

# Sémiologie Onirique : Expressions Des Rêves Dans Les Maladies Mentales

**Romuald Stone MBANGMOU**, Ph.D <sup>1&3</sup> stone.mbangmou@gmail.com (+237) 674194089

**Martial Aime WAKEU**<sup>1&2</sup> Ph.D., martialaimevianney@gmail.com (+237) 697 719 420

**Marguerite Rose NGUEKEU**<sup>1,2</sup> Ph.D. <sup>1&3</sup> marguyrose@gmail.com (+237) 699 528 440

**Brice Raoul KUATE FOTSO**<sup>1,2</sup> Ph.D student <sup>1&3</sup> kuatefotsobriceraoul@gmail.com (+237) 675517960

**Edwige Carole NKUITCHOUA NGATCHA**, M.Sc. student <sup>1&3</sup> edwigenkuitchoua2@gmail.com (+237)653 999 003

**Claude Desire NOUMBISSIE**, Ph.D., Professor <sup>1&3</sup> ncdesir3577@gmail.com (+237) 677 367 110

Corresponding author: **Romuald Stone MBANGMOU**, stone.mbangmou@gmail.com

(1), Department of psychology, University of Yaounde 1, Yaounde, Cameroon

(2), department of fundamental teachings in education, University of Yaounde 1, Yaounde, Cameroon

(3), Henri Pieron Integrative Medical-Psychological Center of Yaounde, Yaounde, Cameroon

## Résumé

La qualité du sommeil est un bon indicateur de la santé, qu'elle soit physique ou mentale. La partie du sommeil dont l'homme en a conscience, tout au moins au réveil, et ce parfois, est le rêve. Si le rêve est la dérivée première du sommeil, on comprend pourquoi il est aussi un indicateur du bien être, plus précis que le phénomène général qui le produit. Qualifié depuis le début du 19<sup>ème</sup> siècle par les psychanalystes comme la voie royale qui mène vers l'inconscient, le rêve reste, avec le sommeil bien sûr, la fonction mentale la moins connue. Dans ce travail de revue de littérature, nous faisons une réception des écrits sur le rapport l'expression des rêves durant certaines maladies, en essayant d'être le plus exhaustif possible. Il s'agit des maladies mentales et ou neurologiques. Ce travail permet aux cliniciens, chercheurs et étudiants, d'accéder aux connaissances et ou faire une mise à jour facilement dans ce champs complexe dont les informations ne sont pas toujours à la portée compréhensive de tout le monde, car le langage utilisé est non particulier à un champ spécifique de recherche sur le sommeil. Les étudiants, les médecins, les psychologues, les biologistes, les anthropologues, les paramédicaux, etc., se retrouveront facilement dans cette revue de littérature qui, en plus de présenter les troubles du sommeil en rapport avec les rêves, présente aussi un modèle psychophysiological très récent, et deux nouveaux concepts dans le domaine de l'oniologie.

## Mots clés

Sommeil, Rêves, maladies, onioprovidence, oniopathogénie, onirothérapie

## Abstract

Sleep quality is a good indicator of health, whether physical or mental. The part of sleep that man is aware of, at least when he wakes up, and sometimes, is dreams. If the dream is the primary derivative of sleep, we understand why it is also an indicator of

well-being, more precise than the general phenomenon which produces it. Described since the beginning of the 19th century by psychoanalysts as the royal road that leads to the unconscious, dreams remain, with sleep of course, the least known mental function. In this literature review work, we review the writings on the relationship between the expressions of dreams during certain illnesses, trying to be as exhaustive as possible. These are mental and/or neurological illnesses. This work allows clinicians, researchers and students to access knowledge and easily update this complex field, the information of which is not always within everyone's comprehension, because the language used is not particular to a specific field of sleep research. Students, doctors, psychologists, biologists, anthropologists, paramedics, etc., will easily find themselves in this literature review which, in addition to presenting sleep disorders in relation to dreams, also presents a psychophysiological model very recent, and two new concepts in the field of oneirology.

## Keywords

Sleep, Dreams, illnesses, oneiroprovidence, oniopathogenesis, oneirotherapy

## Introduction

Le rêve est sans doute le processus mental le plus intrigant depuis l'aube de l'humanité, que ce soit chez les tout-venants, les religieux et les scientifiques. Il est sans doute à l'origine des croyances surnaturelles car, les interprétations qui lui sont généralement associées sont pour beaucoup dans la foi des hommes. Même si les discours philosophiques se sont penché sur le rêve depuis l'antiquité, l'étude scientifique des rêves sera amorcée seulement à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle par Freud, dans son livre "interprétation des rêves", paru en novembre 1899. A la même période, les travaux de Vaschide et Piéron <sup>1&2</sup> sur le rêve seront la véritable percée de la psychologie dans l'étude scientifique des rêves. Ces

chercheurs vont questionner la part des rêves dans l'expression de la maladie somatique, en convoquant une approche expérimentale. Par la suite, plusieurs études vont s'intéresser à l'expression des rêves dans certaines maladies. Les cauchemars et les paralysies de sommeil sont généralement accompagnés d'émotions intenses, réveillant régulièrement le rêveur<sup>3,4&5</sup> et pouvant accentuer la survenue des crises chez l'épileptique (Feré, Janz)<sup>6</sup> dont 45% durant le sommeil contre 34% durant l'éveil, le reste étant associé à des situations précises<sup>6</sup>. Selon APA<sup>3</sup>, les cauchemars d'enfant perturbent 10 à 15% des parents d'enfants âgés de 3 à 5 ans, 50% des adultes font des cauchemars occasionnels, 3% des adultes font fréquemment des cauchemars qui entravent leur bien-être quotidien. Les terreurs nocturnes touchent fréquemment les enfants de 3 à 4 ans<sup>5</sup>, provoquant chez le sujet des cris de terreurs, réveils brusques, frayeurs, délires, tachycardie, accélération du rythme cardiaque<sup>7</sup>. Le somnambulisme touche près d'un enfant sur six<sup>7</sup>, 5% de la population générale, 15% des enfants de 5 à 12 ans, 70% des enfants donc au moins l'un des parents a été victime de somnambulisme<sup>5</sup>. Foulkes (1979)<sup>7</sup> envisage ces terreurs nocturnes comme un réflexe de panique en réaction contre la baisse des fonctions neurovégétatives vitales. Iranzo et al,<sup>8</sup> ont montré que les troubles oniriques tels que les troubles du comportement du sommeil paradoxal (TCSP), sont des signes précurseurs des pathologies neurovégétatives telle la maladie de Parkinson et, l'Alzheimer, etc. Entre autres, les cauchemars sont l'expression des angoisses et de l'anxiété ou des névroses selon la nosographie psychanalytique<sup>4,9&10</sup>. Boss<sup>9</sup>, observe des sujets en phase prodromique de la schizophrénie, et décrit la survenue des rêves dits prémonitoires bien avant la phase active de ladite pathologie, mais ne discute pas le lien entre ces deux phénomènes psychiques. Toutes ces connaissances montrent que le rêve a une ramification très importante avec les troubles et maladies chez l'humain.

Ce travail, qui porte sur la sémiologie onirique, a pour objectif de recueillir un maximum d'information sur l'expression spécifique des rêves dans les maladies et troubles mentaux en rapport avec les rêves. Il s'agira d'explorer le rapport des rêves avec les causes et les manifestations des maladies et troubles recensés.

1. Rêve comme cause probable de certaines maladies : le modèle psycho-physiopathologique de Mbangmou

Les hypothèses pathologiques et psychopathologiques sont réunies sous le concept de biopsychosocial, englobant la psychogenèse, la sociogenèse et l'organogenèse. On entend par psychogenèse la possibilité qu'un mode de fonctionnement mental soit à l'origine d'une pathologie. Dans la sociogenèse, c'est une situation ou un mode de fonctionnement social qui est à l'origine de maladie. Pour l'organogenèse, c'est un

dysfonctionnement organismique, mieux physiologique, qui est indexé comme cause de la pathologie. Dans la littérature, plusieurs études ont été faites sur l'expression des rêves ou cauchemars et certaines pathologies<sup>10,11,12,4</sup>, mais très peu d'études se sont intéressées sur la possibilité d'une relation causale entre ces deux variables (rêves et pathologie). Cependant, Crabbé<sup>4</sup> affirme que « *un rêve peut s'accompagner d'émotions très puissantes et des modifications physiologiques très importantes. Le sommeil paradoxal peut déclencher des crises cardiaques, des crises d'épilepsies, des troubles neurovégétatifs ou hormonaux, des morts subites* ». Dans une recherche de Master en psychopathologie et clinique, Mbangmou<sup>13</sup> s'est intéressé à cette relation. Observant le lien entre les manifestations oniriques et les variations de l'homéostasie, il chercha à comprendre l'impact du vécu onirique sur l'homéostasie corporelle. Les résultats de cette étude montrent que le vécu onirique peut impacter sur l'équilibre physiologique en deux périodes différentes, en activant le système neurovégétatif, particulièrement l'axe corticotrope :

➤ **La première période** est celle du sommeil, c'est-à-dire au moment même où se déroule le rêve. Durant la période de la production onirique, lorsqu'il s'agit des cauchemars ou des rêves pénibles, il peut arriver que les manifestations concomitantes aux émotions produites par le rêveur induisent une hypersollicitation cérébrale, pouvant induire d'autres dysfonctionnements cérébraux profonds. Il pourrait alors s'en suivre des signes de crises convulsives et d'hyperactivité corticale, la hausse des paramètres physiologiques tels que la tension artérielle, la glycémie, les fréquences cardiaques et respiratoires, des céphalées au réveil, qui sont la conséquence d'une hypersollicitation neurovégétative. Cette période est organogénétique et expliquerai plusieurs crises et des décès nocturnes sans cause détectables.

➤ **La deuxième période** est celle de l'éveil, ou la période post-onirique. Cette période implique les facteurs psychologiques et sociaux. Les facteurs psychologiques les plus impliqués sont le niveau de vulnérabilité au stress du rêveur, ses croyances et convictions culturelles, et son niveau d'éducation. Les facteurs sociaux les plus impliqués sont la réaction et l'implication de son entourage. Ces facteurs psychosociaux, lorsqu'ils sont d'intensité élevée, peuvent induire des émotions, des cognitions, et des comportements qui peuvent générer des angoisses dont, lorsqu'elles sont chroniques, peuvent induire des troubles permanents de l'homéostasie à l'instar de l'HTA, le diabète, voir même une hypersensibilité neuronale pouvant justifier certaines crises épileptiques.

Cette recherche de Mbangmou<sup>13</sup> dont la récolte des données a été faite successivement par l'entretien focalisé (semi-directif + non-directif de recherche), l'observation armée et l'expérimentation invoquée, a conduit à l'élaboration d'un modèle biopsychosocial du phénomène onirique, qui se présente comme suit :

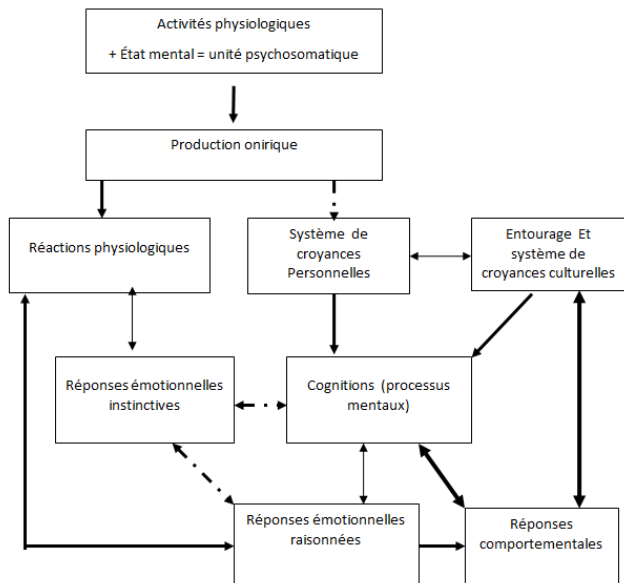


Figure : « *Modèle descriptif de l'interaction entre les manifestations oniriques et la dynamique psychophysiologique : L'unité psychosomatique, constituée des activités physiologiques, de l'état mental et du psychique, produit le rêve. Le rêve induit directement durant sa production des réactions physiologiques (comportements moléculaires), et sollicite directement (pendant le sommeil) et indirectement (au réveil) les croyances personnelles du rêveur. Dès lors, les réactions physiologiques vont interagir avec les émotions instinctives qu'elles génèrent (peur, colère, angoisse, etc.). Au réveil, les ressentis émotionnels qui en découlent vont provoquer des cognitions et des réponses émotionnelles raisonnées, qui conduiront à une réponse comportementale (molaire et moléculaire). Ces dernières réponses vont solliciter l'entourage et interagir avec les systèmes de croyances culturelles. L'angoisse qui résulte de tout ce processus pourrait amplifier et maintenir les réactions physiologiques (comportements moléculaires) concomitantes aux émotions ressenties par le rêveur, qui seront la source de la genèse des troubles psychosomatiques »*, (Mbangou<sup>13</sup> : 138).

## 2. Rêve comme symptôme spécifique de certaines maladies mentales

Comme nous l'avons signalé dans les paragraphes précédents, plusieurs études se sont intéressées à l'expression onirique chez des patients.

L'usage des rêves dans en pratique clinique remonte à l'antiquité, particulièrement par le phénomène de l'incubation onirique, c'est-à-dire application de l'interprétation des rêves dans la médecine<sup>14&15</sup>. Le rêve se révélait déjà à cette époque comme un outil d'exploration de la maladie, de telle sorte qu'Hippocrate<sup>4</sup>, disait qu'un bon médecin devrait utiliser les rêves dans sa pratique médicale. Cependant, toutes ces pratiques et usages des rêves étaient nourris par des approches religieuses et spirituelles. Il va falloir attendre les travaux de Freud au début du 20<sup>ème</sup> siècle pour

qu'une approche scientifique, bien que qualifiée de pseudoscience par plusieurs épistémologues à l'instar de Popper<sup>16</sup>, voit le jour et guide l'interprétation et l'usage des rêves. Freud va s'intéresser particulièrement à l'expression onirique dans les pathologies qu'il réunit sous l'appellation des névroses. Pour comprendre l'usage des rêves en psychanalyse, nous trouvons important de revenir succinctement sur les principales confrontations théoriques qui meublent l'usage des rêves en psychanalyse. Pour Freud<sup>10</sup>, le rêve est un symptôme des troubles névrotiques, et puise ses origines uniquement dans le passé du sujet, et par conséquent ne peut avoir une fonction prémonitoire. Il déclare : « *la recherche des sources internes du rêve nous conduit à examiner l'ensemble de l'organisme. Nous ignorons, à l'état normal, nos organes internes, mais ils peuvent devenir source d'impressions pour nous – impressions désagréables – lorsqu'ils sont en état d'excitation ou de "maladie."* »<sup>10</sup>. Cependant, on note une véritable différence entre sa conception ontogénique et celle phylogénique de son principal disciple, Jung. De ces deux positions, « *Alors que Freud se demande qu'elle est la cause du rêve, de quoi il est le symptôme, Jung se demande de quoi il est le signe et vers quoi il tend* »<sup>5</sup>. Ainsi, pour Jung, le rêve est un élément de communication entre les espèces, l'expression de l'inconscient collectif, car utilise les images universelles ou archétypes et, est tourné vers l'avenir. Cette discordance va les amener à se séparer en 1912, séparation qui entrainera Jung dans une phase dépressive. Notons qu'avant cette confrontation, Adler, l'un des principaux disciples de Freud, se séparera de son maître en 1909, toujours pour la conception des rêves, que celui-ci conçoit comme un moyen de résolution des problèmes, donc tourné vers l'avenir et non vers le passé comme le suggère son maître. Jung va non seulement réunir les conceptions de Freud et Adler, de plus, va construire une approche phylogénétique des rêves. Ces oppositions vont conduire aux 3 principales conceptions du rêve en pratique psychanalytique. En somme le rêve sera envisagé en psychanalyse tantôt comme symptôme névrotique, tantôt comme moyen de résolution de problème et de développement personnel, tantôt comme moyen de communication et de prédiction.

A la suite des travaux de la psychanalyse, plusieurs recherches vont explorer la relation rêve-maladie, dans le domaine de la sémiologie, par exemple sa relation avec la schizophrénie, l'anxiété, l'épilepsie.

### ➤ Rêves, angoisse et troubles anxieux

Crabbé<sup>4</sup>, affirme que les rêves anxigènes peuvent s'avérer traumatisants. Il souligne le fait que ces rêves se répètent pour certains et pour d'autres, varient en gardant le même thème. L'auteur relève les scènes les plus fréquentes qui sont : les chutes, les poursuites, le retard, la paralysie, la nudité en public, etc. Les recherches ont montré que la plupart des rêves répétitifs sont des rêves anxigènes et que la



plupart de ces rêves traduisent l'incapacité du rêveur à identifier ses problèmes dans la vie quotidienne<sup>4</sup>. Ainsi, la peur des cauchemars peut bloquer le souvenir des rêves<sup>17</sup>.

Une nouvelle étude a analysé les rêves de personnes souffrant de troubles anxieux. Les résultats suggèrent que ces rêves souvent très troublants peuvent transformer la vie diurne de ces personnes en impasse, si elles ne sont pas accompagnées. En effet, plusieurs thèmes négatifs se caractérisent par leur récurrence<sup>18</sup>.

#### ➤ Rêves et schizophrénie

Même si depuis l'antiquité le rêve était déjà associé à la folie<sup>19</sup>, c'est Freud<sup>10</sup> qui fut le premier à théoriser cette relation, en dépassant le cadre de la pathologie où il voit la symptomatologie névrotique pour y voir aussi une fonction physiologique (le « *gardien du sommeil* ») et une fonction psychologique à savoir, l'expression hallucinatoire des désirs refoulés. Les travaux sur la relation du rêve avec les psychoses sont très peu nombreux contrairement à ceux portant sur les névroses. Déjà, Schopenhauer<sup>20</sup>, affirme que « *les rêves sont une courte folie et la folie un long rêve* ». Parmi ces travaux, on a Stone<sup>21</sup>, qui montre que les cauchemars chez les schizophrènes se réfèrent plus aux idées de mort et aux images de morcellement du corps ; Daly<sup>22</sup>, montre que les hallucinations d'une de ses patientes correspondaient en grande partie aux éléments de ses cauchemars ; Chouinard et coll.<sup>23</sup>, ont montré que les cauchemars et les mauvais rêves étaient plus rapportés par le groupe des schizophrènes que celui des sujets témoins<sup>19</sup>. Boss<sup>9</sup>, constate la présence des rêves prémonitoires, précédant la maladie chez les schizophrènes. Concernant une autre relation entre le rêve et la schizophrénie, Monduit de Causade<sup>19</sup>, montre que la symptomatologie de cette pathologie influence l'élaboration du récit du rêve et son contenu manifeste mais, n'a pas d'incidence sur son rappel. L'auteur conclut que « *le rêve permet l'accès au fonctionnement psychique et au monde interne du patient schizophrène* »<sup>19</sup> (P.51). De plus, Gottesmann<sup>20</sup> a montré que les rêves et la schizophrénie avaient les mêmes supports neurobiologiques à savoir le cortex et le noyau accumbens.

#### ➤ Rêves et épilepsie

Plusieurs études ont montré une relation étroite entre le sommeil et l'épilepsie en général, et le rêve (ou sommeil paradoxale) et l'épilepsie en particulier. Il s'agira ici de les présenter selon deux dimensions de ce lien à savoir l'influence de l'épilepsie sur le sommeil d'une part et l'influence du sommeil sur l'épilepsie d'autre part.

Les premières observations de l'influence de l'épilepsie sur le sommeil remontent aux travaux de Janz<sup>24</sup>, qui constate d'une part que les patients avec épilepsie de l'éveil avaient des troubles du sommeil caractérisés par une augmentation de la durée des stades 1 et 2, et une diminution de celle des stades 3

et 4 et, d'autre part que ceux souffrant d'une épilepsie du sommeil présentaient une augmentation des stades 3 et 4. Ces observations n'ont pas été confirmées par d'autres auteurs (Bossemann<sup>25</sup>). Les modèles animaux<sup>26</sup>, ont montrés que la diminution de la durée du sommeil paradoxal entraîne une diminution du seuil de crise épileptique et par conséquent, faciliterait l'excitabilité neuronale. De plus, le sommeil est discontinu chez les épileptiques même en l'absence des crises nocturnes et, les anomalies du sommeil sont proportionnels aux crises généralisées tonico-cliniques (TC).

Quant à l'influence du sommeil paradoxale sur l'épilepsie, Feré (1890)<sup>6</sup>, constate que 2/3 des patients présentait les crises entre 20h00 et 8h00, avec un pic entre 3h00 et 5h00. Janz<sup>24</sup>, relève deux pics nocturnes de crise (21h-23h et 3H-5h), puis un pic diurne associé à la sieste de l'après-midi. En ce qui concerne la distribution des crises, il relève 34% pendant la période de veille, 45% pendant la période de sommeil, et 21% durant la veille et le sommeil. En conclusion, la fréquence des crises partielles augmente durant le REM, les crises frontales sont plus fréquentes durant le sommeil que les crises temporales<sup>6</sup>. En ce qui concerne les manifestations « *oniriques ictales* », l'impression du « *déjà vu* », « *déjà vécu* » dans le rêve, elles sont prédominantes chez les épileptiques. Deux études comparant les fréquences de ces types de rêves chez un groupe d'épileptiques et un groupe témoins leurs attribuent successivement une fréquence de 52%vs 65% et de 68% vs 73%<sup>6</sup>.

#### ➤ Rêves et dépression

Pour Cartwright, les rêves sont un moyen pour le cerveau d'essayer de défaire le nœud des émotions négatives qui entrave le sujet, une façon de les gérer pour qu'elles ne soient pas envahissantes.

Cependant, la différence entre une personne dépressive et une personne qui n'en présente pas est lors de la phase REM (Rapid Eye Movements), phase où se créent les rêves. Les personnes souffrant de dépression y entrent plus rapidement en phase REM, et y restent jusqu'à trois fois plus longtemps que les personnes non dépressives. Et ces personnes, du fait de ne pas avoir un sommeil paradoxal réparateur, se sentent fatigués au réveil le matin. Le REM est la phase du sommeil où le cerveau génère le plus d'adrénaline. Cela a été objectivé par l'imagerie par résonance magnétique (IRM). On sait aujourd'hui que le système limbique, qui est le siège des émotions, est aussi particulièrement actif pendant la période REM. Ce qui fait comprendre que les patients souffrant de dépression soient continuellement fatigués. Les rêves sont ainsi un tuyau de décompression pour le cerveau, lui permettant d'évacuer les pelotes d'émotions. Le cerveau est programmé pour assurer ce démantèlement en premier lieu, avant même de conditionner un repos.

Pour dénouer les émotions liées dans l'esprit, une patient souffrant de dépression fait souvent de

cauchemars, de rêves pénibles et désagréables dans lesquels s'exprimeront le désespoir, l'anxiété ou encore la confusion. Des rêves complexes, qui mettent mal à l'aise et sont épuisants moralement (psychologue.net, 2019).

### 3. Rêve et thérapie

Dans les sociétés modernes comme dans les sociétés traditionnelles, on constate par les écrits et les observations que les rêves sont utilisés en thérapie. Les rêves sont importants car, ils peuvent « refléter l'état de conscience éveillée ou des préoccupations »<sup>28</sup>. Macleod<sup>29</sup>, évoquant les possibilités d'usage des rêves en psychothérapies cognitivo-comportementales, parle de l'analyse fonctionnelle du rêve, qui repose sur les caractéristiques suivantes : « Description globale du rêve ; recherche des sources mnésiques (ancrées dans la perception du patient) ; émotions associées ; cognitions (ce qu'en pense le patient) ; valeur affective pour le patient ? La signification pour le patient ». Quant à l'intérêt de cette analyse dans la prise en charge de l'insomnie, il affirme que le rêve permet d'aborder le problème, de repérer certaines modes de fonctionnement du sujet, aide à restructurer la cognition du sujet, à resserrer l'alliance thérapeutique, et à tester l'évolution de la thérapie. Pour Rosner (1997)<sup>29</sup>, le rêve en thérapie permet d'évaluer les changements dans l'estime de Soi. Pour Cottraux et al,<sup>30,31</sup> les thérapies cognitivo-comportementales utilisent le rêve selon deux conceptions : il s'agit de l'approche objectiviste élaborée par Beck, Freeman et White, selon laquelle le rêve est l'expression des schémas et des distorsions vécus par le sujet durant l'éveil et, de l'approche constructiviste, envisageant le rêve comme l'expression de la capacité créatrice de l'homme.

En psychothérapies psychanalytiques, l'interprétation des rêves est centrale dans la cure, car comme nous l'avons déjà montré plus haut et comme le souligne Freud<sup>10</sup>, « le rêve est la voie royale qui mène à l'inconscient ».

Dans les thérapies traditionnelles, Nuekeme<sup>32</sup>, dans sa recherche, aboutit à la conclusion selon laquelle le rêve chez les tradipraticiens des Grassfields de l'Ouest-Cameroun « est perçu comme une possibilité de compréhension de la situation des malades ».

Nous pouvons dire, après ces observations faites sur l'usage des rêves en psychothérapie, qu'ils servent plus au diagnostic qu'à la psychothérapie elle-même.

### 4. Oniroprovidence

Il est question dans ce paragraphe, d'apporter un peu d'éclaircissement sur quelques nouveaux concepts dans le vocabulaire général des rêves. L'étude scientifique des rêves est l'une des sciences les plus récentes, alors que les connaissances. Est reconnue comme la première approche scientifique,

celle de Freud<sup>10</sup>. *L'oniologie*, entendue par-là l'étude des rêves, est une sous-branche de la science du sommeil. Plusieurs études sur le rêve sont présentées au congrès annuel du sommeil, à l'instar du congrès du sommeil de Marseille, 2017, qui a consacré tout un auditorium sur la rêve, intitulé « La réalité onirique : du cauchemar au rêve lucide » (Le congrès du sommeil, 2017 : 11), où plus d'une dizaine d'interventions et posters ont porté sur le rêve. Alors que l'oniologie est aujourd'hui une science à part entière et très récente, *l'oniromancie*, la science de la divination des rêves, est considérée comme une branche de la métaphysique ou de la parapsychologie, et date de l'aube de l'humanité. *L'onirisme* renvoie à tout phénomène se rapportant au rêve et, par conséquent, regroupe l'oniromancie et l'oniologie. L'adjectif *onirique* qualifie tout ce qui se rapporte au rêve. *L'oniothérapie* quant à elle, est jusqu'ici limité à une technique psychothérapeutique basée sur le traitement par la technique du rêve éveillé et où dirigé.

A la suite de ces concepts précédemment cités, nous proposons quelques concepts qui pourraient aider à mieux comprendre et décrire les phénomènes oniriques, particulièrement en oniologie, une branche que partagent la psychologie et la physiologie, tout comme elles se sont partagé l'étude du cerveau et du comportement animal.

Le premier concept que nous présentons ici est celui d'*oniopathogénie*. Nous entendons par là, l'étude des mécanismes par lesquels les phénomènes oniriques peuvent entraîner la souffrance ou la maladie chez le rêveur. Cette étude regroupe les mécanismes d'ordre biologique, d'ordre psychologique, et d'ordre social qui peuvent induire ces souffrances ou pathologies. Certains de ces mécanismes sont relevés par Mbangmou<sup>13</sup>, qui montre que les individus ayant une forte vulnérabilité au stress, avec un niveau scolaire bas, ont tendance à interpréter mystiquement leurs rêves, et par conséquent, sont plus enclin aux troubles des paramètres physiologiques pouvant entraîner à long terme des troubles psychosomatiques chroniques. Cet exemple d'oniopathogénie explore les processus par lesquels le rêve peut perturber le fonctionnement d'un système somatique ou d'un organe, la psychogenèse qui explore les processus par lesquels le rêve peut entraîner un trouble ou un dysfonctionnement psychique, et la sociogenèse qui explore la relation entre le rêve et les dysfonctions sociaux ou l'altération des relations sociales du rêveur<sup>13</sup>. Ce concept d'oniopathogénie est le revers de la médaille de celui d'oniothérapie, dont la définition ne se limiterait plus à l'application de la technique du rêve éveillé dirigé de Desoille<sup>11</sup>, mais à l'ensemble des phénomènes par lesquels le rêve peut améliorer la qualité de vie du rêveur (catharsis, résolution des problèmes, etc.).

Le second concept est celui d'*onioprovidence*. Ce concept formé de deux mots à savoir *onirique* et *providence*, réunie les deux concepts dont nous avons décrit précédemment, à savoir

l'oniropathogénie et l'onirothérapie. Différemment de l'onirologie qui est la science des rêves, l'oniroprovidence est l'étude de la dynamique des rêves, c'est-à-dire l'étude des variations induites par le processus onirique sur le bien-être du rêveur. Ainsi, les deux axes qui caractérisent cette étude sont l'oniropathogénie et l'onirothérapie. L'oniroprovidence de ce fait est une sous-branche de l'onirologie.

5. Troubles et pathologies du sommeil en rapport avec le rêve

Selon APA<sup>3</sup>, les troubles du sommeil se regroupent en quatre sections à savoir : les troubles primaires du sommeil, les troubles du sommeil en rapport avec un autre trouble mental, les troubles du sommeil dus à une affection médicale générale et les troubles du sommeil dus à une substance. Cependant, nous allons présenter ici seulement les troubles primaires en rapport avec les rêves. Ces troubles primaires sont repartis en Dyssomnies (trouble de la qualité, de la quantité ou de l'horaire du sommeil) et les parasomnies (troubles des comportements ou apparition des phénomènes anormaux durant le sommeil).

5.1- L'apnée centrale du sommeil ou syndrome d'apnée du sommeil (SAS)

Répertoriée dans le DSM-V<sup>33</sup>, dans la catégorie des troubles du sommeil lié à la respiration, elle touche moins de 5% de la population française<sup>34</sup>, 3/100 au niveau mondial<sup>5</sup>, 3/1000 de personnes dans la population mondiale selon Godefroid<sup>7</sup> et représente 12% des troubles du sommeil<sup>35</sup>. Elle se caractérise par des arrêts répétés de quelques secondes, de la respiration appauvrissant ainsi le sang en oxygène et, augmentant le travail cardiaque, ce qui explique l'asthénie que présente le dormeur au réveil<sup>34</sup>. Elle est physiologique et peut être causée par une malformation de la trachée artère, l'obésité, ou, par un problème cérébral situé dans le bulbe rachidien<sup>7</sup>. Il a été signalé que durant ces troubles, ce sont des rêves pénibles et cauchemars qui permettent au dormeur de se réveiller. Il s'agit des rêves à contenu de noyade et d'asphyxie retrouvés généralement chez la plupart des malades ayant un problème de respiration, comme le note Mbangmou et Nguimfack<sup>36</sup>.

5.2- La bruxomanie ou bruxisme

Causé généralement par des situations stressantes, des troubles psychologiques, des soucis, le bruxisme touche une grande partie de la population et se caractérise par les grincements de dents pendant le sommeil<sup>5</sup>. Sa répartition est quasi-homogène dans la population. Ses conséquences peuvent être les usures des emails, des douleurs faciales, des céphalées, au réveil. Le port des prothèses avant le couché protège le dormeur et parfois, fait disparaître le trouble<sup>5</sup>. Ces grincements seraient en rapport avec le fait que le dormeur soit en train de manger dans ses rêves, comme le soulignent Oudiette, Dodet, Similowski, et Arnulf<sup>37</sup>. Cela pourrait

aussi être provoqué par un coup de froid durant le sommeil, sauf que dans ce cas, les grincements de dents seraient accompagnés des frissons.

5.3- Les cauchemars

Les cauchemars sont reconnus comme modalité pathologique à part entière dans le DSM IV-TR<sup>3</sup> et DSM-V<sup>38</sup>. Ils peuvent se définir comme « *des rêves effrayants et prolongés, produits au cours du sommeil paradoxal* »<sup>7</sup>. Chez les enfants, les cauchemars sont les plus souvent les manifestations de l'anxiété<sup>26</sup>. Au réveil, les sujets se rappellent bien du contenu onirique (ou manifeste), cela grâce à leur forte charge émotionnelle. Les cauchemars puisent leurs origines dans l'anxiété, le stress, la peur, et sont liés à des événements familiaux et scolaires, aux problèmes rencontrés à l'état de veille<sup>5</sup>. « *Les rêves effrayants ou la discontinuité du sommeil résultant des éveils sont à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social ou professionnel* » (APA<sup>3</sup>: 730). Les cauchemars perturbent la vie de 10 à 15% des parents d'enfants âgés de 3 à 5 ans, 50% des adultes présentent des cauchemars occasionnels, 3% des jeunes adultes présentent constamment ou fréquemment les cauchemars<sup>3</sup>. Cependant, sa prévalence réelle reste inconnue. Robert (2013), a permis de faire la différence entre le contenu des mauvais rêves et ceux des cauchemars. Pour elle, le contenu manifeste des cauchemars est chargé des menaces physiques alors que les contenus des mauvais rêves est chargé des menaces psychologiques. De plus, elle affirme que l'émotion principale dans les cauchemars est la peur, à forte intensité émotionnelle, et ceux-ci sont généralement bizarres et se terminent souvent négativement (par rapport aux mauvais rêves).

5.4- L'énurésie

Se produisant généralement durant le sommeil profond, l'énurésie, encore appelée « *pipi au lit* », se caractérise par le fait que l'enfant ayant atteint l'âge du contrôle sphinctérien (plus de 2ans), continu à faire pipi au lit, de manière épisodique ou continue. Cela traduit généralement l'expression d'un malaise familiale ou scolaire, et la punition ou l'aide sont les deux méthodes les plus utilisées pour corriger ce comportement<sup>5</sup>. Généralement, cela disparaît à l'adolescence<sup>5,39</sup>. Cependant, il est nécessaire de faire des examens médicaux cliniques pour éliminer des causes organiques. Il a été régulièrement rapporté par les patients énurétiques que l'incontinence nocturne se produit au même moment qu'ils sont en train de faire un rêve dans lequel ils sont effectivement en train de faire pipi dans les conditions et environnement adaptés. C'est le rêve qui semble le plus réaliste chez l'humain.

5.5- L'hypersomnie (HI)

Ce sont « *des épisodes de sommeil prolongé, ou de sommeil diurne, survenant presque quotidiennement, sans qu'on puisse l'expliquer par une quantité insuffisante de sommeil* » (Godefroid<sup>7</sup> :



535). L'hypersomnie est encore appelée syndrome de Kleine-Levin. Elle représente 2% des troubles du sommeil<sup>35</sup>. Sa prévalence mondiale réelle est inconnue et 5 à 10% des patients rencontrés dans les centres de prise en charge de sommeil se plaignent de somnolence excessive<sup>3</sup>. La cause exacte de l'hypersomnie n'est pas connue. Les hypersomniaques semblent faire plus de rêve que la norme.

On distingue deux groupes d'hypersomnie : les hypersomnies idiopathiques ou primaires et les hypersomnies secondaires (liées à une autre affection).

L'hypersomnie idiopathique (HI) est une affection neurologique qui se caractérise par une somnolence diurne excessive. Avec une durée de sommeil souvent très longue, car supérieur à 10h pour certains en un jour, les malades ont de grandes difficultés à se réveiller le matin, manifestation de ce que l'on nomme « ivresse du sommeil ». Au réveil, le malade peut présenter des confusions mentales, donnant lieu ici à des hallucinations hypnopompiques et à des comportements automatiques, de désorientation spatio-temporelle, de lenteur de la pensée et de la parole. Ces personnes souffrent d'une fatigue extrême et d'une grande difficulté à rester éveillées durant la journée. Les siestes, parfois longues, sont non récupératrices. Selon le consensus actuel, la prévalence d'HI serait comprise entre 0,002 % et 0,010 % dans la population générale (Barateau et Dauvilliers, 2020), et entre 1-5 pour 10 000 selon la CIM-11.

Il existe en fait deux formes d'hypersomnies idiopathiques :

-Hypersomnie idiopathique avec allongement De la durée du sommeil, avec plus de 10 heures par jour, et les symptômes décrits plus haut.

-Hypersomnie idiopathique sans allongement du temps de sommeil, moins de 10 heures par jour. Dans cette forme, la quantité de sommeil de nuit est de normale, mais avec une somnolence diurne excessive.

Contrairement à la narcolepsie-cataplexie, une autre forme d'hypersomnie, les malades souffrant d'HI n'entrent pas précocement en période de sommeil paradoxal et n'ont aucune notion de cataplexie, cette perte soudaine de tonus musculaire déclenchée par une émotion forte.

À côté de l'hypersomnie idiopathique, on a aussi les hypersomnies associées à un autre trouble du sommeil, comme l'apnée du sommeil, syndrome des mouvements périodiques des membres au cours du sommeil, etc., ou secondaire à une autre maladie.

#### 5.6- L'insomnie

C'est « *l'incapacité chronique d'obtenir une quantité ou une qualité nécessaire à l'accomplissement des activités quotidiennes* »

<sup>39</sup> (525). C'est le trouble du sommeil le plus fréquent et, en France, elle touche plus de 20% de la population totale, sévère dans 6 à 9% des cas<sup>34</sup>. Elle touche environ 10% de la population mondiale<sup>7</sup>, 34% des troubles du sommeil<sup>35</sup> et touche deux fois plus de femmes que d'hommes<sup>5</sup>. Il existe plusieurs classifications des insomnies. On peut par exemple, la classer en : insomnie d'endormissement, insomnie de milieu de nuit, insomnie du petit matin et l'insomnie totale<sup>34</sup>. Sa cause la plus fréquente est l'anxiété<sup>3,34,39,10,7</sup>, on parle dans ce cas d'insomnie psychophysiologique. Kales et al,<sup>40</sup>, ressortent trois profils de personnalité des insomniaques, en utilisant la MMPI. Il s'agit des traits suivant : psychasthénie-schizoïde-dépression ; hystérie-dépression-hypocondrie-psychasthénie ; dépression-hystérie-hypocondrie. Dans leur classification des troubles du sommeil, l'ICSD<sup>29</sup> distingue les insomnies primaires chroniques intrinsèques regroupant l'insomnie résultant de la mauvaise perception du sommeil ; l'insomnie idiopathique (depuis l'enfance) ; et l'insomnie psychophysiologique, qui résulterait des apprentissages lors des mauvaises associations (ex. lit=insomnie). Il a été démontré que les insomniaques sévères sont enclins au trouble de l'humeur et aux pathologies psychosomatiques, du fait que ceux-ci ne rêvent pas suffisamment<sup>41</sup>. L'insomnie psychophysiologique peut aussi être provoquée par les cauchemars. Dans ce cas, la personne développe de l'insomnie à la suite d'un ou des cauchemars, parfois répétitifs. Ce qui l'amène à s'angoisser du fait de refaire ces cauchemars lorsqu'il s'en dort. Alors, il développe l'évitement du sommeil.

#### 5.7- Le nanisme psychosocial

Cette pathologie peut se définir comme un défaut de croissance résultant d'une exposition prolongée au stress pendant la période critique de croissance. Les recherches ont montrées que la sécrétion de l'hormone de croissance se fait durant le sommeil profond. Lorsqu'un sujet, durant sa période de croissance, ne bénéficie pas suffisamment d'un bon sommeil, peut présenter un retard de croissance. C'est ce qui se passe dans le nanisme psychosocial. Ici, lorsque l'enfant est, exposé de façon précoce et prolongé aux stress (bruits du train, des discothèques, des difficultés familiales, etc.), cela peut réduire ou perturber son sommeil, ce qui va réduire la sécrétion de la mélatonine et augmenter celle des catécholamines tels que le cortisol, adrénaline, noradrénaline, etc., donc leur effet inhibiteur sur la croissance a déjà été démontré<sup>42</sup>, ce qui a une influence directe sur la croissance<sup>7</sup>. Ici, les réveils réguliers empêche l'enfant de dormir normalement, et de parcourir successivement et régulièrement les différents stades du sommeil. Dans le nanisme psychosocial, le cerveau a du mal à bloquer les bruits et sons reconnus et interprétés comme non-dangereux, à fin de permettre au cerveau de rêver sans être interrompu par les bruits extérieurs. Ces réveils intermittents vont provoquer certains bouleversements hormonaux, qui vont modifier les la

physiologie du malade, particulièrement celle en rapport avec la croissance.

#### 5.8- La narcolepsie

Encore appelée syndrome de Gélineau, a une prévalence de 1/1000 et se caractérise par de soudains endormissements du sujet, n'importe où et n'importe quand, pendant la phase diurne<sup>7</sup>. Cela peut se produire au cours d'une conversation ou d'un rapport sexuel, d'une plaisanterie, ou au cours de n'importe quelle circonstance agréable<sup>39</sup>. Ces périodes du sommeil s'accompagnent le plus souvent des activités oniriques et des hallucinations<sup>3</sup>. Ils durent en moyenne 15 minutes et les émotions intenses peuvent les accompagner d'une cataplexie (perte soudaine du tonus musculaire). Dans ce dernier cas, le sujet passe directement de l'éveil au sommeil paradoxal, sans transition au sommeil lent<sup>39,7</sup>. Saper et al,<sup>43</sup> ont montré que les personnes souffrant de cataplexie avaient un taux très faible d'hypocrétine dans le liquide céphalo-rachidien et dans l'hypothalamus latéral.

#### 5.9- Troubles de l'éveil en sommeil non paradoxal

Autrefois appelé somnambulisme dans le DSM-IV-TR, cette appellation s'est vue substituée aux Troubles de l'éveil en sommeil non paradoxal, plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte<sup>34</sup> et touche près d'un enfant sur six<sup>7</sup>. Il touche environ 5% de la population générale, touche 15% des enfants de 5 à 12 ans et, 70% des enfants dont au moins l'un des parents a été victime de cette affection<sup>5</sup>. Cette crise se déclenche pendant le sommeil profond (stades 3 & 4) au cours duquel le dormeur peut seulement se redresser sur le lit puis se rendormir (conséquences minimales) ou, se lève marche dans la maison, sort même dans certains cas, ou mène une activité telle que faire la vaisselle, nettoyer le sol, etc., le prédisposant à un risque élevé<sup>5,34,7</sup>. Il est déconseillé de réveiller le somnambule de manière brusque, tel que par des cris ou des paroles, mais plutôt par des bruits physiques comme ceux des portes ou des fenêtres<sup>5</sup>. Durant cet état, le sujet peut répondre de façon plus ou moins adaptée à une question qu'on lui pose, mais, reste inexpressif sur son visage. Cependant, certains peuvent présenter des violences (aspect pathologique tels qu'anxiété, hystérie, simulation), mais dans tous les cas, le somnambule ne se souvient pas de ce qui se passait dans son sommeil au réveil<sup>5,7</sup>.

#### 5.10- Syndrome de jambes sans repos et de mouvements périodiques des membres

Encore appelé RLS (pour Restless Legs Syndrom), le syndrome des jambes sans repos se caractérise par des contractions rapides des genoux et des pieds, à une fréquence de deux à trois fois par minute, durant le sommeil<sup>7</sup>, ou aussi durant la journée lorsque le sujet reste longtemps dans une position relaxante et pendant l'endormissement<sup>5</sup>. Cette affection touche plus de femme que les hommes et touche plus de 3% de la population

générale. Elle semble causée par une carence en dopamine<sup>7</sup> et, semble aussi avoir une cause génétique<sup>34</sup>. Cette affection a été catégorisée dans le DSM-V, faisant partie des nouvelles pathologies décrites par cet outil de diagnostic psychiatrique<sup>38</sup>.

Le syndrome de mouvements périodiques des membres quant à lui, se produit durant le sommeil paradoxal et peut être associé ou non à un syndrome des jambes sans repos. Il se traduit par un sentiment de gêne ou d'inconfort, causé par les mouvements répétés des membres<sup>5</sup>.

#### 5.11- Syndrome de la mort subite

Ce syndrome est l'une des principales causes de mortalité chez les enfants de moins d'un an<sup>7</sup>. L'enfant endormi apparemment en bonne santé, ne se réveille plus. Cependant, quelques constats ont été faits : son apparition est plus fréquente chez les enfants prématurés, chez ceux que l'on couche sur le ventre, chez les enfants dont la maman a beaucoup fumé pendant la grossesse, et aussi chez les enfants dont l'environnement familial est pollué par l'usage du tabac. En 2010, les chercheurs de l'université de Strasbourg ont découvert que ce syndrome était lié à une immaturité du système nerveux et à un dysfonctionnement du nerf vague (X), entraînant une augmentation anormale des récepteurs cholinergiques<sup>7</sup>. Ces troubles seraient aussi provoqués par des cauchemars très angoissants. Nous avons aussi que lors des maladies cardiovasculaires, comme l'AVC hémorragique, il est déconseillé au malade de faire les efforts. Pourtant, pendant le sommeil, est habituel que le malade fasse les cauchemars, surtout provoqués par l'angoisse qu'il traverse, en rapport avec sa maladie ou autre. Ces cauchemars sursollicitent le malade, provoquant des variations physiologiques qui peuvent s'avérer fatales pour lui.

#### 5.12- Terreurs nocturnes

Ces états oniriques sont considérés comme pathologiques lorsque leur apparition devient fréquente. Ils se produisent au cours du sommeil lent profond (stade 3 & 4), et touchent le plus les enfants de 3 à 4 ans<sup>5</sup>. Ils provoquent des cris de terreurs, réveils brusques, frayeurs, délires, puis une accélération du rythme cardiaque et respiratoire, et d'une augmentation de la sudation<sup>7</sup>. Foulkes (1979)<sup>7</sup>, propose de le considérer comme un réflexe de panique, en réaction à la baisse du rythme cardiaque et respiratoire. Malgré tous ces aspects spectaculaires, le sujet ne se souvient pas de ce qui se passait dans son sommeil à son réveil, c'est ce qui différencie les terreurs nocturnes et les cauchemars.

#### 5.13- Troubles du comportement du sommeil paradoxal (TCSP)

Contrairement aux cauchemars et aux terreurs nocturnes qui peuvent apparaître à n'importe quel moment de la vie d'un individu et qui prédominent durant l'enfance, les troubles du comportement du



sommeil paradoxal apparaissent chez l'homme généralement vers la cinquantaine<sup>44</sup>, c'est la forme chronique. Cependant, une forme aiguë peut se produire suite à un sevrage alcoolique ou de sédatif<sup>45</sup>. La forme idiopathique n'a pas de cause connue et est un signe précurseur de pathologies neurovégétatives telles que la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, etc., dans plus de 50% des cas<sup>46</sup>. Cette forme représente 60% des cas reportés dans la littérature. La forme symptomatique est celle associée à certaines pathologies neurologiques tel que : démence, dégénérescence olivo-ponto-cérébelleuse, syndrome de Guillain-Barré (Cheliout-Heraut)<sup>7</sup>. Il touche plus d'hommes que de femmes et, dans la population générale, il a une prévalence de 0,5%, c'est-à-dire une personne sur deux cents. Décrit pour la première fois par Schenk et al,<sup>47</sup>, il s'agit d'une affection neurologique caractérisée par l'auto ou l'hétéro-agressivité pendant le sommeil paradoxal, chez un adulte n'ayant aucun antécédent diurne de trouble psychiatrique<sup>47</sup>. Le patient lance les coups de pieds, de points, cri, saute du lit, pouvant se faire du mal ou faire du mal à son compagnon de lit.

#### 5.14 Trouble de la rêverie compulsive

Le trouble de la rêverie compulsive (TRC) est un trouble du comportement généralement secondaire, car lié à d'autres troubles et maladies mentales, à l'instar des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et des troubles du déficit de l'attention. Il se manifeste par des périodes de rêverie éveillée intense. Ces périodes de rêverie peuvent durer plusieurs heures et survenir plusieurs fois dans le même jour. On peut aussi observer des comportements et/ou des émotions en rapport avec l'activité imaginaire, tels que les expressions faciales, mouvements des lèvres, gestes répétitifs, rires, pleurs, etc.

Ce trouble n'est pas encore reconnu par la communauté psychiatrique. Il a été décrit pour la première fois en 2002 par Eli Somer<sup>48</sup>, un psychologue israélien, sous l'expression anglaise « maladaptive daydreaming ». Ce trouble reste cependant peu connu et peu étudiée. En 2016, une échelle a été mise au point par l'auteur et son équipe, afin de tenter de mesurer ce trouble et de mieux le comprendre.

#### Conclusion

Bien avant l'aube de l'humanité, le rêve a intrigué nos ancêtres lointains. Il a été un bon matériau de compréhension de la vie personnelle et sociale durant toute l'histoire de l'homme. Depuis le début du 20<sup>ème</sup> siècle, la science s'est donné pour l'un des principaux objectifs de percer le mystère des rêves. Bien qu'étant encore très loin du but, les neuroscientifiques et les psychanalystes ont pu franchir des pas non négligeables. L'une des plus grandes avancées dans ce champ est la description des spécificités des rêves dans l'expression de certaines maladies, particulièrement les maladies mentales et neurologiques. Ce travail s'est appesanti sur le recensement des travaux présentant les spécificités

des rêves en sémiologie, et présenter particulièrement le modèle psychophysologique de Mbangmou<sup>13</sup>, dans le rapport rêve/maladies, ou mieux, l'étiopathogénie onirique. Ce travail présente brièvement quelques nouveaux concepts dans le champ de l'onirologie (sciences des rêves de l'humain). Il s'agit des concepts de : Oniroprovidence, oniropathogénie, et onirothérapie. Un prochain travail va porter sur l'approche conceptuelle détaillée de ces trois notions, même si celle d'onirothérapie a déjà une littérature non négligeable.

#### Références bibliographiques

- 1- Vaschide, N. et Piéron, H. (1901). Contribution à la sémiologie du rêve. *Bulletins de la société d'anthropologie de Paris*, 5 (2), 293-300.
- 2- Vaschide, N. et Piéron, H. (1902). Le rêve prophétique dans la croyance et la philosophie des arabes. *Bulletins de la société d'anthropologie de Paris*, (3), 228-243.
- 3- American psychological association [APA]. (2005). *Diagnostic statistical of mental diseases. DSM-IV-TR*. Washington, DC
- 4- Crabbé, J.-M. (2010). Relations entre rêves et maladies. Récupéré le 11 décembre 2013 de [www.Sitemed.fr](http://www.Sitemed.fr).
- 5- Gay, M. (1999). *Bien dormir, source d'énergie. Sous les ailes du sommeil*. Paris : Dervy
- 6- Ossemann, M. (2011). *Le rêve et l'épilepsie*. Mont-Godinne : UCL
- 7- Godefroid, J. (2011). *Psychologie, science humaine et cognitive*. Bruxelles : De Boeck. 3<sup>ème</sup> éd.
- 8- Iranzo, A., Molinuevo, J. L., Santamaria, J., Marti, M.-J. et Valleoriola, F. (2006). Rapid-eyemovement sleep behavior disorder as an early marker for a neurodegenerative disease: a descriptive study. *Lancet Neural*, 5, 572-577.
- 9- Duguay, R. et Ellenberger, H. F. (dir.) (1982). *Précis pratique de psychiatrie*. Paris : Maloine.
- 10- Freud, S. (2010). *L'interprétation du rêve*. (J-P Lefebvre, trad.). Paris : Seuil. (Ouvrage original publié en 1900 sous le titre *Die Traumdeutung*).
- 11- Trigano, P. et Vincent, A. (2004). *Le sel des rêves. Une refondation de la psychothérapie par une lecture nouvelle de C. G. Jung*. Paris : Dervy.
- 12- Lechevalier, B., Eustache, F. et Viader, F. (dir.) (2008). *Traité de neuropsychologie clinique*. Bruxelles : De Boeck University.
- 13- Mbangmou, R. S. (2018). *Manifestations oniriques et dynamiques psychophysologiques : contribution des rêves dans la genèse des troubles psychosomatiques chez l'adulte*. Mauritius : Editions universitaires européennes
- 14- Crabbé, J.-M. (2010). Relations entre rêves et maladies. Récupéré le 11 décembre 2013 de [www.Sitemed.fr](http://www.Sitemed.fr)
- 15- Crabbé, J.-M. (2005). *L'échec de la médecine occidentale : L'idéologie médicale en question*. Paris : Elabore.
- 16- Miquel, J. (1982). *Cours de philosophie. Exposés et documents*. (5<sup>e</sup> éd.) Paris : Roudil.
- 17- Dement, W. C. (1981). *Dormir, rêver*. Paris : Seuil.
- 18- Rimsh, A., & Pietrowsky, R. (2021). Analysis of dream contents of patients with anxiety disorders and

their comparison with dreams of healthy participants. *Dreaming*, 31(4), 303–319.

<https://doi.org/10.1037/drm0000184>

19- Monduit de Caussade, L. (2012). Les schizophrènes et le rêve : Contribution à la compréhension du fonctionnement psychique des patients schizophrènes à partir de l'étude de leurs rêves. *Etudes et pratiques en psychologie*, 1 (1), 36-53.

20- Gottesmann (2006). Rêve et schizophrénie : un même support neurobiologique ? *M/S : Médecine et sciences*, 22 (2), 201-205.

21- Stone, M. H. (1979). Dreams of fragmentation and of the death of the dreamer: a manifestation of vulnerability to psychosis. *Psychopharmacology Bulletin*, 15 (1), 12-14. Récupéré le 15 janvier 2014 de <https://www.yumpu.com>

22- Delay, J. et Pichot, P. (1971). *Abrégé de psychologie*. Paris : Masson.

23- Chouinard, S., Pampoulova, T., Poulin, J., Lecomte, Y. et coll. (2002). Dream characteristics in middle-aged, non hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Sleep*, 25 (suppl.), A301-302.

24- Janz, D. (1962). The grand mal epilepsies and the sleep-waking cycle. *Epilepsia*, 3, 69-109. Récupéré le 03 décembre 2013 de [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)

25- Crabbé, J.-M. (2013). Neuropsychisme et rythme biologique. Récupéré le 31 décembre 2013 de <http://www.Sitemed.fr>.

26- Basile, A., Sorbo, S., Giordano, S., Ricciardi, L., Ferrara, S., Montesano, D. et al. (2000). Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. Récupéré le 06 février 2014 de <http://www.bioline.org.b>

27- [psychologue.net](http://psychologue.net). (2019). Les personnes souffrant de dépression rêvent différemment.

28- De Koninck, J. (2004). *Les rêves et les cauchemars*. Ottawa : Société canadienne du sommeil. Récupéré le 02 février 2014 de [sciencesociales.uottawa.ca/psy/kninck-joseph](http://sciencesociales.uottawa.ca/psy/kninck-joseph)

29- Macleod, A. (2010). *Approche cognitive du sommeil et du rêve : thérapie cognitivocomportementale dans les insomnies chroniques primaires*. (Thèse de doctorat non publiée, Université Victor Segalen, Bordeaux 2, Laboratoire de physiologie et de psychophysiologie, France). Repéré le 19 décembre 2013 de [up2sv.free.fr](http://up2sv.free.fr)

30- Cottraux, J. (1998). *Les thérapies comportementales et cognitives* (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Masson.

31- Cottraux, J., Mehran, F., Philippot, P., Veuille, P., Pull, M.-C., Dattilio, F., et Toth, R. (2007). *Thérapie cognitive et émotions : La troisième vague*. Issy-les-Moulineaux Cedex V : Elsevier-Masson.

32- Nuekeme, P. M. (2002). Conception du rêve chez les tradithérapeutes des Grassfields (Province de l'ouest-Cameroun) (Mémoire de maîtrise en psychologie, Université de Yaoundé 1, Yaoundé, Cameroun).

33- American Psychiatric Association (APA, 2023). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé (DSM-5-TR)*. Paris : Elsevier.

34- Vidal. (2008). *Le guide du bien-être psy*. Camille-Desmoulins : Vidal

35- Ohayon, M. et Synthélabo, F. (1997). *Dis-moi comment tu dors*. Paris : Dunod.

36- Mbangmou, R. S. et Nguimfack, L. (2018). Etude corrélationnelle entre le contenu onirique et les symptômes somatiques : une approche biomédicale de

l'interprétation des rêves ? *Acta scientific medical sciences*, 4(5), 29-35.

37- Oudiette, D., Dodet, P., Similowski, T., et Arnulf, I. (2017). Retenez votre souffle ! Les variations respiratoires en sommeil paradoxal semblent refléter le contenu mental chez le rêveur lucide narcoleptique. *Communication orale, Le congrès du sommeil*, Marseille, Novembre 2017.

38- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *DSM-V : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.) (M-A. Crocq & J.-D. Guelfi, coord. trad.). Paris : Elsevier Masson.

39- Marieb, E. N. et Hoehn, K. (2010). *Anatomie et physiologie humaine* (8e éd.) Paris : Nouveaux Horizons.

40- Kales, A., Caldwell, A.B., Preston, T.A., et al. (1976) *Personality Patterns in Insomnia: Theoretical Implications*. *JAMA Psychiatry*, 33, 1128-1134. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770090118013>

41- Vermeulen, N., De Timary, P., Luminet, O. et Schäfer, R. (2008). Corrélat physiologiques, neuroanatomiques et neurophysiologiques de l'alexithymie. Dans Campanella, S. et Streel, E. (dir.). *Psychopathologie et neurosciences. Questions actuelles des neurosciences cognitives et affectives* (189-213). Bruxelles : De Boeck University.

42- Rosenzweig, Brasel & Blizzard, 1974

43- Saper C. B., Scammell, T. E. and Lu, J. (2005). Hypothalamic regulation of sleep and circadian rhythms. *Nature*, 2005 Oct 27;437(7063):1257-63. doi: 10.1038/nature04284.

44- Onen, S. H. et Onen, F. (1998). *Dictionnaire de Médecine du Sommeil*. Paris : Marketing S.A. Récupéré le 02 février 2014 sur [www.fondationsommeil.com](http://www.fondationsommeil.com)

45- Arnulf, I. (2013). *Le trouble comportemental en sommeil paradoxal. Unité des pathologies du sommeil et CRICM, Hôpital Pitié-Salpêtrière de Paris*. Récupéré le 21 janvier 2014 de <http://www.lepublicsystemepco.com>

46- Lupi, O. (2006). Myiasis as a risk factor for prion diseases in humans. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* Volume 20, Issue 9 p. 1037-1045.

47- C H Schenck 1, S R Bundlie, M G Ettinger, M W Mahowald. (1986). Chronic behavioral disorders of human REM sleep: a new category of parasomnia. *Sleep*, 9(2):293-308. doi: 10.1093/sleep/9.2.293.

48- Somer, E. (2002). Maladaptive Daydreaming: A Qualitative Inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol. 32, Nos. 2/3, Fall 2002 (°C 2002)

49- Somer E. Lehrfeld J., Bigelsen J., Jopp D. S. (2016). Development and validation of the Maladaptive daydreaming Scale (MDS). *Conscious Cogn*, 39:77-91. doi: 10.1016/j.concog.2015.12.001. Epub 2015 Dec