



Peut-on utiliser les rêves en médecine générale ?



Rev Med Suisse 2008 ; 4 : 1413-5

G. Abraham

Pr Georges Abraham
13, avenue Krieg
1208 Genève

AUTOPERCEPTION ET VÉRIFICATION CLINIQUE

Toute spécialisation médicale se voit soumise à une intrication incontournable : celle entre subjectivité et objectivité. Qu'il s'agisse de se confronter à une dysfonction quelle qu'elle soit, à une maladie, à une récurrence, à une amélioration, à une guérison, toujours il faudra tenir compte non seulement des données objectives amenant au diagnostic et à la thérapeutique qui en découle, mais aussi au vécu du patient en question. Une personne ayant recours à une aide médicale se rend certes disponible à être examinée, à accepter les paramètres établissant la notion de normalité, mais tout cela implique aussi son individualité foncière, son histoire personnelle, sa façon de voir, pour ainsi dire ce qu'elle estime être autant le bien que le mal. Il en résultera de la part du patient une attitude ouverte vers la collaboration ou, à l'opposé, une attitude sournoise de défi et éventuellement d'autosabotage. Cela peut aller en somme d'une complaisance à tous les niveaux jusqu'à une véritable mise en échec du traitement par une soudaine fuite dans l'anosognosie ou par une flambée de plaintes hypocondriaques ; d'une étonnante présence de l'effet placebo à une apparition excessive d'effets secondaires des médicaments utilisés.

On peut à cet égard évoquer les innombrables surprises découlant justement de facteurs individuels soumis à leur tour aux vicissitudes tant d'ordre génétique que d'ordre épigénétique. Comme on peut se confronter à des phénomènes contrastants, tels ceux de l'héminégligence d'un côté ou du membre fantôme de l'autre. On peut même en arriver à supposer l'existence, pour un patient donné, de véritables conflits internes entre par exemple de l'excitation et de l'inhibition, qu'il s'agisse de défenses actives ou de leur progressif affaiblissement, d'immunité ou d'auto-immunité.

Qu'on le veuille ou non, chaque personne, médecin d'ailleurs compris, vit la santé et la maladie de façons différentes, ce qui n'est pas dû uniquement à la structure individuelle, mais aussi aux événements, à l'âge, au milieu environnant, à la culture. Jusqu'à considérer la santé tantôt comme un devoir, tantôt comme un droit. En y ajoutant que l'équilibre dont chacun dispose, c'est-à-dire l'homéostasie organique, peut varier pour s'adapter à la survenue de nouvelles circonstances, de nouvelles habitudes soit psycho-émotionnelles, soit proprement corporelles.

De plus, cet équilibre pourrait être dû, pour paradoxal que cela paraisse, à une maladie ou à une dysfonction. Si bien que le médecin, à la rigueur, devrait toujours se demander si telle ou telle atteinte n'aurait pas pour le patient une forme possible d'utilité, ne serait-ce que temporaire.

En clair, la subjectivité ne peut que jouer un rôle déterminant dans toute prise en charge d'un patient quel qu'il soit. Comme, encore une fois, le vécu personnel que chaque médecin éprouve à l'égard de tel ou tel patient ne doit pas être sous-évalué lui non plus.

CONTINUITÉ ET DISCONTINUITÉ BIOLOGIQUES

Il y a évidemment pour tout un chacun une suite biologique ininterrompue, une

continuité existentielle allant de la naissance à la mort. Une sorte de ligne de force à laquelle on est assujéti sans qu'il y ait des frontières bien définies entre développement et vieillissement, entre évolution et involution.

Mais à l'instar du fait que si, dans le corps humain, il existe une apparente symétrie, par exemple entre les deux mains ou entre les deux hémisphères cérébraux, mais que cette symétrie se révèle en pratique n'en être pas une – de même l'existence de rythmes biologiques peut nous donner l'impression qu'ils renforceraient justement la continuité du devenir individuel, alors qu'ils se bornent à moduler sans pause la courbe biologique dans son ensemble en y introduisant des variations susceptibles, elles, de nous faire penser à une véritable dialectique entre continuité et discontinuité, entre causalité linéaire et causalité circulaire, plutôt qu'à un tout indifférencié se poursuivant identique à lui-même.

Ainsi devrait-on prendre en considération non seulement différents niveaux de conscience et donc d'autoperception, mais encore l'interférence persistante de cycles tels l'apparition de la faim, du besoin d'uriner ou de déféquer. Mais également, bien sûr, des rythmes comme celui qui nous fait passer de l'état de veille à l'état de sommeil et vice versa. En d'autres termes, au lieu de nous demander à chaque endormissement ce que nous allons faire du sommeil, il faudrait nous demander ce que le sommeil fera chaque fois de nous. Une certaine autoperception consciente va être troquée contre une autoperception inconsciente. La mémoire corporelle, notamment, peut libérer plus facilement des engrammes sensitifs qui semblaient ne plus exister, capables à la rigueur de remettre en jeu une identité propre en y incluant une autre manière de réagir surtout aux événements intérieurs. L'homéostasie sera en tout cas soumise à des remaniements de taille concernant le vécu de santé et/ou celui



de maladie, tout en sachant à l'avance que ces mêmes remaniements seront de nouveau remis en cause quelques heures plus tard.

Si l'on pouvait pour ainsi dire renverser les concepts mêmes de santé et de maladie, de normalité et d'anormalité, on pourrait se permettre d'affirmer que l'état de veille est sans cesse dans une forme de «comorbidité» avec l'état de sommeil, que la pleine conscience et l'autoperception de l'état de veille sont sans arrêt «menacées» de chambardement par la perte de conscience due au sommeil. Cette alternance homéostatique serait à bien des égards quelque peu traumatique, ce qui peut expliquer l'inquiétude de l'être humain vis-à-vis du sommeil, d'autant plus que nous savons maintenant que ce dernier ne se réduit pas à une espèce d'interlude nécessaire pour récupérer l'énergie vitale, mais au contraire nous entraîne dans des moments de forte «turbulence», avec pour conséquence une confrontation sensitive et émotionnelle exclusivement intériorisée. Qu'il n'est pas impossible non plus que cela soit plus difficile à gérer par notre propre Moi que n'importe quel conflit avec le monde extérieur.

Toujours est-il que les périodes de sommeil paradoxal semblent s'orienter vers une dépense énergétique, allant aussi de pair avec une sécrétion accrue de testostérone et de cortisol. Tandis qu'en dehors de ces phases paradoxales, l'organisme s'orienterait plutôt dans le sens d'une économie énergétique.

En outre, sur une base clinique, nous assistons à l'éventualité que le sommeil fasse disparaître l'angoisse, comme d'ailleurs des douleurs fibromyalgiques, ou au contraire que ce même sommeil fasse s'intensifier un état d'angoisse ou qu'il ne permette pas de réduire une perception algique donnée. Le débit anxiogène semble pouvoir être endigué par des «ruses» oniriques consistant à faire vivre au sujet des perspectives bien plus catastrophiques que ses soucis quotidiens, ou alors le focalisant sur des soucis alternatifs plus ponctuels et susceptibles de solutions.

LES MULTIPLES FACETTES DU RÊVE

D'un point de vue hypothétique, on serait censé présumer que les rêves tels qu'on les conçoit habituellement n'existent pas en réalité. En effet, chez les aveu-

gles de naissance les images oniriques sont remplacées par des expériences internes tantôt sonores, tantôt olfactives. Ce qu'on nomme communément des rêves se réduirait à une forme de traduction simultanée par voie pictographique de vécus sensitifs et émotionnels assez intenses éprouvés lors du sommeil. On sait que cette intensité autoperceptive présumée est plus probable pendant des cycles du sommeil paradoxal qui automatiquement «entoure» l'excitation déclenchée par une paralysie musculaire inhibitrice.

Le fait qu'on pense avoir rêvé seulement de temps à autre ne serait pas dû au hasard, mais témoignerait de différents degrés d'autoperception hypnique et de leur suffisante ou insuffisante «métabolisation». En d'autres termes, il serait concevable qu'au-delà de toute attribution symbolique ou de toute explication fiable seulement à l'histoire personnelle d'un sujet pour un contenu onirique donné, existerait aussi un soubassement fonctionnel, voire dysfonctionnel, d'une supposée structure portante du rêve. On pourrait à l'extrême parler de dyssomnie et de *dysonirie*. Puisque de toute façon nous nous trouvons en face tout d'abord d'une fréquence de souvenirs oniriques pouvant le cas échéant avoir une valeur indicative du métabolisme entendu au sens large et impliquant justement l'homéostasie elle-même. Ensuite, il existe des rêves répétitifs dont le souvenir peut remonter même à l'enfance. D'où viennent-ils ?

Il est par contre presque impossible d'évaluer la durée d'un rêve, tout en sachant qu'il y a des rêves monothématiques comme des rêves plurithématiques. Il y a des rêves qui débutent par une thématique plutôt euphorisante, de type presque hypomaniaque, pour ensuite nous proposer une thématique dysphorique de type dépressif. Ils seraient censés montrer par exemple que l'individu en question redouterait d'accéder trop vite à une amélioration ou à une guérison par crainte de reperdre le bien obtenu. Comme il y a des rêves qui, à l'opposé, débutent par une thématique dysphorique se métamorphosant ensuite en une thématique euphorisante : ce qui ne devrait pas faire penser sur le coup que le sujet s'acheminerait vers une amélioration, mais pourrait dévoiler sa crainte de ne pas être encore capable de gérer un total bien-être à l'état conscient.

Pour considérer le tout selon une autre perspective, on sait que par exemple si l'on prive quelqu'un de sommeil paradoxal, il cherchera à le récupérer les nuits suivantes, tandis que sur le moment cela pourrait déclencher un effet énergétisant surprenant, qui a reçu le nom d'*agripinie*. A remarquer aussi que certains antidépresseurs, notamment les sérotoninergiques, réduisent le sommeil paradoxal. Cela reviendrait à produire des économies énergétiques ou à les cibler différemment. Etant donné que si durant le sommeil paradoxal on assiste à des érections spontanées comme à une sécrétion vaginale accrue, l'un des effets secondaires possibles des sérotoninergiques est bel et bien une diminution de la libido.

D'autre part, il faudrait que les insomniaques soient informés de la possibilité effective de surmonter leur trouble tout simplement en ressassant avec conviction un de leurs rêves, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que la remémoration d'un rêve serait apte à faire moins redouter l'état de perte de conscience lié au sommeil.

Quoi qu'il en soit, pour essayer, non pas vraiment de répondre à notre question initiale – si l'on peut imaginer d'utiliser les rêves des patients en médecine générale ou dans le contexte de n'importe quelle branche de la médecine – il faut en premier lieu s'armer de prudence dans le maniement à la fois des concepts et des observations cliniques.

Il n'empêche que nous devrions nous pencher avec une certaine curiosité scientifique sur ce genre de problèmes, puisque l'idée d'un sommeil vécu passivement, vu en tant que parenthèse entre une journée et l'autre de notre vie, est à tout jamais résolue. Il se pourrait même que ce qui se passe dans notre organisme pendant le sommeil se révèle pour finir plus déterminant que ce qui se passe pendant l'état de veille en ce qui concerne tant la maladie que la santé. Il est vrai que les heures de vie propres au sommeil se réduisent à un tiers en comparaison de l'ensemble et que, par-dessus le marché, le sommeil paradoxal se réduit quant à lui à un quart du temps de sommeil total. N'oublions pas cependant ce qu'on pourrait qualifier d'effet-levain propre à tout agent minoritaire ou, si l'on préfère, d'effet de catalyseur qui, tout en ayant lieu en somme dans le contexte anonyme du sommeil, serait obtenu par les rêves en y mettant un zeste de per-



sonnalisation pour chaque patient. En représentant peut-être de précieux indices par rapport aux mécanismes défensifs, rééquilibrateurs, adaptatifs, et tout cela annoncé éventuellement bien avant les contrôles routiniers dont nous sommes

devenus si dépendants. Ayant même le courage, tout bien considéré, de nous demander si les cauchemars tellement redoutés ne pourraient pas équivaloir à un exercice de «métabolisation» émotionnelle et fantasmagique non négligeable :

le sujet se procure à lui-même un état de peur violente, avec décharge d'adrénaline comprise, pour se réveiller aussitôt et se dire que ce n'était pas réel, mais seulement un «mauvais rêve». Astucieux, n'est-ce pas ? ■