

Hyperacousie

Dr Anne-Marie Piffaut

Témoignage du praticien

J'ai longtemps pratiqué des rééducations de la voix de l'articulation et du langage et ai arrêté la chirurgie depuis 1995 pour me consacrer principalement à la prise en charge psychosomatique des troubles ORL et en Phoniatrie. Je tenais à vous faire part du bonheur de pratiquer l'EMDR et de constater ses résultats dans ma spécialité

ORL. Je ne suis jamais arrivée à **guérir** des patients présentant une hyperacousie douloureuse en utilisant l'Analyse transactionnelle et les thérapies comportementales et cognitives.

L'EMDR

Le sigle EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) se traduit littéralement par «désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires ». Toutefois, l'appellation française officielle est intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires - bien que l'on s'en tienne généralement à EMDR. Mise au point dans le courant des années 1980, l'EMDR est spécifiquement reconnue pour le traitement des personnes ayant subi des traumatismes importants, et souffrant du syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Grâce au processus neurologique mis en oeuvre par cette thérapie, le cerveau « intègre » ou « digère » les résidus dysfonctionnels du passé jusque-là restés insidieusement éveillés. À la suite de cela, les souvenirs sources d'angoisse diminuent progressivement leur charge affective, en mettant fin à la souffrance et aux réactions généralement associées (crises de panique, peurs incontrôlées, anxiété, compensations de toutes sortes, etc.).

De plus en plus, l'indication de l'EMDR s'est étendue aux phobies et aux affects dépressifs – suivant l'idée qu'un grand nombre de problèmes personnels découlent d'expériences difficiles vécues dans l'enfance.

Considérée comme une thérapie brève, l'EMDR nécessite une procédure et un cadre rigoureux. Bien que la thérapie ait recours à des pratiques psychothérapeutiques classiques, sa caractéristique est l'utilisation de la stimulation double (visuelle, auditive ou tactile). Tandis que la personne replonge intensément dans ses souvenirs, le thérapeute intervient régulièrement pour provoquer une stimulation sensorielle, comme déplacer rapidement ses doigts devant les yeux de la personne qui doit alors les suivre tout en gardant la tête fixe.

Les personnes souffrant d'hyperacousie ont tendance à s'isoler. Elles arrêtent de travailler ne supportant plus les bruits supportés par la plupart des gens. Elles deviennent phobiques craignant de s'exposer à des bruits qu'elles ne supporteraient pas. Elles ont peur de ces bruits et anticipent que ça va mal se passer si elles se

promèment dans la rue du fait des voitures ou des motos ou d'un chien qui aboie. J'en ai reçu plusieurs placées en invalidité. Elles sont obligées de porter un casque pour se protéger des bruits extérieurs. Certaines ne supportent pas ce casque. Leur situation est aggravée par les acouphènes si elles en souffrent. En effet elles se sentent coincées : si elles s'isolent pour se protéger du bruit elles perçoivent encore plus leurs acouphènes, si elles s'exposent aux sons pour masquer les acouphènes, l'intolérance aux bruits prend le dessus. Elles sont désespérées.

Depuis que j'utilise l'EMDR, ces personnes motivées par leur psychothérapie guérissent. Marie qui souffrait d'hyperacousie depuis douze ans, en arrêt de travail à cause de ce trouble, m'a fait remplir un document où j'ai noté sous sa dictée qu'elle se disait guérie. Ce certificat était destiné à son médecin du travail pour éviter l'invalidité, démarche qui était en cours.

Elle a exploré plusieurs canaux de chaînes associatives en séance d'EMDR, jusqu'à l'apparition d'un souvenir horrible. Les bruits, les paroles, tous les souvenirs auditifs et les émotions liés à cet événement, les croyances négatives à propos d'elle-même ont été traités grâce à cette méthode.

Seule l'EMDR a permis de traiter l'hyperacousie jusqu'à sa disparition. J'ai reçu cette personne 7 fois, $\frac{3}{4}$ d'heure. Avant l'EMDR je suis arrivée à recevoir jusqu'à deux ans les patients hyperacousiques à raison d'une séance tous les quinze jours avec pour résultat une amélioration de leur confort et encore pas toujours. Le bonheur de cette dernière patiente était tel que j'ai tenu à le partager. Il en va de même pour les patients souffrant de troubles chroniques ORL ayant pour cause **un stress post-traumatique** (DSM IV). J'ai reçu principalement des patients souffrant d'acouphènes, de vertiges, de surdité brusque, mais aussi d'obstruction nasale avec anosmie, de polyposé nasale, de troubles de la voix et du fait de mon orientation en audiophonologie des enfants souffrant de bégaiement, de retard scolaire en association avec des troubles de l'attention, des tics, d'énurésie, d'encoprésie ou de troubles du sommeil.

La prise en charge psychosomatique s'adresse à des personnes motivées sans quoi les résultats attendus seront décevants. Elle nécessite une participation active tant du thérapeute que du sujet lui-même. Sans lui le thérapeute ne peut rien.

E 24, NUMÉRO 2 RQPA Oreille bruyante

Docteur Anne-Marie PIFFAUT, ORL et Phoniatre, s'oriente vers la psychosomatique en 1995. Elle a reçu plus de 3000 sujets souffrant de troubles chroniques principalement d'acouphènes, de vertiges et d'hyperacousie. Elle utilise les psychothérapies de façon intégrative : analyse transactionnelle, hypnose, TCC, techniques d'affirmation de soi et EMDR, thérapie de la désensibilisation et du retraitement de l'information par les mouvements oculaires créée par Francine Shapiro aux USA en 1987, appliquée au traitement du stress post-traumatique.

Bibliographie :

Docteur Jean Cottraux sur « la psychosomatique et la médecine comportementale »,

Docteur Anne-Marie Piffaut : « l'acouphène dans tous ses états » Editions L'Harmattan

Francine Shapiro « Des yeux pour guérir ».

(LICENCE : © 2014 API Listen Psychosomatique - Tous droits réservés)