

Terrasser ses cauchemars, mode d'emploi (et voilà pourquoi il s'agit de bien plus que de lutter contre un inconfort)



Le Centre national pour le SSPT estime 10 femmes sur 100 et quatre hommes sur 100 développeront le syndrome de stress post-traumatique à un certain moment de leur vie et peuvent subir des cauchemars. Jusque-là le SSPT était traité avec des médicaments (anxiolytiques, hypnotiques) ou avec la méthode dite de "l'exposition" (qui confronte le patient au traumatisme à l'origine des cauchemars) avec une efficacité plutôt modérée. Intervient alors la thérapie par répétition d'imagerie mentale visuelle ou IMV inconnue en France jusqu'en 2014 et dont l'efficacité a été mainte fois prouvée outre Atlantique.

Avec Séverine Brune

Atlantico : Comment fonctionne l'IMV et où se place cette technique vis à vis des méthodes plus "courantes" ?

Severine Brune : L'état de stress post traumatique est un trouble anxieux qui peut se développer chez certaines personnes qui ont été exposées à un événement traumatique. Un

des principaux symptômes est le « syndrome de répétition » qui se manifeste sous forme de souvenirs répétés et envahissants de l'événement traumatisant, sous forme d'images, de pensées, de flash-backs... la personne peut aussi faire des cauchemars répétés à ce propos. Le traitement du SSPT est une prise en charge globale de l'ensemble des symptômes (par TCC, traitements médicamenteux...). La RIM (Répétition d'Imagerie Mentale) est une technique cognitivo-comportementale qui va être utilisée pour limiter voire éliminer l'apparition des cauchemars mais n'est pas suffisante pour traiter l'ensemble des symptômes de SSPT.

La RIM consiste à réduire l'apparition des cauchemars en les remplaçant par des scénarios de rêves moins anxiogènes. Le traitement dure de 1 à 4 séances d'1h avec une amélioration notée entre 2 à 12 semaines. Les images et émotions négatives des cauchemars sont remplacées par de nouvelles images et émotions par un entraînement de notre capacité d'imagerie mentale pendant l'éveil. En pratique, la personne écrit sur papier un cauchemar (mais jamais la réplique de l'événement de stress traumatique), il le met sous enveloppe et le remet au thérapeute. Puis elle va le réécrire en changeant le cauchemar en rêve/scénario agréable. La personne peut changer la conclusion, les personnes, l'environnement, les émotions...et doit toujours écrire à la première personne. Le scénario doit être court (maximum 5 mn). La troisième étape consiste à pratiquer et répéter dans la journée le nouveau rêve au moins 2 fois par jour de 3 à 5 mn à chaque fois. Elle choisit un endroit confortable, ferme les yeux et imagine le nouveau rêve comme si elle rêvait, il s'agit de créer des images comme le cerveau le fait lorsque l'on dort.

Pour qui est destinée cette technique ? Toutes les personnes atteintes de SSPT peuvent-elles s'y adonner ?

Oui, toutes les personnes atteintes de SSPT peuvent suivre ce traitement. Je ne connais pas de contre-indications. Mais cette technique n'est pas utilisée uniquement dans le cadre des cauchemars de SSPT mais également pour toutes les personnes qui ont des cauchemars qui perturbent leur sommeil et qui provoquent une souffrance significative ou une altération du fonctionnement diurne. Heureusement, toutes les personnes qui ont des cauchemars ponctuels ne sont pas traités...sinon on traiterait 99,9% de la population ! Seuls 4 à 8% de la population générale ont des cauchemars dérangeant au point de suivre un traitement. Et parmi ces 4 à 8% , 75 à 90% sont des personnes ont subi un traumatisme (SSPT). Les cauchemars de SSPT se déclenchent en début de nuit, sont répétitifs et spécifiques du SSPT alors que les cauchemars que l'on appelle « idiopathiques » (hors SSPT) se déclenchent souvent en fin de nuit lors du sommeil paradoxal, ils sont longs, réalistes, complexes, angoissant. Ils impliquent en général des menaces vitales, sur l'intégrité ou la sécurité physique...lors de l'éveil la personne est rapidement orientée et alerte (ne pas confondre avec les terreurs nocturnes qui se manifestent en première partie de nuit, réveil en hurlant avec manifestation de peur intense. Souvent la personne ne s'en souvient pas car elle apparaît en

sommeil lent profond). Quoi qu'il en soit cette technique doit être précédée d'un diagnostic précis et doit toujours être accompagnée d'un thérapeute formé à ces techniques et prises en charge.

Comment expliquez-vous le fait que cette technique majoritairement reconnue outre Atlantique reste relativement discrète en France ? Comment a-t-elle évoluée depuis son importation en 2014 ?

Je pense effectivement que cette technique n'est pas très connue et pratiquée en France mais surtout au Canada (à ma connaissance). Nous avons toujours ce problème en France d'un cloisonnement entre les différentes spécialités et pratiqueset les ponts ne sont pas toujours faciles à franchir.

Pour ma part, j'ai acquis les techniques de prise en charge du SSPT dans ma formation en Thérapie Cognitivo Comportementale et la Technique du RIM lors de ma spécialisation en prise en charge des troubles de sommeil. Il y a encore aujourd'hui très peu de psychologues ou thérapeutes formées spécifiquement aux prises en charge des troubles du sommeil, donc si l'apprentissage de cette technique n'est accessible que par cette formation spécifique, ce n'est pas très étonnant qu'elle soit aussi discrète en France....