces de réparation, d'adaptation orientées vers la guérison. » (Fischer, 1997)

Si, aujourd'hui, le pronostic final des cancers est très variable, suivant le type de tumeur, son stade de développement, et n'implique plus systématiquement la mort,…

Cependant, pour les malades atteints d'un **cancer**, ce mot **résonne** en eux comme une **condamnation** car le cancer est pour eux synonyme de **mort** à brève échéance.

Le cancer génère un sentiment de vulnérabilité, une perte de contrôle et d'autonomie ainsi qu'un sentiment de désespoir (Kenne & al. 2013), en plus d'une symptomatologie purement post-traumatique : pensées intrusives, phénomène d'évitement et augmentation de l'hyperactivation

Avec la maladie, l'individu est brutalement confronté au fait qu'il va mourir; il doit affronter cette réalité qui était précédemment pour lui à proprement parler IMPENSABLE.

Cet impensable rend impossible une représentation de notre propre mort.

C'est la confrontation à sa propre mort, qui constitue en quelque sorte la **toile de fond du cancer**, elle s'accompagne par ailleurs d'un ensemble de bouleversements. Deux aspects peuvent être retenus:

Modification de l'image corporelle

Changement dans les relations aux autres

Enfants, adolescent, adultes ou personne âgée

Pronostic

Stade de la maladie

Des conséquences et des effets différents en fonction

Situation extrême = fractures dans l'expérience de vivre.

La temporalité

Une autre manière de vivre le temps, le temps ordinaire est stoppé, notre temps est compté.

La conscience soudaine de la fragilité de la vie est une manière de réaliser que le temps qui passe, donne la mesure du temps qui reste à vivre ; à travers elle, **l'individu fait l'expérience éprouvante de sa propre finitude.**

Se trouve battue en brèche notre **illusion d'immortalité** qui nous protège contre cette vérité insupportable : notre vie a une fin.

Situation extrême = fractures dans l'expérience de vivre.

L'identité

Du fait de leur confrontation à la mort, les individus se trouvent dépouillés de toutes les coquilles protectrices qui assurent stabilité et les insèrent dans des trames qui balisent leur chemin, leur imposent ce qu'ils ont à faire et leur renvoient une image de ce qu'ils sont.

Elle brise une identité acquise par les apprentissages sociaux sur le mode du **prêt-à-porter social**

Les mécanismes de déstructuration de l'identité : mise en **morceaux des valeurs** qui fondent la vie de chacun.

Situation extrême = fractures dans l'expérience de vivre.

L'éclatement du système des valeurs

L'expérience de l'extrême est une expérience de survie qui pose la question de l'adaptation en des termes inédits….?

Ici, les moyens habituels à la disposition de l'individu sont **défaillants** ; il doit donc mobiliser **des ressources** qui, par définition, sont absentes.

L'extrême se trouve être un creuset de l'expérience humaine où se forge une **faculté inédite de l'adaptation.**

Fischer & Tarquinio (2002) ont étudié chez des patients atteints de cancer (avant la maladie versus depuis la maladie) l'importance accordée à chacun des items d'un **questionnaire de valeurs mis au point par ces derniers.**

Il s'avère que les valeurs dont l'importance augmente sont les aspects orientés sur la **recentration sur soi** (prendre soin de soi, jouir de la vie), la **confiance aux autres, l'affection, le réalisme**, tandis que celles dont l'importance diminue concerne les sphères de la **« réussite sociale »** (compétitivité, compétence, réalisation de projet, réussite professionnelle), la sexualité et la cohésion familiale.

En fait, les **cinq dimensions** concernées par ces changements sont :

l'image du corps (aspects perdus ou handicapants du corps,…)

le rapport au temps (projets à court ou moyen terme,…)

la philosophie de vie (relativisation, effondrement des valeurs matérielle/immatérielles,…)

le soutien social (rapport aux autres, à ce qu'ils peuvent donner,…)

la relation au mourir (sentiment de mortalité,…)

Développement post-traumatique (ou posttraumatic growth)

Tedeschi & Calhoun

L'idée d' « épreuve » à vivre, à affronter ou à traverser est envisagée depuis la nuit des temps comme une étape dans la vie des hommes. **Une étape ou un moment susceptible de les grandir et de leur permettre d'accéder à de nouvelles formes de compréhension de ce qu'ils sont,** ainsi qu'à une nouvelle conception du monde et de leur rapport au monde.

C'est à partir de telles idées que le concept de développement post-traumatique trouve son origine

« Les changements psychologiques positifs résultant de la confrontation, de la lutte avec tout événement de vie défiant hautement les ressources de l'individu ».

Le premier est celui de lutte, de combat en rapport avec l'événement.

Le second est celui des pensées que les personnes peuvent avoir en lien avec l'événement traumatique, leur vie, leur façon de se voir et de voir les autres.

Le troisième est celui d'un stress et d'une émotion forte nécessaires (mais non forcément suffisants) au développement

L'EMDR en guise de réponse?

POLISH ANNALS OF MEDICINE 24 (2017) 228–231

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/poamed

Case report

Application of eye movement desensitization and reprocessing therapy for cancer patients: A case study

Anna Trznadel [a,*], *Paweł Grzybek* [b,c]

[a] Senior Club, Municipal Family Assistance Center in Kielce, Poland
[b] Outpatient Psychological Assistance, Holycross Cancer Center, Kielce, Poland
[c] Institute of Pedagogy and Psychology, Faculty of Education and Arts, University of Jan Kochanowski, Kielce, Poland

Table 1 – Problems reported on the problem checklist before and after EMDR therapy for five problem domains and combined.

Type of problem	Before EMDR	After EMDR
Practical	5	0
Family	0	0
Emotional	3	0
Religious/spiritual	0	0
Physical	1	3[a]
Overall	9	3

[a] Radiotherapy's side effects.

10 survivants d'une catastrophe maritime

Original Article
https://doi.org/10.9758/cp
Clinical Psychopharmaco
093-4327
armacology

Eye Movement Desensitization and Reprocessing to Facilitate Posttraumatic Growth: A Prospective Clinical Pilot Study on Ferry Disaster Survivors

Sang Won Jeon[1], Changsu Han[2], Joonho Choi[3], Young-Hoon Ko[2,4], Ho-Kyoung Yoon[2], Yong-Ku Kim[2]

[1]Department of Psychiatry, Kangbuk Samsung Hospital, Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, [2]Department of Psychiatry, Korea University Ansan Hospital, Korea University College of Medicine, Ansan, [3]Department of Psychiatry, Hanyang University Guri Hospital, Hanyang University College of Medicine, Guri, [4]Ansan Mental Health Trauma Center, Ansan, Korea

Table 1. Subject demographics, information about inpatient treatment, and DSM-5 diagnoses at the beginning of EMDR

Patient	Sex	Age (yr)	Admission (hospitalized day)	Diagnosis at the beginning of EMDR
Patient 1	M	42	No	Partial PTSD
Patient 2	M	18	14	Partial PTSD
Patient 3	F	18	14	Partial PTSD
Patient 4	F	18	14	Partial PTSD
Patient 5	M	58	21	Partial PTSD
Patient 6	F	18	14	PTSD
Patient 7	M	18	14	Partial PTSD
Patient 8	F	38	No	PTSD, MDD
Mean (SD)		28.5 (15.6)	15.2 (2.9)	

DSM-5, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition; EMDR, eye movement desensitization and reprocessing; M, male; F, female; PTSD, post-traumatic stress disorder; MDD, major depressive disorder; SD, standard deviation.

Table 2. Changes in mean scores of eight patients for each scale

Variable	CD-RISC	CAPS	PTGI	SRGS
Pre-session	50.0 (15.8)	49.1 (11.1)	46.8 (8.2)	44.5 (6.4)
After session 4	-	41.0 (18.0)	54.9 (11.8)	54.9 (10.7)
After session 8	57.6 (18.3)	37.6 (17.7)	62.1 (13.4)	62.3 (14.1)
Three months after treatment completion	55.1 (18.7)	37.9 (20.6)	62.1 (16.8)	61.4 (16.4)
Statistics from pre- to post-treatment	$Z(8)=-2.386^{**}$ $p=0.017$	$Z(8)=-2.176^{*}$ $p=0.030$	$Z(8)=-2.380^{**}$ $p=0.017$	$Z(8)=-2.380^{**}$ $p=0.017$
Increase and decrease rates (%)	+10.2	−22.8	+32.7	+38.0
Effect size	0.30	0.71	1.22	1.48

Values are presented as mean (standard deviation).

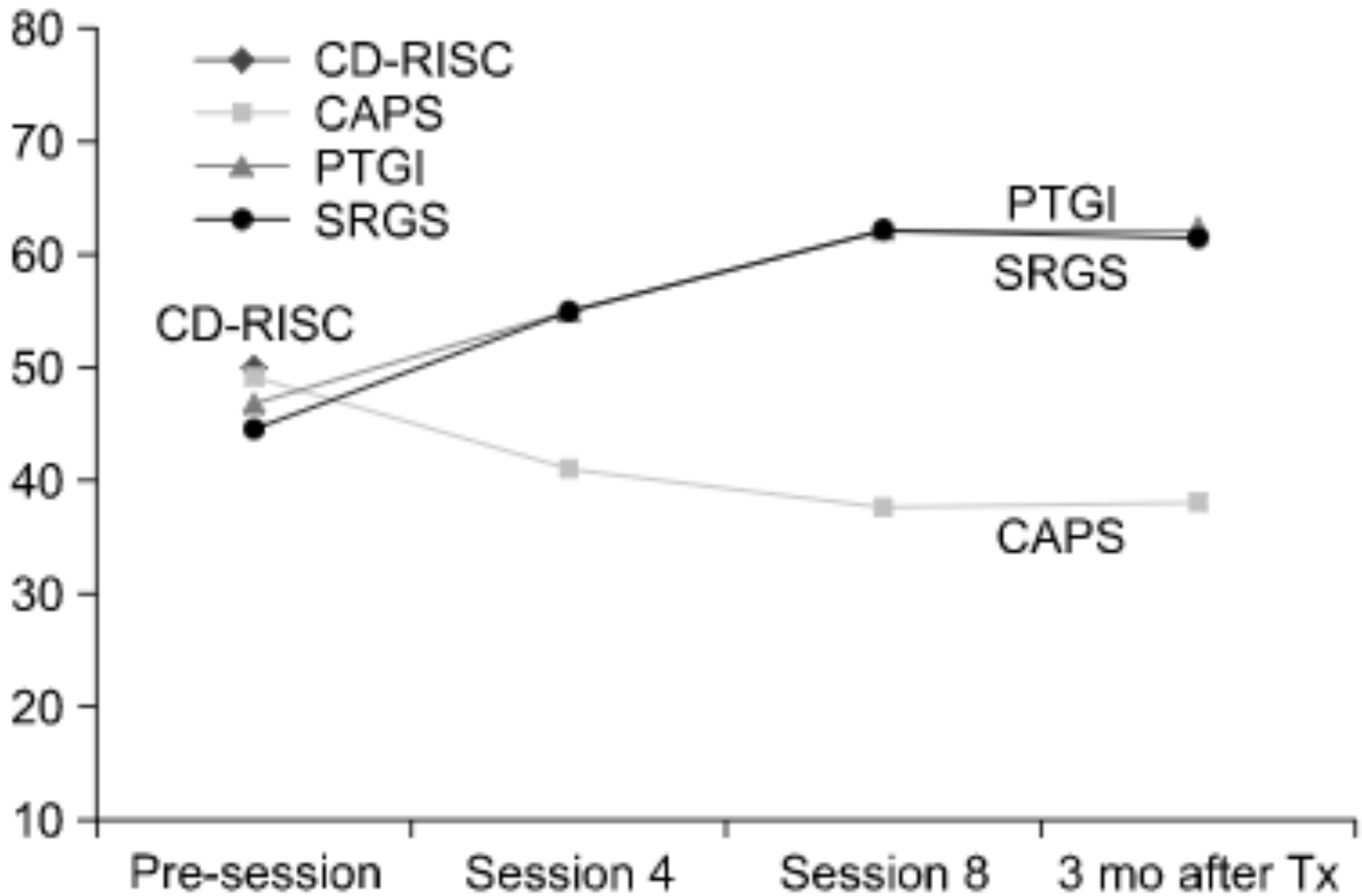
CD-RISC, Connor-Davidson Resilience Scale; CAPS, Clinician-Administered PTSD Scale; PTGI, Post-Traumatic Growth Inventory; SRGS, Stress-Related Growth Scale.

Statistic: Wilcoxon signed rank test from pre- to post-treatment; $^{*}p<0.05$, $^{**}p<0.025$.

PTGI: Post-Traumatic Growth Inventory

CD-RISC: Connor-Davidson Resilience Scale

SRGS: Stress-Related Growth Scale


80
70
60
50
40
30
20
10
CD-RISC
CAPS
PTGI
SRGS
PTGI
SRGS
CD-RISC
CAPS
Pre-session
Session 4
Session 8
3 mo after Tx

Les 5 domaines identifiés et développées par les auteurs dans le cadre de la création de l'Inventaire de développement post-traumatique (Post-Traumatic Growth Inventory) sont :

1. **l'appréciation de la vie** qui correspo t au fait d'apprécier plus amplement la vie e de se sentier chanceux d'être en vie

2. **les relations aux autr** se modifier dans le sens où elles peuvent deveni plus intenses, plus investies

3. **le dévelo ssources ou de forces personnelles** qui permet aire face aux difficultés, de mieux les gérer

4. **les no es possibilités ou buts** qui n'étaient pas envisagés avant l'évenement

5. **le développement d'une certaine spiritualité**

Cf la version française de Cadell & al. 2015)

4.

Cancer et diachronie

- Aussi curieux que cela puisse paraitre, malades du cancer ou non, nous avons tous une histoire… et souvent une « histoire traumatique »……?

1. Traumatisation relationnelle : relation avec l'entourage (famille, intime, professionnel, mais

2. Traumatisation lié à un ou plusieurs événements identifiables

1. Traumatisation relationnelle :relation avec l'entourage (famille, intime, professionnel, mais

- Les spécialistes nous apprennent que l'attachement est important pour les mammifères que nous sommes.

- Attachement sécure, insécure-anxieux, insécure-éditant, insécure-résistant, insécure-désorganisé

- Un lien d'attachement sécure est fondamentalement stabilisant.

Si la capacité à être en lien est impactée, tout le travail psychique et médicale sont fragilisés et il nous manquera cette dimension relationnelle sécurisante et stabilisatrice dont chacun de nous (patients/soignants/médecins) a besoin.

Le système d'attachement, comme le dit Bowlby (1988), est actif «du berceau à la tombe » et est activé chaque fois qu'une situation difficile et douloureuse se produit, dans laquelle le sujet se sent vulnérable…donc le cancer…

Que se passe-t-il lorsque l'on est confronté à ce genre de chose dans son enfance ?

Se rappeler

Impuissance

Perte de con

Image de soi négative

Abandon

Valeur (ne compte pas)

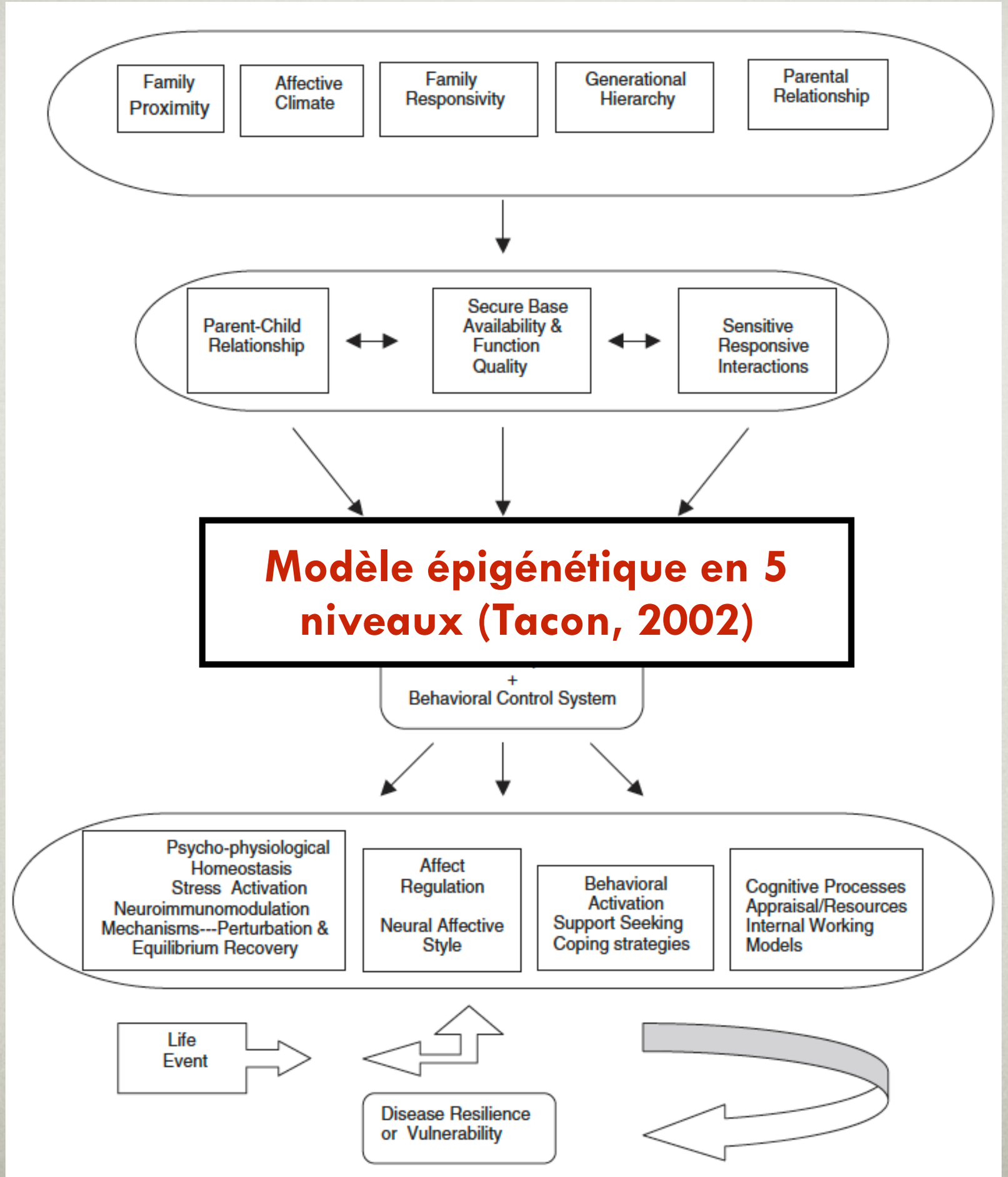
Insécurité

Pas « aimable »

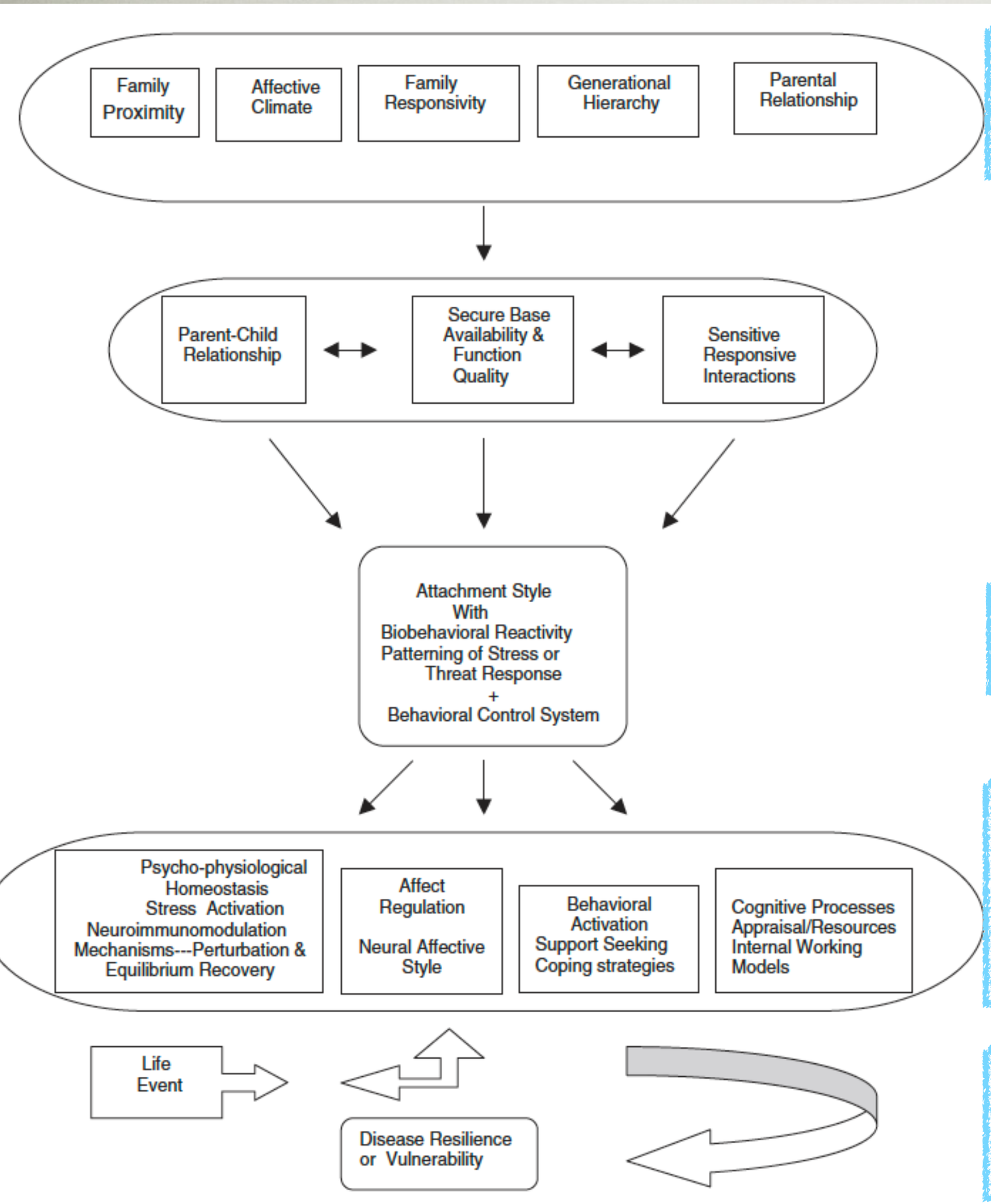
Angoisse

Angoisse de mort

Incontrolabilité



Modèle épigénétique en 5 niveaux (Tacon, 2002)



Niveau I: Famille et origine familiale

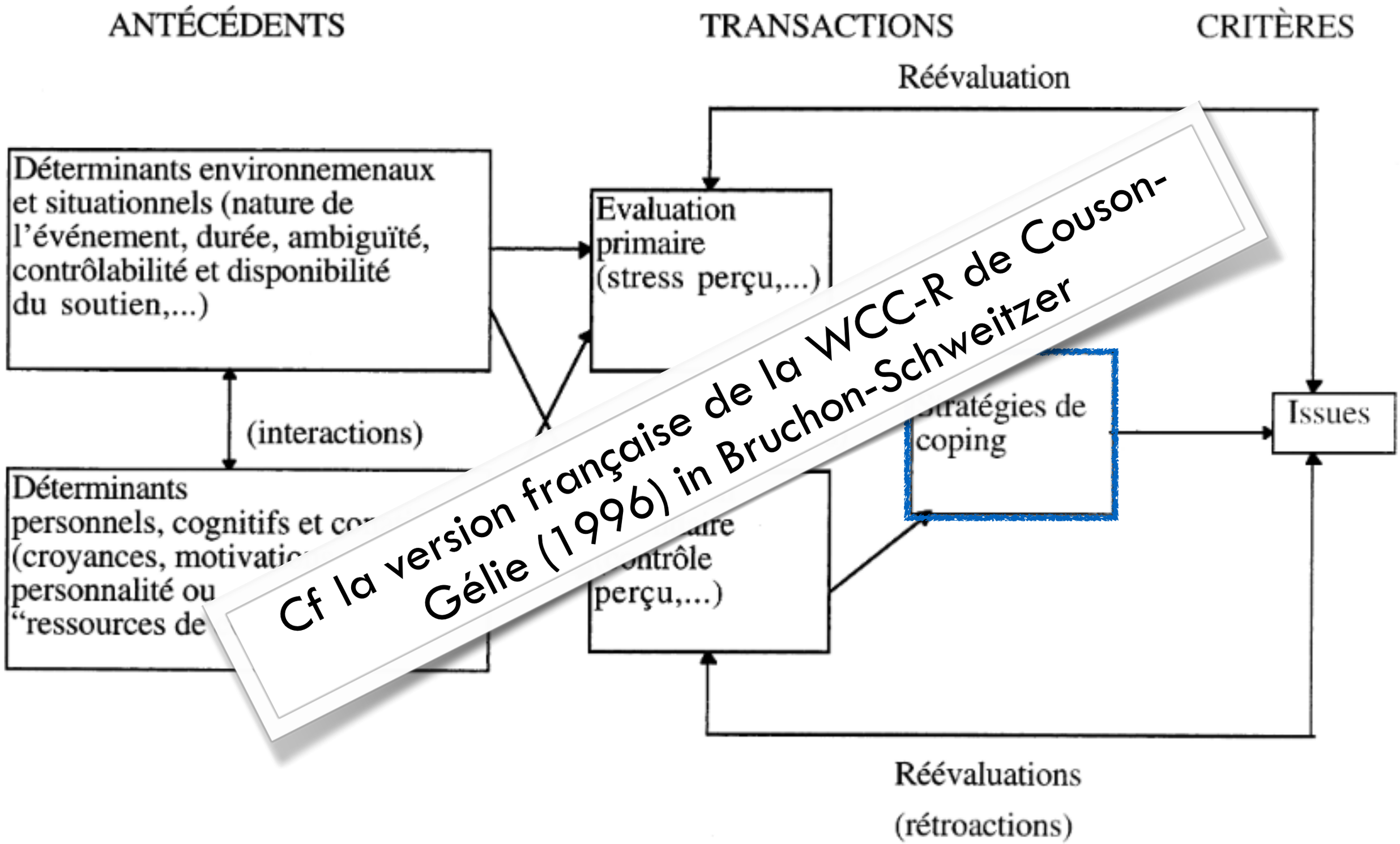
Niveau II: Contexte socioémotionnel précurseur de

Niveau III: Style individuel

Niveau IV: Réactivité psychophysiologique, coping, régulation émotionnelle

Niveau V: Confrontation aux événements de vie

Lazarus & Folkman (1984) définissent le coping comme «l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources »



Cf la version française de la WCC-R de Couson-Gélie (1996) in Bruchon-Schweitzer

Figure 1 : Les étape et les déterminants du processus de coping (effets principaux, effets interaction, effets médiateurs, rétro-actions).

Coping centré sur l'émotion

Coping centré sur le problème

Coping centré sur l'évitement

2. Traumatisation lié à un ou plusieurs événements identifiables

- Les conséquences des EN ne sont pas seulement représentées par des troubles cliniques spécifiques tels que l'état complexe de stress post-traumatique(ESPT-c), les troubles dissociatifs ou le trouble de la personnalité borderline (Liotti & Farina, 2011) ; elles exercent leur influence sur un large éventail de maladies somatiques à l'âge adulte, y compris le cancer (Brown & al., 2010 ; 2013).

American Journal of Epidemiology
Vol. 155, No. 12
Printed in U.S.A.
Copyright © 2002 by the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
All rights reserved

Depression and Cancer Risk: A Register-based Study of Patients Hospitalized with Affective Disorders, Denmark, 1969–1993

Susanne Oksbjerg Dalton,[1] Lene Mellemkjær,[1] Jørgen H. Olsen,[1] Preben B. Mortensen,[2] and Christoffer Johansen[1]

- Une étude danoise (Oksbjerg et al., 2002) basée sur un registre d'une cohorte de 89 491 patients hospitalisés pour troubles de l'humeur entre 1969 et 1993 a retrouvé 9922 cas de cancers avec un odd ratio de 1,05 (intervalle de confiance à 95 % : 1,03–1,07) .
- Dans cette étude, quel que soit le site tumoral, aucune augmentation du risque de cancer n'a été notée, une fois exclus la première année de suivi et surtout les cancers liés au tabac. La dépression **indépendamment** n'a pas favorisé le risque de survenue de cancer

Ann Epidemiol 2006;16:248–256. © 2006 Elsevier Inc. All rights reserved.

ELSEVIER

Posttraumatic Stress Disorder and Mortality Among U.S. Army Veterans 30 Years After Military Service

JOSEPH A. BOSCARINO, PHD, MPH

TABLE 3. Cox proportional hazards regressions: crude and adjusted hazard ratios (HRs) by veteran and PTSD status

	All-cause mortality (Total deaths = 820)			Cardiovascular mortality (Total deaths = 241)			Cancer mortality (Total deaths = 188)			External-cause mortality (Total deaths = 175)		
Veteran Status	HR	95% CI	P-value	HR	95% CI	P-value	HR	95% CI	P-value	HR	95% CI	P-value
All Veterans (N = 15,288)												
(Person risk years = 229,565)												
(Total PTSD cases = 1050)												
PTSD—unadjusted	2.5	2.1–3.0	<0.001	1.7	1.1–2.6	0.010	1.8	1.1–2.8	0.013	2.7	1.8–4.0	<0.001
PTSD—adjusted*	2.1	1.7–2.6	<0.001	1.6	1.1–2.4	0.027	1.5	1.0–2.4	0.075	2.3	1.5–3.5	0.001
Vietnam Era Veteran (N = 7364)												
(Person risk years = 110,553)												
(Total PTSD cases = 214)												
PTSD—unadjusted	2.6	1.7–3.8	<0.001	1.3	0.5–3.6	0.57	1.1	0.4–3.6	0.84	2.9	1.3–6.7	0.012
PTSD—adjusted*	2.0	1.3–3.0	0.001	1.2	0.4–3.4	0.69	0.9	0.3–3.1	0.92	2.2	0.9–5.2	0.073
Vietnam Theater Veteran (N = 7924)												
(Person risk years = 119,453)												
(Total PTSD cases = 836)												
PTSD—unadjusted	2.5	2.0–3.2	<0.001	1.8	1.1–2.8	0.015	2.2	1.3–3.7	0.003	2.6	1.6–4.1	<0.001
PTSD—adjusted*	2.2	1.7–2.7	<0.001	1.7	1.0–2.7	0.034	1.9	1.1–3.3	0.018	2.3	1.4–3.9	0.001

HR = hazards ratio; CI = confidence interval; PTSD = posttraumatic stress disorder.
*All models adjusted for race, Army volunteer status, Army entry age, Army discharge status, Army illicit drug use, age at interview, and intelligence. For cancer mortality, models adjusted for these variables, in addition to pack-years of cigarette smoking. (See methods section for additional information.)

15288 soldats américain. Toutes les causes de morts sont associés à la présence d'un ESPT.

Certains auteurs estiment que la littérature comporte suffisamment d'arguments pour défendre l'existence d'une relation causale entre le stress et le cancer (Reynaert, 2001). La plupart sont cependant très prudents et refusent de conclure trop vite à un rôle étiologique franc du stress (Vissoci, 2004).

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment cité dans les études (tableau ci-dessous).

Selon Gerits (2000), il n'existe pas jusqu'ici d'évidence d'une contribution des événements de vie stressants à un accroissement du risque de cancer du sein, au vu des études reposant sur une méthodologie fiable. Par ailleurs, l'impact des événements de vie sur le pronostic évolutif du cancer du sein lui semble faible

Dans leur méta-analyse sur le cancer du sein, McKenna et al. (1999) trouvent une association significative avec des séparations proches et des événements de vie stressants antérieurs.

Auteur	Nature de l'étude	Sujet et méthodes	Résultats
Gérits et al. [9]	Méta-analyse	29 études	Pas de contribution des événements de vie stressants à l'accroissement du risque de cancer du sein.
McKenna et al. [11]	Méta-analyse	46 études	Les événements de vie associés à la survenue d'un cancer du sein.

L'EMDR en guise de réponse?

Psycho-Oncol. (2016) 10:109-116
DOI 10.1007/s11839-016-0572-4

ARTICLE ORIGINAL / *ORIGINAL ARTICLE* **DOSSIER**

Lorsque le cancer et ses traitements réactivent les traumatismes sexuels subis dans l'enfance

When Being Diagnosed with Cancer and Facing Treatment May Reactivate Childhood Sexual Trauma

E. Marx

Reçu le 11 avril 2016 ; accepté le 25 avril 2016
© Lavoisier SAS 2016

La confrontation au diagnostic de cancer et à ses traitements peut constituer un événement de stress majeur dans la vie d'un individu et révéler les violences sexuelles subies dans l'enfance.

L'étude de cinq cas cliniques, centrée sur le discours, les attitudes non verbales et les mécanismes de défense, montre en quoi l'entrée dans le parcours de soins et la réactivation du traumatisme sexuel constituent une double peine pouvant conduire à un échec de la prise en charge.

Les effractions corporelles qui accompagnent les traitements peuvent réactiver des traumatismes sexuels refoulés et induire une souffrance psychique majeure.

Elles soulignent la nécessité d'un repérage précoce de la détresse psychologique et d'une prise en charge pluridisciplinaire

- Un événement apparemment simple (situation de malade) peut devenir le déclencheur d'un vaste ensemble de réseaux neuronaux chargés en affect négatif non encore métabolisé.

- Plusieurs réseaux traumatiques à forte charge émotionnelle qui s'activent en même temps risquent de mener au mieux au blocage, au pire à une déstabilisation majeure.

Cancer et ses stades

Image du corps

Image de soi

Peur

Angoisse de mort

Solitude

Abandon

Attachements

Inutilité

Insécurité

Angoisse

Impuissance

Perte des proches

Psychopathologie du cancer et ses stades

Problématique propre du canc

Problématique propre du cancer

Problématique propre du cancer

Problématique propre du cancer

Problématique propre du cancer

Addictions

Etat Limite

Voilà une psychopathologie complexe

Problématique propre du cancer

Psychopathologie générale

5.

Psychothérapie et cancer

Les données de la recherche sont bien trop importantes pour tout exposer et présenter en ce qui concerne la problématique de la prise en charge psychothérapeutique des malades du cancer.

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

8260 articles

ELSEVIER SCIENCE DIRECT
ScienceDirect

107 articles

SpringerLink

5650 articles

PubMed

458 articles

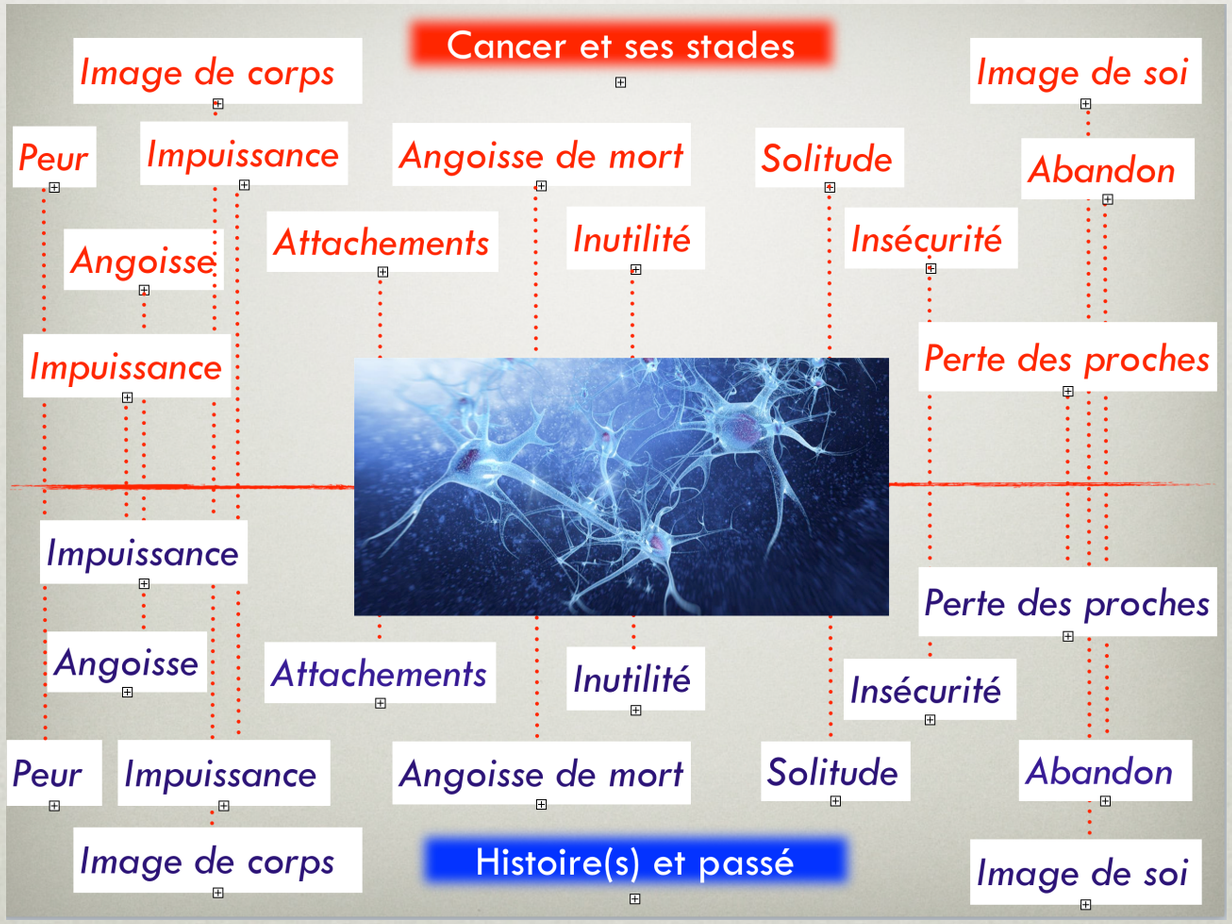
Qu’est-ce-qu’une psychothérapie en Oncologie?

Objectifs

Que pourrait chercher à produire/créer une psychothérapie chez la patients touchés par la maladie ?

1

Réduire la souffrance psychique et physique, potentialiser le bien-être/mieux-être, …Les premières séances sont toujours très éprouvantes, c'est un paradoxe mais sur le long terme les résultats semblent être au RDV



Méta-analyse de Leichsering & Rabung (2008) publié dans *JAMA*

2

Permettre au sujet une relative adaptation à la crise (le cancer et ses bouleversements) et à l'institution (l'hospitalisation et les prescriptions médicales).

Difficultés à accepter:

- l'angoisse de perte d'identité dans un univers très technique et médicalisé. Mais, la question de la relative « adaptation » comprend aussi la délicate adhésion aux soins, voire le refus de soins. Pour de rares patients, se traiter est «impossible» ; cependant, ils peuvent, lors d'entretiens psychothérapiques, rechercher les raisons profondes et souvent inconscientes de cette impossibilité…

3

Rétablir le sentiment de contrôle sur sa vie, réduire le sentiment d'impuissance. Travail sur la perception

Différents registres de l'impuissance

- Impuissance quant à l'annonce
- Impuissance quant aux traitements
- Impuissance quant à l'issue

4

Rechercher le sens de sa vie ou le sens des bouleversements liés à la maladie. Rendre le sentiment d'un avenir possible

Cette quête de sens est souvent une rationalisation qui protège de la désorganisation.

Lorsque le malade éprouve l'absence de sens de sa maladie, il peut s'effondrer dans un vide dépressif que le psychisme va contenir grâce au cadre institué par la psychothérapie.

5

Redonner une certaine souplesse au fonctionnement psychique en améliorant la régulation des émotions du malade et ses réponses aux conditions de la réalité.

Ce principe de la psychothérapie est commun à toutes les psychothérapies.

6

Prévenir les autres crises : une psychothérapie a des effets préventifs si le patient a pris conscience de ses modes de réaction passés il pourra mieux envisager et appréhender le futur

Dans le cas d'un patient atteint de cancer, cet aspect préventif est particulièrement important. Les psychothérapies préparent aux nouvelles crises, les rechutes, la guérison, ou la mort…

Développer l'optimisme des malades

NATIO-PA Author Manuscript

Table 4

Standardized Regression Coefficients of Social Support, Optimism, and Sociodemographic Variables from Full Regression (Step 4)

	Psychological Well-Being			
Predictors	**Anxiety**	**Depression**	**Hopelessness**	**Quality of Life**
Social Support	−.123	−.117	−.060	.204**
Optimism	−.500**	−.611**	−.659**	.538**
Interaction – Social Support and Optimism	.153*	.029	.071	−.087
Sociodemographics:				
Gender	.108	−.048	−.030	−.043
Age	−.059	.088	.120	.038
Marital Status	−.056	.034	.070	−.025
Employment Status:				
Working	−.013	−.017	−.077	.019
Retired	−.018	.113	−.050	−.063

* $p < .05$;

** $p < .01$

Note: Regression coefficients are standardized for purposes of comparison. However, p-values are based on unstandardized regression coefficients.

Une prise en charge à adapter en fonction de la phase de la maladie

Cancer primitif

Récidive

Phases du cancer

Rémission

Soins palliatifs

6.

EMDR et cancer

La recherche!

$\neq$

La clinique!

Traiter le choc de l'annonce
Traiter «pied à pied» l'ensemble des événements intervenants dans la vie des malades et potentiellement pathogènes.
Préparer le patient à un futur à court-terme

Cancer primitif

Récidive

Phases du cancer

Rémission

Soins palliatifs

Interventions EMDR

1. Application de techniques de régulation des émotions

2. Traitement des cibles du présent avec un protocole événements récents (Exemple Récent Events Protocole (REP))

3. Mise en oeuvre d'un plan de ciblage pour l'anticipation des épreuves à venir de la maladie appréhendée comme pathogènes (re-paramétrage temporelle du travail de de Jongh et al. (2010) appliqué au futur)

4. Application de la technique de flash-forward de Logie et de Jongh (2014) et scénario du futur.

Interventions EMDR

1. Application de techniques de régulation des émotions

2. Traitement des cibles du présent avec un protocole événements récents (Exemple Récent Events Protocole (REP))

3. Mise en oeuvre d'un plan de ciblage pour l'anticipation des épreuves à venir de la maladie appréhendée comme pathogènes (re-paramétrage temporelle du travail de de Jongh et al. (2010) appliqué au futur)

4. Application de la technique de flash-forward de Logie et de Jongh (2014) et scénario du futur.

4. Application de la technique de flash-forward de Logie et de Jongh (2014) et scénario du futur.

…lorsque les patients manifestent encore des peurs irrationnelles après un traitement des cibles passées (Logie et de Jongh, 2014). On peut définir le flash-forward comme une sorte de représentation mentale d'un événement négatif futur redouté et improbable. Précisons que la procédure du flash-forward n'est pas réductible à un scénario du futur, en ceci qu'il est plus **centré sur le niveau de perturbation que provoque chez le patient un scénario catastrophe**, alors que le **scénario du futur a pour finalité d'installer dans le futur un comportement ou une cognition adaptée à un futur envisagé en des termes positifs.**

En outre, le scénario du futur se met en œuvre une fois toutes les cibles traitées. L'idée de flash-forward n'est pas récente puisque Browning, en 1999, dans le cadre de ce qu'il baptisa la flash-forward technique demandait déjà à ses patients « d'imaginer la pire chose qui pouvait leur arriver. » Ces scénarii du pire étaient alors traités avec un protocole standard.

Rappelons que la situation de Françoise, après l'annonce de sa maladie s'attend à subir une mastectomie et que de ce point de vue la représentation extrême qu'elle peut en avoir, peut s'avérer difficile.

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à votre opération, qu'est-ce que vous craignez qui puisse arriver de pire ou qui se passe mal ? Quelle serait la pire des choses qui pourrait selon vous arriver, le pire des cas possibles ? Essayez de l'imaginer dans votre tête et d'observer ce qui se passe alors en vous ? »

Françoise : « Quand je pense à ma plus grande peur, à ce dont j'ai le plus peur…c'est de mourir….de mourir en perdant tout mon sang. »

Psychothérapeute : « Quand vous pensez à cela quelle est l'image qui vous vient ? »

Françoise : « Je suis sur la table d'opération dans mon sang immobile et personne ne bouge autour de moi. On me laisse mourir. »

Psychothérapeute : « Regardez cette image de vous dans ce sang, immobile et pensez je suis impuissante, … Sur une échelle de 0 à 10 quel est le niveau de perturbation ? »

Françoise : « 10 »

Traiter la peur de la récidive
Traiter les impacts des signaux corporels
Traiter la peur des examens de contrôle.
Traiter le passé et préparer le futur.

Cancer primitif

Récidive

Phases du cancer

Rémission

Soins palliatifs

Traiter le choc de l'annonce de la récidive
Traiter «pied à pied» l'ensemble des événements intervenants dans la vie des malades et potentiellement pathogènes.
Préparer le patient à un futur à court-terme

Cancer primitif

Récidive

Phases du cancer

Rémission

Soins palliatifs

Traiter à partir des indicateurs de l'Inventaire de la dignité en soins palliatifs.
Préparer à la fin de vie (futur)
Aider le patient à se mettre en paix avec son passé et ses proches.

Cancer primitif

Récidive

Phases du cancer

Rémission

Soins palliatifs

7.

Pour finir…

Potentialisation des Ressources

Protocole de développement et d'installation de ressources (DIR)
Protocole d'optimisme
Protocole général auto-appliqué de développement des ressources
Lieu sûr
« *Mindfullness* et compléments E adaptés à la gestion du stress.
Cohérence Cardiaque

Prise en charge psychothérapeutique

Traitement événements récents

Protocole douleur et membre fantôme
Plans de ciblage anticipation et scénario du futur

Protocole douleur et membre fantôme
scénario du futur

Traitement des événements récents
Protocole douleur et membre fantôme
Ciblage pour l'anticipation et scénario du futur (ici futur à court terme)

Ciblage pour l'anticipation et scénario du futur

Palpation | Annonce | Examens | Chirurgie | Examens | Chimio. | Radiothé. | Examens | Examens | Examens | Examens | Annonce | Chirurgie(s) | Chimio. | Radiothé. | Examens | Traitements | Examens | Traitements

Temps de la maladie

Phase de Cancer primitif

Passé	Présent	Futur
Ø	1	Ø

Phase de Rémission

Passé	Présent	Futur
(3)	1	2

Phase de Récidive

Passé	Présent	Futur
Ø	1	Ø

Phase des Soins palliatifs

Passé	Présent	Futur
Ø	1	2

Objectifs psychothérapeutiques

- Traiter le choc de l'annonce
- Traiter «pied à pied» l'ensemble des événements intervenants dans la vie des malades et potentiellement pathogènes.
- Préparer le patient à un futur à court-terme.

Objectifs psychothérapeutiques

- Traiter la peur de la récidive
- Traiter les impacts des signaux corporels
- Traiter la peur des examens de contrôle.
- Traiter le passé et préparer le futur.

Objectifs psychothérapeutiques

- Traiter le choc de l'annonce
- Traiter «pied à pied» l'ensemble des événements intervenant dans la vie des malades et potentiellement pathogènes.
- Préparer le patient à un futur à court-terme

Objectifs psychothérapeutiques

- Traiter à partir des indicateurs de l'Inventaire de la dignité en soins palliatifs.
- Préparer à la fin de vie (futur)
- Aider le patient à se mettre en paix avec son passé et ses proches.
- Se préparer à l'idée de la mort

Curieux toutes ces psychothérapies….si différentes et si proches à la fois…

Ouverture intégrative, obligatoire….Une psychothérapie tubulaire est un échec assuré, c'est la psychothérapie du XXème siècle

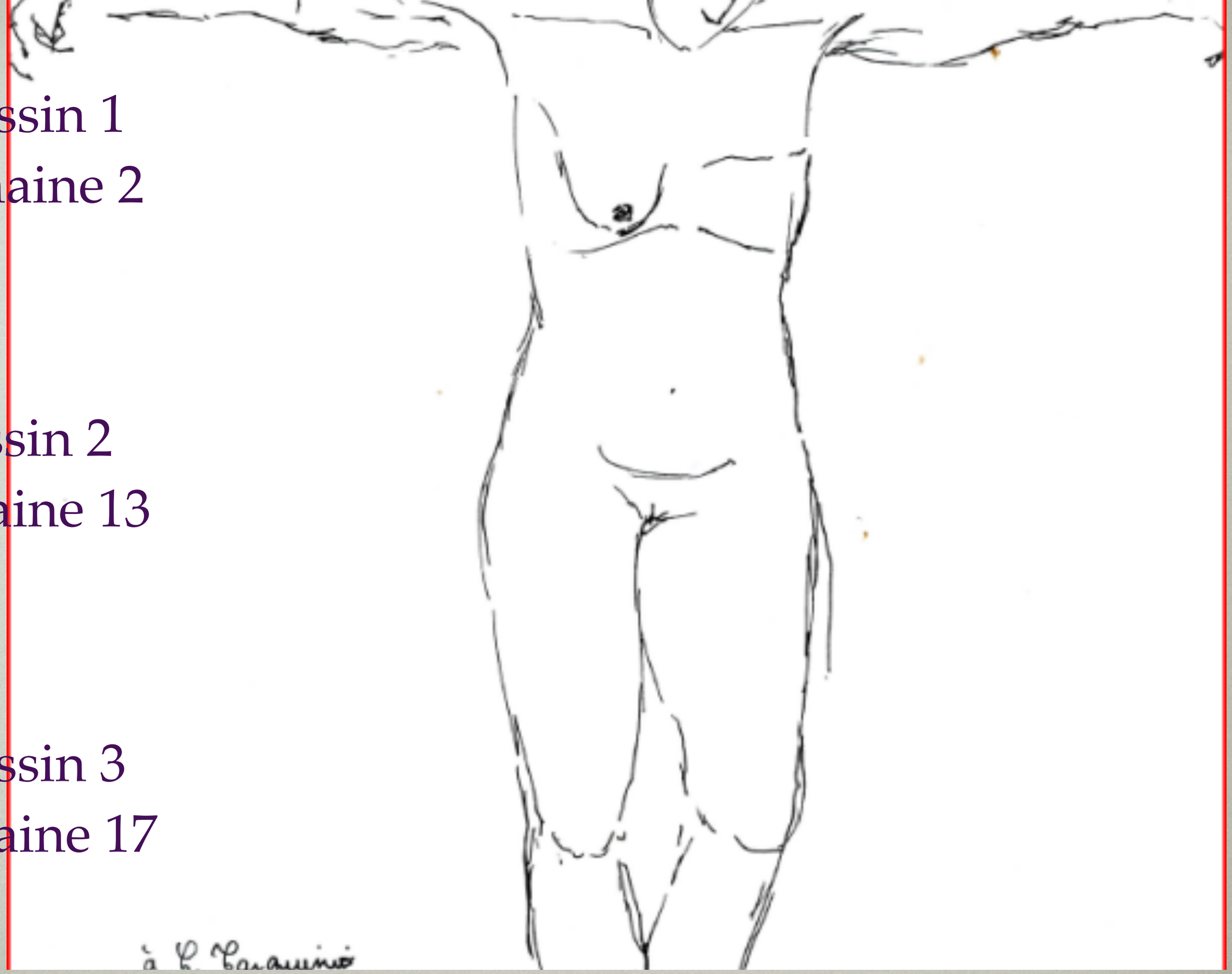
Ouverture interdisciplinaire nécessaire, la psychothérapie doit se combiner non seulement avec les soins médicaux qui restent la priorité, mais avec d'autres approches académiques ayant fait leur preuve (sports, nutrition, phytothérapie, homéopathie, acupuncture méditation,…) et d'autres qui le sont moins…Les patients font naturellement leur marché…

Souplesse du dispositif, qualité du lien thérapeutique et humilité du thérapeute

Dessin 1
semaine 2

Dessin 2
semaine 13

Dessin 3
semaine 17



«Cette esquisse ne comporte qu'un dessin au trait, sans autre motif que le corps qu'il représente, dans toute sa souffrance. Je l'ai dessiné quand j'étais au plus profond de la douleur, j'avais une seule envie, celle de mourir pour échapper à toute cette souffrance. Je me suis représentée ainsi comme une crucifiée, mais sans dessiner de croix, car je ne voulais pas de signe religieux, seulement la souffrance qu'elle peut évoquer. La tête penchée fait ressentir tout le poids de la douleur qui pèse sur mes épaules. Le corps

Gracias
Thank You
Merci
Danke
Grazie