

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE TCC DES CAUCHEMARS

Malik AIT AOUDIA, PhD.



Maison de la Chimie. Paris
Vendredi 08 décembre 2023
15h30 – 17h30

CONFÉRENCE DIDACTIQUE
Amphithéâtre Lavoisier

**PROTOCOLE DE PRISE EN
CHARGE TCC DES CAUCHEMARS**

Malik AIT AOUDIA, PhD

Conflit d'intérêt

Docteur en psychologie, Psychologue clinicien, et Psychothérapeute

Chargé d'enseignement à la Faculté de médecine -Université Paris Cité

- Diplômes d'Universités : DU Psychotraumatologie / DU Victimologie / DU Thérapie Comportementale et Cognitives(TCC)

Formateur/ Expert - Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive AFTCC

Co-auteur et coordinateur du programme de formation spécialisée.

- Cauchemars et troubles du sommeil post traumatiques, Faculté de médecine, Université Paris Cité

Co-auteur et coordinateur du programme franco-ukrainien.

- Sommeil, stress et psychotraumatismes. Faculté des sciences de la santé. Université catholique de Lviv. Ukraine

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt pour la présente conférence



Le cauchemar

Johann Heinrich Füssli, 1781

Cauchemar. *Considérations cliniques*

« Le symptôme – de là sa place royale – est la forme sous laquelle se présente la maladie : de tout ce qui est visible, il est le plus proche de l'essentiel ; et de l'inaccessible nature de la maladie, il est la transcription première »

M. Foucault,
Naissance de la clinique.



Cauchemars. *Etymologie*

- Le terme « cauchemar »*
 - la première racine « Cauche » vient du latin « calcare : fouler, presser » et du vieux picard « caucher ».
 - La seconde racine « mare » serait issue du moyen Néerlandais qui veut dire fantôme

*(Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, 2012).

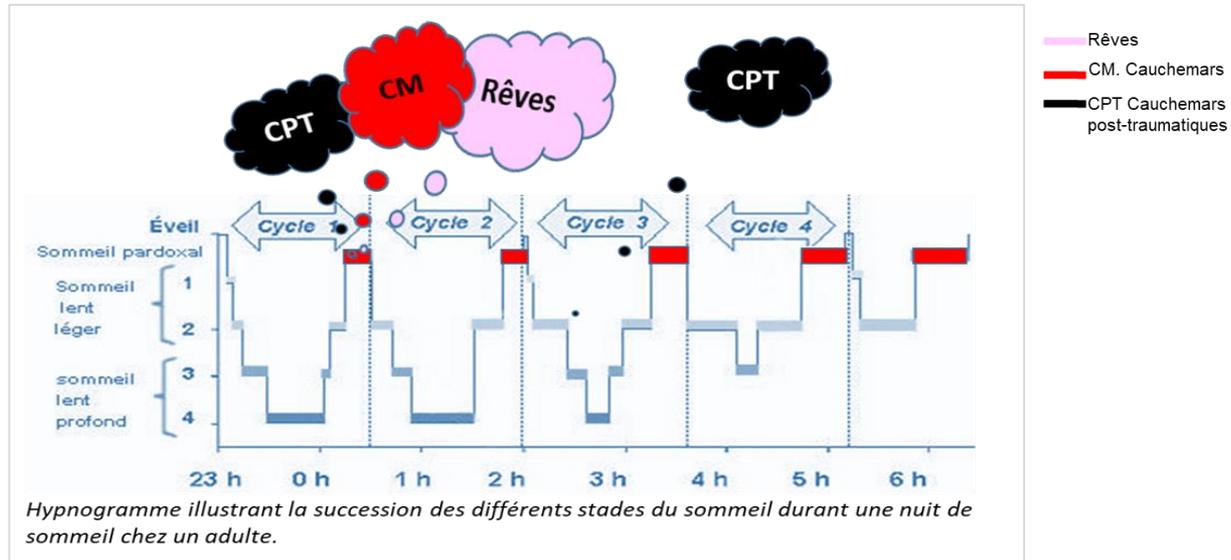
Cauchemars. *Mythologie*

- Dans la Grèce antique, le cauchemar était connu sous le terme « *Éphialtès* »
 - Littéralement « se jeter sur » et fait référence à un démon, figure de la mythologie grecque, qui saute à la gorge du rêveur.
- Dans la Rome antique, le cauchemar était connu sous le terme d'« incube »
 - en latin « Incubus » signifie littéralement « couché sur » et fait référence à un démon masculin (vs le Succube qui est un démon féminin).

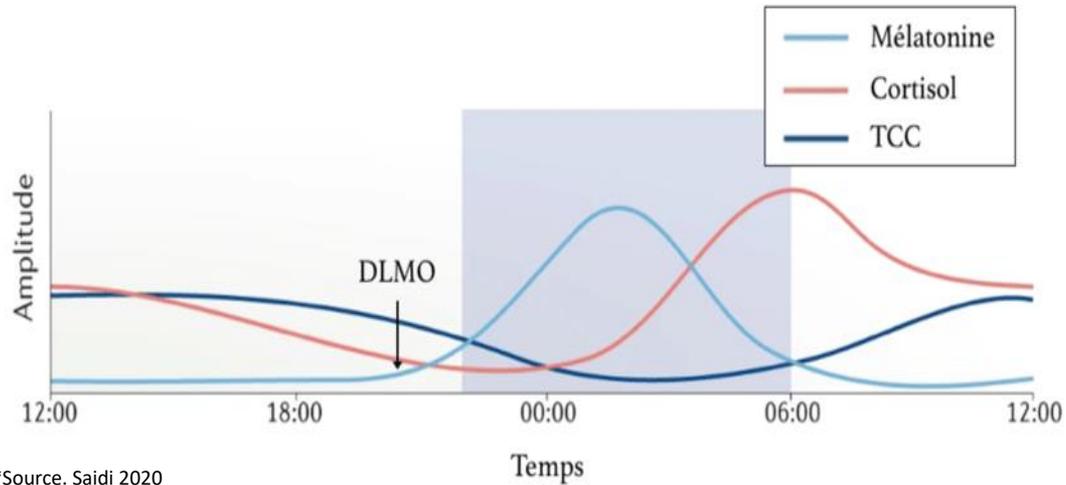
Cauchemars. *Anthropologie médicale*

- Hippocrate a utilisé le terme « Éphialtès » pour décrire l'oppression thoracique et la dyspnée comme les principales caractéristiques cliniques du cauchemar.
- La « déficience culturelle » (M. Ait Aoudia)
 - La déficience des apports culturels et anthropologiques des sociétés postmodernes dans la prise en charge des cauchemars

Structure du sommeil chez l'adulte. *Rappel*



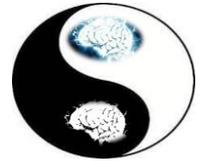
Rythme circadien et mélatonine. *Rappel*



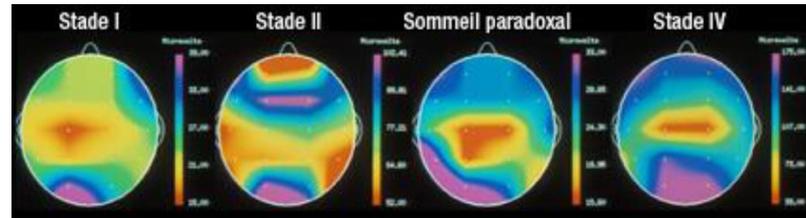
*Source. Saidi 2020

Modèle de Logan & Mc Clung (2019)

Activité cérébrale diurne et nocturne



- Les mécanismes et les processus psychophysiologiques impliqués dans la salutogenèse ou dans la pathogenèse sont en grande partie actifs durant le sommeil (Hartmann, 1997, Dement et Vaughan, 2000).
- Mécanismes impliqués durant le sommeil dans la consolidation de la mémoire de la peur et de son extinction (Pace Schott, Germain et Milad, 2015).



Source de l'image : Site de l'Inserm

Stades du sommeil. *Sommeil lent*

Stade 1. au cours de ce stade la personne est assoupie mais reste encore très sensible aux stimuli extérieurs. C'est le stade de l'endormissement où s'effectue la transition entre éveil et sommeil. L'activité cérébrale est caractérisée par les ondes alpha.

Stade 2. c'est le stade du sommeil léger, phase entre l'état de veille et le sommeil profond. L'activité électrique cérébrale reste un peu ralentie avec des « ondes Thêta ».

Ces deux stades occupent environ 50 % du temps du sommeil total.

Stades du sommeil. *Sommeil lent*

Stades 3 & 4. Ces stades correspondent au sommeil profond, dans lequel les rythmes des fonctions vitales sont réduits, rendant le réveil plus difficile. L'activité électrique cérébrale est ralentie au maximum (ondes Delta).

Ces stades occupent entre 10 et 20% du temps du sommeil total.

Stades du sommeil. *Sommeil paradoxal*

Le sommeil paradoxal. Stade du sommeil au mouvement oculaire rapide (Rapid Eye Movement ; REM sleep). Nommé par Jouvet « sommeil paradoxal ».

- L'activité cérébrale très proche de celle de l'éveil, voire plus intense, accompagnée d'une atonie musculaire presque totale à l'exception des mouvements oculaires rapides. Dilatation des organes pelviens chez les femmes et des érections chez l'homme.

Le SP est le stade des rêves et CM. Il occupe 20 à 25% du temps du sommeil total. Il survient de façon cyclique toutes les quatre-vingt-dix minutes. La durée de cette phase est d'environ 100 minutes.

Le rêve. *Ce mystère de la vie*

Le rêve une expérience sensorielle, émotionnelle et cognitive durant laquelle les représentations (symboliques et sémiotiques) permettent de vivre une expérience réaliste dans un monde d'imagerie mentale. est une activité mentale involontaire qui survient durant le sommeil (J. Montangero, 1999).

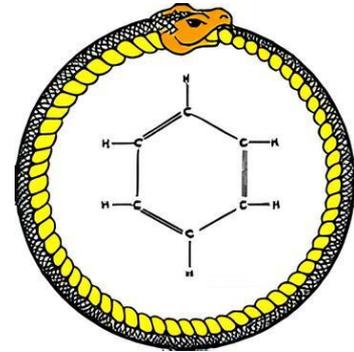


Le faux miroir

René Magritte, 1928

Le rêve. *Un lieu de créativité et de découvertes*

- La structure moléculaire du Benzène.
 - August Kekulé
- La théorie de la relativité
 - Albert Einstein
- La table périodique
 - Dimitri Mendeleïev
- L'Acétylcholine.
 - Otto Loewi



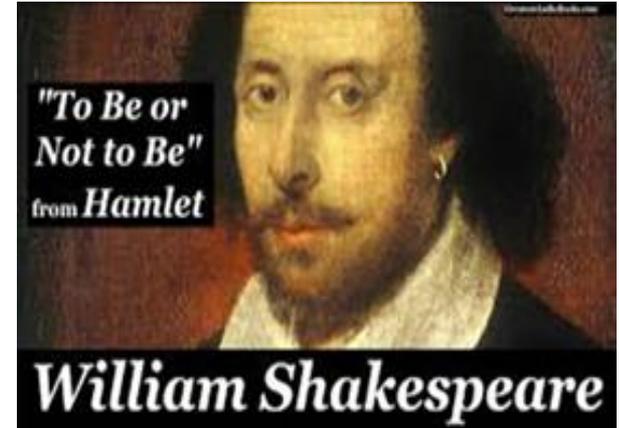
« Les gens rêvent en dormant, moi je rêve de dormir car mes nuits sont un cauchemar à répétition »

*Parole de patiente souffrant de cauchemars
Unité de psychotraumatologie, Hôpital Tenon,
Paris 2006*



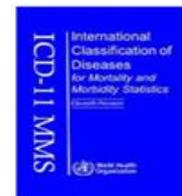
La poétique clinique du cauchemar

Être ou ne pas être : c'est là la question.
Est-il plus noble pour une âme de souffrir
Les flèches et les coups d'une atroce fortune.
Ou de prendre les armes contre une mer de troubles
Et de leur faire front, et d'y mettre fin? Mourir, dormir,
Rien de plus ; oh, penser qu'un sommeil peut finir
La souffrance du cœur et les mille blessures
Qui sont le lot de la chair ; oui, c'est un dénouement
Ardemment louable! Mourir, dormir-
Dormir, rêver peut-être. Ah, c'est l'obstacle!
Car l'anxiété des rêves qui viendront
Dans ce sommeil des morts, quand nous aurons
Repoussé loin de nous le tumulte de vivre,
Est là pour retenir, c'est la pensée
Qui fait que le malheur a si longue vie... »



Cauchemar. *Définitions cliniques et controverses*

- Cliniquement, les cauchemars sont définis comme des rêves effrayants qui réveillent le dormeur de son sommeil. (DSM, CIM, ICSD)
- Cauchemars (CM) et mauvais rêves (MR). Le critère du « réveil » est à l'origine de la controverse.
 - Les MR se différencient des CM par le fait qu'ils ne réveillent pas le dormeur.



Cauchemars. *Catégorisation*

- Cauchemars réactionnels (occasionnels)
- Cauchemars idiopathiques
- Cauchemars post-traumatiques
- Cauchemars iatrogéniques

Cauchemars. *Caractéristiques oniriques*

- Les séquences peuvent être réalistes et régies par les mêmes règles (spatio-temporelles, physiques, biographiques) que celle de l'état de veille et s'articuler avec des séquences empruntées de bizarreries, faisant que l'esprit, en l'absence de règle de réflexivité critique, admet le tout comme plausible, comme dans une expérience hallucinatoire (Montangero, 1999).



Rêve causé par le vol d'une abeille autour d'une grenade, une seconde avant l'éveil

Salvador Dalí, 1944

Cauchemars. *Caractéristiques oniriques* (suite)

- Les contenus oniriques des CM ne sont pas faits que d'images visuelles représentant des personnages, objets, lieux, ou créatures parfois étranges (J. Montangero. 1999)
 - Ils peuvent être également composés de sensations auditives, gustatives, olfactives, cinesthésiques, kinesthésiques et thermiques.
 - C'est l'agencement de ces éléments qui donne forme à un scénario cinématographique dont le déroulement des séquences peut être paradoxalement à la fois cohérent et incohérent.

Cauchemars. *Caractéristiques oniriques (Suite)*

- La modalité visuelle est également la composante essentielle dans les cauchemars
 - Elle représente 86% des contenus des cauchemars rapportés par 121 vétérans de guerre croates, par rapport à 61,2% pour les perceptions kinesthésiques, 43% pour les perceptions auditives et 11,6% pour les composantes olfactives (Geraets et al., 2007).
- Chez les personnes atteintes de cécité ce sont les composants auditifs qui sont les plus fréquemment rapportés dans les contenus oniriques
 - Les modalités auditives représentent 86%, les perceptions tactiles 69% et les éléments olfactifs 28% (Meaidi et al., 2014)

Cauchemars. *Contenus émotionnels*

- Hypothèse de Foulkes (1982), ce sont les scénarios qui activent les émotions
- Hypothèse de Hartmann (1998), ce sont au contraire les émotions qui suscitent et mettent en jeu les contenus des scénarios oniriques
- En plus de la peur, les cauchemars peuvent impliquer la frayeur le sentiment d'être menacé par un danger imminent, la colère, la tristesse ou d'autres émotions dysphoriques (AASM, 2005), ainsi que la détresse.

Cauchemars. *Données épidémiologiques*

- Jusqu'au DSM IV-TR, la prévalence réelle des cauchemars restait inconnue
- Depuis le DSM-5, la prévalence des cauchemars proposée ne différencie pas les cauchemars post-traumatiques (CPT) des idiopathiques (CM) :
 - Survenue mensuelle 6%
 - Fréquents 1% à 2 %
- Entre 70% et 96 % des patients souffrant de TSPT présentent des difficultés du sommeil et des cauchemars

Cauchemar. *Patognomonie psychotraumatique*

«Nous pouvons considérer l'étude des rêves comme la voie la plus fiable pour explorer les processus animiques des profondeurs. Or la vie de rêve de la névrose traumatique se caractérise en ceci qu'elle ramène sans cesse le malade à la situation de son accident, situation dont il se réveille avec un nouvel effroi. De cela on s'étonne beaucoup trop peu »

S. Freud



Cauchemars. *Post-traumatiques Vs idiopathiques*

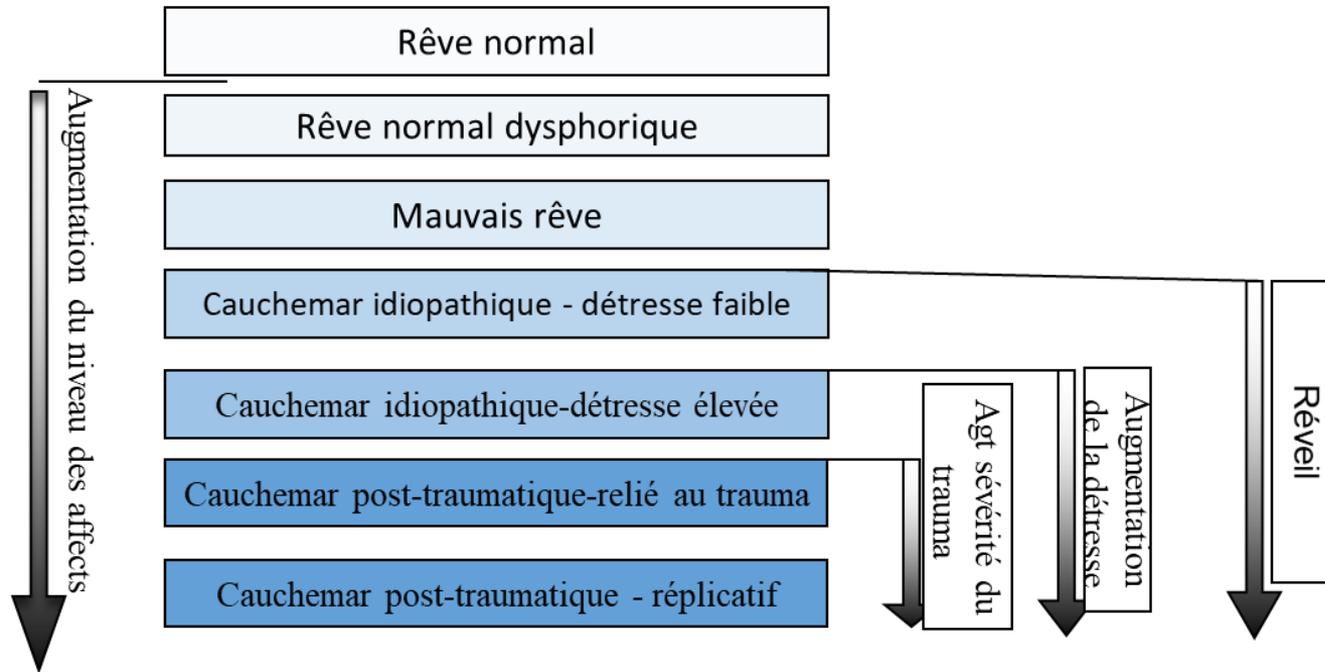
	Cauchemars Post Traumatiques	Cauchemars idiopathiques
Etiologie	Surviennent exclusivement à la suite de l'exposition à un événement traumatique.	Etiologie inconnue
Contenu	Reproduction intégrale ou partielle des scènes du réel vécu.	Contenu effrayant, ne reproduit pas nécessairement les scènes du réel vécu.
Réveils	Plus fréquents et plus longs que dans les CI	Moins fréquents et moins longs que dans les CPT.
Tonus musculaire	Accompagnés de mouvements corporels et de vocalisations tels que courir, frapper, et crier	Atonie musculaire (posturale).



«Les gens peuvent ignorer leurs rêves, pas leurs cauchemars»

J.A. Hadfield

Typologie onirique. *Du normal au pathologique*



Typologie proposée par Nielsen et Levin, 2007

Cauchemars et rêve de deuil. *Propositions*

- Les rêves de deuil et les cauchemars ont des fonctions intégratives et se différencient par la nature de leurs contenus oniriques (Ait Aoudia, 2019)
 - Cauchemar: séquences oniriques impliquant des émotions négatives. Le réveil est un soulagement (échappement).
 - Rêve de deuil: séquences oniriques (personne, situation) impliquant la présence des émotions positives, le réveil rappelle la perte et implique souvent de la tristesse.
 - Rêve de consolidation: le sens des séquences oniriques est à l'inverse du réel de l'expérience de réalisation (Réussite/ échec)

Trouble cauchemar. *Critères diagnostiques-DSM5*

A- Occurrences répétées de rêves à durée prolongée, extrêmement dysphoriques et bien remémorés qui impliquent habituellement des efforts pour éviter les menaces à la survie, à la sécurité ou à l'intégrité physique et qui se produisent généralement au cours de la seconde moitié de l'épisode majeur de sommeil

B- Au réveil des rêves dysphoriques, l'individu devient rapidement orienté et alerte

C- La perturbation du sommeil provoque une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

D- Les symptômes de cauchemar ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple : une drogue entraînant un abus, un médicament, etc.)

E- La coexistence de troubles mentaux et médicaux n'explique pas adéquatement la prédominance de la plainte en lien avec des rêves dysphoriques

Trouble cauchemar. *Niveaux de sévérité DSM5*

- Trouble léger
 - Moins d'un épisode de cauchemars par semaine en moyenne ;
- Trouble modéré :
 - Un épisode ou plus par semaine par semaine mais pas toutes les nuits
- Trouble Sévère :
 - Des épisodes de cauchemars toutes les nuits

Trouble cauchemar. *Niveaux de sévérité*

- La fréquence des cauchemars est considérée comme le critère principale et le plus fiable pour évaluer la sévérité des cauchemars et du trouble « cauchemars » (Krakow et al., 2002)
- La sévérité semble autant liée aux retentissements émotionnels et aux niveaux de détresse liée aux cauchemars qu'aux fréquences (Belicki, 1992).

Cauchemars. *Addictions et Risque suicidaire*

- Importante corrélation entre les troubles du sommeil, plus particulièrement les cauchemars et le risque suicidaire (Tanskanen et al., 2001 ; Wojnar et al., 2009, Pigeon et al., 2012).
- Les troubles du sommeil dans un contexte de TSPT constituent un facteur de risque pour les TUS (Vandrey et al., 2014).
- Automédications.

Cauchemars et sommeil. *Évaluation clinique*

Méthodes et outils

- Méthodes objectives
 - Polysomnographie
 - Actigraphie

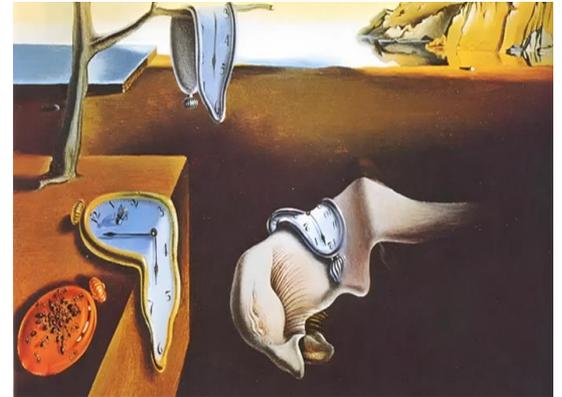
- Méthodes subjectives
 - Questionnaires
 - Agenda du sommeil

Questionnaires validés en version française

- **Pittsburgh Sleep Quality Index – Addendum (PSQI-A)**
Malik Ait-Aoudia, Pierre P Levy, Eric Bui, Salvatore Insana, Capucine de Fouchier, Anne Germain, Louis Jehel. Validation of the French version of the Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum for posttraumatic stress disorder. European Journal of Psychotraumatology , 2013, 4 (1), pp.19298.
- **Nightmare Distress Questionnaire NDQ**
Jean-Philippe Daoust, Malik Ait Aoudia, Steffy Grail, Catherine Juéry. Traduction française internationale et validation du Nightmare Distress Questionnaire. Thyma revue francophone de victimologie, 2019. [Available from: <https://www.thyma.fr/traduction-francaiseinternationale-et-validation-du-nightmare-distress-questionnaire-ndq-belicki-1992/>

« Nihil est in visionibus quod non prius fuerit in visu »*

**Il n'y a rien dans la vision des rêves qui n'avait été déjà vu*



La persistence de la mémoire

Salvador Dali, 1931

Mémoire . *Traumatique Vs autobiographique*

- Dans les modèles cognitifs de la mémoire autobiographique et du Self, les images mentales sont considérées comme des représentations extrêmement riches de nos expériences passées (avec de nombreux détails perceptifs et émotionnels), mais aussi de notre identité, de nos croyances et de nos buts personnels. Par rapport aux pensées verbales, plus analytiques et abstraites, les images mentales offrent donc une voie d'accès privilégiée à nos états émotionnels (Grazia Ceschi, Arnaud Pictet, 2018).

Cauchemars et imagerie mentale

- La correspondance perceptive entre image mentale et réalité explique, selon Lang, pourquoi une interaction « imaginaire » avec un stimulus peut déclencher des réponses émotionnelles semblables à celles observées lors d'une interaction réelle avec ce même stimulus (Grazia Ceschi, Arnaud Pictet, 2018).



« la substitution de rêves suggérés réduisirent encore ces cauchemars et la maladie semblait considérablement réduite... »

P. Janet



Cauchemars. *Thériaque ou traitement centré*

- *« Les méthodes de thérapeutique que je viens d'étudier (les psychothérapies générales) me semblent identiques à une sorte de thériaque psychologique, qui évoque pêle-mêle tous les phénomènes psychologiques, qui fait appel à toutes les opérations mentales chez tous les malades quels qu'ils soient, en espérant que chacun d'eux saura dans cet amalgame découvrir ce qui lui convient.*
- *Cela arrive quelquefois et les thériaques psychologiques ont eu certainement des succès. Mais il ne faut pas être étonné si elles ne réussissent pas toujours et si de pareils traitements sont considérés par la science officielle comme des loteries. »*

P. Janet

Protocole TCC centrées sur les cauchemars

- Traitement par Répétition d'Imagerie Mentale R.I.M
- Thérapie par Exposition, Relaxation et Rescénarisation
T.E.R.R*
**(ERRT, Exposition, Relaxation and Rescripting Therapy, Davis et Wrigth)*

1^e Conférence d'experts internationaux. *Consensus*

- **Nightmare etiology and treatment: State of the art and future perspectives**
 - *A. Gieselmann, M. Ait Aoudia, M. Carr, A. Germain, R Gorzka, B Holzinger, B Kleim, B Krakow, A E. Kunze, J Lancee, T Mäder, M Nadorff, T A. Nielsen, D Riemann, H Sandahl, A Schlarb, C Schmid, M Schredl, V. Spoormaker, R Steil, A M. van Schagen, L Wittmann, M Zschoche, R Pietrowsky*



Schloss Herrenhausen, Hannover, Germany
July 14-15, 2016

Guide des bonnes pratiques et recommandations

- Le groupe d'experts (Task Force) recommande deux traitements de choix (Niveau A) pour les cauchemars post-traumatiques chez des sujets adultes (Aurora et al., 2010)
 - Psychothérapie cognitivo-comportementale
 - Traitement par Répétition d'Imagerie Mentale (Imagery Rehearsal Therapy -IRT)
 - Pharmacothérapie
 - la Prazosine (alpha-1 bloquants)

Thérapie par Répétition d'Imagerie Mentale

- La thérapie par Répétition d'Imagerie Mental (RIM) (Imagery Rehearsal Therapy-IRT) est conceptualisée comme un processus thérapeutique basé sur deux composants
 - Les cauchemars est un trouble du sommeil appris ou un comportement appris
 - Les cauchemars sont considérés comme le symptôme d'une dérégulation du système d'imagerie mentale

Protocole de traitement par la RIM

1- la somnoéducation (psychoéducation centrée sur le sommeil et ses troubles - cauchemars et insomnies).

- Sommeil, durée, structure, rythme et hygiène du sommeil
- Cauchemars et évènements traumatiques, du normal au pathologique et comment le cauchemar a évolué vers un comportement appris.
- Croyances dysfonctionnelles liées au sommeil et aux cauchemars, insomnie, la peur du coucher et les réactions émotionnelles adaptées et inadaptées

Protocole de traitement par la RIM

1- la somnoéducation (psychoéducation centrée sur le sommeil et ses troubles- cauchemars et insomnies).

- Les comportements adaptés (à renforcer) et inadaptés (évitements, les compensations,...) et rituels du coucher
- Les conséquences personnelles, familiales, professionnelles et sociales
- Consigne de ne plus évoquer les événements traumatiques, y compris en thérapie pour toute la durée des sessions RIM.

Protocole de traitement par la RIM

2- Restructuration cognitive et régulation émotionnelle

- La relaxation – respiration diaphragmatique
- Restructuration cognitive
- Discuter de la continuité des états, aspects volontaires et involontaires de l'IM
- Aider les patients à développer des habilités aux exercices de l'imagerie mentale comme vecteur de changement- rêverie, les aménagements des espaces en imaginaire (Ex. lieu sûr) et mise en pratique (changement de décoration ou d'aménagement de la chambre à coucher,....)

Restructuration cognitive RIM. *Illustration*

- Croyances Dysfonctionnelles et attitudes Liées au Sommeil et aux cauchemars
 - Identification des cognitions dysfonctionnelles spécifiques au sommeil et aux cauchemars
 - Évaluation des cognitions dysfonctionnelles identifiées
 - Discussion critique sur la validité de ces cognitions
 - Élaboration des pensées alternatives plus adaptées.

Cognitions liées au danger, à la peur, et la sécurité

- Cognitions liées au danger, à la peur, et la sécurité durant le sommeil.
 - Support d'exploration de l'indice de sécurité concernant le sommeil (M. Ait Aoudia et J P. Daoust 2019)



Cauchemars. *La tombée de la nuit et la peur du coucher*

- Émotions
 - Qu'est ce que je ressens ?
- Sensations corporelles
 - Qu'est ce je sens ?
- Cognitions
 - Qu'est ce je pense?
- Comportements
 - Qu'est ce je fais ?
- Aspects culturels
 - Qu'est que cela signifie pour moi?



Auto et hétéro évaluations

Protocole de traitement par la RIM

3- Imagerie mentale positive et habilités du patient à l'IM

- Aider les patients à développer des habilités aux exercices de l'imagerie mentale comme vecteur de changement-
- Favoriser, encourager à l'exercice des rêverie et aider les patients à déjouer les obstacles (ex. patient qui ne souhaitait pas s'imaginer gagner au loto)
- IM et aménagements des espaces en imaginaire (Ex. lieu sûr) et mise en pratique (changement de décoration ou d'aménagement de la chambre à coucher,....)

Outils de mesures. *IM positive Vs négative*

- Évaluation centrée sur l'anxiété et les perturbation -NAS
- Évaluation centrée sur le niveau de relaxation perçue-NRP (M. Ait Aoudia 2020)



Protocole de traitement par la RIM

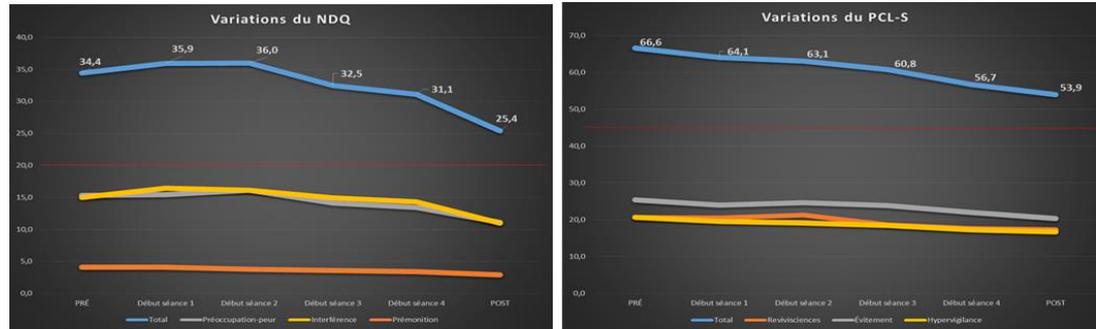
4- Modification du cauchemars et répétition en imagerie mentale du nouveau scénario

- Identifier le cauchemar à modifier
- Inviter le patient, et assister si besoin, à rescénariser le cauchemar (la rescénarisation n'implique pas de restructuration cognitive)
- Consigne au patient pour répéter en IM le nouveau scénario du cauchemar modifié

Traitement des cauchemars post-traumatiques par répétition d'imagerie mentale : résultats préliminaires d'une étude pilote franco-canadienne.

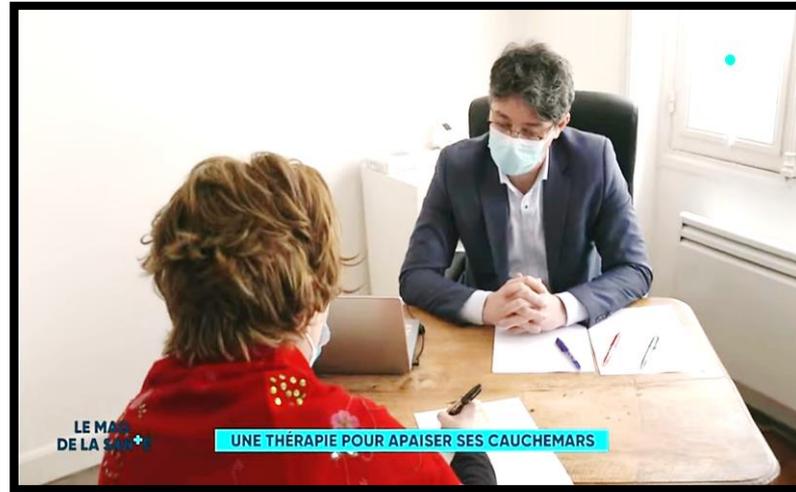
Malik Ait Aoudia et Jean-Philippe Daoust.

Médecine du Sommeil, Volume 13, Issue 1, January–March 2016, Pages 27-28



N=21, 17 F et 5 H âgés de plus de 18 ans avec une moyenne d'âge de 44,45 ans (ÉT = 13,27)

Protocole de traitement par la RIM. Vidéo



Une thérapie pour apaiser les cauchemars
Le Magazine de la Santé - France 5

<https://youtu.be/tpCNQ0ieh5g>

*Merci pour
votre attention*



Le rêve

Pablo Picasso, 1932