

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
MYLÈNE PELCHAT

COMPRÉHENSION ET INTERVENTION DE L'INSOMNIE CHEZ LES
ADOLESCENTS :
APPROCHE COGNITIVE COMPORTEMENTALE ET PSYCHODYNAMIQUE

OCTOBRE 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE, PROFIL INTERVENTION (D. Ps.)

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Compréhension et intervention de l'insomnie chez les adolescents :

approche cognitive comportementale et psychodynamique

PAR

Mylène Pelchat

Michelle Dumont, directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Suzanne Léveillé, évaluatrice

Université du Québec à Trois-Rivières

Roger Godbout, évaluateur externe

Hôpital Rivières-des-prairies

Sommaire

Les troubles de sommeil sont multiples, et ce, à tous les cycles de développement de l'humain. L'insomnie est toutefois le problème le plus prévalent chez l'adulte comme chez l'adolescent. Dans cet essai, la conception et le traitement de cette affection, telles que proposées par les approches cognitive comportementale et psychodynamique, sont documentés. Les résultats de ces recherches nous indiquent que les approches diffèrent dans la manière de concevoir et de traiter le trouble du sommeil. Les deux approches comportent des forces et des faiblesses qui seront exposées dans le cadre de ce travail. L'approche cognitive comportementale considère les facteurs qui provoquent et maintiennent l'insomnie. Elle propose également une méthode d'évaluation du trouble, un traitement spécifique ainsi que l'évaluation de son efficacité. L'approche psychodynamique, de son côté, propose une conception de l'insomnie, de sa spécificité à l'adolescence et du traitement, mais ne s'enquiert pas de son évaluation ni de l'efficacité de la thérapie qu'elle propose. Le fruit de ses constatations nous amène à considérer un traitement psychologique intégré qui se veut optimal afin de résoudre le trouble d'insomnie chez l'adolescent. La complémentarité des approches représente la meilleure option de traitement une fois que l'on maîtrise les fondements des approches respectives et que l'on considère les besoins spécifiques de cette clientèle. Ainsi, les facteurs cognitifs impliqués dans l'engrenage du trouble de même que la compréhension dynamique des facteurs métapsychologiques se complètent afin d'obtenir un tableau clinique des plus riches. Le traitement qui se veut agissant sur les différents niveaux de conscience du client prédispose à un succès d'autant plus assuré.

Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Remerciements.....	vii
Introduction	1
Contexte théorique	3
Sommeil et insomnie à l'adolescence.....	4
Aspects physiologiques et génétiques.....	5
Critères diagnostiques et classification de l'insomnie.....	10
Données épidémiologiques.....	12
Enjeux développementaux.....	16
Conception et traitement cognitif comportemental.....	21
Conception de l'insomnie à l'adolescence.....	22
Facteurs explicatifs.....	22
Modèles conceptuels.....	27
Traitement de l'insomnie à l'adolescence.....	31
Canevas de base de l'approche cognitive comportementale.....	31
Évaluation de l'insomnie	33
Spécificité du traitement à l'adolescence	35
Pharmacologie.....	42
Efficacité du traitement	46

Conception et traitement psychodynamique.....	49
Conception de l'insomnie à l'adolescence.....	50
Facteurs explicatifs.....	50
Maturation de l'appareil psychique.....	51
Principes métapsychologiques.....	54
Symbolique et bénéfices primaires et secondaires.....	61
Traitement de l'insomnie à l'adolescence.....	64
Canevas de base de l'approche psychodynamique.....	64
Évaluation de l'insomnie.....	67
Spécificité du traitement à l'adolescence.....	70
Efficacité du traitement	73
Éléments critiques et argumentaires.....	76
Forces et faiblesses des approches.....	77
Au niveau de la conception.....	81
Spécificité de la conception à l'adolescence.....	85
Évaluation.....	86
Au niveau du traitement.....	88
Spécificité du traitement à l'adolescence.....	93
Efficacité.....	94
Approche intégrée.....	95
Réflexion.....	100
Autocritique du travail.....	100
Conclusion.....	103

Liste des tableaux

Tableau :

1. Stades du sommeil et leurs caractéristiques.....	8
2. Forces et faiblesses des approches.....	79
3. Proposition d'un traitement intégré.....	99

Remerciements

Merci au programme de doctorat de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour m'avoir donné l'opportunité d'approfondir mes connaissances de la psychologie au cycle supérieur. J'aimerais également remercier ma directrice d'essai, madame Michelle Dumont Ph. D., pour ses nombreux conseils, encouragements et la rigueur dans l'aide qu'elle m'a apportée tout au long de cette aventure doctorale. Ce fut un privilège que d'avoir été dirigée par Mme Dumont. Merci à ma famille, à mes amis et à mon conjoint qui ont su me soutenir lors de cette épreuve de rédaction.

Introduction

Le sommeil occupe environ le tiers de la vie de chaque individu. Sa fonction est primordiale à l'humain. Il permet entre autres de restaurer le corps et l'esprit. Pourtant, une bonne partie de la population, comme plusieurs adolescents, a un sommeil perturbé et souffre d'insomnie. Ces gens en subissent les lourdes conséquences dans la vie de tous les jours. Selon plusieurs témoignages, cette affection peut s'accompagner ou causer de la fatigue, de l'irritabilité, de l'anxiété, des troubles de la concentration, de la somnolence diurne et bien d'autres troubles encore (Giordanella, 2006; Roberts, Roberts, & Ger Chen, 2002). Au cours de cet ouvrage, une revue de la littérature dressera un portrait de l'insomnie propre à l'adolescence et ceci en trois parties. La première abordera tout d'abord les caractéristiques du sommeil et de l'insomnie chez l'adulte, puis durant l'adolescence. Les conceptions et traitements psychologiques de l'insomnie à l'adolescence seront ensuite exposés selon les approches cognitive comportementale et psychodynamique. Finalement, un bilan critique explorant les forces et les faiblesses des deux approches ainsi qu'une proposition de traitement global intégratif seront émis afin d'outiller les cliniciens confrontés à cette problématique auprès des adolescents.

Contexte théorique

Cette première partie du contexte théorique présente le trouble de l'insomnie et sa spécificité durant l'adolescence. Les aspects physiologiques et génétiques, les critères diagnostiques, les données épidémiologiques et les enjeux développementaux liés à cette affection y seront présentés.

Sommeil et insomnie à l'adolescence

L'insomnie est un trouble qui affecte toutes les populations et dont les traces remontent à l'Antiquité, alors que les écrits rapportent que le roi Perseus de Macédoine, prisonnier des Romains, en serait mort (Saint-Hilaire, 2006). Actuellement, les études démontrent que l'adolescence est une période de développement clef où les symptômes de cette affection risquent de se manifester (Carskadon, 2002; Roberts, Roberts, & Ger Chen, 2002). Le rythme de vie effarant de notre société et le manque de points de repère chez les adolescents favorisent l'augmentation du stress et de l'anxiété et, conséquemment, l'apparition de symptômes tels que l'insomnie (Paupst & Robinson, 1976). De plus, les adolescents sont plus enclins que d'autres catégories d'âges aux activités tardives d'éveil au détriment du temps de sommeil, sans qu'il y ait de récupération. La dette de sommeil n'est jamais complètement reprise, ce qui engendre toutes les conséquences analogues à celles de l'insomnie (Giordanella, 2006). Pourtant, l'insomnie est peu diagnostiquée à cet âge, car les adolescents ne chercheront souvent pas à investiguer le symptôme. Ils compenseront en dormant davantage durant les fins de semaine ou en omettant de se lever durant les jours d'école. Quand ils finissent par en parler, encore faut-il que le parent pousse l'examen médical de celui-ci. Les conséquences sont cependant très présentes au niveau de l'humeur, de la vigilance, des performances scolaires et bien plus encore. Cette affection à l'adolescence peut aussi être

un signe d'un trouble plus grave et persistant qu'il importe de reconnaître et de traiter de façon précoce, car la comorbidité des problèmes de santé mentale (anxiété et dépression) et des troubles de sommeil est élevée chez les adolescents comme nous le verrons ultérieurement. Afin de mieux saisir cette problématique, cette section décrit ce qu'est l'insomnie, les causes et les conséquences de sa manifestation à l'adolescence.

Avant de parler d'insomnie, définissons le concept de sommeil. Le sommeil est « un temps d'intense activité physiologique permettant, grâce à des mécanismes précis et synchrones, tout à la fois le repos et la restauration des fonctions essentielles du corps et de l'esprit » (Giordanella, 2006, p.6). Le sommeil joue un rôle primordial pour la régulation de l'humeur, la consolidation des apprentissages et pour l'adaptation psychologique générale (De Koninck, 1997). Les animaux, comme les humains, possèdent la fonction vitale de sommeil. Une grande variabilité de phénotypes¹ existe toutefois entre les individus aussi bien pour les durées de sommeil que pour leur répartition sur le nyctémère² (Dement & Vaughan, 2000). Ces variations peuvent donc différer légèrement d'une personne à l'autre, mais lorsque la durée et la qualité du sommeil diminuent sous un certain seuil (moins de 6h30 de sommeil et une efficacité inférieure à 85% trois nuits ou plus par semaine et pendant plus d'un mois), il se peut que la fonction essentielle de celui-ci ne soit plus accomplie. L'individu en ressentira alors les contrecoups et son fonctionnement s'en verra affecté. C'est ce que nous aborderons dans la section suivante.

Aspects physiologiques et génétiques

La structure du sommeil d'un individu évolue de la période fœtale à l'âge adulte. La régulation du sommeil fait constamment appel à trois processus : homéostatique, circadien et ultradien (Billiard & Dauvilliers, 2005). Le processus homéostatique correspond tout d'abord à un processus cumulatif : le besoin de sommeil augmente pendant l'éveil et diminue pendant le sommeil. L'intensité du sommeil s'objective par les

¹ Ensemble des caractères somatiques apparents d'un individu, qui exprime l'interaction du génotype et du milieu (Le petit Larousse illustré, 1997, p. 775).

² Le nyctémère est une unité physiologique de temps, comprenant, pour l'homme et pour la plupart des animaux, une période de veille et une période de sommeil (Le petit Larousse illustré, 1997, p. 707).

ondes lentes sur l'électroencéphalogramme. Billiard et Dauvilliers (2005) rapportent que plusieurs études de privation de sommeil ont montré qu'une augmentation de la durée de la veille provoquait une augmentation en phase de l'activité en ondes lentes, tandis qu'une réduction de la durée de veille entraînait une diminution de l'activité en ondes lentes. Un manque de sommeil entraînera donc une tendance croissante de l'activité thêta de veille (stade 1), mais une augmentation de la profondeur du sommeil par rapport aux valeurs de référence (récupération du stade de sommeil à onde lente). Le tableau 1 résume d'ailleurs les deux grandes phases de sommeil. La durée totale du sommeil est réduite et celle de l'éveil augmentée, d'où résulte un indice d'efficacité du sommeil réduit. Des hypothèses suggèrent conséquemment que le sommeil en ondes lentes serait lié à la fonction réparatrice du sommeil et du métabolisme énergétique des cellules cérébrales chez la plupart des gens atteints d'insomnie. Tous les profils électroencéphalogrammes d'insomniaque ne démontrent pas cette défaillance en onde lente et c'est pourquoi il pourrait exister un sous-groupe d'insomniaque chez qui il est normal. L'idée générale du processus homéostatique réside donc dans l'alternance veille sommeil et l'équilibre des ondes d'activités cérébrales.

Le sommeil est également structuré par des rythmes. Royant-Parola (2007) décrit le rôle de ces rythmes dans la fonction du sommeil : circadien et ultradiens. Le rythme circadien veille-sommeil correspond à un cycle d'environ 24 heures qui alterne. Il s'agit du rythme synchronisé jour-nuit renforcé par les actions que les humains suivent dans des conditions normales. Le régulateur du rythme circadien est situé dans l'hypothalamus et il ajuste les rythmes de notre biologie selon notre exposition à la lumière. La régularité de notre style de vie est donc très importante pour les rythmes circadiens et nous verrons plus tard que les adolescents peuvent avoir un syndrome de retard de phase lié au rythme circadien qui bouleverse le sommeil. Le modèle de régulation du à deux processus de Borbély (1984) combine le processus homéostatique au rythme circadien pour bien expliquer le sommeil. Le processus homéostasique du sommeil augmente exponentiellement pendant l'état de veille jusqu'à ce qu'il atteigne le seuil haut du processus circadien, la rencontre des 2 processus détermine l'endormissement. Durant le sommeil, le processus homéostatique va décroître exponentiellement jusqu'à la rencontre

du seuil du processus circadien, moment de l'éveil. À l'état normal, il y a une concordance entre le rythme activité/repos et l'alternance du jour et de la nuit. Le balancier « circadien » et le balancier « homéostatique » sont en phase et nous font bien dormir et bien veiller. Lorsque cette relation est perturbée et que les deux balanciers ne sont plus en phase, le sommeil et l'éveil se détériorent de façon significative. Les pics d'activité de plusieurs marqueurs circadiens surviennent à des temps inopportuns par rapport au cycle veille-sommeil, ce qui est à l'origine des problèmes causés par le décalage horaire et le travail de nuit par exemple.

Les rythmes ultradiens sont courts et définis comme apparaissant plusieurs fois par période de 24 heures. Ils peuvent varier de quelques minutes à quelques heures ce qui régule nos états de veille-sommeil en influençant la plupart de nos fonctions biologiques, comme l'activité cardiaque, respiratoire et endocrinologique de façon rythmique. Le processus ultradien contrôle aussi l'alternance sommeil lent - sommeil paradoxal (Anders & Eiben, 1997). Le sommeil lent N.R.E.M.S. (Non Rapid Eyes Movements ou sommeil sans mouvements oculaires) serait structuré par des ondes fuseaux, des ondes lentes ainsi qu'une tonicité musculaire périphérique et une activité cardiaque et respiratoire régulière. Il représente 80% du sommeil total et se divise en quatre stades. Le Tableau 1 présente de façon schématique les quatre stades du sommeil lent N. R. E. M. S., le stade du sommeil paradoxal et les caractéristiques qui leur sont propres.

Tableau 1
Stades du sommeil et leurs caractéristiques

Stade	État	Caractéristiques	% du sommeil
Stade 1	Endormissement et somnolence	Ondes thêta lentes et de basses amplitudes Activité cérébrale accélérée proche de l'état de veille Tonus musculaire	5 à 10 % du sommeil total
Stade 2	Sommeil lent léger	Ondes fuseaux rapides et delta Activité électrique lente Tonus musculaire Pas de mouvements oculaires	40 à 50 % du sommeil total
Stade 3 et 4	Sommeil lent profond	Ondes delta lentes et amples Tonus musculaire diminue Pas de mouvements oculaires	10 à 20 % du sommeil total
Stade 5	Sommeil paradoxal	Ondes thêta en dents de scie Mouvements oculaires rapides Tonus musculaire aboli Associé aux rêves	20 % du sommeil total

Billiard, M., & Dauvilliers, Y. (2005). *Les troubles du sommeil*. Paris : Masson.

Le sommeil paradoxal R.E.M.S. (Rapid Eyes Movements Sleep ou sommeil accompagné de mouvements oculaires) se caractérise par une activité mentale intense qui est souvent associée aux rêves sur le plan psychologique et qui représente le 20 % du temps de sommeil restant. Le tonus musculaire est aboli, mais le pouls est rapide, les activités cardiaques et respiratoires sont accélérées, tandis que les mouvements oculaires sont rapides. Le cerveau est donc très actif et sensible aux stimulations internes et externes qui sont émotionnellement et biologiquement significatives pour le sujet (il se réveillera s'il entend son nom par exemple). Donc, au contraire des autres phases, l'activité électrique du cerveau et des yeux est très importante lors du sommeil paradoxal, alors qu'il existe une atonie musculaire quasi totale. L'activité néocorticale est plus proche de celle de l'éveil que celle du sommeil lent alors que la personne est endormie tout aussi profondément, d'où le « paradoxe ».

Il arrive que les processus homéostatique, circadien et ultradien soient perturbés et que la durée et la qualité du sommeil déclinent. À ce moment, des plaintes liées au sommeil et des conséquences en réaction à la perception et au degré de fatigue réel surviennent. Du côté clinique, Billiard et Dauvilliers (2005) rapportent que la première classification des types et des sous-types d'insomnie (Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders dans Billiard et Dauvilliers, 2005)) ne date que de 1979. Les conséquences de l'insomnie chronique commenceraient seulement à être appréhendées de façon systématique et sa physiopathologie serait constituée d'hypothèses plus que de certitudes. Plusieurs classes d'insomnie auraient vu le jour depuis (insomnie d'ajustement, psychophysiologique, paradoxale, idiopathique, par mauvaise hygiène du sommeil, secondaire à une maladie mentale, secondaire à une drogue ou une substance, secondaire à une condition médicale, secondaire à un autre trouble du sommeil), mais les spécialistes s'entendent pour dire que le « cas par cas » est la règle plus que l'exception.

Comme il a été mentionné précédemment, une grande variabilité de phénotypes existe aussi entre les individus de tous âges aussi bien pour les durées de sommeil (sommeil lent, sommeil paradoxal) que pour sa répartition sur le nyctémère (Cycle de vingt-quatre heures, comportant une période de veille et une période de sommeil). Certains facteurs génétiques polymorphes sont impliqués dans la variabilité de la fonction du sommeil. Certaines formes d'insomnie sont connues pour survenir avec une grande fréquence dans certaines familles et avec une plus haute concordance chez les jumeaux monozygotes que chez les dizygotes, suggérant ainsi l'existence de facteurs génétiques prédisposant (Billiard & Dauvilliers, 2005).

Le sommeil des sujets atteints d'insomnie chronique serait d'ailleurs caractérisé de facteurs génétiques dans certains cas. Le spectre électroencéphalogramme des sujets insomniaques démontrerait des fréquences inférieures à bêta plus lente et moins ample, correspondant à l'activité électrique cérébrale de l'éveil. Durant le sommeil paradoxal, des niveaux plus bas dans les fréquences delta et thêta seraient aussi enregistrés (principales formes d'ondes du sommeil orthodoxe, stade 2, 3 et 4) et, finalement, des niveaux plus élevés dans les fréquences rapides, révélateurs d'un hyperéveil du système nerveux, seraient caractéristiques des insomniaques. Cet hyperéveil caractéristique de l'insomnie se refléterait dans un défaut de désactivation de différentes structures

cérébrales importantes pour l'activation et le maintien du sommeil lors du passage de la veille au sommeil lent : formation réticulée, hypothalamus, cortex préfrontal ventromédial (Billiard & Dauvilliers, 2005). Il est donc important d'être au fait de tels modèles reliés aux prédispositions génétiques et de référer les patients avec des problèmes de sommeil primaire sévères aux cliniques du sommeil spécialisées.

Critères diagnostiques et classification de l'insomnie

La connaissance de la structure du sommeil normal et pathologique nous amène maintenant à définir la pathologie qui nous intéresse : l'insomnie. La définition et les critères diagnostiques de l'insomnie qui prévalent actuellement du côté clinique et psychiatrique sont ceux du DSM-4 (APA, 1994). Le DSM propose deux formes d'insomnie : l'insomnie primaire et l'insomnie secondaire. L'insomnie est aussi divisée en catégories en fonction des causes de l'affection. Les critères sont majoritairement les mêmes excepté que l'insomnie primaire ne doit pas se manifester exclusivement au cours d'un autre trouble ou d'une autre condition, alors que c'est ce qui caractérise exactement l'insomnie secondaire. Nous nous intéresserons ici à l'insomnie primaire. L'insomnie peut se manifester de différentes façons. La personne souffrant d'insomnie pourra avoir de la difficulté à initier le sommeil ou à le maintenir. Elle pourra se réveiller de façon précoce ou avoir tout simplement un sommeil non réparateur. Les critères diagnostiques du DSM-4 de l'insomnie primaire mentionnent que la difficulté à dormir doit être présente depuis au moins un mois. Par contre, pour qu'un diagnostic d'insomnie soit émis par le praticien, certains autres critères de bases devront être présents.

La perturbation du sommeil devra être à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants. Des critères d'exclusion sont aussi spécifiés. La perturbation ne doit pas survenir exclusivement au cours d'une narcolepsie, d'un trouble du sommeil lié à la respiration, au rythme circadien ou d'une parasomnie. Comme pour la plupart des diagnostics de l'axe 1, le trouble ne doit pas non plus survenir exclusivement au cours d'un autre trouble mental, ni être lié aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Selon la Classification Internationale des Troubles de Sommeil, il existe plusieurs sous-types d'insomnie primaire. L'American Sleep Disorders Association (2005) propose l'insomnie d'ajustement, l'insomnie psychophysiologique, l'insomnie paradoxale et l'insomnie idiopathique.

L'*insomnie d'ajustement* est l'insomnie aiguë reliée au stress bien souvent. Elle est transitoire et déclenché par un évènement identifiable. Elle se produit habituellement sur une petite période de temps et se résout lorsque le stress cesse. Cette insomnie est caractérisée par une plus grande latence d'endormissement, des réveils fréquents et un sommeil jugé comme non réparateur. Elle se distingue de l'insomnie psychophysiologique par sa courte durée et le lien évident avec son déclencheur.

L'*insomnie primaire psychophysiologique* consiste en l'impossibilité persistante pour un individu de jouir d'un sommeil adéquat. Cette incapacité à dormir peut être mise en évidence par des données objectives et des mesures polysomnographiques. Elle correspond aux critères du DSM-4 de l'insomnie primaire. Deux composantes clés seraient à la base de cette insomnie : les habitudes apprises empêchant le sommeil et les tensions somatiques. La première consiste en des associations néfastes concernant le sommeil avec l'endroit (la chambre à coucher, le lit), le moment du coucher, ainsi que les stimuli comportementaux (ex : les rituels du coucher). Ces associations ont comme résultats des réponses conditionnées favorisant le réveil plutôt que la somnolence à l'heure du coucher. Au niveau des tensions somatiques, Giordanella (2006) propose que l'insomniaque puisse entretenir, sans le savoir, des pensées incompatibles avec le coucher tel que la rumination des préoccupations et l'augmentation du stress et l'anxiété. Il y aurait donc un grand degré de variabilité dans l'étendue de l'insomnie de nuit en nuit pour les clients présentant des tensions somatiques, puisque celle-ci varie en fonction des préoccupations actuelles.

L'*insomnie paradoxale* relève également de l'impossibilité persistante, pour le client, de jouir d'un sommeil adéquat, excepté qu'il n'est pas possible de l'évaluer avec les mesures objectives et de l'électroencéphalogramme. Il est donc difficile de déterminer si ces clients ont réellement un problème de sommeil ou si la perception qu'ils entretiennent de celui-ci est erronée. Une désensibilisation aux variables reliées au sommeil et à l'efficacité de celui-ci peut diminuer le malaise ressenti. Finalement,

l'insomnie primaire idiopathique prend habituellement racine dans l'enfance et les causes demeurent incertaines. Cette insomnie est associée à des mesures objectives de trouble du sommeil (durée du sommeil, efficacité du sommeil, mesures polysomnographiques) de même qu'à des conséquences diurnes telles que des difficultés au niveau de la mémoire, de la concentration, et de la motivation qui interfèrent considérablement avec le fonctionnement social et l'occupation.

L'insomnie secondaire survient pour sa part au cours d'une condition différente que celle de l'insomnie primaire. Elle est secondaire à une maladie mentale, à une cause médicale autre ou à une drogue ou une substance. On retrouve les catégories suivantes d'insomnie secondaire; la narcolepsie, l'apnée du sommeil, le syndrome de jambes sans repos, les désordres du rythme circadien et finalement, les parasomnies. Le thérapeute qui travaille avec des gens atteint d'insomnie secondaire devra alors traiter l'étiologie sous-jacente ou contrôler le symptôme de l'insomnie dans le cadre d'un traitement différentiel élargi. Il est essentiel d'évaluer le type d'insomnie avant d'entreprendre tout traitement spécifique à la condition du client lorsque l'on est confronté à cette problématique en psychologie clinique. Dans le cadre de cet essai, seule l'insomnie primaire fera l'objet d'une attention soutenue.

Données épidémiologiques

Les données épidémiologiques concernant l'insomnie ont été répertoriées et évaluées majoritairement chez l'adulte et c'est ce qui sera présenté dans cette première section. Au Canada, le quart des adultes rapportent régulièrement des troubles du sommeil. L'insomnie est toutefois le plus fréquent de ces troubles (Drake, Rochrs, & Roth, 2003). Morin, Bélanger et Fortin-Brochu (2006) rapportent qu'environ un tiers de la population générale affirmerait, sur une base occasionnelle, avoir des difficultés à dormir ou à rester endormi au cours de la nuit, et pour environ 9 à 12 % de la population, ces difficultés seraient vécues sur une base régulière et entraîneraient de la détresse et des conséquences néfastes sur le fonctionnement diurne. Les femmes auraient deux fois plus de chances de souffrir de troubles du sommeil que les hommes (Morin & Guay, 2001).

Morin, Bélanger et Fortin-Brochu (2006) indiquent que les troubles anxieux et les troubles de l'humeur seraient les psychopathologies les plus enclines à se retrouver dans le palmarès de comorbidité avec l'insomnie. En effet, 23.9 % des personnes rapportant souffrir d'insomnie présenteraient les symptômes d'au moins un trouble d'anxiété, 14 % ceux de la dépression majeure et 8.6 % ceux de la dysthymie. Drake, Rochrs et Roth (2003) rapportent que l'insomnie aurait un impact significativement négatif sur le fonctionnement diurne ainsi que sur le niveau d'anxiété et de sentiments dépressifs. Certains auteurs (Ivanenko, A., & Johnson, K., 2008; O'brien, L., 2009; Alfano, Ginsburg & Kingery, 2007) ont d'ailleurs souligné ce phénomène chez l'adolescent. Les adolescents insomniaques sont plus à risque de montrer des troubles de santé mentale et les adolescents avec un trouble de santé mentale sont plus à risque pour développer de l'insomnie. Les études longitudinales suggèrent plusieurs pistes quant à la nature de la relation existant entre les perturbations du sommeil et certaines psychopathologies, mais il est difficile d'en tirer des conclusions avec certitude. Malgré ceci, il semble que les perturbations du sommeil pourraient être à la fois facteur de risque, signe précurseur, symptôme, ou conséquence selon la pathologie présentée et la dynamique unique de l'individu (Peterson, Rumble, & Benca, 2008). Toutefois, étant donnée la grande correspondance de comorbidité entre les troubles anxieux et l'insomnie, nous pouvons penser que le stress pathologique joue un rôle clef dans cette problématique.

L'insomnie entraîne plusieurs conséquences négatives. Il s'agit d'un trouble de nature chronique. Ohayon et Bousquet (1997) rapportent que l'insomnie sévère aurait une médiane de quatre ans et que 88.2% des patients continueraient à rapporter un sommeil perturbé cinq ans après le début du problème d'insomnie, ce qui est indigne qu'il importe de considérer ce problème de longue durée qui sévit chez les adolescents et les adultes. Une étude de Johnson, Roth, Schultz et Brelau (2006) aurait aussi démontré que seulement 56% des patients seraient en rémission dix ans après avoir reçu le diagnostic. L'incidence de l'affection aurait également un coût social élevé. L'insomnie serait la cause d'une baisse de productivité, d'absentéisme au travail, d'accidents dus à la fatigue diurne, de consommation de psychotropes et serait liée aux coûts des traitements de la maladie, des troubles anxieux et dépressifs. Certaines études établissent le poids monétaire de cette affection à plus de 77 milliards de dollars par années aux États-Unis

(Leger, 2000; Walsh & Engelhardt, 1999, cités dans Drake, Rochrs, & Roth, 2003) et à 6.6 milliards au Québec (Daley, M., Morin, C., LeBlanc, M., Grégoire, J., & Savard, J., 2009).

En ce qui concerne la prévalence de l'insomnie chez les adolescents de 11 à 17 ans, Ohayon, Roberts, Zulley, Smirme et Priest (2000) rapportent qu'elle se situerait à environ 2,2 % dans la population. Les auteurs indiquent que l'insomnie serait peu diagnostiquée en tant que trouble primaire, mais que les désordres du sommeil et les plaintes de fatigue seraient multiples chez cette population. Les adolescents rapportaient les perturbations principales suivantes : initier le sommeil (12,4%), maintenir le sommeil (9,2%), réveil matinal (10,5%), sommeil non réparateur (13,8%), somnolence diurne (19,9%). Johnson, Roth, Schultz et Breslau (2006) ont pour leur part estimé à 10,7% la prévalence d'insomnie primaire dans un échantillon de 1014 adolescents de 13 à 16 ans. Les symptômes les plus communs lors d'un questionnaire où plus d'un d'entre eux pouvaient être sélectionner étaient : la difficulté à initier le sommeil (68,5%), le sommeil non réparateur (48,1%) et la difficulté à maintenir le sommeil (26,2%). Johnson et al. déterminent l'âge médian du début de l'affection à 11 ans. Ils démontrent aussi que le début des menstruations est associé à un risque augmenté de 2,75 fois de développer un trouble d'insomnie chez la fille. Aucun changement en lien avec la maturation et lié au développement à l'adolescence n'était associé à l'insomnie des garçons. Finalement, les résultats d'une étude composée de 384 adolescents (Noland, Price, Dake, & Telljohann, 2009) confirment que la majorité des répondants (91,9%) n'auraient pas un sommeil suffisant (≤ 9 heures) durant la plupart des nuits de la semaine d'école. Dix pour cent d'entre eux rapportaient dormir moins de 6 heures chaque nuit, et ce, en conséquence à leurs mauvaises habiletés de gestion du temps, au stress, à leur consommation d'alcool et de caféine, à leurs comportements sportifs, au travail, au devoir et études scolaires et à l'heure de début des classes le matin. Les estimations de prévalence de l'insomnie varient donc considérablement d'une étude à l'autre comme nous pouvons le constater (Ohayon et al. = 2,2%, Johnson et al. = 10,7%). Nous pouvons penser que la prévalence change en fonction de l'opérationnalisation des construits étudiés, du type de questionnaire et de la méthodologie employée. Dans les cas qui nous intéresse (Ohayon et al., Johnson et al.), chacun évaluait l'insomnie à l'aide des critères du DSM-4, mais Johnson et al.

établissaient un nombre minimum de fréquence de l'insomnie à quatre par semaine et procédait par entrevue personnalisé dans une population américaine, alors que Ohayon et al. n'établissaient pas de nombre minimum et s'adressaient aux participants Européen par téléphone.

L'impact négatif de l'insomnie à la période de l'adolescence serait aussi important que chez les adultes. Au niveau développemental, le sommeil serait propice à la maturation du corps et de l'esprit. Les activités physiologiques qui prennent place durant la nuit, comme la sécrétion de certaines hormones essentielles à la croissance et à la puberté, seraient perturbées par l'insomnie et pourraient nuire au processus de maturation des adolescents (Carskadon, 2002). Plusieurs conséquences reliées au fonctionnement social ont aussi été mises en lumière par Roberts, Roberts et Ger Chen (2002). L'insomnie à l'adolescence serait reliée à l'augmentation des sentiments dépressifs et du niveau de stress durant le jour et à un fonctionnement somatique détérioré. Les adolescents qui font de l'insomnie auraient aussi plus de problèmes interpersonnels, moins de support social et une estime de soi plus basse que les autres jeunes (Roberts, Roberts, & Ger Chen, 2002). L'insomnie serait associée à de moins bons résultats ou à la baisse de la performance académique ainsi qu'à la consommation d'alcool, de cannabis et de drogues, à la dépression, aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide (Bootzin & Stevens, 2005; Roane & Taylor, 2008). Giordanella (2006) souligne pour sa part les conséquences de l'insomnie chez les adolescents au niveau de l'augmentation de la fatigue diurne et des accidents par somnolence excessive sur la route, la baisse des performances attentionnelles et ses liens aux affections psychiatriques. Finalement, Morin, Bélanger et Fortier-Brochu (2006) rappellent que l'insomnie peut-être un symptôme précurseur au développement de troubles sévères et persistants, à la dépression et à l'anxiété. Les conséquences de l'insomnie sont donc nombreuses chez les adolescents.

La prévalence de l'insomnie dans notre société et les multiples plaintes des adolescents nous invitent à nous demander pourquoi le sommeil humain est aussi fragile, aussi susceptible de se détériorer. Dement et Vaughan (2000) croient que la réponse se trouve en partie dans l'évolution. Les animaux de notre espèce s'endorment et se réveillent presque tous en fonction de leur rythme circadien, c'est-à-dire que quand leur

dette de sommeil croît et que leur système d'éveil faiblit, ils sont fatigués et s'endorment, mais également de la pression homéostatique. Le cerveau humain a pour sa part la faculté de retarder le sommeil même quand le système d'éveil devrait cesser d'être actif, caractéristique d'un état d'hypervigilance qui s'apparente ou précède le stress (Dement & Vaughan, 2000). Cette privation de sommeil agit certainement comme mécanisme de survie fort adaptatif, mais son caractère non contrôlable et l'environnement qui se veut de plus en plus stressant rendraient cette stratégie quelque peu désuète et davantage d'inconvénients en découleraient tel que l'insomnie. Le caractère adaptatif de la privation du sommeil pour la vigilance relié à la survie ne serait plus utile maintenant que le stress que l'on vit n'est souvent pas lié à des attaques fatales comme pour les animaux. Les gens sur plusieurs générations, jeunes et vieux se plaignent des conséquences de l'insomnie et chercheraient à y remédier. Voyons quels sont les tracas et les événements de vie présents à la période adolescente et qui prédisposent à l'insomnie.

Enjeux développementaux

Plusieurs tâches de développement particulièrement marquantes signent le passage de l'enfance à l'âge adulte. Ces tâches représentent des choses qu'un adolescent doit apprendre s'il désire être jugé comme heureux et raisonnable dans ce rôle particulier. Il s'agit de ce que les jeunes essaient d'accomplir dans leur développement dans une société donnée. Cette singulière transition mérite de s'y attarder puisqu'il s'agit certainement du changement le plus drastique d'une vie. En effet, les différents rôles et demandes de la société par rapport aux enfants et aux adolescents changent du tout au tout durant cette période transitionnelle. Les adolescents ont une vie sociale de plus en plus indépendante de celle de leurs parents et sont nouvellement en quête consciente d'identités (Erikson, 1959). Plusieurs conditions de la société actuelle rendent d'ailleurs cette transition particulièrement complexe selon le rapport du « Carnegie Council on Adolescent Development's » intitulé : *Les grandes transitions : préparer les Adolescents pour une nouvelle ère* (dans Woolfolk, Winne, & Perry, 2004). Ces conditions de vie peuvent donner lieu à beaucoup de tracas et au développement de mesures d'adaptations inappropriées qui mèneront à l'apparition de symptômes divers.

À cet effet, le rapport du « Carnegie Council on Adolescent Development's » (Zaslow & Takanishi, 1993) invoque le nombre grandissant de divorces et de parents sur le marché du travail dans notre société actuelle. Ceci fait en sorte que les adolescents passent moins de temps en compagnie d'adultes, à être supervisés et à apprendre, mais plutôt davantage de temps avec les pairs, à écouter la télévision, à jouer à l'ordinateur ou aux jeux vidéos. Les adolescents peuvent donc intérioriser attitudes et comportements par imitation sans se positionner dans le cadre d'un système de valeurs qui intègre de façon cohérente les différentes informations liées à leur apprentissage d'adulte en devenir. En second lieu, le monde se dirige vers une économie basée sur le savoir et les études supérieures. Ceci peut être décourageant pour un élève de l'école secondaire qui ne désire pas poursuivre ses études et pour qui le diplôme d'études inférieures risque de ne pas être plus reconnu que le décrochage. Également, les adolescents atteignent la puberté au niveau physique de plus en plus tôt, mais assument les rôles d'adulte plus tard que les générations précédentes puisqu'ils demeurent à la maison familiale et ont moins de responsabilités. Ils sont sexuellement matures, mais socialement limités dans leur autonomie pour une longue période. La pression du système actuel des sociétés est grande pour les adolescents qui sont en plein développement de leur identité, et ceci peut favoriser le développement de troubles somatiques tels que l'insomnie.

En somme, l'état des sociétés actuelles caractérisé par le manque d'encadrement, l'hyperstimulation et la mondialisation augmente l'adaptation à l'adolescence. La difficulté à se définir, à résoudre le stade d'identité de cette période de développement pourra se traduire par une pauvreté de la personnalité, de la complaisance et la manifestation de problèmes physiques, telle que l'insomnie, comme moyen d'expression des soucis (Wagner, Shipley, & Lorion, 1983). D'ailleurs, des caractéristiques similaires à l'échec de la résolution du stade d'identité d'Erikson (1959) tels que des profils démontrant une identité troublée, une image de soi négative et le doute de soi ont ressorti chez les insomniaques évalués avec l'échelle de personnalité MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (Kales, Caldwell Preston, Healy, & Kales, 1976).

À ces sources de stress normatives de l'adolescence s'ajoutent des agents de stress non normatifs aussi appelés « événements de vie » (Dumont, 2000). Ceux-ci peuvent survenir dans la vie, quel que soit l'âge, et exacerber la détresse vécue à un moment

précis de l'existence. Le décès d'un parent, un accident ou la maladie sont des exemples de stress non normatifs qui nécessitent une grande adaptation. Carskadon (2002) cite d'ailleurs que le sommeil est extrêmement sensible au statut émotionnel, aux anticipations et à l'anxiété. Dans un modèle intégratif stress-sommeil à l'adolescence, Carskadon présente les sources de stress psychologiques (les sources de stress typiques de cette période) et physiologiques (le délai de phase et les irrégularités du sommeil typique à l'adolescence) causant le trouble d'insomnie. De plus, la nature du stress (chronique ou aiguë, sous contrôle ou sans possibilité de contrôle) ainsi que le style de coping de l'adolescent (interne ou externe, actif ou passif) déterminent l'effet du stress sur le sommeil (hypervigilance et sommeil perturbé ou alors augmentation de la détente et sommeil). Carskadon conclut en mentionnant que l'adolescence est une période de changement développemental rapide qui est potentiellement stressante pour les adolescents. Ceci affecterait le système veille-sommeil.

Les changements dans le modèle de sommeil et dans le niveau d'éveil pourraient être une manœuvre adaptative développée par les adolescents pour réguler leurs humeurs et leurs affects. C'est-à-dire que des cognitions appropriées ou erronées en lien avec les épreuves qu'ils traversent pourraient être à la base du changement de sommeil et de l'insomnie. Il est donc important de prendre en considération les stress normatifs ainsi que les événements de vie lors de l'évaluation de la cause du symptôme d'insomnie. Alfano, Zakem, Costa, Taylor et Weems (2009), qui étudient l'effet de l'anxiété et de la dépression sur le sommeil à l'adolescence, concluent que les facteurs cognitifs (erreurs cognitives et croyances) sont significatifs lorsque l'on fait abstraction des symptômes d'internalisation manifestés par les participants (anxiété généralisée, anxiété de séparation). Ceux-ci seraient donc significatifs dans le lien à l'insomnie à l'adolescence. D'autres études confirment le rôle des symptômes d'internalisation et du perfectionnisme (standards personnels élevés, critique parentale élevée, peur élevée de commettre des erreurs) au niveau de l'insomnie des adolescents et des adultes (Alfano, Ginsburg, & Kingery, 2007; Lundh, Broman, Hetta, & Saboonchi, 1994; Vincent & Walker, 2000).

Des développements cognitifs marquent aussi la période d'adolescence et peuvent expliquer le développement de l'insomnie à cet âge (Shaffer, Wood, & Willoughby, 2005). La myélinisation du centre cérébral supérieur et la réorganisation du circuit du

cortex préfrontal continue à se développer jusqu'à l'âge de 20 ans environ. Ces transformations permettent des activités cognitives plus complexes comme la planification stratégique et la pensée hypothético-déductive ou abstraite (Shaffer, Wood, & Willoughby, 2005; Dahl & Lewin, 2002). Par contre, l'équilibre entre impulsion, raison et planification ne serait pas à point suite à ses transformations. Ceci expliquerait les aspects résiduels de l'enfance et caractéristiques des adolescents, tels que la prise de risques, les lacunes de planification et les comportements impulsifs et, comme nous le verrons plus tard, ceux-ci se sont avérés être des caractéristiques personnelles qui sont corrélées positivement à l'insomnie (Espie, 2002; Harvey, 2002; Morin & Espie, 2003).

Plusieurs changements en lien avec la maturation pubère seraient aussi à la base de la réorganisation du sommeil et des plaintes d'insomnie durant cette période (Carskadon, Vieira, & Acebo, 1993). Carskadon et ses collègues exposent que pendant la phase de puberté active, la durée totale du sommeil nocturne physiologique décline régulièrement. Le rythme circadien qui ajuste les rythmes de notre biologie changerait. Un des troubles du rythme circadien les plus fréquents est le syndrome de retard de phase, un problème courant chez les adolescents. On observerait une diminution des stades 3 et 4 du sommeil lent. Ceci n'impliquerait pas une réduction directe du sommeil, mais plutôt une facilité accrue à l'éveil. Il est assez intéressant de constater cela lorsqu'on considère que le sommeil lent (profond) est le sommeil de restauration et de récupération indispensable après une privation de sommeil. Les adolescents auraient donc tendance à avoir une lacune au niveau de la fonction réparatrice du sommeil. Également, les adolescents verbaliseraient une nouvelle préoccupation de difficulté à se réveiller spontanément le matin et une tendance à se sentir fatigués durant le jour. Ceci serait nommé le « Syndrome de Retard de Phase » du sommeil. Cette plainte serait liée à une dette de sommeil (durée de sommeil de moins de 5 h si le sujet est soumis aux contraintes sociales telles que les jours d'écoles de la semaine). Les symptômes disparaissent si le sujet est libre de choisir ses horaires (couché après 3 h du matin, levé après 10 h du matin). Il est certain que le nouveau rythme de vie des adolescents les laisse enclin à favoriser les activités sociales tardives et à avoir tendance à vouloir faire la grâce matinée en conséquence durant la fin de semaine, mais les changements biologiques seraient aussi responsables de ce syndrome. Un amoindrissement de la durée des stades 3 et 4 du

sommeil lent (profond), un syndrome de retard de phase ainsi qu'une hypersomnolence physiologique diurne s'installeraient donc durant cette période de développement (Carskadon & al, 1993).

En résumé, l'adolescence comporte des enjeux de maturation spécifiques pouvant être la cause de symptômes divers comme l'insomnie et ce, si le jeune n'arrive pas à s'adapter à sa nouvelle réalité développementale. Alors que la capacité des adolescents à faire face aux problématiques augmente, les rôles et les tâches de développement qu'ils doivent accomplir accroissent également. Il est donc important d'accompagner ces adultes en devenir afin de faciliter la transition développementale à l'œuvre et de les aider à gérer avec succès le stress développemental et non normatif vécu durant cette période. Cependant, alors que les tracasseries et défis de cette période de développement peuvent entraîner le symptôme d'insomnie, nous pouvons penser que le tempérament et la personnalité de l'adolescent qui y fait face moduleront sa réponse symptomatique. Certaines causes plus spécifiques reliées au symptôme de l'insomnie seront présentées dans les parties portant sur la conception cognitive comportementale et le point de vue psychodynamique de cette affection.

Conception et traitement cognitif comportemental

Cette section portera sur la conception et le traitement cognitif comportemental de l'insomnie à l'adolescence. L'ensemble des facteurs explicatifs de cette affection sera exposé pour ensuite être lié dans les modèles conceptuels les plus utilisés présentement. Ensuite, une présentation des outils d'évaluation et des techniques de traitement du trouble sera effectuée. Pour clôturer cette section, il sera question d'aborder l'efficacité des techniques et ceci, avant d'aborder la prochaine section portant sur l'approche psychodynamique.

Conception de l'insomnie à l'adolescence

L'approche cognitive comportementale considère, d'un point de vue physiologique, le sommeil comme « un processus de récupération permettant de redynamiser muscles et membres et de refaire le plein d'énergie » (Espie, 1994). L'harmonie du cycle veille-sommeil est considérée comme étant essentielle au fonctionnement efficace de l'individu et ceci, aux niveaux physique, cognitif, émotionnel et interpersonnel. Pour bien comprendre la problématique reliée à l'insomnie du client, les psychologues cliniciens d'orientation cognitive comportementale proposent un système de classification reconnu (avec facteurs explicatifs et modèles conceptuels) dans le but d'établir un diagnostic différentiel fondé. Ainsi, ils sont en mesure d'identifier les causes plus spécifiques à l'individu qui consulte et d'adapter le traitement en conséquence.

Facteurs explicatifs

La compréhension de l'approche cognitive comportementale de l'insomnie implique trois ensembles de facteurs explicatifs : ceux liés au système nerveux, aux

processus psychologiques et aux facteurs psychosociaux et environnementaux. Ces modèles explicatifs contribuent à la compréhension du trouble et de son évolution.

Les psychologues issues de l'approche cognitive comportementale tentent, dans un premier temps, de déterminer jusqu'à quel point l'activation du système nerveux autonome et central interfère avec la capacité de dormir (Espie, 1994). Du côté du système autonome, les insomniaques pourraient présenter des caractéristiques d'un système aux paramètres plus élevés. Par exemple, le rythme cardiaque et respiratoire de l'individu sera anormalement élevé au moment d'entrer en période de sommeil (Espie, 1994). Ces sujets seraient plus actifs et donc moins enclins à trouver sommeil. La maturation du système nerveux représentera aussi une variable clef déterminant le besoin de sommeil et les causes possibles de l'insomnie (Morin & Espie, 2003). En effet, alors que les nouveaux nés ont besoin de 16 à 18 heures de sommeil par jour, réparties en plusieurs périodes durant le jour et la nuit, l'enfant grandissant et l'adolescent en croissance développent un cycle veille sommeil organisé en une seule période de sommeil nocturne d'environ neuf heures et demie par jour. L'adulte atteint ensuite une moyenne stable de sept à huit heures et demie de sommeil par jour. L'insomnie sera donc évaluée à partir de ses valeurs de référence et du besoin individuel de sommeil. La compréhension cognitive comportementale de l'insomnie utilise beaucoup de paramètres de la conception médicale (valeurs objectives et paramètres concrets) proposée dans l'introduction sur l'insomnie. Les causes et les liens qu'ils établissent pour la compréhension sont très similaires, contrairement à ceux utilisés par l'approche psychodynamique comme nous le verrons dans la prochaine section.

Au niveau psychologique, les cognitions et émotions seraient mises de l'avant dans l'explication du symptôme ou de l'affection d'insomnie (Espie, 1994). Les pensées intrusives et les croyances personnelles (ex : croire que chaque individu requiert le même nombre d'heures de sommeil, être certain qu'une lacune de sommeil entraînera des conséquences négatives très précises, etc.) composent un processus de traitement de l'information associé à un éveil basé sur des causes de type cognitif. Robertson, Broomfield et Espie (2006) ont comparé l'excitation qui précède le sommeil dans un groupe de gens atteints d'insomnie primaire psychophysiologique et dans un groupe de bons dormeurs. Ils ont mesuré l'excitation cognitive (Pre-Sleep Arousal Scale, The

Neutral Cognitive Activity Scale), l'excitation somatique (Pre-Sleep Arousal Scale), ainsi que la somnolence (The Stanford Sleepiness Scale, The Arousal Level as Present State) à trois points dans le temps; trois heures avant le coucher, une heure avant le coucher et finalement dans la chambre à coucher au moment du coucher. Les résultats démontrent que les participants qui font de l'insomnie psychophysiologique sont significativement plus excités cognitivement et significativement moins somnolents au moment du coucher en comparaison aux bons dormeurs. Ces résultats soutiennent donc l'hypothèse que les gens qui font de l'insomnie démontrent une hyperactivation cognitive et somatique pouvant aussi être en lien avec l'activation du système nerveux (Robertson, Broomfield, & Espie, 2006). Les résultats soutiennent aussi l'hypothèse que des associations apprises empêchent le sommeil. Le stimulus de la chambre à coucher serait systématiquement lié à une plus grande activation cognitive (Robertson, Broomfield, & Espie, 2006). La chambre à coucher aurait acquis une connotation excitante et rebutante qui enclencherait l'excitation plutôt que la relaxation essentielle à l'endormissement.

Bien sûr, cet article n'est pas parfait puisqu'il comporte majoritairement des mesures autorapportées pour mesurer l'excitation plutôt que des mesures objectives. Ces données nous informent toutefois sur la nature de ce qui se passe subjectivement pour les insomniaques au moment du coucher. Aussi, les insomniaques auraient souvent l'impression qu'ils ne peuvent pas contrôler leurs pensées au moment du coucher et ils ressentiraient conséquemment un sentiment de faible efficacité personnelle dans le contrôle à s'endormir. Ceci s'enchaînera dans un cercle vicieux qui empêchera le sommeil normal d'avoir libre cours. De plus, à force de soutenir des pensées intrusives négatives (ex : frustration en lien avec le manque de contrôle, appréhension des conséquences de l'insomnie, etc.) ainsi qu'un système de croyances erronées (ex : croire que l'on doit dormir un nombre d'heures spécifiques chaque nuit), l'insulaire risquera fort bien de faire apparaître des pensées plus chargées affectivement qui contribueront à l'éveil cognitif, mais aussi à l'éveil émotionnel (Morin & Espie, 2003). Au moment du coucher, alors que la stimulation externe diminue, l'insulaire focalisera sur les problèmes présents dans sa vie. Une incapacité à y faire face et à régler ceux-ci sera centrale au caractère « ruminants » de ces individus. Comme les adolescents ont un développement cognitif changeant et apportant une capacité de pensée nouvelle et plus

abstraite, il importera de corriger les faux plis qu'ils pourront prendre concernant les croyances personnelles ou pensées intrusives à cet âge.

L'impulsivité serait aussi une facette de la personnalité étroitement liée à l'insomnie. Elle agirait comme facteur précipitant l'affection en initiant l'excitation physiologique, émotionnelle et cognitive que l'on sait interférer avec le processus du sommeil (Espie, 2002; Harvey, 2002; Morin & Espie, 2003). Les adolescents seraient donc particulièrement disposés à subir ce type d'insomnie, comme le démontre le lien entre le développement inachevé du cerveau à cette période de développement et le débalancement au niveau impulsif qui en découle. Plusieurs études (Ireland & Culpin, 2006; Granö & al., 2007; cités dans Schmidt, Gay, & Van der Linden, 2008) ont démontré le lien entre l'impulsivité et l'excitation et son caractère nuisible au sommeil. Le sentiment d'urgence (tendance à engager des comportements impulsifs pour soulager les émotions négatives sans prendre en considération les conséquences à long terme) et le manque de persévérance dans la résolution de problèmes (inhabilité à rester concentré sur une tâche qui est ennuyante ou difficile) entraîne la rumination caractéristique de l'impulsivité et expliqueraient son lien à l'insomnie en favorisant l'hypervigilance (Whiteside & Lynam, 2001, cité dans Schmidt, Gay, & Van der Linden, 2008). Le sentiment d'urgence sera nuisible au sommeil parce qu'il prévient l'inhibition d'agir pour limiter les expériences négatives et donc favorisera les activités d'éveil plutôt que de sommeil. L'insomniaque aura alors tendance à être plus actif au moment du coucher ce qui fera augmenter l'excitation physiologique, émotionnelle et cognitive. Le manque de persévérance entraînerait l'incapacité à régler les conflits et les problèmes de la vie de tous les jours. Ceci pourrait entraîner de la rumination, des pensées et des souvenirs non pertinents qui viendront troubler le sommeil au coucher puisque l'individu n'aura pas réglé ses conflits et problèmes dans la réalité durant le jour étant donné son caractère impulsif et son manque de persévérance. Schmidt et al. (2008) croient donc que selon le profil de personnalité des individus insomniaques, certains bénéficieront davantage de l'aide apportée pour réduire l'excitation cognitive durant la nuit, tandis que d'autres bénéficieront davantage de l'aide consacrée à la gestion de la pensée durant le jour (le profil que l'on vient de présenter par exemple).

Finalement, les facteurs psychosociaux et environnementaux seront au cœur des considérations de médiation de l'activation et de la désactivation du sommeil. À ce niveau, nous retrouvons les facteurs de stress qui peuvent se trouver présents dans la vie d'un individu et bouleverser son sommeil. En effet, le sommeil est très sensible à la détresse émotionnelle et au stress (Caskadon, 2002). Les petits stressés, aussi appelés tracas quotidiens, et les événements de vie pourront donc s'avérer des éléments déclencheurs de l'insomnie aussi bien que des facteurs contribuant à son maintien. Il conviendra aussi d'examiner les facteurs situationnels et temporels qui causent et maintiennent l'insomnie. Les facteurs situationnels correspondent aux conditions et habitudes liées à la situation du coucher et du sommeil et qui résultent en comportements incompatibles avec le sommeil (ex : l'activité mentale intense juste avant le coucher). Des études auraient démontré que le contrôle des stimuli discriminatifs de comportements incompatibles avec le sommeil réduirait la latence d'endormissement de 50 à 80 % en comparaison à avant le traitement (Turner & Ascher, 1979; Lacks & coll., 1983, cités dans Espie, 1994). Des conditions simples telles qu'éteindre les lumières, avoir un lit confortable avec un environnement propice au sommeil et sortir de la chambre à coucher si on ne trouve pas le sommeil peuvent grandement favoriser l'atteinte d'un sommeil normal. Comme nous le savons, la chambre à coucher des adolescents devient souvent leur repaire pour toutes sortes d'activités autre que dormir. Ces considérations sont donc particulièrement importantes dans le traitement de l'insomnie chez ce groupe d'âge. Du côté temporel, il importera de synchroniser le sommeil avec l'état de somnolence, d'établir un horaire fixe d'éveil et de coucher et d'éviter les siestes hors de la période de sommeil, autre considération très opportune pour l'adolescent.

Ces facteurs explicatifs sont aussi appropriés à l'adolescence qu'à l'âge adulte. Dahl et Lewin (2002) rappellent qu'il y a plusieurs raisons convergentes pour faire la promotion d'un sommeil de qualité à l'adolescence. Ils invoquent l'importance du sommeil en période de maturation du cerveau et de dérégulation circadienne en période pubère, ainsi que l'interaction entre les domaines physique et psychosocial comme facteurs qui peuvent grandement le bouleverser. Les auteurs mettent également en lumière le fait que l'insomnie a des impacts négatifs sur le comportement, les émotions, l'attention, qui sont tous des facultés importantes dans le développement des

compétences sociales et académiques. Le clinicien cognitif comportemental utilisera des variables semblables pour conceptualiser le trouble de sommeil chez l'adulte que chez l'adolescent.

En résumé, une combinaison de variables tels les facteurs liés au système nerveux, les facteurs psychologiques et les facteurs psychosociaux et environnementaux expliquent l'insomnie selon l'approche cognitive comportementale. L'excitation physiologique, les pensées et les croyances, les traits de personnalité ainsi que les facteurs de stress, situationnels et les événements de vie peuvent coexister et provoquer une incapacité à dormir. La prochaine section abordera la façon dont ces facteurs peuvent s'influencer afin de provoquer et de maintenir le problème d'insomnie.

Modèles conceptuels

Un modèle conceptuel à trois facteurs est majoritairement accepté pour expliquer le cours de l'affection de l'insomnie chez les cliniciens œuvrant dans le domaine cognitif comportemental (Spielman, Conroy, & Glovinsky, 2003). Les variables sont considérées en tant que facteurs prédisposant, précipitant ou de maintien permettant au clinicien de mieux cibler la problématique et d'agir sur des variables précises lors du traitement. Ce modèle a dominé le champ de l'explication cognitive comportementale des troubles psychologiques depuis longtemps. Alors que les cliniciens s'entendent à propos du cadre conceptuel en trois temps (prédisposant, précipitant, de maintien), ils n'arrivent toutefois pas toujours à un consensus concernant les composantes spécifiques de chaque catégorie (Spielman, Conroy, & Glovinsky, 2003). Nous ferons ici la démonstration de ce modèle appliqué au trouble spécifique de l'insomnie primaire, selon les composantes qui semblent les plus unanimes dans la littérature.

Plusieurs facteurs *prédisposant* à l'insomnie ont été mis en lumière dans la littérature. L'âge (avancé), le genre (féminin), l'hyperactivité (élevé), l'histoire d'insomnie préalable (présente), et la personnalité encline à l'anxiété sont tous des facteurs qui peuvent prédisposer un individu à souffrir d'insomnie (Spielman, Conroy, & Glovinsky, 2003). La littérature démontre que les individus faisant de l'insomnie primaire auraient une histoire de dormeur léger et facilement éveillé. Ils seraient

particulièrement sensibles aux stimuli qui entravent le bon sommeil. Ils auraient donc un système nerveux central et autonome ayant un fonctionnement plus réactif que les bons dormeurs (Drake, Rochrs, & Roth, 2003).

Au niveau des facteurs *précipitant*, on retrouve bien entendu les événements stressants de la vie tels que la charge de travail démesurée, les difficultés dans les relations interpersonnelles, la mort d'un être cher ou la maladie (Bastien, Vallières, & Morin, 2004). Les problèmes de sommeil tendent à se résoudre après la disparition du facteur de stress ou une fois que l'individu s'est adapté au stresser qui perdure. Pourtant, certains individus continuent à faire de l'insomnie sur un mode chronique même à la suite des changements survenus dans les conditions initiales ayant provoqué le trouble. Le problème serait alors maintenu par autre chose que le ou les facteurs ayant précipité le trouble de sommeil à la base. Il s'agit de facteur de maintien.

Les facteurs de *maintien* résident dans la personnalité et la façon de répondre aux événements stressants, notamment les comportements, les croyances, les attitudes et les interprétations de la personne qui se voit confrontée à des événements stressants et qui développe des troubles du sommeil. Ces variables vont contribuer à ce que le trouble s'estompe, se maintienne, s'exacerbe et/ou persévère (Morin, 1993). Les insomniaques auraient tendance à réagir fortement aux facteurs externes qui contribuent au mauvais sommeil et ceci, même après l'élimination de la source de stress aiguë ayant mené à l'insomnie. Également, l'insomnie est plus encline à se prolonger si l'individu interprète l'insomnie situationnelle comme un signe de danger ou de perte de contrôle et s'il commence à se préoccuper de sa perte de sommeil et des conséquences de celle-ci sur son fonctionnement diurne. Cette hyperconscience est susceptible de déclencher l'excitation du système autonome et de la détresse émotionnelle, qui en retour entraîne une attention sélective centrée sur les indices de menaces reliées au sommeil (Harvey, 2002). Des inquiétudes excessives à propos du sommeil et la peur de ne pas dormir peuvent aussi influencer négativement le cours du trouble par le développement de mauvaises habitudes telles que faire des siestes durant le jour et rester au lit pendant une longue période en s'efforçant de trouver le sommeil même si on ne ressent pas la somnolence.

Le modèle en trois facteurs (prédisposant, précipitant et de maintien) de Spielman et al. (2003) est donc facile à conceptualiser, bien établi et accepté par les tenants de l'approche cognitive comportementale. Toutefois, il existe quelques autres modèles conceptuels pertinents de type cognitif comportemental et neurocognitif. Morin (1993), Lundh et Broman (2000), Espie, Broomfield, MacMahon, Macphee et Taylor (2006) et finalement, dans une perspective davantage neurocognitive, Perlis, Giles, Mendelson, Bootzin et Wyatt (1997) ont tous proposé des modèles alternatifs très intéressants. Ces modèles ont en commun la mise en lumière des facteurs cognitifs impliqués dans le processus de maintien de l'insomnie primaire de type chronique. Les facteurs cognitifs que l'on retrouve dans ces modèles sont nombreux et intriqués dans des systèmes circulaires mettant en lumière des liens directionnels et bidirectionnels expliquant le processus de l'insomnie (cause, fonctionnement et maintien). Voyons les spécificités de ces modèles.

Le modèle de Morin (1993) démontre comment les excitations émotionnelles, cognitives et physiologiques se lient aux cognitions dysfonctionnelles (l'inquiétude à propos du manque de sommeil, les ruminations concernant ces conséquences, les attentes irréalistes et les mauvaises attributions), aux habitudes mal adaptées (trop de temps passé au lit, l'horaire de sommeil irrégulier, les siestes durant le jour, les activités incompatibles avec le sommeil) et finalement, aux conséquences de l'insomnie chronique : l'altération de l'humeur, la fatigue, la diminution des performances et l'inconfort social. Ces facteurs s'interinfluencent et la présence de l'un entraîne l'augmentation des autres produisant ainsi des facteurs de maintien multiples. Ce modèle aux liens circulaires et bidirectionnels est spécifique aux variables qui maintiennent l'insomnie, contrairement au modèle de Spielman qui met en lumière les composantes prédisposantes, précipitantes et de maintien.

Le modèle de Lundh et Broman (2000) propose quant à lui une théorie explicative qui expose une richesse de facteurs prédisposant, en comparaison au modèle de Spielman. Les auteurs proposent que l'excitabilité élevée de l'individu, le comportement, les stratégies cognitives ainsi que les relations interpersonnelles (les conflits, l'implication émotionnelle) soient prédisposant à l'insomnie. Tous ces facteurs sont susceptibles d'augmenter l'excitation autant physiologique, qu'émotionnelle ou cognitive

de l'insomniaque. Cette excitation aurait par la suite un effet sur le sommeil et ceci, en jouant sur l'appréciation du sommeil et du fonctionnement diurne par l'individu affecté. Lundh et Broman citent les erreurs cognitives telles que mentionnées dans les modèles précédemment présentés qui seront susceptibles de favoriser le maintien du trouble de sommeil par la suite. De façon comparable, Espie, Broomfield, MacMahon, Macphee et Taylor (2006) proposent un autre modèle dans lequel un événement de vie stressant peut être la cause d'un stress psychologique et physiologique provoquant l'insomnie d'ajustement. Par contre, si l'individu entretient son attention sélective vers le stresser, l'excitation continue et l'inhibition de l'excitation ne survient pas pour rétablir le sommeil. L'insomnie psychophysiologique survient alors avec un revirement de l'attention sélective vers des indices reliés au sommeil. L'insomniaque développe une attention particulière reliée à son sommeil et une surcompensation d'effort visant à combattre l'insomnie qui ne font que maintenir l'affection plutôt que de voir à son amélioration, celui-ci décrit de façon plus détaillée, contrairement au modèle de Spielman, le mécanisme par lequel les facteurs de maintien s'imbriquent pour provoquer l'insomnie à long terme.

Au niveau du modèle neurocognitif, Perlis et al. (1997) démontre comment la vulnérabilité ou la maladie existante chez un individu peut se lier à un événement précipitant et à des stratégies de « coping » mal adaptées pour causer des excitations conditionnées autant somatique, cognitive qu'au niveau du cortex. Cette excitation sera à même d'altérer les processus cognitifs tels que le traitement de l'information, de la sensation et de la mémoire à long terme. Cette altération entraînerait les conséquences de l'insomnie que nous connaissons à savoir les plaintes qui y sont reliées, l'impossibilité à s'endormir, les réveils fréquents, la perception amplifiée de manque de sommeil et la surestimation des éveils nocturnes. Les indices utilisés dans ce modèle complètent bien le modèle de Spielman au niveau de la compréhension des mécanismes neurocognitifs et des changements physiologiques à l'œuvre lors des transformations dans le sommeil et au niveau des cognitions.

Tous ces modèles conceptuels sont donc très enrichissants par rapport aux façons multiples, quoique parfois redondantes ou complémentaires, de concevoir l'insomnie primaire chronique. Certains modèles peuvent combler les besoins spécifiques de certains

cliniciens dépendamment des aspects que ceux-ci désirent approfondir au niveau de la compréhension du trouble. Les adolescents qui font de l'insomnie seront évalués selon ces facteurs et leurs enchevêtrements. Le modèle de Spielman demeure le modèle de base pour conceptualiser le problème d'insomnie, mais le clinicien peut se servir des autres modèles lorsqu'il désire approfondir certains aspects du trouble ou enrichir son tableau clinique.

En résumé, l'approche clinique d'orientation cognitive comportementale met en scène des modèles explicatifs représentant les facteurs psychologiques, physiologiques, et environnementaux selon le rôle qu'ils jouent dans le cours de l'affection : soit prédisposant, précipitant ou de maintien. Le rôle médiateur des émotions, du comportement et des cognitions dans le maintien du trouble n'est plus à prouver et le traitement cognitif comportemental s'efforce donc de modifier certains paramètres de ces variables pour rétablir un sommeil normal chez les patients (Saint-Hilaire, 2006). Nous allons maintenant poursuivre avec le traitement cognitif comportemental de l'insomnie en mettant en évidence le canevas de base de fondement de ces techniques, les méthodes d'évaluation, les méthodes de traitement ainsi que l'efficacité de leurs procédés cliniques.

Traitement de l'insomnie à l'adolescence

Le traitement cognitif comportemental de l'insomnie proposé dans la littérature s'inspire du cadre théorique développé auprès des adultes. Peu d'études ont été réalisées concernant les troubles de sommeil à l'adolescence. Lorsque c'est le cas, il s'agit davantage d'études épidémiologiques que de propositions de traitements adaptés. Dans cette partie, nous allons donc explorer le traitement de l'insomnie telle que proposée par l'approche cognitive comportementale et appliquée à l'adulte. Pour conclure, quelques spécifications concernant son application à l'adolescence seront mises en lumière.

Canevas de base de l'approche cognitive comportementale

La thérapie cognitive comportementale (TCC) de l'insomnie chronique est issue des méthodes cognitives et comportementales de Beck qui s'inspirait lui-même de la

théorie de l'apprentissage de Pavlov (1963, cité dans Saint-Hilaire, 2006)) et du modèle de traitement de l'information (Saint-Hilaire, 2006). Cette méthode était d'abord utilisée pour le traitement de la dépression. Beck publie un ouvrage intitulé « Thinking and Depression : Theory and Therapy » en 1964 dans lequel il expose les prémisses au traitement de type TCC qui évoluera, se complexifiera et s'appliquera à plusieurs troubles cliniques suite à sa première proposition (Bélanger, Savard, & Morin, 2006). Une des principales contributions de Beck fut de souligner l'influence des pensées dysfonctionnelles, des croyances erronées et des comportements néfastes sur les syndromes psychiatriques. Il propose que les apprentissages et les mécanismes cognitifs jouent un rôle causal direct sur le développement d'affections et de désordres psychologiques (Saint-Hilaire, 2006).

Le travail de thérapie consiste donc à reformuler les pensées dysfonctionnelles, à revoir les croyances erronées et à modifier les comportements (Saint-Hilaire, 2006). La chaîne cognitive de : Situation – Pensée automatique - Émotion – Comportement, comporte habituellement des distorsions qu'il importe de restructurer. Ce qui a été appris peut être défait, permettant de substituer un apprentissage mieux adapté à un apprentissage qui se voyait être problématique et causer de la souffrance. Le thérapeute aide donc le sujet à faire de nouveaux apprentissages plus favorables au sommeil en faisant appel à des techniques cognitives (identification des pensées automatiques) et comportementales (plans d'activités). Le travail commence en compagnie du thérapeute en séance de thérapie ou l'un et l'autre pratiquent certaines techniques de modification cognitives et comportementales. Par la suite, il se poursuit dans des exercices pratiques quotidiens que le client doit mettre à l'œuvre afin d'amener des changements automatiques et durables provoquant la généralisation des acquis (Saint-Hilaire, 2006). À des fins de clarté, Bélanger, Savard et Morin (2006) rappellent les principales étapes à suivre :

1. Identifier les pensées négatives susceptibles de maintenir le problème cible
2. Reconnaître les connexions entre les cognitions, les émotions, le fonctionnement physiologique et les comportements
3. Examiner les évidences, pour et contre, des pensées automatiques erronées
4. Substituer des interprétations plus réalistes pour les cognitions biaisées

5. Apprendre à identifier et modifier les croyances centrales qui prédisposent aux perceptions déformées menant au problème

À partir de ce canevas de base, plusieurs autres techniques ont fait surface selon une perspective cognitive comportementale. L'éducation, la gestion de saines habitudes de vie, l'autorégulation des fonctions physiologiques et psychologiques telles que la gestion du stress, la relaxation et le biofeedback font partie intégrante des traitements cognitifs comportementaux. L'approche cognitive comportementale aurait fait ses preuves et les ingrédients de changements spécifiques à la théorie auraient été prouvés comme étant significativement bénéfiques, provoquant ainsi un courant particulièrement favorable à son utilisation dans le système de santé actuel (Hollon & Beck, 2004).

Évaluation de l'insomnie

Puisque la restructuration de la chaîne cognitive constitue un élément central du traitement de l'insomnie, les tenants de l'approche cognitive comportementale doivent cerner le fonctionnement cognitif de leur client en ce qui a trait aux pensées erronées, aux croyances irrationnelles, aux émotions et aux comportements. Pour ce faire, ils se font un devoir d'évaluer minutieusement le fonctionnement cognitif ainsi que les variables objectives (ex. : qualité du sommeil (temps dormi/temps passé au lit)) qui caractérisent l'insomnie en début de traitement de l'affection. Ils évaluent d'abord l'histoire de sommeil de l'individu à l'aide d'une entrevue semi-structurée. Ceci permet de mieux comprendre la nature et le cours développemental du désordre ainsi que son impact dans la vie de l'individu (Morin & Espie, 2003). Le professionnel apprend aussi ce qui a été tenté par le client dans le passé pour résoudre le problème, permettant ainsi au clinicien de dresser un portrait de sa propre intervention auprès de l'insomniaque. Ensuite, il est très courant que le psychologue traitant ait recours au journal de sommeil avec son client afin de déterminer le plus objectivement possible les paramètres du sommeil de celui-ci. Cette méthode apporte aussi des éléments plus subjectifs concernant la façon dont le patient vit la qualité de son sommeil. Le clinicien s'informe des pratiques de sommeil de l'insomniaque. À long terme, l'évaluation des modifications du sommeil à l'aide du journal de bord constitue un élément permettant d'évaluer le pronostic ainsi que les

changements à travers le temps et l'efficacité du traitement (Morin & Espie, 2003). Afin de corroborer les informations obtenues à l'aide du journal de sommeil, les cliniciens cognitifs comportementaux tenteront d'obtenir le rapport d'une autre source d'information. Un membre de la famille ou un conjoint pourra apporter de précieuses informations concernant la fréquence, la sévérité ainsi que le caractère envahissant que l'affection prend pour la personne concernée.

Finalement, la polysomnographie ainsi que l'actigraphie seront utilisés comme valeur physiologique ultime pouvant venir informer de la nature du trouble du sommeil. La polysomnographie (ou polygraphie du sommeil) est un examen médical consistant à enregistrer, au cours du sommeil du patient, plusieurs variables physiologiques afin de déterminer certains troubles liés au sommeil (rythmes respiratoires, rythme cardiaque, électroencéphalogramme, électromyogramme des muscles des bras ou des jambes, etc.). Parfois l'insomnie peut être la conséquence d'un autre trouble non diagnostiqué. Il importe donc de bien établir un diagnostic différentiel en début de traitement. L'actigraphie, pour sa part, permet d'examiner de façon ambulatoire le rythme veille-sommeil grâce à un capteur de mouvement de la taille d'une montre-bracelet habituellement portée au poignet non dominant de la personne. Les données sont stockées dans la mémoire de l'actigraphe puis transmises à un ordinateur qui les traduira en termes de cycles activité-repos. L'objectif de cette technique est de mesurer le temps de sommeil total, le nombre de réveils, l'efficacité du sommeil (% entre le temps de sommeil et le temps passé au lit), ainsi que le niveau d'activité diurne, les rythmes sur 24 heures, et le sommeil pendant la journée (Morin & Espie, 2003). Le clinicien qui détient ces informations est donc plus à même de comprendre la problématique et d'établir un plan de traitement adéquat.

En résumé, étant donné que la compréhension des schémas cognitifs est indispensable à la modification des paramètres qui entretiennent l'affection, les psychologues d'orientation cognitive comportementale se font un devoir de les évaluer minutieusement. Ainsi, ils obtiennent le portrait le plus représentatif de la réalité du client et, de là, ils peuvent travailler à reprogrammer certains facteurs nuisibles. La prochaine

section traite de la façon dont ils s'y prennent concernant la thérapie de l'insomnie à l'adolescence.

Spécificité du traitement à l'adolescence

Le traitement des adolescents comporte les mêmes paramètres que celui des adultes. L'éducation, la maîtrise du système nerveux, la restructuration cognitive et comportementale et la considération du syndrome de retard de phase sont soulevées dans cette section.

Éducation : Le traitement des cliniciens d'orientation cognitive comportementale comporte plusieurs objectifs cliniques (Morin & Espie, 2003). La sensibilisation et l'éducation reliées à l'insomnie sont les objectifs cliniques premiers. Celles-ci s'imbriquent dans l'objectif de restructuration de la pensée et sont particulièrement pertinentes dans le traitement des adolescents pour lesquels les informations sur le sommeil peuvent davantage être incomplètes ou erronées par manque de connaissance sur le sujet. Le thérapeute informe le client en ce qui a trait au sommeil : le processus, ses impacts, les variables qui le modulent et ceux qui le favorisent. Finalement, la programmation du sommeil ainsi que des techniques de restructuration cognitive sont appliquées afin de programmer l'individu souffrant à de nouvelles pensées réalistes et objectives ainsi que des croyances propices au sommeil (Ladouceur & Gros-Louis, 1984). Plusieurs études des traitements cognitifs comportementaux examinent ces techniques et leurs effets combinés à la médication (Morin, 2006). Une section traitera donc de la pharmacologie liée à l'insomnie.

Comme nous venons de le voir, le thérapeute doit d'abord faire assimiler au client des connaissances relatives au sommeil. Il s'agit de la partie du traitement qui est non spécifique et qui consiste à informer le client pour lui redonner le pouvoir sur ce qu'il vit (Espie, 1994). Le thérapeute informe celui-ci des profils et phases du sommeil ainsi que des fonctions et effets du sommeil. Il donne également des conseils concernant l'autogestion des habitudes comportementales (hygiène de vie). Il est très aidant d'améliorer certains aspects de la santé générale du client afin de favoriser un bon sommeil. Le régime alimentaire (sain) et un programme d'exercice (adéquat) sont des

aspects qui peuvent aider à améliorer la santé globale du patient et son sommeil par le fait même (Morin & Espie, 2003). Une attention particulière est donnée à la consommation de caféine, de nicotine et d'alcool qui sont des stimulants et déprimeurs nuisant au sommeil. La question de la caféine est d'ailleurs très importante chez les adolescents nord-américains compte tenu du grand nombre de ceux-ci qui boivent des boissons énergisantes. Finalement, une bonne préparation environnementale est souvent primordiale à un bon sommeil pour les individus susceptibles de faire de l'insomnie. Un lit confortable, une température agréable et une distraction minimale (bruits, lumières, etc.) sont des paramètres qui peuvent être examinés et modifiés pour améliorer le sommeil. De façon plus spécifique chez les adolescents, on porte attention à l'ensemble de l'équipement électronique qui se retrouve souvent dans la chambre à coucher, tel que le téléphone, l'ordinateur, les consoles de jeux vidéo et le téléviseur. Ces paramètres sont importants pour tous les individus qui désirent atteindre un bon sommeil et particulièrement ceux qui sont déjà aux prises avec une difficulté d'endormissement, des réveils fréquents ou un sommeil de mauvaise qualité. Il existe des conditions de sommeil optimal. Il convient donc de commencer tout traitement avec une base solide.

Système nerveux : En second lieu, des exercices peuvent être pratiqués afin de permettre au client un meilleur contrôle de son système nerveux. Morin et Espie (2003) conseillent de ralentir toute activité durant la seconde moitié de la soirée. Quatre-vingt-dix minutes avant le coucher, le travail et les activités trop intenses devraient cesser. Une fois au lit, Billiard et Dauvilliers (2005) suggèrent des techniques de relaxation. Ils proposent une alternance de tension et de relâchement des groupes musculaires et une maîtrise de la respiration. Des techniques de relaxation et de biofeedback simples et efficaces peuvent être pratiquées lors des entretiens cliniques afin que le client arrive à les reproduire à la maison au moment du coucher et atteigne ainsi les conditions physiologiques et psychologiques favorables au sommeil. Le training autogène peut aussi être mis en pratique à l'heure du coucher. Il s'agit d'une stratégie de relaxation physique et cognitive, une forme d'autohypnose durant laquelle la concentration et le dialogue intérieur du sujet sont utilisés afin d'amener des modifications des paramètres corporels. L'insomniaque peut combiner la relaxation musculaire et le training autogène et ainsi, il contracte et relâche ses muscles selon un certain ordre (mains et bras, tête, corps, jambes

et pieds, visualisation, calme total et réveil) en répétant des phrases simples suscitant la lourdeur et la chaleur corporelle (ex. : ma respiration se fait de plus en plus profonde. Mon corps est de plus en plus calme et détendu.). Les méthodes de biofeedback comme le contrôle du rythme cardiaque à l'aide d'un appareil qui le calcul à tout moment et l'apprentissage de sa maîtrise peuvent être utilisées selon le même principe que précédemment expliqué : développer une conscience accrue des fonctions physiologiques internes qui entrent en ligne de compte au moment du coucher, transfert et généralisation de ce contrôle au moment du coucher et à tout moment (Saint-Hilaire, 2006).

Ces activités d'autocontrôle physiologique précédant le sommeil facilitent la réduction de la latence d'endormissement et améliorent la qualité du sommeil. Par contre, les insomniaques ont tendance à entretenir des cognitions erronées selon lesquelles ils doivent tout contrôler pour arriver à dormir, alors qu'on les incite ici à en faire autant (contrôle du système nerveux). Le clinicien doit donc être sensible à cet aspect de relaxation du système nerveux tout en incitant le patient à se laisser aller au sommeil, en lâchant prise sur d'autres facteurs de contrôle. Aussi, l'adolescent développe l'intérêt pour le risque, l'innovation et, comme nous l'avons vu, présente une certaine impulsivité et immaturité qui peut grandement défavoriser ce genre de techniques de relaxation. Il est important de considérer ces modalités et d'en tenir compte lors du traitement avec cette clientèle.

La programmation du sommeil ou « Instruction de contrôle de stimuli » est une technique populaire et assez répandue pour améliorer le sommeil également (Saint-Hilaire, 2006). Le but de la technique est de réapprendre aux individus à facilement s'endormir en soutenant les stimuli qui prédisposent au sommeil et en diminuant les stimuli qui stimulent les comportements incompatibles avec le sommeil. On recommande de se coucher lorsqu'il y a somnolence seulement, de n'utiliser le lit et la chambre à coucher uniquement pour dormir et pour l'activité sexuelle, se lever si on ne s'endort pas après 15 minutes, acquérir un rythme de sommeil constant en se levant et en se couchant aux mêmes heures chaque jour et éviter les siestes durant la journée. Le contrôle des stimuli s'applique donc pour améliorer la disposition au sommeil (Morin & Espie, 2003). Les gens souffrant d'insomnie auraient tendance à organiser leur vie autour de leur chambre à coucher en ayant, par exemple, la télévision, les livres et la nourriture à portée

du lit. Le but est donc de réapprendre à utiliser convenablement l'espace dédié au sommeil (Bootzin & Stevens, 2005).

Restructuration cognitive et comportementale : Au niveau des techniques de modifications cognitives, plusieurs pensées et croyances irrationnelles sont dans la mire. Au niveau des cognitions dysfonctionnelles, on retrouve les préoccupations exagérées en lien avec la diminution du temps réel de sommeil ou à l'impression d'un mauvais sommeil, la rumination par rapport aux conséquences et les attentes irréalistes (ex : pensée que l'on doit absolument dormir huit heures chaque nuit). Une technique nommée l'« injonction paradoxale » ou l'« ordre illogique » consiste à contrer ses dites cognitions. Il s'agit d'augmenter intentionnellement les comportements dont la fréquence élevée est inconfortable ou de diminuer ou d'inhiber intentionnellement les comportements qui surviennent rarement, donc de faire exactement ce que l'on s'efforce habituellement de supprimer et vice versa (Morin, 1993). Le client doit ainsi faire des efforts afin de ne pas s'endormir. Cette technique fonctionne en détournant l'angoisse vis-à-vis de la performance qui se développe lorsque le patient tente de contrôler directement son sommeil, alors qu'il s'agit d'un processus involontaire. Par exemple, l'adolescent qui peine à trouver le sommeil pourra commencer à penser qu'il sera incapable de fonctionner durant la journée suivante et qu'il ne pourra conséquemment pas performer à l'école. Le traitement vise également les attentes plus réalistes envers le sommeil, une révision des attributions et causes de l'insomnie, l'élimination des scénarios catastrophes liés aux conséquences de l'affection et une dé-focalisation de la place que prend le problème pour l'individu. Il est bon que l'insomniaque puisse augmenter sa tolérance aux effets du manque de sommeil et qu'il lâche prise à essayer de s'endormir à tout prix lorsque le sommeil ne vient pas (Morin & Espie, 2003).

Un exemple d'exercice de modification cognitive consiste à compléter des tableaux de modifications des pensées automatiques. Ainsi, le client apprend à identifier des situations spécifiques qui sont problématiques, comme la mise au lit durant les soirs de semaine par exemple. Il identifie par la suite les pensées automatiques qui lui viennent à ce moment-là, ainsi que les distorsions cognitives auxquelles ces pensées automatiques appartiennent. Le client peut par exemple se dire qu'il est certain qu'il n'arrivera pas à dormir puisqu'il a vécu un stress à l'école aujourd'hui et que demain sera encore pire.

Cette distorsion relève du scénario catastrophe et du besoin absolu de performance. Ensuite, celui-ci identifie l'émotion et l'effet physiologique que cette pensée fait naître chez lui. Il apprend à reconnaître que cette pensée provoque un sentiment de peur et d'anxiété et que, conséquemment, ses mains deviennent moites, qu'il ressent des chaleurs et que son cœur bat plus vite. Suite à cela, différents comportements surviennent et le client s'initie une fois de plus à les reconnaître. Il réalisera, par exemple, que ceci fait en sorte qu'il demeure figé dans son lit de peur de ne pas s'endormir malgré le fait qu'il ne ressent pas la somnolence essentielle à l'endormissement. Toutes ses prises de conscience amènent le client à se questionner sur la pertinence de ces scénarios intérieurs et à reconsidérer la situation de façon plus objective (Bélangier, Savard, & Morin, 2006). Celui-ci est amené à formuler des pensées alternatives plus réalistes et des comportements plus adaptés et à les mettre en pratique afin de tester ces nouvelles acquisitions et de considérer des changements positifs.

Syndrome de retard de phase : Carskadon, Crowley et Christine (2007) proposent aussi des traitements spécifiques à la période de l'adolescence en lien au syndrome de « retard de phase » vécue à cette période de développement (difficulté à se réveiller spontanément le matin et une tendance à se sentir fatigué durant le jour). Les adolescents ont tendance à se coucher et à se lever plus tard dû à des changements physiologiques liés à la puberté et affectant les rythmes homéostatiques et circadiens. Trois traitements spécifiques ont été proposés pour rétablir le sommeil à partir de ce déséquilibre selon Carskadon et al. : la chronothérapie, la photothérapie et l'administration exogène de mélatonine. Pourtant, peu d'études ont testé ceux-ci auprès de la population adolescente et il s'agit d'une piste de développement future pour les chercheurs. La chronothérapie consiste, pour le patient, à retarder le temps du coucher et le temps du réveil de trois heures par jour jusqu'à ce que l'horaire de sommeil voulu soit atteint (3 heures de moins que l'heure initiale). Au bout de sept jours, le sujet revient à l'heure atteinte souhaitée et il doit maintenir cet horaire de façon stricte. Il s'agit toutefois d'un protocole assez lourd nécessitant une mise en application en laboratoire du sommeil ou en hospitalisation. Pour les adolescents qui désirent mettre en œuvre cette technique à la maison, il est possible de suivre le même principe en suivant le retardement du temps de coucher par avance très progressif de l'heure du coucher (15 minutes par jour) (Carskadon, Crowley, & Christine,

2007). La photothérapie ou lumineothérapie consiste à présenter une source de lumière artificielle reproduisant la lumière du jour (2500 lux) à la fin de la nuit du patient sur plusieurs jours consécutifs. Il est important de bien mesurer la phase circadienne initiale en condition constante (sans bouleversement dans le sommeil) puisque le moment opportun d'administration de la lumière est critique pour l'efficacité du traitement. Le troisième traitement vise l'administration exogène de la mélatonine. Cette substance aurait des effets chronobiologique (changeant de phase) et soporifique (qui induit le sommeil) sur les humains. La mélatonine est une hormone produite par la glande pinéale. Elle est inhibée durant le jour et stimulée durant la nuit. Par l'intermédiaire de la mélatonine, l'épiphyse informe le cerveau sur les durées relatives des heures d'obscurité et d'éclairage sur une période de 24 h qui, comme nous le savons, influence compose le rythme circadien. L'insomniaque peut présenter un taux de mélatonine au coucher inférieur à la normal. Nous voulons donc augmenter la mélatonine à l'heure du coucher chez les insomniaques pour favoriser l'endormissement et le sommeil. La mélatonine provoquerait un avancement de la phase de sommeil et serait particulièrement efficace pour traiter le syndrome de retard de phase qui sévit chez l'adolescent.

Autres spécificités : Dans la littérature, peu d'études font la distinction entre l'application du traitement cognitif comportemental de l'insomnie chez l'adulte ou l'adolescent. Quelques études récentes, notamment celles de LeBlanc, Dionne, Proulx, Grégoire et Trudeau-Leblanc (1998), de Bootzin et Stevens (2005) et de Carskadon, Crowler et Christine (2007), proposent toutefois quelques pistes intéressantes concernant son application chez les jeunes.

Au niveau de l'intervention reliée à l'insomnie auprès de l'adolescent, LeBlanc, Dionne, Proulx, Grégoire et Trudeau-Leblanc (1998) rappellent que le travail avec les parents s'ajoute aux composantes du traitement subséquent mentionné. Les auteurs affirment que le travail avec les parents peut être un bon moyen d'évaluer le fonctionnement du système familial et le degré de compétence cognitive des membres de la famille, ainsi que la façon dont ceci interagit avec la problématique de l'adolescent. Notamment, les auteurs proposent d'impliquer les parents et d'inclure l'information qu'ils apportent au niveau de l'évaluation du trouble. Au moment du traitement, ceux-ci peuvent agir comme facilitateur de la généralisation des principes en accompagnant leur

adolescent dans la mise en pratique des modifications cognitives et comportementales. L'utilisation des variables systémiques du client favorise habituellement le succès du traitement.

De leur côté, Bootzin et Stevens (2005) documentent le lien bidirectionnel entre l'insomnie et l'abus de substances particulièrement fréquent à l'adolescence. Les auteurs ont traité les adolescents ayant un problème d'insomnie et de somnolence diurne relié à un problème de consommation dans le but d'améliorer le sommeil et de prévenir l'abus de substance. Le traitement consistait en le contrôle du stimulus (ou réapprendre à l'individu à s'endormir rapidement une fois au lit), l'utilisation de la lumière pour contrer l'effet du rythme circadien veille-sommeil perturbé à l'adolescence, l'éducation sur l'hygiène de sommeil, la thérapie cognitive et la technique de « Mindfulness-Based Stress Reduction » (MBSR), comprenant la méditation telle que proposée par Kabat-Zin (1994, cité dans Bootzin et Stevens, 2005). L'analyse des résultats de la recherche conclut effectivement que les adolescents qui auraient suivi seulement quatre ou plus des sessions de traitement proposées auraient un sommeil significativement amélioré. Bootzin et Stevens (2005) appuient également le fait que les techniques de traitement cognitif comportemental pour l'insomnie démontrent une fois de plus leur efficacité autant auprès de l'adulte qu'auprès de l'adolescent, et ce, même chez ceux qui présentent un problème d'abus de substance. Ils soulignent toutefois que les défis auprès de cette clientèle résident dans la motivation, l'engagement et la conformité des participants; les adolescents quittant le traitement dans une proportion particulièrement élevée en comparaison aux taux de « drop out » des participants des recherches chez l'adulte. Ceci est dû au fait que les adolescents ne consultent généralement pas par eux-mêmes et donc, ils sont moins motivés au traitement.

En résumé, Saint-Hilaire (2006) synthétise l'intervention cognitive comportementale avec les sujets insomniaques en rappelant que chaque aspect particulier du sommeil et de l'insomnie du patient est revu et corrigé. La première étape consiste en une auto-évaluation à l'aide d'un agenda de sommeil suivi de l'établissement d'objectifs réalistes concernant le sommeil. Ensuite, le renoncement aux mauvaises habitudes de sommeil ainsi qu'un respect des horaires réguliers du coucher et du lever s'imposent. Les nouveaux apprentissages doivent ensuite être mis à l'œuvre. Les attitudes différentes, la

révision des croyances conditionnelles, la correction des fausses attributions et le travail sur les ruminations nocturnes sont intégrés. La gestion du stress par la relaxation, le training autogène et la maîtrise du système nerveux par le biofeedback aide à harmoniser psychique et physique. Les traitements du syndrome de retard de phase sont aussi à prescrire particulièrement chez l'adolescent. Finalement, l'hygiène de vie et de sommeil aide à maintenir les acquisitions et à prévenir les rechutes. Le travail avec les parents et au niveau de l'abus de substance peut aussi être considéré avec les adolescents.

Pharmacologie

Les thérapies cognitives comportementales et la médication sont souvent jumelées afin d'obtenir de meilleurs résultats. Ce traitement mixte offrirait le meilleur des deux mondes : l'amélioration rapide des symptômes d'insomnie à l'aide de la médication et une amélioration des symptômes qui persistent dans le temps à l'aide des stratégies cognitives comportementales (Reite, 2004). Toutefois, une étude récente démontre que la combinaison des approches thérapeutiques n'est pas toujours supérieure à la monothérapie, car les effets à long terme varient selon les patients adultes (Morin, 2006). L'auteur soutient que la question qui consiste à décider si un traitement doit être privilégié au profit de l'autre ou si la concomitance est souhaitable dépend de facteurs tels que la nature de l'insomnie, l'histoire de traitement, les conditions de comorbidités, l'acceptation du traitement par le patient et finalement le coût et la disponibilité des traitements. Différentes alternatives devraient alors être considérées quant à la possibilité de doser la médication, la durée et le cours du traitement tout au long du processus dépendamment de la fluctuation du trouble. Il revient donc au clinicien de déterminer ce qui convient le mieux à chaque patient et d'ajuster les traitements uniques ou combinés en conséquence. Voyons ici quels ont été les principaux médicaments utilisés contre l'insomnie à travers le temps. Les catégories des benzodiazépines, des non-benzodiazépine hypnotiques, des antidépresseurs, des antihistamines et finalement, celles des herbes et suppléments diététiques seront évoqués.

Les benzodiazépines sont beaucoup utilisées pour traiter l'insomnie (Drake, Rochrs, & Roth, 2003). Ils se fixent sur une partie du récepteur GABA et agissent de

façon ciblée; ils calment l'anxiété, détendent les muscles et provoquent le sommeil. Ils n'entraînent pas de tolérance aussi marquée que ses prédécesseurs (le chloral hydrate et les barbiturates) et sont plus sécuritaires au niveau des intoxications, même lorsque consommés en grande quantité (Drake, Rochrs, & Roth, 2003). Certaines benzodiazépines sont spécifiquement marquées comme hypnotiques (ex. : temazepam, nitrazepam) alors que d'autres ont à la fois des effets anxiolytiques et hypnotiques (ex. : lorazepam, oxazepam). Ces agents améliorent le sommeil et ont également un effet sur l'anxiété présente chez une grande proportion de personnes souffrant d'insomnie. À court terme, les médicaments réduisent le délai d'endormissement et la fréquence des éveils nocturnes tout en prolongeant la durée totale de sommeil; on observe également une diminution de la proportion de sommeil lent profond (stade 3 et 4) et une augmentation du sommeil léger (stade 2) en réaction à la médication. À long terme, une certaine tolérance s'installe de même que plusieurs effets secondaires transitoires importants (Morin, Bélanger, & Fortier-Brochu, 2006). La fatigue, la léthargie, l'altération du jugement, l'humeur instable, la dépression, la diminution de la vigilance, les troubles d'attention et de concentration, la désorientation, la confusion, les pertes de mémoire et l'amnésie antérograde sont tous des conséquences possibles de cette médication (Amar, 2002). Par contre, il existe trois nouveaux hypnotiques (zolpidem, zopiclone et zaleplon), dits non benzodiazépine, mais qui agissent sur les mêmes récepteurs benzodiazépine et gamma aminobutyric acid-a (GABAa). Ces nouveaux composés ont des effets hypnotiques plus sélectifs et représenteraient une meilleure alternative (Morin & Espie, 2003).

Les antidépresseurs avec propriétés sédatives sont souvent utilisés pour le traitement de l'insomnie, seuls ou en combinaison avec d'autres hypnotiques (Buysse & Reynolds, 2000). Le Trazadone, l'Amitriptyline, le Trimipramine, et le Doxepin sont ceux qui sont les plus souvent utilisés à cet effet. Cette catégorie améliore la continuité du sommeil et augmente le sommeil en onde lente. Les tricycliques comme l'amitriptyline et le doxepin produisent toutefois une réduction significative du sommeil avec mouvements rapides des yeux (REM). Alors que cette médication peut aider pour améliorer le sommeil des clients insomniaques qui sont aussi dépressif, son efficacité n'a

pas été testée avec des sujets non dépressifs et ne représente donc pas un traitement de première ligne (Morin & Espie, 2003).

Certains antihistaminiques ont une action sédatrice, car ils agissent en inhibant la voie de transmission histaminergique qui stimule l'éveil. Les antihistaminiques entraînent donc de la somnolence chez celui qui le consomme et, malgré leur utilisation répandue comme aide au sommeil, très peu d'études ont examiné leur efficacité et leur aspect sécuritaire (Morin & Espie, 2003). La diphenhydramine serait utile pour l'insomnie légère, mais il n'y aurait pas d'évidence d'efficacité pour l'insomnie chronique et sévère (Wilson & Nutt, 2007). En plus, les antihistaminiques peuvent produire des effets indésirables (altération psychomotrice et cognitive) et résiduels le jour suivant (somnolence). Quelques patients démontrent aussi un effet paradoxal comme de l'agitation plutôt que de la somnolence (Wilson & Nutt, 2007).

Un certain nombre de produits actuellement en cours d'essai thérapeutique sont également prometteurs pour ce qui est de la médication pour traiter l'insomnie. De nouveaux hypnotiques non benzodiazépines comme nous venons d'en faire mention, agoniste GABA (gaboxadol), inhibiteur sélectif de la recapture GABA (tiabine), agoniste de la mélatonine (TAK 375) et mélatonine à libération prolongée (circadien) sont tous des alternatives possibles à la médication actuelle (Billiard & Dauvilliers, 2005). Aussi, la médecine douce tout comme la phytothérapie seraient au banc d'essai. Des préparations à base de plantes (Aubépine, passiflore, valériane) ont été utilisées depuis longtemps dans le traitement de l'insomnie, mais très peu ont été testées selon des protocoles pharmacologiques conduits avec rigueur. Les extraits de valériane sembleraient avoir une efficacité supérieure au placebo sur la qualité subjective du sommeil et sur la qualité du sommeil jugée par le médecin traitant, mais ne seraient pas commercialisés (Billiard & Dauvilliers, 2005).

Au niveau de l'utilisation de la médication à l'adolescence, Choquet (2004) rappelle que les médicaments contre le stress et l'insomnie occupent une place de choix parmi les substances psycho-actives consommées par ceux-ci. L'auteur cite les enquêtes épidémiologiques ESPAD (1999, dans Choquet, 2004) auprès de 14000 élèves âgés de 14 à 18 ans, et l'enquête ESCAPAD (2002, dans Choquet 2004) auprès de 20000 jeunes de 17 à 19 ans, qui nous auraient permis de comprendre à quelle fréquence ces médicaments

étaient utilisés et pour quels motifs. Premièrement, les filles auraient tendance à utiliser davantage la médication contre le stress et l'insomnie : 34% en aurait consommé au moins une fois dans leur vie, contre 14% pour les garçons. De plus, 4% des filles rapporteraient en consommer régulièrement alors qu'il s'agit d'un 1% des garçons. Ces données ne sont pas étonnantes lorsque l'on considère que l'insomnie ainsi que les manifestations et symptômes anxieux prévalent chez les femmes dans la population et que l'anxiété et l'insomnie sont souvent vécues en comorbidité. La consommation de médicament contre le stress et l'insomnie est répandue chez la population adolescente. Il importe donc d'éduquer ceux-ci au fait que la médication n'est pas une solution miracle, ni gagnante à long terme afin d'éviter qu'ils associent les solutions et composants chimiques (tels que la drogue ou la médication) à un soulagement psychologique instantané et sans effort.

Effectivement, Ohayon et Bousquet (1997) ne démentirent pas l'efficacité des hypnotiques prescrits pour une durée limitée lors d'une insomnie transitoire ou récente, mais ils proscrivent leur utilisation à long terme puisqu'ils dénoncent la médication comme devenant bien souvent la cause de l'insomnie chronique. Xambo (1993) souligne pour sa part que la consommation d'hypnotiques entraîne une tolérance et une dépendance médicamenteuse qui obligent à toujours réajuster les doses. Ceci pourrait désorganiser l'architecture du sommeil de façon durable. Il est certain que les nouveaux hypnotiques ont de moins en moins d'effets secondaires et indésirables, mais il demeure que l'abus de somnifères (usage excessif) reste un problème préoccupant. Il faut de surcroît considérer que l'adolescent est en période de développement. On peut penser que la médication peut avoir des effets indésirables à ce niveau. Comme le cerveau des adolescents continue de se développer, la médication qui modifie ses paramètres n'est pas recommandée. Il est intéressant également de considérer qu'un symptôme est toujours la traduction d'un malaise. Traiter l'individu souffrant avec une médication ne contribue pas à résoudre les problèmes sous-jacents aux symptômes à ce point-ci.

En résumé, la médication peut aider à rétablir un sommeil normal. Toutefois, il est primordial de l'associer à la thérapie et de bien évaluer la combinaison optimale pour chaque client. Le défi, à ce niveau, pourrait donc être de développer une médication et une thérapie qui sera efficace et sécuritaire à long terme. Un second défi serait de définir

les bienfaits de l'amélioration du sommeil en lien aux désordres médicaux et psychiatriques, comme nous savons que la comorbidité entre ceux-ci est excessivement élevée (Drake, Rochrs, & Roth, 2003).

Efficacité du traitement

De multiples études ont indiqué que la thérapie cognitive comportementale pour traiter l'insomnie primaire est associée à des bénéfices significatifs et persistants pour la majorité des individus adultes qui ont suivi le traitement, que ce soit dans un format individuel ou de groupe (Edinger, Wohlgemuth, Radtke, Marsh, & Quillian, 2001; Jacobs, Pace-Schott, Stichgold, & Otto, 2004; Morin, Colecchi, Stone, Sood, & Brink, 1999; Morin, Culbert, & Schwartz, 1994; Smith et al., 2002; cités dans Constantino, Manber, Ong, Kuo, Huang, & Arnow, 2007). Wang, Wang et Tsai (2005) ont analysé sept articles publiés entre 1993 et 2004 mesurant l'efficacité de traitements cognitifs comportementaux pour l'insomnie (Edinger et al., 2001; Edinger & Sampson 2003; Espie et al., 2001; Hauri, 1997; Jacobs et al., 1993; Mimeault & Morin, 1999; Morin et al., 2002, cité dans Wang, Wang, & Tsai (2005)). Le contrôle du stimulus, la restriction de sommeil, l'éducation au niveau de l'hygiène de sommeil ainsi que la restructuration cognitive étaient les composantes principales du traitement dans ces articles. Les résultats de ces recherches indiquent que le traitement cognitif comportemental est efficace pour améliorer l'efficacité du sommeil, abaisser le temps de latence d'endormissement et diminuer les éveils après l'endormissement. Aussi, les participants ont significativement réduit l'utilisation de médicament pour le sommeil au cours du traitement cognitif comportemental. Quelques-unes de leurs études ont aussi démontré, à l'aide de données de suivi (de 10 mois dans Hauri (1997), de trois mois dans celle de Mimeault et Morin (1999), de 12 mois dans Espie et al. (2001), tous cités dans Wang, Wang, & Tsai (2005)), que les changements qui surviennent au cours du traitement sont durables. Notamment en ce qui a trait à l'augmentation du temps total dormi et à la réduction des éveils durant la nuit (Wang, Wang, & Tsai, 2005).

Beaucoup d'études ont mis en lumière l'importance de la perspective du patient concernant la qualité de l'alliance tôt dans le processus pour le succès du traitement de

l'insomnie (Castonguay & al., 2006; Hornath & Bedi, 2002; cités dans Constantino & al., 2007). Constantino et al. (2007) ont fait ressortir plusieurs points critiques concernant l'influence des attentes du client et sa perception du comportement du thérapeute. Par exemple, parmi les participants ayant de basses attentes, ceux qui percevaient le thérapeute comme un partenaire démontraient moins de temps d'éveil durant la nuit. Les participants qui percevaient leur thérapeute comme étant confrontant et critique étaient généralement moins satisfaits de leurs traitements, et ceci était particulièrement vrai dans le cas des gens qui se présentaient en thérapie avec de hautes attentes. Dans le même ordre d'idée, les patients qui ont arrêté le traitement tôt dans le processus ont évalué leur thérapeute comme étant plus confrontant et critique que les participants qui ont poursuivi au moins trois sessions. Ces résultats suggèrent donc l'effet interactif des attentes du client et de la relation thérapeutique par rapport à l'amélioration des modèles de sommeil des sujets insomniaques.

En résumé, nous avons pu constater l'efficacité des traitements cognitifs comportementaux ainsi que l'importance des attentes et de la perception du thérapeute par le client sur cette efficacité. Ces variables seraient prédictives de l'efficacité du traitement de l'insomnie, mais n'auraient pas d'effet sur les problèmes associés à l'insomnie durant le jour pendant la thérapie. Les auteurs croient donc que ces interférences diurnes seraient modifiées par des variables du traitement cognitif comportemental plus que par des variables processuelles telles que les attentes et l'alliance thérapeutique. Une fois de plus, on recommande d'adapter le traitement en fonction des besoins spécifiques des clients.

Conclusion

La conception de l'insomnie à l'adolescence selon le traitement cognitif comportemental s'appuie donc sur plusieurs variables pouvant affecter cet état de repos physique et psychologique. L'activation du système nerveux, les composantes psychologiques et les variables psychosociales et environnementales sont toutes impliquées et intriquées dans des modèles conceptuels menant à des traitements susceptibles de modifier certains des liens qui y favorisent l'insomnie. Les adultes et les

adolescents peuvent donc bénéficier des mêmes traitements cognitifs comportementaux structurés et maintes fois prouvés pour leurs efficacités. Certaines spécificités du sommeil des adolescents sont prises en compte et exploitées particulièrement dans certaines propositions de traitement, ce qui rend la thérapie plus adaptée à leur besoin. Aussi, la médication peut être administrée en concomitance au traitement cognitif comportemental afin d'accélérer les progrès, et ce, pour une durée limitée seulement.

Conception et traitement psychodynamique

La prochaine section traitera de la conception et du traitement proposé par l'approche psychodynamique. Ensuite s'en suivra un comparatif des deux approches et une proposition d'un traitement intégré exploitant les concepts les plus intéressants émergeant des deux approches.

Conception de l'insomnie à l'adolescence

La conception et le traitement psychodynamique de l'insomnie à l'adolescence diffèrent beaucoup de ce que l'on a vu précédemment concernant la conception et le traitement cognitif comportemental. La psychodynamique ne considère pas tant le symptôme par lui-même, comme c'est le cas dans l'approche cognitive comportementale, que la dynamique du client, de ses processus psychiques et de sa structure de personnalité. Ces différences de compréhension, de diagnostic et de traitement seront d'ailleurs abordées dans la partie critique de l'essai.

Facteurs explicatifs

Comme mentionné précédemment, la dynamique de l'individu explique le symptôme de l'insomnie. Cette dynamique se forme au cours du développement affectif de l'individu. La relation précoce avec la mère et la sexualité nouvelle à l'adolescence seront donc des facteurs explicatifs de l'insomnie dans cette population. La première section traite du développement affectif par la maturation de l'appareil psychique et son lien au sommeil.

Maturation de l'appareil psychique

Alors que l'adolescence est considérée par certains auteurs psychodynamiciens comme une crise d'accession à l'autonomie, d'autres la considèrent comme un état (manière d'être durable) (Birraux, 1998). Il s'agit néanmoins d'une période consacrée à la résolution du bouleversement pubère. L'apparition des modifications du corps pubère provoque une transformation qui touche à la topique de l'appareil psychique (ça, moi, surmoi), à son économie (désirs versus pulsions, formation de compromis) et à la qualité du système représentatif (perception de la réalité). Ces concepts ont été formulés, par Freud (1976) majoritairement et subséquemment par les tenants de l'approche psychodynamique, pour représenter et comprendre le développement affectif des individus. En période de développement de l'adolescent, la nouvelle représentation de la sexualité peut être particulièrement reliée à l'insomnie.

Au niveau de l'impact du bouleversement pubère, on relève des changements au niveau de l'altérité (considération de la différence entre soi et l'autre) et donc de la représentation de l'objet. Alors que pour Freud l'enfant est un pervers polymorphe, incomplet dans son développement et attaché à un objet partiel, la sexualité normale adulte est dite génitale s'adressant à un objet total (Birraux, 1998). La transition de la sexualité infantile à celle de l'adulte s'effectuerait, dans le développement affectif normal, au stade génital à l'adolescence. L'individu adolescent apprendrait alors à coordonner son désir dans un groupe de représentations cohérentes. La poussée pubère génitale signerait de surcroît un changement des représentations qui sont désormais sexuées. Le jeune découvre des sensations, des éprouvés qu'il ignorait encore quelque temps avant et qui peuvent l'habiter de manière inquiétante. Le moment du coucher et le sommeil seront donc habités de cette nouvelle réalité. Birraux considère l'adolescence comme un moment de précarité psychique qui sera plus ou moins bien abordé dépendant de plusieurs facteurs : statut de l'objet, qualité fantasmatique et de la pensée, force ou fragilité du moi, organisation du surmoi et des idéaux du moi et de l'objet. La fragilité de ces acquisitions pourra donc se manifester dans la structure changeante de l'adolescent et bouleverser son sommeil au moment du coucher jusqu'à provoquer l'insomnie.

Roussillon (2009), dans une conférence sur « La survivance à l'adolescence », explique en quoi la théorie de l'adolescence est sous-jacente à la symptomatologie à cette période du développement. La façon dont l'enfant a introjecté l'objet, c'est-à-dire qu'il à incorporer dans le Moi de façon fantasmatique l'image parentale, la différenciation et l'ambivalence déterminera l'intensité de la crise narcissique identitaire (de définition de soi et de notre valeur) qu'il traversera de même que sa symptomatologie. Le développement du corps génital à l'adolescence permettra à l'adolescent de comprendre le monde de la sexualité, jusque-là gardé énigmatique pour lui. Il devra repenser l'ensemble des expériences qu'il a vécues en les comparant à celle des adultes. Ceci engendrera une grande « terreur » pour certains de réaliser que d'autres choses peuvent être ainsi écran, c'est-à-dire ne pas correspondre à l'image qu'ils s'en font ou qu'ils s'en faisaient. Pour survivre à cette découverte, l'adolescent tentera, soit de réprimer toute pulsion, soit d'aller au-devant et de provoquer des situations dangereuses qu'il utilisera pour expérimenter sa pensée. Cette « crise » pourra être traversée et l'adolescent pourra tolérer les excitations causées par cette période de transformation si celui-ci a été initié adéquatement aux excitations des modalités de la sexualité (oral, anal) par la mère durant son plus jeune âge. Un lien mal construit avec celle-ci à l'enfance et une incapacité à survivre à cette période de bouleversement pourront entraîner des symptômes tels que l'insomnie à l'adolescence étant donné le lien entre la stimulation de la sexualité génitale et le moment du couché.

Birraux relève que la vie imaginaire de l'adolescent sera aussi particulièrement investie de fantasmes d'abandon, de séparation, mais aussi de perte des limites de soi, de fantasmes incestueux et parricides et de constructions défensives par rapport à l'intégration du corps sexué. Nous pouvons faire un lien avec les enjeux reliés à être seul avec soi-même au coucher et avoir une vie fantasmatique abondante et nouvellement sexualisée et le fait que le sommeil soit particulièrement malmené durant cette période de développement. Soulé (1977) élabore l'importance d'une transition rassurante entre l'éveil et le sommeil à l'enfance comme condition nécessaire à l'endormissement et au bon sommeil. Il nomme cette transition l'« ère d'illusion » et propose que ce moment puisse être le moment d'éclosion d'angoisses particulières reliées à la nouvelle sexualité adolescente. À ce sujet, Caskadon (2002) relève d'ailleurs l'augmentation des activités

sociales tardives et la durée de somnolence le matin, comme si les périodes de la journée de l'adolescent obtenaient une signification particulière et changeante de ceux de l'enfant. Entre autres, l'angoisse du coucher pourrait être reliée aux fantaisies et aux comportements masturbatoires, qui peuvent être la source de ruminations mentales prolongées, de doutes et de culpabilité (Houzel, 1995).

Soulé (1977) élabore sur la fonction fondamentale de l'ère d'illusion (transition rassurante entre l'éveil et le sommeil) pour l'endormissement durant l'enfance. Il explique comment l'enfant qui mature développe des investissements au monde extérieur qui deviennent source d'excitation et de plaisir. L'endormissement se passera bien si la mère érotise libidinalement la fonction physiologique qu'est l'endormissement. Ceci, en créant une ère d'illusion, une présence calme et rassurante nécessaire pour que l'enfant trouve la détente indispensable à l'endormissement. La mère peut par exemple bercer l'enfant, lire ou raconter une histoire qui favorise le passage de la veille ou sommeil (Houzel, 1995). Par contre, lorsque la mère échoue à s'acquitter de cette tâche auprès de l'enfant, celui-ci ne peut plus profiter de la prime de plaisir régressif et fusionnel de l'endormissement. Cette période devient conflictuelle au plan psychique. À l'adolescence, les jeunes adultes ne pourraient trouver le sommeil que s'ils reconstituent des ères d'illusion intermédiaires, qu'ils réussissent à mettre en place par eux-mêmes sans la présence de la mère. Certains adolescents y arrivent avec succès si le réinvestissement des objets et des phénomènes transitionnels négligé pendant la période de latence avait dès lors été bien construit et intériorisé. La nuit est le symbole de la solitude, de la capacité à rester seul. L'individu en sera capable s'il a des images parentales intériorisées (intériorisation par le Moi de l'image parentale) et, bien sûr, favorables. Chez les adolescents, la consommation de drogue en général et au coucher peut aussi être décrite comme une recherche infinie de cet espace où l'illusion peut être possible. Nous voyons que l'endormissement et le sommeil peuvent être problématiques à l'adolescence due à la reviviscence de certains conflits non résolus de la petite enfance et de la nouvelle réalité psychique liés à la génitalité à l'adolescent.

En résumé, il est possible de comprendre que les acquis de l'enfance précoce ainsi que la façon dont les individus traversent la « crise » d'adolescence où accepte la nouvelle génitalité influenceront l'apparition de trouble du sommeil tel que l'insomnie.

La nouvelle signification qu'acquiert la sexualité génitale pourra aussi se manifester par une difficulté d'endormissement venant interférer avec l'ère d'illusion requise pour passer de l'état de veille au sommeil.

Principes métapsychologiques

Dans « L'interprétation des rêves », Freud mentionne « Le rêve est la voie royale menant à la connaissance de l'inconscient » (Freud, 1998, p.36). Alors que la plupart des psychodynamiciens contemporains ainsi que Freud lui-même tempèrent la signification de cette citation, il est tout de même intéressant de la présenter puisqu'elle donnera majoritairement le ton à cette partie sur la conception et le traitement psychodynamique de l'insomnie à l'adolescence. Lors de son essai « Sur le rêve » (1988), Freud établit les fondements de la compréhension subjective de la vie onirique (rêve) et de la vie hypnique (sommeil), précurseurs des conceptions du mouvement psychodynamique. Le rêve permet la réalisation des désirs. L'idée globale des psychodynamiciens par rapport à l'insomnie tient donc dans le refus du client de donner libre cours à son inconscient par l'incapacité de dormir. Les psychodynamiciens en arrivent à ce constat suite à l'élaboration de la théorie sur le rêve, l'inhibition, le symptôme et l'angoisse.

Pour comprendre la dynamique de l'individu et le symptôme d'insomnie, nous allons exposer les principaux concepts de la métapsychologie. Freud élabore un système de pulsions de vie (pulsions d'autoconservations et sexuelles) qu'il oppose aux pulsions de mort (Freud, 1976). Une pulsion possède deux composantes : l'affect et la représentation, qu'il importe à la personne de reconnaître et de lier pour favoriser l'homéostasie du système dynamique. Par contre, la pulsion ne peut pas s'exprimer de façon ininterrompue. Ceci à cause du principe de réalité qui interdit la réalisation immédiate du désir engendré par la pulsion, incompatible avec les exigences de la société et de la culture. La pulsion devra trouver d'autres moyens d'être satisfaite. Il se pourrait qu'elle soit inhibée, sublimée, agie ou encore, et c'est ce qui nous intéresse, satisfaite sur un mode hallucinatoire (par le rêve ou l'hallucination proprement dite). Une autre façon plus ou moins adaptée de gérer la pulsion sera de la refouler, de la couper de la vie psychique consciente. En faisant cela, l'individu empêche celle-ci d'être reconnue, d'être

traité et d'évoluer. À ce moment, la pulsion refoulée demeurera infantile et pourra aboutir à un symptôme, c'est-à-dire à une compulsion de répétition vouée à la résolution du conflit. Par une manifestation apparente et observable (symptôme), le conflit inconscient tentera de s'infiltrer dans le conscient afin d'être résolu (Freud, 1976). Ce symptôme pourrait par exemple se présenter sous forme de rêve traumatique ou de difficulté de sommeil (insomnie) dans le cas qui nous intéresse puisqu'effectivement le sommeil permettrait trois formes de régressions selon Freud (1895) :

1. *La régression topique* : concernant l'énergie qui se déplace de l'inconscient vers les portes de la perception.
2. *La régression temporelle* : qui comporte le passage d'un désir beaucoup plus archaïque (situé temporellement dans l'enfance) à l'actualité de la représentation.
3. *La régression formelle* : qui se définit par l'usage de représentations primitives (et se rattache au fantasme phylogénique, c'est-à-dire les fantasmes qui composent l'inconscient collectif : la scène primitive sexuelle, la séduction, la castration).

Ces régressions permettent de remettre en scène des conflits psychiques non résolus. Le sommeil a une place importante dans le fonctionnement psychique des individus. Effectivement, le sommeil aurait une place prépondérante au niveau de la vie psychique et de son économie (désirs versus pulsions, formation de compromis). Freud met l'emphase sur la continuité entre la vie psychique diurne et nocturne. Il décrit la vie onirique comme ayant pour but de « garder » le sommeil grâce à la satisfaction des désirs inassouvis ou refoulés sous un mode hallucinatoire. Le travail du rêve rendrait méconnaissable la nature des désirs refoulés et permettrait de déjouer la censure qui prévaut habituellement lors de la vie psychique diurne. Le rêve serait le gardien du sommeil parce qu'il laisse libre cours à la réalisation des désirs, des pulsions et des besoins. L'individu qui rêve serait ainsi comblé et renforcé à adopter le comportement de sommeil, et donc de rêve. Également, l'hallucination des désirs immédiats, sans lien avec la vie psychique diurne et les conflits préexistants au sommeil, empêcherait que la personne ait à se réveiller pour combler son besoin. Par exemple, l'individu endormi qui

a soif pourra rêver qu'il boit son breuvage préféré et ainsi satisfaire son désir sous un mode hallucinatoire tout en restant endormi. Pourtant, tous les rêves ne sont pas plaisants. Houzel (1995) rappelle que Freud propose que le rêve d'angoisse soit le résultat d'une transformation du plaisir en angoisse sous l'effet de la censure préconsciente que certains patients réussissent à trainer en rêve. Il y aurait une faille dans la fonction de base de la vie onirique et ceci entraînerait les rêves déplaisants, cauchemardesques de même que l'incapacité à dormir. L'angoisse nocturne serait le résultat d'un conflit entre inconscient, siège du désir, et préconscient, instance refoulante et ainsi pourrait naître l'insomnie.

La première théorie émise par Freud sur le sommeil semble cohérente, mais celui-ci la revoit par la suite et émet une seconde théorie. La première théorie donnait comme fonction principale au rêve la réalisation des désirs et donc, le rêve serait au service du principe de plaisir. La seconde met plutôt de l'avant l'obéissance du rêve à la loi de la compulsion de répétition (symptôme), assurant ainsi le retour de la représentation des scènes traumatiques (Garma & Widlöcher, 1996). Ici, la différence entre satisfaction du désir et accomplissement du désir est mise en évidence. La satisfaction du désir revêt une connotation positive où celle-ci est accompagnée d'un contentement, d'un plaisir. Pour sa part, l'accomplissement du désir n'aurait pas nécessairement pour finalité de donner à la conscience du rêveur l'illusion d'une satisfaction. La dimension scénique des représentations qui n'est pas directement dépendante des fonctions du rêve aurait préséance. L'hypothèse ultime de cette deuxième théorie serait donc que le rêve a pour fonction de lier l'excitation instinctuelle afin d'éviter l'inondation traumatique de l'appareil psychique. C'est-à-dire que le rêve rejoue la pulsion préoccupante, quels que soient l'affect et la représentation qui s'y rattache.

Suite aux hypothèses de Freud, ses successeurs psychanalytiques et psychodynamiques ont suivi l'un ou l'autre de ces deux postulats. Un corpus scientifique concernant le rêve et le sommeil s'en est suivi. Au niveau de l'insomnie toutefois, la littérature est peu abondante et les théories sur le sujet, assez récentes. Le cadre théorique se situe au niveau de l'adulte majoritairement et parfois de l'enfant, mais rarement au niveau de l'adolescent. Dollander (2002) est l'auteur qui a rassemblé la théorie la plus pertinente en émettant quatre hypothèses de l'insomnie chronique chez l'adulte. Ces

théories seront à la base de la compréhension psychodynamique de cette affection dans le présent ouvrage. Voici ces quatre hypothèses explicatives.

1. L'insomnie comme conséquence du débordement de la fonction symbolisante du rêve en lien aux conflits intrapsychiques ou à un trop-plein d'angoisses non symbolisées.
2. L'insomnie comme conséquence du débordement de la fonction symbolisante du rêve en lien à une surcharge externe.
3. L'insomnie d'éveil liée à des cauchemars traumatiques.
4. L'insomnie liée aux difficultés à régresser à la position passive (position de désinvestissement du monde extérieur et de vulnérabilité).

Nous allons voir en détail qu'est ce que l'auteure entend par chacune de ces propositions. La première hypothèse consiste en l'insomnie comme conséquence du débordement de la fonction symbolisante du rêve, en lien aux conflits intrapsychiques ou à un trop-plein d'angoisses non symbolisées. Selon la première conceptualisation de Freud (1988), le rêve a pour fonction première la satisfaction des désirs. Le contenu manifeste du rêve (choses, événements et personnes auxquels on rêve) se distingue des idées oniriques latentes (la pulsion, le besoin ou le désir joué dans le rêve et issu de l'inconscient). Le contenu manifeste représenterait donc le substitut altéré au contenu latent et apparaîtrait suite aux résistances qui interdisent aux désirs inconscients d'entrer dans la conscience à l'état de veille. C'est le travail du rêve. Selon Mancina (1995), les rêves constituent une façon de se représenter le monde intérieur du sujet et ses objets internes dans leurs relations entre eux et avec le Soi. Si un individu entretient beaucoup de conflits psychiques, ses rêves seront conséquemment très chargés et difficilement représentables, ce qui provoquerait l'incapacité à rêver et donc à dormir. Le désir érotique ou agressif ne serait plus déguisable, donc impossible à joindre au contenu manifeste du rêve de façon acceptable. D'un autre côté, le rêve d'angoisse serait le résultat d'une transformation du plaisir en angoisse sous l'effet de la censure. Assoun (1995) différencie le rêve d'angoisse du rêve traumatique de punition. Le premier serait le prix à payer pour la réalisation du désir, donc parfois un sentiment désagréable d'angoisse. Le second serait

une réalisation de désirs, mais sous l'instance du surmoi, donc en terme de besoin de punition.

La fonction symbolisante du rêve fait donc défaut lorsque les représentations latentes ne peuvent ni trouver la voie de l'inconscient, ni celle de l'élaboration onirique en raison de l'inefficience du refoulement. L'insomnie représente la peur de l'individu insomniaque de dormir puisque des désirs inconscients ou de graves soucis ou expectations chargées d'émotion, qu'elles soient agréables ou désagréables, peuvent naître dans le sommeil (Fenichel, 1979). Le rêve serait la voie royale menant à la connaissance de l'inconscient et donc dormir consisterait à accepter de se confronter à soi. L'insomnie pourrait ainsi se traduire comme un évitement des angoisses (de mort, d'abandon, ou de castration) et des conflits intrapsychiques. Par exemple, le déprimé ou l'individu à structure obsessionnelle, pour lesquels on retrouve souvent l'insomnie en symptôme, pourraient craindre de perdre le contrôle de leurs vies pulsionnelles inconscientes en raison de la précarité de leurs mécanismes de refoulement.

En second lieu, l'insomnie peut se voir comme une conséquence du débordement de la fonction symbolisante du rêve en lien à une surcharge externe (Dollander, 2002). Les facteurs externes stimulants et entraînants la perte de sommeil sont ici à la base de l'insomnie. Ce postulat se rapproche beaucoup de celui évoqué par l'approche cognitive comportementale. Qu'il s'agisse de contraintes liées au travail, d'événements traumatiques ou de conflits interpersonnels, les événements concrets de la vie (ou facteurs situationnels de stress conformément à l'approche cognitive comportementale) peuvent survenir en trop grand nombre et faire déborder la fonction symbolisante du rêve par un trop grand ensemble d'objets à traiter. L'affection serait la conséquence d'un anéantissement de l'appareil psychique en lien à une surcharge d'angoisse liée à une accumulation de conflictualités externes. Il s'agirait toujours d'une impossibilité de dormir due au débordement de la fonction gardienne du rêve et de l'échec de sa fonction symbolisante. La réalité externe serait envahissante pour ses sujets qui ne pourraient donc pas s'en dégager par l'imaginaire ni élaborer par le rêve les conflictualités qu'ils y vivent. Le clinicien pourra alors chercher à distinguer s'il s'agit d'un débordement transitoire pour le sujet qui vit beaucoup trop d'évènements externes difficiles et simultanés ou s'il

s'agit d'une carence structurée de l'appareil psychique du sujet en question caractérisée par l'hypervigilance.

Ensuite, l'insomnie peut être liée à des cauchemars traumatiques. En 1920, Freud (1988) modifiera sa conception sur le rôle du rêve (initialement gardien du sommeil). Le rêve aurait maintenant une fonction de prévention de l'inondation excitatoire traumatique du Moi. Puisque le rêve a pour fonction de lier l'excitation instinctuelle, les rêves d'angoisses répétitifs surviendraient suite aux névroses traumatiques. L'insomnie pourrait donc apparaître suite à des réveils fréquents dus à des cauchemars répétitifs. L'événement perturbant peut être lié à un conflit récent, ou intense, et ancien. L'angoisse est alors trop importante pour pouvoir être liée à une représentation symbolisable. Fenichel (1979) rappelle que chez les névrosés traumatiques, il n'est pas étonnant que l'insomnie soit un des principaux symptômes puisque la quantité d'excitation non maîtrisée est énorme. Il s'agit en fait du même processus que lors des cauchemars vécus en situation de stress post-traumatique. La répétition active du trauma dans le rêve servirait économiquement à liquider l'événement traumatique. Pourtant, le caractère anxiogène et désagréable de la répétition du trauma dans le rêve serait la cause même de l'échec de ce processus. En effet, l'individu refusera de s'endormir et de s'y replonger soir après soir, alors qu'il s'agirait pour lui d'une façon de résoudre cette expérience.

Finalement, l'insomnie liée aux difficultés à régresser à la position passive (position de désinvestissement du monde extérieur et de vulnérabilité) représente la quatrième hypothèse selon Dollander (2002). Certains définissent le sommeil comme « un état né du repli de tous les investissements libidinaux du sujet à l'état de veille et de la régression » (Dollander, 2002). Fedida (1997) rappelle que le sommeil impose aux formes vivantes l'expression la plus simple et concrète de leur primitivité. Freud (1976) affirmait d'ailleurs :

« Le sommeil, du point de vue somatique, est une reviviscence du séjour dans le corps maternel dont il réalise certaines conditions : position de repos, chaleur et mise à l'écart de l'excitation; bien des hommes reprennent même dans le sommeil la position corporelle du fœtus. L'état psychique des dormeurs se caractérise par un retrait presque total du monde environnant et par la suspension de tout intérêt pour lui. » (Freud, 1976, p. 126)

Le rêve provoque un état de régression qui fait renaître des conflits non réglés qui tendent à se frayer un chemin vers la conscience. La censure viendrait toutefois brouiller les cartes en gage de notre santé mentale de par la nécessité de la représentabilité à la base de celle-ci. Xambo (1993) affirmait que dormir ramenait l'individu à un imaginaire de la relation première mère-enfant. D'ailleurs, il cite l'expression populaire « dormir comme un bébé » pour illustrer le caractère régressif du sommeil intriqué dans la culture antérieure autant que contemporaine. Les insomniaques pourraient avoir de la difficulté à régresser à la position passive puisque celle-ci viendrait réactiver des angoisses de castration, d'abandon ou de mort.

Les enjeux reliés aux angoisses de castration, d'abandon et de mort seront rapidement évoqués afin de bien distinguer la nature de l'insomnie en fonction de la structure de personnalité du sujet insomniaque. Au niveau de l'angoisse de castration (en lien à l'autorité parentale, menace de perte du pénis chez le garçon et envie du pénis et de réparation chez la fille, au niveau fantasmatique), Dollander (2002) suggère qu'il s'agit pour ces sujets de faire face à un risque de mutilation ou de perte de leur intégrité par le sommeil. Dans la théorie psychanalytique des névroses (1979), Fenichel parle des troubles de sommeil comme symptôme du conflit névrotique. Il précise que les troubles du sommeil reposent sur une impossibilité de se détendre due à des causes intérieures. La position vulnérable prise lors du sommeil pourrait représenter l'impossibilité de fuir les dangers ou les châtiments supposés. La perte de conscience même durant le sommeil pourrait avoir une signification de castration. Le fait de donner préséance aux instincts au profit du contrôle du Moi pourrait représenter la castration, la conséquence terrible d'avoir cédé à ses instincts. C'est ainsi que l'hypervigilance prendrait forme et provoquerait l'insomnie.

Au niveau de l'angoisse d'abandon, Dollander (2002) suggère que le sommeil pourrait être vu comme une situation de repli et de séparation exposant les sujets à une solitude inélaborable. La régression passive ne serait en effet pas innée chez l'être humain. Celle-ci s'établirait comme un apprentissage au fil du développement sexuel et en lien à la qualité des relations primaire mère-enfant. Pour que l'enfant puisse se laisser aller à la régression passive, il doit pouvoir compter sur l'objet, la mère ne doit pas être vécue comme dangereuse et destructrice. Le sommeil nécessiterait cette « passivation

confiante » où l'individu s'en remet à ses objets internes et externes. Il est alors possible de comprendre comment de fortes angoisses de perte d'objet et d'abandon peuvent miner la quantité et la qualité du sommeil.

Finalement, les sujets insomniaques de structure plus psychotique pourraient ne pas s'endormir en lien à la menace de mort fantasmatique que représente pour eux la position passive. Ici, l'insomnie se verrait une façon de garantir la survie ou le droit à la continuité identitaire du « Je » selon Dayan (1998, cité dans Dollander, 2002). Être couché seul, dans le noir et loin du monde extérieur ferait apparaître des angoisses de non-continuité d'être.

En résumé, nous venons d'expliquer comment la psychodynamique conçoit le symptôme de l'insomnie et, pour cela, donne préséance à l'importance de la vie onirique (rêve) en lien à la vie hypnique (sommeil) tout aussi bien qu'à la continuité entre vie psychique diurne et nocturne. L'insomnie peut donc être la conséquence du débordement de la fonction symbolisante du rêve en lien aux conflits intrapsychiques, à une surcharge externe, à des cauchemars traumatiques ou à une difficulté à régresser à la position passive en lien à l'angoisse fondamentale à la dynamique de l'insomniaque (castration, abandon ou morcellement). Une des fonctions du sommeil en général serait donc de reconstituer une réserve énergétique basale et de parvenir à recharger économiquement l'appareil psychique jusqu'à un certain niveau (Porret, 1987), mais aussi de permettre la régression à la position passive.

Symbolique et bénéfices primaires et secondaires

Des hypothèses spécifiques à l'approche psychodynamique sont donc disponibles pour expliquer le symptôme de l'insomnie. Aussi, la manifestation de ce symptôme à l'adolescence comporte d'autres enjeux périphériques reliés à la symbolique et aux bénéfices primaires et secondaires. La symbolique et les bénéfices primaires et secondaires sont des concepts d'origine psychanalytique. La symbolique correspond à la capacité de représentation (Freud, 1976). Cela signifie donner un sens à un symbole de façon consciente ou non. Dans le rêve par exemple, le matériel de représentations sexuelles n'a souvent pas le droit d'être figuré comme tel, il faut lui substituer dans le

contenu du rêve des indications, des allusions et des modes analogues de figuration indirecte : des symboles. Les bénéfices primaires eux représentent l'avantage que les patients retirent de leurs symptômes en termes de satisfaction pulsionnelle. L'insomnie pourrait donc avoir pour but de déplacer dans le sommeil une impossibilité de conjuguer avec les conflits psychiques, un échec de refoulement. Les bénéfices secondaires eux réfèrent à tous les avantages non planifiés dont le patient bénéficie lorsque son symptôme l'afflige (ex. : l'attention des autres, l'arrêt de travail, etc.). Donc, nous reconnaissons encore le fait que le symptôme par lui-même n'est pas considéré autant que sa signification pour l'individu dans l'approche psychodynamique.

L'insomnie entraîne des plaintes de fatigue et de somnolence importante. Alvin et Rey (1983) proposent que la diminution de sommeil comme tel traduise plutôt une fatigue psychique. Ils rapportent que la fatigue explicitement nommée par l'adolescent pourrait masquer un conflit psychique profond, qui serait totalement hors de la portée de sa conscience. Il s'agirait d'une symbolique utilisée par l'adolescent pour amener à la conscience le conflit qui se voit trop menaçant. Le symptôme aurait donc un bénéfice primaire qui serait d'exprimer un besoin pulsionnel non reconnu. Les manifestations de plaintes de fatigue et de manque de sommeil systématiquement effectuées à la veille d'une activité redoutée ou à la demande d'une tâche à l'adolescent par le parent représentent des exemples de bénéfices secondaires. Ainsi, nous pourrions nous questionner à savoir si l'adolescent n'utiliserait pas ce symptôme comme fonction « d'absorption » du conflit psychique. Pourtant, lorsque la fatigue deviendrait chronique, ce symptôme pourrait alors venir prendre le rôle de plusieurs symptômes dispersés, qui avaient comme fonction de maintenir l'équilibre, mais qui seraient devenus défailants. Il s'agirait d'une inhibition traduisant un processus d'allure plus généralement « névrotique ». Il se pourrait que ce soit du registre obsessionnel alors que la rumination mentale occuperait beaucoup de place dans le fonctionnement psychique et que le symptôme prendrait de l'ampleur dans la vie de la personne et l'empêcherait d'élaborer le conflit psychique qui l'habite. Il serait remplacé par un malaise diffus relié au sommeil.

Dans un autre ordre d'idée, Freud (1926) propose que ce symptôme puisse aussi traduire une fragilité et un risque de passage à l'acte par rapport à des enjeux dépressifs ou anxieux. L'adolescent n'amènera souvent pas les symptômes habituels de la

dépression pour exprimer cet état. Il pourra plutôt mettre de l'avant ses troubles du sommeil : insomnie d'endormissement, réveils nocturnes, réveils prématurés, et ceci, accompagnées d'autodévalorisation camouflée par l'ironie et de pertes d'estime de soi au travers de signes extérieurs. Chez l'adolescent, la mauvaise estime de soi est d'ailleurs corrélée négativement à la dépression et l'anxiété, affections pour lesquelles l'insomnie est un symptôme très important (Guillon & Crocq, 2004). Il se pourrait que l'adolescent lutte contre la fragilité qu'il ressent par rapport aux circonstances, notamment en ce qui a trait aux conflits familiaux fréquents à cette période. Des angoisses de séparation pourraient être à l'œuvre et devenir source de phobies à l'heure du coucher, ce qui retarderait l'endormissement au profit de la rumination mentale. L'adolescent qui se défendrait alors d'une décompensation dépressive pourrait se sentir très vulnérable et résister au traitement. Pour ces clients, parler de souffrance équivaldrait à toucher des zones trop sensibles. Le clinicien devra alors être très sensible avec l'adolescent récalcitrant qui résistera à entrer en contact avec son monde interne.

Houzel (1995) reprend d'ailleurs ces concepts de symboliques, de bénéfiques primaires et secondaires alors qu'il distingue trois sortes d'insomnies à l'adolescence. La première serait l'insomnie subjective, ou pseudo-insomnie, où l'adolescent aurait l'impression de mal dormir, mais où aucune donnée tangible ne permettrait de le confirmer objectivement. Ceci peut refléter que les instruments utilisés pour mesurer la plainte ne réussissent pas à la traduire ou bien que la signification de ce problème peut être explorée en termes de représentation pulsionnelle. Ensuite, l'insomnie d'endormissement apparaîtrait davantage dans un contexte où l'adolescent aurait une structure névrotique dans laquelle un noyau obsessionnel serait en développement, d'où la rumination au coucher. L'insomnie d'endormissement pourrait même prendre forme dans un contexte dépressif. Finalement, Houzel cite l'insomnie secondaire qui serait liée à l'utilisation abusive de psychotropes, d'alcool ou de tabac. L'auteur fait également référence aux troubles du rythme veille/sommeil, mentionnant que l'adolescent n'obtiendrait pas suffisamment de sommeil durant les nuits précédant les jours d'école. Comme cité précédemment, ce décalage veille/sommeil s'effectuerait parce que le coucher des adolescents est de plus en plus décalé vers les heures tardives, alors que le besoin de sommeil total demeure sensiblement stable par rapport à l'enfance (avec

toutefois une diminution du temps total de sommeil lent profond au profit du sommeil lent léger). Il considérera donc la distinction de ces trois phénomènes lors de l'évaluation et orientera la thérapie en conséquence.

En résumé, les cliniciens psychodynamiciens sont donc toujours à l'affût de découvrir le sens relié au symptôme, le bénéfice primaire qu'il accomplit et les avantages secondaires qui remplissent certains autres besoins. Ensuite, ils tentent d'amener les aspects précédemment mentionnés à la conscience du client afin qu'ils en soient plus conscients et qu'ils aient du pouvoir sur la façon dont ils veulent gérer ses pulsions dorénavant. Au niveau de l'insomnie, les plaintes de fatigue, surtout chez l'adolescent, représentent souvent les conflits psychiques qui tentent de se forger un chemin dans la conscience et le clinicien doit être à l'affût du type d'insomnie présenté par le client.

Traitement de l'insomnie à l'adolescence

Le traitement psychodynamique de l'insomnie comporte peu de techniques spécifiques. La thérapie est fondée sur le traitement des fixations dans le développement affectif de l'individu et ses liens au symptôme spécifique. Une approche exploratoire concernant l'évaluation des conflits psychiques de l'individu en lien à l'insomnie est au banc d'essai par Dollander et Lenoir (2003) dans le but de mieux comprendre encore l'interaction entre insomnie et structure de personnalité. Le cadre théorique de base concernant le traitement de l'insomnie chez l'adulte est recommandé et certaines spécificités reliées à l'adolescence complètent cette section.

Canevas de base de l'approche psychodynamique

Alors que le traitement cognitif comportemental comporte des techniques spécifiques applicables pour le traitement des troubles du sommeil, le traitement psychodynamique y va plutôt de l'application de ses principes de bases sans proposer de méthodes distinctes et pratiques. Les principes freudiens qui ont évolué au cours des années sont appliqués à l'insomnie par les psychodynamiciens. Le traitement peut ensuite s'enrichir de spécifications et d'objectifs en lien avec la dynamique individuelle du sujet,

mais voyons d'abord ses fondements. Shapiro et Esman (1985) font ressortir quatre principes guidant l'exploration du symptôme et l'intervention dans l'approche psychodynamique.

1. La centralité du concept de l'inconscient.
2. L'internalisation des conflits, menant à des symptômes motivés et répétitifs qui sont disponibles pour l'observation.
3. Le rôle de la signification et de l'adaptation de l'individu à son environnement par le symptôme.
4. Le concept de transfert comme moyen de comprendre et d'interpréter l'interaction patient-thérapeute en termes d'expériences passées avec les parents et les autres personnes significatives.

Premièrement, le concept de l'inconscient reconnaît que les comportements ont un sens au niveau psychologique. Ils représentent des compromis entre les besoins de base de l'humain et les demandes de la réalité. Les comportements apparaissent ensuite comme des désirs déguisés reliés à l'organisation mentale en bas âge, d'où l'internalisation des conflits. Les conflits vécus à l'enfance sont internalisés et répétés dans le but de finalement trouver une résolution. Ainsi, un individu peut développer différents symptômes en réaction à des conflits en bas âge, mais aussi en réaction à son environnement tout au long de sa vie. Le symptôme représente une façon de s'adapter qui peut être plus ou moins réussie dépendamment de l'ampleur du contre-investissement. Finalement, les symptômes sont significatifs lorsqu'ils sont analysés en termes de représentation des relations passées, recréant ainsi des dérangements, de l'anxiété, des malaises et des relations interpersonnelles répétitives et mal adaptées. C'est ainsi que l'analyse du transfert vécu par le thérapeute à l'égard du client devient un outil de travail privilégié. Le transfert réfère à l'attitude et au comportement présenté en thérapie par l'adolescent. Ce dernier utilise le thérapeute, de façon déjouée, pour rejouer des sentiments et attitudes qui appartiennent de façon plus appropriée à son passé et aux relations avec les adultes significatifs ayant contribué à son développement. Lorsque le clinicien conceptualise bien la problématique du client, le traitement suit son cours selon

certaines phases précises. Les phases de la thérapie sont les suivantes selon Shapiro et Esman (1985);

1. Établir la relation thérapeutique,
2. Analyser le problème et ses causes,
3. Expliquer le problème,
4. Établir et implémenter la formule de changement et finalement,
5. La fin de la thérapie.

Ainsi, nous voyons qu'au niveau de l'insomnie certains conflits en bas âge (relation avec la mère, qualité de l'ère d'illusion et autres conflits) peuvent se manifester par l'insomnie à l'adolescence. À cette même période, l'adaptation à la sexualité génitale naissante peut aussi provoquer l'insomnie de façon détournée. Il revient au thérapeute d'explorer la symbolique reliée au symptôme, d'en faire prendre conscience au sujet et de favoriser le changement.

Il est vrai que les principes précédemment mentionnés représentent les concepts de base qui guide l'intervention chez les thérapeutes psychodynamiciens. De façon plus précise, Freud considère plusieurs autres principes métapsychologiques pour définir la pathologie et comprendre le symptôme. Il appelle « métapsychologie » un mode d'observation d'après lequel chaque processus psychique est envisagé d'après les trois coordonnées de la dynamique (forces et conflits, libido et pulsions de mort, formation de compromis), de la topique (Moi-Ça-Surmoi), et de l'économie (répartition de l'énergie entre les instances, principe de plaisir et de réalité, investissement) (Freud, 1925). Le thérapeute doit donc repérer la dynamique du sujet et provoquer un changement en lien avec la souffrance ressentie par celui-ci. En provoquant des changements dans la sphère émotionnelle et cognitive à l'aide des méthodes de clarification, confrontation et interprétation, le thérapeute prend en considération que le comportement problématique (symptôme) changera en conséquence. Au niveau de l'insomnie, le thérapeute pourra par exemple amener les enjeux reliés aux angoisses fondamentales (castration, abandon ou morcellement) à la conscience en favorisant la mentalisation et ainsi réduire ou éliminer la compulsion de répétition (symptôme d'insomnie) qui avait pour but de rejouer le conflit jusqu'à sa résolution.

En résumé, c'est en analysant le transfert dans la thérapie, la symbolique du symptôme ainsi que le rôle de la compulsion de répétition que l'on comprend les motifs inconscients qui caractérisent le symptôme. La dynamique du sujet caractérisée par le fonctionnement de sa topique et son économie permet de comprendre le client et d'amener à sa conscience les conflits non résolus.

Évaluation de l'insomnie

Les psychologues psychodynamiciens utilisent les entrevues cliniques et les méthodes projectives pour évaluer les clients. Ces outils permettent d'accéder à la symbolique du symptôme et à dénouer les conflits lors du traitement. Voyons quels outils sont recommandés pour les troubles du sommeil.

Houzel (1995) rappelle que lorsque le clinicien évalue l'insomnie, il est d'abord important d'éliminer la possibilité que celle-ci soit secondaire à une autre pathologie. Comme il a été possible de le constater antérieurement, l'insomnie peut être liée à d'autres affections physiques, maladies héréditaires et psychiatriques ainsi qu'à des facteurs chronobiologiques et toxiques. Le clinicien doit donc être méticuleux par rapport à l'élimination des affections autres qui pourraient causer le présent symptôme. Les facteurs sociaux et environnementaux tels que les facteurs de stress, les tracas quotidiens et les événements de vie seront abordés comme facteurs causant ou précipitant le symptôme. Les tracas quotidiens stimulant particulièrement le symptôme seront considérés comme réactivant un conflit psychique intériorisé et souffrant. La situation ne sera pas nécessairement considérée en elle-même, mais plutôt pour la signification qu'elle porte pour le client. L'événement de vie, pour sa part, pourra être considéré comme un deuxième traumatisme désorganisateur, le premier étant celui de la naissance. Il importera de verbaliser sur l'événement qui n'a pas eu de mot et qui s'est exprimé en un symptôme somatique et une incapacité à l'abandon nocturne. C'est à cette étape que le trouble du sommeil en lien avec l'anxiété et le choc post-traumatique le plus souvent documenté dans la littérature pourra être considéré. Le clinicien devra alors tenter de faire un diagnostic différentiel en lien avec les quatre hypothèses proposées précédemment pour expliquer l'insomnie chez l'adulte par Dollander (2002) (l'insomnie comme

conséquence du débordement de la fonction symbolisante du rêve, en lien aux conflits intrapsychiques ou à un trop-plein d'angoisses non symbolisées, à une surcharge externe, à des cauchemars traumatiques ou aux difficultés à régresser à la position passive). Les facteurs précipitant et de maintien au symptôme de l'insomnie peuvent donc être un événement spécifique où une série de microévénements traumatisants ayant lien à la fantasmagorie de l'individu, sa structure, sa manière de négocier l'angoisse, ses idéaux et ses investissements. Freud définissait d'ailleurs ces notions dans sa définition du traumatisme comme une expérience « d'absence de secours dans les parties du Moi qui doivent faire face à une accumulation d'excitation, qu'elle soit d'origine externe ou interne, excitation qu'il ne peut maîtriser » (Freud, 1913 cité dans Berjeret, 2004, p.256)

À cet effet, Dollander et Lenoir (2003) ont publié un article sur une approche exploratoire (dans le but de faire ressortir les facteurs liés au symptôme de l'insomnie de même que permettre leurs évaluations) de l'évaluation de l'insomnie chez les sujets insomniaques. Il emploie les critères formalisés par Morin (1997, cité dans Dollander & Lenoir, 2003) pour choisir les sujets insomniaques à l'étude. Dix insomniaques de sexe masculin et féminin âgés entre 20 à 53 ans et cinq bons dormeurs ont été sélectionnés pour l'étude. Ces critères sont une plainte subjective d'insomnie, une détresse psychologique, une durée totale du sommeil inférieure à 6h30, ou une efficacité du sommeil inférieure à 85% (ratio entre le temps passé endormi et le temps passé au lit), un temps requis pour s'endormir supérieur à trente minutes présent trois nuits ou plus par semaine et ceci, depuis plus d'un mois. Plusieurs indices servant à départager les causes de l'insomnie sont recueillis lors des entrevues cliniques. Ils évaluent ensuite ces patients à l'aide du test projectif Rorschach en formulant l'hypothèse qu'un excès d'angoisse lié aux difficultés de régresser à la position passive serait associé à une excitation de la pensée se traduisant, au Rorschach, à la fois quantitativement et qualitativement. Certains signes quantitatifs telles qu'une surabondance de pôles kinesthésiques, une dominance des verbes d'action sur les verbes d'état dans les kinesthésies, une chute de la qualité formelle (réponse commune), un indice d'angoisse supérieur à 12 %, une chute des réponses G (réponse synthétique, composante de l'intelligence) et une projection de la position d'hypervigilance seront relevés (ex : mention des yeux, du regard). Au plan qualitatif, les auteurs croient que le trop-plein d'angoisse difficile d'élaborer mentalement

entraînera une multiplication des recours aux agirs corporels et comportementaux, la multiplication des silences, des ruptures intradiscours et, à l'extrême, le refus de répondre signifiant une incapacité à fantasmer en réaction à l'angoisse que suscite la planche. Dollander et Lenoir privilégieront la planche 6 (tâche d'encre qui évoque un symbolisme sexuel) du test en raison de son « contenu latent qui pousse à la régression passive et dont la symbolique sexuelle est fortement marquée » (Dollander & Lenoir, 2003), ainsi que les planches pastelles (comprenant des couleurs pâles telles les planches 8, 9 et 10) qui représentent également la régression à la position passive. Elles élaborent ensuite sur une série d'indices qui permettent de distinguer une impossibilité de régresser à la position passive par une réactivation majeure de l'angoisse de castration, d'abandon ou de mort.

Les conclusions de leur étude démontrent que les sujets insomniaques n'arrivent pas à exprimer des affects de plaisir à la planche 6 du test. Ceux-ci présentent plutôt une réactivation massive d'angoisse consécutive à ce positionnement : angoisse de castration, angoisse de mort ou intrication des deux chez un même sujet. La symbolique de la planche 6 du test de Rorschach s'est donc révélée pertinente dans l'évaluation de la possibilité de régresser à la position passive. Ceci, en lien avec la structure de personnalité des sujets insomniaques ainsi qu'à l'investissement de la sexualité et à la sollicitation surmoïque. Le lit représenterait d'ailleurs autant le cadre contenant du sommeil que celui de la vie sexuelle. Lors des entretiens cliniques et des tests projectifs du Rorschach, le clinicien peut identifier la cause plus précise de l'insomnie en lien avec la structure de personnalité de l'individu ainsi que ses modalités défensives (Dollander & Lenoir, 2003).

Hormis l'approche exploratoire de Dollander et Lenoir (2003), les cliniciens psychodynamiciens ne semblent pas avoir de procédure spécifique pour l'évaluation de l'insomnie. Ils essaient plutôt de cerner les enjeux psychologiques, la structure de personnalité du sujet ainsi que la symbolique du symptôme, tel qu'effectué pour tout traitement quelle que soit la pathologie.

En résumé, les entretiens cliniques et les tests projectifs (particulièrement le Rorschach et le TAT) permettent d'évaluer la personnalité du sujet insomniaque et donc la nature des conflits qui amènent le symptôme. La structure de personnalité est

déterminée à l'aide des enjeux relevés dans ces tests et entrevues. Le clinicien peut donc s'enligner sur la résolution des conflits nécessaires à la résolution du symptôme.

Spécificité du traitement à l'adolescence

Suite à l'évaluation, la thérapie débute suivant les principes du canevas de base énoncé précédemment. Au niveau de la thérapie à l'adolescence, Birraux (1998) précise que la fonction du clinicien sera d'abord de contenir ce que l'adolescent vient déposer, qui peut souvent être un moi submergé et impuissant à gérer tout seul des angoisses archaïques comme il est de mise, en fait, dans les approches cognitive comportementale et humaniste également. La parole a un effet cathartique dans l'optique où elle trouve effet de rencontre et d'interprétation. Dans la rencontre et la répétition, il y aura levée du voile permettant d'accéder à une nouvelle vision des choses et de son histoire. Ensuite le thérapeute doit reformuler le récit. Le thérapeute aidera le client adolescent à faire des liens, à mettre en évidence la répétition de conflits, son déplacement et l'usage des mêmes défenses sur le mode de suggestion. Il s'agit donc de prêter son « appareil à penser » au client. La psychothérapie psychodynamique avec les adolescents est donc significativement différente de la psychothérapie avec les adultes de par l'apport plus actif du thérapeute et de la fonction contenantante du thérapeute qui est d'autant plus importante. Finalement et étonnamment, l'auteur suggère d'expliquer. Les cliniciens psychodynamiciens n'expliquent que très rarement dans la thérapie avec l'adulte. Ils se concentrent davantage sur la parole du client et les liens dans le discours. Pourtant, Birraux précise que la pédagogie du quotidien est un outil essentiel pour permettre à l'adolescent de se constituer une pensée propre à partir d'informations qu'il sollicite sans y avoir réponse. Ceci désamorcerait donc les situations conflictuelles et apaiserait les angoisses qui se nourrissent de l'ignorance. Ceci est contraire aux indications de la cure psychodynamicienne avec l'adulte en général, il s'agit d'une propriété très spécifique à l'enfant et à l'adolescent.

Birraux (1998) suggère donc de communiquer de l'information aux adolescents concernant certaines hygiènes de vie favorisant le sommeil. Les bénéfices primaires et secondaires du symptôme pourront aussi être explorés dans la thérapie avec le client (ex :

état de fatigue subséquent et donc de désinvestissement, de fuite de la réalité quotidienne). Le but étant, bien sûr, de lier affect et représentation dans le but de rendre acceptable la pulsion sous-jacente au symptôme. Une fois que le client prend conscience des enjeux relatifs aux symptômes, une certaine résolution de ces conflits psychiques peut survenir et l'économie peut être libérée (répartition de l'énergie entre les instances). Un mouvement de changement peut s'instaurer. Rutter (1983) dénote d'ailleurs que les buts de la psychothérapie psychodynamique vont en ce sens, c'est-à-dire de favoriser le changement. Le traitement visera à réduire le symptôme (la réduction du symptôme étant nécessaire, mais non suffisante à la réussite de la thérapie selon l'approche psychodynamique), à promouvoir le développement normal, le développement de l'autonomie et de la confiance en soi, ainsi que le changement dans les domaines de la vie de tous les jours comme à la maison, à l'école ou dans les relations sociales.

O'Brien, Pilowsky et Lewis (1992) rappellent que le traitement psychodynamique des adolescents diffère de celui des adultes dans le sens où le thérapeute doit encore prendre en compte et intégrer certaines variables de son environnement tels les parents, du moins pour les thérapies avec ceux âgés de moins de 14 ans. Obtenir de l'information d'un tiers (ex. : le parent) peut parfois donner certaines indications intéressantes, mais cela risque également d'entraîner la perception d'un conflit de loyauté de la part de notre client ainsi que de la méfiance et une résistance au traitement. Également, alors que la thérapie avec l'adulte se fait majoritairement par la parole, le processus avec l'adolescent peut comporter le jeu. Dans la transition entre l'enfant et l'adulte, les activités créatives tels les dessins ou le jeu de rôle peuvent avoir une place prédominante selon la maturité de l'adolescent. Le niveau de langage peut aussi comporter certains problèmes. Le thérapeute devra s'adapter au développement langagier de chaque client qui peut varier énormément passant d'une compréhension et d'un discours très concret ressemblant à celui de l'enfant à un discours assez abstrait s'apparentant à l'adulte. Finalement, comme l'adolescent est souvent amené à consulter suite à la recommandation d'un adulte, il est fort probable que le regard et le transfert positif normal à la thérapie avec l'adulte ne soient pas présents dans la phase initiale du traitement. Le thérapeute doit donc parfois être plus actif et faire davantage d'efforts pour gagner la confiance et l'intérêt du sujet (O'Brien, Pilowsky, & Lewis, 1992).

Lafortune et Bedwani (1996) rappellent qu'au-delà des symptômes qu'ils peuvent présenter, tous les adolescents présentent une période de réorganisation intérieure. Le travail de maturation psychique comporte certains enjeux qu'il importe de toujours garder en tête. Ici encore, on revient aux pulsions à maîtriser lors des changements pubertaires. Il convient d'aider le jeune à maîtriser les excitations nouvelles qu'il ressent et contre-investit massivement à cause de leurs caractères déstabilisants. La quête d'identité nouvelle amène aussi le thérapeute à favoriser le développement d'une cohésion intérieure. Finalement, la fierté et la honte liées aux nouvelles relations objectales et sexuées sont à apprivoiser. L'aboutissement de cette phase est la consolidation de l'identité psychosexuelle, ce qui signifie que le jeune s'est identifié adéquatement à ses deux parents. Plusieurs pathologies de l'adolescence peuvent avoir en commun ce rejet, conscient ou non, du corps sexué. Le sommeil, qui est propice à se retrouver confronter à son corps et aux expériences sexuelles, peut d'autant plus être en lien avec ce dernier aspect de la réorganisation intérieure et, donc, peut se trouver à être un aspect majeur du traitement.

Mancia (1996) rapporte que le rêve peut être utilisé en clinique pour traiter le client et sa symptomatologie, comme l'insomnie. De par la régression qu'il provoque, le rêve peut être utilisé comme le transfert, pour amener à la conscience une problématique qui provoque le symptôme. Mancia (1996) rappelle qu'à travers les rêves se concentrent les trois régressions (topique, temporelle et formelle) qui permettent de revivre les émotions les plus significatives de l'ontogenèse. Il y aurait un processus en lien avec la mémoire dans le sommeil. Ceci permettrait un pont entre le passé et le présent, entre les émotions d'autrefois et celles du moment. Ceci pourrait d'ailleurs être mis en évidence par le processus analytique qui, étant basé sur le transfert, permet à l'individu de réactiver ces expériences anciennes. Le travail du rêve avec le patient part du présupposé que le rêve représente la relation du Moi avec ses objets intérieurs, comme dans un théâtre privé métaphorique où le Moi est le metteur en scène d'un drame interprété par les acteurs de son choix. L'auteur est d'avis que le rapport étroit entre le rêve et la symbolisation représenterait un pont intéressant entre psychanalyse et psychologie cognitive. Pour cette dernière, le rêve serait une modalité spécifique de l'organisation cognitive, qui reflète fidèlement la qualité et l'organisation des connaissances symboliques du mental le

long de son parcours évolutif depuis l'enfance (Mancia, 1996). Elle ne nie par contre pas que le rêve, comme tout contenu apporté en thérapie, peut servir à d'autres fins. Il importe d'être attentif à la communication spécifique faite par le patient à l'analyste lorsqu'il rapporte le rêve. Celui-ci pourrait être un « agir », comme lorsque le matériel est apporté pour meubler la séance et que son contenu est inutilisable.

Concernant le traitement psychodynamique de l'insomnie, Fedida (1997) suggère finalement que les caractéristiques propres à la séance analytique (retrait, mise à l'écart des excitations extérieures, immobilité, silence) ainsi que l'état de régression ontogénique et phylogénique par le transfert puissent rejoindre l'état de régression qui caractérise l'expérience de pré-conscience du sommeil. Son hypothèse est que ceci pourrait pallier à l'insomnie qui sévit chez certains clients. Les gens dépressifs ne peuvent s'endormir parce qu'ils craignent de laisser libre cours aux désirs et pulsions de leurs vies psychiques. Les caractéristiques mêmes de la thérapie psychodynamique pourraient être un traitement en soi pour le trouble de l'insomnie parce qu'elles recréent l'état propre au sommeil en permettant au client de se réapproprier ses désirs et ses pulsions.

En résumé, le traitement de l'insomnie chez l'adolescent suit le canevas de base de l'approche psychodynamique (symbolisme du symptôme, travail par le jeu et la parole, interprétation des rêves). Certaines exceptions propres à cette période de développement caractérisent toutefois le rôle du thérapeute et de ses interventions (éducation, travail avec les parents, lien avec la génitalité, etc.).

Efficacité du traitement

Comme nous venons de le voir, il n'y a pas de technique spécifique à chaque affection dans l'approche psychodynamique, mais plutôt un mode de thérapie s'adaptant à la clientèle et aux enjeux psychologiques spécifiques du client. Il n'y a conséquemment pas de traitement spécifique à l'insomnie à l'adolescence, ni d'études concernant son efficacité. D'ailleurs, Freud n'avait pas la prétention de traiter les malades ou d'éliminer le symptôme, mais plutôt l'objectif d'arriver à comprendre la maladie et de favoriser la sublimation, ce qui signifie de mieux conjuguer avec les conflits psychiques. De plus, les concepts utilisés en psychodynamique sont difficilement quantifiables et mesurables. Ce

courant fut principalement construit à partir de métaphores, telles que les couches de conscience (inconscient, Préconscient, Conscient) ou la topique (Moi, Ça, Surmoi). C'est pourquoi les auteurs d'orientation psychanalytiques qui se sont penchés sur la question de l'efficacité du traitement ont par la suite évalué les indicateurs prédictifs de changement plutôt que l'efficacité comme telle. Ils ont évalué le processus de changement et ont fait ressortir des variables telles que les gains de la thérapie, l'analysabilité et le bénéfice thérapeutique, le degré et la qualité de celui-ci et le niveau de fonctionnement de l'individu (Widlöcher & Braconnier, 1996).

Les études expérimentales d'efficacité des traitements sont donc controversées par rapport à leur validité pour l'approche psychodynamique et plus rare que pour l'approche cognitive comportementale, c'est pourquoi l'étude de cas a été davantage utilisée que les études empiriques depuis les fondements de l'approche psychanalytique (ex : l'étude de l'hystérie par Breuer & Freud en 1955). Plutôt que d'évaluer la variance commune globale, les cliniciens psychodynamiciens s'intéressent à tous les processus psychiques en action dans la vie d'une seule personne et de son évolution. Il n'y a donc pas d'étude disponible concernant le traitement de l'insomnie comme simple affection. Les études de cas présentent plutôt l'histoire développementale d'un individu et son fonctionnement actuel. Il n'y a pas d'étude précise sur une condition avec critères d'inclusions et d'exclusions (ex : Meissner, 1981; Dexter, 2002; Hinze, 1986) comme dans les études expérimentales portant sur une problématique précise. Ainsi, les études présentent des cas complexes, uniques où la thérapie psychodynamique est généralisable dans la mesure où le traitement de l'insomnie ne comporte pas de technique spécifique à cette problématique. Il s'agit davantage de la reproduction des techniques thérapeutiques de base de même que des procédés à l'œuvre selon le portrait du client et ses enjeux spécifiques. L'efficacité est donc plus une notion de cas individuel selon l'approche psychodynamique. Le client et le thérapeute en jugent et déterminent ainsi de la longévité de la thérapie et des besoins spécifiques du client. Les thérapeutes se fient principalement à leurs intuitions pour déterminer la fin du processus. D'autres indices tels le fonctionnement harmonieux des instances (Moi, ça, surmoi), l'atteinte d'une visée réparatrice (attachement originel à la mère) et l'acceptation du primat de la différence (accepter le manque) permettent aussi de signifier la fin du traitement (Wildöcher &

Braconnier, 1996). En recherche psychodynamique la méthode qualitative et l'étude de cas multiples sont privilégiés.

En résumé, il n'y a pas d'études empiriques qui évaluent l'efficacité du traitement psychodynamique de l'insomnie. Des études de cas incluent parfois ce symptôme dans l'ensemble de la problématique d'un client, mais ces études évaluent les éléments de métapsychologie en cause et la nature du traitement plutôt que l'efficacité comme telle.

Conclusion

Une plainte de fatigue et de trouble de sommeil ne devrait pas être banalisée, appréhendée ou traitée comme une manifestation isolée, car comme nous venons de le voir, plusieurs hypothèses sous-jacentes peuvent être explorées et adressées. Ceci dans le but d'offrir une place où le client pourra être reconnu dans ce qu'il vit. Une démarche où le clinicien pourra agir à titre d'accompagnateur dans la résolution de conflits primitifs et dans la prévention de désordres plus sévères. Les approches psychodynamique et cognitive comportementale diffèrent donc considérablement.

Éléments critiques et argumentaires

Dans cette section, il sera question d'apporter un éclairage critique sur la conception et le traitement de l'insomnie à l'adolescence selon les approches cognitive comportementale et psychodynamique. Nous ferons ressortir les différences des deux approches dans la façon de conceptualiser et de traiter le trouble. Ceci permettra de mettre l'emphase sur les points centraux qui caractérisent l'insomnie ou alors qui se retrouvent présents dans les deux approches. Le travail permettra au lecteur de se forger un point de vue critique concernant le modèle et les variables qu'il préconise dans son travail avec l'adolescent insomniateur. Un modèle intégré pour le traitement de l'insomnie à l'adolescence sera proposé par l'auteure démontrant ainsi l'intégration qu'elle suggère suite à l'ensemble des données qu'elle a recueillies à ce sujet. La présente section traitera donc des forces et des faiblesses des deux orientations cliniques et proposera une approche intégrée regroupant les facteurs les plus pertinents.

Forces et faiblesses des approches

En psychologie, les différentes approches (cognitive comportementale, psychodynamique, humaniste-gestaltiste) rencontrent tous les critères nécessaires pour les qualifier de scientifiques, c'est-à-dire qu'elles sont cohérentes et valides à l'intérieur des connaissances, des méthodes et des valeurs que chacune préconise. Ces approches sont toutes reconnues et utilisées depuis des décennies et elles sont à la base de nombreux développements qui ont des impacts sur la société, par leur utilisation dans le traitement clinique en psychologie par exemple. Certaines variables inhérentes aux fondements des approches (conception, évaluation, traitement, efficacité) sont toutefois considérées et documentées davantage selon l'approche, c'est-à-dire que l'approche en question a dédié

plus d'importance à documenter et à élaborer une théorie ou une recherche sur certaines variables plus que sur d'autres. Dans cette section argumentative, le traitement des variables (conception, évaluation, traitement, efficacité) selon chacune des approches (cognitive comportementale et psychodynamique) sera évalué selon ses forces et faiblesses respectives.

Le Tableau 2 résume les forces et les faiblesses des deux approches. On y retrouve un indice de la qualité et de la disponibilité des variables selon chaque approche clinique. Les leaders y sont aussi indiqués selon chaque catégorie d'évaluation pour faciliter l'utilisation du clinicien qui voudrait avoir un coup d'œil rapide des forces et des faiblesses des deux approches. S'en suivra une élaboration selon chaque catégorie d'intérêt.

Tableau 2
Forces et faiblesses des approches

Variabiles	Approche cognitive-comportementale	Auteurs / années	Approche psychodynamique	Auteurs/ années
Conception	++ * Variables psychologiques, physiologiques et environnementales * Facteurs prédisposant, précipitant et de maintien (modèle) * Conscient	Beck (1964) Espie (1994, 2002) Morin (2006) Billiard (1998)	++ * Métapsychologie * Maturation de l'appareil psychique * Vie psychique nocturne * Débordement de la fonction du rêve / position passive * Inconscient	Freud (1988) Fenichel (1979) Fedida (1997) Garma & Wildöcher (1996)
Spécificité de la conception à l'adolescence	+/- *Syndrome de retard de phase	Carskadon (1993, 2007)	+ * Nouvelle sexualité * Crise d'adolescence	Houzel (1995) Soulé (1977)
Évaluation, modalités	+ * Examen physique * Journal de sommeil * Croyances et habitudes	Morin & Espie (2003)	+/- * Entrevues cliniques * Tests projectifs	Dollander & Lenoir (2003)

Légende

++ Très bien documenté

+ Bien documenté

+/- Documentation rare

- Documentation inexistante ou quasi inexistante

Forces et faiblesses des approches (suite)

Variables	Approche cognitive comportementale	Auteurs/ années	Approche psychodynamique	Auteurs/ années
Traitement, cibles d'interventions	++ * Éducation * Restructuration cognitive * Hygiène de vie * Pharmacologie * Court terme	Beck (1964), Morin & Espie (2003)	+ * Structure de personnalité et conflits psychiques * Thérapie par la parole et le rêve * Long terme	Freud (1988, 1976), Fedida (1997)
Spécificité du traitement à l'adolescence	- * Identique à celui de l'adulte sauf pour le travail avec les parents	Carskadon, Crowler et Christine (2007), Bootzin et Stevens (2005)	+ * Éducation et travail avec les parents * Travail sur les enjeux psychiques de l'adolescence	Birraux (1998), Lafortune et Bedwani (1996)
Efficacité du traitement (évaluation)	++ * Études multiples prouvent l'efficacité * DSM avec suivi	Wang, Wang, Tsai (2005) Constantino, Manber, Ong, Kuo, Huang, & Arnow, (2007)	+/- * Absence d'étude empirique * Étude de cas * DSM sans suivi	Wildöcher et Braconnier (1996)

Légende

++ Très bien documenté

+ Bien documenté

+/- Documentation rare

- Documentation inexistante ou quasi inexistante

Au niveau de la conception

La conception d'un problème fait appel à la manière de percevoir ce phénomène. Il s'agit de la façon particulière des approches de se représenter et d'envisager le problème de l'insomnie. Les deux approches qui nous intéressent ont donc des façons différentes de comprendre la problématique et, conséquemment, de l'évaluer et de la traiter. Les conceptions cognitives comportementales et psychodynamiques de l'insomnie à l'adolescence sont fidèles au modèle théorique de leur approche respective. Chaque trouble est expliqué en fonction des concepts clés de chacune des approches. Voyons comment l'approche cognitive comportementale compose avec ce domaine d'expertise et ensuite, nous traiterons de l'approche psychodynamique.

Du côté de l'approche cognitive comportementale, on y décrit les données épidémiologiques, l'histoire du sujet et du trouble, les connaissances et croyances du client ainsi que les apprentissages du client concernant le sommeil et l'insomnie. L'histoire développementale et les phénomènes psychiques conscients composent également la compréhension des cliniciens cognitifs comportementaux. La conception cognitive comportementale de l'insomnie ressemble beaucoup à la conception utilisée par la psychiatrie moderne. On retrouve sensiblement les mêmes variables dans la section d'introduction à la problématique de l'insomnie (critères du DSM, épidémiologie, aspects physiques et développementaux) que dans la section sur la conception de l'insomnie par l'approche cognitive comportementale (critères du DSM, facteurs liés au système nerveux, aux processus psychologiques et aux facteurs environnementaux) alors que les variables de l'approche psychodynamique varient davantage. L'apport de l'approche cognitive comportementale réside surtout dans l'explication des schémas cognitifs et les modèles conceptuels d'interaction des variables plus spécifiques, domaines qui ne sont pas abordés lors de la description du trouble dans le DSM.

En effet, l'approche cognitive comportementale a établi plusieurs modèles conceptuels qui aident à mieux comprendre le fonctionnement cognitif des clients insomniaques. Les thérapeutes cognitivistes comportementaux mettent en lumière une multitude de cognitions dysfonctionnelles qui doivent être modifiées à l'aide du thérapeute pour traiter le trouble. Selon eux, il existe des conditions optimales pour

favoriser le sommeil. En évaluant la façon dont le client considère ces dernières, ils peuvent déterminer l'écart entre les conditions optimales et les conditions favorisées par le client. Leur conception réside donc dans le fait que des paramètres établis favorisant le sommeil devraient être respectés. Ils considèrent que les éléments déclencheurs peuvent perturber un individu fragile au bouleversement au niveau du sommeil et provoquer une difficulté à dormir. Celle-ci sera maintenue par des facteurs psychologiques tels que le focus sur le problème, le style de personnalité impulsif, anxieux ou dépressif ainsi que les affects négatifs et la rumination. Ces variables, intriquées dans des modèles conceptuels doivent être explorées et mises en relation.

L'approche cognitive comportementale utilise ainsi un modèle de conception de l'insomnie qui est précis, réaliste et concret. Ceci représente un avantage en soi pour le traitement de l'insomnie auprès de l'adolescent. Effectivement, le suivi auprès de cette clientèle requiert davantage de structure et de directivité, ce que l'on retrouve à travers les propriétés de l'approche cognitive comportementale. Les facteurs que l'on y propose sont logiques, cohérents et pertinents, surtout en ce qui a trait à l'hygiène de vie et de sommeil pour la population de bons dormeurs qui veulent optimiser leur sommeil autant que pour la population d'insomniaques. Le clinicien et le patient peuvent y trouver leur compte pourvu que l'insomnie soit surtout légère, passagère ou en lien direct avec son déclencheur ou un autre trouble primaire. Au-delà de cela, il nous semble que la conception de l'insomnie du point de vue de l'approche cognitive comportementale demeure superficielle, c'est-à-dire au niveau des processus conscients et préconscients majoritairement, ainsi qu'au niveau de l'élimination du symptôme comme but de traitement. Ceci est toutefois cohérent avec les principes de base de l'approche. Une critique que l'on pourrait adresser au traitement de l'insomnie selon l'approche cognitive comportementale serait de traiter le symptôme sans explorer davantage le sens de celui-ci et les enjeux qui s'y réfèrent. Ceci fait en sorte que cette conception de l'insomnie peut apparaître limitative. Cette approche traite plusieurs facteurs de maintien du trouble, mais ceux-ci demeurent liés de très près à la problématique sans présenter de tableau plus global au niveau de la dynamique de l'individu. Il faut toutefois souligner que les nouveaux modèles cognitif-comportemental de troisième génération tendent à changer cela.

Au niveau de l'approche psychodynamique, il est certain que les éléments de métapsychologie gouvernent les explications et la conception que se font les cliniciens du sommeil et de l'insomnie. Freud définit d'ailleurs ce qu'il entend par métapsychologie. Il appelle ainsi un mode d'observation d'après lequel chaque processus psychique est envisagé d'après les trois coordonnées de la dynamique (forces et conflits, libido et pulsions de mort, formation de compromis), de la topique (conscient-préconscient-inconscient, Moi-Ça-Surmoi), et de l'économie (investissement, répartition de l'énergie entre les instances, objets et représentations, principes de plaisir et de réalité) (Freud, 1925). L'inconscient, les pulsions et leur destin, l'angoisse, la signification des symptômes, la sexualité, le refoulement et autres mécanismes de défense ainsi que les rêves, rêveries et fantasmes sont les variables incontournables de considérations freudiennes.

La vie psychique nocturne et le rêve seront ainsi les principaux éléments de compréhension de l'insomnie. Le rêve est utilisé pour comprendre la vie psychique nocturne qui peut être à la base de l'impossibilité d'endormissement. Pour conceptualiser le trouble, il s'agit donc de bien cerner la structure de personnalité du client que l'on traite et de comprendre les éléments de sa dynamique psychique. Les éléments déclencheurs tels que les facteurs de stress, les microtraumatismes et les événements de vie sont aussi considérés, mais dans le cadre de l'adaptation inadaptée que le client en fait, ce qui provoque la naissance du trouble. Différentes hypothèses concernant le débordement de la fonction symbolisante du rêve, les cauchemars ainsi que les difficultés de régresser à la position passive sont proposés. Le rêve est analysé et rend possible les représentations de conflits et de pulsions sur un mode plus brute. Il tente de ramener à la surface ce qui se trouve bien à l'écart dans l'inconscient de la personne durant sa vie psychique diurne, et qui peut se manifester seulement en termes de symptômes, lapsus, oublis, maladresses ou autres. Une fois de plus, le symptôme est considéré dans un cadre plus complet de compréhension qui enrichit la conception du symptôme de l'approche psychodynamique. Les cognitivistes comportementaux ne travaillent pas avec le rêve de façon générale et en tant que révélateur de conflits intérieurs, et même pour cette problématique pour laquelle le rêve est pourtant particulièrement intéressant.

Aussi, certains facteurs d'explication du trouble d'insomnie sont liés au développement de la personne. La façon dont l'enfant fut initiée au sommeil par la mère, la qualité de la relation mère-enfant et les soins prodigués à l'enfant influencent beaucoup l'activation d'un symptôme tel que l'insomnie. Ceci est absent du modèle de compréhension cognitif comportemental au niveau de l'adolescent et de l'adulte. Ces facteurs sont seulement considérés par l'approche cognitive comportementale lorsque l'individu souffre d'insomnie à l'enfance. Les psychodynamiciens sont plutôt d'avis que les dérangements ou fixations qu'il a pu y avoir antérieurement se manifestent maintenant à l'adolescence par la répétition d'un traumatisme non résolu sous forme de symptôme. Le symptôme a donc une symbolique précise qu'il importe de découvrir. Selon les cliniciens d'orientation psychodynamique, éliminer le symptôme en soi, seulement, contribuerait certainement à le faire réapparaître sous une autre forme alors que pour les cognitivistes comportementaux, l'élimination du symptôme signifie le succès du traitement. Il importe donc de considérer la volonté du client lors du choix du traitement approprié. Il est certain que le traitement psychodynamique ne sera pas indiqué si le client ne désire qu'éliminer le symptôme sans entrer dans d'autres enjeux qui peuvent y être liés, de même que si une contrainte de temps sévit.

En résumé, l'approche cognitive comportementale propose un ensemble de facteurs interactifs qui illustre bien le processus cognitif à l'œuvre lorsque les individus échouent à s'endormir et lorsque l'insomnie devient problématique. La conception est claire et structurée et se prête bien à la résolution du problème concret. D'un autre côté, la conception psychodynamique de l'insomnie paraît riche de variables et de théories explicatives. Le lien avec les soins et les fixations à l'enfance est intéressant et la symbolique du symptôme dans le présent vient compléter le portrait pour comprendre la manifestation du trouble. La conception psychodynamique de l'insomnie est recherchée et encrée dans la dynamique unique de l'individu qui consulte. Ceci nous apparaît comme une force de l'approche, en considérant bien entendue la volonté du client concernant sa thérapie et la modalité de temps disponible. Les deux approches semblent donc proposer des compréhensions à différent niveau (cognitif-comportementale = dans le présent au niveau conscient et préconscient, psychodynamique = dans la dynamique globale de l'individu au niveau conscient, préconscient et inconscient). Il nous semble qu'à la

lumière de cette constatation, les deux approches peuvent être utilisées de façon maximale en combinaison par le thérapeute traitant afin de maximiser l'intervention à toutes les facettes de la problématique.

Spécificité de la conception à l'adolescence

L'approche cognitive comportementale élabore peu sur la spécificité de la conception de l'affection à l'adolescence. Les tenants de cette approche utilisent les mêmes concepts que pour expliquer l'insomnie chez l'adulte, soit les facteurs reliés à l'environnement, les facteurs physiologiques, les cognitions et croyances dysfonctionnelles. Ceci peut donc être considéré comme un aspect moins élaboré au niveau de l'approche cognitive comportementale.

Au niveau de la conception de l'insomnie à l'adolescence des psychodynamiciens, plusieurs hypothèses sont soulevées concernant le trouble à cette période de développement. Notamment, la nouvelle génitalité pourrait acquérir une signification particulière au moment du coucher. Ceci amènerait préoccupations et ruminations typiques de l'insomnie pour les individus de structure obsessionnelle. À travers le rêve, celle-ci pourrait aussi adopter un caractère si envahissant, si intense, que le refoulement ne suffit plus. L'adolescent prendrait alors en aversion la nuit, le sommeil et le rêve, qui font jaillir trop d'excitation et de sentiment de culpabilité, de honte, d'incompréhension et de sentiment de perte de contrôle, toujours en lien avec la nouvelle génitalité, autant physique que psychique. Finalement, l'insomnie comme manifestation de la faiblesse fonctionnelle du Moi peut être en cause, particulièrement à l'adolescence. Comme l'adolescent a de plus en plus de responsabilité, d'autonomie et de contrôle, la fonction du moi se voit certainement modifiée durant cette période de développement, rendant ses limites fonctionnelles d'autant plus susceptibles de se manifester. La crise d'adolescence pourrait d'ailleurs être en lien avec le remaniement de l'utilisation des différentes topiques pour les adolescents. La compréhension que l'on peut se faire de l'insomnie à l'adolescence est donc riche d'hypothèses et de concepts théoriques.

Évaluation

L'approche cognitive comportementale évalue objectivement les paramètres relatifs à l'insomnie. Les cliniciens de cette approche tentent d'amasser les informations les plus précises concernant le trouble. L'aspect physique et physiologique sera pris en compte d'une façon très systématique. En effet, un examen physique (santé globale, hygiène de vie), une mesure des paramètres physiologiques (respiration, rythme cardiaque, conduction de la peau, etc.), une évaluation de la qualité des neurotransmissions (par un collègue médecin à des fins de médication) seront considérés dans l'explication du trouble. Les cliniciens de cette approche ne nient pas l'interaction corps-esprit qui est d'ailleurs un aspect important de l'insomnie. Cette interaction se manifeste par la défaillance d'une fonction physiologique accompagnée de processus psychologiques désagréables comme la rumination, les sentiments anxieux et dépressifs ainsi que la fatigue diurne et le ralentissement des fonctions cognitives durant le jour.

Les cliniciens cognitifs comportementaux considèrent aussi les informations subjectives, mais dans le cadre de leur comparaison avec les paramètres qu'ils considèrent optimaux au niveau du sommeil. Ainsi, ces renseignements plus subjectifs serviront à la reconstruction cognitive. Ils tenteront d'ajuster la perception du client concernant son sommeil et son trouble. Ils l'amèneront à considérer une perspective qui soit plus rationnelle et représentative de la réalité. Les cliniciens cognitifs comportementaux auront pour but de modifier les croyances erronées et les mauvaises perceptions de leur client. Ces croyances et perceptions auront été évaluées à l'aide des questionnaires et journal de sommeil qu'il emploie en début de processus. Les réponses à ses tests auront été jugées comme inappropriées selon les critères en vigueur concernant les paramètres optimaux de sommeil, ceux-ci étant définis en fonction du paradigme en vigueur.

Le paradigme est un terme employé pour décrire l'ensemble d'expériences, de croyances et de valeurs qui influencent la façon dont un individu perçoit la réalité et réagit à cette perception à un moment donné. Nous pouvons donc penser que le paradigme en vigueur qui détermine les paramètres optimaux du sommeil et les croyances adéquates puissent ne pas représenter l'idéal, tel que considéré selon l'époque

et à travers le temps. Les évaluations initiales, comme celles qui évaluent le changement et la performance de la thérapie, sont en fonction des croyances actuelles et donc enclines à changer dans le temps. Pourtant, les cliniciens de cette approche aspirent à ces valeurs de références en grande partie en les tenant pour acquis. Les cliniciens et chercheurs d'approche cognitive comportementale font donc l'effort de s'intéresser et de pratiquer l'évaluation, mais la validité des critères qu'ils utilisent en fonction des paradigmes en vigueur peut être questionnée comme pour chacune des approches en psychologie. C'est pourquoi l'évaluation des méthodes de traitement est un point sensible dans l'ensemble.

Du côté des psychodynamiciens, l'évaluation a trait au processus psychique profond et sous-jacent au symptôme de l'insomnie. Le clinicien explore bien entendu l'histoire du client, le cours de l'affection, mais il s'adresse aussi à la structure de personnalité du client. Il tente de saisir, bien souvent à l'aide d'entrevues cliniques et de méthodes projectives, les processus métapsychologiques propres à cet individu, ses mécanismes de défense et la répétition des compulsions qui l'affligent. Les données concrètes et objectives n'ont que très peu d'importance. Le « face value » est considéré comme la porte d'entrée de l'inconscient par la répétition d'un traumatisme ou d'un événement non résolu qui tente d'avoir la chance d'être reconnu, élaboré et liquidé, laissant ainsi la chance à l'énergie psychique mobilisée par sa réactivation de retrouver libre court. L'évaluation n'est pas spécifique au trouble de l'insomnie, mais davantage à l'individu spécifique auquel on s'adresse. Les interprétations que les psychologues psychodynamiciens émettent au sujet du système de métaphores de la dynamique individuelle ne sont pas démontrables et donc difficiles à soutenir, à évaluer et à mesurer, ce qui représente certainement une faiblesse de l'approche psychodynamique au niveau de l'évaluation du trouble. Contrairement à l'approche cognitive comportementale, les psychodynamiciens n'évaluent pas le changement et la performance du traitement en cours. Ceci est cohérent avec le fait qu'ils n'évaluent pas l'efficacité de ses traitements non plus et pas plus qu'ils n'utilisent des concepts opérationnalisables et mesurables à la base de leur approche. Il y a donc une cohérence interne respectable, mais il n'en demeure pas moins que l'évaluation n'est pas aussi bien documentée et recherchée que pour l'approche cognitive comportementale. Le clinicien psychodynamicien est donc moins informé, par la rétroaction des évaluations, de l'évolution du processus au cours du

suivi. C'est bien souvent la souffrance psychologique communiqué par le client qui agit comme moteur de la consultation en psychologie et qui module le cours de la thérapie.

Il importe de dire un mot sur l'utilisation du DSM par les différentes approches. Alors que les deux approches utilisent les critères disponibles afin de se faire une idée du trouble, les cheminements à partir de cette étape de base diffèrent. L'approche cognitive comportementale portera certainement une hypothèse diagnostique au dossier du client. Ensuite, une révision du diagnostic sera effectuée à plusieurs reprises au cours du traitement afin de mesurer les changements objectifs aux critères proposés et d'évaluer le bon cours du traitement administré. L'efficacité du traitement pourra aussi être sondée à l'aide de la réévaluation des critères. Au niveau de l'approche psychodynamique, ce suivi n'aura pas lieu. Une fois que le DSM aura servi à appuyer le diagnostic, son utilisation ne sera habituellement plus nécessaire. Le DSM représente donc un outil intéressant pour les deux approches, mais dont l'utilisation varie. Une fois de plus, l'évaluation réalisée par les deux approches est cohérente aux valeurs de celles-ci, mais l'approche cognitive comportementale est plus rigoureuse dans l'utilisation qu'elle en fait.

Au niveau du traitement

Pour ce qui est du traitement de l'approche cognitive comportementale, l'auteure peut saluer la rigueur de ces propositions ainsi que la spécificité du lien entre ces modèles conceptuels et ses techniques précises d'intervention. Le clinicien qui se voit confronté à cette problématique peut se voir rassuré et outillé rapidement sur la façon d'intervenir pour cette problématique. La plupart des domaines du traitement (évaluation, traitement et efficacité) sont bien documentés, facilement compréhensibles et applicables dans le cadre d'un traitement cognitif comportemental.

Le traitement cognitif comportemental est très structuré. Il comporte certaines étapes ainsi que certains domaines d'exploration et de modifications des pensées et des comportements. Tel que proposé précédemment, on retrouve l'éducation, la gestion du stress, la gestion des habitudes de vie et les méthodes cognitives. Les cliniciens issus de l'approche cognitive comportementale évaluent la différence entre les conditions favorisant le sommeil et les conditions de sommeil telles que pensées et pratiques par le

client. Cette évaluation permet de mettre en lumière les mauvaises habitudes des insomniaques et d'agir sur celles-ci. Ainsi, ils inculquent au client de nouvelles façons de penser (cognition) à propos du sommeil et de l'insomnie. Ils éduquent et forment les clients pour qu'ils adoptent certaines habitudes et routines (comportements) qui sont déterminées comme étant plus saines et enclines à favoriser le sommeil normal. Donc, les insomniaques seront invités à tenir un journal de sommeil, à réguler leur routine de sommeil, à contrôler au maximum les stimuli au coucher, à pratiquer des exercices de détente et à subtiliser les anciennes associations pour de nouveaux apprentissages sur le continuum « situation – pensée automatique - émotion – comportement ». L'approche est très structurée et éducative, ce qui est excellent pour l'intervention auprès des adolescents. Toutefois, il faut tenir pour acquis que les pensées et les comportements que les cliniciens proposent sont effectivement les plus sains pour tous les individus et que les thérapeutes peuvent amener les clients à les choisir et à ce que ceux-ci soient bénéfiques pour la personne. Étant donné que ce rationnel est difficilement soutenable pour chaque cas unique, on peut penser que la structure et l'éducation sont intéressantes, mais que l'adaptation au client et la flexibilité doivent y être appliquées.

La neurologie est intriquée à l'approche cognitive de façon à ce qu'on retrouve souvent les cliniciens de cette approche conseiller la médication à leur client. Ainsi, la pharmacologie étant valorisée et préconisée par les psychologues privilégiant l'approche cognitive comportementale, nous pouvons retrouver plusieurs études dans la littérature concernant l'effet combiné et l'interaction des deux traitements. Ces études sont habituellement bien effectuées, précises et nuancées quant au rôle de la médication, sa posologie et ses avantages et inconvénients. Toutefois, il est possible de penser qu'en pratique la pharmacologie est utilisée de façon plus grossière, sans respecter les conditions très méticuleuses que l'on retrouve dans les études à cet effet. Les conditions actuelles du domaine de la santé font en sorte que les médecins n'ont parfois pas le temps de faire un suivi aussi rigoureux du traitement pharmacologique tel que proposé dans les études. Aussi, au niveau médical, il peut y arriver plus souvent que le médicament soit prescrit sans qu'une thérapie ne soit conseillée en adjuvance, ni que ceux-ci soient prescrits pour une période circonscrite de temps comme on le recommande.

Au niveau des psychologues, il est certain que ceux-ci ne sont pas les prescripteurs et qu'ils ne sont pas ceux qui ajustent et contrôlent le traitement pharmacologique, mais ils ont un rôle important à jouer dans l'exploration de la façon dont la médication est vécue en lien avec la thérapie psychologique en cours. Ceci peut être travaillé et exploré en rencontre pour favoriser la représentation positive de la médication et de la thérapie chez le client. La combinaison revient donc en responsabilité au thérapeute comme tout aspect influençant particulièrement le trouble. L'intérêt pour le traitement optimal, en incluant la combinaison pharmaceutique, peut aussi se voir comme une force de l'approche cognitive comportementale qui considère bien l'aspect physiologique du trouble. Au niveau du traitement à l'adolescence, il faut toutefois être prudent étant donné que nous savons que la médication peut changer l'architecture du cerveau de façon durable et que la configuration de celui-ci est toujours en cours à cette période de développement.

Les critiques que l'ont pourraient adresser aux cliniciens d'orientation cognitive comportementale seraient de s'en tenir à l'observable. En effet, il considère le symptôme par lui-même sans l'intriquer systématiquement dans une compréhension plus globale. Ceci fait en sorte qu'il traite le symptôme de la même façon, soit dans le but d'éliminer le symptôme seulement dans le présent. Le symptôme n'est pas toujours en lien avec les conditions de l'environnement ou avec les cognitions défectueuses. Il peut y avoir d'autres motivations conscientes ou pas chez le client insomniaque. Toutefois, il y a moins de place pour l'exploration de ce que le client peut vivre de façon plus symbolique dans l'approche cognitive comportementale et donc ceci apparaît plus limitatif. Dans cette approche qui se veut moderne et scientifique, le clinicien détient davantage la réponse que le client. La médecine moderne et l'approche cognitive comportementale utilisent cette façon similaire de traiter les clients et la problématique spécifique de l'insomnie, en prescrivant davantage. Il s'agit d'une tendance qui peut se voir bénéfique selon l'objectif de traitement du client bien sûr. Le client qui désire régler son problème globalement de façon rapide et concrète sera comblé par cette méthode puisqu'il recevra davantage de conseils, d'exercices pratiques à mettre en place et de guide de la part du clinicien. Par contre, si le client désire une compréhension plus élaborée, il semble se trouver moins bien outillé. Il s'agit d'un aspect de l'approche dans son intégralité,

néanmoins, elle est soulevée ici, car le traitement de l'insomnie n'y fait pas exception et ces techniques confirment la façon de faire et de penser à l'œuvre chez les tenants de cette approche.

En psychodynamique, l'association libre est maîtresse. Le thérapeute tente d'influencer le moins possible le patient afin qu'il communique de façon spontanée ce qui lui vient en tête. Suite à cela, rien n'est laissé au hasard. Le psychanalyste psychodynamicien clarifie, confronte et interprète selon la théorie qu'il garde en tête en lien avec ce que le sujet apporte comme contenu. Le cadre est aménagé un peu différemment dans le travail avec l'adolescent toutefois. L'association libre demeure la façon privilégiée de comprendre la dynamique du client, mais la flexibilité est de mise et le thérapeute se montre habituellement un peu plus interventionniste. Le thérapeute psychodynamique respectera certains symptômes de l'adolescent sans normaliser à tout prix, comme il pourrait être le cas dans la thérapie avec l'adulte. Le traitement est plus court, le thérapeute est contenant et apporte un soutien important pour développer voire même augmenter les forces du moi de l'adolescent. Le traitement ne comporte néanmoins toujours pas de techniques spécifiques si ce n'est que de l'éducation et des principes de bases du sommeil lors du traitement de l'adolescent. C'est donc dire que le client est davantage considéré dans son individualité. Les motivations qu'il considère importantes ont une tribune et mèneront inévitablement à l'exploration de blessures plus anciennes et de symbolismes dans le symptôme et dans la répétition. Le passé et le présent sont donc tous deux examinés. La complexité du tableau ainsi dépeint et l'emphase sur l'individu se trouvent donc à être des forces de cette approche. Bien sûr, ceci demande davantage de temps et cet aspect peut devenir une faiblesse relative au traitement psychodynamique des adolescents puisque ceux-ci ne sont souvent pas en position de faire une thérapie de cette portée. En effet, les ressources qui leur sont disponibles (psychologue scolaire, CLSC, Centre Jeunesse) sont souvent offertes pour une courte durée étant donné les ressources limitées dues à la gratuité de ces services. Les parents ont également le choix de payer pour une thérapie privée à long terme, mais ceci est plus rare.

Comme l'interprétation des rêves est utilisée dans le traitement psychodynamique, l'utilisation de cette technique peut être contrecarrée par le fait que le client insomniaque n'arrive pas à dormir et donc est incapable de rêver, parce qu'il fuit le rêve. Le rêve n'est

toutefois pas complètement absent et un seul rêve suffit parfois, surtout en début de traitement, à révéler le conflit central du patient (Wildöcher & Braconnier, 1996). Le thérapeute doit amener le patient à se sensibiliser à ses processus inconscients en l'amenant à utiliser ses rêves comme une source de connaissance. Les hypothèses psychodynamiques concernant l'insomnie chez l'adulte sont liées à l'échec de la vie hypnique et onirique. Le traitement se base surtout sur l'association libre qui permettra de dénouer la fixation qui empêche justement ces processus de rêves. Toutefois, l'association libre qui amène cette résolution peut ne pas être évidente pour la clientèle adolescente qui est souvent moins motivée au traitement et à la découverte de ses enjeux. C'est pourquoi l'ajout de l'éducation et d'une présence plus active du thérapeute sont importants pour cette clientèle. Fedida (1997) proposait également que les caractéristiques inhérentes à la thérapie puissent réactiver la fonction de sommeil en abaissant les excitations. Il affirme que la position de repos à laquelle le client est convié durant la thérapie psychodynamique (retrait, mise à l'écart des excitations extérieures, immobilité, silence) et la régression dans le transfert puissent rejoindre l'état de régression qui caractérise l'expérience de pré-conscience du sommeil. C'est donc dire que le traitement psychodynamique pourrait être particulièrement indiqué pour combattre l'insomnie puisqu'il sensibilise le client à cet état difficile à maintenir pour lui. Ceci représente une autre force du traitement psychodynamique.

En résumé, le traitement de l'insomnie ne comporte pas de technique particulière si ce n'est que de l'éducation et de la place du thérapeute qui peut être plus active au niveau de la thérapie à l'adolescence. Le thérapeute s'adapte à la maturité du client en ce qui a trait à la façon d'intervenir (par le jeu ou par la parole), mais toujours sur un mode d'association libre, d'interprétation, de clarification, de confrontation. La critique inverse à celle émise pour l'approche cognitive comportementale peut être adressée ici pour les tenants de l'approche psychodynamique. Il se peut que le traitement convienne plus ou moins pour les individus qui veulent régler leur problème de façon rapide et concrète. Il n'y a pas de méthode précise pour remédier à la situation de cette façon dans l'approche psychodynamique. Il s'agit plutôt d'interprétations au rythme du client qui ont pour but de réactiver le développement affectif du jeune. C'est donc dire que l'importance d'un

traitement intégré où les forces des deux approches sont combinées se fait particulièrement sentir.

Spécificité du traitement à l'adolescence

Il semble que les deux approches n'offrent pas de thérapie particulièrement spécifique à l'adolescence au niveau du traitement de l'insomnie. Il est certain que cette affection n'en est pas une qui a une grande spécificité à cette tranche d'âge précise (13-17 ans), si ce n'est que de la spécificité des techniques reliés au « délai de phase » typique à cette population. Outre ce phénomène, le sommeil et l'insomnie sont peu documentés chez les adolescents. Pour cette raison, il est possible que peu d'auteurs aient été enclins à faire de la recherche et à élaborer des traitements spécifiques à l'insomnie à l'adolescence. Ainsi, pour construire les sections de cette recherche, le cadre théorique de l'adulte a dû être utilisé et toutes les données plus précisément reliées à l'adolescence ont été ajoutées par la suite.

L'approche cognitive comportementale suggère donc quelques techniques d'intervention précises en lien avec l'insomnie reliée au « délai de phase ». Certains auteurs amènent aussi quelques points pertinents concernant le travail avec les parents et la famille, les autres problématiques vécues à cet âge (abus de substance, délinquance...) ainsi que les embûches du traitement avec cette clientèle (« drop out », motivation...). Le clinicien qui observe le problème de l'insomnie chez un client adolescent n'est donc pas outillé de façon très différente qu'avec l'adulte.

Du côté de l'approche psychodynamique, le traitement demeure le même que celui de l'adulte, mais un travail particulier sur l'enjeu lié au développement sexuel de cette période est mis de l'avant. Le rôle du clinicien change un peu de celui de la cure type avec l'adulte. Comme il s'agit d'une zone grise en termes de passage de la thérapie par le jeu à la thérapie strictement par la parole, il peut être difficile pour le clinicien de cette approche d'être cohérent avec les points épistémologiques, qui ne dictent que très peu de choses à ce sujet. On peut reprocher de ne pas statuer avec précision sur la fonction du thérapeute dans la thérapie avec l'adolescent. Si l'on se fie aux informations obtenues, le thérapeute devrait évaluer la maturation de son client au cas par cas, ainsi

que la nature de la problématique pour évaluer à quel point il doit appliquer les règles de la cure classique avec cette clientèle. Il s'agit bien sûr de toujours trouver un rationnel pour le choix que l'on fait à cet égard afin d'être cohérent. Le travail avec les parents et l'éducation sont donc des paramètres à considérer selon la maturité affective du client et sa problématique.

En résumé, les deux approches n'ont pas documenté de traitements spécifiques pour l'insomnie à l'adolescence. Toutefois, chacune propose des aspects intéressants à considérer; l'approche cognitive comportementale explore le délai de phase caractéristique de cette période; l'approche psychodynamique considère la réactivation des conflits de la petite enfance et les enjeux du développement sexuel de l'adolescence, l'éducation et le travail avec les parents avec cette clientèle précise.

Efficacité

Alors que l'évaluation de l'efficacité est primordiale et bien documentée chez les cliniciens cognitifs comportementaux, il n'en est pas de même pour ceux de l'approche psychodynamique.

Comme l'approche cognitive comportementale se veut plus moderne et scientifique que l'approche psychodynamique, elle se fait un devoir de mesurer son efficacité. Elle recherche les faits, le rendement, l'empirisme. Il se trouve que ce sont d'ailleurs les caractéristiques valorisées dans notre société actuelle. Les travailleurs, chercheurs, professeurs et étudiants doivent démontrer la valeur de ce qu'ils font afin de poursuivre leurs activités. L'efficacité décrit la capacité d'une personne, d'un groupe ou d'un système à arriver à ses buts ou aux buts qu'on lui a fixé. Pour l'approche cognitive comportementale, l'efficacité repose sur la preuve de l'amélioration de l'état du client et de la diminution ou de l'élimination du symptôme. Nous pouvons encore statuer qu'il s'agit certainement d'un paradigme, par rapport au rendement que l'on considère adéquat et aux critères qui déterminent une bonne efficacité. Les critères utilisés par l'approche cognitive comportementale ont démontré une bonne validité et fiabilité qui prouvent le sérieux avec lequel on considère l'évaluation de l'efficacité pour cette approche. Beaucoup d'études prouvent d'ailleurs l'efficacité du traitement, mais peu d'entre elles

évaluent l'efficacité à long terme et les rebonds sur l'individu lorsque le symptôme d'insomnie est éliminé. L'évaluation est donc un processus louable et elle représente une force de l'approche cognitive comportementale.

Du côté de l'approche psychodynamique, prouver l'efficacité n'est pas jugée nécessaire, puisque le but de la cure est de favoriser la compréhension et d'améliorer la capacité de sublimation du client et non la guérison par elle-même. Cela signifie de dénouer les conflits et de favoriser le changement, mais pas d'éliminer le symptôme uniquement. Les psychodynamiciens, contrairement aux cliniciens de l'approche cognitive comportementale, n'évalueront pas l'efficacité du traitement en fonction de l'élimination du symptôme. Pour eux, l'élimination du symptôme ne signifie pas le succès du traitement puisque celui-ci peut seulement se déplacer en autre chose si l'on ne règle pas le conflit sous-jacent. Ils n'évalueront d'ailleurs pas vraiment le traitement, si ce n'est que par rapport au progrès du client et à la fixation du moment de terminaison. Ils ont toutefois trouvé une façon, cohérente avec leurs bases théoriques, pour évaluer l'efficacité du traitement, soit par l'étude de cas. Il s'agit d'un exercice exhaustif qui se concentre sur l'individu (plutôt que sur la problématique) pour décrire l'évolution des concepts métapsychologiques.

En résumé, l'approche cognitive comportementale est donc plus rigoureuse dans son processus d'évaluation de l'efficacité selon les critères de performances actuelles. De son côté, l'approche psychodynamique ne considère pas l'utilité d'évaluer l'efficacité du traitement puisqu'elle considère l'individu comme trop complexe pour effectuer ce genre d'analyse. Ils s'attarderont davantage à des études de cas exhaustifs.

Approche intégrée

Il semble que les points les plus pertinents de chaque approche méritent d'être repris et incorporés dans une façon unique de considérer le trouble (voir tableau 3). Cette intégration est d'autant plus importante qu'à l'adolescence, les jeunes clients peuvent avoir des besoins assez différents pour la même population. Une thérapie pour enfant diffère d'une thérapie pour adulte. Ici, l'adolescence incarne la zone grise où le thérapeute doit s'adapter au besoin spécifique du client, par rapport à son niveau de

développement et de maturation psychique. Également, nous avons déjà mentionné que le sommeil est essentiel autant du côté physiologique que psychologique. Ceci fait donc de la problématique de l'insomnie une « candidate » idéale pour une approche intégrée. Celle-ci doit en effet allier les techniques cognitives comportementales concrètes au niveau du comportement, et donc du corps, et le traitement des cognitions et fixations antérieures dans le développement affectif, puisque dormir est un processus régressif. Les paramètres de la problématique font appels aux champs d'expertise des deux approches. Malgré le fait que leurs fondements théoriques soient plutôt différents (cognitif comportemental = apprentissage, liens, expérimentalisme; psychodynamique = développement affectif, concepts métapsychologiques, parole), les deux approches sont en mesure de s'unir. Elles le peuvent dans le cas où l'on considère que les deux approches détiennent une validité interne que l'on reconnaît et accepte comme telle. Ainsi, nous reconnaissons la provenance et le rationnel sous-jacent aux interventions que l'on choisit d'effectuer à différents moments de la thérapie selon le besoin inhérent. Le clinicien doit s'interroger à tout moment : « Qu'est ce que je fais quand je fais ce que je fais? », de la façon typique du praticien réflexif. S'il se voit en mesure de justifier la cohérence de ces interventions, et ceci parce qu'il maîtrise les fondements des approches qu'il utilise, alors le traitement se voit grandement enrichi des champs d'expertise et des spécialités des différentes approches que l'on combine. Voyons comment cela se concrétise spécifiquement par rapport à la conception et au traitement de l'insomnie à l'adolescence.

Au niveau de la *conception* de l'insomnie à l'adolescence, il nous semble que l'approche cognitive comportementale est intéressante, mais limitative. Le clinicien explorera l'histoire du trouble, les indices physiologiques, cognitifs et environnementaux qui auraient précipité et qui maintiendraient le trouble. Il s'agit de la première étape du traitement ou plutôt la mise en place de l'exploration de la problématique avec l'adolescent. Pourtant, ceci ressemble beaucoup à l'approche médicale et l'on retrouve les mêmes préoccupations dans l'approche psychodynamique, mais sous un mode d'entrevue ouvert plutôt que directif. Ce matériel est donc essentiel à l'amorce d'une thérapie, mais correspond selon nous à la première étape seulement de la conception du trouble.

Une conception psychodynamique semble davantage souhaitable pour aider l'adolescent à comprendre le sens de son symptôme et lui donner du pouvoir sur ce trouble et sur la provenance de son malaise. Ainsi, la compréhension est plus individualisée et intégrée dans la structure de personnalité générale du client. C'est à ce point-ci que l'on s'arrête aux raisons ancrées dans l'histoire de développement affectif du client pour comprendre le sens du symptôme. C'est en conceptualisant les besoins profonds de l'adolescent, en les reconnaissant et en dénouant les fixations que le thérapeute peut en venir à résoudre le symptôme, plutôt que de l'éliminer simplement et de permettre sa réactivation en une autre forme.

Voyons maintenant ce qui se présente au niveau de l'*intervention*. Les techniques cognitives comportementales concrètes pouvant améliorer le sommeil sont grandement indiquées ici. Ceci, dans le but d'améliorer l'état du client de façon concrète en début de thérapie et ainsi permettre une meilleure disponibilité de sa part. Les techniques s'appuient sur des indices, variables et stimuli concrets ainsi que sur des chaînes d'association qui sont possibles de démontrer et sur lesquelles on peut travailler de façon tangible ce qui est très intéressant. L'adolescent peut se sentir plus en sécurité s'il comprend mieux l'insomnie, ce qui se passe pour l'insomniaque et les trucs qui peuvent favoriser le sommeil. Il s'agit d'une étape importante du traitement, soit de prendre du pouvoir une fois de plus sur le trouble qui nous affecte. En réunissant les deux approches, nous pensons que l'éducation et l'entrevue avec les parents sont aussi de mise dans le travail avec l'adolescent. Il est certain que le thérapeute peut juger de la pertinence de l'intervention selon le niveau de maturation de l'adolescent et selon son accord ou désaccord avec l'intervention (auprès de parents). Toutefois, cette entrevue pourrait servir à outiller les parents dans leur intervention auprès de l'adolescent. Ceci pourrait améliorer les relations parents-adolescents et ainsi sécuriser les deux parties.

Ensuite, un travail en profondeur en fonction des variables du traitement psychodynamique doit être effectué avec l'adolescent pour améliorer sa connaissance de lui-même ainsi que ses zones de conflits. En reconnaissant les besoins de l'adolescent, en interprétant ses symptômes et en l'aidant à élaborer sur les situations qui le préoccupent, ce dernier apprend à reconnaître ce qui se passe en lui-même. Il apprend à mieux se connaître dans une période où cet enjeu est particulièrement important. Il peut

communiquer plus clairement ce qui se passe pour lui et ainsi prévenir l'apparition de symptômes graves dans le futur.

Il nous semble que la variance commune (mesure de dispersion obtenue en évaluant la corrélation des variables) est de moindre intérêt lorsque l'on travaille avec l'individu. Cette dernière sert davantage à indiquer le traitement spécifique à une problématique et ces modalités plutôt qu'influencer le suivi individuel. Ainsi, nous proposons que l'efficacité soit considérée de la façon dont les psychodynamiciens l'utilisent, c'est-à-dire en termes d'évolution de la thérapie selon l'individu et le thérapeute, et non en fonction de critères formels et objectifs. Les thérapies avec l'adolescent ne sont généralement pas à long terme comme peuvent l'être celles des adultes. Également, l'attitude rebelle caractéristique de beaucoup d'adolescents les amène certainement à vivre une grande ambivalence face au thérapeute et à la thérapie. Pourtant, nous pensons que la combinaison des forces des deux approches représente le meilleur traitement possible en fonction du trouble spécifique de l'insomnie et des besoins de la clientèle adolescente. Le tableau 3 résume le traitement intégré selon le rationnel, l'intervention et l'approche.

Tableau 3
Proposition d'un traitement intégré

	Approche cognitive comportementale	Approche psychodynamique
Étape 1 : Conception Investiguer l'histoire du trouble et les variables impliquées	Explorer les éléments significatifs du trouble Considérer les facteurs liés au système nerveux, à l'environnement et aux facteurs psychologiques	Explorer l'histoire du trouble Favoriser l'association libre
Étape 2 : Évaluation Trouver la signification du symptôme	Explorer les associations : « situation- pensées automatiques – réactions physiologiques - émotions – comportements »	Évaluer la structure de personnalité Évaluer la capacité de refoulement et les hypothèses du trouble selon Dollander Clarification, confrontation, interprétation
Étape 3 : Intervention Reprise du développement affectif	Éduquer Restructurer les cognitions et les comportements Impliquer les parents Favoriser le changement Éliminer le symptôme	Favoriser la prise de conscience et la mentalisation Travailler sur le rêve et sur les enjeux de la période adolescente Éduquer et impliquer les parents si nécessaire Dénouer les fixations Favoriser le changement
Étape 4 : Efficacité	Documenter l'efficacité si nécessaire	Déterminer les besoins et la longueur du traitement en collaboration avec le client

Réflexion

Les conceptions et traitements de l'insomnie à l'adolescence telles que proposées par les approches cognitive comportementale et psychodynamique sont donc similaires et différents sur certains points (au niveau de la compréhension et du traitement), mais davantage complémentaires lors de leurs applications à cette problématique à l'adolescence. Nous avons vu que certaines variables concrètes, éducatives et objectives peuvent aider à traiter l'individu à cette période de développement. Pourtant, nous croyons fermement que le symptôme possède toujours une symbolique qu'il est primordial de prendre en considération également afin de rendre possible le développement affectif optimal. Nous adhérons donc aux deux approches. Il nous semble que la combinaison des approches représente le traitement optimal principalement à cause de la problématique de l'insomnie qui va rechercher certaines variables propres à la thérapie psychodynamique (propriétés de la thérapie, travail avec le rêve et la continuité de la vie psychique) ainsi que de la clientèle adolescente qui rend d'autres critères de l'approche cognitive comportementale nécessaires (éducation, techniques concrètes, hygiène de vie).

Autocritique du travail

Dans cette approche intégrée, nous donnons beaucoup de responsabilités et de pouvoir aux clients. Nous croyons en ses capacités à faire du progrès par lui-même avec l'accompagnement du thérapeute. Ainsi, le client possède tout ce dont il a besoin pour trouver l'étiologie propre à la conflictualité responsable de ses malaises. Ces considérations amènent à une proposition de recherche future qui est de comparer l'approche cognitive comportementale et l'approche psychodynamique à l'approche humaniste. Il aurait été particulièrement pertinent de rédiger une partie sur la conception et le traitement de l'insomnie à l'adolescence selon l'approche humaniste-gestaltiste. Ceci représente actuellement la troisième approche majeure en psychologie selon la formation au doctorat dans les universités québécoises. Effectivement, cette approche aurait mis en lumière d'autres concepts importants et non priorisés par l'approche

cognitive comportementale et psychodynamique. Par exemple, l'approche humaniste considère le concept d'authenticité. Ceci aurait été particulièrement intéressant dans le traitement de l'adolescent chez qui l'identité est en définition constante. En effet, le lien entre l'insomnie et la difficulté dans la quête d'identité propre à l'adolescence aurait pu être mis en lumière à travers le travail d'authenticité, c'est-à-dire de recherche de sa vraie nature et du respect de celle-ci tel que prôné par l'approche humaniste-gestaltiste. Les tenants de l'approche humaniste mettent aussi l'emphase sur le processus et l'intervention dans l'ici et maintenant - sur l'expérience dans le présent. Ces caractéristiques sont des outils thérapeutiques indéniables qui ne sont pas mises de l'avant par les approches cognitives comportementale et psychodynamique, mais qui se trouvent à être exploitées de façon très intéressante par l'approche humaniste. Bien entendue, l'intégration de ces éléments ne peut se faire que dans le cadre du respect des règles énoncées ultérieurement (maîtrise et reconnaissances des bases théoriques, rationnelles justifiables), mais se verraient certainement une façon d'optimiser l'intervention selon la problématique que l'on rencontre ainsi que l'individu que l'on traite et son histoire unique.

L'exploration des trois grandes approches en psychologie aurait été intéressante puisqu'il semble que ceux-ci apportent souvent des concepts semblables, mais qui s'exprime différemment, et surtout parce que chacune possède des champs d'exploitations uniques qui viennent enrichir la conception et le traitement d'un trouble. Il importe donc d'être à l'affût de ce qui se fait dans les approches principales en psychologie (cognitive comportementale, psychodynamique et humaniste-gestaltiste) et ceci, quelle que soit notre orientation initiale. Il s'agit d'une façon d'augmenter notre champ d'expertise et de mieux s'adapter aux problématiques et aux besoins spécifiques des clients que l'on rencontre. Ses approches sont très cohérentes avec leur base théorique. Il importe de rester cohérent avec sa grille de lecture même si on les combine. Les cliniciens gagnent à établir leur propre définition épistémologique de la psychologie : de la santé et de la pathologie, de sa conception et de son traitement. Donc, il revient à dire que si l'on comprend en profondeur chacune des approches principales en psychologie, nous pouvons appliquer les concepts les plus intéressants aux problématiques spécifiques que l'on rencontre de façon cohérente. Ceci devient très

enrichissant pour le thérapeute et le client. Une proposition de traitement intégré qui aurait rassemblé les concepts les plus pertinents des trois approches majeures en vigueur aurait donc été particulièrement intéressante.

À la lumière de cet ouvrage, plusieurs points centraux ressortent particulièrement. Principalement, des questions de type épistémologiques font surface lorsque l'on se voit confronté à plusieurs façons de composer avec les troubles rencontrés en psychologie. La question de l'emphase poursuivie par le traitement en est une importante. Le clinicien et son patient doivent se positionner sur l'objectif, la finalité, de la thérapie à conduire. Il nous semble assez juste de viser un meilleur bien-être chez le client qui consulte en psychologie, mais cette visée peut emprunter plusieurs chemins différents. Pour cela, le clinicien doit prendre en considération les attentes du client et le conduire vers l'amélioration de son état, selon sa définition propre de la psychologie, de la pathologie et de son traitement. Il est certain que face à des approches (cognitive comportementale et psychodynamique) dont les fondements épistémologiques et les buts thérapeutiques peuvent être très différents, la notion de multidisciplinarité peut aussi être indiquée comme alternative à la convergence et complémentarité des approches. Un thérapeute peut s'occuper d'un volet éducatif et de restructuration par exemple et ensuite ou en parallèle l'adolescent souffrant d'insomnie peut trouver un espace de parole auprès d'un thérapeute d'orientation psychodynamique.

Suite à des discussions entre collègues et amis, la doctorante qui rédige cet ouvrage a pu statuer sur le fait que la personne la plus saine psychologiquement soit la personne la plus heureuse. La notion de bonheur, ici, en est une d'adaptation dans son sens le plus large. Toute personne doit faire face à la réalité avec ce qu'il possède de forces et de faiblesses. Celui qui réussit à bien s'adapter aux situations de sa vie et qui arrive à des formations de compromis flexibles, multiples et bien adaptés à la réalité peut jouir d'une vie non pas sans symptôme et malaise, mais avec ceux-ci (symptôme, lapsus, méprises, inconfort) qu'il considère selon leur sens profond et qu'il prend le temps d'adresser.

Conclusion

Puisque le sommeil constitue le tiers de la vie d'un individu, nous pouvons penser qu'il correspond à une période importante de repos physiologique et psychologique. Plusieurs phénomènes tels que les événements cognitifs (consolidation de la mémoire, apprentissage, maturation des circuits neurologique, etc.) et les processus psychiques prennent place durant le sommeil (rêve, continuation de la vie psychique diurne, etc.). Il s'agit d'une source d'information très riche pour le clinicien qui travaille avec ces variables et leurs perturbations. Pour sa part, l'insomnie à l'adolescence est un symptôme qu'il importe d'explorer. Il importe de s'y arrêter, d'en parler et de tenter de comprendre ce qui le trouble. Chaque cas est unique, mais peut être compris selon certaines variables propres à l'approche utilisée par le psychologue traitant. De plus, les forces propres à chaque approche peuvent être utilisées selon l'histoire unique du client ainsi que la façon dont il souhaite en venir à terme. En unissant les champs d'expertise des différentes approches, un clinicien peut se voir maximalelement outillé pour considérer tous les aspects inhérents à l'insomnie à l'adolescence.

Références

- Alfano, C., Ginsburg, G., & Kingery, J. (2007). Sleep-Related Problems among Children and Adolescents with Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 224-232.
- Alfano, C., Zakem, A., Costa, N., Taylor, L., & Weems, C. (2009). Sleep problems and their relation to cognitive factors, anxiety, and depressive symptoms in children and adolescents. *Depression & Anxiety*, 26(6), 503-512.
- Alvin, P., & Rey, C. (1983). La fatigue chez l'adolescent. *Médecine & Enfance*, 3, 1-7.
- Amar, M. B. (2002). Anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques. Dans M. B. Amar, & L. Léonard (Éds), *Les Psychotropes : Pharmacologie et Toxicomanie*, (pp. 165-220). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- American Sleep Disorders Association. (2005). *The International Classification of Sleep Disorders*, Westchester, IL, USA.
- Anders, T. F., & Eiben, L. A. (1997). Pediatric Sleep Disorders : A review of the past 10 years in American academic. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (1), 9-20.
- APA (American Psychiatric Association). (1994). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*. Washington, DC.
- Assoun, P. L. (1995). Pour une psychanalyse de l'insomnie. *Synapse*, 115, 41-50.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2004). Precipitating factors of insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 2, 50-62.
- Bergeret, J. (2004). *Psychologie pathologique : théorie et clinique*. Paris : Masson.
- Bélanger, L., Savard, J., & Morin, C. M. (2006). Clinical management of insomnia using cognitive therapy. *Behavioral Sleep Medicine*, 4(3), 179-202.
- Billiard, M., & Dauvilliers, Y. (2005). *Les troubles du sommeil*. Paris : Masson.

- Billiard, M., & Dauvilliers, Y. (2005). *Les troubles du sommeil*. Paris : Masson.
- Birraux, A. (1998). L'entretien et sa dynamique à l'adolescence. *L'entretien Clinique*. In Press Éditions ; Paris.
- Bootzin, R., & Stevens, S. (2005). Adolescents, substance abuse, and the treatment of insomnia and daytime sleepiness. *Clinical Psychology Review, 25(5)*, 629-644.
- Borbély, A. (1984). *Les secrets du sommeil*. Paris : Pierre Belfond.
- Breuer, J. C. & Freud, S. (1955). *Studies on hysteria*. London : Hogarth Press.
- Buysse, D. J., & Reynolds, C. R. (2000). Pharmacologic treatment. Dans K. L. Lichstein and C. M. Morin (Eds.), *Treatment of late life insomnia* (p. 231-267) Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Carskadon, M. A. (2002). *Adolescent Sleep Patterns; Biological, Social, and Psychological Influences*. United Kingdom : Cambridge University Press.
- Carskadon, M. A., Crowley, S. J., & Christine, A. (2007). Sleep, circadian rhythms, and delayed phase in adolescence. *Sleep Medicine, 8*, 602-612.
- Carskadon, M. A., Vieira, C., & Acebo, C. (1993). Association Between Puberty and Delayed Phase Preference. *Sleep : Journal of Sleep Research & Sleep Medicine, 16(3)*, 258-262.
- Choquet, M. (2004). Médicaments contre le stress et l'insomnie : Enquêtes chez les adolescents. *Enfances et Psy, 25*, 65-66.
- Constantino, M. J., Manber, R., Ong, J., Kuo, T. F., Huang, J. S., & Arnow, B. A. (2007). Patient expectations and therapeutic alliance as predictors of outcome in group cognitive-behavioral therapy for insomnia. *Behavioral Sleep Medicine, 5*, 210-228.
- Dahl, R., & Lewin, D. (2002). Pathways to adolescent health : Sleep regulation and behavior. *Journal of Adolescent Health, 31(6)*, 175-184.
- Daley, M., Morin, C., LeBlanc, M., Grégoire, J., & Savard, J. (2009). The economic burden of insomnia: Direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research, 32(1)*, 55-64.
- De Koninck, J. (1997). Sleep, the Common Denominator for Psychological Adaptation. *Psychologie Canadienne, 38*, 191-195.
- Dement, W. C., & Vaughan, C. (2000). *Avoir un bon sommeil*. Paris : Édition Odile Jacob.

- Dexter, J. (2002). Adolescent case presentation. *Journal of Clinical Psychoanalysis*, 11(4), 532-551.
- Dollander, M. (2002). Étiologies de l'insomnie chez l'adulte. *L'Encéphale*, 28(6), 493-502.
- Dollander, M., & Lenoir, A. (2003). Insomnie et régression à la position passive : Approche exploratoire. *Psychologie Clinique et Projective*, 9, 285-311.
- Drake, C. L., Rochrs, T., & Roth, T. (2003). Insomnia causes, consequences, and Therapeutics : an overview. *Depression and Anxiety*, 18, 163-176.
- Dumont, M. (2000). Expérience du stress à l'adolescence. *International Journal of Psychology*, 35, 194-206.
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the Life Cycle : Selected Papers*. New York : International Universities.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, Youth, and Crisis*. New York : Norton.
- Espie, C. A. (1994). *Le traitement psychologique de l'insomnie*. Liège : Pierre Mardaga Éditeur.
- Espie, C. A. (2002). Insomnia : Conceptual issues in the development, persistence, and traitment of sleep disorders in adults. *Annual Review of Psychology*, 53, 215-243.
- Espie, C. A., Broomfield, N. M., Mac Mahon, K. M., Macphee, L. M., & Taylor, L. M. (2006). The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiologic insomnia : a theoretical review. *Sleep Medicine Review*, 10(4), 215-245.
- Fedida, P. (1997). Pour une clinique psychanalytique du sommeil. *Sommeil et Psychiatrie*, 38, 107-114.
- Fenichel, O. (1979). *La théorie psychanalytique des névroses*, 3^e édition. Paris : PUF.
- Freud, S. (1988), *Sur le rêve*, Paris : Gallimard
- Freud, S. (1925). *Ma vie et la psychanalyse*. Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme, angoisse*. Paris : Presse Universitaire de France.
- Freud, S. (1976). *Métapsychologie*. Paris : Gallimard.
- Garma, L., & Widlöcher, D. (1996). Le rêve entre la clinique psychanalytique et la clinique du sommeil. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 23, 541-564.

- Giordanella, J. P. (2006, Décembre). *Rapport sur le thème du sommeil. Ministère de la santé et des solidarités*. Récupéré le 10 mai 2009 de <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000899/0000.pdf>.
- Guillon, M., & Crocq, M. (2004). Estime de soi à l'adolescence : Revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52(1), 30-36.
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 869-893.
- Hinze, E. (1986). The influence of historical events on psychoanalysis : A case history. *International Journal of Psycho-Analysis*, 67(4), 459-466.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (2004). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 447-4492). New York : Wiley.
- Houzel, D. (1995). « Les troubles du sommeil de l'enfant et de l'adolescent », dans Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M., (1995). *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*. Paris : PUF.
- Ivanenko, A., & Johnson, K. (2008). Sleep disturbances in children with psychiatric disorders. *Seminars In Pediatric Neurology*, 15(2), 70-78.
- Johnson, E. O., Roth, T. Schultz, L., & Brelau, N. (2006). Epidemiology of DSM-4 Insomnia in Adolescence : Lifetime Prevalence, Chronicity, and en Emergent Gender Difference. *Pediatrics*, 117 (2). E47-E56.
- Kales, A., Caldwell, A. G., Preston, R. A., Healy, S. H., & Kales, J. D. (1976). Personality Patterns of Insomnia : Theoretical Implications. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1128-1134.
- Ladouceur, R., & Gros-Louis, Y. (1984). *L'insomnie : traitement comportemental*. Québec : Presses de l'université du Québec.
- Lafortune, D., & Bedwani, N. C. (1996). Les psychothérapies individuelles. Dans P. Doucet & W. Reid (Eds.) *Les Psychothérapies Psychanalytique. Une Diversité de Champs Cliniques*, p. 119-132. Montréal : Gaëtan Morin.
- Leblanc, M., Dionne, J., Proulx, J., Grégoire, J. G., & Trudeau-Leblanc, P. (1998). *Intervenir autrement, un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté*. Montréal : Les presses de l'université de Montréal.
- Le petit Larousse illustré*. (1997). Paris : Les éditions Larousse.

- Lundh, L. G., & Broman, J. E. (2000). Insomnia as an interaction between sleep interfering and sleep-interpreting processes. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(5) : 299-310.
- Lundh, L., Broman, J., Hetta, J., & Saboonchi, F. (1994). Perfectionism and insomnia. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 23(1), 3-18.
- Mancia, M. (1995). One possible function of sleep : to produce dreams. *Behavioral Brain Research*, 69, 203-206.
- Mancia, M. (1996). Le rêve et ses transformations pendant le processus analytique. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 23, 583-604.
- Meissner, W. (1981). Studies on hysteria—Frau Emmy von N. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 45(1), 1-19.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia : Psychological assessment and management*. New York : Guilford.
- Morin, C. M. (2006). Combined therapeutics for insomnia : should our first approach be behavioral or pharmacological? *Sleep Medicine*, 7-1, 15-19.
- Morin, C. M., Bélanger, L., & Fortier-Brochu, É. (2006). Sommeil, insomnie et psychopathologie. *Canadian Psychology*, 47 (4), 245-262.
- Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). *Insomnia, a clinical guide to assessment and treatment*. New York : Kluwer Academic.
- Morin, C. M., & Guay, B. (2001). *L'insomnie : Nature et Traitement*. L'Actualité Médicale. Supp. 1-7.
- Noland, H., Price, J., Dake, J., & Telljohann, S. (2009). Adolescents' Sleep Behaviors and Perceptions of Sleep. *Journal of School Health*, 79(5), 224-230.
- O'Brien, J. D., Pilowsky, D. J., & Lewis, O. W. (1992). *Psychotherapies with children and adolescents : Adapting the psychodynamic process*. American Psychiatric Press : England.
- O'Brien, L. (2009). The neurocognitive effects of sleep disruption in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(4), 813-823.
- Ohayon, M., & Bousquet, C. (1997). *Dis-moi comment tu dors*. Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.

- Ohayon, M., Roberts, R., Zulley, J., Smirne, S., & Priest, R. (2000). Prevalence and Patterns of Problematic Sleep Among Older Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1549-1556.
- Paupst, J. C., & Robinson, T. (1976). *Bien Dormir*. Bruxelles : Les Éditions de l'Homme.
- Perlis, M. L., Giles, D. E., Mendelson, W. B., Bootzin R. R., & Wyatt, J. K. (1997). Psychophysiological insomnia : the behavioral model and a neurocognitive perspective. *Journal of Sleep Research*, 6(3), 179-188.
- Peterson, M., Rumble, M., & Benca, R. (2008). Insomnia and Psychiatric Disorders. *Psychiatric Annals*, 38(9), 597-605.
- Porret, J. (1987). Particularités et incidences de la vie psychique nocturne chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiatrie de l'Enfant*, 30(2), 329-374.
- Reite, M. (2004). Treatment of Insomnia. Dans A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Éds) *Textbook of psychopharmacology* (3e éd.), (pp. 1147-1166). Arlington : American Psychiatric Publishing.
- Roane, B., & Taylor, D. (2008). Adolescent Insomnia as a Risk Factor for Early Adult Depression and Substance Abuse. *Sleep : Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 31(10), 1351-1356.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Ger Chen, I. (2002). Impact of Insomnia on Future Functioning of Adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 561-569.
- Robertson, J. A., Broomfield, N. M., & Espie, C. A. (2006). Prospective comparison of subjective arousal during the pre-sleep period in primary sleep-onset insomnia and normal sleepers. *European Sleep Research Society*, 16, 230-238.
- Roussillon, R. (2009, Juin). *La Survivance à l'Adolescence*. Communication présentée au congrès de la Société Québécoise de Psychanalyse, Québec.
- Royant-Parola, S. (2007). *Les Mécanismes du Sommeil: Rythmes et Pathologies*. Paris : Le Pommier.
- Rutter, M. (1983). Psychological therapies in child psychiatry : issues and prospects. *Childhood Psychotherapy and Development*. New York : Raven.
- Saint-Hilaire, Z. (2006). *L'insomnie*. Paris : Presse Universitaire de France.
- Schmidt, R. E., Gay, P., & Van der Linden, M. (2008). Facets of impulsivity are differentially linked to insomnia: evidence from an exploratory study. *Behavioral Sleep medicine*, 6, 178-192.

- Shaffer, D. R., Wood, E., & Willoughby, T. (2005). *Developmental Psychology : Childhood and Adolescence*. Toronto : Thomson Nelson.
- Shapiro, T., & Esman, A. (1985). Psychotherapy with children and adolescents. *Clin North*, 4, 909-921.
- Soulé (1977). L'endormissement se fait dans une "aire d'illusion". Dans Houzel, D., Soulé, M., Kreisler, L., Benoit, O., (1977), *Les troubles du sommeil de l'enfant*. Paris : Expansion scientifique française, 11-16.
- Spielman, A. J., Conroy, D., & Glovinsky, P. B. (2003). Evaluation of insomnia. In M. L. Perlis & K. L. Lischstein (Eds.), *Treating Sleep Disorders : Principles and Practice of Behavioral Sleep Medicine* (pp. 190-213). New York : Wiley.
- Taylor, R. R. (2006). *Cognitive behavioral therapy for chronic illness and disability*. Springer : New York.
- Theodore, M., Brody, J. L., & Kenneth, P. M. (1998). *Human pharmacology: molecular to clinical* (3rd ed.). Missouri : Mosby.
- Vincent, N., & Walker, J. (2000). Perfectionism and chronic insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(5), 349-354.
- Wagner, K. D., Shipley, T. E., & Lorion, R. P. (1983). Insomnia and Psychosocial Crisis : Two Studies of Erikson's Developmental Theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 595-603.
- Wang, M-Y, Wang, S-Y & Tsai, P-S. (2005). Cognitive behavioural therapy for primary insomnia : a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 553-564.
- Wildöcher, D., Braconnier, A. (1996). *Psychanalyse et psychothérapies*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.
- Wilson, S. & Nutt, D. (2007) Management of insomnia : treatments and mechanisms. *British Journal of Psychiatry*, 191, 195-197.
- Woolfolk, A. E., Winne, P. H., & Perry, N. E. (2004). *Educational Psychology*. New Jersey : Pearson.
- Xambo, J. J. (1993). « Sommeil, rêve, insomnies ». *Soins formation, pédagogie, encadrement*, 7, 43-48.
- Zaslow, M., & Takanishi, R. (1993). Priorities for research on adolescent development. *American Psychologist*, 48(2), 185-192.