

Activités mentales du sommeil

par A. Zadra

Depuis longtemps, les chercheurs et les cliniciens sont fascinés par le contenu des rêves. Bien que plusieurs chercheurs suggèrent que les rêves possèdent une signification, d'autres prétendent plutôt que le contenu onirique n'est qu'un épiphénomène de l'activité neurophysiologique aléatoire qui survient lors du sommeil paradoxal, qui n'aurait pas de valeur en soi. Ce chapitre examine les données empiriques qui traitent de la question du contenu des rêves. Les implications de ces résultats sur les théories sur le rêve sont ensuite brièvement discutées.

Définir le rêve

Actuellement, la communauté scientifique ne parvient pas à établir un consensus sur la définition du contenu onirique et sur ce qui distingue le rêve des autres formes d'activité mentale telles que la pensée d'éveil et la rêvasserie. Plusieurs groupes interdisciplinaires formés par des membres de l'*International Association for the Study of Dreams* (IASD) et de l'*American Academy of Sleep Medicine* (AASM) ont conclu qu'une définition unique du rêve était probablement impossible étant donné la vaste gamme de domaines impliqués dans l'étude des rêves et la diversité des définitions utilisées actuellement. Par conséquent, selon la perspective de chacun, le rêve peut référer à toute forme d'activité mentale au cours du sommeil (par exemple, des perceptions, des sensations corporelles, des pensées) ou correspondre plus spécifiquement aux expériences durant le sommeil qui ont les apparences d'une histoire plus élaborée avec des images nettes lorsqu'elles sont rapportées au réveil (figure 5.1). L'utilisation d'une définition plus générale ou plus restrictive du rêve

a un impact direct important sur la nature des données empiriques recueillies en recherche, et sur la signification des modèles théoriques qui en découlent [1].

Dans ce chapitre, la notion de «rêve» est conçue comme ayant trois significations interdépendantes. D'abord, un rêve est une forme d'activité mentale pendant le sommeil que les gens perçoivent comme une série d'événements réels (par exemple, une séquence de perceptions combinant images, événements, pensées et émotions). Ensuite, un rêve correspond à ce dont les gens se rappellent au réveil, autrement dit le rêve réfère au souvenir de cette expérience onirique. Enfin, un rêve est le compte rendu verbal ou écrit du souvenir d'une expérience onirique. Les études empiriques révèlent que les événements dans un rêve impliquent toujours le rêveur en tant qu'observateur ou participant, et incluent aussi presque toujours au moins un autre personnage (soit une personne ou un animal). De plus, le rêveur ou les autres personnages dans les rêves sont invariablement engagés dans une quelconque activité (par exemple, regarder, marcher, courir) ou dans une interaction sociale. Ainsi, la perception d'une participation dans un événement composé de personnages, d'activités et d'interactions sociales est ce qui distingue le rêve des autres formes d'activité mentale en sommeil qui sont plus fugaces, fragmentées et qui ont l'apparence de simples pensées.

Recueil et cotation des comptes rendus oniriques

Les chercheurs n'étudient jamais les rêves directement. Ils travaillent plutôt à partir de descriptions

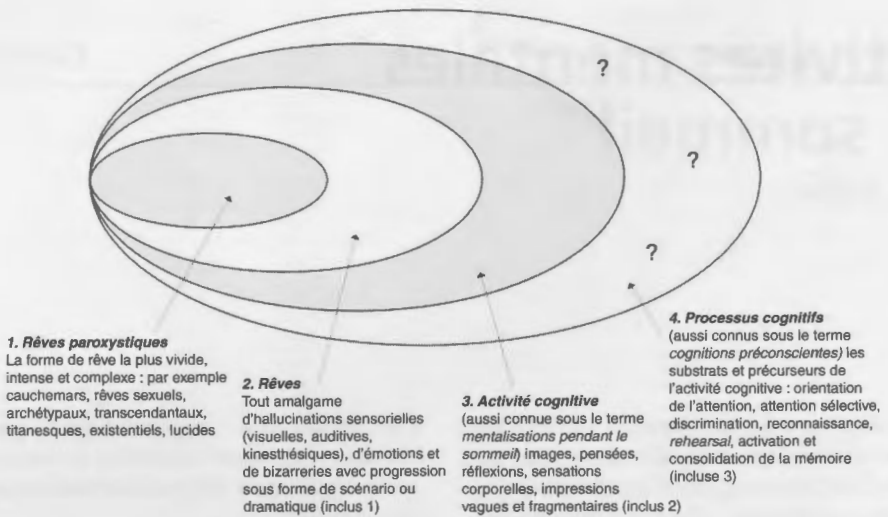


Figure 5.1. Quatre niveaux de spécificité du rêve.

Avec une définition de plus en plus spécifique de ce que sont les rêves, les différences entre les pensées survenant en SP et en SL deviennent plus apparentes. Les deux niveaux les plus spécifiques (1 et 2) se produisent quasi exclusivement en SP. L'activité cognitive (3) autre que le rêve est prédominante en SL. Au-delà même de l'activité cognitive, il y a probablement aussi un niveau encore plus général de processus cognitifs (4) qui serviraient de précurseurs à l'activité cognitive et qui pourraient être présents à différents degrés au cours du SP et du SL (d'après [1]).

recueillies après coup de ces expériences oniriques, plus communément appelées le compte rendu ou le récit du rêve. Plusieurs facteurs peuvent influencer la nature et le contenu du compte rendu verbal ou écrit d'un rêve. Ces facteurs incluent : l'environnement où le rêve est rapporté (par exemple, à la maison, dans un laboratoire de sommeil, dans une salle de classe ou en psychothérapie), la méthode de réveil (réveil spontané ou induit expérimentalement), le moment du réveil (par exemple, en début, au milieu ou à la fin d'une période de sommeil), le stade du sommeil au moment du réveil (par exemple, avec ou sans mouvements oculaires rapides, communément appelés sommeil paradoxal [SP] et sommeil lent [SL]), le type d'instrument de collecte de rêves (par exemple, questionnaire, journal de rêves), la méthode pour rapporter les rêves (par exemple, rêve écrit par le participant, écrit par l'expérimentateur ou enregistré vocalement), les instructions données au rêveur (par exemple, «rapportez tout ce qui vous a traversé l'esprit avant le réveil» ou «rapportez uniquement vos rêves»), les questions posées au rêveur sur le contenu onirique rapporté (aucune, questions fixes ou semi-structurées), la

situation interpersonnelle (par exemple, rêve rapporté directement à un expérimentateur ou à un clinicien), le délai entre le moment où l'expérience du rêve a eu lieu et le moment où il a été rapporté, la durée de l'étude, et les caractéristiques des participants (par exemple, l'âge, le genre, la personnalité, le niveau d'habitation à se rappeler de ses rêves).

La méthode de collecte de rêves utilisée dans une étude détermine à quel point le contenu des récits oniriques est influencé par l'un ou plusieurs des facteurs mentionnés ci-dessus. Les méthodes les plus fréquemment utilisées pour recueillir des comptes rendus de rêves – les réveils en laboratoire, les journaux de rêves à remplir à la maison, les questionnaires et les rêves les plus récents consignés par écrit dans un contexte de groupe – ont chacune leur utilité et leurs avantages et désavantages respectifs. Par ailleurs, même s'il a été démontré que de travailler avec les rêves de patients en psychothérapie est utile d'un point de vue clinique [2], les comptes rendus de rêves provenant du contexte d'une relation thérapeutique sont rarement utilisés dans des études empiriques et ne sont donc pas considérés dans le présent chapitre.

Des instruments fiables, complets et validés pour l'analyse des comptes rendus de rêves ont été développés. Des outils complémentaires sont dorénavant disponibles sur Internet et peuvent être utilisés par les chercheurs. Des cent cinquante échelles d'analyse et de classification du contenu onirique déjà recensés, le système de cotation de Hall et Van de Castle [3] demeure à ce jour le mieux validé et le plus fréquemment utilisé en recherche pour analyser le contenu des rêves. La majorité des résultats présentés dans la suite de ce chapitre proviennent du système de Hall/Van de Castle. Ce système repose sur des mesures à base nominale et utilise des pourcentages et des ratios comme indicateurs de contenu onirique, ce qui permet de corriger les données en contrôlant la longueur variable des récits de rêves d'un échantillon de rêves à un autre. Les comptes rendus de rêves utilisés dans l'échantillon normatif établi à l'aide du système Hall/Van de Castle, ainsi que les cotations pour chacun de ces rêves, sont disponibles sur le site internet : www.dreambank.net.

Comptes rendus de rêves en laboratoire

En ce qui concerne l'étude systématique du contenu onirique, le point de départ idéal reste les études classiques réalisées en laboratoire pendant l'âge d'or de la recherche sur les rêves dans les années 1960 et le début des années 1970. Ces études démontrent que le contenu onirique simule la vie quotidienne à un degré beaucoup plus élevé que ce qui avait d'abord été anticipé sur la base des études de cas cliniques sur lesquelles les théories sur les rêves reposaient avant l'ère de la recherche en laboratoire [4]. Ces études ont permis de caractériser un rêve typique recueilli en SP comme étant un compte rendu clair, cohérent et détaillé d'une situation réaliste impliquant le rêveur et d'autres personnes aux prises avec des activités et des préoccupations très ordinaires dont ils discutent généralement dans le rêve.

La question des émotions dans les récits de rêves recueillis en SP a été largement étudiée dans les laboratoires de sommeil. Les participants étaient alors interrogés après chaque réveil sur la présence d'émotions et de la concordance entre ces émotions et le contenu onirique. En se basant sur

l'évaluation faite par des participants et des juges externes, les chercheurs ont conclu qu'environ 70 % des comptes rendus de rêves contenaient au moins certains affects. Une étude dans un laboratoire de sommeil suisse a obtenu des résultats similaires en ce qui concerne la fréquence et l'intensité des émotions dans les rêves [5].

Parmi les premières études en laboratoire, plusieurs se sont penchées sur les changements pouvant se produire dans le contenu onirique d'une période de SP à une autre. Ces études n'ont toutefois révélé que quelques différences pouvant être reproduites. L'étude la plus complète à ce sujet a démontré deux différences mineures parmi vingt-six analyses, basées sur les catégories de Hall/Van de Castle, des quatre premières périodes de SP, qu'il y ait eu un seul ou plusieurs réveil(s) par nuit. Aucune différence n'a été trouvée dans les rêves rappelés spontanément lorsque les participants se réveillaient d'eux-mêmes d'un épisode de SP pendant la nuit ou le matin. Cependant, il pourrait y avoir une certaine continuité thématique d'un épisode de SP à un autre pendant quelques nuits consécutives.

Comptes rendus de rêves en SP et en SL

Les premières études en laboratoire suggéraient que les rêves survenaient presque exclusivement en SP et qu'il y avait des différences au niveau du contenu entre les récits de rêves en SP et en SL. Des études ultérieures ont toutefois révélé que les différences dans le rappel de rêves n'étaient pas aussi évidentes qu'on le pensait, surtout dans les derniers stades d'une période de sommeil. De plus, certaines différences de contenu disparaissent lorsque le nombre de mots par rêve est contrôlé. Néanmoins, plusieurs études concluent que les rêves sont plus fréquents et plus longs lors de périodes de SP et que plusieurs comptes rendus issus de réveils en SL semblent n'être que des « pensées » et non des rêves comme tels. En fait, les comptes rendus de rêves obtenus après des réveils en SL sont souvent un prolongement des pensées et des souvenirs de la vie quotidienne, alors qu'il y a peu de souvenirs épisodiques en SP et dans les récits oniriques obtenus à partir de la maison [6].

Les différences de contenu sont reliées à un plus grand nombre de personnages dans les récits oniriques issus du SP, ce qui donne lieu à une plus grande probabilité d'interactions sociales. À ce sujet, il y a également des preuves empiriques suggérant que les comptes rendus de rêves à partir du SL recueillis vers la fin d'une période de sommeil ressemblent davantage aux récits en SP qu'aux récits provenant du SL des premières heures de sommeil. Les études les plus récentes sur ce sujet montrent qu'à mesure que la nuit progresse, l'activité mentale en SL qui correspond à de simples pensées diminue de 56 %, alors que l'activité mentale en SL à caractère hallucinatoire augmente de 62 %. Ce constat a mené des chercheurs à conclure qu'à mesure que la nuit progresse, le SL se rapproche des caractéristiques neurocognitives du SP. D'autres études ont par ailleurs démontré que la différence principale entre les rêves issus du SP et du SL en fin de nuit se situait au niveau des interactions agressives.

Comparaison des rêves à la maison et en laboratoire

Plusieurs études méticuleuses ont révélé qu'il n'existe que peu de différences entre les récits de rêves recueillis en laboratoire ou à la maison. De plus, la plupart de ces différences disparaissent lorsque certaines variables sont contrôlées. La seule exception touche les éléments oniriques à caractère hostile et agressif, qui apparaissent plus fréquemment dans les récits de rêves de jeunes adultes à la maison.

Les différences relativement minimales entre les rêves recueillis à la maison et en laboratoire pourraient s'expliquer par les résultats d'études en laboratoire qui ont comparé ce qui était rapporté par des participants lors de réveils en SP durant la nuit et ce dont ils se rappelaient le lendemain matin. De telles études ont montré que le caractère récent et la longueur du récit onirique sont des facteurs primaires lors de rappels subséquents, ce qui à la maison donnerait lieu à un échantillon représentatif de contenu onirique étant donné le peu de différences d'un épisode de SP à un autre et entre les épisodes de SP et de SL en fin de nuit. Cependant, certaines de ces études montrent égale-

ment que l'intensité affective des rêves peut être un facteur tertiaire lors du rappel matinal, suggérant ainsi la présence d'un biais de sélection en faveur des rêves à contenu émotif plus saillant lors du rappel de rêve au quotidien.

Contenu onirique normatif des rêves à la maison

Sur la base des résultats présentés précédemment, c'est sans surprise que les études ayant recours à de larges échantillons de rêves recueillis à l'extérieur des laboratoires de sommeil, auprès de jeunes adultes universitaires, ont démontré plusieurs similitudes avec les résultats obtenus en laboratoire, lorsque des catégories de contenu onirique identiques ou comparables sont utilisées. Les rêves se produisant surtout dans des lieux habituels et familiers contiennent un nombre élevé de personnages connus du rêveur et portent sur des préoccupations familiales et amoureuses, et sur des activités pratiquées dans la vie quotidienne (par exemple, le travail) [7].

Considérant l'intérêt populaire et clinique de longue date pour les rêves à caractère érotique et sexuel, il est étonnant de constater que cette catégorie de contenu onirique a reçu relativement peu d'attention des chercheurs. Des études indiquent qu'environ 80 % des adultes interrogés par questionnaire répondent par l'affirmative lorsqu'on leur demande s'ils ont déjà rêvé à des expériences sexuelles, les hommes rapportant davantage de rêves sexuels que les femmes. Les données normatives produites par Hall et Van de Castle montrent que 12 % des rêves des hommes et 4 % des rêves des femmes contiennent des éléments à caractère sexuel, tels qu'avoir ou essayer d'avoir des rapports sexuels, caresser un partenaire, embrasser, flirter et mettre en scène des fantasmes sexuels. Cependant, dans une étude portant sur plus de 3 500 comptes rendus de rêves, aucune différence significative n'a été trouvée entre les hommes et les femmes. Environ 8 % des récits oniriques des hommes et des femmes contenaient des activités d'ordre sexuel. Les différences obtenues par Hall et Van de Castle pourraient être dues, du moins en partie, par la composition de l'échantillon (étudiants universitaires *versus* adultes étudiants

et non étudiants). Il est également possible que les femmes aient plus de rêves sexuels qu'il y a 40 ans ou encore qu'elles se sentent plus à l'aise de nos jours de rapporter de tels rêves en raison des changements d'attitudes et des rôles sociaux.

Par ailleurs, il semble y avoir des changements majeurs dans le contenu onirique entre l'âge préscolaire et l'adolescence, mais relativement peu de changements de la fin de l'adolescence au sujet âgé. Le contenu des rêves semble donc refléter les développements cognitifs et émotionnels qui se produisent pendant l'enfance, ainsi que la stabilité de la personnalité adulte [8].

Expériences sensorielles et rêves des sujets non voyants

Bien que la grande majorité des récits oniriques contiennent des éléments visuels et, dans une plus faible proportion, des éléments kinesthésiques, la présence d'autres modalités sensorielles a aussi été observée dans les comptes rendus de rêves recueillis en laboratoire et à la maison. Plus de 50 % des récits oniriques contiennent des expériences auditives alors que des références explicites à des sensations olfactives, gustatives et douloureuses sont présentes dans moins de 1 % des récits de rêves. Une étude a démontré que les rêves des femmes étaient plus susceptibles de contenir des sensations olfactives et gustatives, tandis que les références aux expériences auditives et de douleur apparaissaient plus fréquemment dans les rêves des hommes [9]. Le fait que les modalités sensorielles moins fréquentes telles que le goût, l'olfaction et la douleur se produisent occasionnellement dans les rêves est en soi une démonstration importante des capacités figuratives du rêve.

C'est probablement à cause du caractère visuel de la plupart des rêves que les gens se sont souvent demandés si les personnes aveugles rêvaient, de telle sorte que les premières études systématiques sur les rêves ont porté sur ce sujet. Des entrevues ont permis de révéler qu'effectivement les personnes aveugles de naissance ou qui sont devenues aveugles avant l'âge de 4 ou 5 ans rêvent, même s'ils ne voient pas d'images dans leurs rêves, une conclusion que des études en laboratoire ont par la suite confirmée. Peu de différences ont été

observées au niveau du contenu onirique, sinon que des interactions agressives semblent moins fréquentes dans les rêves de personnes aveugles. En outre, il y a beaucoup plus de mentions concernant le sens du toucher, du goût et de l'olfaction dans les rêves des non-voyants. Soulignons que les rêves des personnes qui deviennent aveugles après l'âge de 5 ou 6 ans contiennent souvent de l'imagerie visuelle, ce qui suggère qu'il y a une période clé pour le développement de la capacité à faire des rêves visuels qui corrobore les résultats des études longitudinales auprès d'enfants de 3 à 7 ans.

Contenu onirique et bien-être psychologique

Beaucoup d'efforts ont été déployés en recherche afin d'identifier des parallèles entre, d'une part, le contenu onirique et, d'autre part, des variables standardisées de personnalité, des mesures de bien-être psychologique auprès de populations non cliniques, et des indices de psychopathologie auprès de populations cliniques. Dans l'ensemble, les résultats concernant la relation entre certains traits de personnalité (par exemple, névrotisme, extraversion) et le contenu des rêves de tous les jours sont partagés. De fortes corrélations ont toutefois été établies entre les niveaux de bien-être à l'éveil et certaines catégories de rêves telles que les cauchemars [10] et les rêves récurrents [11], et entre le contenu onirique et différentes dimensions de la vie d'éveil, notamment les préoccupations des gens à l'éveil [7]. Plusieurs études ont montré que le contenu onirique est influencé par des facteurs de stress réels ou induits expérimentalement [12]. Cependant, il reste à déterminer si les rêves jouent un rôle dans l'adaptation au stress ou non.

Dans une série d'études longitudinales portant sur des récits de rêves en SP d'adultes dépressifs et non dépressifs en instance de séparation ou de divorce, Cartwright *et al.* [13] ont démontré que les variables de contenu onirique centrées sur les affects et la représentation de l'ex-conjoint reflétaient le degré d'ajustement des gens à leur situation à travers le temps. De même, dans une étude longitudinale [14] auprès d'adultes « normaux », des corrélations ont été établies entre le contenu

onirique (cahiers de rêves remplis à la maison) et des mesures de bien-être psychologique et ce, autant à des points fixes dans le temps que sur une période de 6 à 10 ans. Dans cette étude, les émotions et les interactions sociales dans les rêves obtenaient les corrélations les plus fortes avec le niveau de bien-être. Les études portant sur le contenu onirique des patients souffrant de troubles psychopathologiques sévères tels que la schizophrénie ont été recensées ailleurs [15]. Dans l'ensemble, peu d'éléments de preuves concluantes ont émergé de ces études. De plus, bon nombre d'études dans ce domaine présentaient des failles méthodologiques importantes, notamment des diagnostics flous, des groupes contrôles inadéquats, des effets inconnus de la médication, un faible échantillon de récits de rêves par patient et

l'utilisation de systèmes de classification des rêves non validés.

Rêves récurrents et cauchemars

Les rêves perturbants (par exemple, rêves reliés à des traumatismes, cauchemars idiopathiques) diffèrent largement quant à leurs caractéristiques phénotypiques et phénoménologiques, et les chercheurs autant que les cliniciens ne s'entendent pas sur la nomenclature qui permettrait le mieux de catégoriser ces types de rêves. Levin et Nielsen [10] ont proposé une classification des rêves allant du rêve normal aux cauchemars post-traumatiques. Cette classification (figure 5.2) est organisée en fonction de la charge affective crois-

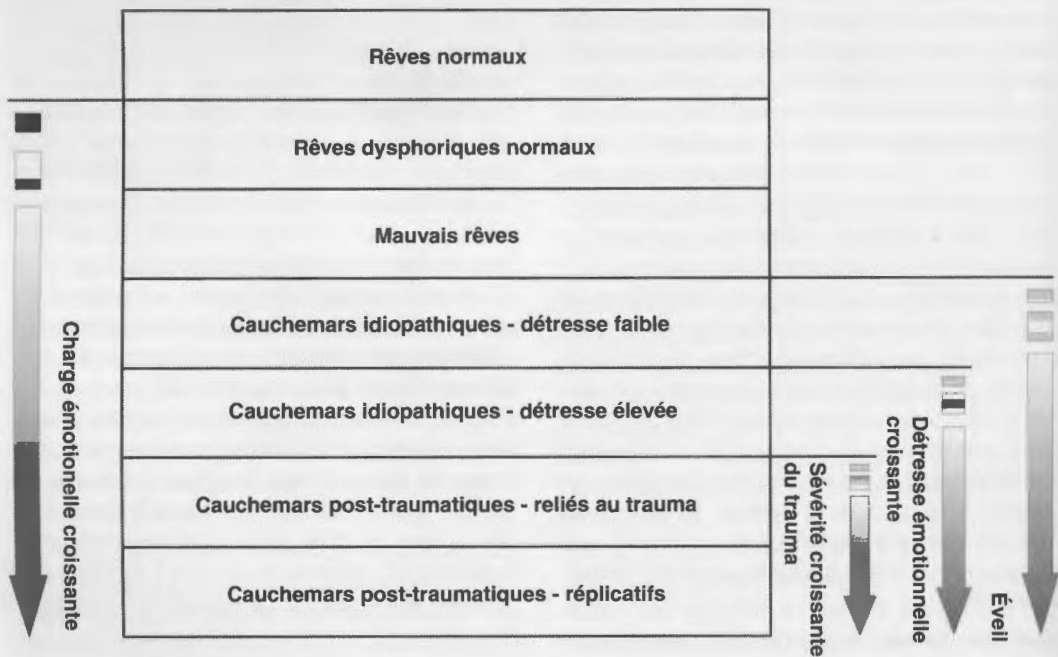


Figure 5.2. Classification des rêves selon la charge affective croissante, la détresse affective et la sévérité du traumatisme.

Les rêves normaux, les rêves dysphoriques, les mauvais rêves et les cauchemars idiopathiques avec un faible niveau de détresse sont tous considérés non pathologiques parce que les éléments propres à un traumatisme survenu dans la vie d'éveil ne sont pas représentés dans ces rêves et que les participants rapportent un faible niveau de détresse associé à ces types de rêves. Le réveil causé par le rêve distingue les cauchemars idiopathiques avec un faible niveau de détresse des rêves dysphoriques et des mauvais rêves. Les cauchemars idiopathiques avec un niveau de détresse élevée, les cauchemars post-traumatiques reliés à un traumatisme et les cauchemars post-traumatiques qui reproduisent un traumatisme sont considérés pathologiques parce que le niveau de détresse subjective qu'ils engendrent est élevé. Les cauchemars post-traumatiques produisent encore plus de détresse émotionnelle en fonction du nombre et de la sévérité des précurseurs du traumatisme (d'après [10]).

sante, la détresse affective (c'est-à-dire la disposition à réagir à des événements avec des émotions négatives intenses) et la sévérité du traumatisme. Dans ce système de classification comme dans plusieurs autres du genre, une distinction est faite entre mauvais rêve et cauchemar : le cauchemar cause le réveil du dormeur, mais pas le mauvais rêve. Bien que de tels développements soient importants et prometteurs d'un point de vue conceptuel, seule leur adoption par une large partie de la communauté scientifique permettrait de mieux comparer les études entre elles.

Plusieurs théories partagent le point de vue que les rêves récurrents reflètent des préoccupations ou des conflits émotionnels non résolus dans la vie quotidienne. Un échec de la fonction adaptative des rêves pourrait être décelé à l'intérieur d'une série de rêves lorsqu'on y retrouve des *patterns* répétitifs tels que la reformulation d'un problème sous différentes formes, sans toutefois qu'un indice de progrès puisse être identifié. De fait, la « dimension répétitive » du contenu onirique pourrait refléter différents degrés de sévérité pathologique. Les cauchemars post-traumatiques peuvent mettre en scène des versions similaires d'une expérience non résolue comme par exemple un accident de voiture ou un traumatisme de guerre. Le rappel de rêves qui reproduisent à différents degrés des événements traumatiques vécus à l'éveil par le rêveur a été documenté à plusieurs reprises auprès de différentes populations comme les vétérans de guerre, les adultes et les enfants exposés à la guerre, les témoins de violence et d'abus, les grands brûlés, les individus exposés à des catastrophes naturelles, et plus récemment les résidents américains à la suite des attaques terroristes du 11 septembre 2001.

Les études auprès de patients souffrant de stress post-traumatique mettent en évidence des changements dans le contenu onirique avec l'écoulement du temps et à mesure que les réactions post-traumatiques s'améliorent. Les rêves rapportés pendant la phase post-traumatique initiale ont tendance à inclure une certaine forme de répétition directe du traumatisme, alors que dans les phases subséquentes, les rêves des victimes contiennent davantage de représentations symboliques du traumatisme et une plus grande intégration des activités et préoccupations de leur vie quotidienne.

Les rêves récurrents illustreraient métaphoriquement des conflits et des facteurs de stress qui persistent dans le temps, et sont principalement de nature déplaisante. Environ 85 % des rêves récurrents contiennent des émotions négatives et les thèmes le plus fréquemment rapportés dans les rêves récurrents des adultes sont les suivants : être en danger (par exemple, être pourchassé ou menacé d'être blessé), être seul et coincé (par exemple, dans un ascenseur), être confronté à des forces de la nature (par exemple, des éruptions volcaniques ou des raz-de-marée) et perdre ses dents.

Les rêves contenant moins de récurrence – c'est-à-dire ceux qui incluent des thèmes et des éléments récurrents sans que leur contenu soit complètement répétitif – réapparaissent à travers de longues séries de rêves et ne sont pas clairement associés à des indices de psychopathologie. Cependant, ces rêves pourraient tout de même avoir une fonction adaptative.

Des études de cas ont décrit des changements positifs au niveau de certains éléments oniriques répétitifs, en lien avec l'évolution de psychothérapies qui se sont avérées efficaces. De même, des études en laboratoire auprès de femmes qui réussissaient à surmonter des réactions dépressives à la suite d'un divorce ont documenté un *pattern* de progression dans leur contenu onirique. Par ailleurs, des participants aux prises avec des rêves récurrents ont rapporté davantage de difficultés d'adaptation sur des mesures d'anxiété, de dépression, d'adaptation personnelle et de stress reliés à des événements de vie que des participants qui ne faisaient pas de rêves récurrents. La cessation de tels rêves pourrait refléter une amélioration du bien-être [11]. Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que les changements allant d'un contenu onirique répétitif à un contenu plus progressif seraient un indicateur du niveau d'adaptation aux différentes circonstances de la vie.

Les cauchemars résultent de presque toute forme d'expérience traumatique, mais une fréquence élevée de cauchemars est également rapportée par une proportion considérable d'individus sans antécédent de traumatisme. Selon plusieurs études dont les échantillons d'étudiants universitaires sont très élevés, 8 à 25 % des adultes rapportent faire un cauchemar ou plus par mois, alors que 2 à 6 % mentionnent en faire un ou plus par semaine.

La prévalence estimée de 2 à 6 % de gens qui font un cauchemar ou plus par semaine concorde avec les données obtenues par sondages auprès de populations adultes dans différents pays. Les études montrent également que 5 à 8 % de la population générale rapportent un problème relié à la présence de cauchemars, avec environ 6 % d'entre eux qui rapportent s'être plaints de tels problèmes dans le passé.

Une prévalence élevée de cauchemars a été rapportée dans des populations cliniques, qui incluent entre autres des patients suivis dans des services d'urgence psychiatrique, des toxicomanes, des patients ayant reçu un diagnostic de trouble de personnalité *borderline* et des individus souffrant de schizophrénie. Par exemple, une majorité de patients présentant un trouble dissociatif ont des cauchemars répondant aux critères du DSM-IV et la fréquence des cauchemars est directement reliée au risque de décès par suicide. Finalement, les cauchemars qui sont fréquemment rapportés par les individus exposés à toute une gamme d'expériences traumatiques font partie du groupe de symptômes d'intrusion du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Ces cauchemars sont vécus par la majorité des patients souffrant de TSPT.

Bien que les cauchemars aient souvent été étudiés en lien avec les troubles de la personnalité, la schizotypie et le névrotisme, de nombreuses personnes faisant régulièrement des cauchemars ne présentent pas de signes cliniques de psychopathologie. Les corrélations rapportées entre les mesures de psychopathologie et la fréquence des cauchemars chez des populations non cliniques sont souvent faibles à modérées. De plus en plus de preuves indiquent que la fréquence des cauchemars et la détresse associée aux cauchemars ne sont que modérément corrélées et que c'est la détresse liée aux cauchemars plutôt que leur fréquence qui prédit le mieux la psychopathologie [10].

De nombreuses études rapportent une relation entre la fréquence des cauchemars et des perturbations du sommeil de type insomnie avec des délais d'endormissement allongés, des réveils nocturnes de longue durée ainsi qu'un sommeil agité ou irrégulier. Les cauchemars semblent causer des perturbations du sommeil similaires à l'insomnie [16].

Un large éventail de traitements des cauchemars est à notre disposition. Bien que la psychothérapie visant la résolution de conflits intrapsychiques ait pendant longtemps été le traitement de choix, cette approche a reçu peu d'appuis empiriques. En revanche, des interventions d'orientation cognitivo-comportementale qui requièrent six séances au moins ont davantage été validées. Des techniques de désensibilisation systématique et de relaxation, utilisées afin de déconditionner l'effet anxiogène des contenus des cauchemars en y substituant une réaction de relaxation, se sont avérées efficaces dans plusieurs études de cas et deux études empiriques. Une technique de répétition par imagerie mentale, qui enseigne aux patients à changer le scénario de leur cauchemar et à répéter mentalement le nouveau scénario, a permis de réduire la détresse associée aux cauchemars ainsi que leur fréquence. Des auteurs ont précisé les mécanismes sous-tendant cette technique de répétition par imagerie mentale ainsi que d'autres étapes importantes de la thérapie dans un article destiné aux cliniciens [17]. D'autres traitements dont l'efficacité a été démontrée empiriquement incluent l'induction de rêves lucides, la méthode de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires ou thérapie EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), et l'hypnose.

Les patients traités avec succès pour leurs cauchemars rapportent souvent des améliorations au niveau de la qualité de leur sommeil, disent qu'ils se sentent plus reposés au réveil et ont plus d'énergie pendant la journée. La diminution de la fréquence des cauchemars est un indice significatif qui prédit l'amélioration du sommeil. Ces résultats suggèrent que dans la plupart des cas, les cauchemars chroniques peuvent constituer un trouble primaire du sommeil plutôt qu'un symptôme d'un désordre psychiatrique.

Enfin, de nombreuses catégories de drogues et médicaments déclenchent des cauchemars et des rêves étranges, notamment les agents catécholaminergiques, les bêtabloquants, certains antidépresseurs, les barbituriques et l'alcool. À ce sujet, plusieurs articles suggèrent que, les thérapies pharmacologiques le plus souvent associées aux cauchemars sont les sédatifs/hypnotiques, les bêtabloquants et les amphétamines, et qu'un mécanisme d'action fréquent à l'origine des cau-

chemars causés par les drogues et médicaments est la suppression ou modification du SP [18].

Est-ce que rêver a une fonction adaptative ?

Plusieurs théoriciens contemporains du rêve ont mis en avant l'idée que les rêves ont une fonction importante sur le plan biologique, en particulier au niveau de la régulation émotionnelle ou de l'adaptation aux événements de la vie d'éveil [19]. Il y a en outre beaucoup d'éléments soutenant l'hypothèse que le SP facilite le traitement des émotions et la consolidation de la mémoire émotionnelle [20]. Des perturbations oniriques surviendraient lorsque les rêves ne parviendraient pas à remplir leur fonction présumée de régulation émotionnelle pendant le sommeil. Mais de telles expériences pourraient aussi se produire en réaction ou refléter une mémoire altérée et des processus émotionnels atypiques à l'éveil.

Dans une série d'articles, Levin et Nielsen ont proposé un modèle neurocognitif détaillé des perturbations oniriques et de la production de cauchemars. Leur modèle conçoit la réduction ou l'extinction des mémoires reliées à la peur comme jouant un rôle fondamental dans le processus normal du rêve. Leur modèle de dysfonction du réseau affectif (*Affect Network Dysfunction* ou *AND model*), qui repose sur les fonctions neurophysiologiques de l'amygdale, du cortex préfrontal médian, de l'hippocampe et du cortex cingulaire antérieur, propose que l'extinction des mémoires reliées à la peur peut être facilitée pendant l'activité onirique *via* trois processus cruciaux d'imagerie visuelle, à savoir : l'activation d'éléments mnésiques (disponibilité accrue lors du rêve d'un vaste éventail de contenus de la mémoire), la recombinaison d'éléments mnésiques (assemblage continu d'éléments de la mémoire pour former de nouvelles séquences d'images pendant le processus de construction du rêve) et l'activation émotionnelle (l'expression émotionnelle durant le rêve). Des variations dans l'expression et l'évolution des rêves dysphoriques chez certains patients pourraient refléter des activations différentielles des processus d'imagerie visuelle, de leurs corrélats neuronaux sous-jacents et de leurs fonctions présumées.

Implications pour les théories sur le rêve

Les résultats empiriques présentés à ce jour suggèrent que l'on peut extraire une quantité considérable d'informations de nature psychologique à partir des comptes rendus de rêves. Cette conclusion confirme l'idée centrale que l'on retrouve au cœur de toutes les théories sur le rêve élaborées au XX^e siècle, selon laquelle les rêves sont significatifs. Cependant, il faut ajouter qu'une majeure partie du contenu onirique n'est pas encore comprise. Les résultats suggèrent en outre que la majorité des rêves portent sur un petit nombre de préoccupations personnelles tournant généralement autour des interactions sociales avec des membres de la famille, des amis et des collègues de travail. La plus grande variabilité dans le contenu onirique semble concerner les interactions de nature agressive, en particulier les agressions physiques.

Malgré l'originalité et la créativité que l'on retrouve dans les rêves, et même si certains aspects du contenu onirique ne sont toujours pas compris, la plupart des rêves sont plus réalistes et basés sur la vie quotidienne que ne le suggèrent les théories traditionnelles sur les rêves. De plus, une part importante du contenu onirique semble plus transparente que ce que les premières théories psychanalytiques décrivaient lorsque Freud mettait l'accent sur le symbolisme des éléments oniriques et le déguisement du sens latent du rêve en contenu manifeste. Finalement, une minorité significative des rêves ne reposerait pas autant sur les émotions que ce que la plupart des théories suggèrent, surtout avant l'adolescence.

En conclusion les résultats provenant de la recherche empirique sur le contenu onirique suggèrent que la plupart des rêves incarnent des pensées en mettant en scène des préoccupations et des intérêts de la vie de tous les jours. En guise de point de départ, les rêves sont peut-être mieux compris comme étant des simulations des préoccupations et des perceptions des sujets à l'éveil, incluant des préoccupations interpersonnelles qui sont significatives sur le plan émotionnel. Cette conceptualisation du contenu onirique est au cœur de l'hypothèse de la continuité, qui postule l'existence d'une relation entre le contenu des rêves au

quotidien et les préoccupations et états émotifs des gens à l'éveil. Bien que les conclusions des études recensées dans le présent chapitre confirment l'hypothèse de la continuité, il reste encore beaucoup de travail à faire afin de clarifier quelles dimensions spécifiques de la vie d'éveil (par exemple, l'humeur au quotidien, certaines tâches d'apprentissage particulières, des événements de vie majeurs, des comportements et attitudes bien enracinés, des fantaisies ou des styles cognitifs) sont le plus fortement reliées à quels aspects du contenu des rêves, et comment cette relation évolue dans le temps. En fait, plutôt que de faire référence à une continuité, il serait peut-être plus approprié de considérer l'existence de multiples niveaux de continuité entre les différents paramètres du rêve et de la vie d'éveil. Le constat que les rêves représentent rarement des souvenirs épisodiques et que la nature des références temporelles dans les rêves peut prendre plusieurs formes ajoute un niveau de complexité à un problème déjà suffisamment difficile. Enfin, les rêves ont peut-être une fonction ou non, mais les données démontrent de façon convaincante que le contenu onirique est un produit du cerveau humain qui est significatif d'un point de vue psychologique et par conséquent les rêves vont continuer d'intéresser et de stimuler les cliniciens ainsi que les chercheurs.

Références

- [1] Nielsen TA. A review of mentation in REM and NREM sleep : «Covert» REM sleep as a possible reconciliation of two opposing models. *Behav Brain Sci* 2000; 23 : 851-66.
- [2] Pesant N, Zadra A. Working with dreams in therapy : What do we know and what should we do? *Clin Psychol Rev* 2004; 24 : 489-512.
- [3] Hall CR, Van de Castle. The content analysis of dreams. New York : Appleton-Century-Crofts; 1966.
- [4] Snyder F. The phenomenology of dreaming. In : Madow H, Snow L, editors. *The Psychodynamic Implications of the Physiological Studies on Dreams*. Springfield (IL) : Charles Thomas; 1970. p. 124-51.
- [5] Strauch I, Meier B. In search of dreams : results of experimental dream research. SUNY series in dream studies. Albany (NY) : State University of New York Press; 1996.
- [6] Fosse MJ, Fosse R, Hobson JA, Stickgold RJ. Dreaming and episodic memory : A functional dissociation? *J Cogn Neurosci* 2003; 15 : 1-9.
- [7] Domhoff GW. Finding meaning in dreams : A quantitative approach. Emotions, personality, and psychotherapy. New York : Plenum Press; 1996.
- [8] Domhoff GW. The scientific study of dreams : Neural networks, cognitive development, and content analysis. Washington (DC) : American Psychological Association; 2003.
- [9] Zadra AL, Nielsen TA, Donderi DC. Prevalence of auditory, olfactory and gustatory experiences in home dreams. *Percept Mot Skills* 1998; 87 : 819-26.
- [10] Levin R, Nielsen TA. Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress : A review and neurocognitive model. *Psychol Bull* 2007; 133 : 482-528.
- [11] Brown RJ, Donderi DC. Dream content and self-reported well-being among recurrent dreamers, past-recurrent dreamers, and nonrecurrent dreamers. *J Personal Social Psychology* 1986; 50 : 612-23.
- [12] De Koninck JM, Koulack D. Dream content and adaptation to a stressful situation. *J Abnorm Psychol* 1975; 84 : 250-60.
- [13] Cartwright R, Baehr E, Kirkby J, Pandi-Perumal SR, Kabat J. REM sleep reduction, mood regulation and remission in untreated depression. *Psychiatry Res* 2003; 121 : 159-67.
- [14] Pesant N, Zadra A. Dream content and psychological well-being : A longitudinal study of the continuity hypothesis. *J Clin Psychol* 2006; 62 : 111-21.
- [15] Kramer M. Dreams and psychopathology. In : Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and practice of sleep medicine*. 3rd ed. Philadelphia : Saunders; 2000. p. 511-9.
- [16] Krakow B, Tandberg D, Scriggins L, Barey M. A controlled comparison of self-rated sleep complaints in acute and chronic nightmare sufferers. *J Nerv Mental Dis* 1995; 183 : 623-7.
- [17] Krakow B, Zadra A. Clinical management of chronic nightmares : Imagery rehearsal therapy. *Beh Sleep Med* 2006; 4 : 45-70.
- [18] Thompson DF, Pierce DP. Drug-induced nightmares. *Ann Pharmacother* 1999; 33 : 93-8.
- [19] Moffitt A, Kramer M, Hoffmann R, editors. *The functions of dreaming*. SUNY series in dream studies. Albany (NY) : State University of New York Press; 1993.
- [20] Walker MP, van der Helm E. Overnight therapy? The role of sleep in emotional brain processing. *Psychol Bull* 2009; 135 : 731-48.