

Sexualité et onirisme

Article de M. Stauffacher

Revue Médicale Suisse N° -571 publiée le 19/03/2003

La présence de la sexualité dans les rêves est attestée dès les débuts de l'histoire, par exemple dans les diverses «clés des songes» babyloniennes et égyptiennes. Mais il a fallu attendre les premières découvertes de la psychanalyse, pour en mesurer toute l'importance, dans la constitution du rêve. Pour ce qui nous intéresse prioritairement, c'est Freud, qui a exploré pour notre temps, l'idée de lier dans un destin thérapeutique commun, rêve et sexualité. Le propos de cet article est de renouer en quelque sorte avec une tradition hippocratique, pas si éloignée cependant des recherches récentes sur le sommeil, et de promouvoir le retour du rêve dans le cabinet du médecin. Alors que nous nous trouvons de plus en plus sollicités par les troubles psychologiques, interroger nos patients sur leurs rêves, permet de nouer avec eux une relation interpersonnelle subjective, qui n'évite pas la dimension du désir. «Ah ! le docteur s'intéresse aussi à ce qui se passe à l'intérieur de moi.» Cet article est aussi l'occasion de resituer la fonction de l'imaginaire en sexologie.

Introduction

Raconter un rêve reste une tentative socialement risquée, d'autant plus si le rêve est récent et qu'il implique la personne à qui le rêve est raconté. Même au cabinet, «il n'est pas de médecin qui s'aventure avec aisance dans l'investigation des souvenirs oniriques et de leur éventuelle utilisation».¹ Pour notre exposé, nous adopterons un point de vue clinique ; celui du médecin traitant, ou du psychiatre, qui voudrait tout d'abord s'informer des progrès de l'onirologie clinique et puis se lancer dans la pratique, et viendrait finalement à *en découvrir toutes les implications sexologiques*, mises en lumière, sous ce jour particulier. Tel est le cheminement de l'auteur, psychiatre de formation et pratiquant la psychothérapie analytique en cabinet privé, à la faveur d'un séminaire de supervision avec le Pr Georges Abraham. De cela il sera question, dans la deuxième partie de cet article, après quelques considérations plus générales sur l'onirisme et la sexualité.

Une réalité commune au rêve et à la sexualité ?

«Nous dormirons ensemble !» Aragon

Rêve et sexualité sont fonction de contextes dans lesquels la volonté a peu de part. Ce fait primordial a de grandes conséquences, tant sur le plan de l'étude clinique que du traitement. Les bases de l'onirologie médicale et de la sexologie ont été posées par Freud de façon pragmatique. Car «si la solution d'un problème pose des difficultés, confrontez-le à un second, un peu comme deux noix, dont l'une résisterait, si nous ne la cassions contre l'autre».² C'est donc Freud, qui a exploré pour notre temps, l'idée de lier les mystères du rêve et ceux de la sexualité. En premier, ce fut la noix du rêve qui céda, et l'on découvrit dans le cerneau une haute teneur en désir et en sexualité. En ce début de XXI^e siècle, les découvertes de la neurobiologie, mais aussi les difficultés «techniques»

rencontrées dans les thérapies sexuelles, nous donnent envie de renouveler l'expérience. Le résultat devrait être que dans la sexualité, il y a une grande part de rêve ; assurément dans les fantasmes bien connus de l'idéalisation amoureuse, peut-être davantage encore dans les cauchemars de la désidéalisation, mais surtout si l'on considère que les processus impliqués dans le rêve pourraient préparer, développer, entretenir, réparer la fonction sexuelle. Le rêve serait-il le gardien de la sexualité humaine ?

Conséquences cliniques de la théorie

Du sens et de la fonction...

«Même le dormant est ouvrier ou collaborateur de tout ce qui se passe dans le monde» Héraclite

Le repérage du désir, lié à la recherche du sens symbolique des rêves, voilà l'herméneutique^a dont témoigne brillamment la littérature psychanalytique. Mais l'on aurait tendance à oublier aujourd'hui, que le rêve pouvait avoir une fonction psychosomatique plus primitive, peut-être plus importante encore dans le domaine de la sexologie. C'est le mérite des neurophysiologistes de nous rappeler à cette réalité plus universelle. «Gardien et programmateur périodique de la part héréditaire de notre personnalité, il est possible que chez l'homme, le rêve joue également un rôle prométhéen moins conservateur. En effet grâce aux extraordinaires possibilités de liaisons de notre cerveau, il pourrait s'installer un jeu combinatoire, donnant naissance aux inventions du rêve, ou préparant de nouvelles structures de pensées qui permettront d'appréhender de nouveaux problèmes».³

Image et intensités...

La nature imagée du rêve ne tient pas uniquement à une forme d'excitation du cortex occipital, mais aussi au mode indirect de sa reconnaissance, ce qui comporte une valeur épistémologique considérable. Le premier enregistrement «polysomnographique», c'était simplement de se souvenir de ses rêves. *Un réveil, c'est un rêve qui s'assemble*. Grâce à un processus de «figuration», nous récoltons un compte rendu de notre état interne, et des variations subies dans la nuit. «Il se trouve donc que la capacité mythopoiétique et symbolisante de «l'image», sollicite bien plus que la vision... Il s'agirait, au fond, d'explorer toutes les façons possibles, de donner forme à une tension contradictoire : comme si les images avaient précisément la vertu *peut-être la fonction* de conférer une plasticité, intensité ou réduction de l'intensité, aux choses les plus affrontées de l'existence et de l'histoire».⁴ Ces variations d'intensité, excitation ou inhibition, plaisir ou déplaisir, sont impliquées dans ce qui fonde notre sexualité.

Les mots

«... comme le bruit de la mer au fond d'un coquillage» Mallarmé

En dehors du sommeil, le rêve semble manquer de contenant, ce qui donne l'impression curieuse d'assister au réveil, à un oubli en voie de constitution, ou bien à un souvenir en voie de disparition. Comme nos rêves ne peuvent nous parler, alors au réveil, ce sont nos paroles qui se mettent à rêver.⁵ Tout récit de

rêve est déjà une première interprétation de sa production dans le sommeil. En cela les premiers mots sont importants ; fixer dans la mémoire et donner consistance, à ce qui sans cela resterait mouvant. Parler avec son médecin est un puissant activateur de rêves, et permet de sélectionner une «fonction», par exemple sexologique, de l'amplifier dans la relation thérapeutique et de la réaliser dans la vie.

Une boucle autorégulatrice...

A cela, il faudrait ajouter que le rêve, par son évolution, travaille en boucle ; il a tendance à reproduire les conditions de production qui prévalaient à son origine. On pourrait formuler ainsi, une réponse à Proust^b «Je me réveillais, mais le souvenir que j'avais rêvé, me rendormit.» Se rappeler un rêve, c'est activer une mémoire somatique ;¹ le souvenir de certains rêves érotiques est pour ainsi dire «palpable». Mais alors que se passe-t-il chez celui qui écoute un tel récit ? Deux possibilités contrastées : soit une appropriation du rêve de l'autre ; ses mots se mettent à rêver dans la matière même de notre propre sensorialité «ah, *je le vois* de mes propres yeux», soit une mise à distance défensive et alors le rêve devient ennuyeux. «Ah quel casse-pieds, *je ne vois* pas où il veut en venir...» Dans un cas comme dans l'autre le médecin en ressent du malaise et de la culpabilité.

Selon le Papyrus Chester Beatty III (2000-1785 av J.C.)⁶

Si un homme se voit en rêve :

- 1) Faisant l'amour avec sa mère, *bon*, ses concitoyens feront bande avec lui.
- 2) Faisant l'amour avec une femme, *mauvais*, cela signifie deuil.
- 3) Voyant le sexe d'une femme, *mauvais*, le dernier degré de la misère vient sur lui.

Bon ! Mauvais !

«*Ce que l'esprit éveillé souhaite, le sommeil le lui donne*» Jean de Salisbury
(théologien du XII^e siècle)

Quel pouvait donc être le désir de Jules César, dans ce rêve resté fameux dans l'histoire, où il se vit coucher avec sa mère et pourquoi les Augures furent-ils convaincus qu'il s'agissait d'un signe favorable pour franchir le Rubicon ? Un désir œdipien, un peu surprenant en ces circonstances, chez celui qui, à sa naissance, perdit sa mère ? Ou la preuve de l'atmosphère «incestueuse» dans laquelle se déroule sa «perversité narcissique», qui le fit transgresser les interdits de la cité, équivalent symbolique de la Mère ? La clé des songes égyptienne (voir encadré) et l'onirologie moderne nous permettent de formuler une autre hypothèse : Jules César, en rêvant d'un coït avec sa mère, établissait la preuve de sa grande vitalité pour réaliser ses projets et cela méritait l'aval des Augures. Par contre, le recours à la trivialité de la vue des organes sexuels, peut donner le sentiment d'une ultime mobilisation d'arguments vitaux, pour lutter contre la misère neurasthénique. Comme médecin, nous constatons combien les rêves idylliques, peuvent nous avertir de la lutte engagée contre la dépression, et de la tentative de convertir une souffrance en plaisir. J'en relate un exemple, dans la vignette clinique

«ondinisme». Bien des troubles sexologiques sont en rapport avec une altération de l'équilibre entre l'excitation et l'inhibition, au sein d'entités sensitivo-émotionnelles (fig. 1). Ces altérations sont perceptibles dans les images du rêve, qui lient dans un destin commun, l'excitation sexuelle et l'inhibition du tonus musculaire. Pourquoi nos rêves échouent-ils si souvent à réaliser nos désirs ?⁷



Fig. 1. L'eau et le feu.

(Miniature du XVI^e siècle). Il existe une lutte perpétuelle, entre l'excitation et l'inhibition, dans les mécanismes d'autorégulation du fonctionnement cérébral et sexuel; comme entre l'eau et le feu dans l'alchimie.

Ondinisme

Un jeune homme de 24 ans vient consulter pour des troubles de la concentration dans ses études. En fait, il est hanté par un désir : qu'une jeune femme au sexe rasé lui urine sur le visage. Il est marié et les rapports sexuels sont un peu «laborieux», il a de la peine à finir. Il a exposé ses désirs à sa femme qui s'en offusque. Il évoque la période «noire» de son adolescence. Son épouse l'en a sorti. Les premiers entretiens se déroulent dans le cadre d'une «exploration thérapeutique par le rêve», dans laquelle il me raconte de très nombreux rêves érotiques, avec beaucoup d'eau. Mais parmi ceux-ci, *une maison au bord de l'eau, entourée de vieilles bicoques, la mer est très agitée, très sombre. Inquiétant, exaltant. Il s'agit d'une visite pour un acheteur. Ballade à l'intérieur. On parvient à une chambre de torture, genre Dracula. Complètement fou, il y a un type complètement fou, il attend quelque chose. La présence de quelqu'un qui lui disait «son Maître lui aurait dit...».* Le rêve a changé : *je suis avec un homme au bord de la mer, il y a une digue, une douane, il a de quoi payer, moi je reste en arrière.* Cela explique l'évitement dans lequel il tient la gente masculine. «Avoir de quoi, pour passer de l'autre côté» devient l'objectif du traitement. La pression, dans laquelle le tient son fantasme pervers cède rapidement. Il arrive maintenant à étudier.

Le traitement se poursuit pendant une année sur un mode analytique. Toujours une intense activité onirique. Ce fut plus difficile de venir à bout, de ce qui s'était transformé en une plainte persistante vis-à-vis de son épouse. Puis il passa ses examens et me quitta satisfait. Mais deux ans plus tard, il revient en urgence, très angoissé et suicidaire. Il me raconte une scène qui lui est revenue brusquement. Il avait juste 17 ans quand il a subi une grave agression homosexuelle à l'étranger, dans un squat humide et sordide. Il n'en avait parlé à personne. Après un viol collectif, le meneur lui avait uriné au visage. Maintenant il a peur de s'endormir et la scène lui revient «en boucle»

La seconde phase du traitement sera plus bruyante et plus difficile. Les rêves paraissaient en quelque sorte avoir passé à l'ennemi. Hormis des mesures de soutien importantes, l'hypnose se révéla utile pour promouvoir à la fois une catharsis et pour rétablir cette capacité d'amnésie si caractéristique des rêves. Alors il ne rêva presque plus. Seulement sa femme me fit savoir que dans la nuit, il se démenait comme un diable. Pourtant, selon lui, c'était ces nuits-là, où il avait le mieux dormi.

Qu'est-ce qu'un rêve ?

«Ah ! Que chante son coq gaulois.»
Arthur Rimbaud

A quoi pouvait donc bien rêver les hommes des cavernes, quand munis d'une faible lampe, ils quittaient la face du soleil pour s'enfouir dans des gouffres ? La fameuse «scène du puits» (fig. 2) pourrait bien être le premier témoignage d'un rêve dans l'histoire de l'humanité. On y voit un homme, poussant un cri affreux, étendu devant la charge d'un bison blessé d'un trait au bas ventre et perdant ses boyaux. Le réalisme de cette interprétation ne ferait pas de doute, si l'on ne venait pas à remarquer, au niveau de l'entrejambe, une érection et, un peu à côté, un oiseau sur un bâton. Pourquoi un chasseur aurait-il une érection juste au moment où il va être piétiné par un bison ?



Fig. 2. Scène du puits. Grottes de Lascaux. Environ 15000 ans av. J.C.

S'agit-t-il de la première observation traumatologique d'une lésion spinale ? En moins tragique, la neurophysiologie du sommeil nous permettrait d'éclaircir ce mystère (tableau 1).

1. La «surprise» initiale de l'activation corticale
2. L'inhibition ou la chute du tonus musculaire
3. L'excitation sexuelle sous la forme d'une érection ou d'une lubrification vaginale
4. L'activation des circuits de la mémoire
5. La symbolisation (oiseau, blessure, vulve, signe barbelé)

Tableau 1. Cinq phénomènes neurophysiologiques utiles à notre propos.

C'est le petit matin, notre jeune et vigoureux chasseur est endormi en phase paradoxale, de là *l'excitation sexuelle* et la *brusque hypotonie* de tout son corps, suggérée habilement par l'ambiguïté de la position : être étendu ou être renversé ? Le cri silencieux traduit de façon picturale ce qui fait irruption dans son rêve ; à savoir un bison blessé, prêt à l'encorner. La présence de l'oiseau sur un bâton est aussi suggestive d'envols possibles, devenir un homme oiseau ou «vögel».

En continuant avec notre «rêve de la préhistoire», nous devons constater que le sens de cette scène nous échappe ; pour le connaître, comme pour un rêve, il faudrait interroger celui qui en est l'auteur. André Leroi-Gourhan fait le commentaire suivant «cette scène, comme d'autres exemples, a très probablement un caractère mythologique allégorique. L'interprétation en est assez illusoire : l'homme, l'oiseau, le signe barbelé,^c constituent des symboles de valeur identiques... «Et un peu plus loin, la religion des paléolithiques et leurs rites semblent inclure» deux groupes équivalents : sagaie/pénis, blessure/vulve».⁸ Il y aurait fort à dire, sur la survivance des choses relayée par les images du rêve. Le rêve appartient-il à l'histoire ?⁹

Que faire d'une érection ?

Cette question pourrait bien encore diviser la communauté scientifique : un phénomène associé au sommeil paradoxal, ou un fantasme sexuel ? Mais alors lequel, chez notre jeune chasseur ? Il n'est pas sûr que l'auteur d'un tel rêve, le rattacherait à un vécu sexuel. Au réveil, il dirait plutôt : «J'ai eu peur ! Un bison qui allait m'encorner...» Et se montrerait surpris par son érection. Bien souvent l'érection et parfois l'orgasme, accompagnent un simple rêve d'angoisse : manquer le train, ne pas trouver un document important.

Une thérapie réussie ?

Rien n'empêche d'aller plus loin. La scène du puits représenterait, en fait, le rappel d'une expérience traumatique qui a failli mal tourner et son élaboration dans le rêve. La reprise onirique, si souvent considérée comme traumatique par elle-même, deviendrait ici réparatrice, du fait de *l'érotisation secondaire* (érection), et de *l'entrée dans un monde allégorique* annoncée par l'oiseau qui, par sa capacité symbolique, transforme blessure et sagaies dans des équivalents sexuels. Le signe barbelé,^c qui sépare chasseur et bison, symboliserait la distance bienfaisante qui s'instaure par le «travail» du rêve.

Eléments d'onirologie sexologique

Le médecin, qui voudrait aborder les troubles sexologiques par le rêve, pourrait se trouver dans une position délicate. Après avoir écouté les rêves de quelques-uns de ses patients, il se verra osciller entre deux positions. Il se surprendra à penser «je ne suis pas assez qualifié pour m'occuper de choses si subtiles» ou au contraire «tout ceci est trop grossier pour que je m'en occupe».

Une vignette clinique (ondinisme) me permettra de situer la démarche et de faire quelques commentaires sur le traitement. Notre jeune homme s'est présenté sous la forme clinique B (tableau 2). Sur le chemin de la perversion, il recherchait des stimuli sexuels de plus en plus forts et ne pouvait se contenter de ce que lui offrait son épouse. Il a bien répondu à l'invite de me raconter ses rêves et le soulagement du «stress» de sa quête est intervenu rapidement. La suite le place dans la catégorie D (tableau 2), il vit à retardement une névrose traumatique. Il est instructif de suivre l'évolution du traumatisme dans sa vie psychique : l'amnésie, l'altération sensitivo-émotionnelle, la reprise érotique. Il faudra se souvenir, que l'on s'aperçoit bien plus tard, de ce que le premier rêve avait de «réaliste» et de «prémonitoire pour le passé».

L'onirologie médicale peut rendre de précieux services dans toutes sortes de situations sexologiques :

- A) Les troubles sexuels liés à la difficulté de créer un contexte sensitivo-émotionnel favorable. Par exemple impuissance, frigidité, etc.
- B) Les troubles sexuels liés à une forme ou une autre d'altération sensitivo-émotionnelle. Par exemple : anorgasmie, perversions sexuelles, dépendances à la pornographie et à Internet... Se caractérisent par la recherche de stimuli de plus en plus forts
- C) Problèmes relationnels : le couple et la famille
- D) Les traumatismes anciens : abus sexuels
- E) Dans tout ce qui nécessite un investissement ou un réinvestissement de la vie érotique «workoolique», anorexie, boulimie, etc.

Tableau 2. L'onirologie médicale.

Comment apprendre à aborder rêves et sexualité avec nos patients ?

Dans notre expérience, la supervision en groupe représente la réponse la plus adéquate. Il s'agit de promouvoir une méthode de libre association, au sein d'un groupe hétérogène ; avec une consigne de nature euristique, suggérant que le rêve devrait avoir une fonction dans l'ici et maintenant du patient. Le rôle du groupe est ainsi, de sélectionner et de favoriser l'abord de cette fonction, dans la relation médecin-patient, en suggérant différentes possibilités d'interventions ou, plus indirectement, par des modifications du contre-transfert.

Dans le cadre de la Fondation pour le développement de la psychothérapie médicale, depuis trois ans, nous expérimentons cette démarche^d avec le Pr Georges Abraham. C'est essentiellement sous l'angle de sa production dans le sommeil, que nous envisageons l'onirisme, même si l'hypnose peut représenter un complément important. Une telle expérience nous a apporté de précieuses indications cliniques pour traiter des problèmes aussi variés que la violence, la psychose, les troubles alimentaires, etc. L'auteur se contentera de donner ici, un avant goût de ce qui est le plus utile dans la sexologie.

Nos observations (tableau 3, fig. 3 et 4)

Notre groupe n'était pas particulièrement axé sur la sexologie, ce qui représente plutôt un avantage, car ainsi la sexualité pouvait trouver sa place authentique. Sur la nonantaine de patients dont l'histoire nous a été contée, la plainte sexologique représente un quart des cas ; si l'on ajoute les problèmes relationnels (entente conjugale, trouver un partenaire) cela représente la moitié.^e Les patients «sexologiques» ne font pas plus de rêves sexologiques que les autres. Pour qu'un rêve soit utile en sexologie, il ne doit pas nécessairement faire référence à la sexualité. Voir la vignette clinique (frigidité).

Nombre de rencontres sur trois ans	37
Nombre de patients évoqués	90
Nombre de rêves rapportés	200

Tableau 3. Quelques considérations chiffrées, concernant le séminaire du Pr Abraham.

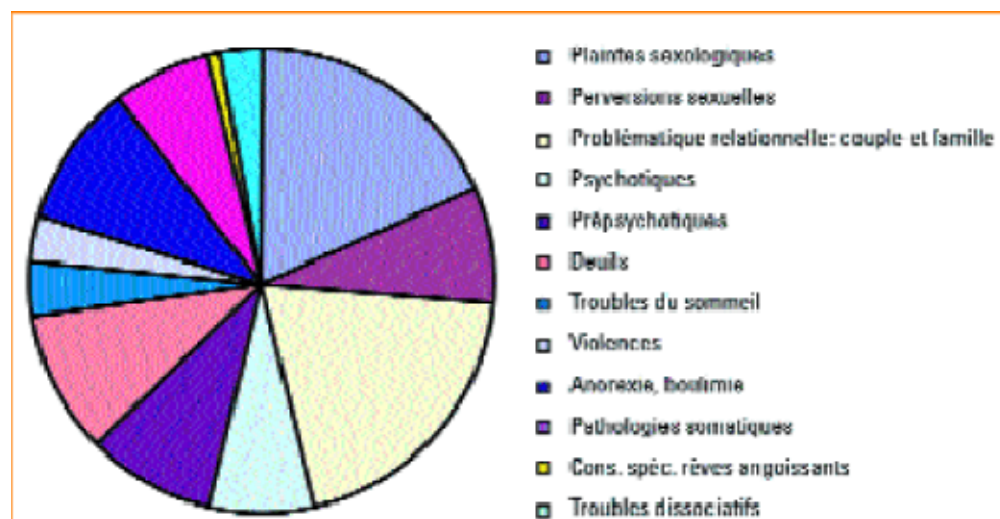


Fig. 3. Symptôme d'appel des patients dont les rêves étaient rapportés.

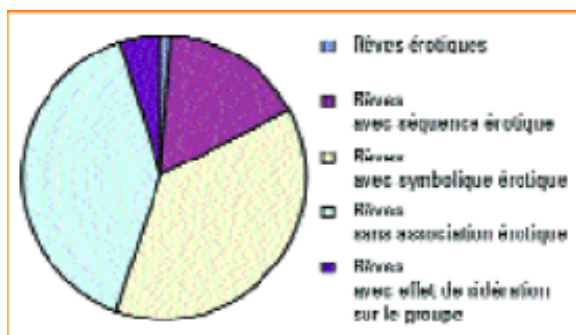


Fig. 4. Types de rêve, tels qu'ils ont été perçus dans le groupe.

Frigidité

Une jeune femme consultait dans le cadre d'une anorgasmie coïtale, dont elle craignait que cela ne mette en péril son couple. Elle avait fait trois ans d'analyse, qui lui avait fait réaliser son attachement œdipien à son père. Mais elle restait toujours «à un doigt près» d'avoir un orgasme. Après une séance d'hypnose, elle avait déclaré que : «elle était restée à un doigt d'entrer en transe». Le thérapeute lui demanda si elle rêvait, et proposa de lui écrire un compte rendu des rêves dont elle se souvenait pour la prochaine séance. Il reçut un volumineux courrier. Les rêves avaient tous la même trame ; elle devait prendre un train, mais par toutes sortes d'obstacles, le manquait de peu. Elle devait se rendre à un rendez-vous, mais il y avait des embouteillages. Pendant quelques séances, elle continua de rapporter toujours le même type de rêve. Deux mois plus tard, elle manqua son rendez-vous. Et puis elle se montra curieusement muette, elle n'avait rien à dire. La séance qui suivit, le thérapeute désespérait de l'issue du traitement en la faisant entrer, mais elle le surprit en disant, toute confuse... «Cela fait un mois que j'ai des orgasmes avec mon mari, mais voilà, *je me demande si c'est bien normal* ; pendant les rapports sexuels, je ne peux m'empêcher de penser à tel ou tel inconnu rencontré sur le quai, dans le bus, à la plage, etc.»

Cela démontre une fois de plus que la réponse thérapeutique prend des formes inattendues, ce qui semble classique en sexothérapie. Pour stimuler notre réflexion cependant, une hypothèse pourrait être avancée : à la faveur d'une trace écrite qui sera examinée par le médecin, notre patiente prend la mesure de son excitation dans le sommeil paradoxal. Comme ce qui arrive aux garçons, que la «carte de géographie» matinale appelle à la curiosité sur ce qui l'a provoquée, et qu'ensuite «c'est un rêve de gymnastique» qui en devient responsable, elle amplifie cette excitation dans l'impatience d'un «retard» et sous la forme d'actes manqués. La répétition témoigne du plaisir qu'elle y prend. Finalement, comme les adolescents, elle condense le tout à l'extérieur de la «famille», sur des figures d'hommes inconnus.

Rêves érotiques

Sur les rêves rapportés, rares étaient ceux de nature franchement érotique. On n'aura pas jugé nécessaire de nous en rapporter. Il n'est pas sûr, comme nous l'avons constaté dans notre vignette clinique «ondinisme», qu'il ne s'agisse de rêves «que pour se faire plaisir».

Les rêves avec séquence érotique

Les rêves avec séquence érotique ont été plus fréquemment rapportés, car ils passent mieux les différentes barrières de censure.

Rêves avec symbolique érotique

Le groupe fonctionne comme une cage de résonance interprétative, ce qui est un avantage par rapport à la supervision individuelle, cependant le groupe introduit aussi une censure collective dont l'utilité doit être discutée et interprétée. Nous rapportons sous, «rêves avec symbolique érotique», les rêves qui ont suscité chez nous, des associations en rapport avec la sexualité.

Rêves n'ayant suscité aucune association érotique dans l'assemblée

Il en existe un bon tiers. Cela ne veut pas dire que ces rêves étaient pauvres, il y avait souvent un rapport avec la violence (voir la vignette clinique Hors-bord). D'autres, plus paisibles, présentaient dans une longue séquence d'événements, en rapport avec les préoccupations quotidiennes du patient, une brusque irruption de choses ou de comportements tout à fait inhabituels. Repérer ces moments, représente un des apprentissages de l'onirologie médicale.

Hors-bord

Un patient est envoyé par sa femme qui a peur de la violence de son mari. A la première séance, le patient vient tendu. Il raconte comment il se tape la tête contre les murs de la maison. Ces murs évoquent pour lui l'injustice d'un héritage et un deuil impossible. Notre collègue lui demande «et qu'en disent vos rêves ?» Il raconte : *Sur son Hors-bord, à toute vitesse, il rentre au port. Lancé, il décolle par-dessus la digue, pour tomber juste sur sa place d'ancrage.* Intervention de ma collègue : «Cela vous a-t-il plu ?». Le patient décontenancé «Euh, oui...». Ma collègue : «Tout ça c'est bien, et témoigne d'une belle énergie, mais de quel blocage, à l'intérieur de vous-même, parle votre imprudence ?... si vous aviez raté votre coup et que vous étiez tombé sur la digue ou sur le quai, où il y a des femmes et des enfants ?» Par cette intervention, le patient a pris conscience lui-même de sa violence et a pu exprimer au thérapeute et ensuite à sa femme son besoin d'être entouré et aimé.

Rêves avec effet de sidération

C'était trop indécent, quoique caché. Certains rêves pourraient avoir produit cet effet sur les participants du groupe, par rapport à un matériel conflictuel dans l'inconscient : vraisemblablement des contenus prégénitaux mal symbolisés. Fallait-il avoir le courage d'en parler ? Nous étions retenus par la crainte que l'on nous dise, «cela te fait trop plaisir» ou comme l'Esprit de la terre dit à Faust : «tu es semblable à l'esprit que tu conçois». On le voit, il existe une censure du groupe. Il se pourrait que ce soit très utile, pour donner au débutant la mesure de la prudence dont il doit faire preuve, avec ses patients. Il est nécessaire de savoir distinguer, ce que l'on peut aborder avec les patients, dans le cadre d'une «exploration thérapeutique par le rêve», et ce qui, le cas échéant, doit se réserver pour une démarche analytique complète.

Résistances

Cela permet en retour de mieux analyser les résistances à aborder notre thème, rêve et sexualité. «Car contrairement au bon sens qui dit mesurer la résistance du thérapeute à son implication dans le jeu du transfert et du contre-transfert (devant le risque d'un passage à l'acte, avec l'angoisse de ce qui s'en suivrait) un examen attentif révèle que *c'est l'irruption du rêve du patient dans le monde intime du thérapeute*, qui représente l'obstacle le plus grand». ¹⁰ Un peu plus loin notre auteur compare ce qui se passe autour du récit du rêve, à un effet «pornographique», qui n'est pas sans conséquences pour les protagonistes. Rien de bien tragique pourtant. Le médecin se défend, et ne se laisse pas «habiter» par le rêve de son patient. Il finira par trouver les rêves «ennuyeux». On ne les lui racontera plus.

Sous influence ?

Sur le groupe, la communication onirique a produit une curieuse labilité émotionnelle, en discordance avec la gravité de ce qui était présenté. Tout se passe comme si nous étions gagnés par cette forme très particulière d'humour qui, avec l'érotisation, rejailit du récit d'un rêve. Par exemple, ce qui devrait être tragique se trouve banalisé et ce qui est banal peut prendre une tournure tragique. Comme pour cette patiente, disposant avec grâce de tous les appâts de la féminité, mais qui, brutalisée et violée dans l'adolescence, gravement insatisfaite et cleptomane dans la vie adulte, attendait d'un orgasme vaginal la «sortie» du tunnel. *«Encore une fois j'assassinais celui qui ne me prêtait pas attention, puis je tuais tous les témoins de mon crime, ... devenue homme, je m'échappais en passant par un tunnel, sous les lignes ennemies, pour retrouver derrière, mon épouse endormie...»*. La pellicule des songes favorise aussi l'illusion groupale, ce qui en fait un outil de premier choix dans les thérapies de couple et de famille.

Nos interventions auprès du patient

Dans le cadre d'une «exploration thérapeutique par le rêve», nous procédons à un questionnement ouvert : «Je vois maintenant ce qui vous fait souffrir, mais qu'en disent vos rêves ?» Et puis «ce rêve vous a-t-il plu ?». «Voudriez-vous en faire un autre ?». Pour reprendre notre exemple de la préhistoire : si nous devons rencontrer notre jeune chasseur, nous lui dirions simplement : «ça c'est une expérience intéressante ! Un bison blessé et un oiseau ; je me demande ce que cela annonce dans votre carrière professionnelle et pour votre vie sexuelle». ¹¹ Les rêves de nos patients nous enseignent nos «euristiques» : interventions «à jour frisant», prendre le rêve «au pied de la lettre», remonter aux sensations, etc. L'important n'est pas ce que l'on va dire, ni ce que l'on voudrait dire, mais la réponse^f que le patient manifeste sous la forme d'un changement minimal d'attitude, parfois d'une prise de conscience, souvent d'un nouveau rêve.

Conclusion

Dans notre exposé, nous avons tenté de relier, onirisme et sexualité, dans une compréhension simultanée. Nous avons esquissé une démarche clinique originale,

sous la forme d'une «exploration thérapeutique par le rêve». Bien entendu une telle démarche nécessiterait une plus ample expérience pour prétendre à une plus large discussion. Comme une voile au gré du vent, l'oniologie médicale nous embarque inévitablement dans une dynamique liée au plaisir. Une notion qui n'a rien perdu de son intérêt pour le médecin, même si l'on peine encore à l'inscrire dans une méthodologie scientifique ; une spécialiste plaisantait, dans une récente conférence consacrée à la biologie de la douleur, «la différence entre le plaisir et la douleur ? C'est que pour le plaisir, l'on manque de volontaires...». Au terme de ce parcours, j'espère avoir convaincu le lecteur, qu'il dispose, avec l'oniologie médicale, d'un outil thérapeutique performant, particulièrement dans le domaine de la sexologie.

^a *Vient de Hermès, le messager des dieux.*

^b *Proust, l'insomniaque écrivait «... je n'avais pas le temps de me dire : «je m'endors». Et une demi-heure après, la pensée qu'il était temps de chercher le sommeil m'éveillait.*

^c *Sous le poitrail de l'animal, on retrouve ce signe ailleurs, sur d'autres parois et dans d'autres grottes, dessiné isolément.*

^d *Avec, il est vrai, essentiellement des psychiatres, la plupart de formation analytique.*

^e *Vraisemblablement la surreprésentation des plaintes sexuelles, par rapport à un autre collectif de patients, tient à la présence du Pr Abraham, qui lui-même est à l'origine de nombreuses présentations et nous a encouragés à parler du plaisir et de ses avatars.*

^f *Selon la théorie des «Interprétants» développée par le sémioticien Charles Sander Pierce.*

Auteur(s) : **M. Stauffacher**

Contact de(s) l'auteur(s) : **Dr Maurice Stauffacher Rue Centrale 5 1003 Lausanne**

Bibliographie : 1 Abraham G. Introduction à une possible oniologie médicale. Med Hyg 2002 ; 60 : 1969. 2 Freud S. Die TraumDeutung. Studienausgabe. Frankfurt a. Main : Fischer S, 1972 ; Bd. 2, S152. 3 Juvet M. Le sommeil et le rêve. Paris : Odile Jacob, 1992. 4 Didi-Hubermann G. l'image survivante. Paris : Les éditions de Minuit, 2002 ; 183. 5 Müller Farguell RW. Erwachen des Traumes. Freud. Bern, Berlin : Peter Lang, in Colloquium Helvetium 1995 ; 21 : 45-64. 6 de Becker R. Rêve et sexualité. Paris : L'ordre du jour/La table ronde, 1965 ; 22. 7 Binswanger L, Foucault M. Traum und Existenz. Bern-Berlin : Verlag Gachnang & Springer, 1992 ; 36-7. 8 Leroi-Gourhan A. Préhistoire de l'art occidental. Paris : Ed citadelles, 1965-1995 ; 225. 9 Steiner G. Les rêves participent-ils à l'histoire ? Deux questions adressées à Freud. In : Le débat 1983. ; 25 : 157-77. 10 Meltzer D. Traum Leben, eine Überprüfung. München-Wien : Verlag Internationale Psychoanalyse 1988 ; 195. 11 Marty P. De l'utilisation des rêves et du matériel onirique dans certains types de psychothérapies d'adulte. Rev Franç de Psychan 1974 ; 38 : 1069-75.

Mots-clef : *I rêve I sexualité I contextes sensitivo-émotionnels I oniologie du praticien I formation en groupe*

Numéro de revue : **-571**

Numéro d'article : **22872**