

Science et pseudo-sciences, 2022, n° 339, p. 97-102

<https://www.afis.org/Le-traitement-psychologique-des-cauchemars>

Le traitement psychologique des cauchemars

Jacques Van Rillaer

Professeur émérite de psychologie

Université de Louvain

Le cauchemar est un rêve pénible. Des auteurs le distinguent du « mauvais rêve » en ce sens qu'il n'a pas seulement un contenu pénible, mais s'accompagne d'une forte activation physiologique (tachycardie, transpiration, etc.), provoque le réveil et empêche un rendormissement rapide. Dans nombre de recherches, ces deux formes de rêves pénibles ne sont pas distinguées.

Chez les enfants, des cauchemars apparaissent dès l'âge de deux ans. Entre 5 et 10 ans, environ 20 à 60%, selon les études, en font régulièrement. La fréquence diminue nettement après 12 ans. Chez les adultes, 2 à 6 % font au moins un cauchemar par semaine¹.

Dans une analyse de 9796 rêves recueillis auprès de 572 Canadiens (253 cauchemars et 431 « *bad dreams* »), l'émotion de loin prédominante est la peur. Les autres émotions sont, par ordre décroissant, la tristesse, la colère, le dégoût, la frustration, la culpabilité. Les thèmes les plus fréquents sont une agression physique, ensuite un conflit interpersonnel, un échec et un sentiment d'impuissance, la préoccupation pour la santé, le thème de la mort, des soucis, être pourchassé, des forces maléfiques, un accident, un désastre, des insectes. Les hommes rêvent davantage de désastres ; les femmes, de conflits interpersonnels². Ces observations concordent avec celles d'autres enquêtes.

On distingue le cauchemar et la terreur nocturne. Cette dernière est définie comme un épisode de réveil brutal qui débute habituellement par un cri d'effroi. Elle s'accompagne d'une peur intense et d'une forte activation neurovégétative. La personne réagit très peu aux efforts de l'entourage pour la reconforter au moment du réveil. Elle garde très peu ou pas du tout le souvenir du rêve, alors que le cauchemar peut être remémoré pendant des années. Les terreurs nocturnes sont courantes chez l'enfant. Dans ce cas, il est conseillé de ne pas le réveiller et d'attendre auprès de lui la fin de l'épisode.

L'Association américaine de psychiatrie considère les cauchemars comme un « trouble mental » lorsqu'ils sont extrêmement désagréables, se répètent souvent, provoquent une détresse significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants³. De tels rêves entraînent de la fatigue et de l'irritabilité durant la journée. Ils s'auto-alimentent : le stress vécu durant la journée favorise des cauchemars la nuit suivante. Par peur de faire un cauchemar certaines personnes retardent l'heure du coucher ou demeurent longtemps éveillées. Elles développent alors des insomnies.

La fréquence et les contenus des cauchemars diffèrent selon des variables situationnelles et personnelles. Nous énumérons les principales répertoriées.

Facteurs situationnels

De nombreuses études relèvent que les rêves sont fréquemment dans le prolongement d'événements des journées précédentes, en particulier chez les personnes qui souffrent de troubles du sommeil⁴. On désigne ce fait par la « théorie de la continuité » et on parle de l'« incorporation » d'éléments de la vie diurne dans le rêve. Tore Nielsen & Russell Powel (université de Montréal) ont montré que l'incorporation de « résidus » se produit surtout les deux nuits suivantes : 65 à 70% la première nuit et

35% la suivante (*day-residue effect*). Certains éléments, moins nombreux, réapparaissent après un délai d'une dizaine de jours (*dream-lag effect*). Ils peuvent être des événements anciens que l'on a ressassés récemment⁵.

L'anticipation d'une situation redoutée, par exemple un examen, génère souvent un rêve pénible⁶. Toutefois, un événement stressant de la journée ne provoque pas automatiquement un cauchemar la nuit suivante. C'est plutôt l'accumulation de stressseurs et de tracas quotidiens (*daily hassles*) qui le favorisent. Les préoccupations qui sont ruminées durant la période qui précède l'endormissement alimentent le contenu de rêves et augmentent la probabilité de cauchemars⁷. L'effet est d'autant plus important qu'on s'efforce de ne pas penser à des idées ou des soucis obsédants. C'est l'« effet ironique de la suppression des pensées », bien étudié par Daniel Wegner⁸. Pour échapper à cet effet, il est conseillé de « ruminer » des pensées apaisantes ou de procéder à une séance de relaxation⁹.

Des recherches ont porté sur les rêves après des événements qui ont traumatisé une population, par exemple le tremblement de terre de San Francisco en 1989¹⁰. Plusieurs enquêtes ont été menées récemment sur l'impact de la pandémie actuelle. Toutes concluent à une augmentation des cauchemars, ce qui s'explique partiellement par l'abus d'alcool et le dérèglement du sommeil. Nielsen a constaté que 37% des gens de son échantillon canadien ont eu des rêves liés directement ou indirectement au Covid-19. Les thèmes étaient notamment la perte de contrôle, le sentiment d'être menacé ou enfermé, des références à la santé et à la mort. L'impact a évidemment été plus fort chez les personnes touchées de près, tombées malades ou ayant perdu leurs revenus¹¹.

Chez les personnes qui subissent un traumatisme très important, 70% font des cauchemars en rapport avec cet événement¹². Les cauchemars constituent d'ailleurs un trouble typique de l'« état de stress post-traumatique ». Ils peuvent perdurer alors que la personne n'a plus d'autres symptômes importants. Il est souhaitable de les traiter en tant que tels. Leur traitement améliore le sommeil et réduit l'état de stress post-traumatique¹³.

La prise de certains médicaments favorise l'apparition de cauchemars. C'est le cas d'analgésiques, d'amphétamines et de bêtabloquants¹⁴. La réduction de la consommation d'antidépresseurs, d'anxiolytiques ou d'alcool provoque une intensification des rêves et des cauchemars que ces substances avaient réduits. C'est l'« effet redond » bien connu¹⁵.

Facteurs personnels

Un nombre important de recherches mettent en évidence une corrélation entre la tendance aux cauchemars et le « neuroticisme » (disposition à vite stresser, fréquence d'émotions négatives : anxiété, irritabilité, dépressivité, culpabilité)¹⁶. Environ 30% des personnes qui souffrent de troubles psychiatriques rapportent des cauchemars¹⁷. Les personnes de loin les plus affectées par des rêves pénibles sont celles atteintes d'un stress post-traumatique. Viennent ensuite les personnes qui présentent un trouble « borderline » (état-limite), caractérisé notamment par la peur d'être abandonné, l'instabilité de l'image de soi, des émotions violentes, des réactions impulsives¹⁸. Chez les déprimés et les schizophrènes la fréquence est nettement moindre, mais supérieure à celle de la population générale.

L'hygiène et la qualité du sommeil jouent un rôle. Les personnes qui dorment plus qu'il ne faudrait font davantage de rêves et de cauchemars. La réduction de leur temps de sommeil diminue le nombre des rêves¹⁹. Divers troubles somatiques (douleurs chroniques, troubles cardio-vasculaires, respiratoires) ont souvent un impact. C'est particulièrement le cas des apnées du sommeil, qui génèrent de la fatigue, du stress, de la dépression. Les patients qui bénéficient d'un traitement des apnées rapportent une diminution des cauchemars²⁰.

Traitements

La réduction de troubles physiques et psychologiques peut diminuer les cauchemars, mais ces derniers devraient être traités parallèlement aux troubles qui les favorisent ou les renforcent. Par ailleurs, dans nombre de cas, les cauchemars ne sont pas la conséquence de troubles. Ils sont considérés comme « idiopathiques »²¹.

Nous commençons par présenter les deux premiers traitements qui, à notre connaissance, ont été déclarés efficaces. Il s'agit de thérapies comportementales (que l'on appellerait aujourd'hui cognitivo-comportementales ou TCC). La première date de 1968. James Geer et Irwin Silverman ont traité un homme de 24 ans subissant le cauchemar stéréotypé d'être attaqué. Il lui ont appris à se relaxer le mieux possible par la méthode de Jacobson¹. Ensuite, en état de relaxation, le patient répétait le rêve en se disant chaque fois « ce n'est qu'un rêve ». Après 7 séances, la thérapie est apparue réussie²². Le principe mis en œuvre est celui du traitement classique des phobies : au lieu de fuir la situation anxiogène, on apprend à l'affronter méthodiquement, en s'aidant d'un état de relative décontraction musculaire. Les exercices doivent durer chaque fois un certain temps (par exemple une demi-heure) et se répéter plusieurs jours, jusqu'à l'« extinction » de la réaction émotionnelle²³.

Un autre procédé a été employé en 1978 par Isaac Marks (université de Londres), célèbre spécialiste du traitement des phobies et des obsessions. Il s'agit de répéter, à l'état d'éveil, le cauchemar avec une modification de sa fin²⁴. L'illustration est une femme de 45 ans qui avait été négligée par sa mère et en avait toujours eu peur. Dans le cauchemar, récurrent depuis 14 ans, la patiente se trouve avec sa mère sur le toit de la maison de son enfance et elle la pousse dans le vide. En arrivant au sol, elle constate que la tête s'est détachée. Puis des objets pointus sortent des yeux de sa mère et viennent lui crever les siens. La thérapie a consisté à écrire le cauchemar et à inventer plusieurs fins de « triomphe sur sa mère ». Durant plusieurs séances, la patiente a lu à haute voix, en présence du thérapeute, le récit avec une « *triumphant ending* ». Marks assure que le cauchemar a disparu et n'était pas réapparu 16 mois plus tard.

Nous envisageons à présent six méthodes utiles, rangées depuis la moins efficace jusqu'à la plus performante.

La tenue d'un journal

Écrire chaque jour les cauchemars peut avoir un effet thérapeutique du fait qu'on les affronte à l'état éveillé plutôt que d'éviter d'y penser. Les résultats sont mitigés, notamment parce que la majorité des personnes ne se tiennent pas à la consigne²⁵.

La relaxation

L'apprentissage méthodique d'une méthode de relaxation et sa pratique au moment de se mettre au lit permet de réduire la tension artérielle et l'activation émotionnelle propices à la formation de cauchemars chez des personnes anxieuses²⁶. L'effet observé est comparable à celui de médicaments antihypertenseurs comme la prazosine²⁷.

¹ Edmond Jacobson était un chercheur en physiologie de l'université de Chicago. Dans les années 1920, il a mis au point une méthode de relaxation qui utilise l'effet de la décontraction des fibres musculaires sur l'activation physiologique et les émotions. Il suggère de contracter successivement une dizaine de groupes musculaires pendant quelques secondes et de les décontracter chaque fois, en étant attentif au contraste entre la tension et la détente. On commence par une main et on termine par le front et le haut du crâne. Les séances d'apprentissage durent, au début, environ 30 minutes. Après quelques semaines d'entraînement, les contractions ne sont plus nécessaires : il suffit de passer en revue les différents groupes musculaires en se décontractant pour induire un état de relaxation satisfaisant. La décontraction s'obtient de plus en plus rapidement.

Le traitement de l'anxiété et de l'insomnie par TCC

Les rêves pénibles étant plus fréquents chez les personnes qui souffrent d'insomnie et surtout d'anxiété, des comportementalistes ont traité ces deux troubles avec un certain succès pour les cauchemars²⁸. Concernant l'insomnie, il s'agit notamment de mettre en œuvre une série de règles « comportementales » : éviter des consommations et des activités stimulantes durant les deux heures qui précèdent le coucher - n'aller dormir que lorsqu'on se sent fatigué - se lever à peu près toujours à la même heure, après avoir passé au maximum neuf heures au lit - en cas de réveil et de difficulté à se renformer, se lever, s'occuper par une activité « endormante » et ne retourner au lit que lorsqu'on se sent sur le point de s'endormir - ne pas faire de grasses matinées ni de longues siestes²⁹.

Les comportementalistes attachent généralement de l'importance à l'activité physique régulière pour traiter l'anxiété, l'insomnie et la dépression. Cette pratique réduit la fréquence des cauchemars, ce qui s'explique notamment par la réduction des période de sommeil « REM », qui sont celles durant lesquelles se produisent les rêves à forte tonalité émotionnelle³⁰.

La thérapie par rêve lucide

Un rêve lucide est un rêve durant lequel on a conscience d'être en train de rêver. Le marquis Hervey de Saint-Denis semble avoir été le premier à soutenir que l'on puisse apprendre à rêver consciemment. Il a illustré sa thèse dans *Les Rêves et les moyens de les diriger*, publié à Paris en 1867. Dans les années 1910, Frederik van Eeden (fondateur en 1887, avec A. van Renterghem, du premier Centre de psychothérapie aux Pays-Bas) a publié 500 de ses rêves dont il affirmait que 350 furent orientés dans la direction qui lui convenait. Pour lui, ces rêves constituaient un « médicament » des troubles survenus la journée précédente.

L'apprentissage peut se faire en essayant de se convaincre, au moment de s'endormir, que quand le cauchemar apparaîtra on se dira que ce n'est pas vrai, que ce n'est qu'un rêve. Il est conseillé de visualiser mentalement le cauchemar à diverses reprises au cours de la journée en se disant que, lorsqu'il se produira, on réalisera qu'on est en train de rêver.

La procédure a donné lieu à plusieurs recherches bien contrôlées. Des succès sont rapportés, mais les résultats globaux ne sont pas fort encourageants³¹. Les méthodes qui suivent apparaissent nettement meilleures.

La désensibilisation systématique

On écrit le cauchemar en détail. S'il y a différents cauchemars, on travaille d'abord sur le moins pénible. Durant la procédure, parfois éprouvante, on adopte l'attitude du spectateur qui prend distance vis-à-vis d'un scénario. Si l'angoisse devient trop forte, on fait une pause comme lorsqu'on regarde un film à la télévision. Ensuite, à plusieurs reprises au cours de la journée, on se met en état de relaxation, puis on repasse le film du cauchemar, lentement, consciemment, de façon contrôlée. On essaie de se convaincre autant possible qu'il ne s'agit que d'un rêve et non de la réalité³².

Le principe curatif a été évoqué plus haut à l'occasion de la thérapie réalisée par Geer et Silverman. En un quart de siècle, des milliers de résultats thérapeutiques des TCC ont clairement montré que l'affrontement méthodique de stimuli anxigènes non réellement dangereux réduit leur impact. L'évitement de cognitions et des affects concomitants est un réflexe automatique. Malheureusement, il peut maintenir et même renforcer l'intensité émotionnelle de stimuli phobogènes. Sans affrontement, pas de progrès. *No pain, no gain*³³.

La rescénarisation d'images mentales

De nombreuses recherches concluent que la thérapie par rescénarisation d'images mentales (*Imaginal Rehearsal Therapy*) est la procédure la plus efficace. C'est celle que recommande l'Académie américaine de médecine du sommeil³⁴.

Il est conseillé de commencer par des exercices d'imagerie mentale, d'abord avec des images agréables puis avec des images désagréables que l'on modifie volontairement. Par la suite, on met par écrit un cauchemar, en commençant par le moins pénible. (Il faut rester prudent avec les cauchemars terrifiants). On imagine une évolution positive du scénario, on modifie ses éléments les plus perturbants et on met le résultat par écrit.

En journée, on réalise une demi-douzaine d'exercices. On commence par faire une pause et on se relaxe, puis on répète le nouveau scénario, les yeux fermés, de préférence à haute voix. On reste un moment sur le « happy end ». La visualisation mentale s'accompagne d'une attention aux sentiments qui l'accompagnent. À d'autres moments de la journée, on répète encore le scénario heureux comme un refrain qui trotte en tête. On se dit chaque fois : « Lorsque ce cauchemar commencera, je rêverai de celui qui se termine bien ». Il est conseillé de tenir un journal pour constater les progrès.

L'apprentissage méthodique de la relaxation et la pratique d'une séance de relaxation avant l'endormissement renforce l'efficacité de la procédure qui, selon diverses études, est satisfaisante dans environ 70% des cas, après quelques semaines ou mois de « travail »³⁵.

Il est possible de procéder, avec succès, à un auto-traitement, comme l'a montré une recherche hollandaise portant sur 400 cents personnes³⁶. Dans ce cas, il peut être utile de lire l'ouvrage de Benjamin Putois (docteur en sciences cognitives) *Manuel de guérison des cauchemars*³⁷, qui donne par ailleurs beaucoup d'informations sur la fonction des rêves, différents troubles du sommeil et l'utilisation de la méthode pour les enfants.

Il est regrettable que la majorité des personnes pensent que les cauchemars sont une fatalité. Il est vain de croire que la psychanalyse des rêves permet de les faire disparaître grâce à la mise au jour de significations refoulées dans les profondeurs de l'inconscient. Dans l'état actuel des connaissances, seules les procédures ici passées en revue permettent la diminution ou la disparition de ces pénibles hôtes du sommeil. Leur connaissance devrait être largement diffusée.

¹ Li S *et al.* (2010) Prevalence and correlates of frequent nightmares. *Sleep*, 33: 774-780.

² Robert G, Zadra A (2014) Thematic and content analysis of idiopathic nightmares and bad dreams. *Sleep*, 37: 409-417.

³ Association américaine de psychiatrie (2015) *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-5*. Trad., Elsevier-Masson, § 307.47.

⁴ Schredl M (2009) Dreams in patients with sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 13: 215-221.

⁵ Nielsen T A & Powell RA (1992) The day-residue and dream-lag effects. *Dreaming*, 2: 67-77.

⁶ Arnulf I *et al.* (2014) Will students pass a competitive exam that they failed in their dreams? *Consciousness and Cognition*, 29, 36-47.

⁷ Schredl M, Hofmann F (2003) Continuity between waking activities and dream activities. *Consciousness and Cognition* 12: 298-308.

⁸ Wegner D *et al.* (2004) Dream rebound. The return of suppressed thoughts in dreams. *Psychological Science*, 15: 232-236.

⁹ Sur la gestion d'idées intrusives et d'obsessions, voir : <https://www.afis.org/Le-trouble-obsessionnel-compulsif>

¹⁰ Wood J *et al.*, Effects of the 1989 San Francisco earthquake on frequency and content of nightmares. *Journal of Abnormal Psychology*, 1992, 101: 219-224.

¹¹ Nielsen T (2020) Quand le Covid-19 hante nos rêves. *Cerveau & Psycho*, 127: 65-71.

¹² van Liempt S *et al.*, Impact of impaired sleep on the development of PTSD symptoms in combat veterans. *Depression and Anxiety*. 2013, 30: 469-474.

-
- ¹³ Spoomaker V, Montgomery P (2008) Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder: Secondary symptom or core feature? *Sleep Medicine Reviews*, 12: 169-184.
- ¹⁴ Thompson DF, Pierce DR (1999) Drug-induced nightmares. *Annals of Pharmacotherapy*, 33: 93-98.
- ¹⁵ Steinig J *et al.* (2011) Perception of sleep and dreams in alcohol-dependent patients during detoxification and abstinence. *Alcohol and Alcoholism*, 46: 143–147.
- ¹⁶ Schredl M (2003) Effects of state and trait factors on nightmare frequency. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253: 241–247.
- ¹⁷ Swart ML *et al.* (2013) Prevalence of nightmare disorder in psychiatric outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82: 267–268.
- ¹⁸ Semiz U *et al.* (2008) Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62: 48–55.
- ¹⁹ Rek S *et al.* (2017) Nightmares in the general population: identifying potential causal factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52: 1123-1133.
- ²⁰ BaHammam A, Almeneessier A (2019) Dreams and nightmares in patients with obstructive sleep apnea: A Review. *Frontiers in Neurology*, 10: 1127.
- ²¹ Spoomaker V, A cognitive model of recurrent nightmares, *International Journal of Dream Research*, 2008, 1:15-22.
- ²² Geer JH, Silverman I (1968) Treatment of a recurrent nightmare by behaviour modification procedures. *Journal of Abnormal Psychology*, 72: 88-90.
- ²³ Pour des détails sur les phobies : <https://www.afis.org/Les-phobies-genese-renforcement-traitement>
- ²⁴ Marks I (1978) Rehearsal relief of a nightmare. *British Journal of Psychiatry*, 133: 461-465.
- ²⁵ Neidhardt EJ *et al.* (1992). The beneficial effects of one treatment session and recording of nightmares on chronic nightmare sufferers. *Sleep*, 15: 470-473.
- ²⁶ Miller WR, DiPilato M. (1983) Treatment of nightmares via relaxation and desensitization: a controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 870–877.
- ²⁷ Waltman SH *et al.* (2013) Management of post-traumatic nightmares: a review of pharmacologic and nonpharmacologic treatments since 2013. *Current Psychiatry reports*, 20: 108.
- ²⁸ Nadorf M *et al.* (2014) Bad Dream Frequency in Older Adults with Generalized Anxiety Disorder: Prevalence, Correlates, and Effect of Cognitive Behavioral Treatment for Anxiety. *Behavioral Sleep Medicine*, 121: 28-40.
- ²⁹ Talbot L *et al.* (2014) Cognitive behavioral therapy for insomnia in posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Sleep*, 37: 327–341.
- ³⁰ Brand S *et al.* (2010) Exercising, sleep-EEG patterns, and psychological functioning are related among adolescents. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11: 129–140.
- ³¹ Spoomaker V *et al.* (2003) Lucid dreaming treatment for nightmares: a series of cases. *Dreaming*. 13:181–186.
- ³² Grandi S *et al.* (2006) Self-Exposure Treatment of Recurrent Nightmares: Waiting-List-Controlled Trial and 4-Year Follow-Up. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75: 384–388.
- ³³ Cf. J. Van Rillaer (2016) <https://www.pseudo-sciences.org/Pourquoi-il-faut-parfois-tolerer-des-emotions-penibles>
- ³⁴ Morgenthaler T *et al.* (2018) Position Paper for the Treatment of Nightmare Disorder in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Position Paper." *Journal of clinical sleep medicine: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 14: 1041-1055.
- ³⁵ Davis JL *et al.* (2011) Physiological predictors of response to exposure, relaxation, and rescripting therapy for chronic nightmares in a randomized clinical trial. *Journal of clinical sleep medicine*, 7: 622–631.
- ³⁶ Lancee J *et al.* (2010) Cognitive-behavioral self-help treatment for nightmares: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79: 371-377.
- ³⁷ Putois B.(2020) *Manuel de guérison des cauchemars*, Les Arènes, 2020, 286 p.