

NEUROSCIENCES & comportements

D'après Cerveau & Psycho n°23

3^{ème} partie : Neurosciences cognitives

CHAPITRE 7 - INSOMNIE ET TROUBLES PSYCHIQUES (fascicule 3/4)

Jérôme PALAZZOLO

est psychiatre libéral à Nice, professeur de socio-anthropologie de la santé à l'Université internationale Senghor d'Alexandrie et chargé de cours à l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

La relation entre un trouble du sommeil et une affection psychiatrique est complexe. Il faut identifier, chez le patient, le rôle spécifique joué par chacune de ces deux composantes. Le psychiatre doit évaluer le sommeil du sujet dans sa globalité (sa quantité et sa qualité), en prenant en compte, plus que pour toute autre pathologie, la perception subjective du trouble afin de proposer le traitement le mieux adapté. Quant au spécialiste du sommeil, il doit avoir à l'esprit l'approche psychiatrique, car la plainte du patient risque de cacher une pathologie psychique plus grave occultée par le dysfonctionnement de l'équilibre veille-sommeil.

Les troubles du sommeil sont fréquents dans la pratique psychiatrique : ils sont quasi constants chez les patients hospitalisés, et touchent près de 50 pour cent des sujets vus en consultation. Ces troubles peuvent s'intégrer dans un tableau clinique facilement reconnu, ou constituer le premier signe d'une pathologie de la psyché. L'insomnie peut rester longtemps isolée, et le médecin doit pouvoir mettre en évidence la maladie psychiatrique alors que le patient ne se plaint que de ses troubles du sommeil.

Nous examinerons différents types de maladies psychiques et verrons que, dans tous les cas, se manifestent des troubles du sommeil. On constate des anomalies du déroulement du sommeil, de l'ordre des phases, de leur durée ou des caractéristiques électroencéphalographiques. Dans tous les cas, le sommeil n'est pas réparateur. En revanche, quelle que soit la pathologie, demeure une question, pour l'heure sans réponse : les anomalies du sommeil sont-elles des causes ou des conséquences de la pathologie psychiatrique ? Pour commencer, abordons le cas de la dépression quasi inévitablement liée à l'insomnie.

Troubles du sommeil et de l'humeur

Les troubles du sommeil et ceux de l'humeur sont souvent associés : présente dans plus de 25 pour cent des cas d'insomnie chronique, la dépression en représente l'une des causes principales, trop souvent méconnue. Inversement, l'insomnie est l'un des symptômes le plus souvent relevés au cours d'une dépression : dans 80 à 95 pour cent des cas selon les études. Il est en effet exceptionnel qu'en pratique clinique un sujet déprimé ne se plaigne pas de la mauvaise qualité de son sommeil. Parfois même, cette plainte occupe le devant de la scène, pouvant masquer les autres symptômes, ce qui peut entraîner des erreurs diagnostiques et thérapeutiques.

Chez le déprimé, l'endormissement n'est pas perturbé ; il peut même dans certains cas être avancé et plus rapide que la moyenne. En revanche, le sommeil est entrecoupé de multiples éveils nocturnes, et surtout écourté par un réveil précoce qui laisse le sujet sans force - physique et psychique -, abattu, l'esprit figé dans la perspective noire d'un jour nouveau. L'association fréquente de symptômes anxieux au syndrome dépressif aggrave la fragmentation du sommeil par de nombreux éveils, et entraîne une augmentation du délai d'endormissement. De nombreux spécialistes soulignent que le réveil précoce serait surtout le fait des troubles dépressifs majeurs entrant dans le cadre d'un trouble bipolaire, anciennement nommé psychose maniaco-dépressive. Dans cette pathologie, les individus traversent des phases d'euphorie et d'hyperactivité souvent créatrice - c'est la phase dite maniaque - et basculent ensuite dans des périodes de dépression plus ou moins profondes. Dans 10 à 15 pour cent des cas, la dépression se manifeste par une somnolence diurne excessive. Cette hypersomnie (sommeil excessif) serait fréquente chez les sujets bipolaires ou encore dans le cadre d'un trouble de la personnalité. A l'inverse, en cas d'accès maniaque, l'insomnie est de règle. Se manifestant par des difficultés d'endormissement *et* des éveils multiples au cours de la nuit, elle précède parfois la décompensation, et constitue un prodrome (ou signe avant-coureur) bien connu et redouté par l'entourage du malade. Malgré la réduction considérable du temps de sommeil, le sujet ne ressent généralement aucune sensation de fatigue, du moins au début, et présente, au contraire, un état d'euphorie et d'excitation psychomotrice.

Troubles du sommeil et psychoses

Les psychoses aiguës s'accompagnent souvent de perturbations du sommeil, importantes dans la plupart des cas. Une psychose est un trouble psychique altérant profondément le comportement sans que le patient en ait conscience. Les psychoses aiguës sont des bouffées délirantes avec dissociation, c'est-à-dire dislocation de la vie psychique dans le domaine de la pensée, du domaine affectif et relationnel. L'insomnie est l'un des premiers symptômes à apparaître, et peut précéder de quelques jours les signes cliniques. Dans les bouffées délirantes aiguës, la durée du sommeil est réduite, à cause d'une anxiété vespérale exacerbée, de difficultés d'endormissement et d'éveils nocturnes multiples, voire parfois d'une activité délirante qui ne s'extériorise pas encore, mais est déjà présente.

Dans le cas des psychoses chroniques, les symptômes anxieux et délirants maintiennent le sujet en état d'alerte. En ce qui concerne la schizophrénie, les troubles du sommeil ont été étudiés de façon plus systématique : comparativement aux sujets normaux, tous les enregistrements de l'activité cérébrale nocturne (ou polysomnographies) révèlent des anomalies notables : augmentation du temps d'endormissement, diminution de la durée totale du sommeil et de son caractère réparateur. Le sommeil est fragmenté, et les éveils sont répartis tout au long de la nuit.

Dans certains cas, on observe une inversion complète du rythme, c'est-à-dire de la répartition des phases du sommeil. La somnolence diurne excessive est rare, et quand elle survient, elle résulte le plus souvent des neuroleptiques sédatifs prescrits. Certains tableaux pouvant faire évoquer des hypersomnies se révèlent bien souvent être des épisodes catatoniques, des épisodes de léthargie alternant avec des états d'excitation caractéristiques de la schizophrénie. Au contraire, certaines hypersomnies authentiques se manifestent dans certains troubles de la personnalité, en relation probable avec un syndrome dépressif.

Chez les personnes schizophrènes, on constate des anomalies dans la répartition des critères définissant les différents stades du sommeil. Cela aboutit à la constitution d'« états intermédiaires » atypiques pouvant occuper jusqu'à 25 pour cent de la durée totale du sommeil. Les enregistrements polysomnographiques indiquent une diminution systématique du sommeil lent profond, particulièrement lors du stade 4. La diminution du sommeil lent profond a ainsi été observée au cours des phases aiguës ou chroniques de la maladie, ou encore chez des patients placés en institutions depuis longtemps. Il a également été montré que les sujets schizophrènes présentent des déficits de la durée du stade 4 même en période de rémission, ce qui a conduit certains psychiatres à penser que cette anomalie pourrait représenter un marqueur de la maladie. Par ailleurs, le premier épisode de sommeil paradoxal survient plus tôt que la moyenne. Bien sûr, aucune de ces variations n'est spécifique de la schizophrénie et tous les schizophrènes ne présentent pas ces anomalies. Les médicaments antipsychotiques normalisent rapidement le sommeil, souvent bien avant de corriger la symptomatologie délirante.

Troubles du sommeil et anxiété

Différents troubles anxieux perturbent le sommeil : le trouble panique, le trouble anxieux généralisé et l'anxiété liée au sommeil. Commençons par le trouble panique. Il est défini par la survenue de crises d'angoisse graves, répétées, imprévisibles, sans cause déclenchante apparente. Le sujet a des sueurs, le souffle court, des palpitations, une sensation d'étouffement, des picotements, des bouffées de chaleur ou de froid, craint de défaillir ou de mourir. Le trouble panique a fait l'objet de plusieurs études polysomnographiques. Ainsi, une étude a comparé 24 patients souffrant de trouble panique à des témoins appariés, c'est-à-dire de même sexe, de même âge, de même poids, diverses caractéristiques physiologiques et psychologiques communes, hormis l'anxiété.

Ce travail a mis en évidence un sommeil globalement identique dans les deux groupes, avec cependant une plus grande difficulté d'endormissement chez les sujets ayant un trouble panique (la durée moyenne d'endormissement est alors de 20 minutes au lieu de 10 chez les témoins). Par ailleurs, le sommeil est moins réparateur et les mouvements corporels au cours du stade 2 sont plus nombreux que la normale. Les patients n'ont pas d'anomalie du sommeil paradoxal. Par ailleurs, six crises de panique nocturne sur huit sont survenues lors de la transition du stade 2 au stade 3.

Plusieurs études dynamiques de sommeil, c'est-à-dire après des privations forcées de sommeil, ont été réalisées pour préciser les rapports entre troubles paniques et états dépressifs. Les réactions de 12 patients souffrant de trouble panique ont ainsi été comparées avec celles de 10 déprimés majeurs et de 10 témoins après une nuit de privation totale de sommeil : les déprimés ont montré une amélioration de leur humeur (c'est une réaction bien connue des déprimés à la privation de sommeil), alors que les sujets anxieux comme les témoins ont réagi à cette nuit sans sommeil par une dysphorie (sentiment déplaisant et dérangeant de tristesse, d'anxiété, de tension, d'irritabilité) légère. Une aggravation de la symptomatologie anxieuse et la survenue d'attaques de panique ont été mises en évidence après une nuit de repos chez un sous-groupe de patients atteints de trouble panique.

Au total, les différentes études du sommeil des personnes souffrant de trouble panique ne révèlent pas de caractéristiques spécifiques et ne permettent pas de rapprocher cette entité pathologique des troubles dépressifs, ni par les enregistrements de base ni par les enregistrements obtenus après privation de sommeil. Les troubles paniques représentent une entité clinique hétérogène, et les résultats obtenus sur les différents individus étudiés sont variés. La survenue des crises de panique nocturnes lors des phases de sommeil profond, laisse penser que la pathologie repose davantage sur un mécanisme biologique que sur des processus cognitifs. En effet, dans les phases de sommeil profond, les processus cognitifs sont au repos.

Quant aux troubles anxieux généralisés (inquiétude irrationnelle, excessive et persistante), les études visant à les différencier des troubles paniques et des dépressions sont peu nombreuses, et ont porté sur des populations limitées. Ainsi, 10 personnes souffrant d'un trouble anxieux généralisé ont été comparées à 20 patients dépressifs unipolaires (souffrant de dépression récurrente, sans épisode maniaque). Les deux groupes présentaient une difficulté d'endormissement et de maintien d'un sommeil correct, et une diminution de la durée du sommeil lent profond. En revanche, ils différaient quant aux variables définissant le sommeil paradoxal : chez ceux atteints d'un trouble anxieux, le premier épisode de sommeil paradoxal survenait plus tard que la moyenne (82 minutes contre 47), et une proportion de sommeil paradoxal inférieure (17 pour cent contre 27 pour cent).

Dans une autre étude, les patients souffrant d'un trouble anxieux généralisé associé ou non à une dépression (10 sujets dans chaque cas), diffèrent des patients ayant une dépression primaire par la latence du sommeil paradoxal : le sommeil paradoxal survient 101 minutes en moyenne dans le trouble anxieux généralisé, 109 minutes lorsque ce trouble est associé à une dépression, et 56 minutes lorsque la dépression est isolée. Le nombre d'éveils nocturnes varie également (respectivement 25 et 33 contre 42).

Troubles associés

On constate, d'après l'ensemble de ces travaux, que le sommeil des patients anxieux se singularise par une difficulté d'endormissement, une difficulté de maintien du sommeil, lequel est moins efficace, et une instabilité traduite par de fréquents changements de stades. Il existe par ailleurs une grande variabilité d'une nuit à l'autre. Enfin, le sommeil des sujets atteints de trouble anxieux généralisé se distingue de celui des dépressifs unipolaires : le sommeil paradoxal est mieux respecté et le sommeil lent moins perturbé.

Des symptômes anxieux peuvent être associés à des troubles du sommeil, mais, inversement, diverses pathologies, telles que des apnées du sommeil, le syndrome des jambes sans repos ou les troubles du rythme veille-sommeil, peuvent déclencher ou aggraver un état anxieux qui, à son tour, favorise et complique le trouble du sommeil.

Les caractéristiques du sommeil dans les maladies psychiques					
	Endormissement	Éveils nocturnes	Durée	Heure du réveil	Enregistrements
Dépression	Rapide	Fréquents	Insuffisante	Précoce	Sommeil lent profond réduit
Schizophrénie	Difficile	Fréquents	Réduite	Inversion du rythme veille-sommeil	Sommeil lent profond réduit États intermédiaires
Anxiété	Difficile	Fréquents Mouvements	Réduite	Normale	Sommeil lent profond réduit
TOC	Difficile	Fréquents	Réduite	Normale	Sommeil paradoxal précoce
Stress post-traumatique	Difficile	Fréquents	Réduite	Normale	Sommeil paradoxal tardif et réduit
Démence sénile	Inversion du rythme	Éveil nocturne	Un peu allongée	Inversion du rythme veille-sommeil	Sommeil globalement déstructuré

Mais c'est surtout dans le cadre des parasomnies (manifestations qui accompagnent le sommeil, telles que rêves d'angoisse ou terreur nocturne) que l'anxiété associée pose problème. En effet, si cette dernière est parfois génératrice d'épisodes parasomniaques, elle en est surtout la conséquence.

TOC, stress post-traumatique et démence sénile

Les troubles du sommeil ont rarement fait l'objet d'études dans le cadre des troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Certaines anomalies des enregistrements polysomnographies retrouvées chez les personnes atteintes de TOC seraient proches de celles de la dépression. Dans ce cadre, un protocole a comparé le sommeil de 14 patients souffrant de TOC à celui de 14 sujets déprimés et de 14 témoins. Les résultats mettent en évidence une diminution de la durée totale du sommeil, la présence de multiples éveils nocturnes, une diminution de la latence du sommeil paradoxal (d'autant plus importante que les sujets ont une dépression associée) et du sommeil lent profond. Une autre étude a également révélé une augmentation de la durée du stade 1 associée à une diminution de celle des stades 3 et 4.

Quant à l'état de stress post-traumatique, il s'accompagne dans la plupart des cas de nombreuses altérations des enregistrements de l'activité cérébrale durant le sommeil : diminution de la durée totale de sommeil et de son indice d'efficacité, augmentation de la latence du sommeil paradoxal et diminution de la proportion de sommeil lent profond. Par ailleurs, les rêves évoquant le traumatisme ont lieu généralement assez tôt dans le cycle de sommeil, entre une heure et trois heures du matin, en dehors du sommeil paradoxal, et sont souvent associés à des mouvements corporels, alors que les rêves d'angoisse surviennent

dans les deux ou trois dernières heures du sommeil. Enfin, de nombreux spécialistes suggèrent que les troubles du sommeil liés à un état de stress post-traumatique persisteraient même après la disparition des symptômes.

Le sujet âgé présente des modifications physiologiques du sommeil, notamment la réapparition d'un sommeil fragmenté par de multiples éveils nocturnes, ce qui pousse souvent les personnes âgées à faire la sieste dans la journée. Lorsqu'une détérioration cognitive s'installe, des périodes d'agitation et des troubles du comportement peuvent survenir, plus particulièrement au cours de la soirée, voire durant la nuit. Peu à peu, le rythme veille-sommeil s'inverse, donnant lieu au tableau classique extrême, celui du dément turbulent et agité au cours de la nuit, mais somnolent et apathique le jour. Les sédatifs et les hypnotiques prescrits n'améliorent guère ce tableau, et ont plutôt une action délétère de par les troubles confusionnels et mnésiques qu'ils peuvent déclencher. Toutefois, ils sont parfois indispensables pour soulager l'entourage. Le tableau clinique est proche de celui des dépressions pseudo-déméntielles, que l'on ne peut confirmer qu'en administrant un traitement antidépresseur bien conduit et prescrit à des doses suffisantes.

En résumé, le sommeil est contrôlé par divers mécanismes redondants, mais, pourtant, il est fragile et la cible privilégiée d'un grand nombre de troubles. Il est rare qu'un processus pathologique n'imprime sa marque durant la nuit comme il le fait pendant la journée. Mais il est important pour le clinicien de garder à l'esprit les particularités de la clinique du sommeil : il n'existe pas de simple relation de cause à effet systématique entre un sommeil perturbé et une pathologie psychique.

Les altérations spécifiques du sommeil pourraient être causées par les mécanismes physiopathologiques responsables des symptômes psychiatriques. Mais les dysfonctionnements du sommeil interagissent vraisemblablement avec ceux propres à la maladie psychiatrique. Ainsi, un diagnostic de schizophrénie ne peut pas se poser sur la seule présence d'une insomnie. Mais, inversement, une insomnie dépressive ne pourra être améliorée par la seule prescription de somnifères. En définitive, on conçoit aisément qu'une bonne connaissance de la physiologie et de la pathologie du sommeil soit indispensable au médecin.

Bibliographie

J. PALAZZOLO, Pour en finir avec l'insomnie, Hachette, 2006.

S. R. OYANT-PAROLA, Comment retrouver le sommeil par soi-même, Odile Jacob, 2006.