



**The Dream by Henri Matisse**

**Approche cognitive  
du sommeil  
et du rêve :  
Thérapie  
cognitivo-comportementale  
dans  
Les insomnies chroniques  
primaires**

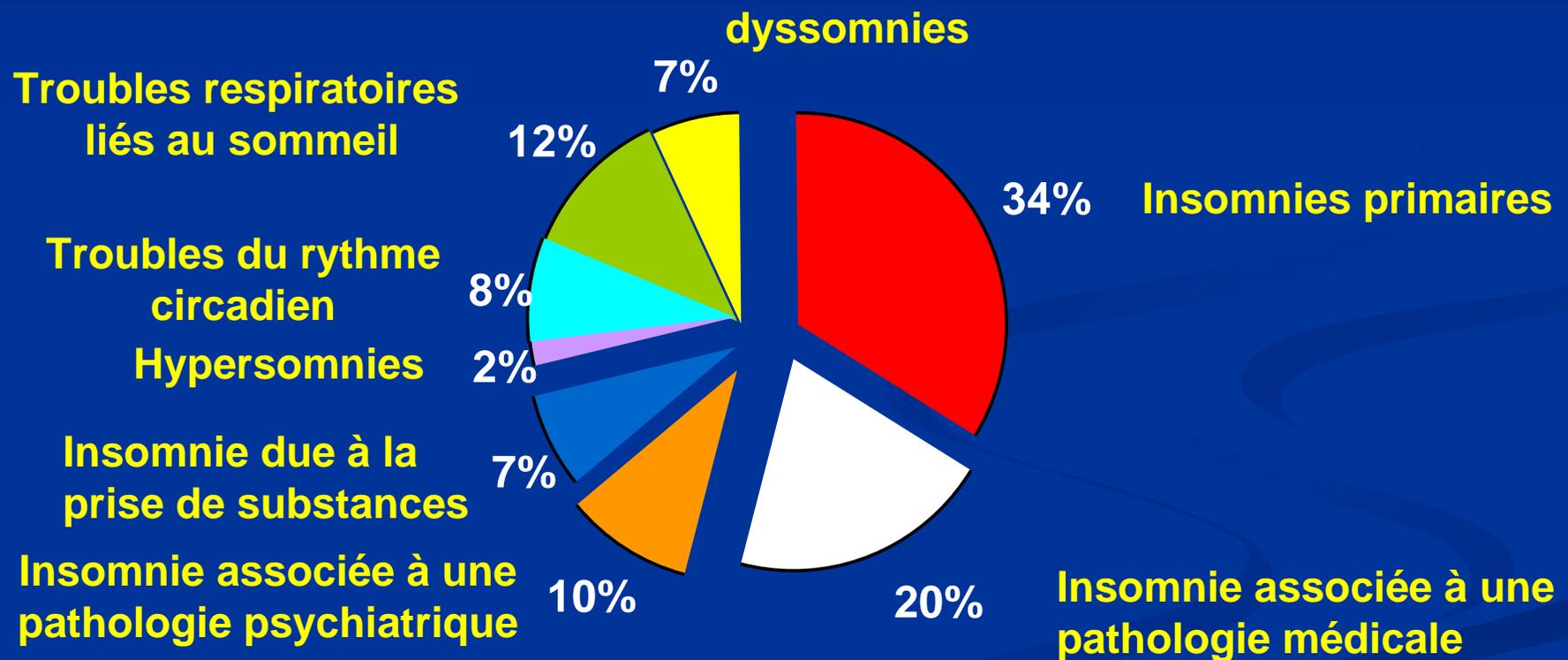
Université Victor Segalen  
Bordeaux 2  
Laboratoire de physiologie  
et de psychophysiologie  
Annie Mac Leod

« le sommeil, aliment suprême du Festin de la  
vie »

William Shakespeare

# **Les insomnies chroniques primaires**

# RÉPARTITION DES TROUBLES DU SOMMEIL



Selon Ohayon et Smirne 2002

# les insomnies chroniques primaires

## Classification de l'ICSD

### *insomnies intrinsèques :*

- la mauvaise perception du sommeil,
- l'insomnie idiopathique (début dans l'enfance)
- l'insomnie dite « psychophysiologique » :
  - cible privilégiée des Thérapies cognitivo-comportementales, dite conditionnée, résulterait d'apprentissages lors de mauvaises associations répétées (lit=insomnie)

# Les insomnies chroniques primaires (suite)

Insomnies à différencier :

des insomnies

*extrinsèques*(environnementales)

et des *insomnies secondaires* d'origine  
neurologique, somatique, psychiatrique, etc.,

# Définition de l'insomnie chronique

- Plainte subjective : difficultés d'endormissements éveils multiples (>30mn), réveil précoce, sommeil vécu comme non récupérateur
- plainte diurne attribuée à l'insomnie : humeur, fatigue, difficulté de concentration, mnésique
- Plus de 3 fois par semaine et > 1 mois
- L'insomniaque présente son « sommeil malade » comme un organe à réparer :

« Rien ne va! je dors tellement mal »

Problématique cachée ? Inabordable ?

Souvent dépression ou anxiété sous-jacentes (l'insomnie fait le lit de la dépression)

# L'Insomnie :intrication de nombreuses variables (d'après Morin)

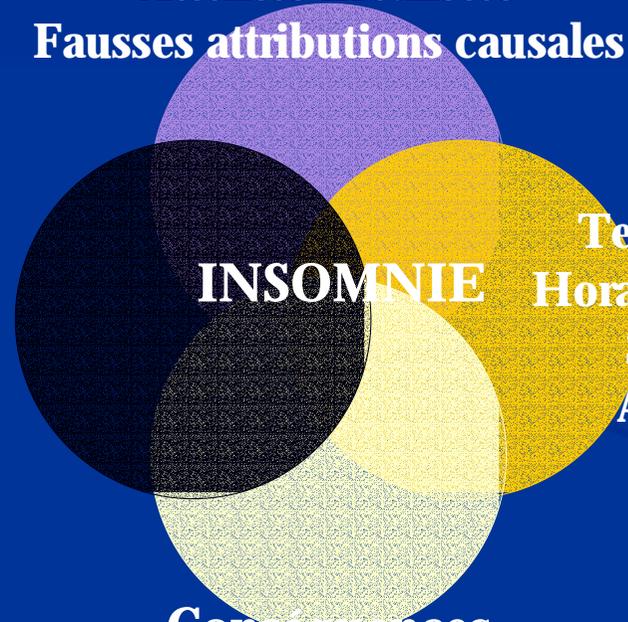
## Croyances attitudes

Inquiétudes « je ne dors pas assez »  
Ruminations à propos des conséquences  
Attentes irréalistes  
Fausses attributions causales

## Mauvaises habitudes

Temps excessif passé au lit  
Horaires de sommeil irréguliers  
Siestes dans la journée  
Activités incompatibles  
somnifères

Activations  
Émotionnelles  
Cognitives  
physiologiques



## Conséquences

diminution des performances  
Perturbations de l'humeur  
Mal-être social

# La physiologie de l'insomniaque

- Hyperactivation de l'axe hypophyso-hypothalamo-cortico-surrénalien (Vgontas, 2001)
- élévation de la température centrale (Lushington, 2000)
- Atténuation de l'inertie du sommeil au réveil (Perlis, 2001) efficacité cognitive (meilleur rappel mnésique) plus importante que chez les sujets contrôles bons dormeurs

# Le profil psychophysiological de l'insomniaque (Wang, 2000)

MMN ou Mismatch Negativity, potentiel électrochimique cérébral de polarité négative, non dépendant de l'attention, considéré comme le reflet de processus cognitifs élémentaires, automatiques procéduraux.

latence survient à partir de 100 ms

Résultats : Amplitude MMN plus large en Fz ,

- latence plus courte que chez les sujets contrôles :
- révélerait une hyperactivité du circuit thalamo-(fronto)cortical,
- reflet de l'activation des processus automatiques prenant le pas sur les processus contrôlés donc difficulté à inhiber des pensées automatiques ( le plus souvent négatives chez le patient insomniaque).

# Les traits de personnalité de l'insomniaque?

- préférence matinale (échelle de Horne et Otsberg)
- anxiété importante
- Fragilité et vulnérabilité au stress
- évitement des conflits
- résistance au changement
- Tendance au perfectionnisme, voire obsessionnel
- Faible niveau d'estime de soi
- Hypervigilance, hyperéveil (Stepanski et al., 1988)=somnolence diurne moindre que chez bons dormeurs

# Traits de personnalité du sujet insomniaque ?

Pour Kales et al.(1976), à la suite d'une étude sur 124 sujets, utilisant le MMPI, 3 dimensions ressortent:

- psychasténie-schizoïde-dépression
- hystérie-dépression-hypocondrie-psychasténie
- dépression-hystérie-hypocondrie.

«Macbeth does murder sleep, the innocent  
sleep »

William Shakespeare

Les insomniaques assassinaient-ils leur sommeil?

Si oui, pourquoi?

A detailed oil painting of a young boy sleeping peacefully with his head resting on his hand. The lighting is soft, highlighting the texture of his skin and the folds of his clothing. The background is dark, making the subject stand out.

**Les différents  
concepts dans  
les  
thérapies  
cognitives  
et  
les  
insomnies  
chroniques**

*The sleeping schoolboy by J.B. Greuze*

# La vigilance : gardienne de notre homéostasie

- Notre présence au monde, notre capacité à réagir au monde extérieur dépend de notre niveau de *vigilance*
- Elle assure notre aptitude à la *perception consciente*,
- au *traitement des informations* en provenance de notre environnement,
- conduisant à la réalisation de *comportements adaptés* nécessaires à la conservation de l'individu et de l'espèce

# Le degré de vigilance

Selon le degré de vigilance on note 3 types de conscience dans les états normaux :

- *L'éveil*
- *le sommeil lent profond, SLP* (ondes lentes)
- *le sommeil paradoxal, SP* (fréquence rapide, activité oculaire importante, atonie musculaire)

Ils correspondent à la « *Conscience état* » pour A. Zeman, (2001), il y ajoute 2 autres types de conscience :

# « Conscience perceptive »

- expérience, contenu de la conscience d'un sujet à un temps donné, dans un contexte spécifique (émotion, situation, etc.)

# « Conscience réflexive »

- conscience de soi, sentiment d'être.
- capacité à détecter des stimuli qui nous sont ou non destinés,
- prendre conscience de nos actions, pensées, nos représentations
- de nos émotions, de notre aptitude à attribuer des pensées à autrui,
- de nos compétences à faire face à certaines situations,
- de la connaissance de sa propre histoire ( familiale, sociale, culturelle), notre conscience du monde, etc.

# La conscience ou plutôt les états conscients

Les états conscients présentent un caractère cyclique

ce caractère s'inscrit dans l'alternance veille/sommeil.

- Au sein du même état *conscient*, processus *conscients* (explicites) et *non conscients* (implicites) coexistent et interagissent (pensées, détection d'une caractéristique nouvelle de l'environnement apprentissage, etc.). Il est donc difficile de les séparer...

# Les thérapies cognitives

## définition

- Le terme « *cognitif* » vient du latin «*cognitio* » action de reconnaître
- dans le cadre des thérapies, le terme *cognitif* renvoie à un *mode de pensées spécifique*, un *dialogue interne* reposant sur des *croyances irrationnelles* entraînant des *perceptions erronées* sur la vie, et sur soi-même , ce qui génère des *émotions négatives* et des *comportements inadéquats*

# Origines théoriques des thérapies cognitivo-comportementales

- Issues des théories de l'apprentissage associatif de Pavlov, Skinner, etc. (béhaviorisme)  
Stimulus=réponse comportementale
- Elles se sont depuis enrichies, à la suite de diverses recherches (Ellis, 1956, Wolpe, 1958, Beck, 1961, Seligman,) de la prise en compte des processus cognitivo-émotionnels à l'oeuvre dans de nombreux troubles accessibles aux TCC (dépression, troubles anxieux, de la personnalité, insomnie chronique primaire, etc.)

# Les thérapies cognitives les théories du traitement de l'information

Les thérapies cognitives reposent sur l'idée suivante:

- *« les soucis, angoisses, souffrances proviennent plus des perceptions des évènements que des évènements eux-mêmes »*
- Les précurseurs de cette théorie, après Marc Aurèle et Epictète! sont le psychologue Albert Ellis et le psychiatre Aaron Beck.

# Le lien avec la conception philosophique

- E. Husserl (1907) dans le concept d'*intentionnalité*, a souhaité décrire l'essence des phénomènes qui consiste à diriger notre attention non vers les objets du monde qui nous entourent mais *vers les actes mentaux par lesquels nous les appréhendons* : perception, mémoire, imagination, jugement, etc.

# Le lien avec La conception psychophysiological

- Pour D. Hebb (1949) en opposition au béhaviorisme :  
« *le comportement n'est pas qu'une série de réponses à des stimulations externes* »
- D. Hebb intègre *psychologie* et *physiologie* en proposant une théorie sur la manière dont les *circuits neuronaux pourraient sous-tendre des processus mentaux tels que l'attention et la mémoire*
- son concept « d'assemblées cellulaires » ou la notion de « synapses de Hebb » reste actuellement central dans les théories sur le fonctionnement cérébral

# Les théories de l'apprentissage

## le traitement de l'information

- A la suite de Hebb, Konorski (1967) dans son livre: « l'activité intégrative du cerveau »:
- propose l'existence de neurones sensibles à des patterns spécifiques comme base de la *reconnaissance*, se référant au « système afférent » qui constituerait *un système cérébral traitant, de façon hiérarchique, l'information provenant de récepteurs sensoriels.*

# Les différentes composantes dans les TCC de l'insomnie

- La composante sensorielle (les perceptions diverses)
- La composante affectivo-émotionnelle (allant de l'anxiété à la dépression)
- La composante dite cognitive ( processus mentaux : niveaux d'attention, systèmes mnésiques, prise de décision, etc.)
- La composante comportementale : modifications verbales et motrices

**« J'ai peur du sommeil, comme on a peur d'un grand trou noir, tout plein de vague horreur, menant on ne sait où. »**

(Charles Baudelaire, *le Gouffre*, 1862)

# La peur chez l'insomniaque

- Réaction normale d'alarme d'un individu dans des contextes spécifiques de danger, qui conduit à un comportement de fuite
- L'insomniaque développe la peur de ne pas dormir, ce qui le conduit, à associer le lit à une situation de danger et à développer un comportement de résignation apprise (concept de Seligman) par impossibilité d'agir sur le stimulus stressueur,
- l'inhibition, entraîne un stress chronique qui participe au maintien de l'insomnie

# Le rôle du sommeil dans les processus cognitifs

Pour Moruzzi (1972) Le SLP et SP :

- assureraient l'entretien du fonctionnement synaptique dans les processus concernant les souvenirs innés, acquis,
- en réactivant les synapses peu utilisées
- ainsi qu' en consolidant celles nouvellement formées lors d' apprentissages récents

# Rôle spécifique pour chaque stade

- *Sommeil lent profond (SLP)* : processus de tri des informations en mémoire (élimine les informations parasites, non pertinentes).
- *Sommeil paradoxal (SP)*: est complémentaire du SLP, renforcerait les informations pertinentes sélectionnées durant le stade de SLP (Guiditta et al., 1995).

# Constat chez Les insomniaques

Les enregistrements polysomnographiques chez les insomniaques montrent une diminution d'ondes lentes (SLP) (Gaillard, 1973)

les insomniaques passeraient plus de temps en sommeil léger «le cerveau actif »= sommeil ressenti comme non récupérateur par le patient... (Morin, 2001)

Application des concepts  
cognitifs dans les thérapies  
cognitivo-comportementales  
de  
l'insomnie chronique primaire

# Intérêt des thérapies cognitivo-comportementales dans les insomnies

- Thérapie de l'adaptation et de l'imagination
- le patient se construit ses « outils » qu'il peut utiliser dans diverses situations.
- Alternative aux traitements pharmacologiques (réponse classique)
- Sevrage de traitements en parallèle de la thérapie
- Réponse rapide, thérapie brève (2 à 3 mois, plus si dépression ou anxiété importante, ou sevrage difficile)

# Buts de la thérapie

- Construction et acquisition par le patient de stratégies cognitives : stratégies de résolution de problèmes, d'ajustement dans les interactions avec l'environnement (notion de coping).
- de compétences de base permettant l'auto-instruction et l'auto-contrôle, afin de gérer les émotions (peur, anxiété, etc.) et ainsi augmenter la confiance en lui et dans le sommeil
- de stratégies comportementales (hygiène du sommeil, restriction de sommeil)

# Les niveaux d'intervention dans les TCC de l'insomnie

- Sous-tendues par une conception environnementaliste (modèle biopsychosocial)
- 3 niveaux d'intervention :
  - cognitif,
  - émotionnel,
  - comportemental

Nécessitent l' *intentionnalité et la motivation du patient*

# Outils d'exploration de l'insomnie dans l'application des thérapies

- Agenda de sommeil, Courbe de température
- Questionnaires :
  - anxiété, dépression, matinalité/vespéralité, sommeil, fatigue, somnolence, qualité de vie
- Test de personnalité (MMPI),
- Test affirmation de soi, estime de soi
- Actimétrie
- Polysomnographie, rarement effectuée dans les insomnies chroniques primaires, diagnostiquées par des entretiens cliniques, mais nécessaires quand suspicion de mouvements périodiques ou problèmes respiratoires
- Mesures des taux de cortisol et mélatonine

# Thérapie cognitive et insomnie analyse fonctionnelle (SECCA)

*Hiérarchisation, problème cible:*

*analyse synchronique:*

- Anticipation, situation, émotion, signification personnelle, cognition (monologue intérieure), imagerie, ruminations anxieuses, cauchemars,
- comportement du patient, de l'entourage.

*analyse diachronique :*

- facteurs génétiques, facteurs structuraux,
- facteurs déclenchants initiaux invoqués, facteurs historiques de maintien, facteurs précipitants, rythmes veille/sommeil, hygiène de vie, facteurs environnementaux

*Symptomatologie:*

- Insomnie d'endormissement, nombreux éveils nocturnes, réveil précoce, sévérité de l'insomnie, évolution
- Retentissement diurne: asthénie physique et psychique, somnolence, fatigue, baisse de la libido, de l'efficacité intellectuelle, répercussions socio-professionnelles, familiale, etc.
- Autres pathologies et traitements divers antérieurs, résultats...

# Objets du traitement cognitif de l'insomnie chronique

## *La prise de conscience*

- des perceptions (la temporalité, le soutien socio-affectif perçu, etc.)
- des pensées automatiques, des représentations « le sommeil me fuit... », des attentes irréalistes « je dois dormir 8h »
- du dialogue interne (l'anticipation négative) « je ne dormirai pas encore cette nuit... »
- des émotions (détresse, sentiment de perte de contrôle, colère, peur, etc.) « ma vie est insupportable »

dans des situations proches (passées, présentes ou à venir) par ex. le patient va essayer de repérer ses pensées, ses émotions, au moment de se coucher, quand il ne dort pas, quand il se lève après une nuit où « il n'a pas fermé l'œil! » (Agenda de travail, tableaux, échelle de lickert, etc.)

## *Le maintien de la motivation*

# Les biais cognitifs dans l'insomnie

- Bentall, 1996 :
- *dans la dépression ou l'anxiété*, composantes associées, à des degrés divers à l'insomnie chronique, le sujet traite préférentiellement certaines informations par rapport à d'autres = problèmes de nature *perceptive, attentionnelle* ou *mnésique*
- (par exemple les mots congruents avec l'humeur dépressive : Matthews et al., 1996)
- Le fonctionnement diurne et nocturne de l'insomniaque repose sur des *ruminations* se nourrissant des aspects conflictuels et négatifs des situations et des *émotions associées* réactivées en continu
- *L'hypervigilance* chez l'insomniaque pourrait réduire l'efficacité du *traitement cognitif contrôlé* (Schmidt, 1964)

# Ex. de Cognitions dans l'insomnie

- Dans l'insomnie, le patient fonctionne ainsi sur des réseaux de *pensées dysfonctionnelles*, avec une *anticipation négative* du lendemain.
- (...je dois dormir 8h sinon je ne pourrai pas être efficace demain dans mon travail...) qui le conduisent à des comportements (...je ne peux aller dîner au restaurant ce soir, je dois me coucher de bonne heure...demain j'ai un rendez-vous important... si je n'essaie pas de dormir 8h...rien n'ira)

# La thérapie cognitive (Evaluation et fin )

- Evaluer au cours et en fin de thérapie, les acquis des techniques élaborées par le patient en collaboration avec le thérapeute.
- Prévoir la rechute inévitable (anticiper les situations défavorables et envisager des solutions).
- Prévoir un rendez-vous de contrôle (6mois) et l'éventualité d'un rendez-vous avant si nécessaire

# Limites des thérapies cognitives

- Un minimum d'auto-contrôle et un engagement important du patient sont requis pour mener à bien une thérapie cognitive dans l'insomnie
- le sens de la réalité est essentiel afin de pouvoir identifier les pensées négatives et leur opposer des pensées plus rationnelles et les tester (impossible dans dépression majeure)
- Si anxiété importante et tendance dépressive, nécessaire de travailler en priorité sur ces composantes (ex; le cas M.C.)

# La Thérapie cognitive : le rôle du thérapeute

- La mise en place d'une relation, véritable alliance thérapeutique basée sur l'empathie du thérapeute
- L'authenticité
- la pédagogie (collaboration active du thérapeute en interaction avec celle du patient), expliquer le fonctionnement de son sommeil
- mise en œuvre d'un contrat de travail accepté par le patient dans un consentement éclairé
- La plasticité, l'adaptabilité du thérapeute aux cognitions (pensées, représentations, idées, etc.) aux émotions du patient (questionnement socratique)

# Le rêve : universel, singulier, réactualisé

dessin d'après the Lancet (2003)



# Le Rêve : reflet direct des préoccupations ?

- Mode de pensée peu contrôlé, imaginé et narratif,
- inconscient de ses sources, mais alimenté par les systèmes de mémoire, production d'images, de verbalisations
- Représentations de traumatismes
- D'idéaux et de principes à l'œuvre chez le rêveur
- Problèmes à résoudre, expériences nouvelles, événements plus ou moins importants réalisés ou à venir et désirs implicites ou explicites
- Situations conflictuelles difficiles à gérer.

Si « Continuité » entre pensée diurne et « pensée » pendant le sommeil.

Peut constituer un ensemble de significations ayant leur cohérence pour le rêveur.

# Possible application du rêve en thérapie cognitive

Analyse Fonctionnelle du rêve :

- Description globale du rêve
- Recherche des sources mnésiques  
(ancrées dans la perception du patient)
- émotions associées
- cognitions (ce qu'en pense le patient)
- Valeur affective pour le patient ?
- La signification pour le patient

# Intérêts de l'utilisation du rêve dans les TCC de l'insomnie

- Moyen alternatif d'aborder les problèmes
- Mettre en évidence certaines caractéristiques du fonctionnement du patient (situations conflictuelles, etc.)
- Aide à la restructuration cognitive
- Resserrer l'alliance thérapeutique
- Tester l'évolution de la thérapie :  
(les changements dans l'estime de soi) Rosner,  
1997

- **Le but des TCC sera atteint :**

*« lorsque votre cœur aura fait alliance avec la nuit »*

comme l'exprimait **Paul Claudel**