

L'UTILISATION DES RÊVES EN PSYCHOTHÉRAPIE : UNE APPROCHE INTÉGRATIVE

DREAM WORK IN PSYCHOTHERAPY : AN INTEGRATIVE APPROACH

Nicholas Pesant
Hôpital juif de réadaptation

Antonio Zadra¹
Université de Montréal

INTRODUCTION

Depuis que Freud (1900/1953) a dit du rêve qu'il était la voie royale vers l'inconscient et qu'il a appliqué la méthode d'association libre pour en comprendre le sens, plusieurs modèles d'interprétation du rêve² ont vu le jour, à l'intérieur comme à l'extérieur des cercles psychanalytiques (pour une recension de ces approches, voir Pesant & Zadra, 2004). Cependant, l'interprétation des rêves semblent actuellement occuper une place relativement limitée en psychothérapie. Certes, la majorité des cliniciens interrogés à ce sujet rapportent qu'ils travaillent avec les rêves de leurs clients au moins à l'occasion (Crook & Hill, 2003; Fox, 2002; Keller, Brown, Maier, Steinfurth, Hall, & Piotrowski, 1995; Hill, Liu, Spangler, Sim, & Schottenbauer, 2008; Schredl, Bohusch, Kahl, Mader, & Somesan, 2000). Toutefois, l'utilisation des rêves en thérapie diminue de façon considérable chez les intervenants d'orientation humaniste et cognitive comportementale, lorsque comparés aux cliniciens d'orientation psychanalytique³. De plus, les cliniciens qui ont accepté de participer à ces études avaient peut-être au départ un intérêt plus marqué pour l'utilisation des rêves en thérapie, contrairement à ceux qui ont refusé de répondre aux sondages (dans les études de Crook & Hill, 2003, de Keller *et al.*, 1995 et de Schredl *et al.*, 2000, le taux de participation était respectivement de 58 %, 46 % et 60 %).

Ces études révèlent en outre que plusieurs psychothérapeutes ne se sentent pas suffisamment compétents pour travailler avec les rêves, ce qui influence la place qu'ils leur accordent en thérapie. Ainsi, par manque de formation, l'interprétation des rêves se limite pour bon nombre d'entre eux à écouter le récit du rêve, à demander au client s'il peut relier ce rêve à une situation de vie d'éveil ou encore à lui demander ce qu'il pense de sa signification (Crook & Hill, 2003). Plusieurs psychologues nous ont mentionné que le caractère interprétatif qu'ils associaient au travail avec les rêves suscitait chez eux une certaine anxiété de performance,

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succ. Centre-ville Montréal (QC), H3C 3J7. Téléphone : (514) 343-6626. Télécopieur : (514) 343-2285. Courriel : antonio.zadra@umontreal.ca.
2. Dans cet article, le concept d'*interprétation des rêves* fait référence à toute forme de travail clinique avec les rêves, incluant les approches non interprétatives.
3. Même dans les cercles psychanalytiques, la position privilégiée du rêve a été remise en question (Lane, 1997).

renforcée par les attentes parfois irréalistes des clients envers le pouvoir du thérapeute à décoder « le sens caché » de leurs rêves. L'idée qu'il faut détenir un savoir spécial pour comprendre les rêves semble donc persister et amener des cliniciens à éviter le sujet en thérapie. Enfin, Hill (1996) et Weiss (1986) suggèrent que la perte d'intérêt pour l'utilisation des rêves en thérapie s'expliquerait aussi par leur caractère ambigu. Selon ces auteurs, il en découle une idée préconçue que parler des rêves est un luxe que seules les thérapies à long terme peuvent se permettre, ce qui ne cadre pas bien avec les contraintes d'efficacité qui prédominent actuellement en psychologie clinique.

Cette perte de popularité des rêves en psychologie clinique n'empêche toutefois pas les clients de continuer à s'intéresser à leurs rêves et à en parler spontanément en thérapie. Les études de Keller *et al.* (1995) et de Schredl *et al.* (2000) montrent d'ailleurs que la plupart du temps, le travail avec les rêves est initié par les clients eux-mêmes. De plus, malgré toute l'incertitude qui entoure les rêves, il existe suffisamment d'évidences empiriques et cliniques pour affirmer qu'un psychothérapeute peut travailler de façon efficace avec les récits oniriques de ses clients, et ce, peu importe son orientation théorique. L'objectif principal de cet article est donc d'offrir des points de repère concrets pour la pratique clinique en présentant une synthèse des connaissances actuelles sur le sens et l'interprétation des rêves. L'article est divisé en trois sections qui traitent respectivement du savoir, du savoir-être en relation et du savoir-faire en lien avec l'utilisation des rêves en thérapie. Sur le plan du savoir-faire, un accent tout particulier est mis sur le modèle cognitif-expérientiel de Clara Hill (Hill, 1996, 2004), parce qu'il intègre plusieurs approches et qu'il est le seul dont l'efficacité a été vérifiée empiriquement. Le travail avec les rêves en groupe et le traitement des cauchemars font également partie de la section sur le savoir-faire.

SAVOIR : LA RECHERCHE SUR LE CONTENU, LA FONCTION ET LE SENS DES RÊVES – DÉVELOPPEMENTS RÉCENTS ET RETOMBÉES POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Est-il important de rêver? De se rappeler de nos rêves? De les interpréter? Nos rêves ont-ils un sens que le client et l'intervenant peuvent découvrir en thérapie, ou ne font-ils que coconstruire une signification qu'ils projettent sur le rêve?

Depuis la découverte par Aserinsky et Kleitman (1953) du stade de sommeil paradoxal auquel le rêve semblait fortement associé, la recherche a surtout mis l'accent sur les processus physiologiques et cognitifs du rêve, qui sont plus facilement objectivables et quantifiables que son contenu (Haskell, 1986). En ce sens, comme le souligne Mahrer (1989), la

recherche sur les rêves a eu peu de retombées cliniques jusqu'à présent. Certes, plusieurs théories sur la fonction et le sens des rêves¹ ont été élaborées. Par exemple, Freud (1900/1953) considérait le rêve comme l'accomplissement de désirs inconscients. Jung (1974) affirmait que le contenu du rêve compensait certaines attitudes conscientes à l'éveil. Perls (1969/1992) voyait dans les différents éléments d'un rêve des projections de parties de soi rejetées et désavouées. Certains auteurs ont, quant à eux, proposé que le rêve favorisait la consolidation des apprentissages, la résolution de problèmes, la créativité et l'intégration de nos expériences émotionnelles (p. ex., Barrett, 2001; Cartwright, Argagun, Kirkby, & Kabat Friedman, 2006; Hartmann, 1998). Pour Revonsuo (2000), le rêve simulerait des événements menaçants afin de nous aider à mieux s'y adapter dans la vie d'éveil. Et pour quelques auteurs, les rêves n'auraient aucune signification en soi (Crick & Mitchison, 1983; Hobson, 1999). Cependant, aucune de ces idées n'a pu, à ce jour, être clairement validée d'un point de vue scientifique, de telle sorte qu'on ne peut pas prétendre sur une base empirique qu'une théorie est nécessairement « supérieure » aux autres.

Ce constat pourrait refléter ce que Hunt (1989) appelle la *multiplicité des rêves*, c'est-à-dire qu'il existerait selon lui différents phénomènes oniriques et que si des théories sont valables pour rendre compte de certains rêves, aucune ne parvient en soi à tous les expliquer. D'un point de vue clinique, Fosshage et Loew (1987) ont montré qu'un même rêve peut donner lieu à plusieurs interprétations qui peuvent toutes s'avérer pertinentes pour le client, même si elles sont d'orientation théorique différente. Autrement dit, comme dans la parabole des aveugles qui tentaient de décrire ce qu'est un éléphant en palpant une partie différente de l'animal, il est possible que chaque théorie sur les rêves touche à une partie de la réalité, sans toutefois l'englober dans sa totalité.

En revanche, si la recherche ne parvient pas à élucider le caractère ambigu des rêves, de nombreuses études empiriques ont mis en évidence d'importantes correspondances entre le contenu onirique et des caractéristiques de la vie d'éveil (pour une recension de ces résultats, voir entre autres Domhoff, 1996, 2003; Domhoff & Schneider, 2008). Ces résultats ont donné lieu à l'hypothèse de la continuité, selon laquelle le contenu onirique reflète les préoccupations, les conceptions, le contexte de vie et l'état mental et émotionnel des gens à l'éveil. Par exemple, plus des participants obtiennent des scores élevés sur des mesures de dépression, d'anxiété, de névrotisme et de psychopathologie générale, plus au cours de cette même période leurs rêves ont tendance à contenir

1. La fonction du rêve est à distinguer de la fonction du sommeil paradoxal, puisque les rêves ne se manifestent pas exclusivement en phase de sommeil paradoxal et impliqueraient des mécanismes différents dans le cerveau (p. ex., Solms, 2000).

des émotions négatives, des interactions agressives ou de la malchance (Pesant & Zadra, 2006a).

D'autres résultats viennent appuyer l'hypothèse de la continuité. D'abord, la présence de certains types de rêves tels que les rêves récurrents et les cauchemars est reliée à des scores moins adaptatifs sur des mesures de bien-être psychologique chez ces individus (Brown & Donderi, 1986; Gauchat, Zadra, Tremblay, Zelazo, & Séguin, 2009; Zadra & Donderi, 2000). De plus, la présence et l'évolution de certaines psychopathologies est associée à des changements au niveau du contenu onirique (Kramer, 2000; Schredl & Engelhardt, 2001). Ensuite, bien qu'on n'ait pas encore établi si le rêve jouait un rôle dans l'adaptation au stress, plusieurs études ont démontré que le contenu onirique incorpore des facteurs de stress, que ceux-ci proviennent de situations réelles ou qu'ils aient été manipulés expérimentalement (Cartwright, Agargun, Kirkby, & Kabat Friedman, 2006; De Koninck & Koulack, 1975; Duke & Davidson, 2002; Raymond, Nielsen, Lavigne, & Choinière, 2002). L'analyse quantitative du contenu onirique a aussi mis en évidence des différences significatives entre les rêves des hommes et des femmes (Domhoff, 1996). Finalement, des études longitudinales en laboratoire ont révélé d'importants parallèles entre l'évolution du contenu onirique en fonction de l'âge et le développement cognitif et affectif, et ce, de l'enfance jusqu'à l'âge adulte (Foulkes, 1985, 1999; Foulkes, Hollifield, Sullivan, Bradley, & Terry, 1990; Strauch, 2005; Strauch & Lederbogen, 1999). Ces similitudes entre les processus du rêve et de la pensée d'éveil suggèrent que leurs contenus respectifs sont intimement liés.

L'ensemble de ces résultats permet de confirmer que le contenu des rêves est, dans une certaine mesure, psychologiquement significatif (plutôt que purement aléatoire) et qu'il mérite donc qu'on s'y intéresse d'un point de vue clinique. Il n'en reste pas moins que ces études ont relativement peu d'impact direct sur le travail clinique avec les rêves, puisqu'elles ne nous informent que sur des tendances *générales* basées sur des séries de rêves, alors que le psychothérapeute s'intéresse d'abord et avant tout au contenu *spécifique* d'un rêve pris isolément. On pourrait ainsi comparer la recherche sur le contenu onirique à la météorologie, qui parvient à clairement établir qu'il va faire plus froid au Québec en janvier qu'en juin, mais qui ne permet pas de prédire avec précision quelle température il fera à une date donnée ni pour quelles raisons.

En somme, nos connaissances actuelles sur le contenu des rêves incitent les psychothérapeutes à rester conscients que leurs hypothèses, intuitions et interprétations par rapport à un rêve sont au mieux partielles et jamais une vérité absolue. L'humilité et la capacité à tolérer l'ambiguïté

sont donc de mise pour l'intervenant qui travaille avec les rêves. À ce sujet, Jung (1974) écrivait :

Il est si difficile de comprendre un rêve que pendant longtemps j'en ai fait une règle, lorsque quelqu'un me raconte un rêve et me demande mon opinion, de me dire d'abord : « Je n'ai aucune idée de la signification de ce rêve. » (p. 69, traduction libre).

LE SAVOIR-ÊTRE EN RELATION

La recherche sur l'efficacité de la psychothérapie démontre que la variance du changement thérapeutique est davantage reliée à des caractéristiques spécifiques de l'intervenant et à la qualité du lien thérapeutique qu'aux méthodes d'intervention comme telles (à ce sujet, voir, entre autres, Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004). Autrement dit, au-delà de la maîtrise des connaissances théoriques (savoir) et des techniques spécifiques (savoir-faire) se rapportant aux rêves, la compétence de l'intervenant à l'interprétation des rêves reposera en grande partie sur son savoir-être en relation¹.

Plusieurs auteurs ont mis l'accent sur l'importance, au cours du processus d'interprétation d'un rêve, d'établir une relation de confiance et de collaboration avec le client (p. ex., Bonime, 1987; Delaney, 1993; Hill, 1996, 2004). Selon cette perspective, le psychothérapeute efficace cherchera à aider le client à trouver sa propre interprétation, plutôt qu'à adopter la position d'un expert qui détient les réponses. Conscient de ne pas être infaillible, il s'efforcera de ne pas trop s'attacher à ses idées quant à la signification d'un rêve. Il va donc les partager au client sans les lui imposer. De plus, il sera prêt à mettre ses hypothèses et interprétations de côté – aussi pertinentes puissent-elles paraître – lorsqu'elles n'auront pas d'impact immédiat sur le client. Enfin, le thérapeute efficace s'intéressera aux perceptions et aux réactions subjectives du client, de manière à accorder toujours plus d'importance à l'impact d'une idée sur le client qu'à l'idée elle-même.

La régulation par l'intervenant de sa propre subjectivité et de la relation thérapeutique, qui requiert de sa part un processus soutenu de conscience réflexive et de disponibilité émotionnelle à soi et au client, est d'une grande complexité (Lecomte *et al.*, 2004). La littérature sur l'interprétation des rêves ne fait souvent qu'effleurer le sujet et nous ne pourrions guère faire mieux ici que de réitérer ce que de nombreuses méta-analyses ont clairement démontré : que le savoir être du psychothérapeute contribuera

1. La notion de *savoir-être* renvoie d'une part à la régulation de soi, c'est-à-dire à la capacité du thérapeute à gérer ses propres réactions subjectives, et d'autre part au savoir relationnel, c'est-à-dire à sa capacité à gérer les constantes fluctuations qui surviennent dans l'interaction avec le client (Lecomte & Savard, 2004).

largement au succès des techniques que nous présenterons à la section suivante.

LE SAVOIR-FAIRE : UN MODÈLE INTÉGRATEUR

Le modèle cognitif-expérientiel de Hill (1996, 2004) se divise en trois étapes (exploration, *insight* et action) et s'inspire de plusieurs approches (p. ex., freudienne, jungienne, gestaltiste, phénoménologique et cognitive). Un processus d'interprétation du rêve complet prend généralement de 90 à 120 minutes. Hill et Rochlen (2002) précisent toutefois qu'un tel travail peut aussi être fait au cours d'une séance régulière de 50 minutes, alors que Pesant et Zadra (2006b) ont démontré des résultats équivalents pour des séances de 30 minutes. Par ailleurs, Hill et Rochlen (2002) soulignent que le modèle doit être considéré comme une série de points de repères à utiliser avec flexibilité et non comme une structure rigide à appliquer de façon linéaire et systématique.

Le modèle cognitif-expérientiel repose sur certains postulats de base, notamment :

- que les rêves sont propres à chacun et qu'ils ne peuvent donc pas être compris à l'aide de dictionnaires de rêves ou d'interprétations symboliques préconçues;
- que le rôle du thérapeute est celui d'un guide et d'un collaborateur plutôt que d'un expert du sens des rêves;
- et qu'un travail efficace avec les rêves nécessite une implication du client autant sur le plan cognitif qu'affectif.

Les études sur l'efficacité du modèle de Hill

Plus d'une vingtaine d'études empiriques ont été réalisées sur l'utilisation des rêves en thérapie basée sur le modèle de Hill (voir les recensions de Eudell-Simmons & Hilsenroth, 2005; Hill & Goates, 2004; Pesant & Zadra, 2004; pour les études plus récentes, voir Baumann & Hill, 2008; Davis & Hill, 2005; Hill *et al.*, 2006; Hill, Knox, Hess, Crook-Lyon, Goates-Jones, & Sim, 2007; Hill *et al.*, 2008; Hill, Spangler, Sim, & Baumann, 2007; Hill, Tien *et al.*, 2007; Knox, Hill, Hess, & Crook-Lyon, 2008; Rochlen & Hill, 2005; Pesant & Zadra, 2006b; Wonnell & Hill, 2005). L'efficacité du modèle de Hill a été étudiée surtout dans un contexte de thérapie individuelle, mais aussi avec des couples (Kolchakian & Hill, 2002) et en groupe (Falk & Hill, 1995). Pour isoler l'effet du modèle de Hill, la plupart de ces études ont été menées auprès de participants volontaires qui prenaient part à une seule séance d'interprétation du rêve. Certaines études ont toutefois vérifié l'impact du modèle de Hill auprès de populations cliniques dans le cadre de thérapies brèves (Diemer, Lobell, Vivino, & Hill, 1996; Falk & Hill, 1995; Heaton, Hill, Hess, Hoffman, & Leotta, 1998; Hill *et al.*, 2000).

Dans l'ensemble, ces études permettent de conclure que l'utilisation des rêves en thérapie peut aider les clients à développer une meilleure compréhension d'eux-mêmes et de leurs rêves. Une séance consacrée à l'interprétation du rêve suscite autant sinon plus d'*insight* et de compréhension de soi que des séances de thérapie régulière. Par le fait même, l'interprétation des rêves permet à l'intervenant d'obtenir de l'information clinique utile à propos de ses clients. Plusieurs participants rapportent en outre qu'ils sont parvenus à identifier des changements qu'ils voulaient apporter à leur vie en fonction de ce qu'ils avaient compris de leur rêve. En général, les gens qui prennent part à des séances d'interprétation du rêve mentionnent que celles-ci sont très satisfaisantes et significatives, en plus d'évaluer l'alliance thérapeutique comme étant très élevée. L'interprétation du rêve semble ainsi contribuer à approfondir l'engagement des clients dans le processus thérapeutique. Certains auteurs (p. ex., Brink & Allan, 1992; Cohen, 1999; Goelitz, 2001a, 2001b) ont d'ailleurs présenté des cas cliniques où des victimes de traumatismes, des patients atteints de cancer et des personnes souffrant de troubles alimentaires s'étaient montrés moins réticents à parler de leurs rêves que d'aborder directement des enjeux personnels en lien avec la difficulté qu'ils présentaient. Pourtant, ces auteurs soulignent que les clients finissaient généralement par discuter de ces enjeux en explorant leurs rêves, ce qui suggère que les rêves sont moins menaçants pour certains clients, notamment ceux qui font parfois preuve de méfiance à l'égard de la psychothérapie.

Par ailleurs, l'impact des différentes étapes du modèle a été testé et toutes s'avèrent potentiellement utiles. Parmi les caractéristiques des clients qui prédisent le mieux les effets d'une séance d'interprétation, le fait d'avoir une attitude positive envers les rêves est celle qui ressort le plus pour l'instant. Enfin, une étude récente (Hill *et al.*, 2006) démontre que les participants ayant une faible compréhension de leur rêve au départ sont ceux qui bénéficient le plus des séances.

Il est à noter que sur le plan des effets de l'interprétation des rêves, les chercheurs mettent surtout l'accent sur l'*insight*. L'*insight* – ou l'atteinte d'une compréhension nouvelle – est d'ailleurs reconnu comme étant un facteur important contribuant au succès et au changement thérapeutique (p. ex., Castonguay & Hill, 2007). Cependant, l'*insight* ne constitue pas une fin en soi ni le seul gain que l'on peut retirer de l'interprétation des rêves. Des clients et des cliniciens nous ont rapporté à plusieurs reprises qu'explorer le contenu d'un rêve s'était avéré bénéfique, sans nécessairement aboutir à une compréhension du rêve comme telle. De plus, des rêves récurrents qui perduraient depuis plusieurs mois, voire des années, ont cessé complètement après une seule séance d'interprétation, sans que le client ni le thérapeute aient une idée claire de leur signification.

Étudier les effets de l'interprétation du rêve au-delà de l'*insight* constitue une avenue intéressante pour les recherches futures.

Préparation à l'utilisation des rêves en psychothérapie

Comment introduire le travail avec les rêves auprès des clients?

Des études (Keller *et al.*, 1995; Schredl *et al.* 2000) ont montré que la majorité du travail avec les rêves est initié par les clients. Néanmoins, on peut présumer que les clients ne sont pas tous au courant de la pertinence d'aborder les rêves en thérapie (Hill, 1996). L'intervenant peut donc les aviser de cette possibilité dès les premières séances de thérapie, par exemple au moment d'évaluer la qualité du sommeil. Pour les clients qui disent ne jamais se rappeler de leurs rêves, quelques trucs peuvent favoriser un meilleur rappel onirique (p. ex., simplement avoir de l'intérêt pour ses rêves, formuler au coucher l'intention de se souvenir d'un rêve au réveil, garder les yeux fermés quelques instants au réveil et noter le moindre souvenir d'image onirique). Certains auteurs proposent aussi d'inviter les clients à parler d'un rêve lors d'impasses thérapeutiques (p. ex., Fantz, 1987).

Parfois, des clients racontent un rêve et changent aussitôt de sujet. Il peut alors être utile de leur expliquer qu'il existe des façons de travailler avec les rêves et de vérifier s'ils sont intéressés à y consacrer une partie de la séance.

Étant donné l'importance de l'alliance thérapeutique pour l'issue du processus thérapeutique (p. ex., Horvath & Symonds, 1991), nous suggérons de commencer le travail avec les rêves en clarifiant les attentes (espoirs et craintes) qu'ont les clients à l'égard de l'interprétation de leurs rêves. Pour établir un climat de sécurité, Gendlin (1986) explique aux clients qu'ils ne sont pas tenus de tout partager ce qu'ils pensent, ressentent et perçoivent au cours du processus. Gendlin les encourage toutefois à l'aviser lorsqu'il y a quelque chose dont ils ne veulent pas parler, afin qu'il puisse être au courant sans devenir intrusif.

Par ailleurs, nous avons observé que de demander au client ce qu'il ressent dès le début du travail avec les rêves peut être utile. Les réactions initiales du rêveur (p. ex., nervosité dans un contexte de travail en groupe ou confusion par rapport aux détails du rêve) s'avèrent parfois en lien direct avec le contenu du rêve.

Avec qui utiliser ou éviter l'interprétation des rêves?

D'abord, il faut se rappeler que les clients qui font preuve d'une attitude positive envers les rêves bénéficient davantage du travail avec le modèle de Hill (p. ex., voir Hill *et al.*, 2006). Il serait donc contre-indiqué d'imposer l'interprétation des rêves à tous les clients. Par ailleurs, des

psychothérapeutes ont rapporté qu'ils avaient moins tendance à travailler avec les rêves de clients présentant un trouble psychotique sévère (Crook & Hill, 2003, Hill *et al.*, 2008). Weiss (1986) et Flowers (1993) mentionnent toutefois que des clients ayant reçu différents diagnostics psychiatriques ont bénéficié du travail avec les rêves en thérapie. La décision de travailler ou non avec un rêve dépend donc du jugement clinique du thérapeute. Ainsi, on aura tendance à éviter de travailler avec les rêves d'un client pour qui le but thérapeutique est avant tout de l'aider à contenir son expérience subjective plutôt qu'à l'explorer, par exemple s'il est en crise ou si pour lui la distinction entre le rêve et la réalité est floue. Pour ce qui est du travail avec les rêves des enfants, une approche par le dessin et le jeu est généralement à privilégier (p. ex., Lewis & O'Brien, 1991; Spiegel, 1994).

Le choix du rêve à interpréter

Le rêve qu'un client choisit de confier à son psychologue peut poser différents défis (Hill, 2004). Un rêve très long et détaillé peut prendre beaucoup de temps simplement à raconter. Lorsqu'un rêve remonte à plusieurs années, il peut être difficile pour le client de se replonger dans le contexte de l'époque où son rêve a été fait. Mais règle générale, le thérapeute peut présumer que peu importe les caractéristiques du rêve, une raison valable motive un client à vouloir en discuter en thérapie. Cependant, Flowers (1993) souligne que des clients racontent parfois un rêve pour éviter d'aborder d'autres enjeux plus difficiles. Hill (1996) suggère aux intervenants de se demander pourquoi un client décide de parler d'un rêve à tel moment de la thérapie.

Étape 1. Exploration

La principale erreur que les gens font lorsqu'ils tentent de comprendre le sens d'un rêve est de passer directement du récit du rêve à son interprétation. « En présence d'un rêve obscur il ne s'agit pas, tout d'abord, de comprendre et d'interpréter, mais d'établir avec soin le contexte [du rêve] » (Jung, 1974, pp. 255-256). En ce sens, la phase d'exploration constitue sans contredit le cœur du processus d'interprétation et celle qui requiert généralement le plus de temps. Hill (2004) décrit quatre composantes de l'étape d'exploration, qui peuvent se dérouler de façon parallèle plutôt que successive.

Décrire et revivre l'expérience du rêve¹

Dans un premier temps, demandez au client de raconter son rêve de façon détaillée, préférablement au « je » et au présent, comme si le rêve

1. Pour Hill (2004), il s'agit de sous-étapes distinctes. D'abord, l'auteur demande au rêveur de décrire son rêve et d'identifier les images principales du rêve. Ensuite, ils explorent celles-ci de façon plus approfondie. Revivre l'expérience du rêve peut toutefois se faire à mesure que la personne décrit celle-ci.

était en train de se dérouler. Vérifiez à quel moment le rêve a été fait (s'il s'agit d'un rêve récurrent, vérifiez à quel moment il est apparu la première fois et à quelle fréquence il se produit). Inviter le rêveur à se détendre et à visualiser son rêve en gardant les yeux fermés peut favoriser son immersion dans l'expérience onirique, dans la mesure où le client est à l'aise avec cette suggestion.

Encouragez ensuite le client à se centrer sur les images qu'il décrit en le questionnant sur les détails propres à chaque élément du rêve (p. ex., objets, lieux, couleurs, personnages, transitions dans le rêve, réactions du rêveur dans le rêve). Demandez au client d'identifier selon lui les éléments les plus saillants du rêve, surtout si le rêve est long.

Portez une attention particulière aux émotions présentes dans le rêve, ainsi qu'aux émotions et autres sensations physiques diffuses présentes dans l'ici et maintenant du processus thérapeutique. Lorsque le client dit avoir vécu une certaine émotion à un moment précis du rêve, demandez-lui s'il est en mesure de la ressentir pendant qu'il vous parle. Localisez l'endroit du corps où semble se manifester l'émotion ressentie (p. ex., serrement de gorge, poids sur les épaules). Vérifiez aussi l'impact particulier de cette émotion (à quel point l'expérience est agréable, inconfortable, tolérable, etc.).

Bosnak (1988) suggère à l'intervenant d'écouter le rêve d'une oreille tout en restant attentif à ce qu'il suscite dans son esprit. Les réactions du thérapeute (images, pensées, émotions) peuvent être en lien avec le contenu du rêve ou avec ce qui passe dans la relation thérapeutique. Ces informations peuvent s'avérer utiles et être partagées avec le client, en vérifiant leur impact auprès de ce dernier.

Il n'est pas rare à cette étape que le rêveur se souvienne d'éléments du rêve précédemment oubliés ou qu'il fasse spontanément des liens et des associations avec des éléments de sa vie d'éveil.

Association

Invitez le rêveur à partager ce qui émerge spontanément dans son esprit lorsqu'il dirige son attention sur différents éléments du rêve, et ce, sans en juger le contenu. Avec l'association libre, Freud (1900/1953) suggérerait d'abandonner l'image initiale du rêve pour suivre la chaîne d'associations qui devait aboutir au contenu latent du rêve. Jung (1974), quant à lui, soulignait l'importance de revenir au rêve après avoir identifié quelques associations. Au besoin, le thérapeute peut vérifier auprès du client s'il juge qu'il est plus important de retourner au rêve ou de se concentrer, par exemple, sur une situation vécue à l'éveil que le rêve a pu évoquer.

Une autre technique consiste à demander au client de décrire, de définir et d'expliquer la fonction d'un objet, d'un lieu ou de tout autre élément du rêve, comme si le thérapeute venait d'une autre planète (Delaney, 1991). Ainsi, un vampire nous a déjà été décrit comme « une personne qui doit cacher sa vraie nature », ce qui a amené la participante à réfléchir à la façon dont elle-même cachait sa vraie nature dans ses relations interpersonnelles.

Freud (1900/1953) a documenté certaines particularités du contenu onirique qui peuvent ressortir par association, notamment la condensation et les jeux de mots. Lorsque par condensation un personnage dans un rêve évoque deux personnes connues à l'éveil, on peut questionner le client au sujet des liens potentiels entre ces deux individus. Quant aux jeux de mots, ceux-ci offrent parfois des pistes d'interprétation intéressantes. Par exemple, pour une cliente anglophone, le rêve d'un bateau (*ship*) pris au milieu d'une tempête a évoqué, par association linguistique, sa relation de couple (*relationship*), qui effectivement traversait une « tempête » au moment où le rêve avait été fait.

Éléments déclencheurs de la vie d'éveil

On peut demander au client ce qui, à l'éveil, aurait pu provoquer l'apparition de certains éléments oniriques spécifiques (p. ex., un film vu la veille ou une rencontre récente).

L'étape d'exploration n'est pas interprétative. Elle consiste, comme le souligne Bosnak (1988), à garder l'attention du client sur certaines images du rêve et à voir ce qui se produit spontanément. On peut généralement observer chez le client un passage d'une réflexion logique et rationnelle à un processus beaucoup plus expérientiel. Il s'agit d'une position où le rêveur, plutôt que d'analyser le rêve de l'extérieur, entre à l'intérieur même de l'expérience du rêve pour y réaliser un travail thérapeutique (Hillman, 1979; Mahrer, 1993).

Étape 2. Insight

Cette étape a pour objectif d'amener le client à élaborer différentes compréhensions du rêve. Certains clients attribueront spontanément un sens à leur rêve lors de l'étape d'exploration. D'autres auront besoin d'être davantage guidés par l'intervenant. Hill (2004) suggère de vérifier d'abord ce que le client comprend de son rêve après l'avoir exploré. Elle propose ensuite cinq niveaux de compréhension que le thérapeute peut utiliser.

Niveau « vie d'éveil »

On tente ici de relier les images et les émotions du rêve avec des événements et préoccupations de la vie d'éveil. Par exemple, on peut

chercher à voir si le rêve n'est pas une métaphore de ce que le client a pu vivre émotionnellement lors d'une situation récente. Notons que le thérapeute (ou un personnage qui le représente) apparaît parfois dans les rêves des clients. Ces « rêves de transfert » peuvent servir d'invitation à parler de la relation thérapeutique (p. ex., Carlson, 1986).

Il peut être pertinent à ce stade-ci de mettre le thérapeute en garde contre la tendance à vouloir chercher à tout prix des liens entre le rêve et l'éveil. L'intellect peut générer des idées attrayantes quant au sens du rêve, mais elles doivent trouver une résonance émotionnelle et intuitive pour le client. Le niveau « expérience en soi » (voir plus bas) servira souvent d'antidote au piège de l'intellectualisation du sens du rêve.

Niveau « conflits issus de l'enfance »

Selon ce point de vue, le rêve peut être vu comme un reflet de conflits dont les racines remontent à l'enfance (p. ex., enjeux autour de l'attachement ou d'un stade du développement). Le thérapeute aidera alors le client à identifier les déclencheurs de sa vie actuelle qui ont pu réactiver de tels conflits. Ce niveau s'inspire des courants psychanalytiques, ainsi que du concept de schémas utilisé en thérapie cognitive (Hill, 1996, 2004).

Niveau « parties de soi »

Les personnages, objets et lieux dans un rêve sont ici considérés comme des projections de différentes facettes de la personnalité du rêveur. Ce niveau, qui emprunte à la théorie de la gestalt (Perls, 1969/1992) et à l'interprétation subjective des rêves selon Jung (Mattoon, 1984), amène souvent un éclairage nouveau sur le rêve. On peut donc demander au client si un élément onirique pourrait correspondre à une partie de lui-même. Une approche plus expérientielle consiste à demander au rêveur de voir une partie du rêve à travers les yeux d'un autre personnage et d'observer les réactions que ce point de vue provoque.

Niveau « expérience en soi »

Basé sur les approches de type expérientielle et phénoménologique (p. ex., Craig & Walsh, 1993; Gendlin, 1986; Mahrer, 1989), ce niveau prend le rêve pour ce qu'il est, sans chercher à l'interpréter. Hillman (1979) affirme que le travail avec les rêves ne devrait pas viser à ramener le rêve sous les projecteurs de la conscience d'éveil afin de l'analyser et le disséquer. Au contraire, selon cet auteur, c'est à la conscience d'éveil de descendre dans le « royaume souterrain » du rêve pour retourner aux images oniriques et les laisser parler d'elles-mêmes.

Comme le rêve met en scène des situations qui ne se produiraient pas nécessairement dans la réalité, on peut demander au client ce que ce rêve lui apprend sur lui-même et quel effet cela lui fait d'avoir vécu une telle expérience. Par exemple, un client très passif à l'éveil qui devient très affirmatif en rêve pourrait être amené à contacter une partie de lui-même qu'il ne connaissait pas. Certains auteurs (voir Shafton, 1995) utiliseront des techniques de *dream re-entry*, qui consistent à retourner par imagination et attention dirigée dans l'expérience onirique, pour observer et ensuite interagir avec les images du rêve. Ce processus permet de laisser ces images prendre vie, évoluer, se transformer au-delà du contenu original du rêve et parfois même mener à une résolution différente du rêve en question. L'imagination active de Jung repose sur ce principe (voir Shafton, 1995).

Niveau « spirituel-existential »

Finalement, le rêve peut être vu comme reflétant des enjeux d'ordre spirituel et existentiel dans la vie du client. Certains rêves sont particulièrement propices à ce niveau de compréhension, par exemple les rêves d'impact (Bulkeley, 2000; Kuiken & Sikora, 1993) et les rêves de deuil à la suite du décès d'un proche (Barrett, 1992; Garfield, 1997; Hess, 2004). Ces rêves sont en général très marquants, recèlent un caractère sacré pour le rêveur et vont parfois jusqu'à changer la vision de la vie du rêveur. Davis (2004) propose, lorsque le client démontre un certain intérêt pour la dimension spirituelle que peut évoquer un rêve, de lui demander d'abord ce que représente la spiritualité pour lui. Des thèmes comme la mission de vie, le destin et les valeurs profondes qui donnent un sens à la vie du client peuvent alors émerger. En deuxième lieu, Davis (2004) explique aux clients que certains auteurs en psychologie et en théologie croient que les rêves ont une dimension spirituelle et leur demande ce qu'ils pensent que leur rêve peut signifier selon cette perspective. Davis et Hill (2005) ont démontré que des clients ayant un intérêt pour la spiritualité rapportaient une plus grande compréhension spirituelle de leur rêve et un niveau de bien-être existentiel plus élevé après une séance d'interprétation basée sur le niveau « spirituel-existential » du modèle de Hill.

Bulkeley (2000) affirme que peu importe la nature des rêves – divine, neurologique ou les deux – certains rêves transforment la vie des gens de façon significative. Bien souvent, ces individus n'expriment pas le besoin de *comprendre* de tels rêves, même qu'ils appréhendent qu'en les expliquant on en vienne à les banaliser ou à minimiser leur importance. Cependant, le simple fait qu'un client puisse partager ce type de rêves et que le thérapeute en reconnaisse la valeur pourrait avoir un effet thérapeutique considérable.

Étape 3. Action

Finalement, le psychothérapeute et le client dressent un bilan du processus d'interprétation du rêve et explorent les changements que ce dernier souhaite apporter dans sa vie à partir de ce qui a été compris du rêve. On peut également demander au client comment il aimerait modifier son rêve ou encore quel titre il aimerait lui donner. Hill (1996, 2004) mentionne toutefois l'importance de ne pas insister sur la concrétisation de la compréhension du rêve si le client n'est pas prêt, ce qui pourrait provoquer une rupture de l'alliance thérapeutique. Mais si le client formule une intention d'action, le thérapeute peut alors explorer avec lui les moyens de réaliser son objectif, ainsi que les obstacles et risques à implanter un tel changement.

L'interprétation des rêves en groupe

L'impact du travail avec les rêves en groupe peut être particulièrement riche et puissant. Pour le thérapeute, le défi consiste à favoriser un climat de collaboration, à impliquer tous les participants et à s'assurer que le feedback offert au rêveur est constructif et respectueux.

Le pionnier dans ce domaine est sans contredit Montague Ullman (Ullman, 1996; Ullman & Zimmerman, 1979). Le modèle de Hill s'adapte aussi au travail en groupe, en intégrant des éléments de l'approche d'Ullman (Wonnell, 2004). La taille du groupe optimale selon Ullman (1996) est de six à huit personnes. Pour établir un climat de sécurité, il est entendu que le rêveur contrôle le processus d'analyse de son rêve. Par exemple, lui seul décide de ce qu'il est prêt à dévoiler et les participants doivent en tout temps respecter son choix de répondre ou non aux questions. De plus, le rêveur peut mettre fin au processus à tout moment.

Ullman (1996) propose de travailler avec les rêves en suivant différentes étapes. D'abord, le rêveur décrit son rêve en détail. Le reste du groupe écoute attentivement. Au besoin, ils notent par écrit le récit onirique, leurs questions, impressions et observations.

En deuxième lieu, les membres du groupe posent des questions pour clarifier la description du rêve (et non pour en interpréter sa signification). L'objectif ici est d'avoir une image plus claire de ce qui se passe *dans le rêve* (p. ex., à propos des émotions, des couleurs, de la séquence des événements dans le rêve). On peut néanmoins demander des éclaircissements par rapport à la vie d'éveil. Par exemple : Est-ce que tel personnage dans le rêve existe réellement? Si oui, comment le rêveur décrirait-il sa relation avec cet individu et quels sont les traits marquants de cette personne? L'un des risques à cette étape est de bombarder le rêveur

de questions. Le thérapeute doit donc s'assurer que le groupe respecte le rythme du rêveur.

À l'étape suivante, les membres du groupe sont invités à s'approprier le rêve en partageant leurs projections personnelles *comme si c'était leur rêve*. Ainsi, chaque participant y va de ses associations spontanées à partir de ce qu'évoquent pour lui les différents éléments du rêve. La technique *Si c'était mon rêve* est une étape cruciale qui permet de protéger le client des opinions, jugements, conseils et interprétations des autres participants qui peuvent être intrusifs et invalidants malgré les bonnes intentions du groupe. Le thérapeute encourage les participants à parler au « je » et doit rester vigilant pour s'assurer que les participants s'approprient vraiment leurs projections et n'imposent pas leur point de vue au rêveur. On peut aussi demander aux participants de s'adresser au thérapeute et non au rêveur, afin que ce dernier puisse avoir le plus de recul possible pour écouter les commentaires du groupe sans avoir à y répondre directement. Le rêveur prend des notes au besoin et n'intervient que si nécessaire (p. ex., pour clarifier un malentendu à propos du rêve).

Une fois cette étape terminée, le rêveur réagit aux commentaires des autres participants. Le groupe peut par la suite poser des questions au rêveur afin d'établir des liens entre le rêve et la vie d'éveil. À cette étape, un dialogue plus interactif s'installe au sein du groupe. Finalement, on demande au rêveur ce qu'il retire du travail avec son rêve. Le thérapeute peut aussi vérifier l'impact de la séance sur le reste du groupe.

Yalom et Leszcz (2005) soulignent que certains rêves abordés dans ce contexte donnent parfois accès à du matériel thérapeutique très révélateur sur le plan de la dynamique du groupe, en particulier lorsque les rêves mettent en scène le thérapeute et d'autres participants.

Toutefois, si l'utilité du modèle de Hill appliquée en groupe a été démontrée (Falk & Hill, 1995), celle de l'approche de Ullman (1996) n'a jamais, à notre connaissance, été testée empiriquement.

Le traitement des cauchemars et des rêves récurrents

Le traitement des cauchemars pourrait facilement faire l'objet d'un article à lui seul et le lecteur ne trouvera ici qu'un bref survol des principales modalités d'intervention à ce sujet. Différentes approches sont utilisées auprès de clients adultes, notamment dans le cas de cauchemars récurrents qui surviennent à la suite d'un traumatisme. Plus particulièrement, l'efficacité de méthodes cognitivo-comportementales a reçu beaucoup d'appuis empiriques. Par exemple, des techniques de désensibilisation systématique et de relaxation pour inhiber les réactions d'anxiété reliées au contenu des cauchemars se sont avérées efficaces

dans plusieurs études de cas et dans deux études empiriques (p. ex., Miller & DiPilato, 1983). La répétition par imagerie mentale (RIM) enseigne aux clients à changer le contenu de leurs cauchemars et à se rejouer mentalement la version modifiée d'un cauchemar à des moments bien précis à chaque jour, pendant environ une semaine. La consigne à donner aux clients est de changer le scénario de leur cauchemar *comme ils le désirent*. Cette technique d'intervention a permis de réduire à la fois la fréquence des cauchemars et la détresse associée aux cauchemars chez des personnes souffrant de trouble de stress post-traumatique (p. ex., Germain & Nielsen, 2003) et est présentée ailleurs dans ce numéro thématique (voir Germain et Desjardins). Krakow et Zadra (2006) ont décrit le rationnel de la RIM ainsi que ses différentes étapes dans un article destiné aux cliniciens. Par ailleurs, Davis (2008) présente une approche comparable à la RIM, dont l'efficacité a aussi été démontrée empiriquement (Davis & Wright, 2007). Il est à noter que ces approches cognitivo-comportementales ne reposent pas sur la compréhension du cauchemar comme telle et nécessitent généralement six séances ou moins.

D'autres types de traitements des cauchemars chez les adultes ont reçu un certain appui empirique pour ce qui est de leur efficacité, à savoir l'induction de rêves lucides¹ (Zadra & Pihl, 1997; Spormaker, van den Bout, & Meijer, 2003), la méthode de désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (mieux connue sous le nom de thérapie EMDR; Marquis, 1991) et l'hypnose (Kingsbury, 1993). Parmi les autres méthodes utilisées pour traiter les cauchemars post-traumatiques, Heaton et Hill (2005) décrivent un processus basé sur le modèle cognitif-expérientiel de Hill qui requiert en général trois séances (une séance d'évaluation des cauchemars et deux séances de traitement), alors que d'autres auteurs ont recours aux techniques de *dream re-entry* ou d'imagination active qui ont été mentionnées précédemment (voir Shafton, 1995).

Du côté du traitement des cauchemars chez les enfants, la RIM a été utilisée avec succès auprès d'enfants de 6 à 11 ans (Simard & Nielsen, 2009) et de 9 à 11 ans (St-Onge, Mercier, & De Koninck, 2009). Dans les deux cas, la fréquence des cauchemars et la détresse associée aux cauchemars ont diminué de façon significative dans les groupes expérimentaux. Dans l'étude de Simard et Nielsen (2009), il est à noter que la modification du cauchemar se faisait par le dessin. La RIM a aussi été utilisée auprès d'un groupe d'adolescentes âgées de 13 à 18 ans qui disaient souffrir de cauchemars à la suite d'abus sexuels (Krakow *et al.*, 2001). Les résultats démontrent encore une fois que ce traitement a

1. L'induction de rêves lucides consiste à s'entraîner à devenir conscient qu'on est en train de rêver *pendant* un cauchemar, pour alors en modifier le contenu.

permis de réduire de façon significative le nombre de cauchemars et la détresse qui leur était associée.

CONCLUSION

Malgré l'incertitude qui persiste autour de la question du sens des rêves, la recherche sur le contenu onirique nous amène à considérer le rêve comme un reflet des conceptions et préoccupations des gens à l'éveil. Les résultats n'ont eu jusqu'à présent que peu de retombées pratiques directes pour les psychologues cliniciens et ne permettent pas encore de se prononcer sur la possible fonction des rêves. Néanmoins, ces résultats montrent que le contenu onirique est significatif d'un point de vue psychologique et mérite ainsi qu'on continue à s'y intéresser, autant en recherche qu'en psychothérapie. Il reste toutefois encore beaucoup de travail à faire pour clarifier cette relation de continuité qui existe entre le rêve et la pensée d'éveil.

Plus près de la pratique clinique, la recherche sur le modèle de Hill confirme l'utilité de travailler avec les rêves en psychothérapie (individuelle, conjugale et de groupe), plus particulièrement en s'inspirant du modèle intégrateur en trois étapes (exploration, *insight* et action) qui a été présenté dans cet article¹. Des études ont également démontré l'efficacité de certaines modalités de traitement des cauchemars récurrents et post-traumatiques. Cependant, les résultats des méta-analyses sur l'efficacité de la psychothérapie nous rappellent que le potentiel des techniques d'interprétation du rêve repose en grande partie sur le savoir-être en relation du psychothérapeute.

La somme de toutes ces informations scientifiques et cliniques pourrait décourager plus d'un psychothérapeute qui tente de faire ses premiers essais d'interprétation des rêves. À ceux-là, Robert Bosnak répondrait : « Dans ce travail, il est important d'apprendre des choses et ensuite de les oublier à nouveau, afin de ne pas gêner la faculté d'observation spontanée par laquelle vous pouvez découvrir vos propres forces à travailler avec les rêves. » (Bosnak, 1988, p. 32, traduction libre).

1. En plus des livres sur le modèle cognitif-expérientiel de Clara Hill (1996, 2004), le lecteur intéressé à développer ses habiletés techniques pour travailler avec les rêves en thérapie peut aussi se référer aux manuels suivants : *The clinical use of dreams* de Walter Bonime (1962), *A little course in dreams* de Robert Bosnak (1988) et *Embodiment* du même auteur (2007), *Breakthrough dreaming* de Gayle Delaney (1991), *Let your body interpret your dreams* de Eugene T. Gendlin (1986), *Understanding dreams* de Mary-Ann Mattoon (1984), qui initie à l'approche jungienne, et *Appreciating dreams : A group approach* de Montague Ullman (1996).

Doit-on à présent conclure que le travail avec les rêves est essentiel à toute psychothérapie et qu'il donnera toujours lieu à des progrès significatifs sur le plan clinique? Certes non. Beaucoup trop de facteurs interagissent de façon imprévisible pour oser garantir un tel succès. Cependant, suffisamment de preuves empiriques se sont accumulées au cours des dernières années pour redonner à l'interprétation des rêves ses lettres de noblesse, non pas pour en faire la voie *royale* vers la guérison intérieure, mais pour au moins la reconnaître comme une voie parmi d'autres à ne plus négliger.

RÉFÉRENCES

- Aserinsky, E., & Kleitman, N. (1953). Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep. *Science*, 118(3062), 273-274.
- Barrett, D. (1992). Through a glass darkly : Images of the dead in dreams. *Omega*, 24(2), 97-108.
- Barrett, D. (2001). *The committee of sleep : How artists, scientists, and athletes use dreams for creative problem-solving -- and how you can too*. New York : Crown Publishers.
- Baumann, E., & Hill, C. E. (2008). The attainment of insight in the insight stage of the Hill dream model : The influence of client reactance and therapist interventions. *Dreaming*, 18(2), 127-137.
- Bonime, W. (1962). *The clinical use of dreams*. New York : Basic Books.
- Bonime, W. (1987). Collaborative dream interpretation. In M. L. Glucksman & S. L. Warner (Éds), *Dreams in new perspective* (pp. 79-96). New York : Human Sciences Press.
- Bosnak, R. (1988). *A little course in dreams*. Boston : Shambhala.
- Bosna, R. (2007). *Embodiment : Creative imagination in medicine, art and travel*. New York : Routledge.
- Brink, S. G., & Allan, J. A. B. (1992). Dreams of anorexic and bulimic women. *Journal of Analytical Psychology*, 37(3), 275-297.
- Brown, R. J., & Donderi, D. C. (1986). Dream content and self-reported well-being among recurrent dreamers, past recurrent dreamers, and nonrecurrent dreamers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 612-623.
- Bulkeley, K. (2000). *Transforming dreams : Learning spiritual lessons from the dreams you never forget*. New York : John Wiley and Sons.
- Carlson, R. (1986). After analysis : A study of transference dreams following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 246-252.
- Cartwright, R., Agargun, M. Y., Kirkby, J., & Kabat Friedman, J. (2006). Relation of dreams to waking concerns. *Psychiatry Research*, 141(3), 261-270.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Éds) (2007). *Insight in psychotherapy*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Cohen, E. (1999). Contemporary application of Ferenczi : Co-constructing past traumatic experiences through dream analysis. *The American Journal of Psychoanalysis*, 59(4), 367-384.
- Craig, P. E., & Walsh, S. J. (1993). Phenomenological challenges for the clinical use of dreams. In G. Delaney (Éd.), *New directions in dream interpretation* (pp. 103-154). Albany, NY : State University of New York Press.
- Crick, F., & Mitchison, G. (1983). The function of dream sleep. *Nature*, 304(5922), 111-114.
- Crook, R. E., & Hill, C. E. (2003). Working with dreams in psychotherapy : The therapists' perspective. *Dreaming*, 13(2), 83-93.
- Davis, J. L. (2008). *Treating post-trauma nightmares : A cognitive behavioral approach*. New York : Springer Publishing Company.
- Davis, J. L., & Wright, D. C. (2007). Randomized clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 123-133.

- Davis, T. L. (2004). Incorporating spirituality into dream work. In C. E. Hill (Éd.), *Dream work in therapy : Facilitating exploration, insight, and action* (pp. 149-168). Washington, DC : American Psychological Association.
- Davis, T. L., & Hill, C. E. (2005). Spiritual and nonspiritual approaches to dream work : Effects on clients' well-being. *Journal of Counseling & Development*, 83(4), 492-503.
- De Koninck, J. M., & Koulack, D. (1975). Dream content and adaptation to a stressful situation. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 250-260.
- Delaney, G. (1991). *Breakthrough dreaming*. New York : Bantam Books.
- Delaney, G. (1993). The changing roles of dream interpreters in the understanding of dreams. *International Journal of Psychosomatics*, 40(1-4), 6-8.
- Diemer, R. A., Lobell, L. K., Vivino, B. L., & Hill, C. E. (1996). Comparison of dream interpretation, event interpretation, and unstructured sessions in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 43(1), 99-112.
- Domhoff, G. W. (1996). *Finding meaning in dreams : A quantitative approach*. New York : Plenum Press.
- Domhoff, G. W. (2003). *The scientific study of dreams : Neural networks, cognitive development, and content analysis*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Domhoff, G. W., & Schneider, A. (2008). Similarities and differences in dream content at the cross-cultural, gender, and individual levels. *Consciousness and Cognition*, 17(4), 1257-1265.
- Duke, T., & Davidson, J. (2002). Ordinary and recurrent dream recall of active, past and non-recurrent dreamers during and after academic stress. *Dreaming*, 12(4), 185-197.
- Eudell-Simmons, E. M., & Hilsenroth, M. J. (2005). A review of empirical research supporting four conceptual uses of dreams in psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(4), 255-269.
- Falk, D. R., & Hill, C. E. (1995). The effectiveness of dream interpretation groups for women undergoing a divorce transition. *Dreaming*, 5(1), 29-42.
- Fantz, R. E. (1987). Gestalt approach. In J. L. Fosshage & C. A. Loew (Éds), *Dream interpretation : A comparative study* (édition révisée; pp. 191-241). New York : PMA Publishing Corporation.
- Flowers, L. K. (1993). The Dream Interview Method of dream interpretation in private psychotherapy practice. In G. Delaney (Éd.), *New directions in dream interpretation* (pp. 241-288). Albany, NY : State University of New York Press.
- Fosshage, J. L., & Loew, C. A. (Éds) (1987). *Dream interpretation : A comparative study* (édition révisée). New York : PMA Publishing Corporation.
- Foulkes, D. (1985). *Dreaming : A cognitive-psychological analysis*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Foulkes, D. (1999). *Children's dreaming and the development of consciousness*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Foulkes, D., Hollifield, M., Sullivan, B., Bradley, L., & Terry, R. (1990). REM dreaming and cognitive skills at ages 5-8 : A cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Development*, 13(4), 447-465.
- Fox, S. A. (2002). A survey of mental health clinicians' use of dream interpretation in psychotherapy. *Dissertation Abstracts International, Section B : the Sciences & Engineering*, 62(7-B), 3376.
- Freud, S. (1953). *The interpretation of dreams*. London : Hogarth (ouvrage original publié en 1900).
- Garfield, P. (1997). *The dream messenger : How dreams of the departed bring healing gifts*. New York : Simon & Shuster.
- Gauchat, A., Zadra, A., Tremblay, R. E., Zelazo, P. D., & Séguin, J. R. (2009). Recurrent dreams and psychosocial adjustment in preteenaged children. *Dreaming*, 19(2), 75-84.
- Gendlin, E. (1986). *Let your body interpret your dreams*. Wilmette, IL : Chiron Publications.
- Germain, A., & Nielsen, T. A. (2003). Impact of Imagery Rehearsal Treatment on distressing dreams, psychological distress, and sleep parameters in nightmare patients. *Behavioral Sleep Medicine*, 1(3), 140-154.

L'utilisation des rêves en psychothérapie

- Goelitz, A. (2001a). Dreaming their way into life : A group experience with oncology patients. *Social Work With Groups*, 24(1), 53-67.
- Goelitz, A. (2001b). Nurturing life with dreams : Therapeutic dream work with cancer patients. *Clinical Social Work Journal*, 29(4), 375-385.
- Hartmann, E. (1998). *Dreams and nightmares : The new theory on the origin and meaning of dreams*. New York : Plenum Trade.
- Haskell, R. E. (1986). Cognitive psychology and dream research : Historical, conceptual, and epistemological considerations. *The Journal of Mind and Behavior*, 7(2-3), 131-160.
- Heaton, K. J., & Hill, C. E. (2005). Assessment and treatment of nightmares using the Hill cognitive-experiential approach to dream work. In L. VandeCreek (Éd.), *Innovations in clinical practice : Focus on adults* (pp. 33-45), Sarasota, FL : Professional Resource Press.
- Heaton, K. J., Hill, C. E., Hess, S. A., Hoffman, M. A., & Leotta, C. (1998). Assimilation in therapy involving interpretation of recurrent and nonrecurrent dreams. *Psychotherapy*, 35(2), 147-162.
- Hess, S. A. (2004) Dreams of the bereaved. In C. E. Hill (Éd.), *Dream work in therapy : Facilitating exploration, insight, and action* (pp. 169-185). Washington, DC : American Psychological Association.
- Hill, C. E. (1996). *Working with dreams in psychotherapy*. New York : Guilford Press.
- Hill, C. E. (2004). *Dream work in therapy : Facilitating exploration, insight, and action*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Hill, C. E., Crook-Lyon, R. E., Hess, S. A., Goates-Jones, M., Roffman, M., Stahl, J., Sim, W., & Johnson, M. (2006). Prediction of session process and outcome in the Hill dream model : Contributions of client characteristics and the process of the three stages. *Dreaming*, 16(3), 159-185.
- Hill, C. E., & Goates, M. K. (2004). Research on the Hill cognitive-experiential dream model. In C. E. Hill (Éd.), *Working with dreams in therapy : Facilitating exploration, insight, and action* (pp. 245-288). Washington, DC : American Psychological Association.
- Hill, C. E., Knox, S., Hess, S. A., Crook-Lyon, R., Goates-Jones, M., & Sim, W. (2007). The attainment of insight in the Hill dream model : A case study. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Éds), *Insight in psychotherapy* (pp. 207-230). Washington, DC : American Psychological Association.
- Hill, C. E., Liu, J., Spangler, P., Sim, W., & Schottenbauer, M. (2008). Working with dreams in psychotherapy : What do psychoanalytic therapists report that they do? *Psychoanalytic Psychology*, 25(4), 565-573.
- Hill, C. E., & Rochlen, A. B. (2002). The Hill Cognitive-Experiential model of dream interpretation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(1), 75-90.
- Hill, C. E., Spangler, P., Sim, W., & Baumann, E. (2007). Interpersonal content of dreams in relation to the process and outcome of single sessions using the Hill dream model. *Dreaming*, 17(1), 1-19.
- Hill, C. E., Tien, H.-L. S., Shey, H.-B., Sim, W., Ma, Y., Choi, K.-H., & Tashiro, T. (2007). Predictors of outcome of dream work for East Asian volunteer clients : Dream factors, attachment anxiety, Asian values, and therapist input. *Dreaming*, 17(4), 208-226.
- Hill, C. E., Zack, J. S., Wonnell, T. L., Hoffman, M. A., Rochlen, A. B., Goldberg, J. L., Nakayama, E. Y., Heaton, K. J., Kelley, F. A., Eiche, K., Tomlinson, M. J., & Hess, S. (2000). Structured brief therapy with a focus on dreams or loss for clients with troubling dreams and recent loss. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 90-101.
- Hillman, J. (1979). *The dream and the underworld*. New York : Harper Perennial.
- Hobson, J. A. (1999). *Dreaming as delirium : How the brain goes out of its mind*. Cambridge, MA : MIT Press.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Hunt, H. T. (1989). *The multiplicity of dreams : Memory, imagination, and consciousness*. New Haven, CT : Yale University Press.
- Jung, C. G. (1974). *Dreams*. Princeton, NJ : Princeton University Press.

- Keller, J. W., Brown, G., Maier, K., Steinfurth, K., Hall, S., & Piotrowski, C. (1995). Use of dreams in therapy : A survey of clinicians in private practice. *Psychological Reports, 76*(3 Pt 2), 1288-1290.
- Kingsbury, S. J. (1993). Brief hypnotic treatment of repetitive nightmares. *American Journal of Clinical Hypnosis, 35*(3), 161-169.
- Knox, S., Hill, C. E., Hess, S. A., & Crook-Lyon, R. E. (2008). Case studies of the attainment of insight in dream sessions : Replication and extension. *Psychotherapy Research, 18*(2), 200-215.
- Kolchakian, M. R., & Hill, C. E. (2002). Dream interpretation with heterosexual dating couples. *Dreaming, 12*(1), 1-16.
- Krakow, B., Sandoval, D., Schrader, R., Keuhne, B., McBride, L., Yau, C. L., & Tandberg, D. (2001). Treatment of chronic nightmares in adjudicated adolescent girls in a residential facility. *Journal of Adolescent Health 29*(2), 94-100.
- Krakow, B., & Zadra, A. (2006). Clinical management of chronic nightmares : Imagery rehearsal therapy. *Behavioral Sleep Medicine, 4*(1), 45-70.
- Kramer, M. (2000). Dreams and psychopathology. In M. H. Kryger, T. Roth & W. C. Dement (Éds), *Principles and practice of sleep medicine* (3^e éd.) (pp. 511-519). Philadelphie : Saunders.
- Kuiken, D., & Sikora, S. (1993). The impact of dreams on waking thoughts and feelings. In A. Moffitt, M. Kramer & R. Hoffman (Éds), *Functions of dreaming* (pp. 419-476). Albany, NY : State University of New York Press.
- Lane, R. C. (1997). Dream controversies. *Psychotherapy in Private Practice, 16*(1), 39-68.
- Lecomte, C., & Savard, R. (2004). La supervision clinique : un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle. In T. Lecomte & C. Leclerc (Éds), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (pp. 315-347). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie, 25*(3), 73-102.
- Lewis, O., & O'Brien, J. (1991). Clinical use of dreams with latency-age children. *American Journal of Psychotherapy, 45*(4), 527-543.
- Mahrer, A. R. (1989). *Dream work in psychotherapy and self-change*. New York : W. W. Norton & Company.
- Mahrer, A. R. (1993). The changing role of the patient in dream work. *International Journal of Psychosomatics, 41*(1-4), 9-10.
- Marquis, J. N. (1991). A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22*(3), 187-192.
- Mattoon, M. A. (1984). *Understanding dreams*. Dallas, TX : Spring Publications, Inc.
- Miller, W. R., & DiPilato, M. (1983). Treatment of nightmares via relaxation and desensitization : A controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(6), 870-877.
- Perls, F. S. (1992). *Gestalt therapy verbatim*. Highland, NY : Gestalt Journal (ouvrage original publié en 1969).
- Pesant, N., & Zadra, A. (2004). Working with dreams in therapy : What do we know and what should we do? *Clinical Psychology Review, 24*(5), pp. 489-512.
- Pesant, N., & Zadra, A. (2006a). Dream content and psychological well-being : A longitudinal study of the continuity hypothesis. *Journal of Clinical Psychology, 62*(1), 111-121.
- Pesant, N., & Zadra, A. (2006b). Évaluation de l'utilité clinique de séances d'interprétation du rêve basées sur un modèle cognitif-expérientiel. *Revue québécoise de psychologie, 27*(1), 153-170.
- Raymond, I., Nielsen, T. A., Lavigne, G., & Choinière, M. (2002). Incorporation of pain in dreams of hospitalized burn victims. *Sleep, 25*(7), 765-770.
- Revonsuo, A. (2000) The reinterpretation of dreams: An evolutionary hypothesis of the function of dreaming. *Behavioral and Brain Sciences 23*(6): 877-901.
- Rochlen, A. B., & Hill, C. E. (2005). Gender role conflict and the process and outcome of dream work with men. *Dreaming, 15*(4), 227-239.

L'utilisation des rêves en psychothérapie

- Schredl, M., Bohusch, C., Kahl, J., Mader, A., & Somesan, A. (2000). The use of dreams in psychotherapy : A survey of psychotherapists in private practice. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 9(2), 81-87.
- Schredl, M., & Engelhardt, H. (2001). Dreaming and psychopathology : Dream recall and dream content of psychiatric inpatients. *Sleep and Hypnosis*, 3(1), 44-54.
- Shafton, A. (1995). *Dream reader : Contemporary approaches to the understanding of dreams*. Albany, NY : State University of New York Press.
- Simard, V., & Nielsen, T. A. (2009). Adaptation of imagery rehearsal therapy for nightmares in children : A brief report. *Psychotherapy: Theory Research, Practice, Training*, 46(4), 492-497.
- Solms, M. (2000). Dreaming and REM sleep are controlled by different brain mechanisms. *Behavioral and Brain Sciences*, 23(6), 843-850.
- Spiegel, S. (1994). An alternative to dream interpretation with children. *Contemporary Psychoanalysis*, 30(2), 384-395.
- Spoormaker, V. I., van den Bout, J., & Meijer, E. J. G. (2003). Lucid dreaming treatment for nightmares : A series of cases. *Dreaming*, 13(3), 181-186.
- St-Onge, M., Mercier, P., & De Koninck, J. D. (2009). Imagery rehearsal therapy for frequent nightmares in children. *Behavioral sleep medicine* 7(2), 81-89.
- Strauch, I. (2005). REM dreaming in the transition from late childhood to adolescence : A longitudinal study. *Dreaming*, 15(3), 155-169.
- Strauch, I., & Lederbogen, S. (1999). The home dreams and waking fantasies of boys and girls ages 9-15. *Dreaming*, 9(2/3), 153-161.
- Ullman, M. (1996). *Appreciating dreams : A group approach*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc.
- Ullman, M., & Zimmerman, N. (1979). *Working with dreams : Self-understanding, problem-solving, and enriched creativity through dream appreciation*. Los Angeles : Jeremy P. Tarcher, Inc.
- Weiss, L. (1986). *Dream analysis in psychotherapy*. New York : Pergamon Press.
- Wonnell, T. L. (2004). Working with dreams in groups. In C. E. Hill (Éd.), *Dream work in therapy : Facilitating exploration, insight, and action* (pp. 115-132). Washington, DC : American Psychological Association.
- Wonnell, T. L., & Hill, C. E. (2005). Predictors of intention to act and implementation of action in dream sessions : Therapist skills, level of difficulty of action plan, and client involvement. *Dreaming*, 15(2), 129-141.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5^e éd.). New York : Basic Books.
- Zadra, A., & Donderi, D. C. (2000). Nightmares and bad dreams : Their prevalence and relationship to well-being. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 273-281.
- Zadra, A., & Pihl, R. O. (1997). Lucid dreaming as a treatment for recurrent nightmares. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(1), 50-55.

RÉSUMÉ

Malgré le rôle qu'elle a joué dans le développement de la psychothérapie contemporaine, l'interprétation des rêves a été délaissée par plusieurs cliniciens au fil des années. Cet article reconsidère le potentiel négligé de cet outil thérapeutique selon trois perspectives. D'abord, nous passons en revue les connaissances scientifiques actuelles sur le contenu onirique et discutons des retombées pour la clinique. Ensuite, nous relativisons l'importance des techniques d'interprétation du rêve en abordant brièvement la contribution majeure de l'intervenant et de la relation thérapeutique dans le succès thérapeutique. Enfin, nous présentons un modèle intégrateur pour travailler avec les rêves et une synthèse des études qui en ont testé l'efficacité, le travail avec les rêves en groupe et le traitement des cauchemars.

MOTS CLÉS

psychothérapie, interprétation des rêves, cauchemars

ABSTRACT

Despite its importance in the development of contemporary psychotherapy, dream interpretation has been disregarded by many clinicians over the years. This article thus reconsiders this therapeutic tool's potential according to three different points of view. First, we broadly review the current body of scientific findings on dream content and discuss their implications for clinical practice. Next, the importance of dream interpretation techniques is put in perspective by examining the vital role played by both the clinician and the therapeutic relation in explaining therapeutic success. Finally, we present an integrative model for dream work, a synopsis of empirical studies having tested its efficacy, and general information on dream work in group settings and on nightmare treatments.

KEY WORDS

psychotherapy, dream interpretation, nightmares
