

## LA PERSONNE AU CŒUR DU PROBLEME

### PRISE EN CHARGE PSYCHOSOMATIQUE DES TROUBLES ORL CHRONIQUES Acouphènes, vertiges, maladie de Menière (hydrops), surdité brusque, hyperacousie.

#### Apport de l'EMDR<sup>[1]</sup>

Résumé de la conférence aux journées de l'association Sourdeine

avec le Bucodes Surdifrance, Fouesnant le 10 juin 2016

**Dr Anne-Marie Piffaut <sup>[2]</sup>, ORL, Phoniatre, Psychothérapeute à orientation psychosomatique.**

La prise en charge psychosomatique s'adresse à des patients motivés. Tous sont « bilantés » afin d'éliminer une cause qui peut être traitée en Oto-Rhino-Laryngologie. La plupart disent avoir tout essayé sans résultat : médecines allopathique ou complémentaire, para-médecine (rééducation vestibulaire, orthoptie, orthophonie), chirurgie. Face à un symptôme résistant, penser à une cause socio-psychologique, aux facteurs de stress associés, aux aléas de la vie tout simplement... La chronicité des troubles peut mettre « la puce à l'oreille » non seulement des plaignants mais aussi des soignants.

#### **Qu'est-ce qui ne va pas ? Qu'est-ce qui ne va pas dans la vie ?**

- 50% des patients retrouvent une cause : Evènement(s) de vie (cause) et d'autres symptômes surajoutés qui sont une source de contrariété (cause et conséquence).
- Les acouphènes invalidants représentent 5 à 10% des acouphènes ce qui signifie que les ORL savent les traiter dans 90 à 95% des cas. Parfois, souvent, la « la nature fait bien les choses ».

Les bilans réalisés ont établi un diagnostic, les traitements classiques médicaux et paramédicaux sont prescrits mais les patients ne sont pas satisfaits. Ils entendent « C'est nerveux », « Habituez-vous », « On ne peut rien pour vous » ce qui est faux car dans ce cas, le praticien est confronté à un sentiment d'impuissance et pour le patient il reste la prise en charge psychosomatique.

#### **La prise en charge psychosomatique**

La première consultation permet de préciser le cadre et de fournir de nombreuses explications anatomo-physiologiques. Elle renseigne aussi sur les pathologies et les actes médicaux et chirurgicaux pratiqués. Le patient a besoin d'explications qui tranquilisent. Par exemple, es acouphènes sont perçus au niveau du cortex cérébral (conscience) ou en sous-cortical (subconscients) en lien avec les centres de la vigilance, des émotions et de la mémoire. Certaines personnes vont percevoir des sifflements (par exemple dans les efforts à glotte fermée, en tournant la tête exagérément ou en serrant les mâchoires) et ne vont pas s'en inquiéter. D'autres vont en faire une maladie. Pourquoi ? Ce n'est pas tant l'acouphène qui est gênant que la perception (l'idée) qu'on en a.

Tout le monde entend un sifflement dans le silence. Les cellules trophiques fabriquent du bruit (otoémissions acoustiques). Certains les tolèrent, d'autres pas... Il semblerait même que chez les patients les plus gênés, l'intensité des bruits émis par l'oreille ne dépasserait pas 15-20 dB. Pourquoi la personne ne tolère-t-elle pas ses acouphènes ?

Quelle est l'influence des émotions sur la production et/ou la perception des acouphènes ? On notera l'influence des facteurs de stress, de la fatigue, des excitants, du surmenage physique ou intellectuel, avec pour conséquence : l'irritabilité. Mais certaines personnes disent « Mes Acouphènes augmentent ou diminuent quand je me repose » d'autres disent « Ils augmentent ou diminuent quand je m'active ». Chaque personne est unique et a besoin d'être écoutée avec beaucoup d'attention.

Le patient va ensuite accomplir les tâches proposées pour établir des liens entre les situations les pires de sa vie et l'apparition des symptômes. Il va pratiquer des exercices de respiration (cohérence cardiaque), de méditation ou s'activer selon la nécessité. Il remplira un tableau sur une semaine précisant les moments où les acouphènes sont les plus intenses et les reliera à des pensées, des situations, des actions sources d'émotions. Ces émotions sont-elles dues à de la colère, de la tristesse, de la honte ou de la culpabilité ? S'il établit toutes ces recherches cela prouve sa motivation.

Il évoque dès la deuxième séance plusieurs situations de crise qui réveillent les symptômes : vertiges, surdité, acouphènes. ... Elles seront traitées en thérapies comportementale et cognitive, par les techniques d'affirmation de soi qui apprennent à gérer les conflits interpersonnels à l'origine des difficultés et de la non acceptation des symptômes. L'hypnose, l'analyse transactionnelle, la cohérence cardiaque, la médication contribuent à mieux comprendre et mieux supporter les symptômes. Parfois ces thérapies pratiquées de façon intégrative ne suffisent pas car le patient souffre d'un stress post-traumatique. Il a vécu des événements tellement insupportables qu'il n'arrive pas à les métaboliser et à passer à autre chose.

## **L'EMDR**

Si les thérapies proposées ont rendu de grands services elles restaient insuffisantes pour traiter les cas de plus en plus difficiles. Ces personnes avaient subi de graves traumatismes. Rien ne les satisfaisait. Que faire de plus ? C'est alors que David Servan Schreiber est arrivé en France, il nous a sensibilisés et formés ensuite à l'EMDR. Nous l'avons tout de suite mise en pratique, l'appliquant tout d'abord aux cas complexes puis à tous les patients souffrant de troubles fonctionnels chroniques sans préjuger du caractère de gravité des situations présentées et qui les faisaient souffrir.

Selon les conseils de David Servan Schreiber, nous demandons d'établir une liste des situations les pires de la vie et les meilleures, des plus anciennes aux plus récentes. Nous les traitons les unes après les autres. Chaque séance d'EMDR dure une heure trente en moyenne.

**Le thérapeute** a besoin du consentement (motivation) du patient, de vérifier s'il existe des bénéfices secondaires, de construire une relation thérapeutique de confiance (protection). L'EMDR ne sera jamais pratiquée d'emblée car il est nécessaire d'évaluer les conditions de vie et le soutien de l'entourage, la stabilité et la force du MOI du patient. Il doit vérifier

l'authenticité du récit, évaluer les capacités de prendre le temps, comme la disponibilité du patient. Il agira différemment selon le type de trauma (pratiques différentes selon le trouble). Il établira un « Lieu sûr » réel où le patient se trouve au *calme* et en *sécurité*. Elle se déroulera en six étapes ce qui explique la durée d'une heure et demi pour chaque séance.

L'EMDR est une psychothérapie qui entraîne le **déblocage du système nerveux** et permet au cerveau de **retraiter** l'expérience traumatique. C'est le patient qui active le processus de guérison et qui en garde le contrôle exclusif. Les SBA (stimulations bilatérales alternées) sont centrées sur une cible, la scène traumatisante de départ à l'origine des émotions et les croyances négatives. L'EMDR agit sur les réseaux de la mémoire. Le traumatisme resté bloqué, se libère. Les SBA diminuent les émotions (donc les symptômes). Une fois que la détresse du sujet est passée à zéro, il part sur des croyances et des images positives. Il voit les choses autrement. Il obtient une meilleure image de lui-même.

On peut dire que l'EMDR a bouleversé notre pratique et la vie des patients pour leur plus grand bien. Notre pratique porte sur plus de 7500 patients. A partir de 2003, le nombre de séances a diminué du fait de l'apport de l'EMDR et de la méditation consciente. La satisfaction s'est très nettement améliorée avec l'EMDR pratiquée de façon intégrative. Depuis 2013, nous les recevons à raison de six séances en moyenne par patient avec l'ajout de la cohérence cardiaque et de TIPI alors que d'après France Acouphènes, les patients consultent leur ORL une dizaine de fois par an quand les acouphènes sont récalcitrants. Nous sommes en droit d'affirmer que la psychosomatique pratiquée de façon intégrative alliant plusieurs psychothérapies apporte de nombreuses satisfactions.

### **Lire :**

« *Des yeux pour guérir* » de Francine Shapiro

« *EMDR* » de Jacques Roques

« *Guérir* » de David Servan Schreiber

« *Comment guérir son corps avec son esprit ?* » et « *L'acouphène dans tous ses états* » édités en ligne sur [www.bookelis.com](http://www.bookelis.com) par le Dr Anne-Marie Piffaut

### **En résumé**

#### **Les différentes psychothérapies proposées jusqu'en 2000**

*Elles ont fait preuve de leur efficacité dans 65% des cas, proposées de façon intégrative : les TCC (Thérapies comportementales et cognitives), l'AT (Analyse transactionnelle), l'ADS (Affirmation de soi) pour la gestion des conflits et des émotions. D'autres thérapies concernant la famille (constellations familiales, génogramme), l'Hypnose Ericksonienne sont venues compléter le panel existant, en cas de besoin.*

#### ***A partir de 2000 : Cas complexes***

*Mais en cas d'échecs des précédentes thérapies, que faire ? Identifier le problème et penser au PTSD (Post traumatic stress disorder). Une fois le diagnostic de stress post-traumatique établi on va utiliser l'EMDR (Eyes Movement Desensitization reprocessing). David Servan Shreiber, nous l'a enseignée et il a précisé que l'EMDR pouvait aussi être pratiquée même si les troubles ne relevaient pas du PTSD tel que décrit dans les DSM IV et V.*

## ***Autres possibilités thérapeutiques***

*A partir de 2013*

*Nous avons proposé d'autres solutions toujours exercées de façon intégrative car aucune se prévalant d'être supérieure à une autre: la cohérence cardiaque (enseignement de la pratique et réalisation au cabinet et à domicile) et la Mindfulness (méditation consciente). Elles sont pratiquées par le patient de façon régulière d'où la nécessité d'une motivation suffisante au quotidien afin d'en apprécier le résultat.*

*A partir de 2015*

*Nous avons ajouté TIPI (traitement d'identification des peurs inconscientes) et Auto-TIPI (enseignement, à faire dès que nécessaire) enseignés par Luc Nicon pédagogue. Cette pratique est à l'étude, pour les acouphènes.*

---

[1] EMDR Eyes Movement Desensitization reprocessing

[2] Dr Anne-Marie Piffaut, 2 allée des Griottes, 69210 Fleurieux sur L'Arbresle. T :06 35 33 01 58