



Atteintes du corps, vécu traumatique et approche par EMDR

Nena Stadelmaier, psychologue
DISSPO-CARE, Institut Bergonié, Bordeaux





Introduire une approche par EMDR dans ma pratique en cancérologie : pourquoi ?

- Pratique dans un CLCC auprès de patients à toutes les étapes de la maladie
- Des souffrances psychocorporelles
 - Expériences de douleurs intenses
 - Les symptômes « d'anticipation », nausées, vomissements
 - Réactions phobiques / à la stomie
 - Troubles du sommeil
 - Allergies aux traitements...
- L'entretien clinique a des limites pour soulager ces souffrances





Certains patients sont confrontés dans leur parcours à des symptômes physiques, des traitements et des soins, les amenant à des "expériences extrêmes".

FISCHER (2014) parle de **situations extrêmes** plutôt que d'évènements traumatiques pour mieux rendre compte de la complexité de la confrontation à la maladie grave, **ne se limitant pas au syndrome de stress post traumatique**. La confrontation à l'extrême comporte un risque de mort bien réel dans certaines situations en cancérologie.



Qu'est l'EMDR?

- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Francine Shapiro)
- L'EMDR est une approche psychothérapeutique développée à l'origine en tant que traitement de l'état de stress post-traumatique (Shapiro 1989, 1995, 1999, 2001, 2002).
- L'OMS recommande l'EMDR dans les ESPT
- Utilisation de la stimulation bilatérale alternée pour favoriser le retraitement de souvenirs « bloqués »



Source : lifeskillsresourceroup.com



- *L'EMDR est une thérapie de traitement de l'information dans laquelle le patient retrace des pensées, sentiments, et perceptions somatiques traumatiques ou dysfonctionnels (A. Mazzola 2014).*
- Un protocole de base en 8 étapes et des protocoles spécifiques (traumas récents, douleur, etc)
- Tous les scripts des protocoles EMDR intègrent le passé, le présent, le futur.





Définition du traumatisme dans l'approche EMDR

- Toute expérience de vie qui a toujours, au présent, un impact négatif dans la vie de la personne. C'est une réaction subjective à n'importe quel événement.
- Les composantes de l'événement traumatique (p.ex. douleur intense) sont stockés sous forme de fragments mémoriels, non intégrés au reste de l'expérience.
- Les fragments (comp., émotions, sensations, pensées) réactivés, provoquent une reviviscence, par opposition à une ré mémorisation.

Source : Farell D et Meignant I, formation EFPE





Souvenir...

Traumatique :

- images, sensations, états émotionnels, corporels
- invariable
- dépend fortement du contexte
- évoqué automatiquement par des déclencheurs
- pas de condensation dans le temps

Narratif :

- symbolique et sémantique
- social et adaptatif
- évoqué à volonté par le narrateur
- peut être enrichi et condensé par l'expérience et demandes sociales





La douleur peut engendrer un traumatisme Illustration d'un travail par EMDR

- M. L, 62 ans, cancer digestif en phase palliative symptomatique : biopsie du foie, douleurs fulgurantes, complications, transfert en réanimation
- Premier entretien psychologique en hospitalisation, environ 1 mois plus tard

ESPT,
Reviviscence,
Comp. d'évitement,
Assimilation cognitive (déclencheur)
Problème de fonctionnement social

Symptômes psychiques
tr. endormissement, cauchemars
agressivité soignants / aux soins,
douleur ressentie aux injections
tr. cognitifs, anxiété





Désensibilisation et retraitement d'un trauma récent

Episode douloureux aigu et
répété suite biopsie, complications, réa

Emotion : colère
Corps : tension dans la
tête

Image sensorielle (transfert en réa)
Blocage sur l'image « *le brancardier
appui sur le bouton d'un ascenseur
qui ne marche pas* »

Cognition négative
« *je vois ma fin,
je meure* »

“ Le corps
à l'épreuve du
cancer et des
traitements ”



5^{ème} cible traitée par EMDR

« *Encore un problème, ils m'injectent un produit contre la douleur.* »

Hallucinations visuelle et auditive puissantes.

Image la pire : c'est l'image la pire, j'étais le casque avec pleins de petites claquettes argentées et dorées qui tapaient sur le casque, un bruit infernal. C'est la pièce dans laquelle j'étais en réa qui a pris la forme du casque. »

Stimulation bilatérale alternée

Le casque me parait plus petit. Je ne vois pratiquement plus les plaquettes métalliques (Il souffle)... pratiquement plus grand-chose. C'est bizarre, j'ai plus cette image.

Image de mon frère qui veut toujours tout savoir (réf à l'emdr)

(Grand rire qui se transforme en pleurs)

Du bien-être.

C'était quoi encore l'image initiale ? Intensité perturbation 0

Cognition négative : *je suis totalement impuissant*

Emotion : angoisse

Corps : pression dans la tête

Intensité perturbation 9





Un symptôme du présent en lien avec des traumas anciens

- Mlle N., cancer gynécologique en fin de traitement, début surveillance.
- Plainte : troubles cognitifs en période d'examen, troubles sexuels, troubles de l'endormissement aggravés dans le contexte de la maladie
- Evoque d'emblée de grave traumatismes dans son enfance, abus sexuels, famille accueil, changement de pays / langue...
- Un premier travail et l'établissement d'une relation thérapeutique, travail centré sur les troubles cognitifs.
- Une deuxième période de travail psychothérapeutique centrée sur les troubles de l'endormissement datant du suicide de sa sœur il y a dix ans, renforcés dans le contexte de la maladie.
- Angoisse le soir à l'endormissement : se sent en danger, le moindre bruit la fait sursauter, ...

“ Le corps à l'épreuve du cancer et des traitements ”



Plan de ciblage à partir d'un problème actuel

Présent : lors de l'endormissement « *...hier soir, je somnolais, j'entends un bruit, j'étais convaincu que quelqu'un était dans la pièce* »

CN : « *Je suis menacée de mort* », Emotion de terreur, Corps paralysé



Retrouver d'autres souvenirs associés dans un réseau de mémoire

Passé : Les jours qui ont suivi la mort de sa sœur (crises d'angoisses la nuit)
Abus sexuel à partir de 4 ans

Travail sur le souvenir source

Image sensorielle : « *je vois sa tête au-dessus de moi* »

CN: « *Je suis coupable, j'aurai du me défendre* », Intensité perturbation 9/10



Travail sur toutes les cibles du passé, présent, futur

Futur : « *Je me sens en sécurité en allant me coucher, plus besoin de boules quies* ».





La pratique de l'EMDR dans le contexte institutionnel de cancérologie

- Informer, expliquer
- Un défi organisationnel...(temps, traitement, durée)
- Un bon accueil par les patients
- De l'intérêt par les soignants et médecins
- Des indications multiples (ESPT, phobies, douleur chroniques,...)
- Durée : les aléas de la maladie imposent souvent de travailler « comme en entretien unique », attention quel travail on engage...





- ... A qui proposer ? Quelle demande du patient?
- L'entretien clinique reste le principal fil conducteur.
- Une évaluation globale de la situation, mais parfois des contraintes fortes liées à l'état physique, l'intensité de la souffrance, le temps des traitements
- Adapter le protocole à l'état physique du patient : un travail EMDR en fin de vie est possible





Conclusion

Une approche complémentaire par EMDR contribue au soulagement du patient et permet de l'accompagner dans ses épreuves, à condition de l'articuler avec d'autres méthodes et d'autres techniques. (Tarquinio 2015)





Bibliographie

- Shapiro F. Manuel d'EMDR. Dunod InterEditions, Paris 2007
- Jacques Roques.
 - Découvrir l'EMDR. InterEditions 2012
 - Psychoneurobiologie fondement et prolongement de l'EMDR (3ème édition 2015)
 - L'EMDR : que sais-je ? n 4034, 2016
- Tarquinio C, Tarquinio P. L'EMDR, Elsevier Masson, 2015
- Mazzola A. et al, L'EMDR dans le traitement de la douleur chronique, Journal of EMDR Practice and Research, Volume 4, Number 3, 2010
- Brennstuhl MJ. Et al, Utilisation de la thérapie EMDR dans le cadre de la douleur chronique : étude pilote, Pratiques Psychologiques 22 (2016) 17-29.
- Yin-Ren Chen. Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing for patients with posttraumatic-Stress Disorder : a meta-analysis of ranomized controlled Trials. www.plosone.org August 2014, Vol 9. Issue 8

