

Le rêve, son origine, son utilité et ses répercussions



FREUD a accordé au rêve une place centrale tant dans son modèle théorique que dans la pratique psychanalytique. Depuis, bien d'autres formes de psychothérapies font appel aux rêves dans l'intervention thérapeutique. La recherche scientifique sur le rêve a cependant forcé le rejet de la plupart des notions freudiennes liées à la nature et aux fonctions du rêve¹. De plus, des progrès ont été faits sur le plan de nos connaissances de ses caractéristiques et de ses relations avec la vie éveillée. Nous proposons un survol des travaux de recherche scientifique sur le rêve.

La localisation du rêve dans le sommeil et ses bases neurophysiologiques

C'est en 1953 qu'Aserinsky et Kleitman découvrent le sommeil paradoxal (SP) (ou en anglais *Rapid-Eye-Movement [REM] Sleep*). Les observations initiales d'une correspondance entre les mouvements des yeux en SP et le contenu visuel des rêves ainsi que de l'association presque exclusive entre le SP et le rappel de rêves élaborés ont formellement ancré, tant dans les milieux scientifiques que dans le public en général, la notion que le rêve est limité au SP. Les recherches subséquentes ont démontré qu'il y a de l'activité mentale durant toute la nuit bien qu'elle varie en intensité selon la période et les stades de sommeil². Cependant, certains chercheurs proposent toujours que la nature des rêves en SP se distingue du reste de l'activité onirique et ils lient la construction du rêve aux centres du cerveau responsables du SP², soit la région pontine du tronc cérébral (notamment le locus coeruleus tel qu'identifié par Jouvet il y a 40 ans). Le neuropsychologue de l'Université de Londres Mark Solmes³, à partir de travaux de pharmacologie, d'imagerie et de neuropsychologie, a proposé plutôt que ce n'est que par le truchement de la région préfrontale que le rêve est engendré. Toré Nielsen⁴, de l'Université de Montréal, a quant à lui suggéré que l'activité onirique retrouvée en dehors du SP, mais similaire à celle observée en SP, est causée par une dissociation de certains mécanismes du SP qui surgissent dans les autres stades du sommeil. Ce débat sur la localisation du rêve

trouvera peut-être bientôt son dénouement dans les travaux en cours utilisant l'imagerie du cerveau durant le sommeil et plus particulièrement durant le SP.

Les invariants des rêves

La recherche moderne s'est concentrée sur le contenu manifeste des rêves et le modèle prédominant a été celui qui suggère une continuité entre les rêves et la vie éveillée¹. L'équipe de Calvin Hall en a été le pionnier en menant dans les années 1950 une étude normative sur les rêves de collégiens, étude qui sert toujours aujourd'hui de référence. Deux caractéristiques ont particulièrement retenu l'attention : 1. le contenu du rêve a une teneur négative due à la prédominance des interactions agressives, de l'anxiété et de la malchance; et 2. il y a des différences entre les sexes dans plusieurs dimensions, notamment dans les émotions, les interactions et les décors, rendant le contenu des rêves féminins moins négatif¹. Ces constatations ont facilement mené à la conclusion que les sources du rêve étaient fortement imprégnées dans la biologie du rêve et étaient invariables. Cependant, plusieurs études ont depuis montré que le caractère négatif des rêves n'est pas toujours aussi marqué. À cet effet, nous avons observé dans notre laboratoire que les différences entre les sexes s'estompent avec les changements dans les rôles sociaux des femmes⁵.

Sur le plan ontogénétique, on reconnaît que la construction des rêves reflète les capacités cognitives du rêveur⁶. Quant au contenu, on remarque par exemple que les rêves des enfants sont plus agréables, contiennent peu de personnages et plus d'animaux tandis que les rêves des personnes âgées contiennent moins d'interactions sociales et davantage de thèmes de rupture et de mort.

Sur le plan culturel, des différences se rapportent à la présence de thèmes liés à la culture mais aussi à la répartition des composantes fondamentales du rêve comme les interactions sociales et les émotions. D'un autre côté, on retrouve dans les rêves certains thèmes ou préoccupations universels et communs à toutes les cultures du monde.

La mémoire et les rêves

Des études menées dans plusieurs laboratoires constatent que 65 à 70 % des éléments de la vie éveillée incorporés dans les rêves se rapportent à la journée précédente. Les événements des journées précédentes y sont représentés de manière décroissante jusqu'à une semaine, puis il semble y avoir une recrudescence de représentations datant de sept, huit jours. La représentation temporelle diminue ensuite linéairement. Nous avons démontré dans

notre laboratoire que chez les personnes âgées, il y aurait une seconde recrudescence de références remontant à plus de 40 ans, c'est-à-dire à l'adolescence et au début de l'âge adulte⁷. Cette présence des souvenirs de cette période correspond au même phénomène observé dans la mémoire autobiographique. Ceci renforce l'idée que cette période demeure particulièrement saillante dans la mémoire, et ce, pour toute la vie.

Le rêve peut être aussi très sélectif et peu empressé dans son choix de représentations d'expériences saillantes de la vie éveillée. Nous avons par exemple observé que lorsque l'on apprend une nouvelle langue, même dans les cas d'immersion, l'incorporation d'éléments de cette langue dans les rêves ne se fait que lorsque celle-ci commence à être maîtrisée⁸. Qui plus est, certaines activités très courantes trouvent difficilement leur représentation onirique. En effet, si le rêve permet l'incorporation des contenus sexuels et cela sans censure, d'autres activités comme lire, écrire et calculer s'observent très rarement⁹.

Le plus remarquable est que les éléments de la vie éveillée qui forment les rêves subissent des transformations majeures au point d'être méconnaissables par toute autre personne que le rêveur. Par exemple, nous avons demandé à des juges de jumeler, sans indice préalable, des récits de rêves avec des descriptions d'activités et de préoccupations de la journée précédente de plusieurs rêveurs. Le taux de succès des jumelages corrects n'a pas dépassé le hasard, et ce, même si un des juges était une psychologue clinicienne¹⁰.

Le rêve n'est donc pas le reflet direct de la vie éveillée mais bien, comme l'a proposé Jung, une expression très imagée et nouvelle de la réalité psychique. Le rêve va au-delà et établit des liens nouveaux entre les éléments de la veille et la multitude de souvenirs accumulés dans la mémoire. Ainsi, Piaget concevait le rêve comme un acte d'assimilation pure, sans contrainte de la réalité extérieure. Son caractère associatif expliquerait pourquoi il n'y a pas de place pour l'écriture et la lecture. Ce sont des activités trop dirigées. La liberté d'accès aux banques de mémoires et la possibilité de combiner plusieurs éléments sans avoir à obéir à la logique et aux lois de la physique permettent au rêve une exploration presque illimitée de scénarios et d'images nouvelles et souvent très créatrices, menant parfois à des découvertes scientifiques. On observe parfois que le rêve tente de résoudre des problèmes personnels. Cette caractéristique particulière rend le rêve très intéressant dans le contexte des psychothérapies. Il existe toute une littérature, de valeur scientifique inégale, qui propose l'utilisation systématique de ces caractéristiques des rêves dans la vie quotidienne¹¹.

Les rêves dans les psychopathologies

Il y a eu peu d'études sur le contenu des rêves dans les différentes psychopathologies¹². On sait que les névroses, plus particulièrement de nature phobique, sont accompagnées de rêves à contenu anxiogène où l'objet phobique est souvent incorporé.

Dans le cas des psychoses, ce sont les rêves des patients schizophrènes et dépressifs qui ont été les plus étudiés.

Chez les schizophrènes, les récits de rêves sont courts et peu élaborés avec moins d'hallucinations qu'à l'état d'éveil, leur contenu est primitif et direct, avec peu d'affect et une prédominance de personnages étrangers. Le contenu peut être très violent et le rêveur est plus souvent observateur que participant. Il est d'ailleurs intéressant de noter que certains auteurs ont observé l'apparition de morbidité et de violence importante dans les rêves dans les jours précédents un accès psychotique.

Chez les dépressifs, les rêves sont tout d'abord très courts et plutôt rares. Ils contiennent presque exclusivement des personnages familiers (p. ex. famille). Les thèmes sont souvent masochistes et l'agression est tout aussi bien dirigée contre le rêveur que contre les autres personnages.

Les rêves et l'adaptation psychologique

Une caractéristique étonnante du rêve est son côté négatif; l'anxiété et l'agression y prédominent. En effet, les rêves représentent souvent le mauvais côté des choses, les scénarios les plus catastrophiques, le thème le plus fréquent étant celui d'être poursuivi¹³. On pourrait par conséquent s'attendre à ce que l'activité onirique ait un impact négatif sur la vie éveillée. De façon générale, l'observation qu'après des nuits de sommeil ininterrompu (sans rappels de rêves), l'humeur du matin est typiquement plus positive que celle du soir, semble confirmer que le caractère habituellement négatif du rêve n'a pas d'influence sur le rêveur.

Les études en laboratoire démontrent également peu de relation entre l'humeur des rêves remémorés et l'humeur au réveil le matin, ce qui suggère que l'impact des rêves sur la vie éveillée subséquente n'est pas linéaire. Aussi, nous venons tout juste de rapporter qu'il n'y avait pas de relation entre le caractère relativement positif ou négatif des émotions dans les rêves et le degré de satisfaction dans la vie (*life satisfaction*), et ce, tant chez les adultes que chez les personnes âgées⁷. Quant au contenu même des rêves, il semble pouvoir exercer une influence sur l'éveil qui suit mais seulement dans les cas où leur contenu incorpore explicitement une préoccupation du rêveur ou une situation stressante. Nous avons observé par exemple que durant des périodes d'examen, seuls les sujets qui avaient incorporé dans leurs rêves des stratégies d'adaptation au stress d'examen montraient une meilleure adaptation à la situation d'examen à l'éveil¹⁴. Cartwright a observé, chez un groupe de femmes divorcées, que celles qui avaient incorporé leur conjoint dans leurs rêves étaient mieux adaptées à leur divorce (sans que l'on puisse ici établir une relation de cause à effet)¹⁵.

Les cauchemars et les terreurs nocturnes

Les cauchemars sont des rêves dont le contenu est élaboré et très anxiogène et qui se produisent durant les dernières périodes de SP de la nuit. Antonio Zadra, de l'Université de Montréal, fait la dis-

inction entre cauchemars et mauvais rêves, ces derniers ne provoquant pas de réveils et semblant moins affecter négativement le sentiment de bien-être des rêveurs¹⁶. On distingue aussi les cauchemars des terreurs nocturnes, lesquelles se produisent en début de nuit, durant les périodes de sommeil lent profond (sommeil à ondes lentes ou stades 3 et 4). Ces réveils sont rarement accompagnés de contenu mental imagé et détaillé mais sont caractérisés entre autres par des sensations d'étouffement fatal.

Les causes des cauchemars sont peu connues car ceux-ci apparaissent spontanément chez les enfants. Sur le plan épidémiologique, 25 à 35 % des enfants de 3 à 6 ans en sont affectés régulièrement. La prévalence des cauchemars fréquents diminue à l'adolescence pour se situer à 5 % chez l'adulte. Une enquête récente révèle toutefois qu'au moins 50 % des adultes ont des cauchemars à l'occasion. On soupçonne l'existence d'une prédisposition héréditaire aux cauchemars fréquents.

Si on ne peut prédire les cauchemars, on sait qu'ils sont plus fréquents dans les périodes de stress. Aussi, les traumatismes sont susceptibles de provoquer des cauchemars qui deviennent récurrents, exacerbent la condition psychologique et dont le contenu est lié au traumatisme, comme dans le cas du syndrome de stress post-traumatique (PTSD)¹⁵. À l'extrême, Levitan, psychiatre de l'Université McGill à Montréal, a suggéré sur la base d'études de cas de patients souffrant de troubles psychosomatiques que les cauchemars pouvaient être à la source des manifestations comme les maux de tête, voire les ulcères d'estomac. Enfin, les cauchemars sont souvent accompagnés de troubles de sommeil, notamment d'insomnie.

Pour se débarrasser des cauchemars, nous disposons maintenant d'approches relativement plus simples et efficaces que les psychothérapies et les traitements pharmacologiques. La technique du rêve lucide, où le rêveur prend conscience de rêver et contrôle le déroulement de son rêve, a un bon taux de succès¹⁷. Appliquée aux cauchemars, cette approche permet d'en éliminer les composantes anxiogènes pour les remplacer par des expériences agréables. Cependant, cette approche ne convient pas à tous et il faut parfois de nombreux essais pour arriver au contrôle onirique. Une approche plus récente et davantage prometteuse est celle de l'imagerie répétée (*imagery rehearsal*). Cette technique consiste à prendre en note les récits de cauchemars et à imaginer une transformation du scénario en un dénouement agréable¹⁸. En visualisant mentalement ce scénario avant le coucher, on obtient une transformation des cauchemars répétitifs en rêves normaux. Cette approche très simple a été tout récemment adaptée avec succès dans notre laboratoire pour traiter une vingtaine d'enfants de 9 à 11 ans souffrant de cauchemars fréquents¹⁹.

Conclusion

Malgré qu'elle soit toujours limitée méthodologiquement par l'introspection du rêveur, la recherche a permis de progresser dans

nos connaissances sur les origines neurophysiologiques des rêves et d'identifier certains facteurs qui les influencent. Les mécanismes de transformation de l'expérience éveillée et de la mémoire dans la construction du contenu des rêves demeurent par ailleurs largement inconnus. Quant à l'impact du rêve sur l'adaptation psychologique, il semble limité à ce que le rêveur et son entourage en font (idées créatrices, connaissance de soi et psychothérapie), car en soi, il semble avoir très peu d'influence. Quant aux rêves ayant des conséquences négatives sur la vie éveillée, nous pouvons maintenant les maîtriser par des techniques simples et peu coûteuses.

Joseph De Koninck, Ph. D., est professeur titulaire de psychologie à l'Université d'Ottawa et doyen de la Faculté des études supérieures et postdoctorales en plus d'être président sortant de la Société canadienne du sommeil.

Références

1. Domhoff, G. W. (2003). *The Scientific Study of Dreams*. Washington, American Psychological Association.
2. Hobson, J. A. (2003). *Dreaming : An Introduction to the Science of Sleep*. Oxford Press.
3. Solmes, M. (1997). *The Neuropsychology of Dreams*. Lawrence Erlbaum.
4. Nielsen, T. A. (2000). « Mentation in REM and NREM sleep : A review of mentation in REM and NREM sleep : "Covert" REM sleep as a possible reconciliation of two opposing models ». *Behavioral and Brain Sciences*, vol. 23, p. 851-866.
5. Lortie-Lussier, M. et al. (1992). « Beyond sex differences : Family and occupational roles impact on women's and men's dreams ». *Sex Roles*, vol. 26, p. 79-96.
6. Foulkes D. (1999) *Children's Dreaming and the Development of Consciousness*. Cambridge, Harvard University Press.
7. Grenier, J. et al. [conditional upon revisions]. « Temporal references in dreams and autobiographical memory ». *Memory and Cognition*.
8. De Koninck, J. (2000). « Waking Experiences and Dreaming ». Dans Kryger, M., Roth, T., Dement, W. C. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Philadelphia, W. B. Saunders, p. 502-509.
9. Hartmann, E. (1998). *Dreams and Nightmares : The New Theory on the Origin and Meaning of Dreams*. New York, Plenum.
10. Roussy, F. et al. (2000). « Daily events and dream content : Unsuccessful matching attempts ». *Dreaming*, vol. 10, n° 2, p. 77-83.
11. Barret, D. (2001). *The Committee of Sleep*. New York, Crown Publishers.
12. Kramer, M. (2000). « Dreams and Psychopathology ». Dans Kryger, M., Roth, T., Dement, W.C. *Op. cit.*, p. 511-519.
13. Germain, A. et al. (2000). « The prevalence of typical dream themes challenges the specificity of the threat simulation theory ». *Behavioral and Brain Sciences*, vol. 23, p. 940.
14. Delorme, M.-A., Lortie-Lussier, M., et De Koninck, J. (2002). « Stress and coping in the waking and dreaming states during an examination period ». *Dreaming*, vol. 12, n° 4, p. 171-183.
15. Barret, D. (1996). *Trauma and Dreams*. Cambridge, Harvard University Press.
16. Zadra, A., et Donderi, D. C. (2000). « Nightmares and bad dreams : their prevalence and relationship to well-being ». *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 109, n° 2, p. 273-281.
17. Gackenbach, J., et Laberge, S. (éd.). (1988). *Conscious Mind, Sleeping Brain-Perspectives on Lucid Dreaming*. New York, Plenum Press.
18. Krakow, B. et al. (1996). « Long-term reduction of nightmares with imagery rehearsal treatment ». *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, vol. 24, p. 135-148.
19. St-Onge, M. et al. (2000). « Imagery rehearsal for nightmares in children : A pilot study ». *Journal of Sleep Research*, vol. 9 (supp. 1), p. 80.