

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017-2018
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

**PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DES CAUCHEMARS
DANS LE CADRE D'UN SEVRAGE DU THC EN SERVICE D'ADDICTOLOGIE**

MÉMOIRE CLINIQUE

QUENTIN COUPERY

**PRÉSENTÉ DANS LE CADRE DE L'UE
« STAGE EN INSTITUTION ET SUPERVISION »
SOUS LA DIRECTION DE
PATRICIA TASSI**

MASTER 2 PSYCHOLOGIE CLINIQUE
THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE (TCC)

JUIN 2018

I. MOTIF DE CONSULTATION

Lors de ma visite dans sa chambre d'hospitalisation, la patiente, Mme L, en sevrage du THC depuis 16 jours, informée par mon intention de proposer une prise en charge centrée sur les cauchemars, me fait part de ses difficultés de sommeil. Elle ferait de nombreux cauchemars depuis l'arrêt de la consommation de cannabis. Ces rêves perturbants provoqueraient chez elle un sentiment déplaisant d'inconfort et leur souvenir persisterait en partie lors de l'éveil. Elle me dit être intéressée pour participer à un programme de thérapie qui pourrait lui aider à contrôler ou à arrêter la survenue de ses cauchemars. Afin de mieux comprendre la plainte de la patiente et son fonctionnement, je lui propose, avant toute thérapie, une séance lors de laquelle nous explorerons les facteurs qui contribuent aux troubles du sommeil afin de définir ensuite les objectifs et la méthode d'une éventuelle prise en charge thérapeutique.

II. ANAMNÈSE

Les éléments de l'anamnèse ont été recueillis lors d'un entretien de 45 minutes avec la patiente, le jour de sa sortie d'hospitalisation, après 21 jours de sevrage THC, avec l'aide d'une grille d'entretien centrée sur ses conduites addictives, son sommeil, et son état psychologique. Lors de cet entretien, la patiente dit aller bien, mais évoque un moral fluctuant. Elle ne serait pas particulièrement anxieuse malgré une « *nature nerveuse* ». Elle se dit contente de sortir, cependant elle appréhende le retour à la maison. Ces informations ont été complétées par des données du dossier médical de Mme L, incluant notamment les compte-rendu de ses rendez-vous en addictologie et de son séjour d'hospitalisation.

Histoire de l'épisode actuel

Le 24 janvier 2018, la patiente est admise en unité d'hospitalisation du service d'addictologie pour sevrage, suite à l'échec d'une tentative de réduction des consommations en suivi ambulatoire. Elle décrit son séjour comme difficile, avec des *cravings* en THC importants et persistants dès le premier jour de sevrage, ainsi que des symptômes de sevrage considérables tels que de l'irritabilité et une labilité émotionnelle incluant une humeur triste et des pleurs réguliers. Depuis l'arrêt de la consommation de THC, Mme L décrit une dégradation de la qualité de son sommeil induite par la survenue de cauchemars à partir du huitième jour de sevrage, soit le lendemain de la reprise des rêves, qu'elle ne faisait plus pendant sa consommation. Depuis ce jour, elle ferait fréquemment des cauchemars très perturbants dont

elle se rappellerait peu au réveil et qu'elle oublierait le plus souvent au cours de la journée. Elle ferait également, depuis peu, du bruxisme qu'elle identifie par une tension dans les mâchoires au réveil. De plus, la patiente se plaint de réveils précoces importants qu'elle aurait toujours eus, mais qui se seraient accentués lors de son sevrage, ainsi que de somnolences diurnes et de réveils au cours de la nuit.

Histoire du trouble

C'est à l'âge de 16 ans que Mme L aurait réalisé ses premières consommations de THC par curiosité au lycée. Son père souffrant d'une dépression et d'un TOC, elle aurait réalisé ce comportement pour s'anesthésier psychiquement, et s'apaiser durant cette période. Elle décrit sa consommation comme aidante à ce moment, et insiste sur le fait que ses consommations auraient toujours eu cette fonction. La consommation de Mme L serait vite devenue problématique, régulière et journalière, avec 10 joints fumés par jours. En 2013, vers l'âge de 36 ans, Mme L aurait mis en suspend une première fois sa consommation de cannabis, au cours d'une hospitalisation pour sevrage de l'alcool, pour « *jouer le jeu de la structure* ». Elle décrit cette période d'arrêt du THC comme compliquée, avec notamment un retour à la maison très difficile. Finalement, Mme L aurait rapidement repris une consommation de cannabis régulière et importante. En juin 2017, vers l'âge de 40 ans, elle est hospitalisée en psychiatrie pour des idées suicidaires qu'elle aurait eu suite à une réduction de sa consommation de THC.

Facteurs de risque

Mme L aurait des symptômes d'anxiété depuis l'enfance et se décrit de nature nerveuse. Elle aurait déjà eu des comportements auto-agressifs et agressifs envers des objets, notamment lorsqu'elle était en état d'ébriété. Des symptômes d'anxiété sociale semblent présents tels que de la méfiance envers les autres et une communication pauvre. De plus, la patiente aurait déjà présenté des éléments psychotiques, d'évolution favorable avec l'introduction d'antipsychotiques. Elle aurait toujours eu un sommeil compliqué avec des réveils matinaux précoces, des réveils nocturnes, et donc un temps de sommeil trop court (5 à 6 heures par nuit). La patiente semble avoir plusieurs fois été confrontée à des problématiques addictives, avec des consommations régulières de cocaïne de 25 à 30 ans et une dépendance à l'alcool à partir de 25 ans qui a abouti sur une hospitalisation pour sevrage à l'âge de 36 ans. Mme L aurait un père souffrant de dépressions chroniques et de troubles obsessionnels compulsifs, et une mère présentant une maladie neurodégénérative de type Alzheimer. De plus elle aurait un grand-père et un oncle paternels présentant des signes d'alcool-dépendance.

Eléments de l'histoire de vie

Mme L est une femme de 41 ans célibataire et sans enfant. Elle aurait une histoire familiale douloureuse avec des carences affectives probables et d'éventuels évènements traumatiques ou sub-traumatiques. De 20 à 25 ans elle aurait fréquenté le milieu des free-party et aurait eu des poly-consommations régulières. A 25 ans, elle serait ensuite rentrée dans le milieu de la restauration, qu'elle associe à une forte consommation d'alcool et de cocaïne. Actuellement en arrêt de travail, elle exerce aujourd'hui comme aide-soignante en hôpital dans une équipe de suppléance et n'a pas de difficultés financière. En dehors du travail, elle fait du sport, du yoga, et du bénévolat dans une association proposant des activités de loisir à des personnes ayant eu une addiction (ACERMA). La patiente vit dans un logement de fonction dont elle voudrait déménager, notamment pour éviter les stimuli liés à la consommation de cannabis, tels que la présence de voisins consommateurs, ou les odeurs dans l'ascenseur.

A la fin de l'entretien, Mme L semble adhérer à l'idée de suivre un programme de thérapie centrée sur la réduction des cauchemars, même si sa motivation semble superficielle.

III. HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES

Compte tenu de la situation d'urgence qu'implique le sevrage, incluant, notamment, un risque de rechute important, et sachant que la patiente bénéficie d'un suivi addictologique et psychiatrique qui semble cohérent, aucune séance supplémentaire n'a été dédiée à l'évaluation diagnostique. Cependant, l'entretien d'anamnèse a révélé des éléments s'orientant vers des troubles de l'alternance veille-sommeil, associés à des troubles liés à une substance.

La première hypothèse diagnostique proposée est un trouble lié au cannabis de type « *Sevrage du cannabis 292.0 (F12.288)* », selon le *DSM-5* (American Psychiatric Association [APA], 2016). En effet, la patiente est abstinente suite à une consommation quotidienne de plusieurs années, correspondant à l'arrêt d'un usage qui a été massif et prolongé comme décrit dans le Critère A. Depuis cet arrêt, la patiente semble avoir développé des symptômes d'irritabilité, d'anxiété, des troubles du sommeil, et une humeur dépressive, correspondant à quatre des signes décrits dans le Critère B. Ces symptômes causeraient une souffrance cliniquement significative pour la patiente (Critère C) et ils ne sont pas mieux expliqués par une affection médicale ou un autre trouble mental (Critère D).

La deuxième hypothèse diagnostique proposée est un trouble de l'alternance veille-sommeil de type « *Insomnie persistante, avec comorbidité d'un trouble mental non lié au sommeil (Sevrage du cannabis 292.0) 307.42 (F51.01)* », selon le *DSM-5* (APA, 2016). En effet, la patiente se plaint de réveils précoces fréquents, correspondant à une insatisfaction liée à la qualité de sommeil associée à une difficulté de maintien du sommeil, telle que décrite dans le Critère A. La patiente montre une souffrance importante, indiquant une détresse marquée comme mentionné dans le Critère B. La patiente décrit ces réveils précoces comme survenant quotidiennement « *depuis toujours* », remplissant le critère de fréquence d'au moins 3 fois par semaine (Critère C) et le critère de durée d'au moins 3 mois (Critère D), et ce, peu importe les conditions de sommeil (Critère E). Ces difficultés de maintien du sommeil ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble de l'alternance veille sommeil (Critère F), par les effets d'une substance (Critère G), ou par la coexistence d'un autre trouble mental ou d'une affection médicale (Critère H).

La troisième hypothèse diagnostique proposée est une parasomnie de type « *Cauchemars associés à un autre trouble mental non lié au sommeil (Sevrage du cannabis 292.0) et à un autre trouble du sommeil (Insomnie 307.42) 307.47 (F51.5)* » selon le *DSM-5* (APA, 2016). En effet, la patiente décrit l'apparition de plusieurs rêves perturbants en peu de temps, provoquant chez elle un sentiment déplaisant d'inconfort au réveil, correspondant au critère A. La patiente ne mentionne pas d'état confusionnel lors du réveil, indiquant qu'elle remplit le critère B. La perturbation du sommeil qui résulte de ses rêves semble provoquer une détresse significative chez la patiente (Critère C). Ces symptômes ne seraient pas imputables aux effets d'une substance (Critère D) et des troubles mentaux concomitants ne pourraient pas les expliquer convenablement (Critère E).

D'autres troubles du sommeil non mentionnés, tels que des troubles liés à la respiration et certaines parasomnies, pourront également être explorés et faire l'objet d'un éventuel examen médical approfondi. D'autres hypothèses diagnostiques de troubles addictifs, tels qu'un trouble de l'usage du tabac et/ou un trouble de l'usage de la caféine, n'ont pas fait l'objet d'une recherche détaillée mais doivent être envisagées. De nombreux éléments sur le plan anxieux et dépressif pourraient orienter le diagnostic vers un trouble anxieux et/ou un trouble de l'humeur, mais il est probable que certains de ces symptômes soient imputables aux effets du sevrage. L'éventualité d'un trouble de la personnalité n'est pas non plus écartée. Ces hypothèses devront donc être reconsidérées à distance du sevrage.

IV. CADRE THÉORIQUE

Le syndrome de sevrage du cannabis est de plus en plus décrit, et de manière de plus en plus précise. Ainsi, des symptômes de sevrage surviendraient généralement suite à un arrêt brusque de la consommation de cannabis (Crowley, Macdonald, Withmore & Mikulich, 1998) et seraient principalement caractérisés par des troubles du sommeil, de l'irritabilité, une humeur dysphorique ou dépressive et un *craving* intense (Dervaux & Laqueille, 2012 ; Levin *et al.*, 2010 ; Vandrey, Budney, Kamon & Stanger, 2005 ; Vandrey, Budney, Hughes & Liguori, 2008). Parmi les troubles du sommeil repérés lors du sevrage, on peut retrouver, selon les études, des *réveils pendant la nuit*, des *réveils précoces*, des *rêves étranges*, et des *rêves vifs* (Levin *et al.*, 2010 ; Schierenbeck, Riemann, Berger, & Hornyak, 2008 ; Vandrey *et al.*, 2008). De manière beaucoup plus rare, le terme de *cauchemar* peut être évoqué comme indicateur du syndrome de sevrage du cannabis (Brousse *et al.*, 2012 ; David *et al.*, 2015). En outre, le syndrome de sevrage serait, du fait des inconforts qu'il induirait, un facteur de rechute important (Brousse *et al.*, 2012).

Le fait que les rêves et les cauchemars surviendraient presque exclusivement pendant le sommeil paradoxal (APA, 2005) pourrait expliquer en partie une importante survenue de rêves vifs ou de cauchemars lors du sevrage du cannabis. En effet, en réaction à la diminution importante du sommeil paradoxal induite par le THC pendant la période de consommation, (Feinberg, Jones, Walker, Cavness & Floyd, 1976 ; Ruby, 2015), le sevrage pourrait entraîner un effet rebond du sommeil paradoxal (Guénolé, Nicolas, Hommeril, Davidsen & Baleyte, 2011). Il a effectivement été démontré (Schierenbeck *et al.*, 2008) que lors d'un sevrage du cannabis, le temps total de sommeil lent profond est réduit et le sommeil paradoxal augmente. Les périodes de sommeil paradoxal sont donc plus longues et plus denses. Cette mesure objective des paramètres de sommeil pourrait expliquer de manière cohérente la survenue de rêves intenses et de cauchemars lors d'un sevrage du cannabis. Cependant, si cette hypothèse peut sembler pertinente pour expliquer physiologiquement l'émergence d'un contenu onirique intense lors de l'arrêt du THC, elle ne suffit pas à définir ce qui distinguerait la production de cauchemars de la survenue de simples rêves vifs. Selon Kramer (1991) et le modèle neurocognitif de Nielsen et Levin (2007), le rêve aurait une fonction adaptative de régulation thymique et émotionnelle, et le cauchemar se produirait lorsque les capacités intégratives du rêveur seraient dépassées, suite à une tension émotionnelle puissante induites par les variations émotionnelles et les événements stressants que vit l'individu quotidiennement. Ceci pourrait expliquer pourquoi dans une situation de sevrage induisant généralement des symptômes

d'anxiété et d'humeur dysphorique, certains patients pourraient avoir tendance à souffrir de cauchemars plutôt que de faire de simples rêves vifs.

Selon l'approche cognitivo-comportementale, le cauchemar engendrerait une réponse d'évitement des émotions négatives intenses vécues pendant le rêve par le maintien de l'éveil. Ce comportement pourrait apparaître comme une difficulté à maintenir le sommeil et renforcerait la croyance que la seule façon d'échapper au cauchemar est de rester éveillé. L'individu entretiendrait ainsi des comportements d'évitement, des croyances d'impuissance, et un état de détresse émotionnelle (De Koninck, Forest & Lortie-Lussier, 2012). En effet, les cauchemars pourraient avoir un grand rôle dans l'apparition de contenu émotionnel négatif, et de nombreuses études démontrent une corrélation positive entre la fréquence des cauchemars et la sévérité de symptômes anxieux et dépressifs (Blagrove, Farmer, & Williams, 2004 ; Levin & Fireman, 2002 ; Zadra et Donderi, 2000). De cette manière, les mécanismes sous-tendant les symptômes du sevrage pourraient résulter en un véritable cercle vicieux, les cauchemars potentialisant les signes d'insomnie, d'anxiété et de dépression, et ces symptômes renforçant la survenue des cauchemars à leur tour. Sous cet angle, traiter les cauchemars au cours d'un sevrage du cannabis pourrait apparaître comme une véritable nécessité.

De plus en plus de chercheurs s'intéressent au traitement des cauchemars et de nombreuses prises en charge plus ou moins simples à mettre en place par les cliniciens existent. Depuis les années 1990, une technique inspirée du traitement des cauchemars par le rêve lucide (Lucid Dreaming Treatment ; LDT) et du traitement cognitivo-comportemental classique par exposition (Exposure, Relaxation and Rescripting Therapy ; ERRT) connaît un grand succès tant dans les milieux cliniques qu'en recherche : la thérapie par répétition d'imagerie mentale (Imagery Rehearsal Therapy ; IRT) ou *répétition de l'imagerie modifiée (RIM)* ou *répétition et révision en imagerie mentale (RRIM)* (Krakow, Kellner, Pathak & Lambert, 1995). Cette technique est dite cognitive et comportementale brève. Son objectif est d'apprendre au patient à modifier le contenu de ses cauchemars pendant l'éveil, en imagerie mentale, en repérant les composants anxigènes et en les remplaçant par des éléments positifs. Lors de la nuit, ces images auxquelles le patient a pensé seraient rappelées et influenceraient le déroulement des cauchemars (De Koninck *et al.*, 2012 ; Levrier, 2015 ; Schierenbeck *et al.*, 2008). Selon Ruby (2015), la répétition d'imagerie mentale est une des thérapies comportementales sur les cauchemars les plus évaluée scientifiquement. Les résultats retrouvés dans la littérature montrent des effets bénéfiques stables à long terme, et confirment les apports cliniques et thérapeutiques qu'offre l'IRT, notamment dans les contextes psychotraumatiques, où les

cauchemars sont souvent résistants aux thérapies classiques (Aoudia & Daoust, 2016 ; Levrier, 2015). Néanmoins, il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'étude de l'efficacité de la méthode d'IRT dans un contexte de sevrage du cannabis.

V. ANALYSE DES PROBLÈMES ET DES OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

Tenant compte de la plainte initiale de la patiente et des éléments de l'anamnèse, les comportements et les situations problématiques de la patiente seraient : 1) les symptômes anxieux (tremblements, bouffées de chaleur, incapacité à se détendre, nervosité....) ; 2) l'humeur fluctuante ; 3) les difficultés à reprendre des activités qui procuraient du plaisir auparavant (ballades, sport, yoga...) ; 4) les *cravings* importants de cannabis ; 5) les cauchemars ; 6) les réveils précoces ; 7) Le risque et la peur de reprendre la consommation addictive.

Considérant les hypothèses évoquées précédemment, élaborées à partir de la littérature existante, choisir les cauchemars comme cible prioritaire pour la thérapie semble tout à fait pertinent. La réussite d'une psychothérapie centrée sur les cauchemars pourrait permettre, d'une part, de faire diminuer, voire disparaître, les cauchemars et les autres troubles du sommeil associés, et d'autre part d'avoir une influence positive sur l'ensemble du syndrome de sevrage (anxiété, symptômes dépressifs, *craving*) et donc sur le risque de rechute. En plus de représenter la plainte initiale de la patiente dans le cadre spécifique de cette prise en charge, les cauchemars pourraient être un problème relativement facile à résoudre, réduisant ses influences sur d'autres symptômes, diminuant alors le risque de rechute et favorisant potentiellement la mise en place d'une éventuelle thérapie ultérieure. L'objectif comportemental principal visé par la thérapie serait donc la diminution importante des cauchemars et/ou de l'intensité de ces derniers. Un deuxième objectif, prenant appui sur les modèles explicatifs des cauchemars serait la diminution des symptômes anxieux et dépressifs associés aux troubles du sommeil. Le troisième objectif serait le maintien de l'abstinence sur le long terme.

VI. ANALYSE FONCTIONNELLE

L'analyse fonctionnelle a été rédigée autour de la situation problématique « *faire des cauchemars* », à partir de la partie diachronique du modèle *SECCA* (Cottraux, Bouvard &

Légeron, 1985) pour sa pertinence, et du modèle des *cercles vicieux* (Cungi, 1996) pour sa simplicité.

Partie diachronique

- *Données structurales possibles* : Père souffrant de dépressions chroniques et de Tocs, grand-père et oncle paternels souffrant d'alcoolodépendance, tempérament anxieux
- *Facteurs déclencheurs initiaux invoqués* : arrêt de la consommation de cannabis
- *Facteurs historiques de maintien possibles* : forte anxiété au moment du coucher, réveils précoces, levers immédiats, consommation importante de psychostimulants (tabac, caféine)
- *Evènements précipitants le trouble* : syndrome de sevrage important (irritabilité, symptômes anxieux, humeur dysphorique, *cravings*, troubles du sommeil)
- *Autres problèmes identifiés* : idées suicidaires lors de la réduction précédente de la consommation, symptômes d'anxiété sociale, possibles évènements sub-traumatiques vécus pendant l'enfance, éléments psychotiques stabilisés
- *Traitements précédents* : traitement mucolytique visant à réduire les signes de sevrage (*acétylsistéine*), antidépresseurs (*venlafaxine*), neuroleptiques (*quétiapine*, *cyamémazine*), régulateurs du rythme veille/sommeil (*mélatonine*),
- *Maladies physiques* : lombalgies récurrentes

Partie synchronique

Afin de mieux rendre compte de l'aspect synergique du fonctionnement de la patiente vis-à-vis de la problématique des cauchemars, deux analyses fonctionnelles synchroniques sont proposées : l'une ciblée sur le moment du coucher et l'autre pointant le moment du réveil.

- 1) *Situation déclenchante* : au coucher
- 2) *Cognitions* : possibles ruminations, « *Je vais encore faire un cauchemar* »
- 3) *Emotions* : *craving*, anxiété diffuse, fatigue
- 4) *Comportements* : s'endort rapidement
- 5) *Conséquences* : la patiente s'endort sans problème apparent (*renforcement positif*), mais l'endormissement avec une forte charge anxieuse fournit un terrain propice à l'émergence des cauchemars (*punition positive*)

- 1) *Situation déclenchante* : au réveil (précoce), après avoir fait un cauchemar dans la nuit
- 2) *Cognitions* : « *C'était vraiment horrible* », « *Je ne vais pas pouvoir me rendormir* »
- 3) *Emotions* : sensation de mal-être, anxiété, angoisses, sueurs, tension dans les mâchoires
- 4) *Comportements* : se lève rapidement, boit du café et fume des cigarettes
- 5) *Conséquences* : la patiente exclue le risque de refaire un cauchemar (*renforcement négatif*), mais elle commence la journée avec une dette de sommeil importante et une anxiété diffuse (*punition positive*)

La proposition de ces analyses fonctionnelles soutient l'hypothèse selon laquelle les cauchemars et les symptômes anxieux s'influencent mutuellement. En effet, en se réveillant après avoir fait un cauchemar, la patiente est perturbée du fait d'avoir vécu des émotions négatives fortes durant son sommeil. Une sensation de mal-être s'installe alors chez elle et favorise le développement de l'anxiété et des *cravings*, induits en partie par le syndrome de sevrage, au cours de la journée. Au moment du coucher, l'anxiété semble toujours présente, et fournit, avec les effets du sevrage sur le sommeil paradoxal, un terrain favorable à l'apparition de cauchemars durant la nuit. Malgré cela, une éventuelle dette de sommeil importante résultant d'un réveil précoce, renforcée par la prise de mélatonine et d'antidépresseur, permet un endormissement rapide. De plus, en se levant dès le réveil, notamment avec l'aide d'une consommation importante de psychostimulants, la patiente entretient la croyance selon laquelle en évitant de dormir elle écarte le risque de refaire un cauchemar, un renforcement négatif favorisant le maintien des insomnies matinales.

VII. PROJECTIONS THÉRAPEUTIQUES

Conformément aux recommandations de l'American Academy of Sleep Medicine (Aurora *et al.*, 2010) et de l'American Psychiatric Association (2015), et compte tenu de la validité des résultats retrouvés dans la littérature récente (Seda, Sanchez-Ortuno, Welsh, Halbower & Edinger, 2015 ; Casement & Swanson, 2012), la Thérapie par Répétition d'Imagerie Mentale (IRT) semble tout à fait indiquée dans le traitement des cauchemars dans le cadre de cette prise en charge de courte durée. Dans leur article, expliquant en détails la pratique de l'IRT, Krakow et Zadra (2010) préconisent que leur protocole peut et doit être adapté en fonction de la complexité et la gravité du trouble, et des ressources du patient. En accord avec ces indications, leur programme de référence, visant plus spécifiquement les

cauchemars chroniques liés au syndrome de stress post-traumatique, a été modifié pour correspondre : 1) au cas particulier des cauchemars liés au sevrage du THC ; 2) aux exigences de délai qu'implique une telle prise en charge ; 3) aux différentes problématiques de la patiente ; 4) aux spécificités du service d'addictologie et aux limites résultant du cadre du stage. Ainsi les principales adaptations du programme comprennent : 1) le changement des modalités de traitement avec des séances individuelles plutôt qu'en groupe ; 2) le raccourcissement du nombre et du temps des séances dédiées aux interventions thérapeutiques en tant que telles, avec deux séances de quarante-cinq minutes, au lieu de quatre séances de deux heures ; 3) La modification des thèmes évoqués dans la psychoéducation, avec un accent donné sur les effets du sevrage sur le sommeil et l'émergence des cauchemars, plutôt que sur le cauchemar comme processus d'apprentissage ; 4) La possibilité de modifier ce protocole au fur et à mesure de la thérapie en fonction de l'évolution des plaintes de la patiente ; 5) L'ajout de documents papier, dans le but d'appuyer l'engagement de la patiente, de fournir un suivi des exercices réalisés, de contribuer au développement des compétences métacognitives sur l'expérience, de favoriser le feedback lors des séances, et de consolider les acquis.

Ainsi le plan de thérapie retenu en début de prise en charge suit le programme suivant :

- Séance 1 : Psychoéducation sur les cauchemars et introduction de l'imagerie mentale
- Séance 2 : Explication de la méthode d'IRT pour changer les cauchemars
- Séance 3 : Evaluation des résultats, et retour sur l'expérience

Un formulaire d'information et de consentement, récapitulant, entre autre, l'objectif du programme thérapeutique, la stratégie thérapeutique retenue, la durée et le nombre de séances, ainsi que l'anonymisation et l'utilisation des données personnelles (ANNEXE A) a été donné, puis daté et signé par la patiente.

VIII. DESCRIPTION DES OUTILS D'ÉVALUATION

Dans le but d'obtenir une évaluation d'indicateurs de l'état et du niveau de fonctionnement de la patiente et un suivi de ces indicateurs, la ligne de base a été définie selon les outils comportementaux et questionnaires suivants :

- Un agenda du sommeil (ANNEXE B), inspiré de l'étude de Brochu (2012), à remplir tous les matins. Les données sur le sommeil comprennent les informations suivantes : 1) latence au sommeil ; 2) nombre d'éveils ; 3) durée des éveils ; 4) nombre de cauchemars ;

5) intensité des cauchemars rapportée sur une échelle de Likert en cinq points (0 n'étant pas perturbant et 5 étant extrêmement perturbant). Le score de chacun des items est calculé en faisant la moyenne de toutes les nuits depuis l'entretien précédent.

- L'Inventaire de Dépression de Beck (BDI) en 21 items, traduit par Bourque et Beaudette (1982) (ANNEXE C), pour évaluer les symptômes comportementaux, cognitifs, émotionnels et somatiques associés à la dépression. Pour les exigences de la prise en charge dans un contexte de sevrage le critère de temps est raccourci de deux à une semaine. Le questionnaire a été rempli au premier et au dernier entretien.
- L'Inventaire d'Anxiété de Beck (BAI), traduit par Freestone, Ladouceur, Thibodeau et Gagnon (1994) (ANNEXE C), pour évaluer l'intensité des symptômes reliés à l'anxiété. Le questionnaire a été rempli au premier et au dernier entretien.

Les différents outils d'évaluation ont été distribués à la patiente en lui donnant de brèves explications sur la manière d'y répondre. Mme L les a compris facilement et a formulé son engagement à remplir les instruments consciencieusement.

IX. DESCRIPTION DES SEANCES DE THÉRAPIE

Séance 1

La première séance dédiée aux interventions thérapeutiques a lieu 7 jours après l'entretien d'anamnèse, après 28 jours de sevrage. Mme L reste abstinent malgré des envies fluctuantes, présentes surtout le matin. Elle ferait des cauchemars de manière plus régulière (1 à 3 cauchemars par nuit, toutes les nuits, d'après l'agenda du sommeil) avec notamment des réveils en sueurs au cours de la nuit (1 à 2 réveils par nuit, toutes les nuits, d'après l'agenda du sommeil). Au réveil, la patiente serait en sueur et incapable de se rendormir. A la BDI elle obtient un score de 25, indiquant un syndrome dépressif modéré (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), et à la BAI, elle obtient un score de 31, reflétant une symptomatologie anxieuse sévère (Beck, Epstein, Brown & Steer 1988). Dans une première partie de l'entretien, suite à ma proposition, la patiente accepte que je lui fournisse des informations sur les cauchemars liés au sevrage, avec l'aide de représentations graphiques d'hypnogrammes que je trace en parallèle. Je partage ensuite mes hypothèses sur l'analyse fonctionnelle en expliquant le potentiel cercle vicieux qui peut exister entre les cauchemars, les émotions négatives et les troubles du sommeil, comme obstacle à l'abstinence. Dans une deuxième partie de l'entretien, je présente la méthode d'imagerie mentale à Mme L et lui propose une pratique en séance, sous

forme guidée, pendant quelques minutes, en l'invitant à imaginer une scène agréable de son choix. Mme L me dit ne pas éprouver de difficulté particulière à voir des images mentalement durant cet exercice. Enfin nous discutons de l'importance de l'imagerie mentale dans la vie quotidienne, dans le processus de changement. A la fin de la séance, je l'invite à continuer de remplir l'agenda du sommeil et à pratiquer l'imagerie mentale des changements positifs chaque jour en remplissant le « *Calendrier d'entraînement à l'imagerie mentale des changements positifs* » (ANNEXE D), élaboré sur le modèle des calendriers d'évènements agréables retrouvés dans les programmes de *mindfulness*, et de l'échelle d'estimation des images mentale du *Vividness of Visual Imagery Questionnaire* traduit par Denis (1979).

Séance 2

La deuxième séance de thérapie avec Mme L a lieu 16 jours après l'entretien précédent, après 44 jours de sevrage. La patiente me signale un écart dans son abstinence à l'alcool, lors du weekend dernier, au cours duquel elle dit avoir bu quelques verres. La patiente explique ce faux pas par le stress de ne plus consommer de cannabis, et précise que cela lui a fait du bien sur un moment très court. Mme L ne ferait plus de cauchemars (1 cauchemar par nuit, pendant 2 nuits sur 6 nuits, d'après l'agenda du sommeil), ni de réveil nocturne (1 à 2 réveils par nuit, pendant 3 nuits sur 6 nuits, d'après l'agenda du sommeil). Elle explique ces changements par la reprise du travail qui la fatigue énormément, de sorte qu'elle soit épuisée au moment du coucher. Elle me signale également une anxiété importante au moment du retour du travail, parce qu'elle ne saurait pas comment occuper ce temps libre. Je choisis donc de ne pas aborder la méthode d'IRT lors de cette séance. Dans un premier temps je la renforce verbalement sur l'amélioration de ses troubles du sommeil, puis je l'encourage à programmer des activités plaisantes au moment du retour à la maison, telles que le sport, la lecture, ou l'apprentissage de la guitare. Je l'invite à utiliser l'imagerie mentale des changements positifs pour l'aider à mettre en œuvre ces activités, et à pratiquer l'imagerie mentale des images agréables comme méthode de relaxation pour réduire le stress et l'anxiété.

Séance 3

La troisième séance psychothérapeutique avec Mme L a lieu 13 jours après l'entretien précédent, après 57 jours de sevrage. La patiente n'aurait pas consommé de produit, et elle serait parvenue à mettre en place des activités plaisantes, telles que des activités sportives et des sorties cinéma. En revanche la patiente ferait à nouveau de nombreux cauchemars (un à deux cauchemars par nuit, pendant 6 nuits sur 13). Elle précise qu'un cauchemar revient de

façon récurrente, au cours duquel elle se voit parcourir la route vers son fournisseur et achète du cannabis. La patiente a pu pratiquer les exercices d'imagerie mentale régulièrement (environ un jour sur deux), et montre une irrégularité de réussite (de 1 à 4 sur 4, à l'échelle d'estimation des images mentales, soit une moyenne de 2,75). Au cours de cette séance, j'explique à Mme L la méthode d'IRT, à savoir : comment choisir un cauchemar, comment changer le cauchemar, et comment répéter le cauchemar en imagerie mentale. A titre d'exemple, la patiente choisit de travailler dans un premier temps sur le cauchemar récurrent, évoqué précédemment. Elle pense le modifier en imagination en changeant son parcours au dernier moment et en décidant de ne pas acheter de produit. Je la félicite pour cette pratique très adaptée de la modification des cauchemars et lui explique comment pratiquer quotidiennement la méthode. A la fin de la séance je lui distribue la fiche « *Instructions pour la pratique quotidienne de l'IRT* » (ANNEXE D), construite à partir du programme de Krakow et Zadra (2010), et discute avec elle des points qui y sont évoqués.

Séance 4

La quatrième séance de thérapie avec Mme L a lieu 42 jours après l'entretien précédent, après 99 jours de sevrage. La patiente me signale des faux pas de plus en plus réguliers dans son abstinence cannabis et alcool, avec des consommations ayant lieu chaque semaine pendant 2 à 4 jours, afin de calmer l'anxiété et les angoisses, suite à un « *découragement total* ». Cependant la patiente critique ces comportements et semble motivée pour ne plus reproduire d'écart. Je tente de dédramatiser ces écarts sans toutefois les banaliser, et encourage la patiente à poursuivre sa réflexion sur les avantages et les inconvénients de ces consommations. La patiente dit ne plus faire de cauchemar (1 cauchemar par nuit, pendant 4 nuits sur 14), ni de réveil précoce. Elle précise d'ailleurs qu'elle est satisfaite de son sommeil pour la première fois depuis des années, avec des nuits de plus de 9h en moyenne (contre 6h en début de thérapie). Mme L a pu pratiquer la méthode de répétition d'imagerie mentale régulièrement, 2 minutes par jour en moyenne, d'abord centrée sur le changement de parcours lors sa visite chez son fournisseur pendant 5 jours, puis sur un autre cauchemar impliquant des souris, jusqu'à ce qu'elle ne fit plus aucun cauchemar. Je félicite la patiente pour son implication et renforce ses progrès en lien avec les troubles du sommeil. D'autre part, Mme L parvient désormais à pratiquer des activités plaisantes régulièrement (expositions, cinéma, sport, lecture, guitare). Je la complimente également sur ce point. A la BDI elle obtient un score de 9, indiquant une absence de syndrome dépressif (Beck *et al.*, 1961), et à la BAI, elle obtient un score de 18, reflétant une symptomatologie anxieuse légère (Beck *et al.*, 1988). A la fin de l'entretien, nous

convenons ensemble d'une réussite de la thérapie au regard des objectifs fixés et donc d'une fin de prise en charge.

X. ANALYSE DE L'ÉCHEC ET DE LA RÉUSSITE

Les résultats obtenus aux outils d'évaluation (ANNEXE E) et les données recueillies lors des entretiens cliniques suggèrent un effet bénéfique de la prise en charge des cauchemars sur : 1) la fréquence des cauchemars ; 2) la fréquence des éveils nocturnes et leur durée ; 3) les réveils précoces ; 4) La sévérité des symptômes anxieux ; 5) La sévérité des symptômes dépressifs. Ces données concordent avec celles retrouvés dans l'étude sur l'IRT de Brochu (2012), qui utilisait les mêmes outils d'évaluation sur des patients souffrant de PTSD, exceptés les résultats concernant les scores d'anxiété (sans effet dans l'étude de Brochu) et les scores d'intensité des cauchemars (avec un effet significatif important dans l'étude de Brochu). De plus, les résultats coïncident parfaitement avec les hypothèses centrées sur le lien entre les cauchemars et les symptômes anxieux et dépressifs. Ces conclusions, concernant la réduction de la sévérité des symptômes liés au syndrome de sevrage, tendent également à indiquer un effet favorable potentiel de la prise en charge des cauchemars sur la prévention du risque de rechute. Ces scores auraient pu être encore plus évocateurs si un outil mesurant les éveils précoces avait été ajouté, et si l'agenda du sommeil avait été rempli plus régulièrement, notamment lors des périodes où la patiente était satisfaite de son sommeil.

Cependant, considérant l'émergence récente des cauchemars (qui diffère des cauchemars chroniques retrouvés chez les patients souffrant de PTSD par exemple), mais également l'inter-variabilité importante concernant l'apparition des différents symptômes de sevrage et leur durée, il est difficile de pouvoir conclure objectivement de l'attribution, même partielle, de ces effets, aux interventions thérapeutiques. En effet, de nombreux autres facteurs, potentiellement à l'origine de la réduction des cauchemars et des autres symptômes de sevrage, sont à prendre en compte. Tout d'abord, la réduction naturelle des symptômes de sevrage au cours du temps suite à l'élimination totale du produit dans le corps peut être à l'origine de ces effets, avec des études montrant que les symptômes de sevrage pourraient disparaître entre 2 jours et 7 semaines seulement (Brousse *et al.*, 2012 ; Schierenbeck *et al.*, 2008 ; Vandrey *et al.*, 2005). Les évènements de vie de Mme L pourraient également expliquer cet effet, avec la reprise de l'activité sportive par exemple, pouvant impliquer une fatigue importante et réduire l'apparition des cauchemars, comme lors de la reprise du travail, entre la première et la

deuxième séance. On peut également penser que les écarts de plus en plus réguliers de Mme L lui ont permis de profiter des effets facilitateurs du THC sur le sommeil et ainsi de diminuer les symptômes de sevrage. D'autre part, il faut comprendre que cette méthode de prise en charge comporte des limites à étudier avant d'entreprendre un suivi thérapeutique. Tout d'abord le caractère urgent, qu'implique une telle prise en charge, pour parvenir à réduire les symptômes de sevrage avant une éventuelle rechute, va à l'encontre des principes de la TCC dans le cas d'un début de prise en charge. En effet, en réduisant le délai de la thérapie, peu de temps peut être accordé aux entretiens d'anamnèse et de diagnostic et empêche une conceptualisation de cas optimale. Dans le suivi de Mme L, le diagnostic différentiel, ainsi que l'analyse fonctionnelle auraient pu être étoffés davantage et orienter vers des directions thérapeutiques différentes. D'autre part une réduction du temps passé avec le patient réduit également le temps accordé à construire l'alliance thérapeutique et à renforcer la motivation. Avec Mme L, la relation thérapeutique était fragile et la motivation superficielle. Une meilleure implication de la patiente dans la thérapie aurait peut-être permis une plus grande régularité dans le suivi des rendez-vous, et une meilleure assiduité dans la pratique des exercices et le remplissage de l'agenda du sommeil. Enfin, il faut étudier consciencieusement l'intérêt de centrer la thérapie sur les cauchemars au regard des autres symptômes de sevrage du patient. Même s'ils pouvaient représenter une véritable plainte pour Mme L, les cauchemars avaient finalement peut-être peu de retentissement sur le risque de rechute, par rapport aux *cravings* ou aux angoisses. Des études contrôlées sur l'efficacité du traitement des cauchemars au cours d'un sevrage du THC sont donc à réaliser pour en explorer les réels bénéfices thérapeutiques.

Malgré ces restrictions, un effet favorable du traitement des cauchemars de Mme L, dans le cadre de cette prise en charge supplémentaire au protocole de sevrage habituel, ne peut être ignoré. Si l'impact de la thérapie sur la réduction des symptômes de sevrage en elle-même n'est pas certain, il faut tout de même prendre en compte que l'aboutissement de la thérapie jusqu'aux résultats escomptés ait pu faire émerger un sentiment de compétence chez la patiente, et donc renforcer son sentiment d'efficacité personnelle. De cette façon la patiente pourrait réévaluer ses ressources et s'impliquer davantage dans un processus de changement et dans une éventuelle thérapie ultérieure, facilitant ainsi le traitement des autres problèmes et renforçant potentiellement sa résistance au risque de rechute. D'autre part, Mme L dispose maintenant d'un outil vérifié efficace pour faire face à l'émergence des cauchemars dans le cas d'une éventuelle réapparition du symptôme, que ce soit lors d'un nouveau sevrage suite à une rechute, ou dans le cas de rêves perturbants survenant indépendamment de sa problématique addictive.

XI. BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association (2005). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition, Texte révisé*. Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition*. Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association (2016). *Mini DSM-5 : Critères diagnostiques*. Elsevier Masson.
- Aoudia, M. A., & Daoust, J. P. (2016). Traitement des cauchemars post-traumatiques par répétition d'imagerie mentale: résultats préliminaires d'une étude pilote franco-canadienne. *Médecine du Sommeil*, 13(1), 27-28.
- Aurora, R. N., Zak, R. S., Auerbach, S. H., Casey, K. R., Chowdhuri, S., Karippot, A., ... & Lamm, C. I. (2010). Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 6(4), 389.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.
- Blagrove, M., Farmer, L., & Williams, E. (2004). The relationship of nightmare frequency and nightmare distress to well-being. *Journal of sleep research*, 13(2), 129-136.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14(3), 211-218.
- Brochu, V. (2012). *La thérapie par révision et répétition de l'imagerie mentale appliquée au traitement des cauchemars post-traumatiques militaires*. (Thèse de Doctorat, Université de Sherbrooke, Canada).
- Brousse, G., Charpeaud, T., Goutain, E., Garnier, M., Tixeront, C., Geneste, J., & Schmidt, J. (2012). Troubles du comportement liés aux différents types de sevrage rencontrés aux urgences ou à l'UHCD. *Journées scientifiques de la SFMU*.
- Casement, M. D., & Swanson, L. M. (2012). A meta-analysis of imagery rehearsal for post-trauma nightmares: effects on nightmare frequency, sleep quality, and posttraumatic stress. *Clinical psychology review*, 32(6), 566-574.

- Cottraux, J., Bouvard M., & Légeron P. (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Issy-les-Moulineaux: Editions d'application psychotechniques.
- Crowley, T. J., Macdonald, M. J., Whitmore, E. A., & Mikulich, S. K. (1998). Cannabis dependence, withdrawal, and reinforcing effects among adolescents with conduct symptoms and substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 50(1), 27-37.
- Cungi, C. (1996). *Savoir s'affirmer*. Paris: Retz.
- David, F., Vandevivere, T., Cortes-Lebon, M. A., Bernard, V., Tisserand, L., & Danel, T. (2015). Sevrage ambulatoire du cannabis. *Soins psychiatrie*, (296), 37-40.
- De Koninck, J., Forest, G., & Lortie-Lussier, M. (2012). Le traitement cognitivocomportemental des cauchemars et le cas particulier de l'état de stress post-traumatique. *Médecine du Sommeil*, 9(3), 101-109.
- Denis M. (1979). *Les images mentales*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Dervaux, A., & Laqueille, X. (2012). Cannabis: usage et dépendance. *La Presse Médicale*, 41(12), 1233-1240.
- Feinberg, I., Jones, R., Walker, J., Cavness, C., & Floyd, T. (1976). Effects of marijuana extract and tetrahydrocannabinol on electroencephalographic sleep patterns. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 19(6), 782-794.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 15, 47-55
- Guérolé, F., Nicolas, A., Hommeril, A., Davidsen, C., & Baleyte, J. M. (2011). Sommeil et substances à l'adolescence : les effets de la caféine, de l'alcool, du tabac et du cannabis. *Médecine du Sommeil*, 8(4), 152-158.
- Krakow, B., Kellner, R., Pathak, D., & Lambert, L. (1995). Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. *Behaviour Research and Therapy*, 33(7), 837-843.
- Krakow, B., & Zadra, A. (2010). Imagery rehearsal therapy: principles and practice. *Sleep Medicine Clinics*, 5(2), 289-298.
- Kramer, M. (1991). The nightmare: A failure in dream function. *Dreaming*, 1(4), 277.
- Levin, K. H., Copersino, M. L., Heishman, S. J., Liu, F., Kelly, D. L., Boggs, D. L., & Gorelick, D. A. (2010). Cannabis withdrawal symptoms in non-treatment-seeking adult cannabis smokers. *Drug and alcohol dependence*, 111(1), 120-127.
- Levin, R., & Fireman, G. (2002). Nightmare prevalence, nightmare distress, and self-reported psychological disturbance. *SLEEP-NEW YORK*-, 25(2), 205-212.

- Levrier, K. (2015). *Traitement des cauchemars avec la méthode de révision et répétition par imagerie mentale (RRIM) dans une population adulte francophone souffrant d'un état de stress post-traumatique (ÉSPT)* (Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, Canada).
- Nielsen, T. A., & Levin, R. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: a review and neurocognitive model. *Psychological bulletin*, *133*(3), 482.
- Ruby, P. (2015). La fréquence des rapports de rêve. *Le Journal des psychologues*, (2), 39-43.
- Schierenbeck, T., Riemann, D., Berger, M., & Hornyak, M. (2008). Effect of illicit Recreational drugs upon sleep: cocaine, ecstasy and marijuana. *Sleep medicine reviews*, *12*(5), 381-389.
- Seda, G., Sanchez-Ortuno, M. M., Welsh, C. H., Halbower, A. C., & Edinger, J. D. (2015). Comparative meta-analysis of prazosin and imagery rehearsal therapy for nightmare frequency, sleep quality, and posttraumatic stress. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, *11*(1), 11.
- Vandrey, R. G., Budney, A. J., Hughes, J. R., & Liguori, A. (2008). A within-subject comparison of withdrawal symptoms during abstinence from cannabis, tobacco, and both substances. *Drug and alcohol dependence*, *92*(1), 48-54.
- Vandrey, R., Budney, A. J., Kamon, J. L., & Stanger, C. (2005). Cannabis withdrawal in adolescent treatment seekers. *Drug and alcohol dependence*, *78*(2), 205-210.
- Zadra, A., & Donderi, D. C. (2000). Nightmares and bad dreams: their prevalence and relationship to well-being. *Journal of abnormal psychology*, *109*(2), 273.

ANNEXE A

Formulaire d'information et de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Je, soussigné(e) _____ déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée :

Le traitement des cauchemars liés au sevrage du cannabis avec la thérapie par répétition d'imagerie mentale (IRT)

Promoteur : UFR de psychologie - Université de Strasbourg, 12 Rue Goethe, 67000 Strasbourg

Investigateur principal : Quentin Coupery, étudiant en deuxième année de Master de psychologie clinique à l'université de Strasbourg ; supervisé par Lana Strika-Bruneau, psychologue clinicienne, CERTA Albatros, Hôpital Paul Brousse

But du protocole : évaluer l'efficacité d'une prise en charge des cauchemars survenant dans le cadre d'un sevrage du THC, au moyen de la méthode de répétition d'imagerie mentale, en association avec le protocole de sevrage prescrit.

Hypothèses : le traitement proposé pourrait atténuer les symptômes liés au sommeil et associés au sevrage. De plus les connaissances acquises lors de la prise en charge permettraient de mieux comprendre les ingrédients thérapeutiques de l'intervention cognitive et comportementale et de faciliter le fonctionnement des personnes dans une démarche de sevrage du cannabis

Inconvénients et risques potentiels : ce protocole de soin ne comporte aucun risque pour la santé physique ou psychologique du participant. Cependant, quelques inconforts liés à la thérapie pourraient en résulter. En exécutant les exercices proposés pendant ou entre les rencontres, il est possible que le participant éprouve certaines émotions fortes et un niveau d'anxiété comparable à celui déjà ressenti auparavant. Néanmoins, ceci est rarement un problème. Un autre inconvénient éventuel pourrait être le fait que la participation au protocole exige des disponibilités (pour les temps d'évaluation et de thérapie).

Compensation financière : aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de ce protocole

Engagement du participant : la thérapie se déroulera dans le service d'addictologie de l'hôpital Paul Brousse à Villejuif et impliquera au minimum quatre rencontres de quarante-cinq minutes. La thérapie comprendra des stratégies de psychoéducation et de réduction des cauchemars. Si le patient accepte de participer à ce protocole, un premier entretien aura lieu. Cette entrevue, d'une durée de quarante-cinq minutes, est essentielle puisqu'elle permet de déterminer si le sujet remplit les critères d'inclusion. Si oui, des questionnaires lui seront remis tout de suite après ce premier entretien et devront être remplis à la maison avec la consigne de les remplir avant la prochaine rencontre. Ces questionnaires prennent quelques minutes à compléter. Des feuilles d'auto-observation quotidienne seront également remises et devront être complétées

tous les jours pendant la durée du traitement, afin d'évaluer la variation de la qualité du sommeil. Le temps nécessaire pour ce faire sera environ d'une minute par jour. La semaine suivant la première rencontre, une séance de thérapie de quarante-cinq minutes aura lieu. Cette procédure se poursuivra toutes les semaines jusqu'à un maximum de trois séances de thérapie. Le suivi thérapeutique initial du participant ne sera pas modifié et il bénéficiera, de plus, d'un traitement spécifique de ses cauchemars. Au cours de la thérapie, il lui sera demandé de noter certaines observations et d'effectuer des exercices pratiques durant les entretiens, puis seul entre les rencontres. Au moins un autre échange de 45 minutes aura lieu, potentiellement par téléphone, dans une perspective d'évaluation. Des questionnaires seront à remplir et pourront éventuellement être postés.

Engagement de l'investigateur principal : L'investigateur principal s'engage à mener ce protocole de soin selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long du protocole et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette prise en charge.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre le protocole de soin peut être retiré à tout moment, sans en donner de raison et sans encourir de responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette proposition de prise en charge auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du protocole de soin.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Ce protocole n'ayant qu'un caractère psychologique, il n'entre pas de ce fait dans la loi Huriet-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche biomédicale. La transmission éventuelle des informations concernant le patient pour l'expertise ou pour une publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver en toutes circonstances la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1, 3, 5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à _____ le _____ en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

ANNEXE B
Agenda du sommeil

Agenda du sommeil Nom : _____

Semaine du _____ au _____	Exemple	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
1. Après avoir éteint les lumières je me suis endormi en _____ minutes.	40 min							
2. Mon sommeil a été interrompu _____ fois (spécifiez le nombre total d'éveils).	3							
3. Mon sommeil a été interrompu pendant _____ minutes (spécifié la durée de chaque période d'éveil).	10 5 45							
4. Cette nuit j'ai fait _____ (combien ?) cauchemars.	1							
5. L'intensité de mes cauchemars étaient de _____ (0=pas perturbant ; 5=Extrêmement perturbant)	3							

ANNEXE C

Questionnaires (*BDI, BAI*)

Nom : _____

Date : _____

BDI

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez **l'énoncé** qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des la dernière semaine, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'**un seul énoncé** dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

<p>1. Tristesse</p> <p>0 Je ne me sens pas triste.</p> <p>1 Je me sens très souvent triste.</p> <p>2 Je suis tout le temps triste.</p> <p>3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.</p> <p>2. Pessimisme</p> <p>0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.</p> <p>1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.</p> <p>2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.</p> <p>3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.</p> <p>3. Échecs dans le passé</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).</p> <p>1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.</p> <p>2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.</p> <p>3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.</p> <p>4. Perte de plaisir</p> <p>0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.</p> <p>1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.</p> <p>2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p> <p>3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p>	<p>5. Sentiments de culpabilité</p> <p>0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.</p> <p>1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.</p> <p>2 Je me sens coupable la plupart du temps.</p> <p>3 Je me sens tout le temps coupable.</p> <p>6. Sentiment d'être puni(e)</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni (e).</p> <p>1 Je sens que je pourrais être punie(e).</p> <p>2 Je m'attends à être puni(e).</p> <p>3 J'ai le sentiment d'être puni(e).</p> <p>7. Sentiments négatifs envers soi-même</p> <p>0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.</p> <p>1 J'ai perdu confiance en moi.</p> <p>2 Je suis déçu(e) par moi-même.</p> <p>3 Je ne m'aime pas du tout.</p> <p>8. Attitude critique envers soi</p> <p>0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.</p> <p>2 Je me reproche tous mes défauts.</p> <p>3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.</p> <p>9. Pensées ou désirs de suicide</p> <p>0 Je ne pense pas du tout à me suicider.</p> <p>1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.</p> <p>2 J'aimerais me suicider.</p> <p>3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.</p>
---	---

<p>10. Pleurs</p> <p>0 Je ne pleure pas plus qu'avant.</p> <p>1 Je pleure plus qu'avant.</p> <p>2 Je pleure pour la moindre petite chose.</p> <p>3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.</p> <p>11. Agitation</p> <p>0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.</p> <p>1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.</p> <p>2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.</p> <p>3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.</p> <p>12. Perte d'intérêt</p> <p>0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.</p> <p>1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.</p> <p>2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.</p> <p>3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.</p> <p>13. Indécision</p> <p>0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.</p> <p>1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.</p> <p>2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.</p> <p>3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.</p> <p>14. Dévalorisation</p> <p>0 Je pense être quelqu'un de valable.</p> <p>1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.</p> <p>2 Je me sens moins valable que les autres.</p> <p>3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.</p> <p>15. Perte d'énergie</p> <p>0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.</p> <p>1 J'ai moins d'énergie qu'avant.</p> <p>2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.</p> <p>3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.</p>	<p>16. Modifications dans les habitudes de sommeil</p> <p>0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.</p> <p>1a Je dors un peu plus que d'habitude.</p> <p>1b Je dors un peu moins que d'habitude.</p> <p>2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.</p> <p>2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.</p> <p>3a Je dors presque toute la journée.</p> <p>3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.</p> <p>17. Irritabilité</p> <p>0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus irritable que d'habitude.</p> <p>2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.</p> <p>3 Je suis constamment irritable.</p> <p>18. Modifications de l'appétit</p> <p>0 Mon appétit n'a pas changé.</p> <p>1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.</p> <p>1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.</p> <p>2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.</p> <p>2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.</p> <p>3a Je n'ai pas d'appétit du tout.</p> <p>3b J'ai constamment envie de manger.</p> <p>19. Difficulté à se concentrer</p> <p>0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.</p> <p>1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.</p> <p>2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.</p> <p>3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.</p> <p>20. Fatigue</p> <p>0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.</p> <p>1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.</p> <p>2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.</p> <p>3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.</p> <p>21. Perte d'intérêt pour le sexe</p> <p>0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.</p> <p>1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.</p> <p>2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.</p> <p>3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.</p>
--	---

Nom : _____

Date : _____

BAI

Consigne : Voici une liste des symptômes couramment associés à l'anxiété. Veuillez lire attentivement chaque item de la liste. Indiquez, en inscrivant un X dans la case appropriée, à quel point vous avez été incommodé(e) par chacun de ces symptômes au cours de **la dernière semaine, y compris aujourd'hui**.

	Pas du tout	Légèrement Cela ne m'a pas beaucoup dérangé	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Fortement Je pouvais à peine le supporter
1. sensations d'engourdissement ou de picotement				
2. bouffées de chaleur				
3. tremblement dans les jambes (jambes molles)				
4. incapable de se détendre				
5. craindre que le pire ne survienne				
6. étourdissements ou faiblesse				
7. palpitations ou cœur qui bat fort				
8. chancelant(e) ou manque d'assurance				
9. terrifié(e)				
10. nerveux(se)				
11. sensations d'étouffement				
12. mains qui tremblent				
13. avoir des tremblements				
14. crainte de perdre le contrôle				
15. difficulté à respirer				
16. peur de mourir				
17. être effrayé(e)				
18. indigestions ou malaises abdominaux				
19. s'évanouir				
20. avoir la face qui rougi				
21. transpiration (qui n'est pas due à la chaleur)				

ANNEXE D

Documents distribués relatifs à la pratique de l'imagerie mentale

(Calendrier d'entraînement à l'imagerie mentale des changements positifs,

Instructions pour la pratique quotidienne de l'IRT)

Nom : _____

Calendrier d'entraînement à l'imagerie mentale des changements positifs

Chaque jour, imaginez un changement positif dans votre vie. Examinez attentivement les images visuelles qui vous viennent à l'esprit pendant 5 minutes au minimum. Rapportez ensuite vos observations sur cette fiche. Si l'exercice vous semble trop compliqué, vous pouvez commencer par pratiquer l'imagerie avec de simples images agréables.

Changements positifs (ou images agréables)	Images mentales évoquées	Echelle d'estimation 0 - Aucune image évoquée 1 - Images évoquées vagues et imprécises 2 - Images évoquées moyennement nettes et vivaces 3 - Images relativement nettes, presque aussi vivaces qu'une perception 4 - Images parfaitement nettes, aussi précises et vivaces qu'une véritable perception
J1		
J2		
J3		
J4		
J5		
J6		
J7		
EXEMPLE <i>Nouvel emploi</i>	<i>Mes proches me félicitent pour ma réussite</i>	2

**INSTRUCTIONS POUR LA PRATIQUE QUOTIDIENNE
DE LA REPETITION D'IMAGERIE MENTALE**
(IRT, *Imagerie Rehearsal Therapy*)

- 1) Choisissez un rêve dérangeant, de préférence un de faible intensité émotionnelle et évitez la reconstitution d'un traumatisme
- 2) Changez ce cauchemar comme vous le souhaitez
- 3) Répétez ce nouveau rêve quelques minutes chaque jour au moment de votre choix
- 4) Continuez ces instructions tous les jours et envisagez de travailler avec un autre cauchemar pour le transformer en un nouveau rêve tous les trois à sept jours, de sorte que vous ne répétiez qu'un ou deux nouveaux rêves chaque semaine

Obstacles fréquemment rencontrés

1. Des cauchemars récurrents

On peut attacher plus de sens aux rêves récurrents et se demander si l'IRT peut travailler sur ces cauchemars. Il faudrait éviter de travailler avec des rêves récurrents au début parce qu'ils sont habituellement plus susceptibles d'associer le rêve à des expériences traumatiques spécifiques.

2. Plusieurs cauchemars

Lorsque l'on souffre de multiples cauchemars, on imagine souvent que l'IRT doit d'une manière ou d'une autre être utilisée sur chacun d'entre eux. En réalité, les cauchemars présentent souvent des caractéristiques similaires. Par conséquent, l'IRT peut toujours être utilisée en travaillant sur seulement un ou deux cauchemars par semaine.

3. Se sentir mal à l'aise ou anxieux en pensant à un cauchemar

On peut trouver désagréable de penser au contenu de ses cauchemars. Il faut garder à l'esprit qu'on ne doit le faire qu'une seule fois. Après qu'on l'ait changé en un nouveau rêve, il ne faut plus travailler avec le cauchemar original.

4. Difficulté à examiner un vague cauchemar

Parce que l'IRT se concentre sur la construction d'un nouveau rêve, se souvenir même d'un petit fragment de cauchemar est souvent suffisant pour faire la transition vers un nouveau rêve.

5. Ne pas savoir comment changer le cauchemar

Il n'y a pas de bonne façon de changer le cauchemar pour créer le nouveau rêve. On peut le changer comme on le souhaite. En cas d'insatisfaction du nouveau rêve, on peut le changer à nouveau.

6. Etre gêné par des distractions

Parce que le travail d'imagerie exige un environnement sûr, confortable et sans distraction, il s'agit de faire tout ce qui est nécessaire pour trouver un temps calme et ininterrompu. Si l'on est pressé par le temps, alors pratiquer simplement quelques minutes (même une minute) par jour peut s'avérer suffisant.

7. Difficulté à gérer les images négatives

On peut naturellement apprendre à imaginer des scènes agréables, mais il ne faut pas hésiter à travailler avec un thérapeute pour construire cette compétence si nécessaire. Les cinq stratégies suivantes peuvent être utilisées pour gérer les images désagréables : 1) l'arrêt : frappez vos mains en disant « Stop ! » ; 2) respirer : respirez profondément et expirez l'image ; 3) parler : parlez à un proche à propos des images ; 4) écrire : écrivez les images ; 5) reconnaître et choisir : reconnaissez l'image désagréable, puis choisissez de revenir à une image agréable.

ANNEXE E

Tableaux récapitulatifs des résultats obtenus à partir des outils d'évaluation

Tableau 1 : Moyennes et écarts-types obtenus pour les composantes de l'agenda du sommeil en fonction des périodes précédant les séances

	Séance 1 <i>Moyenne</i> <i>(écart-type)</i>	Séance 2 <i>Moyenne</i> <i>(écart-type)</i>	Séance 3 <i>Moyenne</i> <i>(écart-type)</i>	Séance 4 <i>Moyenne</i> <i>(écart-type)</i>
Latence au sommeil <i>(en minutes)</i>	9.29 <i>(3.45)</i>	1.71 <i>(3.68)</i>	7.31 <i>(5.86)</i>	7.14 <i>(5.59)</i>
Nombre d'éveils par nuit	1.57 <i>(0.53)</i>	0.5 <i>(0.79)</i>	0.62 <i>(0.65)</i>	0.07 <i>(0.26)</i>
Durée des éveils <i>(en minutes)</i>	14.73 <i>(9.04)</i>	22.5 <i>(16.58)</i>	10.5 <i>(7.62)</i>	5 <i>(0)</i>
Nombre de cauchemars par nuit	1.57 <i>(0.79)</i>	0.29 <i>(0.49)</i>	0.54 <i>(0.66)</i>	0.29 <i>(0.46)</i>
Intensité des cauchemars <i>(de 0 à 5)</i>	3.71 <i>(1.8)</i>	3.5 <i>(2.12)</i>	3.33 <i>(1.21)</i>	3.25 <i>(1.5)</i>

Tableau 2 : Résultats aux questionnaires évaluant la détresse psychologique en fonction des séances d'évaluation

	Séance 1	Séance 4
Score de dépression (BDI)	25	9
Score d'anxiété (BAI)	30	18