Psycgopathologie de la maladie chronique: le cas du cancer

Professeur Cyril Tarquinio

Université de Lorraine

Director of the Health Psychology Team EPSAM/APEMAC EA 4360

Director, Master Health Psychology, Psychology Clinic Founder and Director of the Centre Pierre Janet de l'Université de Lorraine

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

Objectif

Mieux comprendre la psychopathologie des malades du cancer, son étiologie (modeste), ses impacts et sa prise en charge.

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. Pour Pratiquer…

1.

Introduction

2.

Epidémiologie

On estime à 382 000 le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en 2018 en France métropolitaine (204 600 hommes et 177 400 femmes). Les taux d'incidence (standardisés monde) sont estimés à 330,2 pour 100 000 hommes et 274,0 pour 100 000 femmes. L'âge médian au diagnostic était de 68 ans chez l'homme et de 67 ans chez la femme en 2015.

Le nombre de décès par cancer est estimé à 157 400 en 2018 : 89 600 chez l'homme et 67 800 chez la femme (contre 84 041 hommes et 66 000 femmes en 2017).

L'âge médian au décès était de 73 ans chez l'homme et de 77 ans chez la femme en 2015.

Chez l'homme, le cancer de la prostate reste de loin le plus fréquent (50 430 nouveaux cas estimés en 2015), devant le cancer du poumon (31 231 cas estimés en 2018) et le cancer colorectal (23 216 cas estimés en 2018).

Chez la femme, le cancer du sein se situe en tête (58 459 cas estimés en 2018), devant le cancer colorectal (20 120 cas) et le cancer du poumon (15 132 cas).

En termes de mortalité, le cancer du poumon se situe au premier rang chez l'homme (22 761 décès en 2018), devant le cancer colorectal (9 209 décès) et le cancer de la prostate (8 115 décès).

Chez la femme, le cancer du sein est la première cause de décès par cancer (12 146 décès), devant le cancer du poumon (10 356 décès) et le cancer colorectal (7 908 décès).

Chez les enfants et les adolescents, le cancer touche chaque année, en moyenne, 2 200 nouvelles personnes (1 750 chez les moins de 15 ans et 450 chez les adolescents de 15 à 19 ans en 2015).

La survie à 5 ans des enfants et adolescents atteints de ces cancers s'est améliorée de manière très significative ces dernières décennies et dépasse aujourd'hui 80 %.

Chez les moins de 15 ans, les principales localisations cancéreuses sont les leucémies (29 % des cas, dont 80 % de leucémies aiguës lymphoblastiques), les tumeurs du système nerveux central (SNC : 24 %) et les lymphomes (11 %).

Chez les 15-19 ans, les principales localisations sont les lymphomes (27 % des cas, dont 85 % de maladies de Hodgkin), les tumeurs du système nerveux central (SNC : 17 %) et les leucémies (16 % dont 53 % de leucémies aiguës lymphoblastiques).

Chez les moins de 15 ans, le nombre de décès par cancers est passé de 360 en 1999 à 250 en 2012. Les cancers représentent moins de 1 % des décès entre 0 et 1 an et 20 % entre 1 et 14 ans.

Chez les 15-19 ans, 117 décès par cancer ont été observés en France en 2009. Les leucémies et les tumeurs du SNC représentent 45 % des décès.

Les cancers les plus fréquents

Les cancers de la prostate, du sein, du côlon-rectum et du poumon sont les cancers les plus fréquents en France.

La majorité d'entre eux peuvent être détectés de plus en plus tôt et faire l'objet de traitements donnant aux patients de meilleures chances d'en guérir, avec moins de séquelles.

LE CANCER DE LA PROSTATE EN CHIFFRES

50 430 nouveaux cas estimés en 2015 en France métropolitaine

Diminution du taux d'incidence : -6 % par an en moyenne entre 2005 et 2009

8 512 décès estimés en 2015

Âge médian au moment du décès : 83 ans

Diminution du taux de mortalité : -4 % par an en moyenne entre 2005 et 2009

Survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans : 93 % ; à 10 ans : 80 %

LE PREMIER CANCER MASCULIN

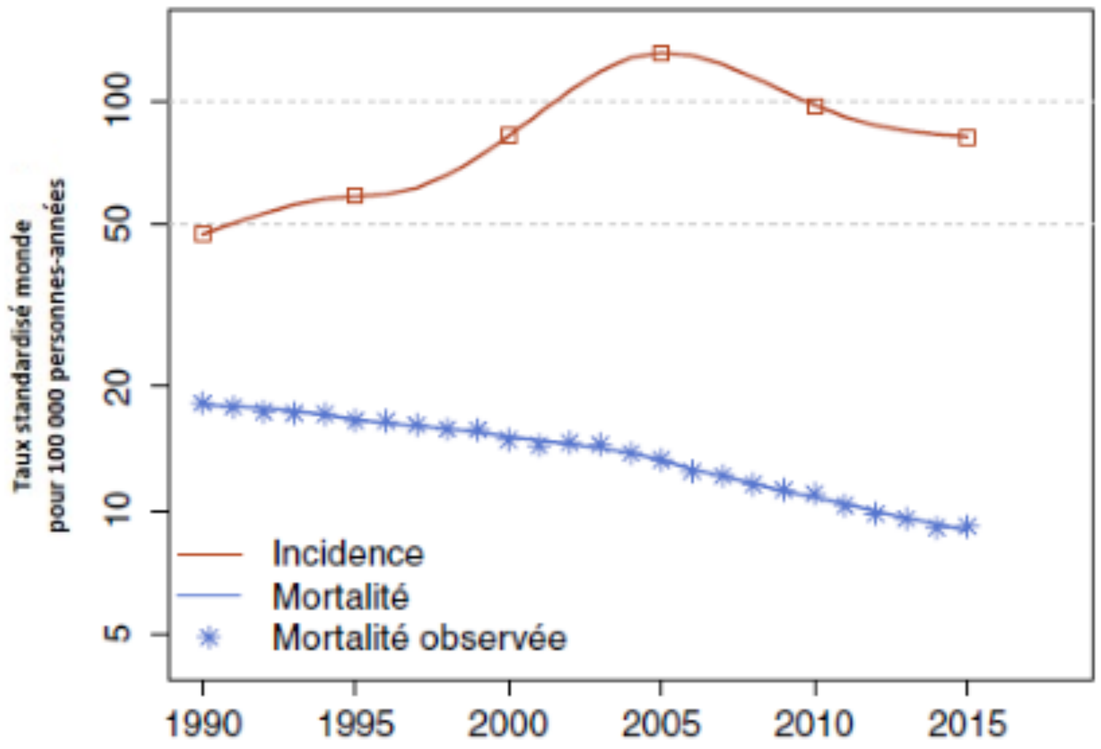
Le cancer de la prostate se situe au 1er rang des cancers chez l'homme, nettement devant les cancers du poumon et du côlon-rectum.

Il représente près de 26 % de l'ensemble des cancers incidents masculins.

Ce cancer survient dans environ 66 % des cas chez des hommes âgés de 65 ans et plus.

On note une relative diminution du nombre de cas depuis quelques années.

Taux d'incidence et de mortalité par cancer de la prostate en France selon l'année (1990-2015)



Source : *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 – Tumeurs solides.*

Ce cancer se situe au 3e rang des décès par cancer chez l'homme. Près de 79 % des décès concernent des hommes de 75 ans et plus. La mortalité diminue régulièrement depuis 1990. Cela s'explique en partie par l'amélioration des traitements, notamment pour les cancers évolués, et par l'accès au dépistage du cancer de la prostate, qui permet de les diagnostiquer à un stade précoce.

LE CANCER DU SEIN EN CHIFFRES

58 459 nouveaux cas de cancer du sein en France métropolitaine en 2018

Taux d'incidence : entre 1990 et 2018, le nombre annuel de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme a presque doublé, passant de 30 000 à 58 400 cas annuels, soit +1,1 % par an en moyenne

12 146 décès estimés en 2018

Âge médian au moment du décès : 74 ans

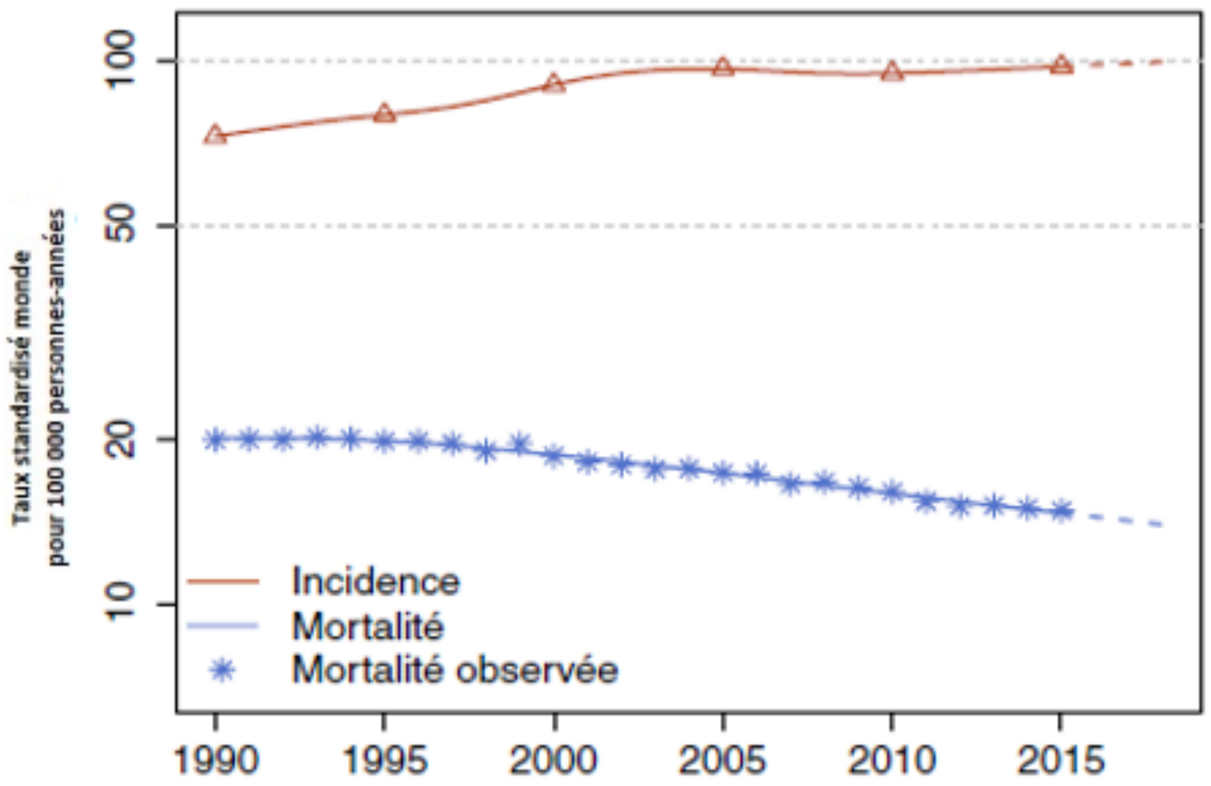
LE PREMIER CANCER FÉMININ

Le cancer du sein se situe au 1er rang des cancers incidents chez la femme, nettement devant le cancer du côlon-rectum et le cancer du poumon.

C'est aussi celui qui cause le plus grand nombre de décès chez la femme, avec 14 % des décès féminins par cancer (2018).

Il représente par ailleurs près de 8 % de l'ensemble des décès par cancer, tous sexes confondus (le cancer du sein chez l'homme ne représente qu'environ 1 % des cas mais il est souvent de mauvais pronostic).

Taux d'incidence et de mortalité par cancer du sein en France selon l'année (1990-2018)



Source : *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 – Tumeurs solides.*

La survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge s'améliore au cours du temps. Elle est passée de 80 % pour les femmes diagnostiquées entre 1989 et 1993 à 87 % pour celles diagnostiquées entre 2005 et 2010. Le taux de mortalité diminue d'année en année.

Cela s'explique en partie par l'amélioration des traitements et par un dépistage du cancer du sein de plus en plus adapté au niveau de risque de chaque femme, qui permet de diagnostiquer ces cancers à un stade précoce.

2.

Les conséquences psychologiques du cancer: les troubles réactionnels (synchronique)

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 %)

Pulmonaire (11–44 %)

Pancréatique (33–50 %)

Mammaire(15–46 %)

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%)

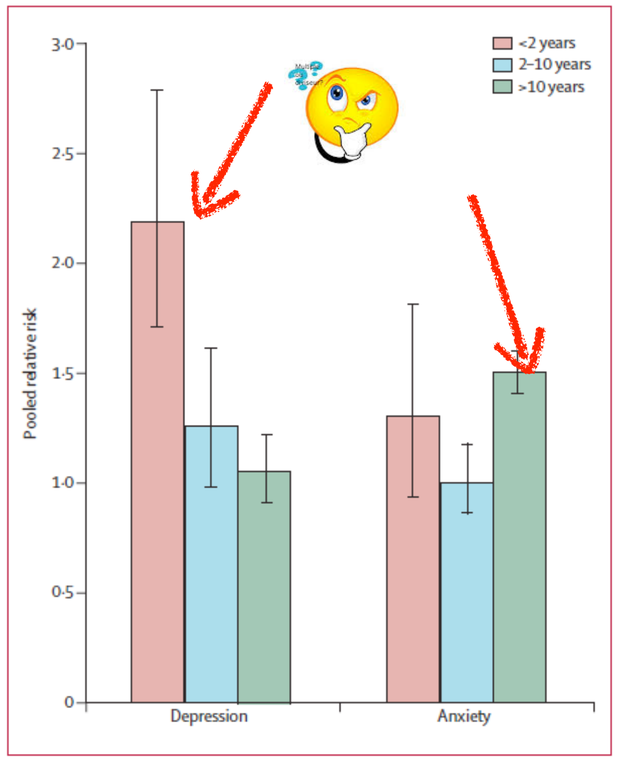


Figure 3: Risks of depression and anxiety by time since diagnosis of cancer in patients versus healthy controls
Error bars are 95% CIs.

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.

Le Trouble de Stress Posttraumatique

- Le taux de prévalence du TSPT 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 de TSPT (18% complet et 56% partiel).

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 TSPT.
- Les malades plus jeunes ou avec une maladie à un stade avancé semblent les plus à risque.

Trouble de Stress Posttraumatique (TSPT) 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 de durée indéfinie et qui se répètent au cours du temps qu'un événement aigu précis (Borio & Torta, 2007).

Yes

Trouble de Stress Posttraumatique 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 V)

NO

Trouble de Stress Posttraumatique 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
- La problématique du stress est elle même complexe à identifier en raison du caractère multidéterminé des stresseurs
- 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

Trouble de Stress Posttraumatique 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 traumatique.

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.

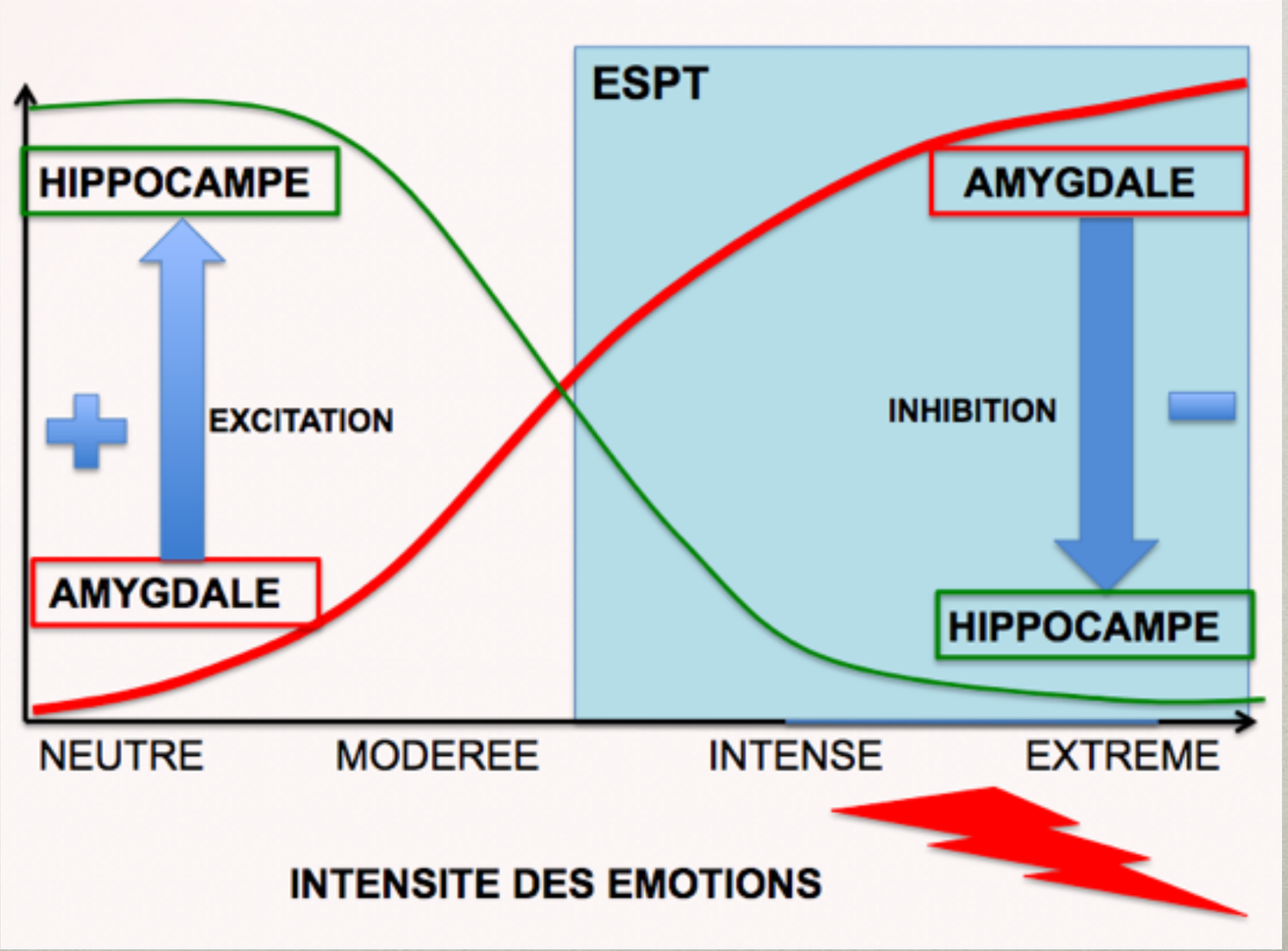
Conclusions: Having distressing cancer-related recollections is associated with smaller left hippocampal volume in survivors of breast cancer.

(Am J Psychiatry 2002; 159:2087–2093)

Amygdale= peur

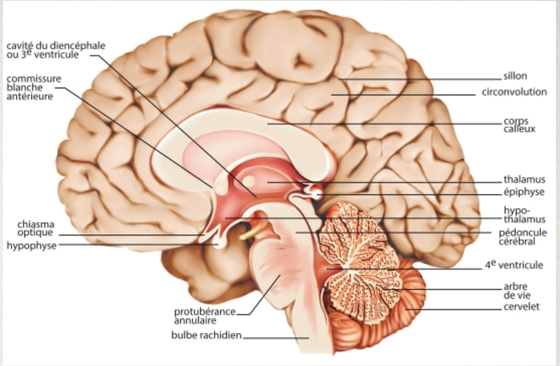
Hippocampe = La récupération en mémoire épisodique, prise en compte du contexte et de la signification, inscription temporelle des événements, inscription spatiale des événements.

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.



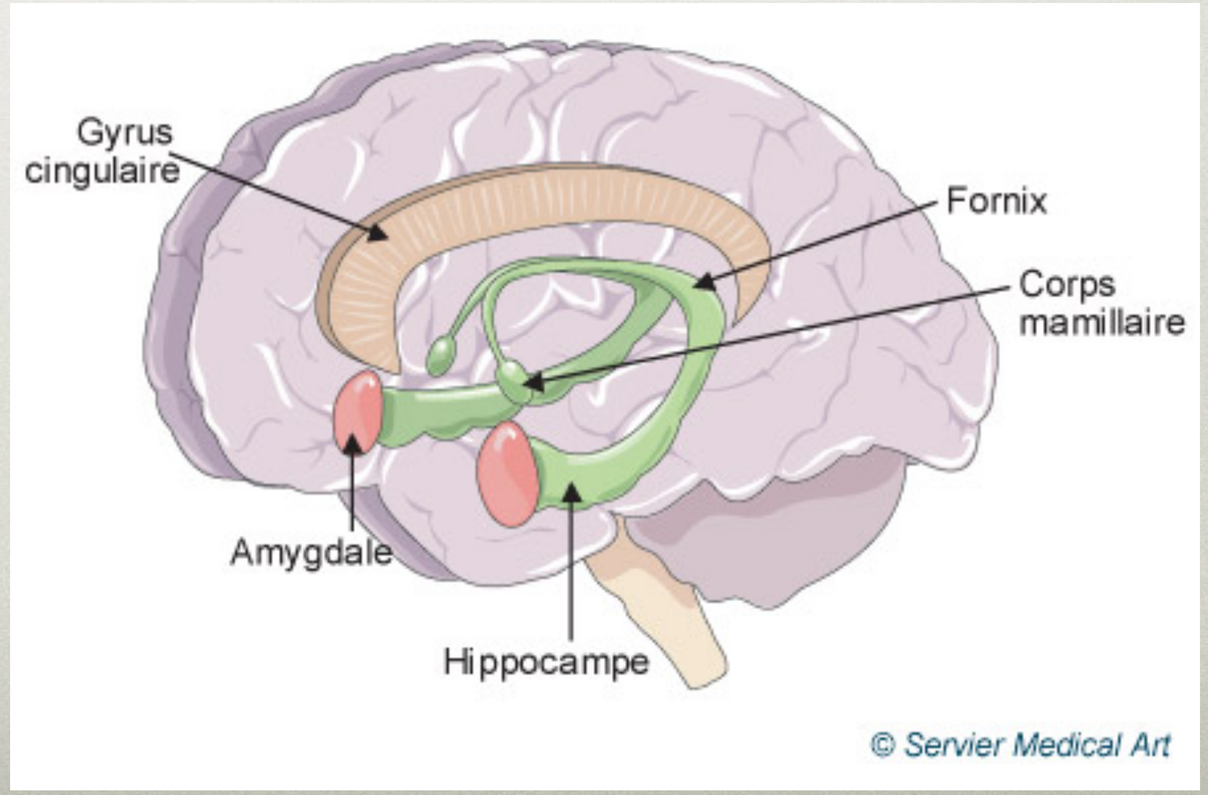
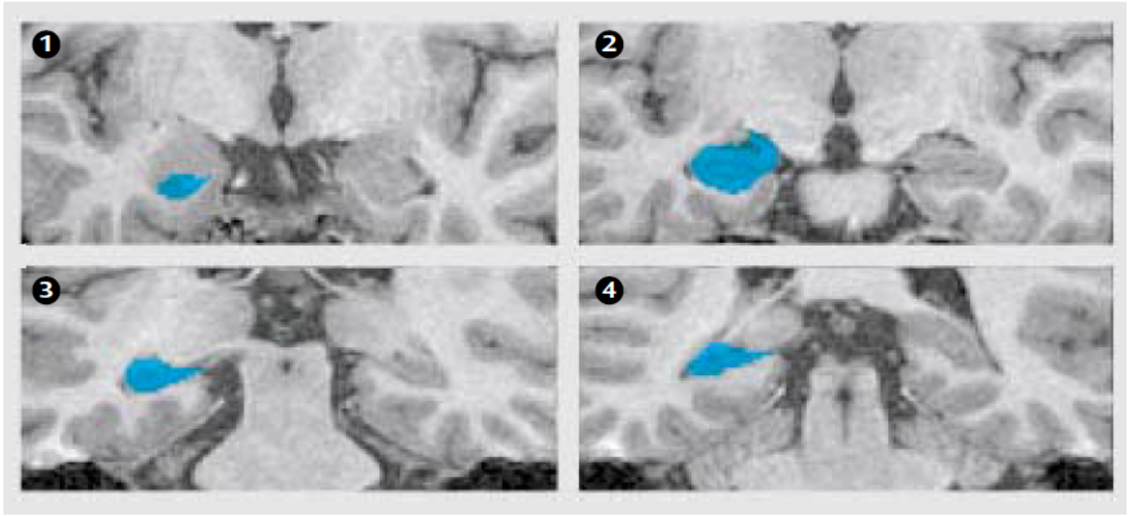


TABLE 1. Characteristics of Women With a History of Breast Cancer Surgery Who Did or Did Not Have a History of Distressing Cancer-Related Recollections

Characteristic	History of Distressing Cancer-Related Recollections: Present (N=28)		Absent (N=39)		Difference Between Groups[a]
	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

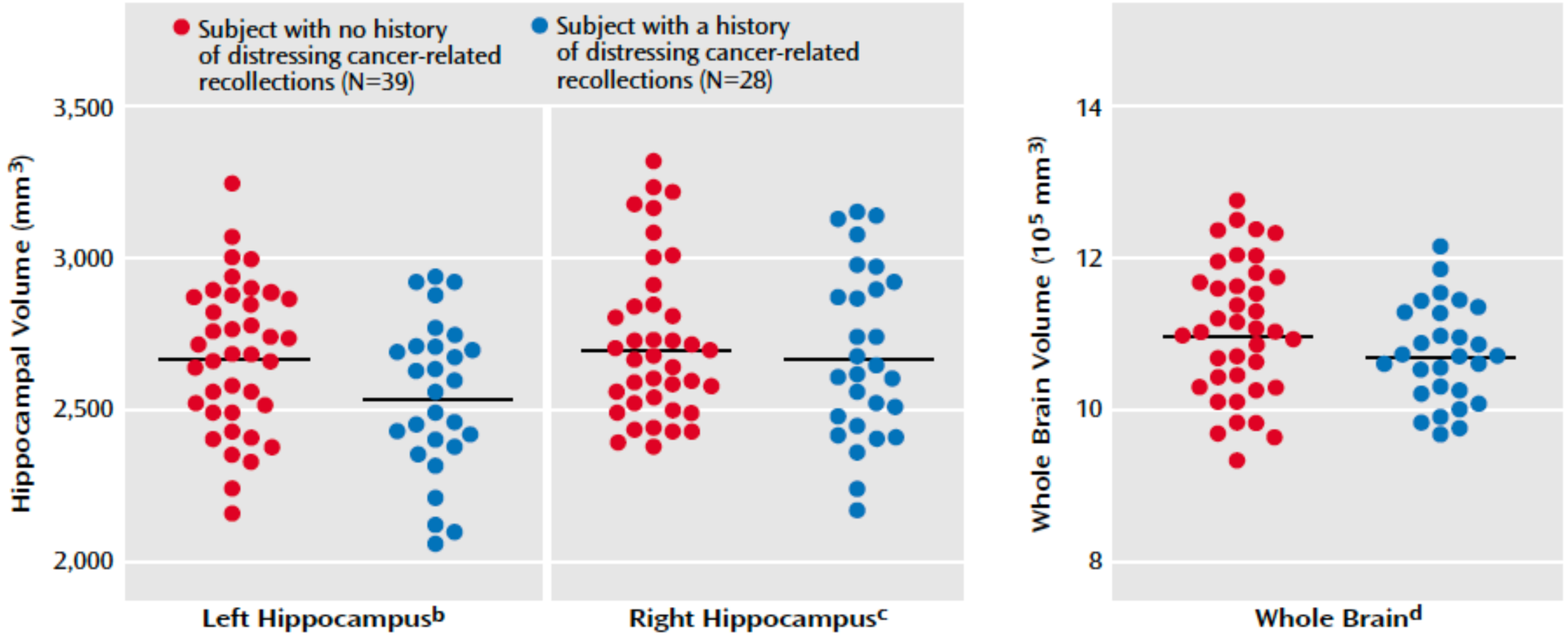
[a] Differences in continuous variables were analyzed by two-tailed Student's t tests. Differences in categorical variables were analyzed by chi-square tests.
[b] This level of consumption would be approximately equivalent to 80–100 ml of beer per day over a duration of 16 years.

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)

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.

Illustration clinique

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]

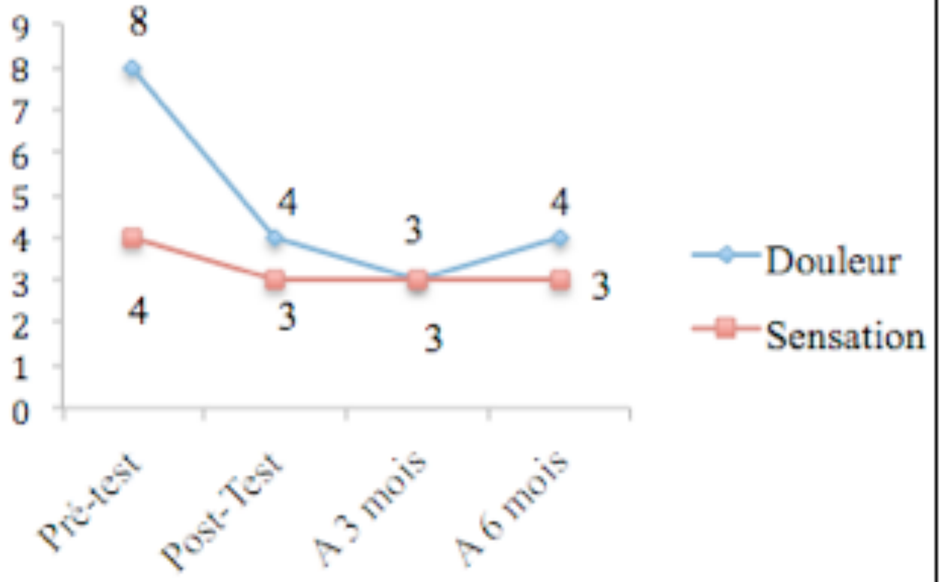
[a] *EA 4360, Laboratory APEMAC, University of Lorraine, University Center for Research and Psychotherapy, Île-du-Saulcy, BP 30309, 57006 Metz cedex 1, France*
[b] *EA 2027, Laboratory LPN, Paris-8, 2, rue de la Liberté, 93526 Saint-Denis, France*
[c] *EA 2089, Laboratory CURSEP, University of Picardie,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

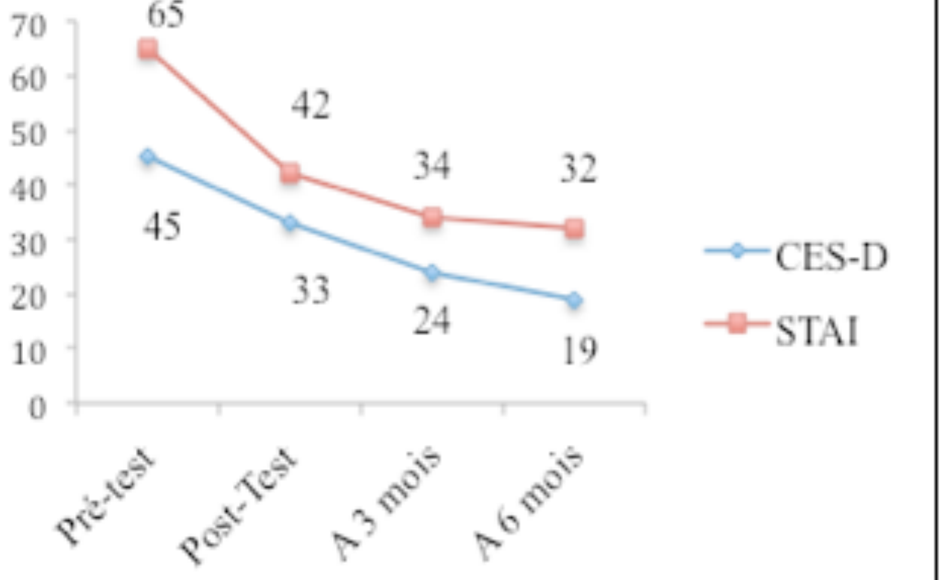
Available online 17 December 2014

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.

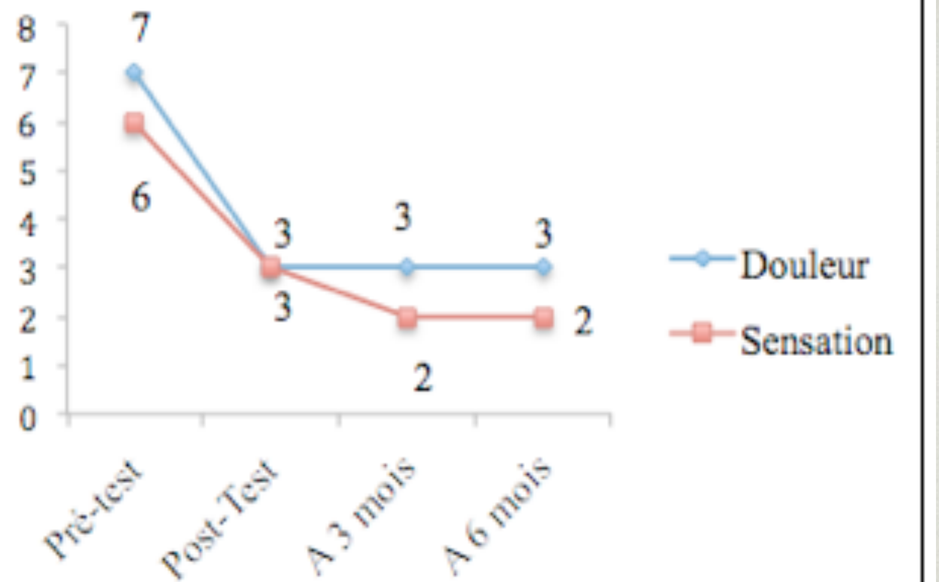
Les deux patientes étaient respectivement opérées depuis 16 et 18 mois.

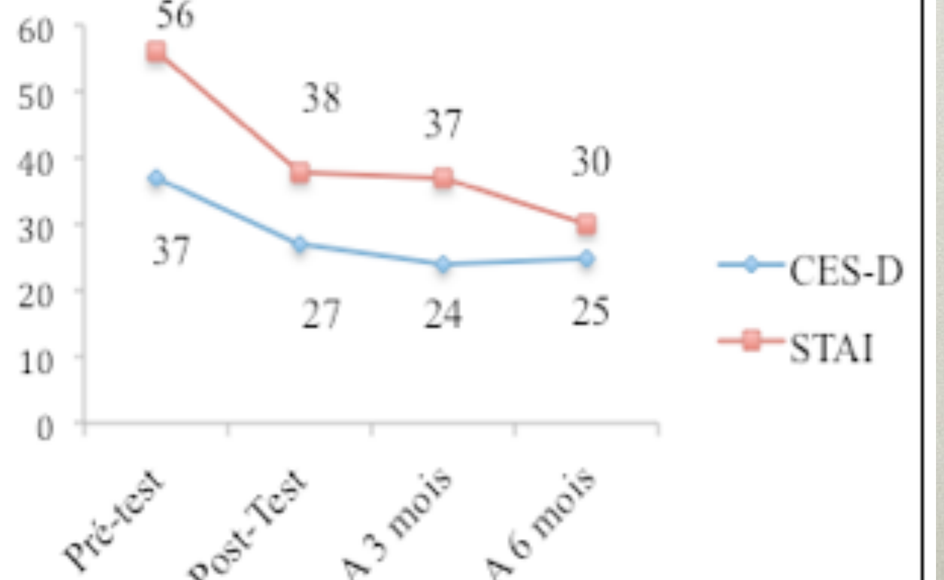
Cas Paule

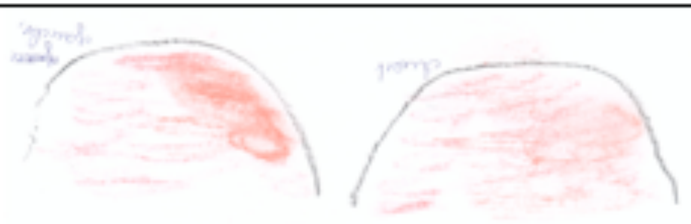
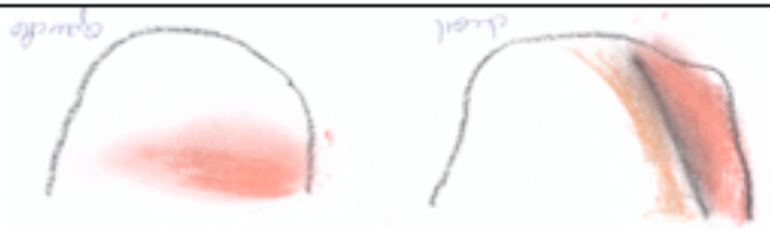




Cas Nora





	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.

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

Illustration

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 correspond d'une part au fait d'apprécier plus amplement la vie et d'autre part de se sentier chanceux d'être en vie

2. **les relations aux autres** qui peuvent se modifier dans le sens où elles peuvent devenir plus proches, plus intenses, plus investies

3. **le développement de ressources ou de forces personnelles** qui permettent de mieux faire face aux difficultés, de mieux les gérer

4. **les nouvelles possibilités ou buts** qui n'étaient pas envisagés avant l'événement

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

4.

Cancer et diachronie

Traumatisation lié à un ou plusieurs événements identifiables

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) .

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.

Illustrations cliniques

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.

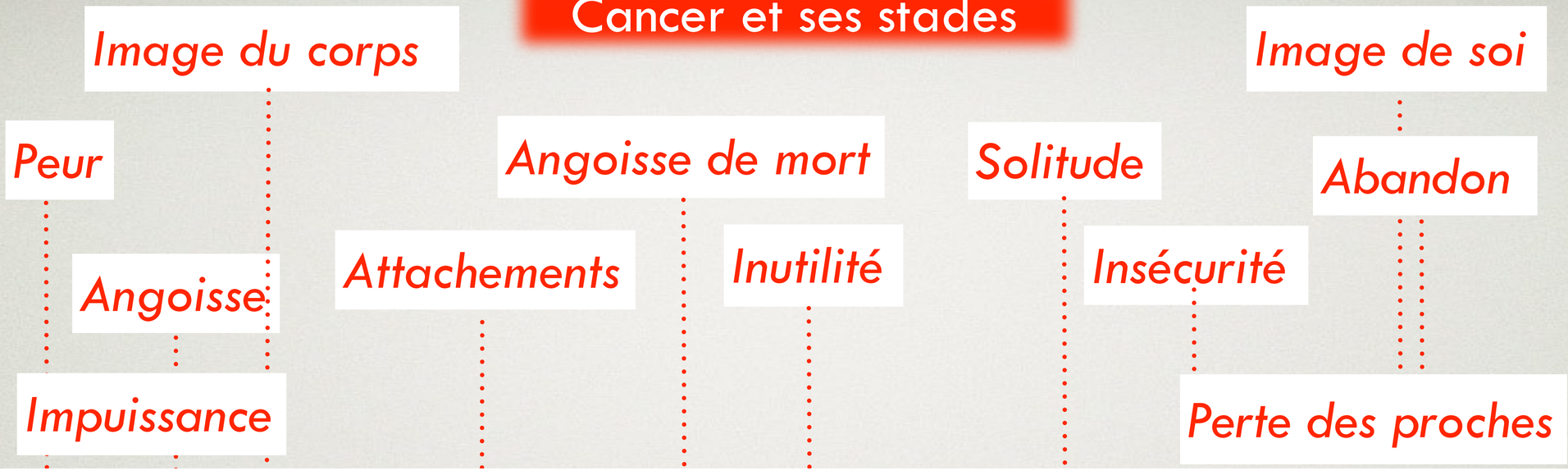
Les effractions corporelles qui accompagnent les traitements peuvent réactiver des traumatismes sexuels refoulés et induire une souffrance psychique majeure.

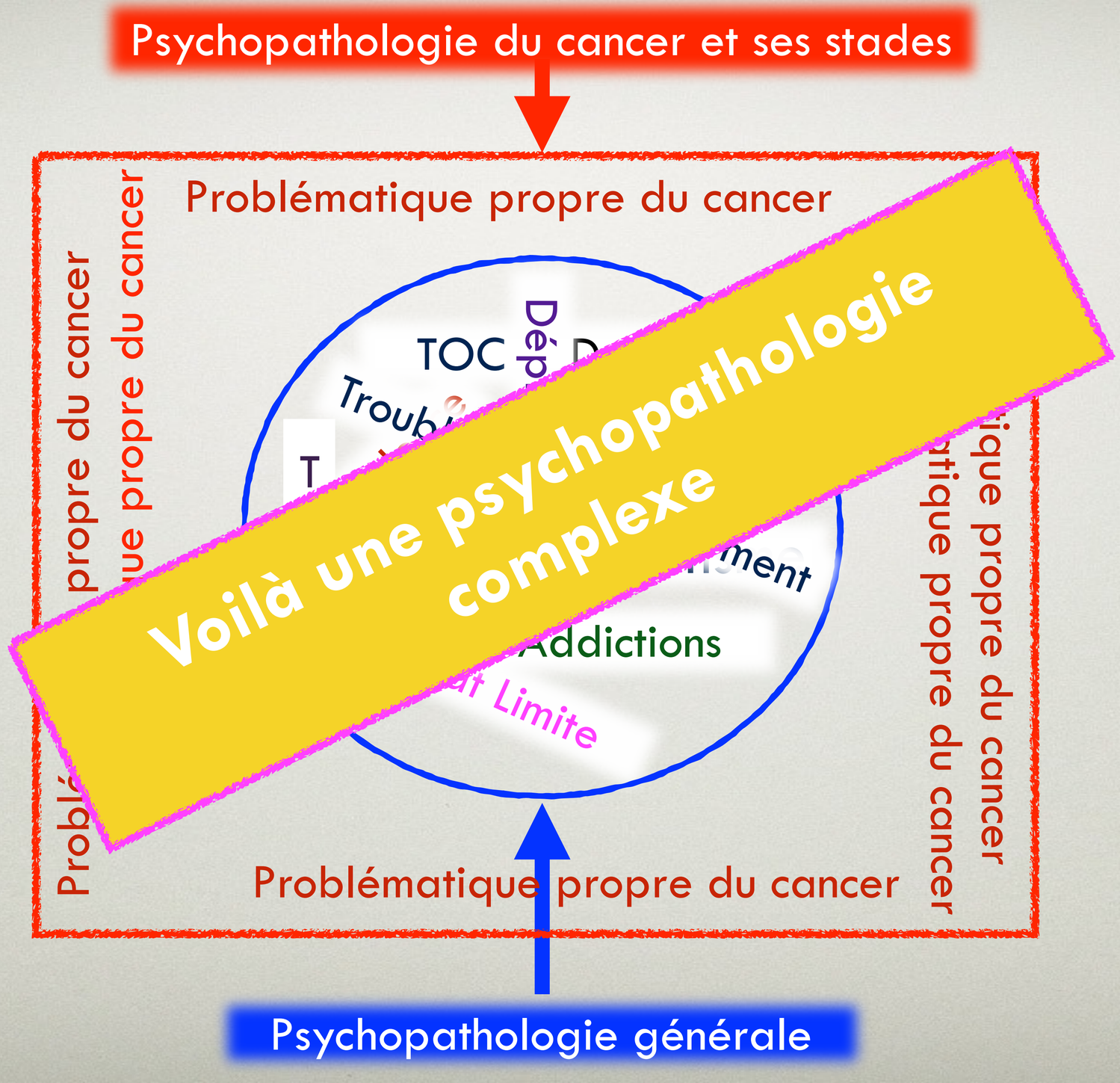
Elles soulignent la nécessité d'un repérage précoce de la détresse psychologique et d'une prise en charge pluridisciplinaire

- 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




Psychopathologie du cancer et ses stades
Problématique propre du cancer
Problématique propre du cancer
Problématique propre du cancer
Problématique propre du cancer
TOC
Addictions
Limite
Voilà une psychopathologie complexe
Problématique propre du cancer
Psychopathologie générale

5.

La problématique des ACE :

la dimension diachronique…Cf cours à ce sujet

6.

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

ScienceDirect

107 articles

SpringerLink

5650 articles

PubMed

458 articles

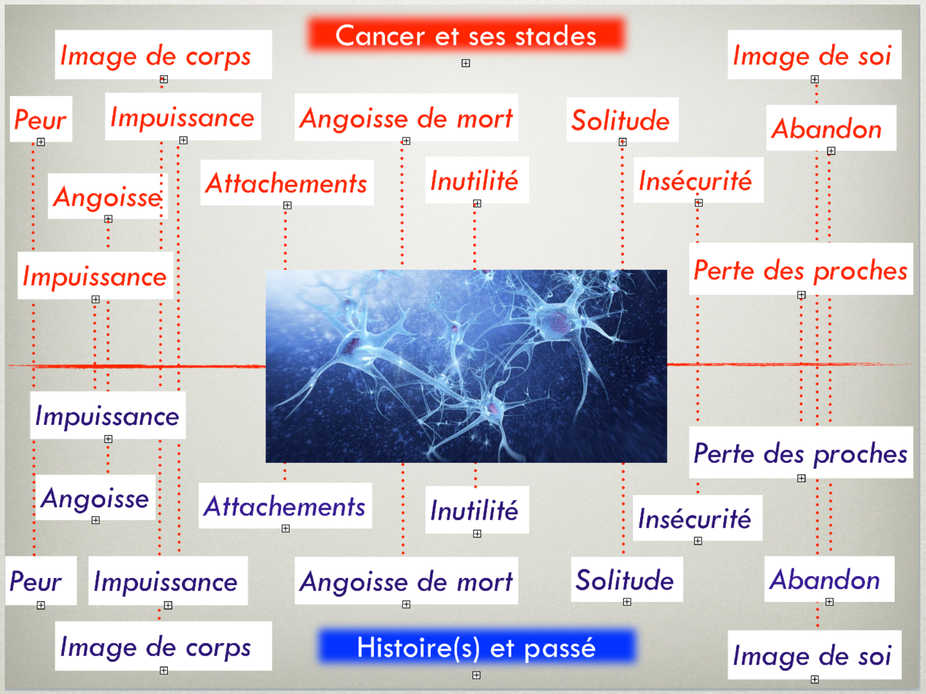
Qu’est-ce-qu’une psychothérapie en Oncologie?

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…

7

Développer l'optimisme des malades

NIH-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. Les cibles à traiter

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.

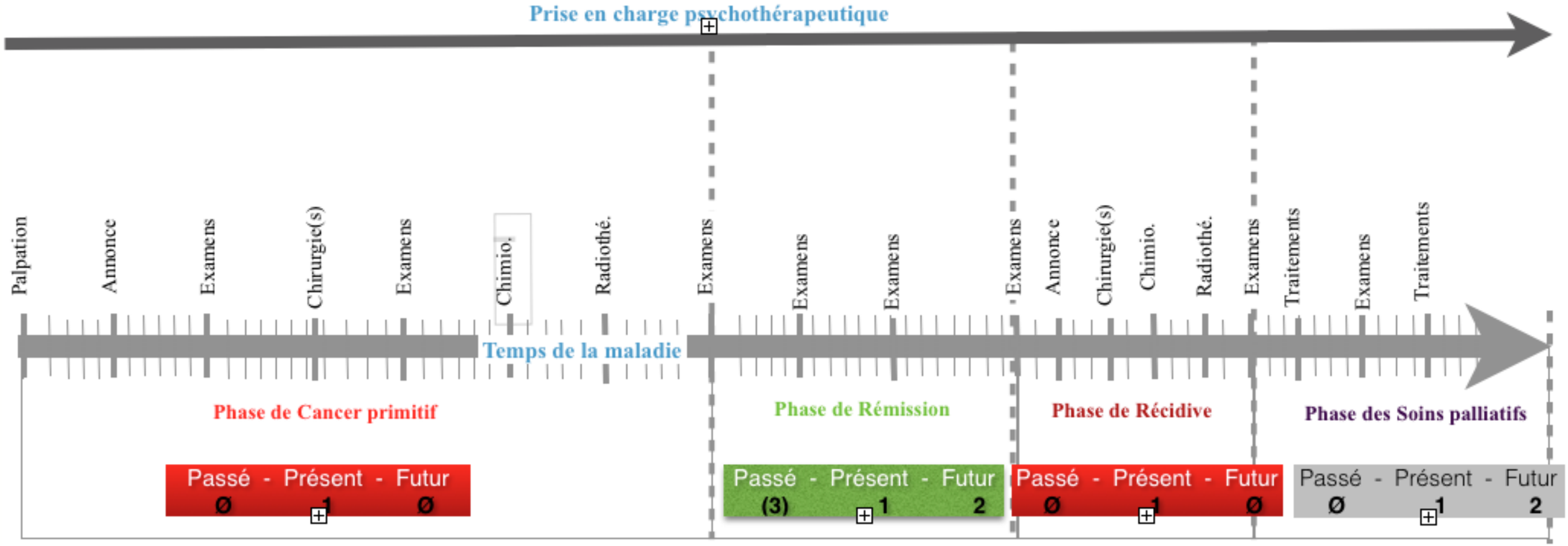
Cancer primitif

Récidive

Phases du cancer

Rémission

Soins palliatifs


Prise en charge psychothérapeutique
Palpation
Annonce
Examens
Chirurgie(s)
Examens
Chimio.
Radiothé.
Examens
Examens
Examens
Examens
Annonce
Chirurgie(s)
Chimio.
Radiothé.
Examens
Traitements
Examens
Traitements
Temps de la maladie
Phase de Cancer primitif
Phase de Rémission
Phase de Récidive
Phase des Soins palliatifs
Passé - Présent - Futur
Ø 1 Ø
Passé - Présent - Futur
(3) 1 2
Passé - Présent - Futur
Ø 1 Ø
Passé - Présent - Futur
Ø 1 2

Perspective temporelle dans le traitement des cibles présentes et/ou futures

Passé	Présent	Futur
Ø	1	Ø
Ø	Ø	1
Ø	1	2
Souvenirs sources et autres expériences négatives ou traumatiques	Déclencheurs actuels	Défis futurs

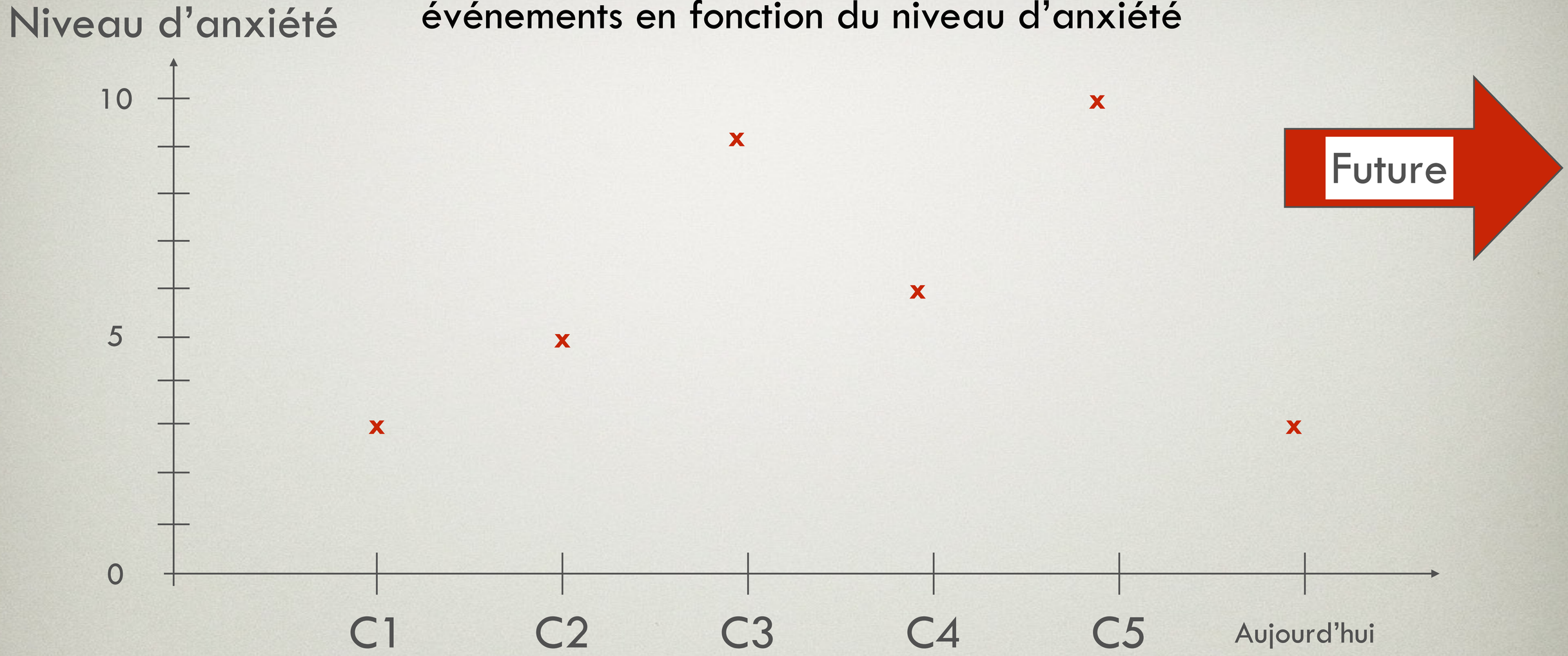
Ø : symbolise le fait que la dimension temporelle (en l'occurrence les cibles) en question n'est pas envisagée lors du traitement

1 : symbolise le fait que la dimension temporelle (en l'occurrence les cibles) en question soit traitée en premier lors de la prise en charge

2 : symbolise le fait que la dimension temporelle (en l'occurrence les cibles) en question soit traitée en second lors de la prise en charge

Représentation sur la ligne du temps des événements ayant déjà provoqué l'anxiété

Représentation sur la ligne du temps des événements en fonction du niveau d'anxiété



6. Pour pratiquer….

Principes généraux sur la Variabilité sinusale

Le principe de la cohérence cardiaque terminologie consacrée par les psychologues français, plus connu chez les chercheurs sous les terminologies de variabilité de fréquence cardiaque (ou *heart rate variability*), de variabilité cardiaque ou de variabilité sinusale (VS)

- L’étude de la variabilité sinusale (VS), la connaissance de ses effets et de sa régulation sont d’une importance considérable

- VS est d’un intérêt majeur, pour améliorer la gestion émotionnelle des patients présentant des troubles psychiques comme le stress, la dépression ou encore l’anxiété.

Pour Stevens & al., (1995) le pourcentage actuel des troubles dépressifs chez les patients cancéreux varie de 5% à 85% (2% à 4% dans la population générale)

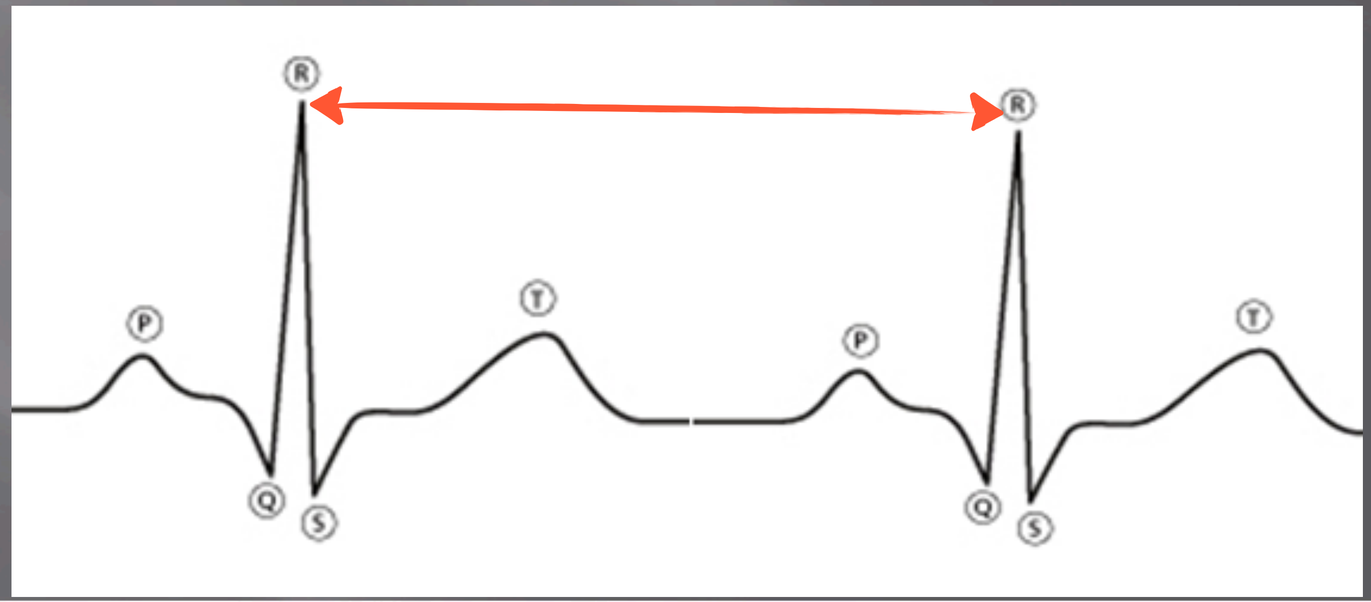
Pour Bender & al. (2005) 80% des femmes après une intervention chirurgicale et 73% après leur traitement rapportent des symptôme anxieux.

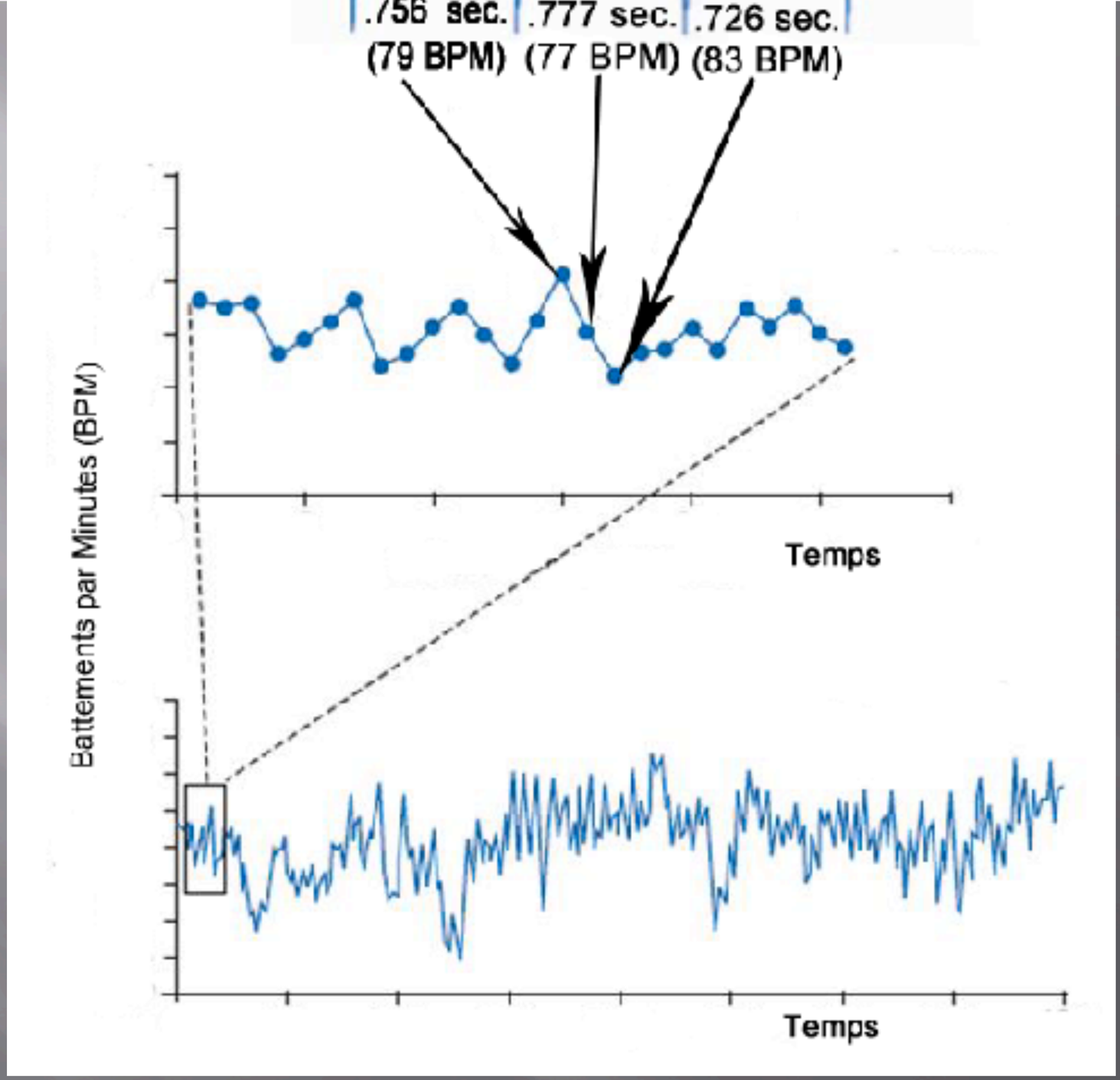
- La plupart des techniques de contrôle respiratoire, de relaxation et de méditation contribuent à une amélioration de la VS (Phongsuphap, 2008).

- Les sophrologues, les « relaxologues » modernes, mais aussi les yogis des temps les plus ancestraux et toutes les personnes qui à un moment de leur vie font des exercices de respirations ou de méditation au sens large sont conduit à modifier leur VS ou celle de leurs patients.

La variabilité sinusale (VS) trouve son origine dans l'ouvrage de Hales (1733) qui fut le premier à mettre en évidence le fait que les intervalles de temps entre les battements cardiaques n'étaient pas équidistants (par convention les accidents de l'électrocardiogramme ont une lettre (PQRST)

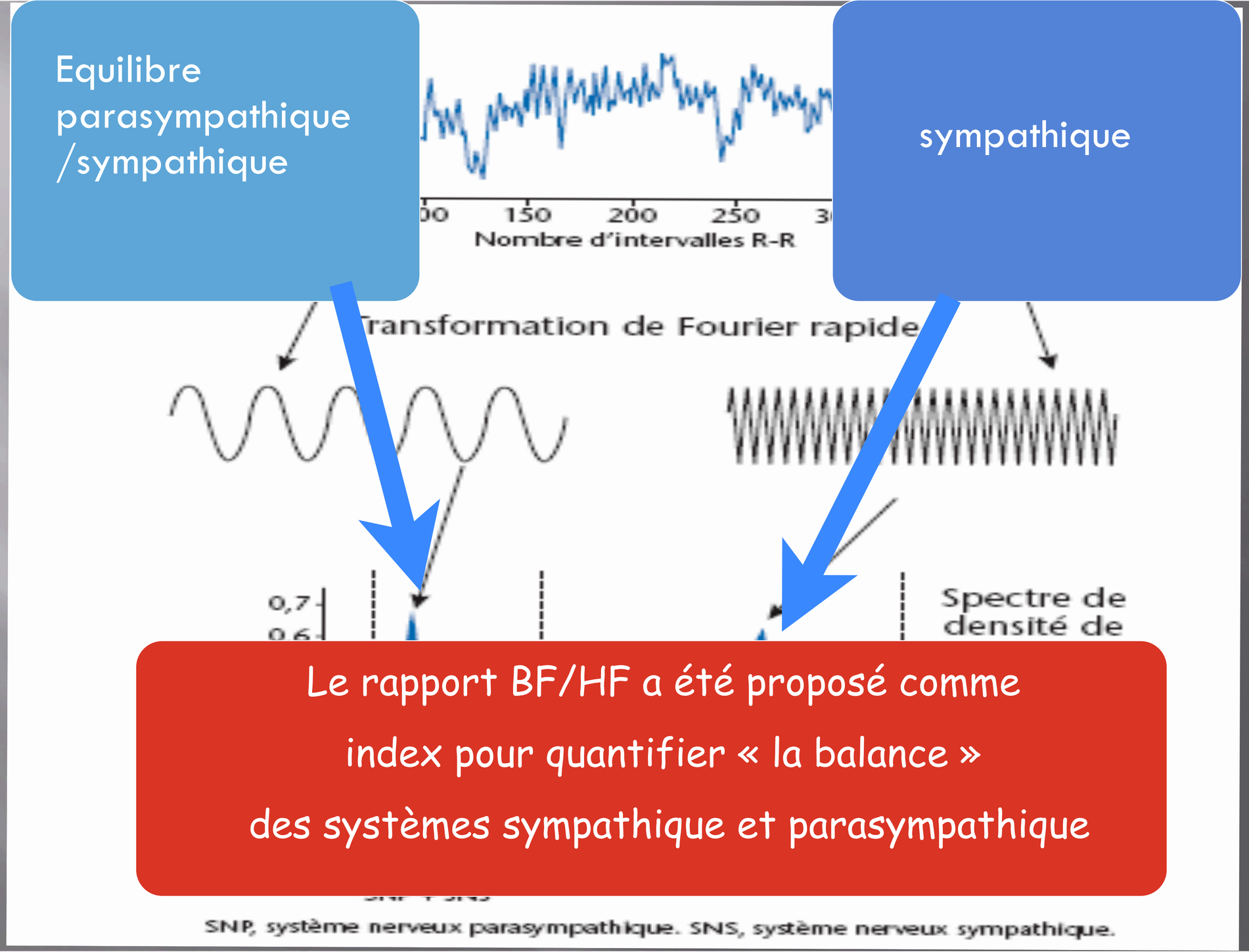
P- Systole auriculaire.
QRS -Dépolarisation auriculaire.
T - Repolarisation auriculaire.




.756 sec.
.777 sec.
.726 sec.
(79 BPM)
(77 BPM)
(83 BPM)
Battements par Minutes (BPM)
Temps
Temps

Equilibre parasympathique /sympathique

sympathique



Le rapport BF/HF a été proposé comme index pour quantifier « la balance » des systèmes sympathique et parasympathique

SNP, système nerveux parasympathique. SNS, système nerveux sympathique.

Deux bandes de fréquences sont habituellement distingués :

- la bande de haute fréquence (HF : entre 0,15 Hz et 0,40 Hz) sous contrôle du système nerveux parasympathique

et

- la bande de basse fréquence (LF : entre 0,04 et 0,15 HZ) qui est sous l'influence des deux branches du SNA mais renvoie principalement à l'activité sympathique.

Le ratio puissance basse fréquence sur puissance haute fréquence
LF/HF est considéré généralement comme un index de la balance sympathovagale

Le principe de la cohérence cardiaque terminologie consacrée par les psychologues français, plus connu chez les chercheurs sous les terminologies de variabilité de fréquence cardiaque (ou *heart rate variability*), de variabilité cardiaque ou de variabilité sinusale (VS)

Piccirillo & al. (1997)
117 patients répartis en trois groupes selon que les sujets ne manifestaient, un, deux (ou plusieurs) symptômes anxieux ou aucun.

Les sujets du troisième groupe présentent les valeurs spectrales les plus faibles au repos. Le ratio BF/HF est d'autant plus faible que le niveau d'anxiété est élevé.

Yeragani & al. (1998)
29 patients souffrants de troubles paniques (TP) versus 21 sujets témoin, tous évalué durant des phases de sommeil et de réveil.

Taux de BF significativement plus important chez les patients TP par opposition aux patients témoins. Cette différence est encore plus marquée durant les phases de sommeil. C'est l'action du système nerveux sympathique qui est prédominant chez les patients TP notamment la nuit.

Melleman & al. (2004)

Tous les auteurs de ces recherches insistent sur ce lien entre les émotions négatives, le stress et les états de tensions des sujets anxieux et la domination de cette partie du système nerveux autonome. En aucun cas, il ne s'agit de mettre en exergue un quelconque lien de causalité.

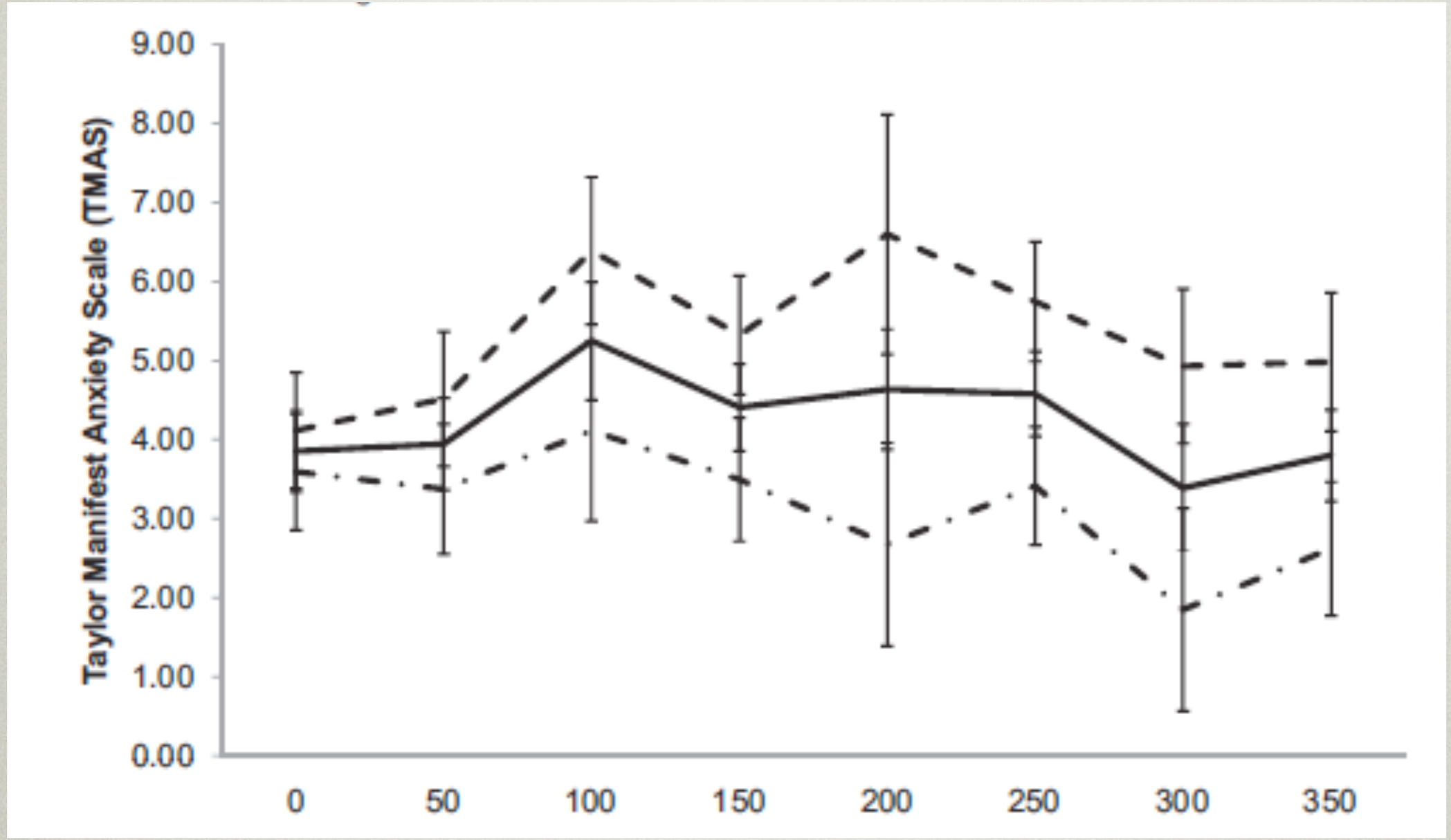
ressentant un sentiment d'impuissance.

Cardiac vagal control as a prospective predictor of anxiety in women diagnosed with breast cancer☆

Anya V. Kogan[a,*], John J.B. Allen[a], Karen L. Weihs[b,c]

[a] Department of Psychology, The University of Arizona, 1503 East University Blvd., Room 313, Tucson, AZ 85721-0068, USA
[b] Department of Psychiatry, The University of Arizona, 501 North Campbell Ave., Room 7306D, Tucson, AZ 85724-5002, USA
[c] Department of Family Medicine, The University of Arizona, 1540 North Cherry Ave., Tucson, AZ 85719, USA

43 femmes diagnostiquées avec un cancer du sein non métastasé ont rempli une échelle d'anxiété et une échelle de stress perçu, puis ont été soumise à un électrocardiogramme de repos de 5 minutes (ECG). Ces mesures ont été réalisées environ tous les 3 mois durant un an.


Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS)
9.00
8.00
7.00
6.00
5.00
4.00
3.00
2.00
1.00
0.00
0
50
100
150
200
250
300
350

Le RSA ou VS (Heart rate variability in the HF band (.12–.4 Hz)prédit de façon significative l'évolution de l'anxiété au cours du tps: les participants avec une VS de base plus élevé témoigne d'une réduction de l'anxiété avec le temps, alors que ceux avec ligne de base inférieure sont l'objet d'une inquiétude croissante. Ces résultats sont cohérents avec l'hypothèse que la VS facilite la modulation de l'anxiété chez les femmes face aux facteurs de stress importants de cancer du sein que son diagnostic, le traitement et leur évolution au cours du temps

The relationship between heart rate variability and time-course of carcinoembryonic antigen in colorectal cancer

Charlotte Mouton [a], Alain Ronson [b], Darius Razavi [b], François Delhaye [b], Nina Kupper [c], Marianne Paesmans [b], Michel Moreau [b], Jean-Marie Nogaret [b], Alain Hendlisz [b], Yori Gidron [a,*]

[a] *Free University of Brussels (VUB), Faculty of Medicine & Pharmacy, Laarbeeklaan 103, 1090 Brussels, Belgium*
[b] *Institute Jules Bordet, Boulevard de Waterloo 121, 1000 Brussels, Belgium*
[c] *CoRPS Center of Research on Psychology in Somatic diseases, Dept. of medical psychology, Tilburg University, Warandelaan 2, 5037 AB Tilburg, The Netherlands*

L'activité vagale, modulerait le processus d'inflammation, l'activation du SNS et l'activation du stress oxydatif. Cette étude envisage le lien entre la VS, l'activité vagale et l'antigène carcino-embryonnaire (ACE) dans le cancer du colon

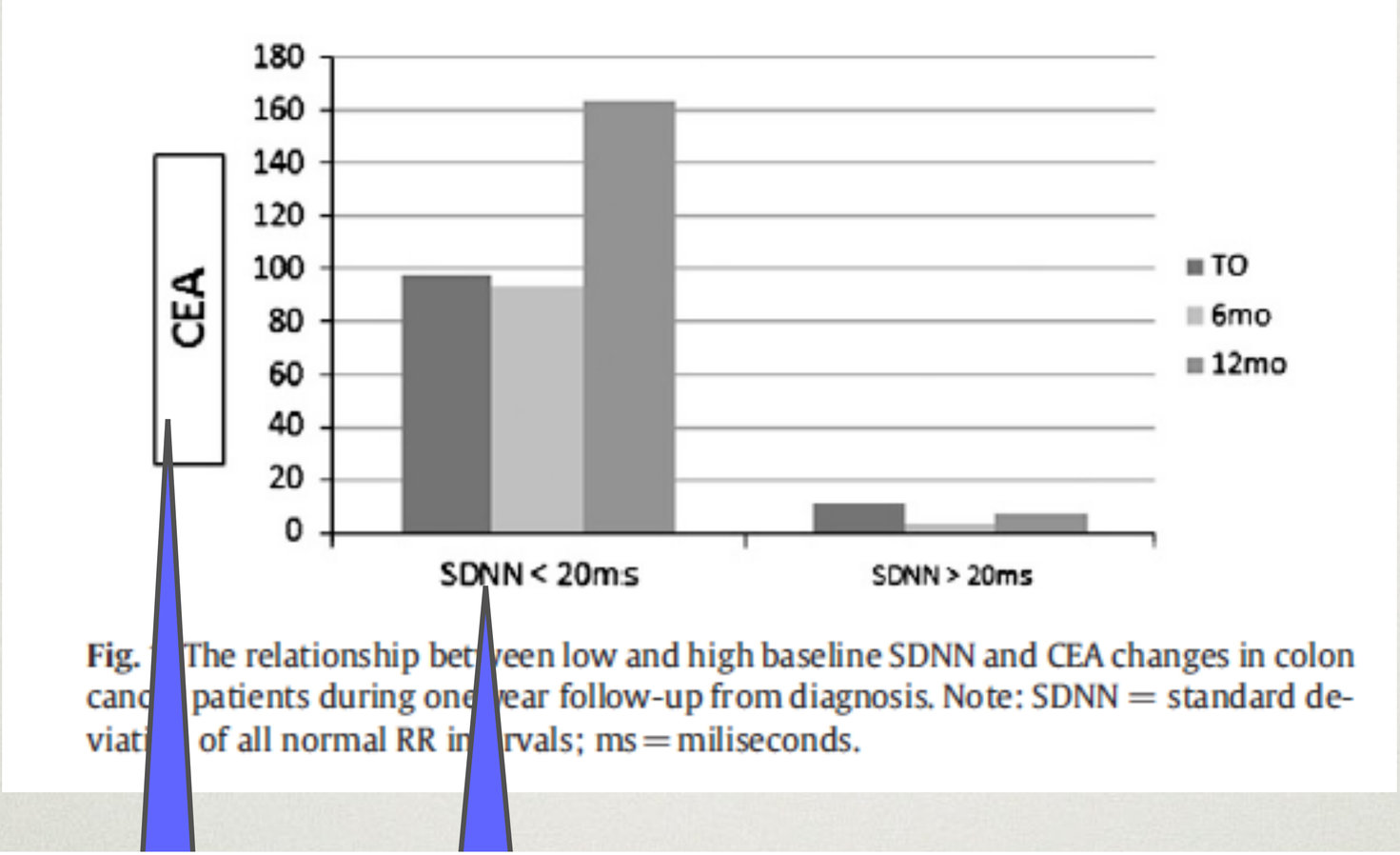


Fig. 1. The relationship between low and high baseline SDNN and CEA changes in colon cancer patients during one year follow-up from diagnosis. Note: SDNN = standard deviation of all normal RR intervals; ms = miliseconds.

Corrélation de -.43, p=.006 entre le HRV et le niveau de CEA à 12 mois. Les patients avec une activation parasympathique moindre (SDNN<20ms) ont un taux de CEA plus élevé que les autres notamment à 12 mois

Original Research

The Effects of a Brief Relaxation Program on Symptom Distress and Heart Rate Variability in Cancer Patients

Arash Asher, MD, J. Lynn Palmer, PhD, Rajesh R. Yadav, MD, Syed W. Yusuf, MD, Benedict Konzen, MD, Eduardo Bruera, MD, Ying Guo, MD

Déterminer si un programme de relaxation de 15 minutes, réalisé auprès de patients cancéreux peut améliorer l'état émotionnel et agir sur le système nerveux autonome (HRV) et en particulier les hautes fréquences (HF).

20 malades avec un diagnostic de cancer

Avant

Programme de relaxation de 15 min

Aprés

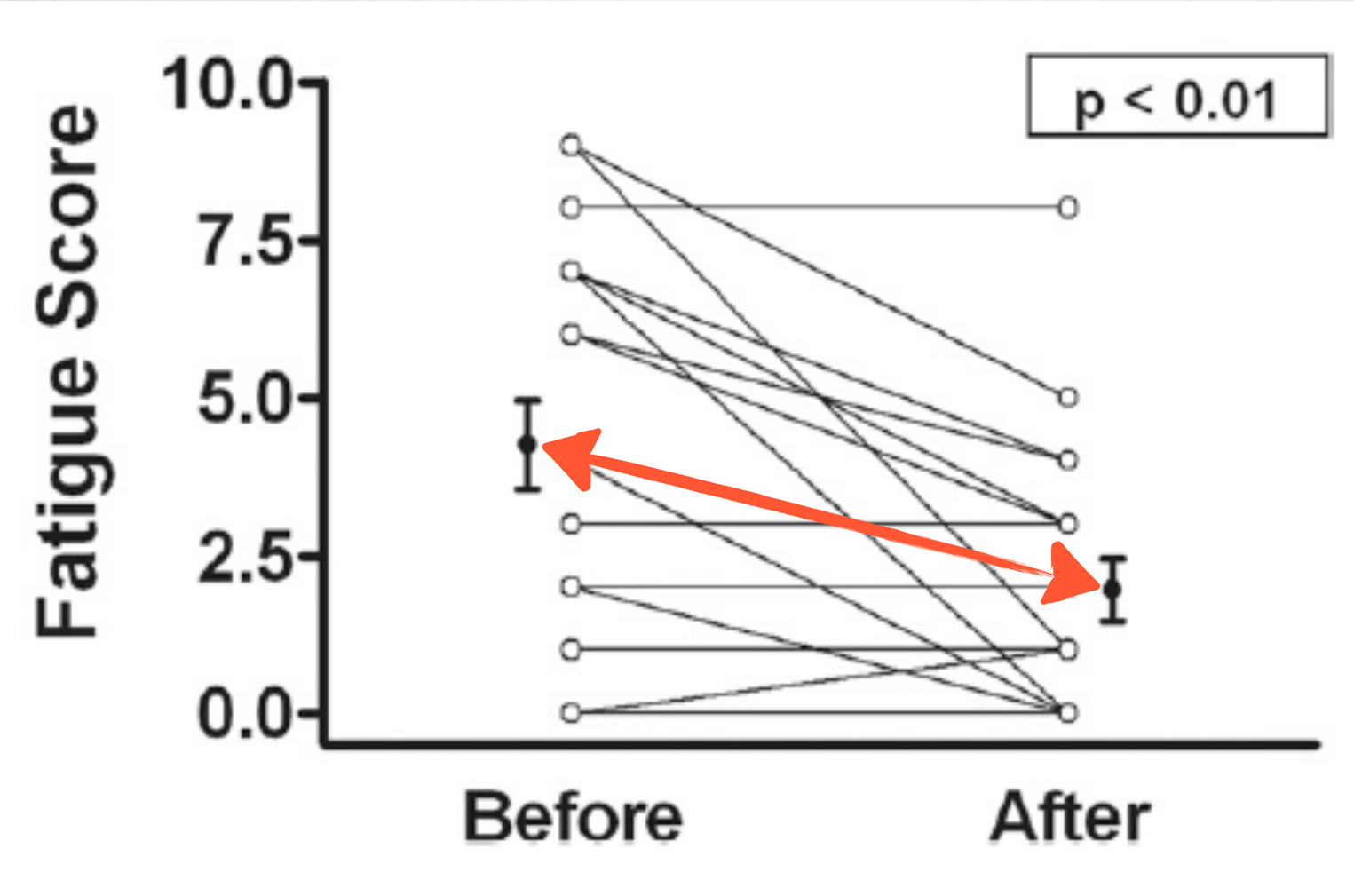

Fatigue Score
10.0
7.5
5.0
2.5
0.0
p < 0.01
Before
After

Table 1. *Means and SEM of HRV measures*

	Before		After		Change	
	Mean	**SEM**	**Mean**	**SEM**	**Mean**	**SEM**
LF, ms2	251.5		289.4		37.9	57.0
HF, ms2	157.3		230.5		73.2	40.2
LF, nu	58.5		59.0		0.5	4.8
HF, nu	41.5		41.0		−0.5	4.8
LF/HF ratio	2.42		2.14		−0.28	0.58

HF = high frequency; HRV = heart rate variability; LF = low frequency; SEM = standard error of the mean.

Effects of music therapy on subjective sensations and heart rate variability in treated cancer survivors: A pilot study

Chih-Yuan Chuang, Wei-Ru Han, Pei-Chun Li, Shuenn-Tsong Young*

Institute of Biomedical Engineering, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan

L'objectif de cette étude était de voir si la musicothérapie affecte les sensations de fatigue, de confort et la relaxation chez des malades du cancer (traités 6 mois auparavant), et si cela influe sur l'activité des SNS et SNPS

60 malades traités 6 mois plus tôt pour un cancer

Avant

2h d'exposition à de la musique

Aprés

Table 1 Measures of heart rate and heart rate variability (HRV).

	Pretest	Posttest	*p*
HR, beats/min	86.54 ± 2.63	77.24 ± 2.65	0.000**
HF power (ms^2)	48.72 ± 11.86	160.71 ± 34.77	0.001*
LF power (ms^2)	252.77 ± 68.64	501.58 ± 151.09	0.022*
%HF, nu	19.46 ± 2.81	29.95 ± 3.37	0.011*
%LF, nu	86.55 ± 3.12	76.73 ± 3.67	0.029*
LF/HF, ratio	6.40 ± 0.81	3.81 ± 0.66	0.001*
TP (ms^2)	514.26 ± 111.59	1251.50 ± 272.70	0.002*

Data are mean ± SE
normalized LF powe
* $p < 0.05$.
** $p < 0.001$.

of LF to HF power; %LF,
-test.

Table 2 Subjective fatigue, comfort, and relaxation sensations.

	Pretest	Posttest	*p*
Fatigue level	4.00 ± 0.59	2.90 ± 0.50	0.046*
Comfort level	7.11 ± 0.43	7.38 ± 0.59	0.548
Relaxation level	6.50 ± 0.58	7.70 ± 0.55	0.032*

Data are mean ± SE values. *p* values: posttest vs. pretest by paired *t*-test.
* $p < 0.05$.

Conclusion

- Existence du paramètre: une variable dépendante et clinique importante;

- Indicateur commun aux psychologues et aux médecins;

- Facile à manipuler;

- Facile à mesurer;

- A intégrer dans les mesure de pris en charge.

Le contenant

PROTOCOLE DU CONTENANT

Explication : « Il s'agit d'un exercice mental qui sert à mettre de côté ce sur quoi nous n'allons pas travailler tout de suite. Il est important que nous puissions aborder toutes ces expériences difficiles dans de bonnes conditions, c'est à dire, une chose après l'autre. »

Image : « Imaginez un contenant. Un contenant peut être une petite boîte, ou bien une plus grosse boîte, une malle ou un coffre, voire un coffre fort comme dans une banque, ou bien une armoire, voire même un conteneur de camion.
Quel serait un contenant approprié pour vous ? »

PROTOCOLE DU CONTENANT

Description: Demander au patient de décrire le contenant en posant des questions sur les dimensions, la matière, la couleur, … jusqu'à obtenir une image claire.

Imagination dynamique : Inviter le patient à « ouvrir mentalement son contenant »

Mise à distance : Une fois le contenant solidement fermé, demander au patient de « poser le contenant dans un lieu où il peut attendre tranquillement ».
Des suggestions sont possibles : « cela peut être ici, dans cette pièce, ou dans une autre pièce de l'établissement, ou dans tout autre lieu où votre contenant peut attendre tranquillement ».

PROTOCOLE DU CONTENANT

Respiration : Finalement, demander au patient de « prendre une grande respiration », respirer avec lui et lui demander comment il se sent.

Conclusion : Une fois le contenant établi, il est facilement accessible. Demander au patient d'y mettre tout ce qui lui vient après la séance, et qu'il ne peut pas gérer pour le moment.
Si quelque chose d'imprévu surgit à tout moment du travail, nous pourrons avoir recours au contenant pour mettre de côté ces éléments, jusqu'à ce que ce soit possible d'y travailler.

Lieu Sûr/Calme

LIEU SÛR/CALME

Image : « Je voudrais que vous pensiez à une expérience que vous avez eue, ou à un endroit où vous avez été, ou à un lieu imaginaire où vous vous sentez calme et en sécurité. Peut-être sur une plage ou à la montagne, ou en faisant une activité que vous aimez.
Quelle image représente cet endroit ? Décrivez ce que vous voyez. »

Emotions et sensations : « Quand vous pensez à cet endroit sécurisant, à cette expérience, notez ce que vous voyez, entendez et ressentez. Quelles émotions ressentez vous ? Où ressentez vous cela dans votre corps ? »

Accentuation : « Concentrez vous sur ce lieu sécurisant et calme, ses vues, bruits, odeurs, et les sensations dans votre corps. Dites moi ce que vous notez. »

LIEU SÛR/CALME

SBA : « Laissez venir l'image de cet endroit sécurisant et calme.
Concentrez vous sur la sensation agréable dans votre corps et permettez-vous d'en profiter. Maintenant, concentrez-vous sur ces sensations et suivez mes doigts des yeux (4-8 SBA lentes). Comment vous sentez vous maintenant ? »

Si positif : « Concentrez vous sur cela. (SBA). Comment vous sentez vous maintenant ? »
Si négatif : Diriger l'attention du patient loin de l'image, mettre de côté les parties négatives et retourner au positif. Si cela est possible, dire « Concentrez vous sur cela. (SBA). Qu'est ce que vous remarquez maintenant ? »
Si positif : « Concentrez vous sur cela. (SBA). Comment vous sentez vous maintenant ? »

Si cela n'est pas possible, alors identifier avec le patient un autre lieu sûr / calme en vous assurant qu'il n'y a pas d'associations avec des personnes.
Utiliser d'autres exercices comme la pleine conscience ou un exercice de respiration.

LIEU SÛR/CALME

Mot-clé : « Y'a-t-il un mot ou une expression qui représente cet endroit sécurisant et calme ?
Pensez à _____ et notez les émotions et sensations agréables que vous ressentez quand vous pensez à ce mot. »
« Maintenant, concentrez-vous sur ces sensations et le mot clé et suivez mes doigts. »(4-8 SBA lentes).
« Comment vous sentez-vous maintenant ? »
Répétez et augmentez les sentiments positifs avec des séries de SBA tant que l'expérience continue à se renforcer.

Auto-réplique : « Maintenant, répétez ce mot _____ et notez comment vous vous sentez. »

LIEU SÛR/CALME

Réplique avec dérangement : « Et maintenant, laissez venir une situation légèrement perturbante (SUD 1-2) et les sensations qui l'accompagnent. Notez les changements qui interviennent dans votre corps lorsque vous laissez venir ce mot _____. Que remarquez vous maintenant ? »

Auto-réplique avec dérangement : « Maintenant je voudrais que vous pensiez à une autre situation légèrement perturbante (SUD 2-3). Notez à nouveau les changements qui interviennent dans votre corps lorsque vous pensez à ce mot. »

Exercer de manière autonome : « Je voudrais que vous effectuiez cet exercice à plusieurs reprises d'ici notre prochaine séance, et surtout, à chaque fois que vous vous sentiez gêné(e). »

« Notez dans votre journal les déclencheurs, les images, les croyances, les émotions et les sensations que vous avez eus et nous en parlerons lors de notre prochaine rencontre. »

LIEU SÛR/CALME

Réplique avec dérangement : « Et maintenant, laissez venir une situation légèrement perturbante (SUD 1-2) et les sensations qui l'accompagnent. Notez les changements qui interviennent dans votre corps lorsque vous laissez venir ce mot _____. Que remarquez vous maintenant ? »

Auto-réplique avec dérangement : « Maintenant je voudrais que vous pensiez à une autre situation légèrement perturbante (SUD 2-3). Notez à nouveau les changements qui interviennent dans votre corps lorsque vous pensez à ce mot. »

Exercer de manière autonome : « Je voudrais que vous effectuiez cet exercice à plusieurs reprises d'ici notre prochaine séance, et surtout, à chaque fois que vous vous sentiez gêné(e). »

« Notez dans votre journal les déclencheurs, les images, les croyances, les émotions et les sensations que vous avez eus et nous en parlerons lors de notre prochaine rencontre. »

Technique de l'éponge

Technique de l'éponge

La technique de l'éponge s'utilise généralement pour faire face à des situations stressantes. Il s'agit d'aider à la stabilisation du patient, mais aussi de le maintenant dans sa fenêtre de tolérance.

Cette technique d'absorption des affects négatifs et de la perturbation peut s'utiliser dans de nombreuses situations afin d'aider le patient à développer ses ressources pour faire face.

Cette technique peut également être utile en début de séance afin de diminuer du stress ou des perturbations autres qui pourraient venir entraver ou retarder le retraitement qui doit se poursuivre sur une cible en cours.

Technique de l'éponge

1. Chercher une situation stressante : Cherchez une situation stressante dans la vie quotidienne et demandez le SUD.

2. Chercher trois qualités : « De quelles qualités auriez vous besoin pour mieux faire face à ce stress ? »
Rassemblez trois qualités spécifiques comme : force, calme intérieur, capacité à mettre des limites, etc.

-
-
-

Technique de l'éponge

3. Choisir une qualité : « Avec quelle qualité aimeriez vous commencer ? »
Prenez la qualité que le patient choisit, ou qui évoque chez le patient le plus d'affects.

4. Chercher une situation / expérience : « Y'a-t-il eu une situation dans laquelle vous avez remarqué que vous disposiez déjà un peu de cette qualité ? »
Laissez le patient décrire clairement une situation dont il se rappelle et pour laquelle il montre quand même quelques réactions positives.

5. Image : « Quelle est l'image qui décrit le mieux cette situation ? »
Cherchez l'image qui évoque le plus cet affect.

Technique de l'éponge

6. Emotions et sensations : « Lorsque vous pensez à cette ressource positive, remarquez vous les images, les sons, les odeurs, les goûts ? Que remarquez vous ? »
« Concentrez vous sur cette expérience positive, les images, les sons, les odeurs, les goûts et remarquez où dans votre corps vous avez déjà un peu de cette qualité ? »
« Prenez le temps d'intensifier cette expérience. »

7. Renforcer : « Entrez en contact avec l'image _____ et la sensation corporelle. Etes vous en contact ? »
Si oui : « Restez en contact avec cela et suivez mes doigts » - SBA.
Faites une série de 4-6 SBA lentes et demandez ensuite « Comment est-ce maintenant ? »
Demandez de manière ciblée s'il y a un changement dans la sensation corporelle.
Lorsque celle-ci est devenue plus forte, faites encore une série.
S'il y a un pont d'affect vers du matériel négatif, cherchez une autre situation dans laquelle le patient disposait de cette qualité.

Technique de l'éponge

8. Faire les étapes 3 à 7 pour les trois qualités.

9. Renforcer le contact avec les trois qualités : « Entrez en contact avec les sensations corporelles de la première qualité, gardez cette sensations dans le corps. Ajoutez les sensations corporelles qui vont avec la seconde qualité. Maintenant, ajoutez les sensations corporelles qui vont avec la troisième qualité. Etes vous en contact avec tout ça ? »
Si oui : SBA lentes.

10. Réévaluer le SUD : « Laissez revenir à nouveau la situation stressante _____ et remarquez à combien elle vous parait perturbante maintenant de 0 à 10 ? »
Normalement le SUD est nettement plus bas.
Nouveau SUD :

54321 Classique

54321 Classique - Version autohypnotique

1. S'asseoir confortablement.

2. Dire 5 choses que l'on voit autour de soi, en répétant chaque fois « je vois … » p.ex : je vois le mur blanc devant moi, je vois le ciel avec des nuages blancs, je vois une pile de dossiers sur l'étagère, je vois le fauteuil avec des coussins rouges, je vois le bois marron du fauteuil.

3. Dire 5 choses que l'on entend, en répétant chaque fois « j'entends … » p.ex : j'entends les bruits de voiture dans la rue, j'entends les bruits de l'appartement voisin, j'entends ma voix, j'entends le silence dans la pièce, j'entends encore les bruits de la rue.

54321 Classique - Version autohypnotique

4. Ensuite, dire 5 choses que l'on ressent concrètement dans son corps ou avec le corps en disant « je sens … » par exemple je sens que je suis bien assis sur la chaise, je sens mes mains sur les cuisses, je sens que j'avale ma salive, je sens mes pieds poser par terre, je sens mes mains qui se touchent. Il arrive que les gens expriment des sentiments vagues comme « je suis triste ». il est alors utile de demander à la personne de localiser l'endroit où elle ressent cette tristesse dans son corps avant de continuer. Si la personne n'évoque que des sensations désagréables, il est peut-être utile que le thérapeute questionne en demandant « et vous sentez la chaise sur laquelle vous êtes assise ». Si les sensations désagréables persistent, veuillez doubler le nombre de sensations évoquées et alterner entre là où les sensations désagréables et des sensations neutres .

54321 Classique - Version autohypnotique

5. Veuillez ensuite revenir à la dimension visuelle et dire 4 choses que l'on voit en disant « je vois … ». cela peut être les mêmes choses qu'avant ou bien des choses différentes ou bien des parties de choses

6. Dire 4 choses que l'on entend en disant « j'entends … »

7. Dire 4 choses que l'on ressent concrètement dans son corps en disant « je sens … »

8. ensuite veuillez répéter les points 5 à 7 en disant 3 choses puis 2 puis une .

54321 pour s'endormir

L'exercice 54321 classique il permet non seulement de s'apaiser mais aussi de réduire le temps nécessaire avant de s'endormir .

1. Pour la dimension visuelle étant donné qu'il peut faire noir il est demandé à la personne de se projeter dans un lieu agréable ou bien un endroit du lieu où elle se trouve qu'elle aime particulièrement. Ensuite il convient de visualiser 5 choses agréables en disant « je vois … »

2. La dimension auditive doit se concentrer sur le bruit de l'ici et maintenant et plus particulièrement sur les bruits de la respiration, de soi, celle de son conjoint éventuellement. Il est demandé à la personne de percevoir les différents sons entre la respiration par la bouche et par le nez. Il est possible de faire de petits bruits en changeant de position.

54321 pour s'endormir

L'exercice 54321 classique il permet non seulement de s'apaiser mais aussi de réduire le temps nécessaire avant de s'endormir .

3. la dimension du ressenti corporel demande à la personne de focaliser son attention sur le positionnement du corps et les endroits d'appui (par exemple je sens ma tête qui est posée sur l'oreiller …Puis, 4 autres sensations…

Pour les personnes qui ont des troubles du sommeil et se réveille pendant la nuit cet exercice peut être utile point il faut cependant le refaire à chaque fois qu'on se réveille. Il peut être particulièrement utile aux personnes dépressives qui en se réveillant sont harcelés par une multitude d'idées anxiogènes

54321 en cas de douleur

L'idée sous-jacente et qu'en cas de douleur toute l'attention il focalisé sur la douleur avec une probabilité que le manque de distraction augmente encore la perception de la douleur notamment par son caractère émotionnel. Les sensations neutres sont supposées contaminer la douleur avec l'espoir de la diminuer

54321 en cas de douleur

1.La dimension visuelle et auditive se font comme dans le 54321 classique : 5 puis, 4, puis 3, puis 2, puis 1

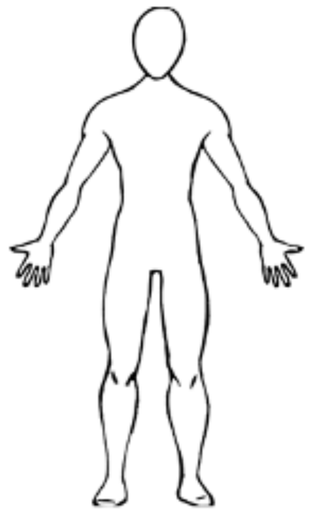
2. En ce qui concerne la dimension sensorielle elle est doublée étant donné la présence d'une douleur. La personne est invitée à noter la douleur comme dans le 54321 et ensuite d'alterner entre cette sensation de douleur et des ressentis neutre (par exemple je ressens la douleur dans mon épaule, je ressens les lunettes sur mon nez je ressens toujours la douleur de mon épaule, je ressens les branches de mes lunettes sur les oreilles, je ressens encore la douleur un peu plus sourde je ressens les vêtements sur la peau de mes bras, je ressens toujours mon épaule, je ressens mes pieds dans les chaussures,…).

Les 4 éléments

Les 4 élements de (Lobenstine & Shapiro, 2007)

La technique des quatre éléments d'Elan Shapiro (2007) a pour une part été adaptée par Jenny Rydberg et se décompose en plusieurs étapes. L'exercice prend appui sur une conception très symbolique des quatre éléments que sont la terre, l'air, l'eau et le feu, à laquelle il convient bien entendu, même à minima d'adhérer. Ce protocole, une fois appris avec le thérapeuthe peut faire l'objet d'une auto-application par les patients.

Les 4 élements de (Lobenstine & Shapiro, 2007)

Quatre éléments pour faire baisser le stress : La Terre, L'Air, l'Eau et le Feu			
	Le Feu (enflammez votre imagination)	Le Pouvoir de l'Imaginaire Image d'un lieu sûr, d'une ressource	
	L'Eau (la salive)	Calme, concentré, maître de Soi	
	L'Air (respiration)	Centration, équilibre, force	
	La Terre (ancrage)	Ancrage, sécurité, dans le présent	

Les 4 élements de (Lobenstine & Shapiro, 2007)

1.Psychothérapeute : « Nous allons tenter ensemble d'estimer votre niveau de stress. Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifierait aucune perturbation et 10 le plus haut niveau de perturbation que vous puissiez imaginer, à combien évaluez-vous le niveau de stress que vous ressentez maintenant ? »

Psychothérapeute : « Les déclencheurs de stress, internes et extérieurs, ont un effet cumulatif pendant la journée. On gère mieux le stress quand on reste à l'intérieur de sa fenêtre de tolérance aux excitations. L'idée ce n'est pas d'éviter totalement le stress, c'est impossible, mais c'est de rester dans cette fenêtre de tolérance. Cette fenêtre de tolérance c'est au fond ce que l'on est capable d'accepter sans que pour autant cela nous fasse du mal. Une manière de faire consiste à se poser régulièrement la question plusieurs fois par jour afin de savoir si vous êtes toujours à l'intérieur de votre fenêtre de tolérance. Cela revient à contrôler son niveau de stress et ensuite à faire les exercices qui s'imposent pour en réduire le niveau. Portez un bracelet, une montre ou quelque chose d'autre qui pourrait constituer comme un repère, un indice de rappel qui lorsque vous y faites attention ou lorsque vous le remarquez serait un déclencheur qui vous conduirait à faire la mesure de votre niveau de stress (cela peut par exemple être un élastique de couleur ou une ficelle colorée que vous pourriez intentionnellement porter à votre poignet à partir de maintenant, aussi un bracelet ou une gourmette, une montre, une bague,…). Chaque fois que vous remarquerez cet objet, faites une mesure de votre niveau de stress et mettez en œuvre dans votre tête l'exercice des quatre éléments que nous allons envisager ensemble tout à l'heure. L'objectif (modeste) est de réduire votre niveau de stress d'un ou deux points chaque fois, et de le faire n'importe quand dans la journée. En empêchant l'accumulation de réactions au stress, vous arriverez mieux à rester dans votre fenêtre de tolérance.

Les 4 élements de (Lobenstine & Shapiro, 2007)

Phase 2. La Terre : Ancrage et sécurité. C'est l'ici et maintenant, le présent et la réalité
Psychothérapeute : « La Terre, c'est l'ici et maintenant, c'est le présent et la réalité, c'est l'ancrage et la sécurité. Je vous demande de prendre une ou deux minutes pour « atterrir »… pour être ici et maintenant. Posez vos deux pieds par terre. Repositionnez-vous, ressentez chacun de vos points d'appui, puis balayez du regard toute la pièce et nommez trois objets de formes et de couleurs différentes que vous voyez, puis identifiez trois bruits que vous entendez, et touchez trois textures/surfaces en prêtant attention aux sensations dans la paume de la main. » Vous sentez-vous ancré ici, bien en sécurité dans le sol ? ».

Phase 3 : L'Air : Respirer pour s'équilibrer et ce recentrer.

Psychothérapeute : « Quand on est anxieux ou stressé cela se répercute tout de suite sur notre respiration. Cette dernière et plus saccadée et parfois même elle se bloque. Ainsi, respirer peut contribuer à réduire ce stress et à reprendre le contrôle sur les tensions que l'on peut ressentir. Tout en vous sentant ancré dans l'ici et maintenant, inspirez profondément par le nez et sentez l'air passer à travers votre trachée et se diriger vers vos poumons, et ensuite lors de la seconde inspiration, sentez l'air passer dans vos bras, vos mains, jusqu'au bout de vos doigts, et se diffuser également vers votre ventre, vos jambes, vos chevilles, vos pieds, et jusqu'au bout de vos orteils. Imaginez cela. Sentez l'air vous traverser, membre par membre, et prenez conscience de combien cet air est bénéfique. Prenez conscience du fait que le simple fait de respirer, d'inspirer et d'expirer, vous permet de vivre. Lors de cette expiration, laissez-vous vous enfoncer plus profondément dans le sol, vous détendant de plus en plus. Renouvelez cette lente respiration quatre ou cinq fois, en restant concentré, en vous focalisant sur cet air qui entre en vous et en ressort librement. Si vous sentez que votre esprit s'égare de votre respiration, ramenez-le simplement vers votre souffle. Et si par hasard des pensées viennent traverser votre esprit, considérez-les simplement comme des pensées, ne les jugez pas, et laissez-les quitter votre esprit pour pouvoir recentrer votre attention sur votre respiration. Si vous n'y arrivez pas, laisser vous allez, laissez ces pensées vous traverser.

Concentrez-vous ensuite sur votre abdomen, sentez-le gonfler lors de l'inspiration et se détendre lors de l'expiration. Mettez votre main sur votre ventre, sentez-le se gonfler et se remplir d'air lorsque vous inspirez. Puis sentez-le se dégonfler lors de l'expiration. Sentez l'air sortir par votre bouche, tout en vous enfonçant de plus en plus dans le sol. En expirant, vous imaginez que vous laissez s'en aller une partie du stress et que vous l'expulsez en expirant. Dirigez votre attention à l'intérieur, vers le centre de vous-même. »

Les 4 élements de (Lobenstine & Shapiro, 2007)

Phase 4 : L'Eau : C'est le calme et le contrôle.

Psychothérapeute : « Quand on est anxieux ou stressé, on a souvent la bouche sèche, parce qu'une partie de la réaction au stress déterminée notamment par le système nerveux sympathique consiste à bloquer le système digestif et donc le processus de salivation. A l'inverse, si vous commencez à faire de la salive, vous vous connectez de nouveau sur le système digestif (ou le système nerveux parasympathique) et vous induisez une relation inverse. C'est la raison pour laquelle, tout en étant ancré dans l'ici et maintenant, tout en respirant par le nez en sentant bien l'air, je vous demande maintenant de vous faire saliver, soit simplement en y pensant ou en pensant à une saveur, soit en prenant une gorgée ou une bouchée d'une boisson ou d'un aliment. Quand vous produisez de la salive, votre esprit contrôle très bien vos pensées et votre corps. Dirigez tout simplement votre attention sur la production de salive. »

Les 4 élements de (Lobenstine & Shapiro, 2007)

Phase 5 : Le Feu : Eclairez le chemin de votre imagination.

Psychothérapeute : « Tout en continuant à sentir la sécurité de vos pieds sur le sol ici et maintenant, de vous sentir centré grâce à vos inspirations et à vos expirations , à vous sentir calme et maître de vous en produisant de plus en plus de salive, pensez à quelque chose, à un objet ou à une activité qui vous ferait du bien, qui apporterait un soulagement ou un confort physique (douche fraîche, bain chaud, bouquet de fleurs, parfum agréable, chocolat chaud, cheminée, coucher de soleil, musique préférée, s'allonger sur un canapé ou dans l'herbe...), imaginez-le concrètement en laissant votre corps se rappeler. En même temps, faites des tapotements alternés gauche-droite sur vos épaules, doucement, lentement. Vous pouvez aussi bouger vos orteils ou vos pieds en alternance dans vos chaussures. »

Les 4 élements de (Lobenstine & Shapiro, 2007)

Faire 6 à 7 SBA lentes auto-pratiquées (le tapping semble remporter l'approbation des patients dans ce genre de situation !)

Psychothérapeute : « Maintenant, touchez votre bracelet (ou votre montre ou toute autre chose que vous portez sur vous en permanence et centrez-vous sur ça). »

Faire 6 à 7 SBA lentes auto-pratiquées

Psychothérapeute : « Maintenant nous allons évaluer votre niveau de stress, où 10 représente le pire stress possible et 0 pas de stress du tout. Où en êtes-vous maintenant, sur notre échelle de stress de 0 à 10 ? »
Répétez l'exercice autant que nécessaire. Chaque répétition de l'exercice devrait faire baisser le niveau de stress d'un cran ou deux (évalué entre 0 et 10).

Body Scan

Protocole de développement des Ressources

Protocole de Développement et Installation de Ressources (DIR)

1. Identifier la situation spécifique : « Dans quelle situation spécifique aimeriez vous être capable de réagir de façon plus positive / efficace ? »

2. Identifier la qualité : « De quelle qualité avez vous besoin ou avez vous le plus besoin lorsque vous pensez à _____ ? »
ou « Comment aimeriez vous vous sentir afin d'être capable de mieux réagir (face à cette situation difficile) ? »

3. Identifier l'expérience de cette ressource : « Vous rappelez vous un moment où vous avez incarné cette qualité ? » ou « Vous rappelez vous un moment où vous avez observé cette qualité chez quelqu'un ou au travers de quelque chose ? »

Protocole de Développement et Installation de Ressources (DIR)

4. Image : « Décrivez cette expérience. » « Quelle image représente le mieux cette qualité ? »

5. Emotions et sensations : « Lorsque vous pensez à cette ressource positive, remarquez vous les images, les sons, les odeurs, les goûts. Que remarquez vous ? »

6. Renforcer : « Concentrez vous sur cette expérience positive, les images, les sons, les odeurs, les goûts, et remarquez où dans votre corps vous avez déjà un peu de cette qualité. » « Prenez le temps de ressentir cette expérience. » « Dites moi ce qu'il en est. »

Protocole de Développement et Installation de Ressources (DIR)

8. Mot-clé : « Y'a-t-il un mot ou une expression qui représente cette ressource positive ? » « Pensez à _____ et notez les sensations agréables que vous ressentez quand vous pensez à ce mot. »
« Maintenant, concentrez vous sur ces sensations et le mot-clé et suivez mes doigts. » (8-10 SBA lentes) « Comment vous sentez vous maintenant ? »
Répéter avec plusieurs séries de SBA lentes jusqu'à ce que cela soit complètement renforcé.

9. Auto-réplique : « Maintenant, je voudrais que vous laissiez revenir ce mot (ou cette expression et que vous notiez comment vous vous sentez. »

Protocole de Développement et Installation de Ressources (DIR)

8. Mot-clé : « Y'a-t-il un mot ou une expression qui représente cette ressource positive ? » « Pensez à _____ et notez les sensations agréables que vous ressentez quand vous pensez à ce mot. »
« Maintenant, concentrez vous sur ces sensations et le mot-clé et suivez mes doigts. » (8-10 SBA lentes) « Comment vous sentez vous maintenant ? »
Répéter avec plusieurs séries de SBA lentes jusqu'à ce que cela soit complètement renforcé.

9. Auto-réplique : « Maintenant, je voudrais que vous laissiez revenir ce mot (ou cette expression et que vous notiez comment vous vous sentez. »

Protocole de Développement et Installation de Ressources (DIR)

10. Projection dans le futur en utilisant la ressource positive : « Maintenant, imaginez une situation que vous voudriez mieux gérer ou dans laquelle vous voudriez réagir de façon plus efficace. Imaginez un film ou vous pourriez vous voir réagir comme vous le souhaitez en utilisant votre ressource. Que remarquez vous maintenant ? »

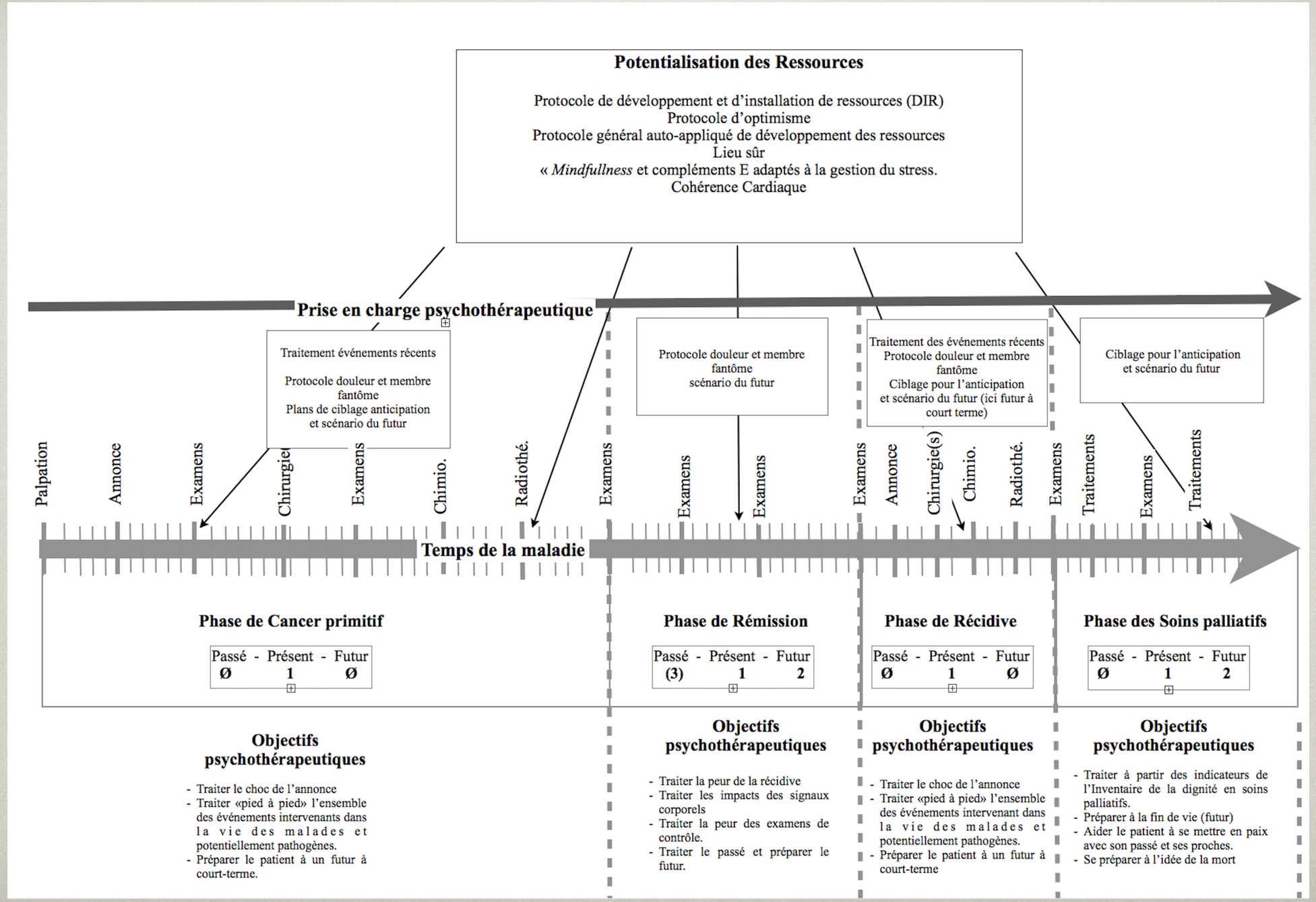
Ajouter plusieurs séries de SBA lents jusqu'à ce que le scénario souhaité ait été définitivement établi.

La longueur des séries peut varier en fonction de la capacité du patient à rester en contact avec la réponse souhaitée sans activer une association négative.

Il est aussi possible d'installer cela petit à petit, un segment de l'expérience à la fois, afin de minimiser une contamination éventuelle.

Protocole de Développement et Installation de Ressources (DIR)

11. Mot-clé : Projection dans le futur avec dérangement (optionnel)
« Maintenant, pouvez vous imaginer un défi qui pourrait survenir dans cette situation ? Regardez le film et imaginez vous réagissant comme vous le souhaitez en utilisant votre ressource. Que remarquez vous ? »


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

cyril.tarquinio@univ-lorraine.fr
0670303052
www.cyriltarquinio.com

Thank You
Danke
Grazie
Gracias
Merci
Thank you