

Le somnambulisme

Bruno Fortin, psychologue à l'Unité de médecine familiale Charles-Lemoyne

Le cas clinique

La patiente de 23 ans se plaint de réveil nocturne. Sans savoir pourquoi, elle se retrouve dans la cuisine sans souvenir de comment elle y est arrivée. Elle se réveille parfois dans son lit, mais elle constate par la suite qu'elle a consommé sa confiture préférée pendant la nuit sans s'en rendre compte. Elle a déjà eu des épisodes de somnambulisme dans sa jeunesse, mais le tout avait disparu à l'âge adulte. Elle se demande si son inconscient tente de lui dire quelque chose et si des émotions refoulées sont en train de remonter à la surface. Elle craint surtout de faire des choses qui pourraient être dangereuse pour elle-même.

La recherche le dit

Le somnambulisme est une des parasomnies, ces troubles associés au sommeil (Umanath, Sarezky et Finger, 2011). On le trouve chez 2,5 % de la population, six fois plus chez les enfants prépubères. Les somnambules ont habituellement des frères, des sœurs ou des parents avec ce problème ou un problème connexe du sommeil. Le somnambulisme serait 10 fois plus prévalent chez les parents de premier degré. Chez les jumeaux adultes, la concordance est de 80 % chez les hommes, mais de 36 % chez les femmes.

Le somnambulisme inclut des comportements moteurs complexes habituellement amorcés pendant la phase du sommeil lent ou profond (absence de mouvements oculaires rapides), comportements qui vont jusqu'à la déambulation dans un état de conscience altéré et de jugement affaibli. Cet état comprend également des réactions réduites aux stimuli, une faible capacité de communication et de l'amnésie des événements nocturnes.

Ces caractéristiques différencient le somnambulisme du trouble du sommeil rapide ou paradoxal (mouvements oculaires rapides) que l'on trouve par exemple chez les patients atteints de la maladie de Parkinson (Trotti, 2010). Privés du blocage moteur qui empêche habituellement le dormeur de bouger pendant son sommeil, ces patients s'agitent la nuit en se débattant et en frappant les agresseurs qu'ils perçoivent dans leur rêve. Ils bénéficient de médicaments tels que le clonazépam et la mélatonine. Les personnes qui parlent dans leur sommeil le feraient également dans la phase des mouvements oculaires rapides (Umanath, Sarezky et Finger, 2011).

L'électroencéphalogramme et la polysomnographie permettent maintenant de différencier le somnambulisme d'autres causes de déambulation nocturne, comme l'épilepsie (Umanath, Sarezky et Finger, 2011).

Le somnambulisme est associé au stress, à la privation de sommeil ou à la perturbation de l'horaire de sommeil (décalage horaire), aux traits de personnalité anxieux et aux individus souffrant de pensées suicidaires. L'obésité, la fièvre et la prise de médicaments antipsychotiques augmente le risque de somnambulisme (Stores,

2010; Seeman, 2011). Bell (2010) recommande de s'assurer que le somnambulisme, au cours duquel le patient va souvent manger, n'est pas associé à un épisode d'hypoglycémie. Le somnambulisme de son patient diabétique est disparu après qu'il ait reçu de l'insuline à longue action.

Les auteurs recommandent la gestion des facteurs déclencheurs tels que les situations stressantes et la consommation d'alcool, tout comme l'aménagement sécuritaire de l'environnement et la prescription médicamenteuse au besoin (clonazépam 0,5-3,0 mg HS) (Seeman, 2011; Umanath, Sarezky et Finger, 2011). On recommande la cessation de la consommation d'alcool, de caféine et de marijuana ainsi que le traitement de l'apnée du sommeil. Le patient somnambule risque d'être confus, anxieux et en détresse si on tente de l'éveiller ou de le consoler pendant qu'il déambule. Il vaut mieux le guider gentiment vers son lit (Stores, 2010).

Reid et coll. (1981) rapportent une amélioration des symptômes subjectifs et objectifs de somnambulisme après six sessions d'hypnothérapie, maintenu à une relance un an plus tard. Les sujets, hypnotisés alors qu'ils avaient les pieds sur un tabouret, ont appris à sortir de l'état de transe au moment où il mettait les pieds sur le sol. Une suggestion post-hypnotique leur suggérait qu'un phénomène semblable se produirait en cas de somnambulisme. Au moment où leurs pieds toucheraient le sol, ils deviendraient immédiatement alertes et éveillés.

La patiente dont nous parlons au début de l'article a bénéficié d'un travail de deuil au sujet d'une séparation conjugale récente. Après un travail visant à lui donner une meilleure hygiène du sommeil, une vie relationnelle plus satisfaisante et une vie généralement plus équilibrée, le somnambulisme a cessé. Rassurée en constatant qu'il ne prenait pas une ampleur dangereuse pour elle, elle en est venue à le considérer comme un signal temporaire de déséquilibre dont elle doit tenir compte.

Vous pourrez trouver ces articles complets ou leurs résumés à partir de la base de données EBSCO. Abonnez-vous au www.ordrepsy.qc.ca/bases.

Bibliographie

- Bell, D. S. H. (2010). Nocturnal hypoglycaemia presenting as somnambulism. *Diabetologia*, 53, 2066-2067.
- Reid, Q. H., Ahmed, Iqbal et Levie, C. A. (1981). Treatment of Sleepwalking : A Controlled Study. *American Journal of Psychotherapy*, XXXV, 1, 27-37.
- Seeman, M. V. (2011). Sleepwalking, A Possible Side Effect of Antipsychotic Medication. *Psychiatric Quarterly*, 82, 59-67.
- Stores, G. (2010). Dramatic parasomnias : recognition and treatment. *British Journal of Hospital Medicine*, 71, 9, 505-510.
- Trotti, L. M. (2010). REM Sleep Behaviour Disorder in Older Individuals : Epidemiology, Pathophysiology and Management. *Drugs Aging*, 27, 6, 457-470.
- Umanath, S., Sarezky, D et Finger, S. (2011). Sleepwalking through History : Medicine, Arts, and Courts of Law. *Journal of the History of the Neurosciences*, 20, 253-276.