

## Philippe Vignaud

Praticien hospitalier, psychothérapeute formé aux thérapies cognitivo-comportementales par EMDR<sup>1</sup> et MBCT<sup>2</sup>  
Cellule d'urgence médico psychologique 69  
Centre régional psychotraumatisme Auvergne-Rhône-Alpes  
Groupement hospitalier Centre – Hôpital Édouard-Herriot  
Lyon

# La place du cauchemar à la suite d'un événement psychotraumatique

<sup>1</sup> EMDR : Eye movement desensitisation reprocessing.

<sup>2</sup> MBCT : Mindfulness-based cognitive therapy.

<sup>3</sup> Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., et al. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med*, 46, 327-43.

<sup>4</sup> Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., et al. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety*, 20(131), 130-42.

<sup>5</sup> Par exemple, le sujet apprenant que l'EPT est arrivé à un membre de la famille ou un ami proche.

<sup>6</sup> Germain, A., Buysse, D. J. et Nofzinger, E. (2008). Sleep-specific mechanisms underlying posttraumatic stress disorder: integrative review and neurobiological hypotheses. *Sleep Med Rev*, 12(3), 185-195.

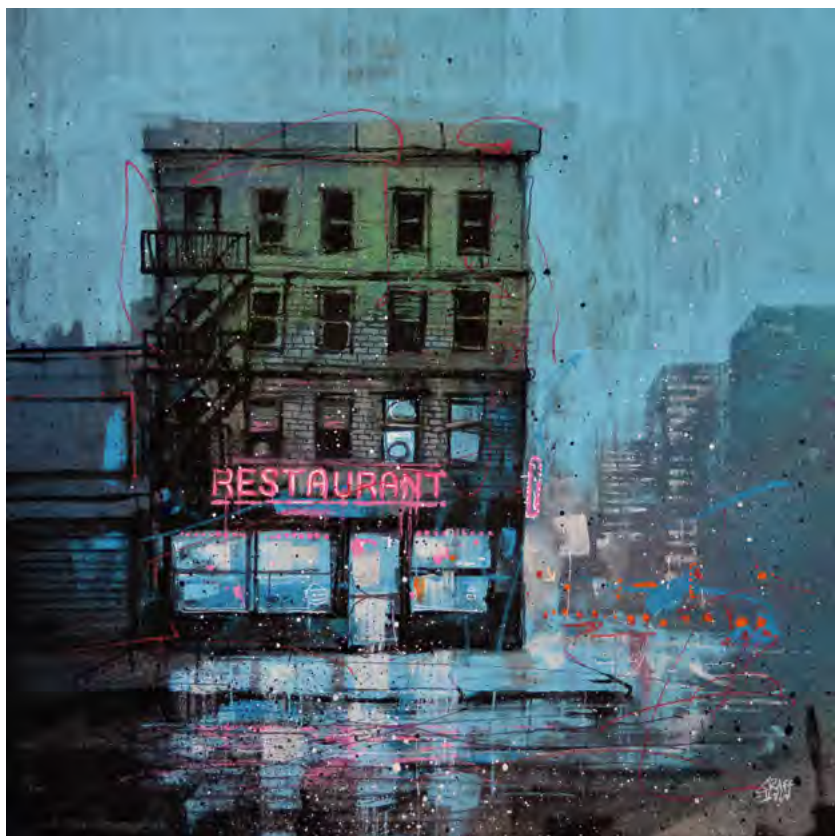
Environ 70 % de la population sont soumis à au moins un événement à potentiel traumatique (EPT) durant leur vie et 31 % en rencontreront au moins quatre au cours de leur vie entière<sup>3</sup>. Si, dans la grande majorité des cas, l'EPT est bien toléré sur le plan psychique, il peut aboutir à une pathologie psychiatrique nommée « trouble de stress post-traumatique (TSPT) ». La prévalence de ce trouble est évaluée entre 1,3 et 12,2 % selon les études<sup>4</sup>. Entre le *DSM IV-TR* et sa mise à jour en 2013, le *DSM 5*, les critères diagnostiques du TSPT ont évolué. Le trouble peut notamment être retenu si l'individu a été témoin indirect<sup>5</sup> « seulement » de l'EPT. Cependant, du fait de leur intérêt clinique, plusieurs critères ont été conservés, notamment dans le registre des perturbations du sommeil. Il s'agit plus particulièrement des symptômes de répétition survenant la nuit, c'est-à-dire lorsque l'individu est confronté à des rêves ou à des cauchemars, provoquant un sentiment de détresse et où le contenu et/ou l'affect du rêve sont en lien avec l'événement traumatique.

Ces cauchemars peuvent prendre des formes assez variées, soit en reprenant la scène de l'EPT de façon partielle ou complète, soit en déroulant une scène qui n'a qu'un lien indirect avec l'EPT. De plus, de façon non rare, les sujets souffrant de TSPT décrivent

des cauchemars en lien non pas avec l'EPT responsable du TSPT, mais avec des événements de vie stressants antérieurs à sa survenue. Outre le fait que le recueil de ses antécédents présente un intérêt clinique certain dans la rencontre avec le patient, on rappelle que la présence d'événements de vie stressants antérieurs à l'EPT est un facteur de risque de la survenue du TSPT.

La physiopathologie du TSPT n'est que partiellement élucidée. Elle proviendrait notamment d'une altération de la régulation du circuit de la peur, à différents niveaux. Premièrement, l'amygdale – une région anatomique faisant partie du système limbique, portant l'expression de la peur – aurait une activité anormalement élevée chez les sujets avec TPST. Deuxièmement, le cortex dorsomédial préfrontal, fonctionnant comme une sorte de chef d'orchestre de l'émotion – notamment en l'inhibant – aurait une activité diminuée. Il y a donc dans le TSPT une expression de peur excessive qui serait insuffisamment inhibée par les mécanismes de régulation. Cette perturbation s'exprime non seulement le jour, mais aussi la nuit. De plus, les structures anatomiques concernées participeraient aussi à l'équilibre entre veille et sommeil, expliquant que cette perturbation favorise la survenue des cauchemars<sup>6</sup>. Par ailleurs, dans une étude où une population avait récemment subi un EPT, les auteurs notaient que les réveils nocturnes étaient associés à une modification de l'architecture du sommeil paradoxal qui devenait plus fragmenté, se traduisant par des périodes de survenue plus brèves, mais plus fréquentes<sup>7</sup>. Comme le sommeil paradoxal est la phase préférentielle de survenue des rêves, il s'agit d'un résultat expérimental d'intérêt pour les sujets psychotraumatisés. Une partie de la littérature scientifique propose l'hypothèse selon laquelle les troubles du sommeil ne seraient pas seulement une conséquence symptomatique de la maladie, mais joueraient également un rôle étiologique dans sa survenue.

Dans le cadre du TSPT, les cauchemars ont plusieurs intérêts cliniques. Leur présence, au sein de la famille plus large des symptômes de reviviscence a quasiment une valeur pathognomonique pour porter le diagnostic. Ensuite, les cauchemars et l'altération du sommeil qui l'accompagnent (insomnie à l'endormissement ou au maintien du sommeil), sont associés à un retentissement fonctionnel significatif et une altération de la qualité de vie. De plus, en pratique clinique, nous rencontrons fréquemment des patients rapportant une « appréhension » de l'endormissement du fait des cauchemars qui surviennent. Ainsi, certains d'entre eux adoptent des stratégies hypnotiques dysfonctionnelles, notamment le recours inapproprié à l'alcool ou aux benzodiazépines. Les cauchemars doivent donc systématiquement faire rechercher la survenue de comorbidités au TSPT. Par ailleurs, il y aurait une association entre la présence de cauchemars et la majoration du risque suicidaire, *a fortiori* la nuit;



bien que les mécanismes de cette association ne soient pas totalement élucidés, le vécu de désespoir, l'impuissance apprise ou encore le vécu d'être piégé pourraient être impliqués<sup>9</sup>.

Concernant les dispositifs thérapeutiques disponibles pour la prise en charge du TSPT, le cauchemar constitue un matériel sensible. Premièrement, au niveau des prises en charge médicamenteuses, deux approches sont disponibles. Tout d'abord, les recommandations émises par des sociétés savantes préconisent pour le traitement du TSPT, en première ligne, les antidépresseurs de type inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS). Ces molécules ont un effet global et non spécifique sur les symptômes, y compris sur les cauchemars. Au-delà de cette classe pharmacologique, deux molécules traitent de façon plus focalisée les cauchemars traumatiques. La prazosine – antagoniste des récepteurs adrénergiques alpha-1 postsynaptiques – initialement prescrite comme antihypertenseur a montré un effet thérapeutique particulier sur les cauchemars, une méta-analyse récente confirmant le caractère robuste de ce résultat<sup>9</sup>. Cette molécule doit cependant être maniée avec précaution étant donné l'effet hypotenseur qui lui est associé. Ensuite, la mirtazapine, un antidépresseur tétracyclique avec un effet antagoniste alpha-2 présynaptique qui augmente la neurotransmission noradrénergique et sérotoninergique au niveau du système nerveux central aurait un effet sur les cauchemars traumatiques de l'ESPT. Bien que celui-ci soit retrouvé de façon moins constante dans les études que pour la prazosine<sup>10</sup>, la tolérance iatrogène serait meilleure. Deuxièmement, l'approche psychothérapeutique, lorsque les patients y sont accessibles et présentent des capacités d'élaboration est fondamentale. Parmi les techniques disponibles, l'EMDR est une technique validée par les recommandations internationales pour le traitement du TSPT, même si elle doit certainement être considérée comme un outil centré sur le psychotrauma plus que comme une psychothérapie à part entière. L'EMDR cherche à favoriser le traitement adaptatif de l'information (TAI), c'est-à-dire qu'elle encourage l'extinction des associations cognitives et émotionnelles négatives que le sujet fait avec l'EPT. Cette extinction s'appuie, entre autres, sur les stimulations bilatérales alternatives (classiquement, les deux doigts de la main du thérapeute opérant un balayage devant les yeux du patient). S'il est reconnu qu'il n'y a pas de norme quant à la réalisation de ce TAI par le patient, il n'est pas rare que celui-ci réalise des rêves ou cauchemars entre les séances d'EMDR. Ceux-ci renseignent sur le processus en cours et peuvent aussi participer à faire émerger d'autres événements de vie stressants antérieurs à l'EPT et jusque-là inconnus du sujet. Ensuite, la thérapie par répétition en imagerie mentale (RIM) est une technique de psychothérapie centrée sur le traitement des cauchemars. Mise au point par Isaac M. Marks en 1978, elle consiste à accompagner le sujet à modifier le scénario de ses cauchemars, en créant un ensemble d'images et d'émotions positives au sein de ceux-ci ; une fois cette élaboration faite, le sujet s'expose alors régulièrement, en état d'éveil, à ce scénario de rêve réécrit et cela doit aboutir en principe à l'extinction progressive des cauchemars<sup>11</sup>. Cet outil représente une variante spécialisée sur les cauchemars au sein des thérapies cognitives et comportementales (TCC) centrées sur le psychotraumatisme. D'autres variantes existent, notamment la thérapie d'exposition narrative (NET), elles s'appuient sur un mécanisme psychothérapeutique commun à savoir l'exposition à l'élément traumatique de façon répétée, prolongée, dans un cadre sécurisé, de façon à diminuer les émotions et cognitions négatives et à réintégrer l'élément traumatique dans la mémoire biographique.

Pour illustrer notre propos, nous rapportons un cas clinique d'intérêt sur la place du cauchemar dans le psychotraumatisme. Il s'agit d'une jeune patiente de 22 ans, étudiante. Dans ses antécédents, on note un suivi psychologique durant la pré-adolescence dans un contexte de symptômes anxieux et l'exposition à un premier événement de vie stressant à l'âge de 14 ans, à savoir une agression sexuelle (un cousin lui aurait fait une déclaration d'amour avant de se masturber devant elle). À l'âge de 21 ans, alors qu'elle est en phase de séparation de son compagnon avec lequel elle avait entretenu une relation pendant plusieurs années, ce dernier la viole pendant son sommeil. Elle rapporte s'être réveillée pendant l'acte sexuel, elle décrit la survenue de symptômes de dissociation sous forme de dépersonnalisation de façon livresque<sup>12</sup>. Dans les suites de cet événement, elle développe des symptômes de TSPT : reviviscences régulières de l'événement traumatique, vécu de détresse lorsqu'elle croise des hommes ayant une ressemblance physique avec son ex-compagnon, symptômes dépressifs qui se sont notamment compliqués de plusieurs tentatives de suicide. Quant à sa sexualité, elle a notablement évolué : alternance entre évitement de tout contact corporel rapproché et périodes de sexualité compulsive, précédées de consommation massive de substances toxiques (alcool, cannabis, protoxyde d'azote) qui lui servent d'anesthésie émotionnelle, ce qui n'empêche pas pour autant la survenue de symptômes de dissociation pendant les rapports sexuels. Cette patiente présente également de nombreux cauchemars directement en lien avec le viol. Deux formes reviennent de façon récurrente. Tout d'abord, elle revoit le regard de son ex-compagnon, lorsqu'il est sur elle, au moment de son réveil pendant le viol, se revivant ainsi la bestialité du comportement de son agresseur. Ensuite, une autre série de cauchemars lui remémore la déconnexion qu'elle a vécue par rapport à son propre corps, forme vaine de défense psychique face à la violence de l'agression dont elle a été victime.

Sur le plan thérapeutique, nous proposons à la patiente deux axes : un traitement par antidépresseur sérotoninergique et un traitement psychothérapeutique de type EMDR. Nous réalisons plusieurs séances, selon un plan de ciblage habituel de cette technique. Cette méthode conduit à aborder l'agression sexuelle survenue à 14 ans avant de traiter le viol lui-même. Après le traitement de ce souvenir de l'adolescence, la patiente rapporte une évolution de ses cauchemars. Ils sont devenus moins fréquents, quoique toujours aussi terrifiants et leur contenu a évolué<sup>13</sup>. Si ces nouveaux cauchemars ont une présentation nettement plus fantasmagorique, le rapport au traumatisme psychique reste bien présent. L'évolution des rêves de cette patiente – dont la thérapie est toujours en cours au moment de l'écriture de cet article – ne doit pas amener à ce stade à un changement franc de la stratégie thérapeutique ; néanmoins, elle illustre le caractère dynamique de ce symptôme et les liens psychopathologiques qui pourront être tissés, comme autant de ponts dans la rencontre thérapeutique avec cette jeune.

Pour conclure, les cauchemars sont un critère diagnostique à valeur pathognomonique. Ils sont associés à un retentissement fonctionnel et à la survenue de comorbidités. Ils sont également une voie d'accès à une psychopathologie plus globale du sujet. Enfin, l'évolution des cauchemars est un témoin de l'impact des moyens thérapeutiques déployés, qu'ils soient médicamenteux ou psychothérapeutiques. ▶

7 Mellman, T., Bustamante, V., Fins, A. I., Pigeon, W. R. et Nolan, B. (2002). REM sleep and the early development of posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 159(10), 1696-1701.

8 Littlewood, D. L., Gooding, P. A., Panagioti, M. et Kyle, S. D. (2016). Nightmares and suicide in posttraumatic stress disorder: the mediating role of defeat, entrapment, and hopelessness. *J Clin Sleep Med*, 12(3), 393-399.

9 Singh, B., Hughes, A. J., Mehta, G., Erwin, P. J. et Parsaik, A. K. (2016). Efficacy of prazosin in posttraumatic stress disorder: A systematic review and Meta-Analysis. *Prim Care Companion CNS Disord*, 18(4).

10 McGrane, I. R. et Shuman, M. D. (2018). Mirtazapine therapy for posttraumatic stress disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(1), 36-41.

11 Aугedal, A. W., Hansen, K. S., Kronhaug, C. R., Harvey, A. G. et Pallesen, S. (2013). Randomized controlled trials of psychological and pharmacological treatments for nightmares: a meta-analysis. *Sleep Med Rev*, 3, 17(2), 143-152.

12 « Je me suis vue sortir de mon corps et assister à mon viol comme un témoin extérieur », dit-elle.

13 La patiente les décrit en ces termes : « Je suis allongée dans une barque, je passe dans une brume de couleur mauve qui m'empoisonne et on me dirige vers une cascade, ça ressemble à l'Égypte antique... J'ai l'impression que la mort m'attend. »