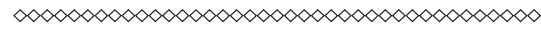
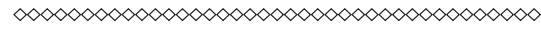




4^e Congrès Virtuel d'EFT - 21 au 28 mai 2014



L'EFT en soins palliatifs



par
Yvette Urguette



Conférence diffusée le 22 mai 2014
sur **www.leCongresEFT2014.com**



Bienvenue au Congrès Virtuel d'EFT 2014!

Nous rappelons qu'en écoutant ou en lisant cette conférence, vous acceptez d'être responsable de votre bien-être personnel. L'EFT est un outil à la fois simple et très puissant, dont les résultats varient naturellement d'une personne à l'autre. Les témoignages avancés lors de cette conférence ne constituent pas une garantie que vous aurez les mêmes résultats pour vous. Consultez toujours votre médecin traitant ou un spécialiste, dans son domaine de compétence.



L'EFT en soins palliatifs

Maria Annell: Avec l'augmentation de la durée de vie, l'accompagnement des personnes en fin de vie devient un domaine d'intérêt public. Bien que ces questions touchent directement et indirectement de plus en plus de personnes, il y a encore beaucoup de choses à améliorer dans la prise en charge de la personne malade, de ses proches et des soignants.

Si vous êtes un professionnel de la santé ou de l'accompagnement, ou si vous êtes directement concerné parce qu'un proche se trouve dans cette situation, vous allez apprendre des choses intéressantes dans cette présentation. Notre conférencière va partager avec nous son expérience dans le domaine de la prise en charge de la personne malade ou en fin de vie et, notamment, dans la manière dont elle intervient en complément de la médecine classique.

Psychologue clinicienne, Yvette Urguette consulte en cabinet libéral à Nancy en France et intervient aussi en milieu hospitalier. C'est un grand plaisir de t'accueillir pour la première fois au Congrès virtuel d'EFT, bienvenue, Yvette.

Yvette Urguette: Merci beaucoup Maria. Bonjour à tous et merci pour votre invitation.

Maria: Alors Yvette, toi qui es une jeune femme vibrante de vie, qu'est-ce qui t'a amenée à t'intéresser à cette prise en charge spécifique dans l'accompagnement des personnes malades ou en fin de vie ?

Yvette: Tout simplement, cet intérêt a commencé à se développer durant ma formation de psychologue clinicienne, pendant un stage en institution pour personnes malades et dépendantes. J'ai pu y observer vraiment très concrètement les difficultés de ces personnes malades, des familles, des soignants aussi, bien entendu, grâce à ces situations de vie si particulières. Il m'a donc semblé important à ce moment, dans un esprit de continuité, de me former en France, mais aussi dans d'autres pays comme l'Angleterre ou la Suisse pour améliorer les conditions des prises en charge que je pouvais proposer à ces personnes, aux patients, aux soignants, aux familles entre autres.

Maria: Ah oui ? Et pourquoi as-tu choisi de te former dans d'autres pays ?

Yvette: Alors malgré de belles évolutions dans la prise en charge de la fin de vie en France ces dernières années, comme nous pouvons le voir avec la loi Leonetti, par exemple, dont nous entendons beaucoup parler en ce moment, il y a encore du chemin à parcourir. Certains pays comme ceux que j'ai cités juste avant ont une réflexion, un intérêt plus ancien par rapport à ces prises en charge et une ouverture d'esprit différente quant aux moyens thérapeutiques et financiers à mettre en place pour aider ces personnes dans ces difficultés de la vie.

Quoi qu'il en soit, depuis ces dernières années, il faut bien reconnaître tout de même que l'accompagnement de personnes ayant une maladie chronique lourde, ou en fin de vie, devient un domaine d'intérêt public en France – comme tu as pu le dire très justement –, et il y a beaucoup à améliorer dans cette prise en charge particulière. À ce jour, j'essaye donc d'allier l'ensemble des connaissances que j'ai acquises tant au niveau théorique que pratique, et c'est là qu'intervient l'hypnose, la cohérence cardiaque par exemple, mais surtout l'EFT qui est une solution qui peut amener un grand mieux-être.

Maria: Pour que tout le monde soit bien au clair, qu'est-ce que nous entendons précisément par soins palliatifs ? Et quel vilain mot, d'ailleurs ! Est-ce que cela concerne uniquement la fin de vie ?

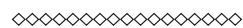


Yvette: Je suis bien d'accord avec toi, Maria, soins palliatifs est un terme peu heureux et qui fait surtout terriblement peur. Les soins palliatifs sont en fait des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale et ce, dès l'annonce du diagnostic. La prise en charge palliative est une prise en charge en fait surtout confort. D'ailleurs, c'est ainsi que je présente ces soins au patient. Ils ne sont pas uniquement proposés les dernières semaines de la vie. Cette prise en charge peut s'étaler sur plusieurs années et parfois s'arrêter, s'il y a rémission, par exemple.

L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques, émotionnelles et les autres symptômes gênants, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. L'accompagnement s'adresse donc au malade en tant que personne particulière, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution, ainsi qu'aux soignants, bien entendu.

Le malade est considéré comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel. L'idée étant de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès, en proposant parallèlement un soutien aux proches, pendant la maladie, mais aussi tout au long du travail de deuil.

Ma mission, vous l'aurez bien compris, est d'apporter une aide, des outils thérapeutiques, un soutien, une écoute active au malade, à l'entourage, ainsi qu'aux soignants.



Maria: Que peut apporter l'EFT dans l'accompagnement de ces personnes atteintes d'une maladie lourde et dans le cadre d'une prise en charge en soins palliatifs, ou soins confort, comme tu le disais? D'ailleurs, première bonne nouvelle – les soins palliatifs, il est vrai que cela me fait penser à un cul-de-sac, sans issue possible; merci d'avoir rappelé que nous pouvons aussi en sortir, que cela peut s'arrêter.

Yvette: Oui, tout à fait. Et puis il est vrai que l'objectif est un maximum de qualité de vie, de confort. Donc l'EFT vient aujourd'hui apporter des solutions très efficaces, que ce soit au niveau de la souffrance émotionnelle et psychologique, mais aussi dans l'aide au traitement contre la douleur – nous y reviendrons certainement – pour aider les personnes malades à garder une qualité de vie et à mettre de la vie jusqu'au bout de la vie, surtout. L'EFT peut apporter un soutien et une aide très efficace à toutes les étapes de la maladie.

Maria: Et tu disais, dès l'annonce du diagnostic, en fait?

Yvette: Oui. En effet, à ce moment précis, il y a – il faut vraiment le savoir –, un choc très important, une sorte de cataclysme émotionnel qui se produit dans le cerveau de la personne. La vie bascule, en quelque sorte. Une multitude de pensées, de sensations, d'émotions se mélangent dans la personne. Ce choc peut s'apparenter, au niveau psychique, à un deuil soudain, un traumatisme.

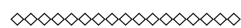
À partir de là, différentes étapes vont s'enchaîner :

- ◆ un état de sidération; par exemple: « *Ce n'est pas possible, je fais un cauchemar* »;
- ◆ un état de déni de certaines informations; par exemple, après l'annonce d'un diagnostic de cancer pulmonaire, quand le diagnostic tombe, une personne peut très bien se dire: « *J'ai bien compris que j'étais malade, mais c'est encore cette grosse bronchite qui vient m'embêter* »;
- ◆ il y a aussi un moment donné où les personnes ressentent de la colère contre elles-mêmes, contre le médecin qui n'a rien vu avant, de la colère contre la vie;
- ◆ un sentiment d'injustice, souvent: « *Je n'ai rien fait pour mériter cela, je suis pourtant une bonne personne. Pourquoi cela m'arrive à moi?* »;



- ◆ il peut y avoir une étape où la personne ressent beaucoup de culpabilité, avec toutes les conséquences sur l'estime de soi: «*J'aurais dû arrêter de fumer, je suis un idiot, je mérite ce qui m'arrive*»;
 - ◆ des espoirs/des doutes: «*Vais-je m'en sortir? Je vais sûrement mourir*»;
 - ◆ une recherche d'explication aussi: «*Pourquoi moi? Qu'est-ce qu'il m'est arrivé dans ma vie?*», etc.
- Donc vraiment de nombreuses pensées, de nombreuses émotions qui se mélangent en même temps.

Maria: Il y a eu, l'année dernière, toute une conférence de Christine Disant consacrée au choc du diagnostic, que vous pourrez retrouver dans le pack 2013.



Maria: L'EFT peut-il aussi aider dans l'accompagnement des traitements médicaux ?

Yvette: Oui, tout à fait parce que vient l'étape, évidemment après l'annonce du diagnostic, où il y a des propositions médicales avec des traitements adaptés, si traitement possible il y a. Dans ce cas, l'EFT peut venir en soutien contre certains effets indésirables de certains traitements comme des douleurs, des nausées liées à la chimiothérapie. Bien sûr, il y a beaucoup de peurs autour de ces soins médicaux, des peurs des effets secondaires: vomissement, fatigue, perte de cheveux... L'EFT peut apporter plus de sérénité à la personne en traitement. Il y a souvent aussi beaucoup de croyances autour des traitements: «*Je vais forcément être malade après la chimiothérapie. Mon ami Pierre n'a pas pu manger pendant quatre jours après sa ligne de chimio, tellement il était nauséux.*» Toutes ces convictions, forcément, enferment les personnes dans une sorte de carcan et formatent finalement l'esprit et le corps à fonctionner ainsi. Donc plus nous les libérons de ces carcans, plus nous mettons de chances de leur côté pour qu'ils puissent avoir un minimum d'effets secondaires.

Vient aussi, évidemment, la recherche de soins et de soulagements psychologiques et émotionnels. Et vous pensez bien que l'EFT a ici une action vraiment très prégnante. Il est important de vérifier que le patient ait vraiment un maximum de pensées saines, d'émotions saines, donc vérifier avec lui toutes les émotions polluantes, éprouvantes, les images mentales négatives, les convictions limitantes, les expériences de vie aussi, en lien avec la maladie plus ou moins directement. Par exemple: «*Je me vois déjà décédé*»; «*J'imagine déjà la tristesse de mes proches*»; «*Je suis un boulet pour ma famille*»; «*Je les mets en souci*».

Et vient aussi fréquemment la période où le patient part à la recherche de raisons, d'origine de la mise en place de la maladie. Là, nous pouvons nous servir par exemple du protocole de paix intérieure qui est un outil fort adapté pour nettoyer tous les événements de la vie potentiellement activateurs de perturbations émotionnelles et physiologiques. Par exemple: une femme qui aurait été licenciée il y a quelques années de cela et qui pourrait penser qu'il y aurait un lien avec la mise en place d'une perturbation du système immunitaire, nous pourrions travailler: «*Même si je me sens encore une moins que rien depuis que mon patron m'a licenciée il y a deux ans, je m'aime et je me respecte totalement.*»



Maria: Mais cette utilisation, cette recherche d'évènements qui ont peut-être contribué à la situation actuelle, c'est surtout pour vivre cette période plus confortablement pour les personnes qui ont besoin de savoir? Ce n'est pas forcément dans un but de guérison ou d'acte miracle?

Yvette: Non, bien entendu. L'idée, c'est vraiment un maximum de mieux-être. Nous savons que plus la personne se sent sereine, en paix intérieure, plus elle peut tendre vers un maximum de santé, de confort interne. L'objectif est là: une sérénité émotionnelle et un nettoyage des expériences de vie du passé.



Maria: D'accord. Alors justement, dans ton expérience, peux-tu donner quelques exemples précis de ce genre de croyances et de convictions qui peuvent influencer négativement le confort ou l'éventuelle guérison de la personne malade? Parce que, nous pouvons quand même préserver cet espoir?

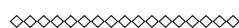
Yvette: Oui, bien sûr. Les convictions peuvent être diverses et variées. Par exemple, nous trouvons :

- ◆ des convictions sur la maladie: je me souviens d'une personne qui, après avoir vu certains sites sur Internet, était convaincue que personne ne se libère de la fibromyalgie; ou alors, personne ne réchappe du cancer de la peau;
- ◆ des convictions sur soi-même, également: « *Je n'ai jamais de chance dans ma vie* »; « *Je suis fragile* »; « *J'ai toujours tout raté, donc forcément, je vais passer à côté de ma guérison* »;
- ◆ des convictions liées aux expériences de vie: « *Je connais une personne qui avait pourtant un cancer du côlon, que l'on dit facilement soignable, et qui est décédée huit mois après, donc il ne me reste plus longtemps à vivre* »; ou alors: « *Ma voisine est morte de la sclérose en plaques, il n'y a forcément que cette finalité* »;
- ◆ des convictions intergénérationnelles: « *C'était sûr que j'allais avoir ce cancer. Tous les hommes de ma famille le développent la plupart du temps* »;
- ◆ et puis des convictions de « comptoirs »: « *Si on m'opère et m'ouvre le ventre, le cancer va forcément s'enflammer et se répandre partout dans mon corps* ».

Toutes ces convictions, vous l'aurez bien compris, sont évidemment malsaines dans le sens où elles ne sont pas de l'ordre de la réalité, mais de la réalité du patient, souvent alimentées par ses expériences de vie du passé ou toute une éducation. Elles ne sont pas bonnes ni pour la qualité de vie, ni pour la santé de la personne. Elles ne lui permettent pas de se libérer de ses conflits les plus profonds, encore moins d'atteindre ses objectifs à court, moyen et long terme, et encore moins de se sentir telle qu'elle a envie de se sentir. Il est important d'accompagner la personne à se dégager de ses croyances limitantes pour ouvrir d'autres champs de possibilités.

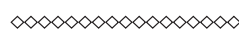
Maria: Oui, parce qu'il y a quand même de plus en plus d'études qui montrent que la réalité émotionnelle de la personne influe sur la réalité cellulaire. Il est donc important de prendre soin de ses pensées et de ses croyances dans ces moments-là.

Yvette: Oui, tout à fait.



Maria: Quelqu'un qui se trouve en fin de vie ou confronté à une maladie grave a-t-il vraiment l'envie et l'énergie d'entreprendre ce genre de travail?

Yvette: Ce qui est fort surprenant, c'est que oui, la plupart d'entre eux, oui. C'est un moment, finalement, où les faux semblants tombent. C'est une période où souvent les personnes font un bilan de leur vie. C'est un moment où le temps s'arrête un petit peu. Les personnes ont finalement plus de temps pour elles, pour se donner davantage l'autorisation de se centrer sur eux, penser et réfléchir sur eux. Certaines priorités de vie s'inversent aussi. Il s'opère une sorte de retour à l'essentiel et c'est vraiment intéressant et très précieux. Face à la perspective d'une mort éventuelle ou d'une perte de capacité qui s'approche, la pulsion de vie s'intensifie pour faire face à la situation, prendre sa place et même finalement, derrière des symptômes dépressifs ou des angoisses, ces deux forces internes ne sont pas forcément antagonistes.

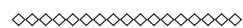




Maria: Oui, j'imagine que ce n'est pas si simple de parler de la mort, de la douleur et du handicap. Ce sont des domaines où il y a beaucoup de tabous.

Yvette: Oui, effectivement. C'est pour cela qu'il est vraiment très important, en tant que thérapeute, d'être au clair avec soi-même, avec la vie, la mort, la maladie, mais aussi avec le sens que l'on porte à son travail. Si le travail entrepris sur soi n'est pas suffisant, le thérapeute, mais aussi le soignant ou le bénévole, bien entendu, tient rarement plus de deux années de pratique dans ces services spécifiques. Nous retrouvons dans ces services un des plus forts taux de *turn-over*. Plus les soignants ou aidants sont formés, plus ils ont fait un travail sur eux, plus ils maîtrisent des outils de gestion émotionnelle comme l'EFT et plus ils sont en mesure d'aborder leur travail auprès de personnes malades sereinement et sur la durée. Plus le soignant est serein, plus le patient l'est aussi, plus la famille se sent sécurisée. Mais ce qui est certain, c'est que nous leur apportons de toute façon uniquement ce qui leur fait du bien. Notre retrait, parfois, est même une réelle action puisqu'ils ont le droit, bien entendu, de refuser notre présence, notre accompagnement.

Malgré des outils formidables comme l'EFT, il est quand même de bon ton d'éviter de se prendre pour le sauveur tout puissant. Nous, thérapeutes, nous faisons juste finalement partie du menu à la carte des soins que le patient ou la famille a à sa disposition. Même si, je vous l'accorde, ce n'est pas si facile de savoir que l'EFT existe et pourrait apporter un grand soulagement, un bien-être à bien des niveaux et de se retrouver face à un refus du patient. C'est là que vient aussi le travail sur soi pour être dans une grande humilité. L'EFT est encore à ce jour trop peu connue et peut paraître étrange ou trop simple pour être efficace, parfois. Il faut donc aussi faire face à certains refus ou, en tout cas, savoir prendre le temps avec le patient pour expliquer l'outil, les possibilités, avec beaucoup de douceur et beaucoup de cœur. Il arrive aussi, parfois, que l'introduction de la technique par un médecin permette au patient d'appréhender l'outil avec plus d'ouverture d'esprit.



Maria: Tu parlais justement des bénévoles et des soignants. Comment peuvent-ils bénéficier de l'EFT pour les aider dans cette pratique et les soutenir dans ce travail qui doit être extrêmement lourd ?

Yvette: Oui, et même si les acteurs de cette prise en charge sont souvent des personnes passionnées et qui trouvent beaucoup de sens à leur travail, la confrontation quotidienne à la maladie, la souffrance physique, psychique, la mort, le handicap peut devenir rapidement éprouvant s'ils n'ont pas en leur possession des outils efficaces de libération émotionnelle. L'intérêt de l'EFT réside aussi dans le fait qu'il est utilisable en individuel comme en groupe.

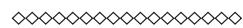
Nous trouvons parmi les soignants ou les bénévoles différents profils :

- ◆ le soignant qui préfère une démarche discrète et individuelle avec le thérapeute de l'institution ou à l'extérieur de l'établissement.
- ◆ parallèlement, on trouve le soignant qui a des difficultés à entreprendre une démarche individuelle avec le thérapeute, que ce soit par pudeur, par honte de demander une aide, un accompagnement ;
- ◆ ou le soignant qui a même des difficultés à penser à utiliser l'EFT sur lui-même, même s'il en a la maîtrise parce que, finalement, ce n'est peut-être pas forcément une pratique qui est passée en mode réflexe comme se brosser les dents plusieurs fois par jour. Donc certains soignants n'y pensent pas, même s'ils ont pu bénéficier de l'intérêt de l'EFT par ailleurs. Alors là, un accompagnement en groupe est préférable. En institution, il est intéressant de pouvoir proposer des solutions à la carte : soutien individuel ou en groupe.
- ◆ il y a le cas intermédiaire du choc traumatique institutionnel, comme lors d'un suicide en institution.



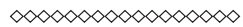
Je me souviens du traumatisme ressenti par les soignants d'une maison de repos, suite à une défenses-tration d'une patiente à qui on venait d'annoncer un cancer du pancréas. Évidemment, vous imaginez bien l'état de choc, de sidération, de culpabilité des soignants de ne pas avoir pensé à cette possibilité, de la colère aussi vis-à-vis de la patiente, de nombreuses remises en question, tant d'émotions que de pensées envahissantes qui émergent à ce moment-là.

Face à cette situation, la cohésion de groupe fit émerger une réelle demande collective de *debriefing* post-traumatique et une demande commune de désactivation de trauma. Quels que soient le moment ou les événements, même dans un quotidien médical qui pourrait, pour certains, paraître ordinaire – alors que pas forcément, loin de là –, le rôle du thérapeute est là encore d'avoir un regard vigilant sur les premiers signes de souffrance professionnelle et d'adapter sa communication afin de proposer le plus justement possible à ces soignants l'aide de l'EFT, par exemple.



Maria: Tu disais que parfois, les personnes sont un peu réticentes, elles trouvent que c'est bizarre; y a-t-il un moment idéal pour une première intervention auprès d'une personne malade ?

Yvette: Oui, bien sûr, en mettant un point d'honneur à respecter le rythme et les besoins de chacun. Il est vrai quand même qu'idéalement, présenter l'EFT, apprendre l'EFT ou accompagner la personne avec l'EFT devrait être proposé rapidement après l'annonce du diagnostic de maladie ou du handicap. Pour permettre aux patients, justement, d'acquérir aussi un maximum d'autonomie dans leur pratique de l'EFT, il est intéressant de pouvoir se donner le temps d'expliquer le fonctionnement des émotions, le fonctionnement de certains processus du cerveau humain face à des situations particulières potentiellement difficiles à vivre.



Maria: Comment t'y prends-tu pour présenter le concept? Y a-t-il des astuces, des passerelles à employer pour que le message passe mieux ?

Yvette: J'essaie de fonctionner par mot-clé, par exemple en parlant du stress. Puis dans un second temps, des émotions. Pour commencer, j'essaie de leur faire comprendre les origines et les mécanismes du stress. Une certaine compréhension peut leur permettre plus facilement de le canaliser. Cela va aussi leur permettre, par la suite, d'adopter la méthode EFT afin de gérer des états de stress et d'améliorer la prise en charge de leur état d'être.

Dans les grandes lignes, en général, ce que je propose comme explication est que le stress est une réponse de notre organisme à un agent extérieur. Le but est de mettre notre organisme en position de défense ou de protection. En général, lorsque le danger est écarté, notre organisme reprend son état d'équilibre. Cependant, s'il est stressé trop souvent ou trop longtemps, ou si nous utilisons des stratégies inefficaces pour gérer ce phénomène, alors l'organisme perd progressivement sa capacité de retour à son état initial et reste en état d'alerte perpétuel, ce qui, à force de pression, finit par l'empêcher complètement de réagir. À ce moment-là, le *burn-out* émotionnel est souvent proche! D'où l'importance d'identifier nos indicateurs de stress pour pouvoir les repérer et agir dès les premiers signes. Voici des petits exemples simples :

- ◆ des signes physiques : tensions musculaires, troubles digestifs, palpitations, besoin d'uriner fréquemment, moiteur des mains ;
- ◆ des signes psychologiques : trouble de la concentration, idées noires, mauvaise image de soi, vulnérabilité aux critiques, découragement et désintérêt, passivité, fatigue ;



- ◆ des signes comportementaux : troubles du sommeil, consommation accrue de cigarettes, de nourriture, agitation, colères, tics nerveux ;
 - ◆ des signes émotionnels : irritabilité, tristesse, anxiété, perte de confiance, perte du respect de soi.
- Il y a aussi une fonction de signal d'alarme. Il est donc important d'en prendre conscience et de repérer notre seuil de tolérance pour l'éviter et même, dans l'idéal, ne jamais le dépasser.

Ensuite, il y a le concept des émotions et leur rôle. L'objectif étant de faire le tri dans nos émotions ! En fait, une émotion n'est ni bonne ni mauvaise. Toutes les émotions sont bonnes à ressentir par moment et ponctuellement. La joie permet de métaboliser le bonheur. La tristesse participe au mécanisme du deuil. La peur signale le danger et met dans un état de vigilance. La colère permet de nous défendre, défendre nos droits, de nous faire respecter. Donc finalement, elles sont toutes bonnes à ressentir. Elles ont toutes leur utilité, mais du moment où elles vous sont utiles, où elles vous servent à quelque chose, donc du moment où elles sont adaptées à la situation.

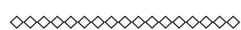
Une émotion est comme une énergie produite en vous. Si elle est mise dans une action constructive, qu'elle est ressentie comme saine et pas trop inconfortable, alors nous dirons que l'émotion est « bonne ». Si par contre l'énergie n'est pas mise dans une action constructive ou qu'elle est trop inconfortable, alors l'énergie tourne en boucle en nous et perturbe nos fonctionnements. J'essaie d'accompagner les patients à repérer une émotion utile et à penser à évacuer les autres avec l'EFT, pour se libérer vraiment et retrouver un état d'être le plus confortable possible au regard de la situation.

Je pense à un patient qui avait un cancer des ganglions, submergé d'une part par une grande colère contre son ex-femme, une colère en fait alimentée par la conviction que leurs conflits pendant la procédure de divorce étaient à l'origine du déclenchement de son mauvais état de santé. Que ce stress ait eu un lien ou non avec sa maladie ne changeait pas le fait que cette colère, à cet instant précis, n'était pas utile, dans le sens où elle n'était pas constructive, car elle ne lui permettrait jamais, de toute façon, de revenir dans le passé pour mettre en place d'autres actions envers son ex-femme ou travailler à optimiser sa gestion émotionnelle à ce moment-là de sa vie. Cette colère le desservait à ce moment précis et était donc inadaptée, compte tenu de la situation, donc à évacuer avec l'EFT !

Dans les ressentis de ce monsieur, on pouvait par contre, parallèlement, trouver une colère vis-à-vis de son oncologue qui était un monsieur fort compétent, mais peu psychologue et peu enclin à écouter les interrogations et les inquiétudes de son patient. Or, ce monsieur avait vraiment besoin d'une écoute et de réponses à ses questions. Donc cette colère, à ce moment-là, contre cet oncologue, a été le moteur du courage et de l'énergie dont il a dû faire preuve pour demander à changer de médecin dans la structure qui le prenait en charge. La colère s'est envolée d'elle-même une fois qu'il a trouvé le médecin, l'oncologue qui lui convenait. Par contre, si aucun changement de médecin n'avait été possible, il aurait été important de l'aider à évacuer sa colère vis-à-vis de cet oncologue, afin qu'il puisse avoir un angle de perception qui lui permette d'établir un lien de confiance avec son médecin pour pouvoir apprécier à sa juste valeur ses compétences médicales.

Maria : Oui, il faut bien faire la part entre l'émotion qui a peut-être été à l'origine de la maladie ou du problème effectivement, et les émotions que peuvent vivre les patients à ce moment-là. Il y en a qui peuvent être plus ou moins utiles à la guérison ou en tout cas, au bien-être sur le moment.

Yvette : Oui, et il est vrai que la boussole interne que nous avons en nous, qui nous dirige quand même instinctivement vers plus de confort, est un indicateur intéressant pour faire le tri dans nos émotions.





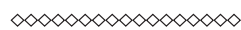
Maria: J'imagine que tu dois travailler parfois avec des patients qui ne sont plus en mesure de s'exprimer ou de bouger. Comment est-ce qu'on peut continuer, malgré tout, à aider ces personnes avec l'EFT?

Yvette: L'idéal est effectivement d'avoir établi un lien de connaissance, et surtout de confiance, avec le patient avant que son état se complique, de sorte que, dans ce cas, je puisse savoir les événements, les circonstances ou l'état physique qui pourraient être source, pour ce patient, de stress, d'angoisse, de peur ou de souffrance quelconque.

Dans ce cas, je peux me synchroniser sur son psychisme et pratiquer sur lui, ou éventuellement sur moi, des points de stimulation en exprimant ce qui me semble être ce qu'il pourrait avoir sur le cœur, en précisant, bien sûr, qu'il se sente tout à fait libre de prendre pour lui les phrases, les pensées, les ressentis qui lui sont adaptés. En fait, dans ce cas, nous faisons juste au mieux en tant que thérapeutes! Je pense que les bonnes intentions sont essentielles et font déjà beaucoup, dans ces moments-là.

Maria: Oui, bien sûr, la personne va sentir les bonnes intentions et l'attention qui lui est accordée. Il y a déjà cela. C'est un beau cadeau.

Yvette: Je pense.



Maria: Et la famille et les proches, dans tout cela, Yvette ?

Yvette: Ah oui, c'est important aussi.

Maria: C'est un gros chapitre.

Yvette: C'est un gros chapitre effectivement, et l'EFT est là aussi un outil bienvenu, parce que les proches ont vraiment tout intérêt à avoir accès à une technique de gestion émotionnelle efficace. La position d'aidant n'est pas forcément plus simple à vivre que la position de patient. Les aidants vivent aussi le choc de l'annonce du diagnostic, et en plus du choc, ils se mettent tout de suite en situation de soutien à la personne malade en tentant d'apaiser et d'accompagner les réactions, les émotions.

Les proches viennent naturellement enfouir leur ressenti, jusqu'à parfois les nier. Il est fréquent d'observer de la culpabilité chez eux s'ils se laissent aller à un moment émotionnel où ils sont centrés sur eux, comme s'ils n'avaient pas ce droit-là, comme si leur souffrance n'était pas légitime en regard du vécu de leur proche souffrant. Parallèlement, nous pouvons observer, dans certains moments de solitude ou même postdeuil, un craquage émotionnel, une abréaction qui les laisse souvent très démunis.

Il peut être important, en tant que thérapeute, d'expliquer aux proches l'importance de penser à eux, de prendre soin d'eux, d'accueillir leurs émotions, leurs pensées, pour mieux être en mesure, avec l'EFT, d'avoir une action sur eux-mêmes, éventuellement d'accompagner leurs proches, et surtout de faire un libre choix quant à ce qu'ils ont envie de ressentir ou non. Il peut être là aussi important de leur apprendre à faire la différence entre les émotions utiles ou celles qui les desservent ou non, celles qui sont adaptées ou non. Par exemple, nous pourrions stimuler sur: « *Même si, quand je m'imagine dans ma maison sans mon mari après son départ, je me sens angoissée et que je me dis que je ne pourrai jamais m'en sortir seule, je m'aime et je m'accepte profondément et c'est peut-être bien normal que d'avoir peur de l'inconnu.* » Nous pouvons autant travailler sur les émotions ressenties dans le présent que sur des projections angoissantes pour le futur.



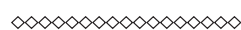
Il est aussi important de guider les proches dans l'enchaînement du traitement émotionnel. Je me souviens d'une dame qui avait une sclérose en plaques en phase terminale, dont le mari était en grande souffrance face à la fin de vie de sa femme. Il avait choisi de travailler à apaiser ses émotions face à l'image de sa femme qui était aphasique, dans une rigidité motrice, dans un lit médicalisé à domicile. Il avait donc évacué toute cette souffrance de la voir ainsi.

Une fois plus serein, en fait, il s'est retrouvé face à un gros sentiment de culpabilité et de colère envers lui-même de s'être autorisé à devenir aussi confortable devant l'état de souffrance de sa femme. Il aurait pu être intéressant de travailler en premier lieu sur l'autorisation de vivre plus confortablement auprès de son épouse afin que ce monsieur s'épargne cette culpabilité éprouvante. En tous cas, l'EFT a encore été là pour le libérer pleinement. Il a ainsi pu accompagner son épouse avec plus d'énergie, de bonne vibration et, par voie de conséquence, rassurer sa femme, consciemment ou inconsciemment, et lui donner l'autorisation de partir plus librement, avec moins de culpabilité de laisser son mari dans un état de profonde tristesse. Vous l'aurez bien compris, vous faire du bien à vous, aidants, viendra aussi soulager votre proche malade qui, dans ces périodes particulières, est encore plus sensible, consciemment ou inconsciemment, aux émotions de l'entourage, qu'il capte encore plus facilement. Les blocages que peuvent rencontrer un proche de personne malade sont par exemple :

- ◆ la peur de parler de la mort;
- ◆ la peur de dire leurs sentiments – combien de personnes n'osent pas dire « Je t'aime » à leur proche malade?;
- ◆ la peur de l'après;
- ◆ la peur de craquer physiquement et émotionnellement si la maladie dure trop longtemps;
- ◆ la peur de ne pas être présent au moment du décès.

Il y a donc vraiment beaucoup de choses à prendre en compte, et prendre le temps avec l'aidant est quelque chose de très important.

Maria : Oui, le droit de continuer sa propre vie et lutter contre la culpabilité, comme quoi il faudrait que ma vie s'arrête pour que j'aide ma mère qui est malade. Cela peut être très lourd.



Maria : Tu travailles aussi avec des personnes, dans ce cadre, confrontées à l'angoisse de la mort.

Yvette : Oui, il y a beaucoup d'angoisse de mort dans ces moments de la vie. L'angoisse de mort est quelque chose d'un peu particulier à travailler. La difficulté, avec ce genre d'angoisse, est l'aspect trop vaste et non spécifique. C'est-à-dire que le risque de travailler sur ce concept est de ne pas être suffisamment précis pour être efficace et libérateur, même avec un outil comme l'EFT.

Donc vraiment, la première question est : « Sur quoi travailler précisément? Que se cache-t-il derrière l'angoisse de mort? »

- ◆ Est-ce que c'est la peur de la douleur?
- ◆ Est-ce que c'est la peur du moment où le cœur s'arrête?
- ◆ Est-ce que c'est la peur d'être seul à ce moment-là?
- ◆ Est-ce que c'est l'angoisse du "rien" après la mort?
- ◆ Est-ce que c'est la crainte d'aller en enfer, pour les personnes croyantes qui porteraient une culpabilité liée à des actions de vie?
- ◆ Est-ce que c'est la crainte que leurs proches vivent mal la perte ou gèrent mal l'après?



Les angoisses, les peurs, les appréhensions peuvent être vraiment diverses et variées, là encore. Il faut prendre un temps pour trouver la bonne cible. La vraie origine de la peur n'est pas une étape à négliger, même si on est bien d'accord qu'il y aura certainement une évolution de la cible au fur et à mesure du traitement émotionnel.

Donc nous allons prendre un exemple pour essayer d'être un peu plus clairs. Je me souviens d'un monsieur qui était un ancien militaire et un ancien commando qui souffrait d'un cancer terminal du pancréas. Ce monsieur, qui avait été formaté toute sa vie professionnelle à nier la souffrance, à être battant face aux épreuves de la vie, se retrouva vraiment en difficulté face à sa santé qui se dégradait rapidement. *« Le combat, pour la première fois de ma vie »,* me dit-il *« est perdu d'avance »*. Il était submergé d'angoisse de mort. Après quelques échanges, et avec beaucoup d'humilité, il m'avoua qu'il était submergé d'angoisse d'être dans ce non-contrôle de son histoire de vie. Contrôler ses émotions, sa survie, avait été une des plus grandes fiertés de sa vie et avait construit toute sa vie. Il se sentait réduit à néant et complètement dévalorisé de ne plus contrôler et diriger son chemin de vie. Nous avons donc en premier lieu à travailler sur: *« Même si en ressentant la maladie m'envahir, j'ai l'impression de ne plus être que l'ombre de moi-même, que je me transforme en chochette, que cela me met en colère et m'angoisse terriblement, je m'aime et je m'accepte profondément. »*

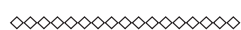
En travaillant sur cette cible, son cerveau nous a amenés à des cibles de l'enfance où son père, un homme strict assez violent, ne lui a pas laissé la place à ses émotions. Dans ces angoisses de mort, il m'avoua ensuite qu'il avait très peur de souffrir physiquement. Il avait des images mentales comme quoi il s'imaginait se tordre de douleurs abdominales et presque mourir d'épuisement et ce, malgré le discours médical rassurant quant à l'adaptation des traitements antalgiques disponibles afin de le préserver de cela. Nous avons donc travaillé sur: *« Même si je suis convaincu que le médecin me ment et que je vais souffrir terriblement au fur et à mesure de la maladie, que cela me fait peur, je m'aime et je m'accepte profondément et c'est bien normal d'avoir peur de souffrir. »*

Maria: D'accord. Et ces rondes EFT ont pu apporter un apaisement pour ce monsieur ?

Yvette: Oui, tout à fait. Alors il a été dans une ouverture, une potentialité quant à la véracité du discours médical et finalement, oui, il est venu se soulager de lui-même et retrouver un climat de confiance, d'écoute vis-à-vis du discours médical. J'ai pu en profiter pour lui montrer l'utilité de l'EFT dans le traitement des symptômes douloureux. Nous avons aussi travaillé forcément à nettoyer certains moments de sa vie où le monsieur avait enduré des souffrances physiques afin de libérer ces souffrances passées, ainsi que la charge émotionnelle qui y étaient rattachée pour déjà se décharger d'un tiers de ses douleurs présentes et libérer ces sensations. Le monsieur a pu être plus apaisé, bien plus dans la confiance et le lâcher-prise, et il fut vraiment heureux de voir qu'il pouvait encore être dans ses sensations et avoir une action sur elles. Au moment de sortir de sa chambre, d'ailleurs, je me souviens, il m'a dit: *« Bon, eh bien maintenant, il n'y a plus qu'à former mes collègues de l'armée parce qu'ils sont durs à l'extérieur et souvent chamallow en dedans ! »* J'ai trouvé cela très chouette.

Maria: Voilà, à bon entendeur, il faudrait proposer des formations EFT aux légionnaires et à l'armée ! Je sais qu'il y a déjà des personnes qui travaillent avec des pompiers et des gendarmes, qui voient effectivement beaucoup de situations traumatisantes au quotidien.

Yvette: Donc à développer.





Maria: Pour conclure cet entretien, Yvette, peux-tu nous proposer une façon pratique? Nous allons faire une ronde de tapping pour les personnes qui souffrent d'un décès, parce que les soins palliatifs, souvent, se soldent par un décès, par un départ. Comment accompagner le deuil de ceux qui restent ?

Yvette: Pour vraiment aider quelqu'un en deuil, il est déjà important de comprendre ce que cette personne est en train de vivre. En effet, beaucoup de personnes ont des idées complètement fausses sur les besoins réels d'une personne en deuil et ils ignorent tout de la réalité du processus de deuil. C'est peut-être le cas pour certains d'entre vous. Cette méconnaissance risque de vous conduire à faire des erreurs qui peuvent blesser involontairement, alors que vous pensiez faire du bien !

Que vous soyez thérapeute, proche d'un aidant, en deuil, la personne que vous accompagnez traverse des bouleversements dont nous avons tous du mal à imaginer la profondeur quand nous n'avons pas vécu cela. Dans les mois à venir, cette personne va avoir des émotions, des comportements que vous allez peut être juger « inhabituels » ou « anormaux », par exemple :

- ◆ le besoin de parler sans cesse de la personne disparue ;
- ◆ le besoin de mettre partout ses photos ou de porter ses vêtements ;
- ◆ le fait de souffrir d'une culpabilité démesurée – à vos yeux, bien entendu ;
- ◆ ou d'éprouver de la colère ;
- ◆ ou encore d'être plongée dans une détresse qui semble sans limites.

D'un autre côté, la personne peut aussi vous paraître calme et souriante. Elle va au cinéma et accepte d'aller dîner chez des amis. De là, vous pouvez facilement vous imaginer que, finalement, elle ne va pas si mal que cela et que, six mois après le décès de la personne qu'elle aime, elle est déjà en train de reprendre du poil de la bête. La réponse est claire et nette : si la personne endeuillée n'a pas utilisé des outils de gestion émotionnelle efficace comme l'EFT, par exemple, c'est totalement faux ! Dans l'immense majorité des cas, ce que vous montre cette personne est une façade : elle ne veut pas déranger, ne veut pas faire peser sa peine sur vous. Mais la réalité est qu'elle est dans une souffrance et dans une détresse que vous avez réellement du mal à concevoir si vous n'êtes jamais passé(e) par là vous-même.

Comprenez que toutes ces émotions et tous ces comportements sont strictement normaux. Mais ce n'est pas pour cela qu'on ne peut rien faire pour apaiser et soulager la personne endeuillée. Le besoin le plus fondamental d'une personne en deuil est de parler de la personne qu'elle a perdue, de parler de ses ressentis. Ce besoin va être présent en elle pendant très longtemps. Apprendre l'EFT à cette personne en souffrance va lui permettre de l'employer pour aider son cerveau à faire plus rapidement son travail de deuil. L'EFT va aider la personne endeuillée à s'autoriser à parler du défunt, de ses sentiments, à travailler sur la culpabilité, la colère, le sentiment d'injustice, etc., que ce soit même en parfaite autonomie ou du coup, pour travailler à s'autoriser à en parler un peu plus facilement à ses proches.

L'EFT va permettre de nettoyer toutes les images mentales négatives liées au défunt, empêchant le proche de se ressourcer à travers des moments agréables du passé. Cela me fait penser à une dame qui était venue me voir au cabinet et qui était encore en plein deuil de son mari décédé il y avait plus de 10 ans. Alors qu'elle était consciente, intellectuellement parlant, de toutes les merveilleuses années qu'ils avaient passées ensemble, elle n'avait accès à aucune image ou moment positif rattaché à ces années de bonheur. Seules les images de son mari amaigri, dans le coma, sur son lit d'hôpital envahissaient son esprit. Nous avons travaillé sur ces images perturbantes avec une phrase de préparation qui ressemblait à celle-ci : *« Même si je suis envahie par cette image de lui qui me fait encore tellement souffrir à 9/10 et que je me dis que je n'aurai plus jamais accès à des pensées heureuses concernant mon mari, je m'aime et je m'accepte totalement. »*



Après quelques rondes qui ont apaisé l'intensité de sa souffrance après un retour sur l'image de son mari sur son lit d'hôpital, c'était devenu beaucoup plus confortable, mais par contre, était venu à ce moment-là un sentiment de culpabilité. Donc: « *Même si je culpabilise si fort d'avoir cette image dégradée de lui alors qu'il était si attaché à son image d'homme fort et sécurisant et que j'ai l'impression de le trahir, je m'aime et je me respecte totalement.* » Après quelques rondes, la culpabilité s'est envolée, l'image avait presque disparu et il lui était difficile de faire venir d'autres images que celles liées à leur moment de bonheur avant la maladie. Nous avons encore fait quelques rondes pour peaufiner et la dame a pu parachever son travail de deuil tranquillement. Si vous êtes dans cette situation où vos pensées sont encore trop imprégnées d'images liées à la maladie, nous pouvons le faire ensemble.

Maria: Oui, je vais le faire avec toi. J'invite toutes les personnes à se connecter à un deuil, récent ou non, ou – si nous avons la chance de ne pas avoir vécu cela –, nous pouvons le faire pour un proche.



Tapping pour un deuil

- ☞ Point karaté (PK): « *Même si je suis envahie par cette image de la maladie qui me fait encore tellement souffrir dans mon cœur et dans mon corps et que je me dis que je n'aurai jamais plus accès à des pensées heureuses, je m'aime et je m'accepte profondément. Et c'est bien normal d'avoir été marqué(e) par ces moments difficiles.* »
- ☞ « *Même si je suis envahie par cette image de la maladie, je m'aime et je m'accepte totalement.* »
- ☞ « *Même si je me sens envahie par toutes ces images qui me font souffrir dans mon cœur et dans mon corps, et que je n'arrive pas à dépasser cela, je m'aime et je me respecte totalement.* »
- ☞ Dessus de la tête (DT): « *Cette image qui m'obsède de cette personne que j'aime, malade. Ce moment qui me revient sans cesse à l'esprit, même dans mes rêves.* »
- ☞ Début du sourcil (DS): « *À chaque réveil, cette image dans ma tête* »
- ☞ Coin de l'œil (CO): « *Ce moment où il était si mal* »
- ☞ Sous l'œil (SO): « *Je suis encore angoissé(e) quand j'y repense* »
- ☞ Sous le nez (SN): « *Il n'était plus que l'ombre de lui-même* »
- ☞ Creux du menton (CM): « *C'était tellement éprouvant* »
- ☞ Sous les seins (SS): « *Je porte en moi encore toute cette tristesse quand j'y repense. C'est peut-être normal que mon cerveau ait besoin de travailler sur ces images.* »
- ☞ Sous les bras (SB): « *Je ne peux pas m'autoriser à me libérer de ce mal-être.* »
- ☞ Bord du pouce (P): « *Il a tellement souffert, je n'ai rien pu faire.* »
- ☞ Bord de l'index (I): « *C'est ma façon à moi de lutter contre ma culpabilité de ne pas avoir pu le sauver.* »
- ☞ Bord du majeur (M): « *Une partie de moi ne croit toujours pas à ce qui s'est passé.* »
- ☞ Bord de l'auriculaire (A): « *Je peux peut-être me soulager de ces pensées douloureuses.* »

- ☞ PK: « *Même si je ne suis pas tout à fait prêt(e) à couper le lien perturbant qui me rattache à lui/elle.* »
- ☞ Point de gamme (PG): « *Je prends conscience que le lien le plus fort est cette bonne énergie quand je pense à lui.* »
- ☞ DT: « *Je peux peut-être me permettre de nous libérer, tous les deux, de ce passé douloureux.* »
- ☞ DS: « *Même si je ne sais pas trop comment cela peut se faire.* »
- ☞ CO: « *C'est difficile encore.* »
- ☞ SO: « *Je peux choisir maintenant de m'ouvrir à nouveau à ces bons souvenirs en commun.* »
- ☞ SN: « *On a passé tellement de bons moments, et ces bons moments sont immortels.* »

Yvette: Je vous propose de bien respirer.



Maria: Et bien sûr, si cela n'a pas soulagé tout le deuil, toute la douleur, continuez tranquillement à tourner sur les points. Mettez sur pause, si vous avez besoin, refaites les rondes. Nous, nous allons conclure ce vaste sujet. Comment pouvons-nous conclure là-dessus, Yvette ?

Yvette: Je vous propose de vous donner une petite indication qui mérite une certaine réflexion. Il est intéressant de savoir que le deuxième rapport de l'Observatoire national de la fin de vie montre que 80% des Français souhaiteraient passer leurs derniers instants chez eux. Mais seulement 25 % des décès surviennent à domicile. Ce qui fait de la France l'un des pays européens où l'on meurt le moins à domicile. L'accès aux soins médicaux reste donc à améliorer à la maison, mais aussi il a été souligné que les causes d'une hospitalisation pas forcément désirée à l'origine étaient aussi dues à un *burn-out* des aidants à domicile, mais aussi de trop grosses angoisses du patient chez lui.

L'EFT peut être une solution efficace pour agir du côté du psychique et faire évoluer ce décalage de pourcentage entre le souhait des personnes malades et la réalité des faits – ce décalage n'a d'ailleurs pas évolué, malheureusement, depuis 1990. Peut-être que l'EFT va pouvoir faire changer ces données à l'avenir, je le souhaite.

Maria: Mais oui, bien sûr, nous aussi, c'est notre plus grand souhait, Yvette. Merci beaucoup pour ces pistes que tu as partagées aujourd'hui.

Yvette: C'était un grand plaisir.

Maria: Et merci à toi d'œuvrer à faire connaître l'EFT en milieu hospitalier et ailleurs, aussi à travers tes émissions télévisées qui permettent de faire connaître ces pratiques. Nous allons retrouver nos auditeurs dans le tchat pour les questions/réponses dans quelques instants.

Yvette: À tout de suite !

Maria: Merci Yvette.