

Subjectivité et objectivité oniriques

■ G. Abraham¹

Genève

Summary

Abraham G. [*Oneiric subjectivity and oneiric objectivity.*] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2005;156: 480–3.

First of all we shall admit that subjectivity is able to take into consideration not only our contact with reality but the activity of our imagination as well.

Medicine has in general a tendency to favour objectivity, judging it as more trustful, in order to make a diagnosis and to set out an appropriate therapy, hence losing the personal perception of the illness by the patient him- or herself.

A similar medical attitude takes place concerning an evaluation about the quality of sleep of patients, according much more importance to the number of hours of sleep than to the eventuality of remembering or not an oneiric activity.

Many attempts have already been made in order to frame dreams in an objective context, capable to be explained by the brain's functioning during the successive sleeping phases, especially the phases connected with REM sleep.

However, in this case a possible dreaming function seems difficult to determine. On the contrary, only taking into account the subjective perception of the dreamer one could seize the real importance of the dream's activity, which is practically regular and physiological in itself.

Keywords: subjectivity; objectivity; sleep; dreams; imagination

Réalité et imaginaire

Ces deux concepts se situent en principe et respectivement soit par rapport à l'objectivité, qui ne peut se fonder que sur la notion de réalité, soit par rapport à la subjectivité qui, elle, peut au contraire

prendre aussi en charge le monde imaginaire. Ce dernier peut inclure à son tour les représentations mentales aussi bien que les fantasmes, les rêveries aussi bien que les rêves proprement dits.

Dans une réflexion élargie, qui ne tiendrait pas compte de possibles frontières entre sciences et philosophie, la notion même de réalité pourrait donner lieu à bien des controverses puisque, par exemple, la réalité macroscopique à laquelle nous avons affaire tous les jours ne se superpose pas exactement à la réalité microscopique telle qu'elle est mise en évidence par la physique des particules.

D'autre part, en philosophie, les discussions conceptuelles, qui ont surtout mis en cause les diverses tendances matérialistes confrontées aux tendances idéalistes, sont loin d'être résolues. Discussions conceptuelles ayant eu et ayant toujours, en outre, une répercussion non négligeable sur les orientations théoriques qui se trouvent à la base de différentes et successives prises de position en psychiatrie et en psychologie.

Il va de soi, d'ailleurs, que la médecine actuelle, étayée désormais sur un vaste appui technologique, privilégie l'objectivité au détriment de la subjectivité. Qu'il s'agisse en effet de poser des diagnostics ou d'instaurer une thérapie consécutive, cela ne peut se faire d'une manière médicalement – et même juridiquement – correcte qu'en ayant recours à des examens, des preuves et des points de repère considérés comme une nécessaire intrication d'objectivité et de réalité.

Quoi qu'il en soit, la médecine, dans toutes ses branches, vise à insérer des manifestations cliniques dans une structure susceptible, à son tour, de les encadrer dans un contexte logique, faisant d'emblée abstraction de nuances trop liées à l'autoperception de chaque personne malade prise individuellement. Ainsi, l'anamnèse, c'est-à-dire la recherche dans le passé du patient des enchaînements possibles avec sa symptomatologie, ne coïncide pas tout à fait avec l'histoire personnelle

Correspondance:
Georges Abraham
13, avenue Krieg
CH-1208 Genève

¹ Professeur honoraire à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève, psychanalyste, membre de la Société Suisse de Psychanalyse.

de celui-ci. La subjectivité, en somme, n'est pas seulement relativisée, mais volontiers réduite à des manifestations secondaires souvent perçues comme gênantes, au lieu de pouvoir représenter une source utilisable pour une meilleure compréhension de la maladie.

La vision personnelle du malade à propos de sa propre affection et de sa souffrance sera limitée tout au plus autour de symptômes tels que l'anxiété ou la dépression, susceptibles alors d'être éventuellement réintroduits dans une nouvelle structure acquérant l'appellation de comorbidité. Dans une perspective plus générale, incluant aussi des troubles du sommeil, l'on pourrait déceler l'intention, propre à la médecine de nos jours, d'envisager alors la présence d'un vécu onirique considéré comme faisant partie objectivement des dits troubles du sommeil, surtout si l'on peut les classer en tant que cauchemars. Il en découle que sur le plan clinique, le souvenir de rêves tout court, ne pouvant pas être soumis à un encadrement objectif, ne peut pas non plus atteindre un statut cliniquement significatif. Cela en contraste avec ce qui se passait, par exemple, à Epidauré, dans l'ancienne Grèce, où les rêves racontés par le patient devenaient l'un des principaux moyens pour établir un diagnostic et décider d'une thérapie.

Freud [1] a cherché à redonner une valeur clinique et thérapeutique aux rêves de ses patients, finissant néanmoins par en rétablir un encadrement de type structural, avec la perspective, au fond inchangée, de contourner toute signification exclusivement personnelle liée au vécu onirique en tant que tel.

Dormir, rêver peut-être ...

L'objectivation du sommeil à travers l'enregistrement d'un hypnogramme peut désormais mettre en échec la conviction subjective d'une personne donnée affirmant ne pas avoir «fermé l'œil» pendant toute une nuit; comme le fait de réveiller un sujet soumis à une polysomnographie au moment où apparaissent des signes typiques du sommeil paradoxal, et d'avoir droit de suite au récit d'un rêve, pouvait engendrer la certitude d'avoir enfin atteint la possibilité d'assigner aux rêves un statut quelque peu objectif, ce qui se connectait à l'idée que rêves et sommeil paradoxal ne faisaient qu'un: bref, une superposition pure et simple où l'on ne savait pas de façon certaine, cependant, si finalement c'était le sommeil paradoxal qui était seul susceptible d'engendrer des rêves, ou si au contraire une excitation cérébrale rythmique produisait en même temps des rêves et du sommeil paradoxal.

En tout cas, tout avait été remis en question par des constatations telles celles que l'on pouvait recueillir aussi des récits oniriques en réveillant un sujet pendant le sommeil dit orthodoxe puisque majoritaire, ou bien du fait que des sujets ayant subi des lésions cérébrales réduisant beaucoup le sommeil paradoxal disposaient néanmoins d'un possible sommeil onirique. Ou bien encore que des sujets qui ne rêvaient pas ou plus possédaient cependant une activité REM valable [2]. A remarquer également que la réduction du sommeil paradoxal en concomitance avec un traitement antidépresseur n'empêche pas tout à fait le sujet d'avoir des rêves. Mais surtout, en y réfléchissant bien, si, en particulier, on faisait correspondre le sommeil paradoxal avec une plus grande activité onirique, cela voudrait dire que nous devrions pratiquement avoir presque autant de rêves que de sommeil paradoxal. Obligés que nous serions alors, même s'il est difficile de savoir combien de temps dure un rêve, de nous demander comment il se fait que nous nous souvenions si peu d'une telle quantité de rêves. Sur quoi surgirait une question supplémentaire: nous devrions nous dire qu'en réalité, le récit onirique que nous pourrions établir soit spontanément, soit en étant réveillés par exemple lors d'une phase de sommeil paradoxal, ne représenterait qu'une sorte de «traduction» improvisée en images – mieux, en pictogrammes – de tout ce qui aurait permis cette issue descriptive, vraisemblablement à la suite de fortes sensations et émotions propres à l'introversión maximale du sommeil.

En d'autres termes, tout rêve semble, d'une part, posséder un substrat susceptible d'être objectivé, mais d'autre part se connecter inévitablement à l'histoire personnelle du rêveur, donc à sa subjectivité. De plus, il se pourrait que justement le phénomène onirique permette une véritable intégration de tout ce qui relève de la subjectivité, mais aussi d'une possible objectivité. Cette intégration, si l'on préfère, entre la psyché et le soma ne serait pas statique, comme le voulait Descartes, qui la plaçait dans la glande pinéale, mais essentiellement dynamique, en se réalisant à travers la mise en forme des rêves.

Nous pourrions maintenant, confortés par ces hypothèses, nous poser bien d'autres interrogations. Par exemple, pourquoi se souviendrait-on d'un rêve donné plutôt que d'un autre? Pourquoi y a-t-il parfois des rêves répétitifs qui semblent transporter d'une façon opiniâtre le même message onirique? Pourquoi, à certains moments, y a-t-il des cauchemars plutôt que de beaux rêves ou des rêves devant lesquels nous restons relativement indifférents? Ce qui a été peut-être aussi quelque peu

négligé par la psychanalyse à propos des rêves, c'est-à-dire que souvent elle ne voit un rêve que véhiculant des retentissements des conflits psychiques inconscients. Alors qu'il est plus que possible que si conflit il y a, celui-ci pourrait bel et bien se configurer aussi comme une confrontation entre, par exemple, des énergies internes produisant de l'excitation et d'autres énergies se rangeant du côté de l'inhibition. Entre des sensations quantitativement plus intenses et d'autres prônant au contraire l'affirmation de nuances qualitatives. Entre des sensations habituelles et des sensations inhabituelles. Entre une autoperception étendue, suscitant des sentiments de malaise, et une autoperception faisant, pour ainsi dire, appel à des forces internes rééquilibratrices susceptibles de rétablir une quelconque forme d'homéostasie. Il pourrait y avoir soudain, par exemple, des sensations qui engendreraient de leur propre sein des entités perceptives plus complexes, sous forme alors d'émotions, un peu à la façon dont certaines molécules, en s'assemblant, peuvent donner naissance à des protéines spécifiques.

En outre, nous savons que des émotions telles que la peur et la rage peuvent atteindre des degrés d'intensité bien supérieurs à ceux atteignables par la joie ou l'envie de tranquillité. Que tout cela, en somme, pourrait à la fin se nicher dans cette «boîte à images» que tout rêve représenterait, au lieu de rester dispersé et dépourvu d'une quelconque cohérence [3].

A cet égard, pensons que les aveugles de naissance, souvent, substituent des sons, à défaut d'images, à ce genre de contenant sensitivo-émotionnel, remplaçant ainsi la prédominance d'une vision interne par celle d'une écoute interne aussi performante, semble-t-il, que la première.

Vers une authentique science du rêve?

La psychanalyse, toujours elle, est passée d'une indiscutable primauté du message onirique sur le reste du matériel fourni par les associations libres du patient, à des visions plus relativistes mettant justement en cause le rôle «élitiste» du rêve, défini par Freud [1] comme la «voie royale vers l'inconscient». Même si certaines tendances psychanalytiques veulent garder au rêve cette primauté absolue, d'autres préconisent de considérer les récits oniriques des patients à l'instar de tout autre matériel rapporté lors des séances [4].

En outre se sont fait jour des tendances visant à attribuer à l'apport onirique, même dans le cadre d'une psychanalyse, un rôle pas seulement «occasionnel», c'est-à-dire à voir aussi comme quelque

chose de plus proche d'une activité régulière et donc non exclusivement soumis à des soubresauts conflictuels [4]. En d'autres termes, les rêves, plutôt que d'être réduits à une sorte de «fuite» dans la structure de l'inconscient, deviendraient l'expression d'un mécanisme d'ordre plus physiologique que pathologique. De plus, ils sembleraient par là acquérir de possibles caractéristiques fonctionnelles relativement précises, ou susceptibles d'être précisées [5]. Souvenons-nous de toute manière que Freud lui-même [1] avait attribué au rêve une deuxième spécificité, en plus de celle d'être l'accomplissement d'un désir, une spécificité entièrement fonctionnelle, à savoir la sauvegarde du sommeil.

Nous ajouterons à cet égard des considérations découlant de notre expérience clinique personnelle. Nous avons l'impression que si certains rêves gagnent à être pris en considération par rapport à leur contenu et à leur possible signification psychanalytique, d'autres, par contre, pourraient mettre davantage en relief un aspect plus fonctionnel et moins rattaché à d'éventuels souvenirs d'enfance. Dans ce deuxième cas de figure, le rêve en tant justement que «boîte à images» pourrait permettre d'établir, par le récit que le patient en fait, une sorte de diagramme exprimant par exemple une série de réactions sensibles ou émotionnelles que les images dues au rêve en question sont aptes à déclencher quand on le passe soigneusement en revue.

Ainsi, il serait possible de faire le point sur l'attitude, tantôt dans l'état présent, tantôt en se référant à des événements de l'histoire personnelle du patient, que ce dernier lui-même adopte vis-à-vis de sensations et émotions données. En impliquant, de plus, non seulement ses possibles conflits psycho-émotionnels, mais aussi son vécu corporel tout entier.

Non négligeable, en outre, pourrait être l'observation que, à des moments donnés soit du présent, soit du passé (et éventuellement aussi des moments projetés dans l'avenir), certaines émotions ayant la capacité d'atteindre une intensité plus forte que des émotions plus «douces», les premières prennent abusivement la place des secondes. Avec l'établissement d'un «qui pro quo» temporaire où la haine et l'agressivité n'entendraient exprimer en réalité que de l'amour et de l'attachement affectifs, mais que ces derniers apparaîtraient inconsciemment au sujet comme dépourvus d'assez de force expressive.

Toujours est-il que si le rêve arrivait à nous convaincre qu'il possède un rôle fonctionnel assez précis et régulier, il pourrait alors nous amener à envisager son utilisation non seulement en psych-

nalyse ou en psychiatrie, mais même en médecine générale.

Il faudrait dans ce cas, peut-être, ne pas se limiter à prendre en charge les aspects purement subjectifs reliés au récit du patient à propos du contenu du rêve, mais encore s'intéresser à d'autres aspects de ce dernier, aspects plus objectivables d'ailleurs, comme une fréquence onirique donnée, le fait que le rêve montre ou non une tendance à se répéter périodiquement, qu'il possède ou non certaines caractéristiques, comme par exemple la production concomitante d'un type de vécu émotionnel et sensitif plutôt que d'un autre.

A propos donc d'une possible fonctionnalité du rêve, corrélée avec une régularité d'apparition, nous savons que les neurosciences se sont penchées sur le problème [6, 7]. Leur prise de position semblait d'abord assez négative, impliquant l'idée qu'au fond, les rêves n'auraient aucune signification particulière, ni aucune fonction sinon tout au plus celle d'essayer de donner, tant bien que mal, une quelconque cohérence à une plus grande excitation cérébrale du moment. Par la suite, elles semblent en revanche accepter volontiers l'hypothèse que les rêves pourraient participer à l'apprentissage, surtout en favorisant la fixation des souvenirs.

Il n'empêche que l'idée que les rêves pourraient exercer surtout une fonction de constant rééquilibrage homéostatique, non seulement n'est pas nouvelle [8, 9], mais reste susceptible de promouvoir des recherches et des considérations d'un grand intérêt.

Références

- 1 Freud S. Die Traumdeutung. Zweite vermehrte Auflage. Leipzig, Wien: F. Deuticke; 1909.
- 2 Solms M. The Neuropsychology of Dreams. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1997.
- 3 Hobson JA. The Dreaming Brain. New York: Basic Books; 1988.
- 4 Hobson JA. 13 Dreams Freud Never Had. The New Minds Science. New York: PI Press; 2005.
- 5 Flanders S, editor. The Dream Discourse Today. London: Brunner-Routledge; 2001.
- 6 Abraham G, Kaufmann YA, Kroni W. Introduction à une possible onirologie médicale. Méd Hyg 2002;2410:1968-72.
- 7 Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. Principles of Neural Science. 4th edition. New York: McGraw-Hill; 2000.
- 8 Purves D, Augustine GJ, Fitzpatrick D, Hall WC, Lamantia AS, McNamara JO, et al., editors. Neuro-science. 3rd edition. Sunderland, MA: Sinauer; 2004.
- 9 Langs R. Dreams, Emotional Adaptation. Phoenix: Zeig & Tucker; 1999.



Schweizerische Gesellschaft
für Psychoanalyse SGPSa / IPA
Freud-Institut Zürich
Zollikerstrasse 144, 8008 Zürich

Sekretariat Freud-Institut Zürich
Tel. +41 (0)52 266 01 10
Fax +41 (0)52 266 01 02
info@freud-institut.ch

SYMPOSIUM ZUM 150. GEBURTSTAG VON SIGMUND FREUD

5./6. MAI 2006
AULA RÄMIBÜHL ZÜRICH

WWW.FREUD-INSTITUT.CH

UNTERWELT IN AUFRUHR