

Introduction à une possible oniologie médicale*

Article de G. Abraham Y. A. Kaufmann, W. Kroni
Médecine et Hygiène, 2002, vol. 60, n° 2410, pp. 1968-1970

Avec la découverte du sommeil paradoxal et de ses liens avec la production de rêves, le phénomène onirique est en train d'acquiescer un statut scientifique que la médecine devra prendre de plus en plus en compte.

De phénomène occasionnel, il s'est en effet transformé en phénomène régulier et vraisemblablement fonctionnel.

Il pourrait ainsi apporter une contribution clinique non indifférente, tant pour ce qui est de l'établissement d'un diagnostic que de la mise en place et du suivi d'une thérapie donnée.

Réalité et imaginaire

Bien que dans l'Antiquité les rêves aient été pris très au sérieux par les médecines grecque et égyptienne, pour ne citer qu'elles, on comprend la méfiance de la médecine actuelle, très technologique et spécialisée, devant le phénomène onirique. Soucieuse d'acquiescer et de conserver le statut de science à part entière, la médecine d'aujourd'hui ne semble pas pouvoir se permettre de flirter avec un domaine qu'il est difficile de vérifier objectivement. Même chez les partisans d'une médecine que l'on pourrait qualifier de plus humanitaire, amenant au cœur de l'histoire personnelle du malade, il n'est pas de médecin qui s'aventure avec aisance dans l'investigation des souvenirs oniriques et de leur éventuelle utilisation.

Certes, le fait que Sigmund Freud ait préconisé avec succès d'utiliser les rêves pour comprendre et soigner des cas cliniques d'affections névrotiques a eu un certain retentissement dans le monde médical, mais ses théories n'ont pas franchi les frontières de la psychanalyse et d'une médecine alors strictement orientée vers la psychologie et la psychosomatique. Néanmoins, depuis les années cinquante, à travers un travail systématique sur la physiologie et la pathologie du sommeil, le rêve est apparu de plus en plus comme un phénomène régulier, rattachable à l'activité inconsciente, et surtout nocturne, du cerveau.

Bref, le rêve a acquis, presque par hasard d'ailleurs, comme bien d'autres domaines de la science, le statut de manifestation méritant la considération de la médecine.

Nous savons en effet qu'en dormant nous passons au travers de deux types de sommeil alternés : un sommeil quantitativement majoritaire, qualifié d'orthodoxe, et un sommeil minoritaire, survenant par cycles, nommé sommeil paradoxal. Le premier peut atteindre une profondeur à laquelle le deuxième n'a pas accès. En outre, à l'enregistrement polysomnographique le premier finit par produire des ondes lentes, tandis que le second est représenté principalement par des ondes rapides. Tous deux semblent susceptibles de donner lieu à une production onirique, cependant, à cet égard, le sommeil paradoxal présente un net avantage sur le sommeil orthodoxe, puisque si l'on réveille un sujet en phase de sommeil paradoxal, il est capable de raconter un rêve.

En rendant compte du nombre de cycles de sommeil paradoxal, soit cinq ou six chaque nuit, l'hypnogramme de l'enregistrement polysomnographique nous permet d'estimer assez précisément que nous rêvons au moins une heure ou une heure et demie par nuit. Même s'il ne nous renseigne pas sur la durée effective de chaque rêve, l'on peut penser sans craindre de trop se tromper qu'il existe une disproportion flagrante entre la durée du phénomène onirique dans son ensemble et le souvenir que l'on peut en avoir. Nous sommes là devant une véritable énigme.

D'autre part, tandis que selon la doctrine psychanalytique la question princeps se centrerait autour du pourquoi oublie-t-on un rêve ?, question dont la réponse était qu'on l'aurait refoulé dans un but défensif, la question princeps aujourd'hui semble être pourquoi se souvient-on de tel rêve plutôt que de tel autre ?

Cette question, d'ailleurs, n'est pas sans lien avec l'orientation neurophysiologique contemporaine, davantage intéressée à expliquer la phénoménologie de la conscience que celle de l'inconscient. Toujours est-il que le fait de rêver n'est plus à considérer comme un phénomène occasionnel et imprévisible, mais plutôt comme quelque chose de régulier et de tout à fait prévisible. En d'autres termes, de «bizarrerie» du psychisme qu'il était, le rêve s'est élevé au rang d'activité fonctionnelle probable ; une activité dont, pour l'heure, on ne connaît pas bien le rôle exact. On est toutefois assez enclin, mais les preuves manquent encore, à voir dans le phénomène onirique une activité cérébrale destinée en particulier à favoriser la mémoire à long terme.

Ceci étant, il n'est pas impossible de supposer que l'essence du phénomène onirique dans son ensemble ne résiderait pas dans la production d'images dont on serait susceptible de se souvenir – et de ne pas se souvenir –, mais bien plutôt dans la gestion, l'élaboration et la «métabolisation» des perceptions internes de l'organisme pendant d'assez longues périodes, tandis que le contact perceptif avec l'extérieur est en pratique coupé. On peut en somme présumer que, ayant interrompu la prédominance habituelle de la perception consciente de l'état de veille, la perception du milieu interne pendant le sommeil devient assez puissante pour nous obliger à lui faire face avec des moyens extraordinaires. Ainsi, le rêve proprement dit ne serait que la mise en images occasionnelle d'ensembles de sensations et de réactions psycho-émotionnelles ; une mise en images qui n'interviendrait donc qu'au tout dernier moment, lorsque justement on a l'impression de se souvenir d'un rêve.

A noter à ce propos que les aveugles de naissance, qui n'ont pas la possibilité d'exprimer leur activité onirique par des images, la traduisent assez souvent par des impressions auditives.

La médecine se trouve ici devant une perspective de taille, puisqu'à leur tour les images oniriques pourraient subir une traduction inversée et se voir reconverties en sensations et émotions. Des sensations et des émotions liées tantôt à une maladie en cours, tantôt à une santé en train de se reconstituer. D'autant qu'il pourrait y avoir une similitude entre certains rêves et les fantasmes conscients que la maladie, comme aussi la récupération de la santé, sont à même de susciter. Nous aurions là un bon exemple de cette dialectique perpétuelle, présentant plusieurs visages et pourtant vraisemblablement univoque, entre psyché et soma, subjectivité et objectivité, réalité et imaginaire. Et pourquoi pas entre santé et maladie et, surtout, entre homo diurnus et homo nocturnus ; ce dernier étant, selon toute probabilité, plus proche de l'homme primitif que ne l'est l'homme civilisé que nous croyons être.

La mémoire onirique

Etant donné que la production onirique semble plus importante lorsqu'apparaissent les cycles de sommeil paradoxal (le REM-sleep des Anglo-Saxons, c'est-à-dire un sommeil annoncé par des mouvements des paupières, les rapid eye movements), nous devons rappeler – et nous rappeler – que ce type de sommeil entraîne souvent des dépenses énergétiques supérieures à celles que requiert l'état de veille. Autrement dit, ce type de sommeil n'est pas du tout restaurateur d'énergie. En outre, à côté de l'excitation cérébrale, on constate, pendant ces cycles de sommeil paradoxal, une paralysie musculaire assez étendue, manifeste surtout en raison de la chute du tonus d'un bon nombre de muscles. Le tableau «paradoxal» est complété par la présence, lors de ces cycles, d'une érection du pénis ou d'une augmentation de la sécrétion vaginale ; phénomènes dont on a pu vérifier que le plus souvent ils n'étaient pas dus à des rêves spécifiquement érotiques.

Si l'on essaie de priver un sujet de sommeil paradoxal pendant toute une nuit, les nuits suivantes il montrera une augmentation compensatoire de ce type de sommeil. Néanmoins, le fait que la privation de sommeil paradoxal n'engendre pas de perturbations évidentes du fonctionnement cérébral pourrait, peut-être, représenter une confirmation de ce que ledit sommeil paradoxal, notre manière la plus courante d'aménager l'autoperception sensitivo-émotionnelle inconsciente, ne serait pas le seul à nous permettre cet aménagement.

Toujours est-il que le sommeil paradoxal semble se manifester en particulier sous l'égide du système dopaminergique, lequel, à son tour, est impliqué dans des réactions et des comportements visant la recherche du plaisir. Devons-nous en déduire que l'une des spécificités du sommeil paradoxal serait de régler les rapports entre plaisir et douleur, par exemple ?

Ce qui nous mènerait à une autre hypothèse, très importante, selon laquelle les rêves pourraient être l'expression d'ensembles sensitivo-émotionnels liés à la mémoire corporelle. En bref, les mémoires corporelle et onirique pourraient se superposer.

Par ailleurs, en subdivisant cette mémoire onirique en mémoire à court terme et mémoire à long terme, nous obtenons d'intéressantes présomptions cliniques. Des syndromes comme celui que l'on nomme ADD (attention deficit disturbance), qui amènent le sujet en état de veille à être toujours très distrait et incapable de prêter attention à ce qu'on lui dit ou à ce qu'il devrait faire, sinon pendant de très courtes périodes, constitueraient une sorte de persistance de cette «excitation dispersée» propre au sommeil paradoxal. Dans l'ADHD (attention deficit hyperactivate disorder), un syndrome similaire au précédent, le sujet, faute de pouvoir suffisamment se concentrer, développe une activité motrice incessante. Or, c'est précisément ce qui survient lorsque l'inhibition du tonus musculaire propre au sommeil paradoxal ne se fait pas ; le sujet dormant est alors en proie à une excitation motrice incontrôlable.

Si notre hypothèse est bonne, ces deux syndromes pourraient bien résulter de la persistance à long terme d'une «mémoire onirique» en état de déséquilibre chronique, puisque incapable de fournir des modèles internes d'équilibre sensitivo-émotionnel. Tandis que, peut-être, certains états de fatigue pourraient n'être que la conséquence à court terme de l'atonie musculaire typique du sommeil paradoxal.

Dans cette perspective toujours, on pourrait concevoir l'existence d'une sorte «d'anti-mémoire» (par analogie avec la notion d'antisense de la biologie moléculaire), c'est-à-dire de phénomène tendant à éviter les ancrages propres à ce que nous appelons la mémoire onirique. L'insomnie, par exemple, pourrait, dans certains cas au moins, se rattacher plutôt à la crainte inconsciente d'être trop conditionné par la mémoire onirique qu'à l'angoisse de perdre l'état de conscience de la veille. De même, nous sommes en droit d'imaginer que des phénomènes comme le bruxisme et le restlessness – deux phénomènes nocturnes liés au sommeil – expriment une persistance partielle de l'activité motrice, susceptible encore une fois de s'opposer à l'atonie musculaire propre au sommeil paradoxal.

D'autre part, les cauchemars qui produisent un réveil instantané, et ainsi une brusque réinsertion dans l'état de veille, devraient être vus comme une réaction à l'emprise d'une immobilité motrice pas toujours facile à aménager. D'autant que, souvent, les images oniriques résiduelles au moment du réveil expriment la crainte de tomber dans un précipice (chute du tonus musculaire ?) ou d'être poursuivi sans pouvoir bouger (paralysie musculaire partielle ?).

Il n'est pas exclu que dans le sommeil nous nous trouvions plongés dans un état très similaire à celui de l'homme primitif. Or, il est clair que ledit homme primitif devait vivre dans la crainte permanente de ce qui pourrait lui arriver pendant son sommeil. C'est ainsi que le cauchemar, lorsqu'il induit un réveil en sursaut, apporte avec lui une puissante sensation de soulagement, car alors on peut se dire que tout cela n'était qu'un rêve. Cette constatation, qui a priori peut sembler très banale, nous permet au contraire d'introduire une hypothèse enrichissante pour nos considérations générales.

Cette hypothèse est la suivante : ce qui pourrait apparaître comme une incapacité à bien «métaboliser» les perceptions internes en dormant pourrait, en fait, constituer une tentative automatique d'entretenir un état d'alerte sensitivo-émotionnel par rapport à une auto-perception menaçante. Cette dernière témoignant peut-être de dysfonctionnements encore latents ou d'un affaiblissement anodin des défenses immunitaires.

Vers une oniropologie clinique ?

En suivant notre hypothèse de base, à savoir que la mise en images propre au rêve serait essentiellement une sorte de condensation représentative d'ensembles sensitivo-émotionnels – perçus de manière plus intense dans l'état de sommeil –, nous pouvons aussi nous pencher brièvement sur d'éventuels mécanismes dynamiques, susceptibles d'aboutir à la production du phénomène onirique. Si, comme nous venons de le voir, les cauchemars semblent souvent avoir pour origine les sensations produites par la chute du tonus musculaire propre au sommeil paradoxal, ils n'en puisent pas moins dans d'autres sensations ; des sensations passées, fixées dans la mémoire corporelle. Alors que nos rêves les plus étranges et les plus complexes, que nous avons souvent envie de raconter, prendraient leur source dans des sensations ou des émotions nouvelles, susceptibles d'être intégrées dans de nouveaux équilibres internes.

De fait, dans le domaine des troubles sexuels, l'apparition de ce type de rêve, qui crée la surprise et éveille la curiosité du sujet (lequel, auparavant, rêvait peu ou à peine, ne faisant que des rêves banals), est souvent l'annonce que la thérapie agit de manière positive. En revanche, la présence de rêves répétitifs peut nous aiguiller vers d'éventuels malaises cénesthésiques, dont le sujet ne serait pas pleinement conscient. Enfin, la présence de rêves que leur auteur juge prémonitoires pourrait signaler des transformations encore subconscientes du milieu interne.

Par ailleurs, il est un autre aspect intéressant de l'activité onirique que nous pouvons mettre en évidence ici, un aspect que nous pourrions comparer au zoom de la caméra. Ainsi, le dormeur pourrait par exemple chercher à rétablir un équilibre sensitivo-émotionnel perturbé soit en se confrontant à des perspectives bien plus angoissantes, soit, au contraire, en abordant des perspectives produisant une anxiété moindre que celle qui serait à l'origine de la perturbation réelle. Le sujet qui se sent menacé par un abandon affectif ou, à l'opposé, par un malaise corporel donné, pourrait se retrouver en rêve sur un champ de bataille jonché de blessés et de morts, ou au contraire se voir tout simplement à la recherche de sa voiture, n'étant plus bien sûr de l'endroit où il l'aurait parquée. Il serait possible ensuite de remonter à l'élément anxiogène effectif, en partant tantôt de la tentative onirique de réduction de l'anxiété, tantôt de celle de son amplification.

En apprenant à bien utiliser la piste onirique, il n'est pas exclu que nous parvenions un jour à prévenir ou «monitoriser» un bon nombre de troubles, à commencer par les troubles alimentaires, comme l'anorexie et la boulimie, mais aussi les troubles du sommeil, les troubles sexuels ou encore des troubles dysfonctionnels comme l'énurésie, les dyspepsies, le côlon spastique, l'asthme et les céphalées.

A propos de l'insomnie à réveil précoce, il est intéressant de noter que si le sujet qui souffre de cet inconvénient se concentre sur un rêve qu'il vient de faire, il peut se rendormir plus aisément. Même si nous pourrions être tentés de le faire, il n'est pas question ici de dresser une liste d'équivalents symboliques des différents types de rêves, car cela nous éloignerait une fois de plus de la perspective de conférer un statut scientifique au phénomène onirique. Il n'empêche que si les rêves de chute ou de ralentissement de la motricité peuvent nous faire ressentir une perte énergétique, les rêves où nous voyons notre corps décoller pour se mettre à voler nous fournissent certainement une impression d'accroissement énergétique.

De même, en milieu psychiatrique, il n'est pas impossible qu'un rêve ou un délire paranoïaque où l'on se voit étranglé par son ennemi ne soient en définitive que la traduction imagée d'un épisode d'apnée nocturne.

D'autre part, des cas neurologiques ont été signalés dans lesquels des patients souffrant de lésions pariéto-occipitales montraient un arrêt parallèle de la production de rêves. Tandis que des patients souffrant d'une épilepsie temporale dont le foyer se situait dans l'hémisphère droit, en particulier, se plaignaient d'avoir sans cesse des cauchemars. On notera, par ailleurs, que souvent les antidépresseurs réduisent la quantité de sommeil paradoxal, comme il arrive qu'ils réduisent la libido. A propos de désir et de satisfaction sexuelle, enfin, on retiendra les déclarations de ces patientes qui, souffrant de fibromyalgie, constatent une nette – et paradoxale – amélioration de leur libido avec l'apparition des manifestations algiques. Comme si la douleur venait hausser la tonalité sensitive générale de leur corps. Ce qui, une fois de plus, nous amène à nous demander si certains rêves ne sont pas dépendants de sensations ou d'émotions ressenties la veille, ou si, à l'opposé, ils ne permettraient pas, par une élaboration nocturne, de faire place à un équilibre sensitivo-émotionnel plus complexe, mais peut-être aussi plus dynamique.

Du point de vue thérapeutique, nous devrions nous préparer à la perspective de monitorer des traitements psychologiques et pharmacologiques à travers la production onirique du sujet traité. En tenant compte aussi bien de la quantité des rêves que de leur qualité. Mais également des impressions émotionnelles que le rêveur en retient, comme des fantasmes conscients auxquels le phénomène onirique peut donner lieu. En effet, il existe un lien indiscutable entre rêves, fantasmes diurnes et rêveries, de sorte que si un patient donné ne parvient pas à se voir vivre la guérison attendue, il n'est pas impossible que l'un de ses rêves se charge de lui en proposer un «acompte» pendant le sommeil. A noter, pour finir, que nous pourrions également envisager de monitorer certains traitements de couple en nous référant à la production onirique des deux partenaires.

** Article rédigé autour d'un séminaire de formation sur l'utilisation des rêves en psychiatrie, donné à la clinique psychiatrique de Belle-Idée (directeur Pr François Ferrero).*

<http://revue.medhyg.ch/infos/article.php3?sid=836>

Bibliographie :

- Billard M. Le sommeil normal et pathologique. Paris : Masson, 1994 ; 534.
- Debru C. Neurophilosophie du rêve. Paris : Hermann, 1990 ; 362.
- Delacour J. Conscience et cerveau. Bruxelles : De Boeck Université, 2001 ; 294.
- Epstein AW. Cerebral Correlates of Dreaming. New York: Trans American Neurology Association, 1975; 100 ; 22-5.
- Epstein AW. Effects of Certain Cerebral Hemispheric Diseases on Dreaming. Biol Psychiatry 1979 ; 14: 77-93.
- Fain M, David C. Aspects fonctionnels de la vie onirique. Paris : PUF, 1962 ; 92.
- Freud S. Die Traumdeutung (deuxième édition). Vienne : F. Denticke, 1909 ; 386.
- Gerald A, et al. A Functional Role for REM Sleep in Brain Maturation Behav. Brain Research 1995; 69 : 1-11.
- Hobson JA. The Dreaming Brain. New York : Basic Books, 1988 ; 299.
- Hodoba D. Evidence from Epileptic Patients on the Role of the Right Hemisphere in REM Sleep. Neurologica Croatica 1991 ; 41 : 99-116.
- Jama S. Anthropologie du rêve. Paris : PUF, 1997 ; 125.
- Jouvet M. Le sommeil et le rêve. Paris : Odile Jacob, 1992 ; 212.
- Kandel ER, Schwarz JM, Jessel TM. Principles of Neural Science. New York : Mac Grow-Hill, 2000 ; 1319.
- La Berge S. (Stanford University) Lucid Dreaming. New York : Ballantines Books, 1987 ; 280.
- Langs R. Dreams, Emotional Adaptation. Phoenix : Zeig-Tucker Publ., 1999 ; 194.
- Stauch I, Meier B. Den Traümen auf der Spur. Berne : Hans Huber, 1992 ; 225.