

NOTE TO USERS

This reproduction is the best copy available.

UMI[®]



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

**FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
ET POSTDOCTORALES**



**FACULTY OF GRADUATE AND
POSTDOCTORAL STUDIES**

Catherine Sabourin

AUTEUR DE LA THÈSE / AUTHOR OF THESIS

Ph.D. (psychologie clinique)

GRADE / DEGREE

École de psychologie

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT / FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

**Rêves de grossesse et du post-partum: leurs caractéristiques et leur relation avec les symptômes
dépressifs et anxieux.**

TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS

Joseph De Koninck

DIRECTEUR (DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS SUPERVISOR

CO-DIRECTEUR (CO-DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS CO-SUPERVISOR

Michelle Fortier

Marie-France Lafontaine

Monique Lortie-Lussier

Tore Nielsen

Gary W. Slater

Le Doyen de la Faculté des études supérieures et postdoctorales / Dean of the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

**Rêves de grossesse et du post-partum: leurs caractéristiques et leur relation
avec les symptômes dépressifs et anxieux.**

Catherine Sabourin

Thèse soumise à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre des exigences
du programme de doctorat en psychologie clinique

École de psychologie
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa

© Catherine Sabourin, Ottawa, Canada, 2010



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-69108-3
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-69108-3

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

■ ♦ ■
Canada

Remerciements

J'aimerais remercier sincèrement toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont aidée à accomplir ce projet de thèse. Sans le soutien de plusieurs professeurs, collègues et proches, tout ceci n'aurait pas été possible.

Je tiens tout d'abord à exprimer toute ma gratitude à mon directeur de recherche, Joseph De Koninck, pour son soutien, ses judicieux conseils et son écoute pendant toutes ces années au doctorat. Je réalise aujourd'hui à quel point votre présence aura été déterminante dans mon parcours professionnel, et je me considère privilégiée d'avoir pu travailler sous votre supervision. Merci d'avoir toujours été là pour moi et d'avoir démontré à tellement d'occasions que vous aviez profondément à coeur mon bien-être et ma réussite.

Je tiens à remercier Geneviève Forest, qui a été une importante source d'inspiration pour mon projet de thèse, en me faisant prendre conscience à quel point la grossesse était un contexte idéal pour combiner mes intérêts pour le rêve et la dépression. Merci pour cette si bonne suggestion!

J'aimerais remercier chaleureusement tous les étudiants du baccalauréat en psychologie qui ont contribué à ce projet. Un merci tout particulier à Virginie Touchette-Giroux, pour sa persévérance et son dévouement lors du recrutement, ainsi qu'à Alexandra Duchesne-Pérusse, pour son travail exceptionnel lors de la cotation des rêves. Sans votre aide, je suis convaincue que j'en serais encore à recruter des participantes et à entrer des données!

Je veux également remercier mes participantes, qui ont si généreusement partagé leurs rêves avec moi et ce, même dans un moment aussi chargé que le mois suivant l'accouchement!

Un grand merci aux membres de mon comité de thèse pour leurs judicieuses suggestions lors de l'élaboration de mon projet, de même qu'à Daniel Coulombe et à Pierre Mercier pour leurs précieux conseils statistiques.

Je remercie également mes collègues, avec qui j'ai vécu les hauts et les bas de la vie au doctorat. Un merci particulier à mon amie et collègue Katherine Péloquin, qui a été une source de soutien indéfectible pendant toute cette aventure doctorale. Quelle chance j'ai eue de partager avec toi les joies et les angoisses du doctorat! Longue vie à notre amitié!

Je tiens à remercier mon conjoint, Jonathan, pour son soutien et sa patience incroyable durant toutes ces années d'études. Lui plus que quiconque a dû faire des sacrifices pour me permettre d'atteindre mes objectifs professionnels. Merci à toi Jonathan, pour ta présence et ton amour, et pour m'avoir aidé à remettre les choses en perspective dans les moments d'angoisse et de découragement. Je remercie également ma fille Frédérique, qui m'a permis de découvrir les joies de la grossesse et de la maternité, et qui fut une source constante de motivation dans la réalisation de ce projet.

Merci à mes parents pour leur présence réconfortante et leurs encouragements. La confiance que vous avez démontrée à mon égard durant toutes ces années a été déterminante et m'a donné la force nécessaire pour accomplir mon rêve d'obtenir un doctorat en psychologie. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir encouragée à persévérer.

J'aimerais également remercier mes amis, qui m'ont aidée à maintenir un équilibre dans ma vie et qui ont toujours réussi à me faire oublier pour un moment les angoisses du doctorat. Merci pour votre présence et pour tous les beaux moments passés ensemble!

Enfin, je tiens à souligner l'appui financier de mon directeur de recherche, Joseph De Koninck, des Instituts de recherche en santé du Canada, des Bourses d'études supérieures de l'Ontario, ainsi que de la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université d'Ottawa. Grâce à leur soutien, j'ai pu me consacrer entièrement à ma recherche et bénéficier de toutes les ressources nécessaires au bon déroulement de ce projet.

Résumé

Cette étude s'intéresse à la notion d'une continuité entre les expériences de l'éveil et du rêve, dans le contexte de la grossesse et du post-partum. Des recherches antérieures ont suggéré que les rêves de la grossesse refléteraient les préoccupations de l'éveil et pourraient même faciliter le dépistage des femmes à risque de dépression lors du post-partum. La présente étude poursuit cette exploration avec des raffinements méthodologiques et un échantillon plus important. Les principaux objectifs sont de mieux cerner l'impact de la grossesse et du post-partum sur le contenu des rêves, ainsi que de clarifier la relation entre les rêves et les symptômes dépressifs et anxieux de l'éveil.

Cent quarante-trois femmes enceintes âgées entre 20 et 34 ans ont complété un journal de rêves et des questionnaires sur les symptômes dépressifs et anxieux de l'éveil et ce, à trois moments entre le deuxième trimestre et le mois suivant l'accouchement. Les données de comparaison de 125 femmes non enceintes ont quant à elles été extraites de la banque de rêves d'une étude normative sur les rêves des Canadiens.

Les analyses statistiques ont démontré que plus de la moitié des rêves de la grossesse et du post-partum comprenaient des références à la grossesse et à la maternité, alors que ces éléments étaient très rares dans le groupe de comparaison. Par ailleurs, les rêves reflétaient les caractéristiques propres aux périodes prénatale et post-natale, avec plus de références à la grossesse dans la première période, et plus d'éléments associés à la maternité dans la seconde période. Contrairement à nos attentes, les femmes enceintes et les femmes non enceintes ne se sont pas distinguées quant au contenu négatif de leurs rêves. Finalement, les symptômes dépressifs étaient associés à un contenu négatif accru

dans les rêves, tant durant la grossesse que lors du post-partum, alors qu'une telle relation n'a pas été clairement observée avec les symptômes anxieux. Ces résultats suggèrent que les expériences marquantes et chargées d'émotions sont propices à se transposer dans les rêves. À travers l'analyse de rêves, cette étude offre également un regard nouveau sur l'expérience psychologique de la grossesse et de la maternité.

Table des matières

	Page
Remerciements	ii
Résumé	v
Table des matières	vii
Liste des Tableaux	x
Liste des Annexes	xi
 Introduction	 1
Le rêve dans l'histoire	1
Théories psychologiques contemporaines sur l'origine et les fonctions du rêve	2
Continuité	2
Maîtrise	5
Compensation	9
Grossesse et adaptation psychologique	12
Blues et dépression du post-partum	14
Détection des troubles psychologiques durant la grossesse et le post-partum	17
Grossesse et rêves	19
Dépression et rêves	24
Anxiété et rêves	28
Les rêves durant la grossesse et le post-partum: une intégration	29
Hypothèses et prédictions	31
 Méthode	 33
Recrutement	33
Participant.e.s	35
Femmes enceintes	35
Femmes non enceintes	36

Instruments de mesure	38
Renseignements généraux.....	39
Questionnaire de renseignements généraux.....	39
Questionnaire de santé générale.....	39
Questionnaire de suivi post-natal.....	40
Questionnaires sur les symptômes dépressifs et anxieux	40
Échelle de Dépression Post-natale d'Édimbourg	40
Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété – Forme Y	42
Mesures du rêve	44
Journal de rêves.....	45
Questionnaire sur les émotions du rêve	45
Système de cotation des rêves de Hall et Van de Castle	46
Cotation des références à la grossesse et à la maternité.....	46
Déroulement de la recherche	47
Analyses statistiques	51
Éléments négatifs du rêve	51
Références à la grossesse et à la maternité dans les rêves	56
Émotions du rêve	56
Résultats.....	57
Analyses préliminaires.....	57
Analyse des données manquantes	57
Analyses préliminaires pour le groupe de comparaison	58
Représentation de la grossesse et de la maternité dans les rêves.....	59
Prédiction 1a	59
Comparaison des rêves de la grossesse et des rêves des femmes non enceintes.....	60
Comparaison des rêves du post-partum et des rêves des femmes non enceintes.....	62
Analyses supplémentaires.....	64
Prédiction 1b	65
Teneur négative des rêves de la grossesse et du post-partum.....	67
Éléments négatifs des rêves	67
Émotions négatives des rêves	68
Relation entre les symptômes dépressifs et anxieux et le contenu des rêves	68
Prédiction 3a	68
Éléments négatifs des rêves	69
Émotions négatives des rêves	74
Analyses supplémentaires : interactions agressives des rêves.....	75

Analyses supplémentaires : rêves de grossesse et symptômes dépressifs du post-partum	77
Prédiction 3b	78
Éléments négatifs des rêves	79
Émotions négatives des rêves	82
Prédiction 3c	83
Éléments négatifs des rêves	84
Émotions négatives des rêves	86
Discussion	87
Représentation de la grossesse et de la maternité dans les rêves	87
Comparaison des rêves des femmes enceintes et des femmes non enceintes	87
Comparaison des rêves de la grossesse et du post-partum	91
Teneur négative des rêves des femmes enceintes et des femmes non enceintes	93
Relation entre les symptômes dépressifs et anxieux et le contenu des rêves.....	94
Symptômes dépressifs	94
Rêves de grossesse et prédiction des symptômes dépressifs du post-partum ...	99
Symptômes anxieux	100
Évolution des symptômes dépressifs et anxieux et du contenu des rêves	101
Implications des résultats	102
Implications théoriques	102
Implications cliniques	107
Forces et limites	108
Recherches futures	112
Conclusion	114
Références	115
Annexes	137

Liste des Tableaux

1. Pourcentage des rêves (%) comprenant des références à la grossesse et à la maternité, chez les femmes non enceintes et les femmes enceintes au troisième trimestre	61
2. Pourcentage des rêves (%) comprenant des références à la grossesse et à la maternité, chez les femmes non enceintes et les femmes durant la période post-natale	63
3. Pourcentage des rêves (%) comprenant des références à la grossesse et à la maternité au troisième trimestre, comparativement à la période post-natale	67
4. Proportion d'éléments négatifs dans les rêves du deuxième trimestre, chez le groupe non déprimé, comparativement au groupe déprimé	70
5. Proportion d'éléments négatifs dans les rêves du troisième trimestre, chez le groupe non déprimé, comparativement au groupe déprimé.....	72
6. Proportion d'éléments négatifs dans les rêves du post-partum, chez le groupe non déprimé, comparativement au groupe déprimé.....	73
7. Comparaison de la proportion d'éléments négatifs dans les rêves du troisième trimestre, chez les femmes non déprimées et chez celles qui le sont devenues lors du post-partum	78
8. Proportion d'éléments négatifs dans les rêves du deuxième trimestre, chez le groupe non anxieux, comparativement au groupe anxieux	80
9. Proportion d'éléments négatifs dans les rêves du troisième trimestre, chez le groupe non anxieux, comparativement au groupe anxieux	81
10. Proportion d'éléments négatifs dans les rêves du post-partum, chez le groupe non anxieux, comparativement au groupe anxieux	82
11. Scores moyens (écart-types) aux échelles de symptômes dépressifs et anxieux	83

Liste des Annexes

1. Affiche publicitaire	137
2. Feuille d'information	139
3. Formulaire de consentement	141
4. Renseignements démographiques des participantes	146
5. Questionnaire de renseignements généraux.....	148
6. Questionnaire de santé générale	152
7. Questionnaire de suivi post-natal	156
8. Instructions	159
9. Journal de rêves	161
10. Questionnaire sur les émotions du rêve	163
11. Aperçu des échelles de Hall et Van de Castle	165
12. Références à la grossesse et à la maternité	168
13. Proportion d'éléments négatifs dans les rêves des femmes non enceintes, comparativement aux rêves des femmes enceintes	170
14. Proportion d'éléments négatifs dans les rêves de la période post-natale, comparativement aux rêves de la grossesse	172

Introduction

Le Rêve dans l'Histoire

À travers les temps, le rêve a toujours fasciné l'être humain ; des écrits anciens laissés par la plupart des grandes civilisations, tels les Sumériens, les Grecs et les Égyptiens, démontrent que depuis plus de cinq mille ans, les humains ont porté attention à leurs rêves et ont tenté d'expliquer leur sens et leur origine, certains les croyant porteurs de messages divins ou leur attribuant des propriétés divinatoires, d'autres leur supposant une origine plus naturelle (Hughes, 2000 ; Van de Castle, 1994).

Si le rêve suscite l'intérêt de l'humanité depuis des millénaires, son étude rigoureuse ne date toutefois que d'une centaine d'années. Ainsi, l'étude plus approfondie des rêves a pris son essor vers la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e siècle, notamment grâce aux célèbres contributions de Léon d'Hervey de Saint-Denys, d'Alfred Maury, de Sigmund Freud, d'Alfred Adler et de Carl Gustav Jung (Van de Castle, 1994).

Originellement associée au courant psychodynamique, l'étude du rêve s'est par la suite diversifiée ; on a alors tenté non seulement de comprendre ses origines et son sens, mais aussi de mieux définir les processus biologiques qui y sont associés. À partir des années '50, les recherches sur le rêve se sont démarquées dans deux champs d'études principaux, soit le courant psychologique, popularisé entre autres par Thomas French (French & Fromm, 1964), Medard Boss (1958) et Calvin Hall (1953), et le courant neurobiologique, surtout connu de par les contributions d'Aserinsky et Kleitman (1953), de Dement (Dement & Kleitman, 1957) ainsi que de Hobson et McCarley (1977). En raison de son intérêt marqué pour les sources et le sens du rêve, le courant psychologique est

particulièrement pertinent à la présente étude ; il sera brièvement exposé dans la prochaine section.

Théories Psychologiques Contemporaines sur l'Origine et les Fonctions du Rêve

Au cours des dernières décennies, divers théoriciens et chercheurs ont tenté de percer les mystères entourant le rêve et se sont intéressés à son contenu, son origine, ses fonctions possibles, ainsi qu'à sa relation avec les caractéristiques de l'individu et de sa vie éveillée. Les nombreuses théories et études psychologiques sur le rêve se sont regroupées autour de trois principaux courants de pensée, soit les perspectives de la continuité, de la maîtrise et de la compensation (De Koninck, 2000 ; Domhoff, 1996, 2003 ; Hartmann, 1998). Alors que la première perspective s'est plutôt penchée sur le contenu du rêve, les deux suivantes se sont principalement intéressées à sa fonction possible.

Continuité.

Abordée par de nombreux pionniers de l'étude du rêve, tels que Freud (1901/1969) et Adler (1933/1972), la perspective de la continuité s'intéresse à la similarité entre les expériences de l'éveil et du rêve, ainsi qu'entre les traits de personnalité de l'individu et les caractéristiques de sa vie onirique (Samson & De Koninck, 1986). Selon cette perspective, des similitudes pourraient être observées entre certains aspects de la personne à l'éveil et dans ses rêves.

La perspective de la continuité a été principalement popularisée grâce aux contributions de Calvin Hall (Hall, 1953 ; Hall & Nordby, 1972), qui fut l'un des premiers à s'éloigner des théories freudiennes sur le rêve et à proposer une nouvelle conception s'appuyant non pas sur des études de cas, mais bien sur des recherches

quantitatives de grande envergure. Hall a suggéré que le rêve, en tant qu'activité cognitive, serait constitué de pensées similaires à l'éveil, lesquelles stimuleraient la création des images des rêves (Hall & Nordby, 1972) :

There are, we feel, no important differences between what we think about while we are awake and what we dream about while we are asleep. The motives that energize and direct the course of thinking and that provide the substance of our thoughts are the same motives that energize and direct the course of dreaming and that provide the contents of dreams. (p.145)

Calvin Hall considérait que l'individu conservait les mêmes caractéristiques à l'éveil et dans le rêve, que ce soit au niveau de sa personnalité, ses pensées ou ses croyances (Hall, 1953 ; Hall & Nordby, 1972). Par ailleurs, il soutenait que les conceptions que l'individu a de lui-même, des autres, du monde, des pulsions et des conflits se reflétaient dans les rêves (Hall, 1953).

À ce jour, de nombreuses études ont été menées dans la perspective de la continuité et ont conclu que le rêve reflétait bel et bien des éléments de la vie éveillée. Par exemple, on a observé que certains aspects d'une expérimentation (par ex., laboratoire de sommeil) se reflétaient dans les rêves des participants (Hall, 1967 ; Hauri, 1970) ainsi que des éléments du rêve reflétant le sexe du rêveur (Hall, 1984). La continuité entre l'éveil et le rêve a également été observée dans des domaines plus complexes, tels que la personnalité (Busby & De Koninck, 1980 ; Hartmann, Elkin, & Garg, 1991), la santé physique (King & DeCicco, 2007), les rôles sociaux (Lortie-Lussier, Swchab, & De Koninck, 1985) et les préoccupations de l'individu (Delorme, Lortie-Lussier, & De Koninck, 2002 ; Halliday, 1993). Par exemple, dans une étude

longitudinale récente, on a observé qu'un changement au niveau du bien-être psychologique d'une période à une autre était modérément à fortement corrélé à des changements similaires dans le contenu positif et négatif des rêves (Pesant & Zadra, 2006). Toujours dans une perspective de continuité, il a également été démontré que les expériences traumatiques peuvent se refléter dans les rêves (Valli, Revonsuo, Pälkä, & Punamäki, 2006 ; Wood, Bootzin, Rosenhan, Nolen-Hoeksema, & Jourden, 1992), comme c'est notamment le cas lors d'un état de stress post-traumatique (Mellman, David, Bustamante, Torres, & Fins, 2001).

Tel qu'il sera présenté plus loin, le phénomène de la continuité a aussi été observé dans des contextes particulièrement pertinents à la présente étude, soit chez des femmes enceintes (Blake & Reimann, 1993 ; Dagan, Lapidot, & Eisenstein, 2001 ; Gillman, 1968 ; Jones, 1978 ; Krippner, Posner, Pomerance, Barksdale, & Fischer, 1974 ; Maybruck, 1986), des futurs pères (Siegel, 1982 ; Stukane, 1994 ; Zayas, 1988) et des personnes avec dépression (Beck & Hurvich, 1959 ; Beck & Ward, 1961 ; Hauri, 1976 ; Kramer, Whitman, Baldridge, & Lansky, 1965 ; Schredl & Engelhardt, 2001 ; Trenholme, Cartwright & Greenberg, 1984).

En somme, la perspective de la continuité entre la vie éveillée et le rêve jouit d'une grande popularité, et il est reconnu que divers éléments de la vie éveillée peuvent se refléter dans les rêves. Parmi ceux-ci, les émotions retiennent particulièrement l'attention puisqu'elles se révèlent comme l'un des éléments les plus saillants des rêves (Domhoff, 2003 ; Hall & Van de Castle, 1966 ; St-Onge, Lortie-Lussier, Mercier, Grenier, & De Koninck, 2005). Selon certains, la teneur émotionnelle pourrait même être la caractéristique à la base de la construction du rêve (par ex., Hartmann, 1998, 2008).

Or, il est particulièrement intéressant de constater que dans la grande majorité des études sur les rêves, les émotions qui sont observées sont davantage négatives que positives (Hall & Van de Castle, 1966 ; Hartmann, 1998 ; Nielsen, Deslauriers, & Baylor, 1991 ; Strauch & Meier, 1996), bien que cette prédominance négative a quelques fois été remise en doute (par ex., Fosse, Stickgold, & Hobson, 2001 ; Shredl & Doll, 1998). Les raisons pour lesquelles les éléments négatifs caractériseraient tant le contenu onirique demeurent incertaines. D'un point de vue neurobiologique, ceci pourrait être attribuable à l'activation élevée de certaines structures limbiques et paralimbiques, notamment de l'amygdale, ainsi qu'à une baisse de l'activité sérotoninergique durant le sommeil paradoxal (Braun et al. 1997 ; Hobson, Pace-Schott, & Stickgold, 2000a ; Maquet et al., 1996 ; McNamara, McLaren, Smith, Brown, & Stickgold, 2005 ; Nofzinger, Mintun, Wiseman, Kupfer, & Moore, 1997). D'un point de vue psychologique, ceci pourrait être expliqué par le fait que les rêves font peut-être plus que refléter des éléments de la vie éveillée et qu'ils ont possiblement un rôle à jouer dans la régulation des émotions, la résolution de problèmes et l'adaptation psychologique (Hartmann, 1998 ; Revonsuo, 2000). Cette perspective, connue sous le nom de la maîtrise, reprend les principes de la continuité, mais en attribuant une fonction adaptative aux rêves.

Maîtrise.

La perspective de la maîtrise s'intéresse à la fonction possible du rêve et découle des travaux d'Alfred Adler (1931/1960, 1933/1972), qui fut l'un des premiers à attribuer au rêve un rôle à jouer dans la résolution des problèmes. Selon cette perspective, l'éveil et les rêves seraient intimement reliés et ces derniers permettraient au rêveur

d'expérimenter, avec succès ou non, des tentatives de résolution de problèmes non réglés à l'éveil (Adler, 1933/1972).

Les idées d'Adler ont été endossées par divers théoriciens, notamment par Thomas French et Erich Fromm, qui ont avancé que le but du rêve était de trouver des solutions à divers problèmes, principalement de nature interpersonnelle (French & Fromm, 1964). À travers le contenu manifeste des rêves, French et Fromm considéraient que l'individu pouvait se souvenir de problèmes similaires du passé ainsi que de solutions ayant eu du succès, et ainsi trouver une solution pour le problème actuel (Asmar, 1999 ; French & Fromm, 1964).

Louis Breger a également attribué une fonction de maîtrise aux rêves, en décrivant l'activité onirique en termes de traitement d'informations (Breger, 1967 ; Delorme, 1997). Selon lui, le matériel affectif provoqué par une situation de l'éveil stimulerait l'activation de systèmes mnésiques durant le sommeil, lesquels produiraient le matériel du rêve. Par ailleurs, il considérait que le rêve permettait au rêveur d'intégrer le matériel affectif de l'éveil dans les systèmes mnésiques ayant déjà géré avec succès du matériel similaire, et d'expérimenter diverses solutions en réponse au problème de l'éveil (Breger, 1967 ; Breger, Hunter, & Lane, 1971).

Plus récemment, Hartmann (1996, 2008) a développé une théorie cognitive sur la nature et la fonction du rêve. Selon cette théorie, le rêve suscite davantage de connexions que l'état d'éveil. Ainsi, à l'éveil, un concept stimulerait l'activation de concepts similaires (connexions linéaires), tandis que dans le rêve, il y aurait plus de connexions variées (connexions latérales). D'après Hartmann, (1996, 2008), les images des rêves seraient stimulées par l'émotion dominante vécue par le rêveur. En d'autres mots,

l'imagerie onirique serait une métaphore de l'émotion la plus saillante de l'éveil (Hartmann, 1996). Ceci serait particulièrement évident dans les rêves suivant un trauma, où l'émotion dominante serait facilement identifiable. Néanmoins, le même processus serait possiblement présent dans tous les rêves. En somme, Hartmann a suggéré que le rêve pourrait avoir une fonction quasi-thérapeutique puisqu'il permettrait l'expression et la création de connexions dans un contexte sécuritaire (Hartmann, 1996).

Plusieurs études ont appuyé la notion de la maîtrise et ont attribué une fonction adaptative aux rêves et ce, dans divers contextes, tel qu'avant une opération chirurgicale (Breger et al., 1971), suite à un événement suscitant du stress (Cohen & Cox, 1975) ou suite à un divorce (Cartwright, 1991). Par exemple, dans une série d'études, Breger, Hunter et Lane (1971) ont tenté d'identifier l'effet du stress sur le contenu des rêves. Dans une première étude, quatre participants ont été soumis au stress d'une thérapie de groupe, dont ils étaient tour à tour l'objet de discussion. L'analyse des rêves recueillis en laboratoire pour ces participants ainsi que pour deux participants de comparaison a démontré que les sujets ayant été l'objet d'attention en thérapie avaient, chacun à leur manière, incorporé dans leurs rêves le matériel évoqué en thérapie ainsi que des moyens d'y faire face similaires à ce qui était employé à l'éveil. Par ailleurs, alors que les rêves du groupe contrôle devenaient plus positifs d'une nuit en laboratoire à l'autre, possiblement en raison d'une habitude à cet environnement et d'une diminution du stress, les rêves du groupe expérimental n'avaient pas changé ou s'étaient détériorés en ce qui a trait à leur caractère plaisant. Finalement, en observant les séquences de rêves d'une même nuit, il a été constaté que les premiers rêves présentaient fréquemment le matériel évoqué en thérapie et que les rêves qui suivaient avaient tendance à le gérer en faisant

référence à des souvenirs ainsi qu'à des solutions et des défenses ayant déjà été utilisées par le passé.

Dans leur deuxième étude, Breger, Hunter et Lane (1971) ont recueilli les rêves de cinq individus qui devaient subir une chirurgie majeure, lors de quatre nuits en laboratoire avant leur opération et de trois nuits après leur opération. Ils ont observé que les rêves préopératoires incorporaient directement ou symboliquement les éléments suscitant du stress. Par ailleurs, les rêves représentant les inquiétudes par rapport à la chirurgie étaient généralement accompagnés d'une tentative pour les gérer, laquelle était en lien avec le style de la personne à l'éveil.

Plus récemment, le phénomène de la maîtrise a été observé dans les rêves de 59 individus en processus de divorce (33 femmes et 26 hommes), dont 31 atteignaient le seuil clinique pour la dépression selon le Research Diagnostic Criteria et l'Inventaire de Dépression de Beck (Cartwright, 1991). Les rêves des participants avec et sans dépression, obtenus en laboratoire lors d'une nuit suivant de près la séparation et d'une nuit une année plus tard, ont présenté certaines différences. En continuité avec la vie éveillée, les rêves des participants avec dépression présentaient davantage d'émotions et étaient plus négatifs. Par ailleurs, les participants avec dépression qui rêvaient de leur ex-partenaire peu de temps après le divorce démontraient une meilleure adaptation un an plus tard. Malgré certaines réserves puisque les données provenaient de seulement deux nuits, la chercheuse a avancé que l'incorporation en rêve d'une situation générant du stress contribuerait à la gestion et possiblement à la maîtrise de cette situation.

En somme, la question demeure quant au rôle de maîtrise que pourrait jouer les rêves dans la gestion du stress ou l'adaptation psychologique. Si certaines études

rapportent que l'incorporation en rêve d'un élément stressant est associée à une meilleure adaptation, il faut reconnaître que ces observations sont corrélationnelles, et qu'elles n'impliquent donc pas une relation de cause à effet. Il est notamment possible que l'incorporation en rêve d'un élément stressant ne soit que le reflet d'un processus d'adaptation ayant lieu à l'éveil, et que le rêve n'ait pas un rôle à jouer dans ce processus.

Compensation.

Dérivant des travaux de Jung (1953), la perspective de la compensation s'oppose traditionnellement à celle de la continuité et soutient que les rêves présentent un contenu opposé aux situations de l'éveil. De plus, cette perspective diverge également de celle de la maîtrise en ce qui a trait à la fonction possible du rêve. Ainsi, bien qu'elle suggère que les rêves aient possiblement une fonction adaptative, la perspective de la compensation soutient que l'adaptation serait facilitée par l'évitement en rêve des éléments stressants de l'éveil, ou encore par l'incorporation d'éléments y étant opposés, ce qui permettrait de protéger le rêveur de certaines perturbations.

La perspective de la compensation a été étudiée en tenant compte de divers aspects de l'éveil et du rêve, tels que les traits de personnalité (Samson & De Koninck, 1986), les caractéristiques culturelles (De Koninck & Sirois-Berliss, 1978), la gestion d'un stress (De Koninck & Koulack, 1975 ; Koulack, Prévost, & De Koninck, 1985), ou les besoins physiologiques (Bokert, 1968). Par exemple, la compensation a été observée dans une étude au cours de laquelle on a évalué l'impact de la soif sur le contenu des rêves (Bokert, 1968). On y a observé que les rêves des participants étant privés de liquide présentaient davantage d'éléments reliés à la soif que ceux d'un groupe contrôle n'étant pas privés de liquide. De plus, les participants ayant rapporté des rêves dans lesquels ils

buvaient et/ou mangeaient ont bu moins à l'éveil et se sont dits moins assoiffés que ceux n'ayant pas rêvé à de tels éléments. Ceci suggère donc que les rêves pourraient chercher à combler des besoins non satisfaits de l'éveil.

Des résultats similaires ont été obtenus dans une étude évaluant l'effet de trois types d'activités effectuées avant le coucher sur l'activité cognitive durant le sommeil, soit six heures d'exercices physiques, six heures d'étude ou six heures de relaxation (Hauri, 1970). Quinze hommes ont été invités à dormir quatre nuits non-consécutives en laboratoire, la première nuit en étant une d'adaptation, et les trois autres étant précédées d'une activité, chaque participant prenant part aux trois activités au cours de l'expérience. L'analyse du contenu des rêves rapportés lors des réveils en sommeil paradoxal a mis en lumière une moins grande quantité d'activité physique dans les rêves suivant la soirée d'exercice ainsi que moins de réflexion et de résolution de problèmes dans les rêves suivant la soirée d'étude. Par ailleurs, suite à la soirée d'étude, plus d'interactions sociales par personnage ont été observées dans les rêves recueillis en sommeil paradoxal. Si ces premières observations appuient la perspective de la compensation, il a néanmoins été observé que les rêves recueillis en sommeil non-paradoxal suite à la soirée d'étude avaient une teneur émotionnelle davantage négative, ce qui était en continuité avec l'humeur de l'éveil.

La compensation a également été observée dans une étude cherchant à évaluer l'impact d'un événement stressant sur le contenu du rêve et sur le niveau d'adaptation à l'éveil (De Koninck & Koulack, 1975). Seize étudiants universitaires furent invités à passer trois nuits consécutives en laboratoire. Le troisième soir, ils devaient visionner un film suscitant du stress avant le coucher, et des extraits sonores de ce film étaient

présentés à la moitié des participants durant les périodes de sommeil paradoxal, de manière à favoriser l'incorporation de ce matériel en rêve. De plus, tous les participants étaient réveillés durant les périodes de sommeil paradoxal afin qu'ils rapportent leurs rêves. Finalement, les participants visionnaient à nouveau le film le matin suivant la troisième nuit en laboratoire. Les résultats obtenus démontrèrent que les rêves des participants ayant été exposés au film ainsi qu'aux extraits sonores durant le sommeil paradoxal contenaient plus d'incorporations d'éléments du film que les rêves des participants ayant seulement visionné le film. Par ailleurs, les participants ayant démontré le plus d'anxiété en visionnant à nouveau le film le matin étaient ceux qui avaient présenté le plus d'incorporations dans leurs rêves. De Koninck et Koulack (1975) ont conclu que l'incorporation d'éléments stressants dans le rêve pouvait nuire à l'adaptation au stress, du moins à court terme.

En somme, certaines études suggèrent qu'il pourrait y avoir une relation compensatoire entre des caractéristiques de l'éveil et du rêve, ce qui semble aller à l'encontre des études menées dans la perspective de la maîtrise. Si les résultats divergents peuvent être attribués aux contextes qui varient d'une étude à l'autre, ou encore aux différentes caractéristiques qui sont étudiées, force est de reconnaître que la maîtrise et la compensation sont des concepts plus ou moins bien articulés, si bien qu'il est parfois difficile de les distinguer. Ainsi, certaines études qui appuient la perspective de la compensation pourraient aussi être interprétées dans une perspective de continuité. Par exemple, la présence d'eau dans les rêves de personnes privées de liquides (Bokert, 1968) peut suggérer qu'il y a un mécanisme compensatoire dans les rêves, mais cela peut

également refléter l'existence d'une continuité entre les préoccupations de l'éveil et le contenu des rêves.

Il est également possible que la maîtrise et la compensation soient des mécanismes complémentaires. Par exemple, il a été avancé que les mécanismes de maîtrise et de compensation pourraient être utilisés dans les rêves en alternance jusqu'à l'adaptation à la situation stressante (Wright & Koulack, 1987). Ainsi, une personne qui éviterait un élément suscitant du stress à l'éveil pourrait retrouver cet élément dans ses rêves, puis avoir par la suite des rêves d'évitement pour rétablir l'homéostasie (Wright & Koulack, 1987). La fonction du rêve, s'il en est une, pourrait donc être multidimensionnelle et divers processus pourraient être privilégiés en rêve, notamment en fonction du type de stress, de son intensité et de sa signification pour l'individu. Or, pour mieux comprendre ce phénomène, des études supplémentaires sont nécessaires. À cet égard, les études qui se penchent sur les stress de la vie réelle (et non sur les stress suscités par des manipulations en laboratoire) sont particulièrement intéressantes. En effet, elles impliquent des émotions vécues naturellement dans le quotidien, et elles sont donc susceptibles de mettre en oeuvre les mécanismes habituels du rêve. Dans cette perspective, la grossesse et le post-partum revêtent un intérêt particulier, car ils sont associés à des bouleversements majeurs. Dans la prochaine section, les caractéristiques particulières de ces deux périodes et leur utilité pour l'étude du rêve seront discutées.

Grossesse et Adaptation Psychologique

La grossesse est un événement qui bouleverse la vie d'une femme et qui entraîne chez-elle des changements majeurs. Au niveau physique, la femme voit son corps subitement métamorphosé et ses frontières corporelles transformées par la grossesse.

Pour plusieurs futures mères, ces changements constituent à eux seuls une préoccupation importante à laquelle elles doivent s'adapter (Johnson, Burrows, & Williamson, 2004 ; Jordan, Capdevila, & Johnson, 2005). La femme enceinte subit également de grands bouleversements au niveau psychologique. Dès l'annonce de la grossesse, elle peut s'attendre à voir divers aspects de sa vie changer radicalement, tels que son mode de vie, son statut social, ses relations interpersonnelles et sa perception de soi, surtout s'il s'agit d'une première grossesse (Precelle, 2004). Comme le remarque Nicolson (1999), la grossesse implique des gains, mais aussi, pour plusieurs femmes, un sentiment de perte, notamment du temps, de l'autonomie et de l'identité occupationnelle:

Having a baby is marked by a series of complex losses in their lives, alongside the gain of the baby and status as mother. Women are actively prevented from mourning their losses because of social constraint and the unconscious acceptance of those constraints. (p.175)

En plus de devoir s'ajuster à sa nouvelle réalité au quotidien, la femme enceinte doit également faire face à diverses incertitudes quant à son futur. Selon Maybruck (1989), les femmes enceintes rapportent fréquemment les craintes suivantes: peur que le bébé soit malade ou qu'il meure, peur d'être un parent inadéquat, crainte d'être abandonnée par son partenaire, peur d'un accouchement difficile, crainte de perdre le contrôle par rapport à son corps et à ses émotions et peur de vivre des difficultés financières.

En somme, la grossesse fait place à un étrange paradoxe, la joie et l'insécurité se côtoyant chez bon nombre de femmes (Choi, Henshaw, Baker, & Tree, 2005 ; Dagan, Lapidot & Eisenstein, 2001 ; Quéniart, 1988). Aussi, la fin de la grossesse et les premiers

temps suivant l'accouchement seraient associés à une détérioration de l'ajustement psychologique et social des femmes ainsi qu'à des symptômes accrus d'anxiété (Brouwers, van Baar, & Pop, 2001 ; Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004 ; Matthey, Barnett, Howie, & Kavanagh, 2003 ; O'Hara, Zekoski, Phillipps, & Wright, 1990 ; Ross, Gilbert Evans, Sellers, & Romach, 2003 ; Stuart, Couser, Schilder, O'Hara, & Gorman, 1998). Tel qu'il sera discuté dans la prochaine section, les femmes enceintes ou ayant récemment accouché seraient également à risque pour divers troubles psychologiques, tel qu'un trouble de l'humeur (Cantwell & Cox, 2003 ; Cox & Holden, 2003 ; Dayan, Andro, & Dugnat, 1999 ; O'Hara et al., 1990 ; Whiffen, 1992).

Blues et dépression du post-partum.

Le constat que certaines femmes développent des difficultés psychologiques suite à la naissance de leur enfant n'est pas récent. Déjà en 1858, dans son traité *De la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, Louis Victor Marcé admettait l'existence de problèmes psychologiques propres à cette population, en soutenant que deux types de troubles étaient observés chez les femmes ayant récemment accouché, soit ceux se développant de 8 à 10 jours suite à l'accouchement et ceux ne se développant que vers la cinquième ou sixième semaine. Il est plausible que Marcé (1858) décrivait ce que l'on qualifie aujourd'hui de *blues du post-partum* et de *dépression du post-partum* (DPP), problématiques possédant des traits communs, mais se distinguant par leur moment d'apparition et par leur intensité (Gotlib, Whiffen, Wallace, & Mount, 1991).

Ce que l'on appelle communément un blues du post-partum, un baby blues, ou encore un blues de la maternité est un syndrome bénin et assez fréquent qui toucherait

entre 50 % et 80 % des femmes dans les jours suivants la naissance (Cantwell & Cox, 2003). Le blues du post-partum est défini comme un syndrome dysphorique transitoire qui dure habituellement de 12 à 24 heures et qui survient typiquement entre le deuxième et le quatrième jour suivant l'accouchement. Il se caractérise principalement par la labilité thymique et par la présence de divers symptômes, dont les pleurs, l'insomnie, l'irritabilité, l'anxiété, la confusion et les troubles de la concentration (Burt & Hendrick, 2005 ; Dayan et al., 1999). Des dérèglements biochimiques survenant suite à l'accouchement seraient possiblement à l'origine de ce trouble transitoire (Beck & Driscoll, 2006).

Contrairement au blues du post-partum, la DPP est plus qu'un trouble bénin et passager, et elle toucherait environ 10 à 15 % des femmes (Boyce, 1994 ; Cox & Holden, 2003 ; O'Hara & Swain, 1996). Une récente méta-analyse fait toutefois état d'une prévalence de près de 20 % si l'on tient compte des cas de dépression mineure (Gavin, Gaynes, Lohr, Meltzer-Brody, Gartlehner, & Swinson, 2005). Alors que le blues du post-partum se présente dans la première semaine suite à l'accouchement et se résorbe en moins d'un mois, la DPP débiterait au-delà de deux semaines suite à l'accouchement et pourrait persister pour une période beaucoup plus importante (Burt, & Hendrick, 2005 ; Cox & Holden, 2003).

Parmi les symptômes de la DPP, on retrouve notamment une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt ou du plaisir pour les activités quotidiennes, l'irritabilité, la dévalorisation personnelle, la culpabilité excessive, les problèmes de concentration et les inquiétudes excessives par rapport à l'enfant. Les symptômes d'anxiété seraient

également très fréquents chez les femmes avec une DPP (American Psychiatric Association, 2000 ; Milgrom, Martin, & Negri, 1999).

Il n'existe pas de diagnostic distinct pour la DPP dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, mais depuis sa quatrième édition, on retrouve une spécification « avec début lors du post-partum », qui peut être jointe aux diagnostics de trouble psychotique bref et aux troubles de l'humeur (American Psychiatric Association, 1994). Néanmoins, cette spécification demeure contestée, et au cours des dernières années, plusieurs études ont remis en cause la spécificité de la DPP, d'une part en raison de ses grandes similitudes avec les dépressions vécues à d'autres périodes de la vie et, d'autre part, en raison des controverses quant à son moment d'apparition. Ainsi, bien que l'on ait observé que les femmes sont particulièrement à risque de présenter des symptômes dépressifs durant le post-partum, il n'y aurait pas de distinction claire entre la DPP et la dépression à d'autres périodes de la vie, les symptômes vécus dans la période du post-partum étant généralement similaires à ceux d'un épisode dépressif léger ou modéré (Evans, Heron, Francomb, Oke, & Golding, 2001 ; O'Hara et al., 1990 ; Whiffen, 1988 ; Whiffen & Gotlib, 1993). De plus, il a été observé que la DPP se développe souvent durant la période prénatale, ce qui discrédite l'utilisation du descriptif « avec début lors du post-partum » (Da Costa, Larouche, Dritsa, & Brender, 2000 ; Gotlib, Whiffen, Mount, Milne, & Cordy, 1989 ; Green & Murray, 1994 ; Josefsson, Berg, Nordin, & Sydsjö, 2001). À cet effet, certaines études ont observé que les symptômes dépressifs avaient tendance, tout comme l'anxiété, à atteindre leur niveau le plus élevé non pas durant le post-partum, mais bien en fin de grossesse (De Tychey et al., 2005 ; Evans et al., 2001 ; Heron et al., 2004).

Détection des troubles psychologiques durant la grossesse et le post-partum.

Le dépistage précoce des troubles psychologiques durant la grossesse et le post-partum s'avère primordial quand on tient compte des effets désastreux qu'ils ont non seulement pour la femme, mais également sur son enfant et sur ses proches. Par exemple, on a observé que deux semaines après leur naissance, les enfants nés de mères déprimées durant la période prénatale présentaient plus de comportements associés au stress et plus de pleurs que les enfants nés de mère non déprimées ou déprimées uniquement dans la période post-natale (Diego, Field, & Hernandez-Reif, 2005). Il a également été rapporté que l'anxiété prénatale avait un impact négatif sur le développement mental de l'enfant à deux ans (Brouwers et al., 2001), et qu'elle était associée à des difficultés comportementales et émotionnelles chez les enfants âgés de quatre ans (O'Connor, Heron, & Glover, 2002). La DPP aurait également un impact néfaste sur le fonctionnement social ainsi que sur le développement cognitif et émotionnel de l'enfant (Grace, Evindar, & Stewart, 2003 ; Murray & Cooper, 1997). Par exemple, la recherche a mis en évidence que les enfants de mères avec dépression durant le post-partum avaient tendance à présenter davantage d'émotions négatives et de moins bonnes compétences cognitives à deux mois (Whiffen & Gotlib, 1989), une plus grande fréquence d'attachements insécurisés et de comportements perturbateurs à 18 mois (Murray, 1996), ainsi qu'une plus grande fréquence de comportements perturbateurs, moins d'interactions sociales et un style cognitif associé à la dépression à 5 ans (Murray, 1996).

Récemment, bon nombre d'études ont suggéré que l'évaluation des symptômes dépressifs et anxieux des femmes devrait être encouragée et ce, tant durant la grossesse que dans les semaines suivant l'accouchement (Kim, Gordon, La Porte, Adams, Kuendig,

& Silver, 2008 ; Matthey et al., 2003 ; Ross et al., 2003). En effet, ces deux composantes seraient fréquemment vécues par les femmes durant la grossesse et le post-partum et elles seraient également intimement reliées (Stuart et al., 1998). Par ailleurs, bien que des symptômes dépressifs ou anxieux durant le post-partum ne soient pas systématiquement précédés par des symptômes similaires durant la grossesse, on estime qu'il serait possible de les détecter dès la grossesse dans une grande proportion des cas (Kim et al., 2008 ; Heron et al., 2004).

Malheureusement, malgré que l'on reconnaisse que les femmes enceintes ou ayant récemment accouché soient susceptibles de vivre une détresse importante, il semble que trop souvent, elles n'obtiennent pas les services d'évaluation et d'intervention nécessaires (Beck & Driscoll, 2006 ; Cox & Holden, 2003). Par exemple, la DPP serait sous-diagnostiquée, malgré que plusieurs facteurs de risque soient connus, tels qu'une humeur dépressive durant la grossesse (Da Costa et al., 2000), un style d'attachement craintif (Sherman Slate, 2004), des difficultés conjugales (Gotlib et al., 1991) ou l'exposition à des événements négatifs ou suscitant du stress (Swendsen & Mazure, 2000). Ce sous-diagnostic peut en partie être expliqué par la courte durée des rendez-vous médicaux, où l'attention est portée davantage sur l'enfant, ou encore à la difficulté de distinguer ce qui constitue une période d'adaptation normale et ce qui peut être problématique (Cox & Holden, 2003). Il est également possible que l'on attribue à tort à la grossesse certains symptômes somatiques (par ex., manque d'énergie, trouble de sommeil), alors qu'ils sont parfois directement reliés à une dépression (Burt, & Hendrick, 2005). Finalement, il se peut qu'en raison des normes sociales voulant que la grossesse

soit un événement heureux, les femmes aient tendance à minimiser, voire à nier leur détresse (Maybruck, 1986 ; Whiffen, 1992).

Afin d'en savoir davantage à propos de l'état psychologique des femmes durant la grossesse, certains chercheurs se sont intéressés à leurs rêves. On a notamment avancé que les rêves pourraient refléter des émotions ignorées ou refoulées à l'éveil (Maybruck, 1986 ; Stukane, 1994 ; Winget & Kapp, 1972), et même qu'ils permettraient d'identifier les femmes à risque de développer un DPP (Kron & Brosh, 2003). Dans la prochaine section, les principales études menées dans un contexte de grossesse seront présentées.

Grossesse et Rêves

Les rêves durant la grossesse suscitent l'intérêt des chercheurs depuis près de cinquante ans. Malheureusement, une grande partie des études menées à ce jour prennent la forme de rapports anecdotiques ou sont basées sur de très petits échantillons. Malgré tout, ces diverses études s'entendent généralement sur le fait que les rêves de la grossesse ont un contenu particulier. On a notamment observé que les rêves des femmes enceintes comprenaient de nombreuses références à la grossesse et à la maternité (Blake & Reimann, 1993 ; Dagan et al., 2001 ; Gillman, 1968 ; Jones, 1978 ; Krippner et al., 1974 ; Maybruck, 1986 ; Van de Castle & Kinder, 1968), ainsi que divers éléments négatifs, reflet possible de l'anxiété suscitée par la grossesse (Gillman, 1968 ; Jones, 1978 ; Maybruck, 1986). À cet égard, plusieurs chercheurs ont conclu que les rêves de la grossesse étaient particulièrement négatifs (par ex., Gillman, 1968 ; Van de Castle & Kinder, 1968 ; Sered & Abramovitch, 1992), mais peu ont systématiquement testé cette hypothèse à l'aide d'un groupe de femmes non enceintes. Parmi les études ayant employé un groupe de comparaison, certaines ont permis de confirmer le caractère plus négatif des

rêves de la grossesse (par ex., Gillman, 1968), alors que d'autres n'ont pas observé de telles différences (par ex., Dagan et al., 2001 ; Jones, 1978).

Parmi les études sur les rêves des femmes enceintes, deux études de plus grande envergure ont permis de mieux définir le contenu typique des rêves de la grossesse, soit les recherches doctorales de Cecilia Jones (1978) et de Patricia Maybruck (1986). À travers l'exploration du contenu manifeste des rêves de grossesse, Jones (1978) s'est intéressée aux aspects psychologiques émergeant dans les rêves de grossesse et à leur évolution au cours de cette période. Treize primipares furent invitées à compléter un journal de rêves durant trois périodes de deux semaines au cours de leur grossesse. Des analyses qualitatives des rêves recueillis ont fait ressortir 26 thèmes, dont quatre s'avérèrent particulièrement pertinents aux femmes enceintes : (1) les références à la grossesse, (2) les éléments d'architecture, (3) les agressions et les menaces environnementales et (4) les références au passé.

Afin de vérifier si ces quatre catégories se retrouvaient plus fréquemment dans les rêves de grossesse, Jones a comparé les rêves des femmes enceintes aux rêves de treize femmes non enceintes. Les analyses ont confirmé la présence plus marquée de représentations directes de la grossesse, de références au passé et d'éléments architecturaux endommagés (par ex., édifice démoli). Néanmoins, aucune différence ne fut observée en ce qui concerne la fréquence d'apparition d'éléments d'architecture, d'agressions et de menaces environnementales. Toutefois, les types d'agressions présentes dans les rêves des deux groupes différaient, et les agressions dans les rêves des femmes enceintes étant souvent de nature intrusive (par ex., entrée par infraction, invasions de parasites).

En somme, Jones a conclu que la grossesse est une période critique de la vie, qui requiert une adaptation et un nouveau degré de maturation. Dans cette perspective, les rêves reflèteraient les préoccupations reliées à cette période. Si les résultats de cette étude mettent en lumière d'importants thèmes qui ressortent des rêves de grossesse, le petit échantillon limite la confiance qui peut être donnée à ces résultats. De plus, la chercheuse a rapporté que parmi son groupe de comparaison, au moins cinq femmes (donc près de 40 % du groupe) désiraient tomber enceintes dans un avenir rapproché, ce qui a possiblement biaisé les résultats. Finalement, des mesures à propos de l'éveil n'ont pas été recueillies, bien que la chercheuse ait rencontré individuellement les participantes à la fin de chaque période et qu'elle ait discuté avec elles des difficultés rencontrées et des particularités de chaque trimestre.

Dans le cadre de sa thèse de doctorat, Maybruck (1986) a analysé les rêves de 67 femmes, soit 18 multipares et 49 primipares, recueillis durant les trois trimestres de la grossesse à l'aide de journaux de rêves. S'inspirant des catégories rapportées par Jones (1978), la chercheuse a identifié six thèmes pertinents à l'analyse des rêves de grossesse, soit la grossesse et les références à l'accouchement, les personnes significatives (par ex., conjoint, parents), les références au passé, les émotions, les agressions et les menaces environnementales, ainsi que les préoccupations de la vie éveillée.

Les résultats obtenus suggèrent que les femmes enceintes, primipares autant que multipares, vivent de l'anxiété non exprimée durant la grossesse, laquelle serait reflétée dans leurs rêves. Ainsi, Maybruck (1986) a observé que plusieurs participantes n'avaient pas d'inquiétudes, mais qu'elles rapportaient de nombreux cauchemars. Elle a également noté que les rêveuses exprimaient beaucoup de peur et de colère dans leurs

rêves. Aucune différence significative n'a été observée quant au contenu des rêves des primipares et des multipares.

En somme, les résultats de cette étude suggèrent que les rêves pourraient permettre d'en connaître davantage sur le vécu de la femme enceinte et ses préoccupations. Si cette étude présente de nombreuses qualités, telles qu'un important échantillon et des analyses qui tiennent compte du trimestre et du fait que la femme soit primipare ou multipare, il s'avère difficile de bien cerner l'impact réel de la grossesse sur l'activité onirique en raison de l'absence d'un groupe de comparaison et de mesures de l'humeur à l'éveil.

Finalement, quelques études plus récentes ont également permis d'en connaître davantage sur les rêves durant la grossesse. Par exemple, dans le cadre d'une étude menée auprès de femmes enceintes, de médecins de famille et d'infirmières, il a été rapporté que la majorité des femmes enceintes avait des rêves relatifs à la grossesse et que pour environ le quart des femmes, ces rêves suscitaient la peur (Blake & Reimann, 1993). D'après les chercheurs, les rêves seraient une source potentielle d'information à propos de l'état psychologique de la femme enceinte, et le fait d'en discuter offrirait une bonne occasion de rassurer les femmes enceintes et d'introduire des volets éducatifs. Malheureusement, cette étude est basée sur des informations recueillies de façon rétrospective, lors d'une entrevue ayant eu lieu entre la 7^e et la 42^e semaine de grossesse. Conséquemment, les femmes rencontrées en début de grossesse n'ont peut-être pas rapporté certains types de rêves qu'elles ont possiblement eus plus tard durant leur grossesse.

Plus récemment, Dagan, Lapidot et Eisenstein (2001) ont recueilli 121 rêves, notés par 10 femmes enceintes et 11 femmes non enceintes. Ils ont observé que les rêves des femmes enceintes comprenaient plus de références à la grossesse, à l'enfant et au corps de la femme, mais pas plus de références à la naissance et à la famille. Ils n'ont par ailleurs pas observé plus d'anxiété dans les rêves des femmes enceintes. Ces chercheurs ont conclu que les rêves, de par leur contenu associé à la grossesse et à la maternité, aidaient possiblement les femmes à se préparer à tous les changements suscités par la grossesse et l'arrivée d'un enfant.

En somme, si les recherches menées à ce jour ont identifié des thèmes particuliers aux rêves de la grossesse, nos connaissances demeurent relativement limitées en raison de diverses limites méthodologiques. Notamment, plusieurs de ces études n'avaient pas de groupe de comparaison, ont été effectuées de façon rétrospective, ou étaient fondées sur de très petits échantillons. D'autres ont effectué plusieurs dizaines de comparaisons, tout en maintenant le seuil de signification à .05, ce qui accroît de façon dramatique les risques d'erreur de type I. De plus, peu d'études ont tenu compte du trimestre dans lequel ont été rapportés les rêves, ce qui est pourtant essentiel à la lumière de certaines études, comme celle de Maybruck (1986), qui suggèrent des thèmes différents dans les rêves du premier au troisième trimestre. Par ailleurs, la plupart des études effectuées à ce jour sur l'activité onirique durant la grossesse ne comprenaient pas de mesures à propos des caractéristiques de l'éveil, tel que des renseignements à propos de l'humeur.

Finalement, au meilleur de nos connaissances, une seule étude s'est penchée sur le contenu des rêves du post-partum (Nielsen & Paquette, 2007). Cette étude s'est surtout intéressée aux rêves que les nouvelles mères ont à propos de leur bébé et qui sont

accompagnés d'activités motrices, verbales ou émotionnelles. Les chercheurs ont observé un nombre important de rêves où le nouveau-né était en danger, lesquels étaient fréquemment accompagnés de comportements associés au contenu du rêve (par ex., chercher le bébé dans le lit). Ces résultats offrent un appui à l'hypothèse que l'expérience de la maternité a un impact sur le contenu des rêves, mais d'autres études s'avèrent nécessaires pour mieux comprendre la nature des rêves durant le post-partum.

Dépression et rêves.

Malgré que plusieurs études se soient intéressées aux rêves durant la grossesse, il semble que la relation entre le contenu des rêves et les symptômes dépressifs durant la grossesse et le post-partum ait été très peu explorée à ce jour. Ceci est possiblement attribuable à la complexité de recruter suffisamment de participantes pour ce type d'étude. En effet, si environ 10 à 15 % des femmes rapportent des symptômes suggérant la présence d'une dépression, il s'avère donc nécessaire d'avoir un grand échantillon pour étudier ce phénomène. Or, la plupart des études effectuées à ce jour sur les rêves de grossesse comprennent peu de participants, plusieurs en comptant moins de vingt.

Au meilleur de nos connaissances, il n'y a à ce jour qu'une seule étude publiée qui s'est intéressée spécifiquement à la relation entre les symptômes dépressifs et le contenu des rêves durant la grossesse (Mancuso, De Vivo, Fanara, Settineri, Giacobbe, & Pizzo, 2008). On y a observé une relation positive entre les symptômes dépressifs et les rêves négatifs, chez 160 femmes durant leur troisième trimestre. Malheureusement, cette étude n'a employé que l'échelle de masochisme de Beck (1967) pour décrire les rêves, laquelle distingue les rêves *plaisants* des rêves *masochistes*, et aucune analyse plus poussée des thèmes négatifs des rêves n'a été effectuée.

En ce qui concerne le post-partum, Maybruck (1986) fut, au meilleur de nos connaissances, la première à suggérer qu'il y ait une relation de continuité entre les symptômes dépressifs et le contenu des rêves de cette période. Ainsi, elle avait constaté que certaines participantes présentant des symptômes dépressifs lors du post-partum avaient rapporté des rêves particulièrement négatifs suite à l'accouchement. Néanmoins, le protocole de cette étude n'ayant pas été développé de façon à explorer les rêves du post-partum, la chercheuse n'a pu qu'avancer certaines hypothèses et suggérer que les recherches futures s'intéressent à cet aspect.

Depuis, une seule publication s'est penchée systématiquement sur la relation entre la DPP et l'activité onirique, au meilleur de nos connaissances. Ainsi, il a récemment été suggéré que les rêves de la grossesse pourraient faciliter la détection précoce des femmes à risque de développer une DPP (Kron & Brosh, 2003). Dans le cadre de cette étude, les chercheurs ont obtenu, lors d'une entrevue au cours du troisième trimestre, un rêve pour chacune des 166 participantes. En mettant en relation le contenu de ces rêves de grossesse et les scores à l'Échelle de Dépression Post-Natale d'Édimbourg (EDPE) lors du post-partum, les chercheurs ont observé des différences significatives entre les femmes considérées non déprimées et celles considérées déprimées durant le post-partum. Ainsi, les femmes déprimées présentaient moins de rêves contenant des émotions négatives, de l'appréhension et des éléments masochistes (par ex., représentation négative de soi, échecs, attaques, abandons ; Beck, 1967). Cette observation a amené les chercheurs à avancer l'hypothèse suivante:

Women who do not later develop PPD do not repress the anxiety and apprehension which are aroused during pregnancy. They therefore do "emotional

work” which readies them for birth and for the transition to motherhood. Pregnant women who later develop PPD do not prepare themselves for what lies ahead and do not do “emotional work” during pregnancy. They repress their distress, their uneasiness, and the emotions that trouble them. (pp.77-78).

Les résultats rapportés par Kron et Brosh (2003) suggèrent donc que les femmes prédisposées à développer une DPP se distinguent des femmes non à risque de par le contenu de leurs rêves et ce, dès la grossesse. Par le fait même, cette étude soutient donc que les rêves peuvent avoir une utilité, à savoir la gestion de l’anxiété dans le contexte de la grossesse.

Cette étude, bien que fort innovatrice, présente des faiblesses qui remettent en doute de la valeur des résultats. Par exemple, elle ne comprenait aucun journal de rêves et un seul rêve issu de la grossesse était recueilli de façon rétrospective au troisième trimestre. Ainsi, cette méthode de collecte de rêves permettait aux participantes de choisir le rêve qu’elles voulaient rapporter, ce qui a possiblement nui à l’obtention d’un échantillon représentatif de rêves de grossesse. Par exemple, on pourrait avancer que certaines femmes déjà déprimées pendant la grossesse n’ont pas voulu s’exposer davantage à des émotions négatives, et qu’elles ont donc évité de rapporter un rêve désagréable. Finalement, si certains rêves de grossesse contenaient des éléments susceptibles de favoriser la détection précoce de la DPP, il aurait été également intéressant d’évaluer si une dépression était déjà présente dès la grossesse.

En plus de ces recherches, certaines études menées auprès de personnes souffrant de dépression à d’autres périodes de la vie ont permis d’approfondir nos connaissances à propos de la relation entre la dépression et le rêve. Ces études se divisent en deux

catégories principales en ce qui a trait aux résultats. D'une part, une série d'études soutient la perspective de la continuité entre l'éveil et le rêve et suggère que les rêves des personnes souffrant de dépression présenteraient un contenu particulièrement négatif (Beck & Hurvich, 1959 ; Beck & Ward, 1961 ; Hauri, 1976 ; Kramer et al., 1965 ; Schredl & Engelhardt, 2001 ; Trenholme et al., 1984). D'autre part, certaines études adoptent une position contraire, soit que les rêves présentent un contenu qui s'oppose aux caractéristiques de la vie éveillée chez les personnes déprimées. D'après ces études, les rêves durant la dépression auraient plutôt tendance à être courts et neutres au niveau émotionnel (Barrett & Loeffler, 1992 ; Beauchemin & Hays, 1996 ; Langs, 1966 ; Miller, 1969).

La principale hypothèse pour expliquer la divergence des résultats de ces études se situe au niveau de la symptomatologie des participants. Ainsi, les études ayant observé des rêves particulièrement déplaisants ont été généralement complétées auprès de participants qui avaient une dépression légère ou modérée, qui suivaient une thérapie ou qui étaient en rémission d'une dépression (par ex., Beck & Hurvich, 1959 ; Beck & Ward, 1961 ; Hauri, 1976 ; Kramer et al., 1965 ; Trenholme et al., 1984). À l'opposé, les rêves plutôt neutres au niveau émotionnel ont été généralement obtenus auprès d'échantillons de personnes ayant une dépression sévère, souvent avec des caractéristiques psychotiques (par ex., Beauchemin & Hays, 1996 ; Langs, 1966 ; Miller, 1969). Or, des symptômes dits *négatifs* (par ex., émoussement affectif, réduction de l'expression émotionnelle) sont parfois observés dans des cas de dépression sévère en milieu psychiatrique, ou encore dans des cas de dépression avec caractéristiques psychotiques (Chaturvedi & Sarmukaddam, 1986 ; Müller, Szegedi, Wetzell, & Benkert,

2001 ; Sax, Strakowski, Keck, Upadhyaya, West, & McElroy, 1996 ; Toomey, Faraone, Simpson, & Tsuang, 1998). Conséquemment, les rêves à teneur émotionnelle limitée pourraient possiblement être en continuité avec l'expérience de l'éveil.

À la lumière des études qui suggèrent que les épisodes de dépression de la grossesse et du post-partum sont généralement légers ou modérés, il semble plausible que les femmes déprimées durant ces périodes rapportent des rêves particulièrement négatifs, en continuité avec leur expérience émotionnelle à l'éveil, contrairement à ce qui a été rapporté précédemment (Kron & Brosh, 2003).

Anxiété et rêves.

Au meilleur de nos connaissances, une seule étude s'est intéressée à la relation entre l'anxiété de l'éveil et le contenu des rêves de la grossesse (Mancuso et al., 2008), et aucune recherche équivalente n'a été menée à propos des rêves post-partum. Dans leur étude sur les rêves du troisième trimestre, Mancuso et al. (2008) n'ont trouvé aucune différence significative entre les femmes anxieuses et les femmes non anxieuses en ce qui a trait à la présence de rêves négatifs. Malheureusement, seule l'échelle de masochisme de Beck (1967) a été employée pour coder les rêves, et nous avons donc peu de détails quant au contenu spécifique des rêves. Par ailleurs, il y a eu relativement peu d'études à propos de la relation entre le contenu des rêves et l'anxiété dans d'autres contextes de la vie, mais ces dernières suggèrent généralement que l'anxiété peut se transposer dans les rêves. Par exemple, Gentil et Lader (1978) ont observé que les personnes avec une anxiété pathologique rapportaient moins de succès et plus d'échecs, ainsi que moins d'interactions amicales et plus d'interactions agressives dans leurs rêves, comparativement à des individus avec une anxiété considérée normale. Pesant et Zadra

(2006) sont arrivés à des conclusions similaires suite à l'observation d'une corrélation positive entre le score de trait d'anxiété de l'Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété de Spielberger et le contenu négatif des rêves, notamment au niveau du taux d'interactions agressives. King et DeCicco (2007) ont également rapporté qu'il y avait une relation positive entre le niveau d'anxiété à l'éveil (selon le Profile of Mood States Scale Short Form) et l'expression de colère dans les rêves. Il existe finalement une littérature importante qui suggère une relation positive entre la fréquence des cauchemars et l'anxiété (Levin & Nielsen, 2007). En somme, si ces différentes études suggèrent qu'il y a une relation de continuité entre l'anxiété et le contenu négatif des rêves, des études additionnelles dans un contexte de grossesse et de post-partum sont nécessaires afin d'évaluer si ce phénomène s'applique aussi dans cette période de la vie.

Les Rêves durant la Grossesse et le Post-Partum : Une Intégration

Les recherches effectuées à ce jour à propos des rêves suggèrent que ces derniers reflètent divers éléments de la vie éveillée, et particulièrement les émotions vécues à l'éveil (Domhoff, 2003 ; Hartmann, 1998). La grossesse et le post-partum s'avèrent particulièrement pertinents pour poursuivre l'exploration de ce phénomène puisque ce sont des périodes qui génèrent des bouleversements importants chez les femmes qui les traversent. De fait, la majorité des études menées à propos des rêves de grossesse ont suggéré qu'en continuité avec l'éveil, les rêves reflétaient les préoccupations de la future mère ainsi que divers éléments reliés à la grossesse. Malheureusement, ces études n'ont pas toujours bien détaillé quelles étaient les références à la grossesse observées en rêve, et peu d'entre elles comprenaient un groupe de comparaison, ce qui est pourtant essentiel pour conclure que ces références sont bel et bien spécifiques aux femmes enceintes. De

plus, au meilleur de nos connaissances, aucune étude n'a documenté la présence des diverses références à la grossesse et à la maternité dans les rêves du post-partum. D'autre part, il reste à clarifier si les rêves de la grossesse ont bel et bien une teneur négative accrue, comme l'a notamment suggéré Gillman (1968).

Finalement, nous en savons toujours très peu par rapport à la relation entre les symptômes dépressifs et anxieux et le contenu des rêves. Ceci est d'autant plus vrai dans le contexte de la grossesse et du post-partum, où ce sujet a été presque totalement ignoré des chercheurs. Par ailleurs, il serait intéressant d'évaluer si les rêves sont assez sensibles à l'expérience émotionnelle de l'éveil pour refléter toute variation significative de celle-ci d'une période à une autre, comme cela a déjà été suggéré par Pesant et Zadra (2006).

Somme toute, cette étude, qui s'inscrit dans la perspective de la continuité, vise à améliorer significativement nos connaissances par rapport à la relation entre la vie éveillée et l'expérience du rêve. Elle cherche à combler certaines lacunes des études précédentes pour ainsi mieux cibler l'ampleur et les modalités d'expression onirique de cette relation. Bien qu'elle ne permettra pas de tester les fonctions adaptatives du rêve, elle fournira des bases solides pour des études subséquentes à propos du rôle potentiel du rêve dans des contextes de détresse psychologique ou dans des situations suscitant du stress. Les objectifs de cette étude sont donc les suivants:

- Évaluer dans quelle mesure et de quelle façon l'expérience de la grossesse et de la maternité se reflète dans le contenu des rêves du deuxième trimestre, du troisième trimestre et du mois suivant l'accouchement.

- Étudier la relation entre les symptômes dépressifs et anxieux de l'éveil rapportés lors du deuxième trimestre, du troisième trimestre et du post-partum, et le contenu négatif des rêves de ces périodes.

Hypothèses et Prédictions

Hypothèse 1 : L'expérience de la grossesse et de la maternité se reflètera dans le contenu des rêves.

- *Prédiction 1a* : Comparativement aux rêves des femmes non enceintes, une plus grande proportion des rêves rapportés par les femmes enceintes durant le deuxième trimestre, le troisième trimestre et le mois suivant l'accouchement contiendront des références directes à la grossesse et à la maternité.

- *Prédiction 1b* : Le contenu des rêves reflètera les caractéristiques et les préoccupations spécifiques aux périodes prénatale et post-natale.

Comparativement aux rêves de la période post-natale, une plus grande proportion des rêves de la grossesse présenteront les éléments suivants : être enceinte, référence au fœtus, référence médicale, référence à l'accouchement. Quant aux rêves du post-partum, une plus grande proportion d'entre eux contiendront les éléments suivants : être mère, présence du bébé, prendre soin du bébé.

Hypothèse 2 : La grossesse et la maternité étant reconnues comme des périodes de bouleversements et de vulnérabilité d'un point de vue psychologique, les rêves des femmes enceintes auront un contenu plus négatif que ceux des femmes non enceintes.

- *Prédiction 2* : Les femmes enceintes présenteront une plus grande proportion d'éléments négatifs (interactions agressives, échecs, malchances, émotions

négatives) dans leurs récits de rêves et elles décriront les émotions négatives de leurs rêves comme étant plus intenses et ce, à chacun des trois temps de l'étude.

Hypothèse 3 : Durant la grossesse et le post-partum, les femmes présentant des symptômes dépressifs et anxieux modérés à élevés auront des rêves qui reflèteront leur état.

- *Prédiction 3a* : Les femmes déprimées, comparativement aux femmes non déprimées, présenteront une plus grande proportion d'éléments négatifs (interactions agressives, échecs, malchances, émotions négatives, danger pour le bébé) dans leurs récits de rêves et elles décriront les émotions négatives de leurs rêves comme étant plus intenses.
- *Prédiction 3b* : Les femmes anxieuses, comparativement aux femmes non anxieuses, présenteront une plus grande proportion d'éléments négatifs (interactions agressives, échecs, malchances, émotions négatives, danger pour le bébé) dans leurs récits de rêves et elles décriront les émotions négatives de leurs rêves comme étant plus intenses.
- *Prédiction 3c* : Le contenu des rêves reflétera toute fluctuation significative des symptômes dépressifs et anxieux d'une période à l'autre de l'étude. Une augmentation des symptômes dépressifs et anxieux de l'éveil à l'un ou l'autre des temps de l'étude se traduira donc par une proportion plus élevée d'éléments négatifs et une intensité accrue des émotions négatives dans les rêves, tandis qu'une diminution des symptômes dépressifs et anxieux sera associée à une plus faible proportion d'éléments négatifs et à une réduction de l'intensité des émotions négatives dans les rêves.

Méthode

Recrutement

Il a été évalué qu'un échantillon d'environ 140 femmes enceintes était nécessaire à cette étude. On considère généralement qu'une centaine de participants permettent d'assurer une bonne puissance statistique dans la plupart des études sur les rêves ; par exemple, avec un sous-échantillon de cette taille, on réussit à reproduire de façon très satisfaisante les normes de rêves d'un plus grand échantillon (Domhoff, 1996). Par ailleurs, en tenant compte des recherches se rapprochant de la présente étude, lesquelles rapportaient des effets de taille petite à moyenne (par ex., Kron & Brosh, 2003 ; Maybruck, 1986 ; Stepansky et al., 1998), il a été évalué qu'un échantillon de 140 participantes serait adéquat pour effectuer nos principales analyses, tout en maintenant une puissance adéquate de 0.80, avec un niveau de signification de $\alpha = .05$ (Cohen, 1992; Faul & Erdfelder, 1992 ; Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007). Étant donné qu'il n'est pas rare que le taux d'abandon s'élève à près de 30 % dans certaines études en psychologie (McKnight, McKnight, Sidani, & Figueredo, 2007), notre objectif était donc de recruter 180 femmes enceintes.

Afin de faciliter le recrutement de femmes enceintes, diverses stratégies ont été employées. Des affiches (Annexe 1) décrivant brièvement le projet et invitant les femmes enceintes à prendre part à l'étude ont été placées dans divers endroits susceptibles d'être visités par ces dernières (par ex., hôpitaux, cliniques médicales, CLSC, maisons de la famille). Par ailleurs, des feuillets d'information à propos de l'étude (Annexe 2) ont été distribués dans des cours prénataux offerts par le Centre de Santé et de Services Sociaux de Gatineau (CSSSG) ainsi que dans diverses activités s'adressant aux femmes enceintes

(par ex., cours d'aqua-forme). La collaboration avec des professionnels de la santé œuvrant auprès de cette population ainsi que le bouche à oreille dans l'entourage de la chercheuse et de ses collègues ont aussi permis de faire connaître le projet aux participantes potentielles. Finalement, la publicité de l'étude a été affichée sur des babillards électroniques canadiens s'adressant aux femmes enceintes.

Les femmes enceintes furent invitées à s'impliquer dans l'étude à partir du deuxième trimestre de leur grossesse et ce, jusqu'à environ un mois suite à la naissance de leur enfant. Cette limitation a été retenue pour des raisons pratiques, principalement pour réduire la durée de l'étude afin qu'elle ne soit pas trop exigeante, et parce que le recrutement se faisait dans certains contextes où les femmes avaient déjà entamé le deuxième trimestre de leur grossesse (par ex., cours prénataux).

Seules les femmes enceintes âgées de 20 à 34 ans ont été retenues étant donné que les grossesses ayant lieu à l'extérieur de ce groupe d'âge sont considérées davantage à risque pour diverses complications (Ananth, Liu, Kinzler, & Kramer, 2005 ; Croen & Shaw, 1995 ; Prysak & Kisly, 1997). Ceci n'a certainement pas nui de façon importante au recrutement, plus de 75 % des grossesses ayant lieu entre 20 et 34 ans, selon les statistiques canadiennes les plus récentes (Statistique Canada, 2005). Les participantes devaient être francophones étant donné que l'entrevue initiale était menée par une chercheuse francophone et que nous voulions nous assurer que toutes les participantes reçoivent des explications d'une qualité équivalente.

Dans la sélection des participantes, certains critères d'exclusion ont été retenus puisqu'ils étaient susceptibles d'affecter le contenu des rêves (Domhoff, 1996, 2003) :

- Rapporter un trouble psychotique ou bipolaire, un état de stress post-traumatique, des cauchemars récurrents ou des terreurs nocturnes.
- Suivre ou avoir suivi un traitement pharmacologique (par ex., antidépresseurs) dans les huit dernières semaines.
- Rapporter un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues.
- Avoir vécu, au cours de la dernière année, un incident majeur ayant sérieusement bouleversé le quotidien et ayant, selon la personne, un impact important sur son bien-être psychologique (p. ex., décès du conjoint).

De plus, les femmes étant enceintes d'un enfant souffrant d'une malformation ou d'une maladie détectée ou étant considérées à haut risque pour des complications durant la grossesse ou l'accouchement étaient exclues.

Participant

Femmes enceintes.

Au cours de la période de recrutement, 180 femmes enceintes de 23 semaines ou moins et âgées entre 20 et 34 ans ont communiqué avec l'équipe de recherche afin de prendre part à l'étude. Parmi celles-ci, 166 femmes (92 %) ont consenti à participer à l'étude (voir Annexe 3 – Formulaire de consentement) et ont complété l'entrevue initiale avec la chercheuse. Des 14 personnes ayant abandonné l'étude avant de faire cette première entrevue, 4 personnes se sont désistées parce qu'elles avaient fait une fausse-couche, 1 personne a décidé de ne pas participer en raison de problèmes de santé, et 9 personnes n'ont pas donné d'explications quant aux raisons de leur désistement.

Toutes les 166 participantes ayant complété l'entrevue téléphonique se sont avérées éligibles pour prendre part à l'étude. Parmi celles-ci, 143 femmes (86 %) ont

complété les questionnaires pour au moins un temps de l'étude, et 103 femmes (62 %) ont complété les questionnaires des trois temps. Parmi les 23 participantes qui n'ont retourné aucun questionnaire, 1 participante a fait une fausse-couche, 1 participante a perdu ses questionnaires, 1 participante a indiqué qu'elle ne désirait plus prendre part à l'étude et 20 participantes n'ont fourni aucune explication.

Des comparaisons entre les 143 femmes ayant complété l'étude et les 23 femmes n'ayant retourné aucun questionnaire ont été menées sur les diverses variables démographiques et relatives à la santé obtenues lors de l'entrevue initiale (par ex., âge, scolarité, fréquence de rappel de rêves, antécédent de dépression ou d'anxiété, antécédent de fausse-couche, qualité des relations avec le conjoint et la famille, être primipare ou multipare). Des analyses à l'aide de tests *t*, de tests de Mann-Whitney et de tests du chi-carré n'ont démontré aucune différence significative entre les femmes ayant complété l'étude et celles ayant abandonné dès le départ.

L'échantillon final de femmes enceintes comprend donc 143 participantes, âgées de 28 ans en moyenne (É.T.= 3.46). Parmi celles-ci, 81 participantes (57 %) sont primipares, tandis que 62 participantes (43 %) sont multipares. Les détails démographiques des participantes sont présentés à l'Annexe 4.

Femmes non enceintes.

Un échantillon de femmes non enceintes a été inclus à cette étude pour mieux cerner l'impact de la grossesse et de la maternité sur le contenu des rêves et sur la teneur émotionnelle de ces derniers (hypothèses 1 et 2). Les rêves ainsi que les renseignements généraux des femmes non enceintes qui forment le groupe de comparaison ont été obtenus dans le cadre d'une étude normative approuvée par le comité d'éthique à la

recherche de l'Université d'Ottawa (CÉRUO) et ayant cours au laboratoire de sommeil de l'Université d'Ottawa. Sa méthodologie est très similaire à la nôtre et toutes les participantes ont accepté que leurs données soient utilisées dans des études ultérieures. Pour qu'elles soient éligibles à la présente étude, les participantes devaient être âgées entre 20 et 34 ans, ne pas suivre un traitement pharmacologique, et ne pas rapporter d'événement majeur ayant sérieusement bouleversé leur quotidien au cours de la dernière année (par ex., décès d'un proche). Par ailleurs, si elles avaient des enfants, ces derniers devaient être âgés d'au moins un an. Les participantes pouvaient être francophones ou anglophones étant donné que les questionnaires de l'étude normative étaient disponibles dans les deux langues.

Le groupe de comparaison est composé de 125 participantes non enceintes, âgées en moyenne de 26 ans ($\bar{X}$.T. = 4.85). Parmi celles-ci, 64 (51 %) sont francophones et 61 (49 %) sont anglophones. Seize participantes (13 %) ont des enfants. Soixante dix-huit participantes sont en couple (62 %). Les données démographiques détaillées se trouvent à l'Annexe 4.

Des analyses ont été effectuées afin d'évaluer le degré de similarité des femmes non enceintes et des femmes enceintes quant à leurs caractéristiques démographiques. Certaines différences ont été observées entre les deux groupes (voir l'Annexe 4 pour les détails). Tout d'abord, les femmes non enceintes sont légèrement plus jeunes ($M = 25.72$, $\bar{E}. T. = 4.85$) que les femmes enceintes ($M = 28.13$, $\bar{E}. T. = 3.46$), $t = 4.708$, $df = 220$, $p < .001$. Cette différence, bien que significative, demeure toutefois minime et il n'y a aucune évidence que cela puisse être un obstacle pour les analyses de cette étude. Sans grande surprise, une plus grande proportion des femmes non enceintes n'ont pas d'enfant,

$\chi^2(1) = 30.182, p < .001$, et sont célibataires, $\chi^2(1) = 61.77, p < .001$. Par ailleurs, les femmes du groupe de comparaison ont rapporté un niveau de scolarité moindre, $\chi^2(2) = 10.52, p = .005$. Cela semble être dû au fait que parmi les femmes non enceintes, plusieurs complétaient des études universitaires au moment de participer à l'étude, et elles n'avaient donc pas encore obtenu leur diplôme. Finalement, les femmes enceintes ont rapporté se rappeler plus fréquemment leurs rêves, comparativement aux femmes non enceintes, $\chi^2(5) = 24.685, p < .001$. Ceci concorde bien avec la littérature, qui suggère un rappel de rêves accru durant la grossesse, possiblement en raison d'une plus grande fragmentation du sommeil (Hedman, Pohjasvaara, Tolonen, Suhonen-Malm, & Myllylä, 2002 ; Maybruck, 1990 ; Moorcroft, 2003). Néanmoins, aucune différence n'a été observée quant à la fréquence de rappel de cauchemars.

Instruments de Mesure

Les participantes enceintes devaient compléter des questionnaires de renseignements généraux, deux questionnaires à propos des symptômes dépressifs et anxieux, ainsi qu'un journal de rêves et un questionnaire sur les émotions de leurs rêves. Ces questionnaires sont décrits plus loin.

Les femmes non enceintes, quant à elles, devaient compléter un questionnaire de renseignements généraux très similaire à celui des femmes non enceintes, et qui comprenait des questions sur les caractéristiques démographiques, les habitudes de sommeil, la prise de médicaments et la présence d'événements particulièrement stressants ou éprouvants au cours de la dernière année. Les objectifs de l'étude normative d'où sont tirées ces données étant différents de ceux de la présente étude, aucune question ne faisait spécifiquement référence aux antécédents dépressifs et anxieux. Par ailleurs, les femmes

non enceintes n'ont pas complété de questionnaires à propos de leurs symptômes dépressifs et anxieux à l'éveil. Finalement, le journal de rêves et le questionnaire sur les émotions du rêve complétés par le groupe de comparaison étaient identiques à ceux des femmes enceintes.

Renseignements généraux.

Questionnaire de renseignements généraux.

Ce questionnaire est basé sur un formulaire employé dans l'étude normative dont sont issues les données de comparaison. Il fournit divers renseignements sur le statut socio-démographique et linguistique, le style de vie, les habitudes de sommeil, le rappel de rêves et la fréquence des cauchemars. Il a aussi permis d'obtenir des informations relatives à certains critères d'exclusion (par ex., expériences éprouvantes). Ce questionnaire est disponible à l'Annexe 5.

Questionnaire de santé générale.

Ce questionnaire permet de recueillir des renseignements à propos de la santé des participantes et il fut utilisé pour obtenir des informations relatives à certains critères d'exclusion. Il a été créé pour les besoins spécifiques de l'étude en tenant compte de divers problèmes de santé susceptibles de nuire au sommeil ou d'affecter le contenu des rêves de grossesse. Il comprend une série de questions concernant la présence ou non de divers problèmes médicaux et de troubles psychologiques, les habitudes de consommation de médicaments, de cigarettes, d'alcool et de drogues, ainsi que diverses questions sur le déroulement de la grossesse. Le questionnaire de santé générale est présenté à l'Annexe 6.

Questionnaire de suivi post-natal.

Ce questionnaire fournit des renseignements sur le déroulement de l'accouchement, les complications, l'expérience émotionnelle de la mère ainsi que l'état de santé de l'enfant. Les questions, qui ont été inspirées de questionnaires employés dans des études antérieures (Da Costa, Brender, & Larouche, 1995 ; Jones, 1978 ; Maybruck, 1986), ont permis d'obtenir des renseignements concrets sur l'accouchement, mais aussi des données sur l'expérience subjective des femmes par rapport à l'accouchement et l'arrivée de l'enfant dans leur quotidien. Le questionnaire de suivi post-natal est disponible à l'Annexe 7.

Questionnaires sur les symptômes dépressifs et anxieux.

Les symptômes dépressifs et anxieux constituent les variables indépendantes de cette étude. Ils ont été mesurés avec l'Échelle de Dépression Post-natale d'Édimbourg (EDPE ; Cox & Holden, 2003 ; Guedeney & Fermanian, 1998) et l'Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété – Forme Y (IASTA-Y ; Gauthier & Bouchard, 1993 ; Spielberger, 1983).

Échelle de Dépression Post-natale d'Édimbourg

L'EDPE (Cox & Holden, 2003) est un questionnaire auto-administré de 10 items, conçu pour faciliter la détection de la DPP dans la communauté. Traduit en plus de vingt langues, il est largement utilisé en clinique et en recherche. L'EDPE est considéré supérieur à diverses échelles de dépression, notamment parce qu'il ne comprend pas d'items somatiques qui pourraient être endossés en raison des changements et des inconforts physiques normaux de la grossesse et du post-partum (Cox & Holden, 2003). Il possède une sensibilité et une spécificité élevées pour identifier les femmes

susceptibles d'avoir une DPP, selon les critères du DSM-IV (Berle, Aare, Mykletun, Dahl, & Holsten, 2003 ; Cox & Holden, 2003). L'EDPE est également validé pour une utilisation prénatale (Murray & Cox, 1990). Simple à utiliser, les répondantes doivent indiquer pour chaque item, à l'aide d'un des quatre énoncés, à quel point elles ont ressenti le symptôme décrit au cours des sept derniers jours. Chaque item se voit assigner un score de 0 (absence du symptôme) à 3 (présence accrue du symptôme) et la somme de ces scores permet d'obtenir un résultat global variant entre 0 et 30.

L'EDPE se veut un instrument facilitant la détection précoce de la dépression. Dans sa version originale anglaise, on estime qu'un score de 13 ou plus serait le seuil idéal pour favoriser la détection de la dépression majeure durant le post-partum (Matthey, Henshaw, Elliott, & Barnett, 2006). Néanmoins, un score de 10 ou plus serait à privilégier afin d'accroître la sensibilité de l'instrument, ou pour inclure la dépression mineure (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987 ; Cox & Holden, 2003). Durant la période prénatale, le seuil critique à privilégier serait plus élevé ; ainsi, un score de 15 ou plus permettrait d'identifier adéquatement les femmes à risque de dépression majeure, tandis qu'un score de 13 ou plus serait optimal pour détecter les dépressions à la fois mineures et majeures (Murray & Cox, 1990). Comme le soulignent Matthey et al. (2006), il est possible que cette différence entre le seuil prénatal et post-natal soit attribuable au fait que, durant la grossesse, les femmes sont susceptibles d'être incommodées par diverses préoccupations, sans toutefois que cela résulte en un trouble de l'humeur (par ex., fausse-couche antérieure, craintes par rapport à l'accouchement, inquiétudes quant à la santé du bébé).

L'EDPE a été traduit en français et validé auprès de 87 femmes par Guedeney et Fermanian (1998). Les chercheurs ont conclu que l'EDPE est un bon outil de détection de la dépression mineure ou majeure, avec une bonne sensibilité (0.80) et une haute spécificité (0.92) lorsque le seuil critique est fixé à 11. Ils ont observé que la version française de l'EDPE possède des propriétés psychométriques satisfaisantes, dont une bonne validité convergente avec le General Health Questionnaire et le Center Epidemiological Scale-Depression, deux instruments qui mesurent également les symptômes dépressifs. De plus, la traduction française présente une bonne consistance interne (Alpha de Cronbach : 0.76) et une bonne fidélité test-retest à court terme (0.98). Selon Guedeney et Fermanian (1998), ce questionnaire aurait aussi une bonne validité de critère en tant qu'index de sévérité et d'intensité de la dépression post-partum. Finalement, la version française de l'EDPE a également été validée pour une utilisation prénatale. Les propriétés psychométriques se sont avérées tout aussi satisfaites, et il a été suggéré qu'un score de 12 et plus serait optimal pour détecter les femmes à risque de souffrir d'un épisode dépressif durant la grossesse (Adouard, Glangeaud-Freudenthal, & Golse, 2005).

Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété – Forme Y.

L'IASTA-Y (Spielberger, 1983) est un questionnaire auto-administré conçu pour mesurer deux composantes d'anxiété distinctes, mais inter-reliées, soit l'anxiété situationnelle et le trait d'anxiété (Spielberger, 1988). L'anxiété situationnelle est décrite comme un état émotionnel transitoire, caractérisé par un sentiment subjectif et conscient de tension, d'appréhension, de nervosité et d'inquiétude ainsi que par une activité élevée du système nerveux autonome. Le trait d'anxiété, quant à lui, fait référence aux

différences individuelles assez stables dans la tendance à percevoir les situations stressantes comme étant dangereuses ou menaçantes pour soi et à répondre à ces situations par une élévation de l'anxiété situationnelle (Gauthier & Bouchard, 1993; Spielberger, 1988).

L'IASTA-Y comprend deux parties de 20 items chacune, qui mesurent respectivement l'anxiété situationnelle et le trait d'anxiété. Dans la première partie, l'individu doit indiquer à quel point il ressent présentement chacun des symptômes à l'aide d'un des quatre choix de réponse (*pas du tout, un peu, modérément, beaucoup*), alors que dans la deuxième partie, il doit indiquer à quel point il les ressent de façon générale. Chaque item reçoit un score de 1 à 4, et la somme de ces scores permet d'obtenir un résultat global pour chaque échelle variant entre 20 et 80. Un score de 20 à 39 suggère une faible anxiété, un score de 40 à 59 suggère une anxiété modérée, et un score de 60 à 80 est indicateur d'une anxiété élevée (Gauthier & Bouchard, 1993 ; Spielberger, 1983).

L'IASTA-Y est traduit en plus de 40 langues et il est largement utilisé en recherche et en clinique (Lam, Michalak, & Swinson, 2005). Il a été utilisé auprès de diverses populations, dont les femmes enceintes (par ex., Brouwers et al. 2001 ; Da Costa et al., 2000 ; Grant, McMahon, & Austin 2008 ; Heron et al., 2004 ; Hundley, Gurney, Graham, & Rennie, 1998). Ce questionnaire présente de bonnes propriétés psychométriques. Notamment, il possède une bonne validité de construit (Spielberger, 1983) et il démontre de bonnes corrélations avec d'autres mesures d'anxiété, tels que le Manifest Anxiety Scale et le Anxiety Scale Questionnaire, tout en ayant l'avantage d'être moins contaminé par des items mesurant la dépression (Spielberger, 1988 ; Spielberger,

Reheiser, Owen, & Sydeman, 2004). Néanmoins, comme pour la majorité des échelles d'anxiété, il a été rapporté que l'échelle du trait d'anxiété aurait tendance à mesurer à la fois des construits d'anxiété et de dépression (Bieling, Antony, & Swinson, 1998), ce qui serait possiblement attribuable à un chevauchement de l'anxiété et de la dépression au niveau de certains symptômes (Bieling et al., 1998 ; Lovibond & Lovibond, 1995). Par ailleurs, les coefficients de fidélité test-retest seraient élevés pour le trait d'anxiété, mais peu élevés pour l'anxiété situationnelle (Spielberger et al., 2004). Ceci est attendu et est souhaitable étant donné que cette dernière échelle concerne un état transitoire et non un trait stable.

L'IASTA-Y a été validé auprès d'une population de femmes enceintes, et ses propriétés psychométriques se sont avérées satisfaisantes (Grant et al., 2008). Il a été déterminé qu'un score de 40 ou plus était optimal pour détecter les femmes qui rencontrent les critères diagnostiques du DSM-IV pour un trouble anxieux.

L'IASTA-Y a été traduit et validé lors d'une série d'études auprès d'une population canadienne-française (Gauthier & Bouchard, 1993). Les analyses ont confirmé que les qualités psychométriques de la traduction française sont comparables à celles de la version originale anglaise (Gauthier & Bouchard, 1993).

Mesures du rêve.

Les composantes négatives et les références à la grossesse et à la maternité dans les rêves constituent les variables dépendantes de cette étude. Elles ont été obtenues à l'aide d'un journal de rêves, d'un questionnaire sur les émotions du rêve et de deux systèmes de cotation.

Journal de rêves.

Ce questionnaire, semblable à celui proposé par Domhoff (1996), est utilisé depuis plus de 30 ans au laboratoire du sommeil de l'Université d'Ottawa et a été raffiné au cours des années (Grenier, 1999). Tel que détaillé dans les instructions remises avec le journal de rêves (voir Annexe 8), les participantes furent invitées à écrire à chaque jour leurs rêves sur le formulaire, en indiquant le plus de détails possible. Afin de favoriser un rappel accru des rêves et de s'assurer que le plus de détails possible soient rapportés, les participantes étaient invitées à garder le journal de rêves près de leur lit et à y inscrire leur rêve lorsqu'elles se réveillaient. Par ailleurs, pour accroître la représentativité des rêves rapportés, les participantes ont reçu la consigne de ne pas choisir les rêves qu'elles écrivaient, mais bien de noter les deux premiers rêves dont elles se souvenaient pour chacune des trois périodes de l'étude, peu importe leur contenu. Le journal de rêves est disponible à l'Annexe 9.

Questionnaire sur les émotions du rêve.

Ce questionnaire, conforme à celui employé dans l'étude normative d'où sont issues les données de comparaison, permet d'obtenir des détails sur l'intensité des émotions ressenties en rêve. Il comprend huit émotions, soit la joie, le bonheur, l'appréhension, la colère, la tristesse, la confusion, la peur et l'anxiété. Les participantes furent invitées à le compléter après avoir écrit leur rêve, et à y indiquer, à l'aide d'une échelle de 0 (*pas du tout*) à 4 (*beaucoup*), à quel point elles avaient ressenti chacune des émotions dans leur rêve. Ce questionnaire est disponible à l'Annexe 10.

Système de cotation des rêves de Hall et Van de Castle.

Afin que les analyses soient comparables et reconnues internationalement, les échelles classiques de Hall et Van de Castle (1966) ont été utilisées pour analyser le contenu manifeste des rêves, en tenant compte des recommandations de Domhoff (1996). Ce système, développé à l'aide d'études empiriques de milliers de rêves, demeure à ce jour l'outil le plus détaillé et le plus complet pour la cotation des rêves (Domhoff, 1996, 2003). Il comprend des catégories et des règles précises qui permettent d'identifier, parmi le contenu manifeste du rêve, divers éléments, tels que les personnages, les interactions, les objets, les émotions, etc. C'est aussi un système de cotation optimal pour identifier les éléments négatifs des rêves. Par exemple, il permettrait d'obtenir une analyse de contenu similaire à celle obtenue avec l'échelle de masochisme de Beck (1967), tout en étant plus simple et pratique (Clark, 1972, rapporté par Domhoff, 1996).

Parmi les échelles définies par Hall et Van de Castle (1966), celles mesurant les éléments négatifs et les éléments positifs ont été retenues pour les analyses de cette étude, soit les interactions agressives et amicales, les échecs et les succès, les malchances et les chances, et les émotions négatives et positives. Ces échelles sont résumées brièvement à l'Annexe 11.

Cotation des références à la grossesse et à la maternité.

Les références à la grossesse et à la maternité qui ont fait l'objet de cotation dans les rêves de cette étude sont basées sur les recherches doctorales de Jones (1978) et de Maybruck (1986). Celles-ci ont été utilisées en complément aux échelles de Hall et Van de Castle (1966) puisqu'elles ciblaient des thèmes particulièrement pertinents à la grossesse, et qui n'étaient pas abordés par ces échelles. Les références à la grossesse

identifiées par Jones (1978) et par Maybruck (1986) se divisent en diverses sous-catégories représentant la grossesse de façon directe (par ex., rêver du fœtus, de l'hôpital, etc.) ou indirecte (par ex., petits animaux, imagerie aquatique).

Dans le cadre de la présente étude, nous nous sommes principalement intéressés aux références directes à la grossesse et à la maternité. En effet, ces dernières peuvent être clairement reliées au vécu de l'éveil, contrairement à plusieurs références indirectes (par ex., véhicules en mouvement, corridors), qui découlent d'une interprétation subjective des symboles du rêve et de leur sens. Par ailleurs, des éléments pertinents à la période post-natale ont été ajoutés (par ex., être mère, prendre soin du bébé). Lors de la cotation, chaque rêve s'est vu attribuer un score de 0 ou 1 pour chacune des références, en fonction de l'absence ou de la présence de l'élément en question dans le rêve. Les références à la grossesse et à la maternité retenues dans cette étude sont présentées à l'Annexe 12.

Déroulement de la Recherche

L'approbation du CÉRUO et du CSSSG a été obtenue afin de mener cette étude. Les rêves ainsi que les renseignements généraux des femmes non enceintes formant le groupe de comparaison ont été recueillis dans le cadre d'une étude normative sur les rêves des canadiens, approuvée par le CÉRUO et menée au laboratoire de sommeil de l'Université d'Ottawa.

Afin de recruter des femmes enceintes, des publicités à propos du projet ont été affichées dans des cliniques médicales et des établissements du CSSSG, ainsi que sur des babillards électroniques à propos de la grossesse. Des feuillets d'information ont aussi été distribués dans différents cours prénataux de la région de l'Outaouais. Les femmes

enceintes intéressées à participer devaient communiquer avec l'équipe de recherche par téléphone ou par courriel afin d'obtenir plus d'informations par rapport à l'étude.

Les formulaires de consentement ainsi que les questionnaires de renseignements généraux et de santé générale ont été complétés avec l'aide de la chercheuse principale, lors d'un entretien téléphonique ou d'une rencontre en personne, selon l'emplacement géographique et la préférence de la participante. Le choix d'impliquer la chercheuse dans ce processus fut motivé par deux principales raisons, soit de s'assurer que ces questionnaires soient bien compris et correctement complétés, mais aussi afin de favoriser un lien de collaboration entre la chercheuse et les participantes. Lors de cet entretien, chaque participante fut informée qu'elle était libre de se retirer de l'étude à tout moment, sans aucune conséquence, sous aucune forme. Un accent important fut également mis sur le caractère confidentiel de l'étude afin que les participantes se sentent en confiance de rapporter des informations les concernant.

La documentation remise aux participantes comprenait deux formulaires de consentement, les instructions pour le journal de rêves, six copies du journal de rêves, six copies du questionnaire sur les émotions du rêve, trois copies de l'EDPE et de l'IASTA-Y, une copie du questionnaire de suivi post-natal ainsi que trois enveloppes prépayées et pré-adressées. Par ailleurs, une liste de ressources fut remise à toutes les participantes afin qu'elles puissent obtenir du soutien ou une aide professionnelle en cas de difficultés particulières.

Les participantes devaient commencer l'étude durant le deuxième trimestre de leur grossesse, à partir de la 23^e semaine de grossesse. Quelques jours avant le début de cette période, les participantes recevaient un appel téléphonique ou un courrier

électronique (selon leur préférence) afin de leur rappeler de compléter les questionnaires. Elles étaient invitées à remplir une copie de l'EDPE et de l'IASTA-Y. Elles devaient par la suite rapporter les rêves dont elles se souvenaient dans le journal de rêves prévu à cet effet, en prenant garde de ne pas sélectionner les rêves, mais bien d'écrire les deux premiers rêves remémorés. Au matin, après avoir écrit leur(s) rêve(s), elles devaient également compléter le questionnaire sur les émotions du rêve. Si les participantes n'avaient toujours pas rapporté deux rêves après dix jours, elles pouvaient retourner les questionnaires partiellement complétés par la poste et poursuivre pour la deuxième période de l'étude. Les mêmes procédures étaient répétées lors du troisième trimestre, soit à la 32^e semaine de grossesse.

Environ un mois après l'accouchement, les participantes étaient invitées à compléter les mêmes démarches que lors de la période précédente. De plus, elles devaient remplir un bref questionnaire de suivi post-natal, dans lequel elles fournissaient des informations relatives au déroulement de leur accouchement. Afin de s'assurer que les questionnaires soient complétés durant la bonne période, les participantes ont été contactées dans la semaine suivant la date prévue de leur accouchement. Par ailleurs, elles étaient invitées à communiquer avec la chercheuse dans les deux semaines suivant leur accouchement si ce dernier se produisait plus tôt que prévu. Près d'un mois après l'accouchement, les participantes étaient à nouveau contactées par la chercheuse, qui leur rappelait de compléter les questionnaires. Une fois ceux-ci remplis, elles pouvaient les retourner grâce à l'enveloppe prépayée et pré-adressée.

En guise de compensation pour leur collaboration, toutes les participantes ont été invitées à un atelier portant sur la recherche sur les rêves. Par ailleurs, 20 certificats-

cadeaux d'une valeur de 50 \$ d'une boutique pour enfants ont été tirés parmi toutes les participantes de l'étude.

Les analyses de contenu de tous les rêves employés dans cette étude ont été effectuées par deux juges expérimentées, soit la chercheuse principale et une assistante de recherche ignorant les hypothèses de l'étude. Afin d'assurer une grande qualité de cotation, tous les rêves furent cotés deux fois. Pour déterminer si les éléments ayant été cotés par un seul juge devaient être inclus dans les analyses statistiques ou non, les juges ont discuté des différences jusqu'à l'atteinte d'un consensus.

Tel que recommandé par Hall et Van de Castle (1966) et par Domhoff (2003), seuls les rêves de 50 mots et plus ont été retenus, car les rêves qui comprennent moins de mots sont jugés trop brefs pour faire l'objet d'analyses, au point que certains considèrent même qu'ils ne constituent pas de véritables rêves (Hobson, Pace-Schott, & Stickgold, 2000b). Si le nombre maximal de mots est moins problématique (Domhoff, 2003), une limite de 400 mots a tout de même été retenue afin d'obtenir un échantillon de rêves dont la longueur est relativement homogène. Un rêve par période a été analysé et ce, pour chacune des participantes. Le premier rêve noté était celui employé dans les analyses, excepté si celui-ci comprenait moins de 50 mots ou plus de 400 mots. Le cas échéant, le second rêve était retenu.

Compte tenu des exigences quant à la longueur des rêves, certaines participantes du groupe de femmes enceintes ont dû être éliminées à certains temps de l'étude, car elles n'avaient pas rapporté des rêves d'une longueur suffisante. Ainsi, les rêves de 3 participantes ont été exclus des analyses au Temps 1, ceux de 2 participantes l'ont été au Temps 2, et ceux de 3 participantes l'ont été au Temps 3. L'échantillon final était donc de

130 rêves pour le Temps 1 ($M = 179$ mots, $\acute{E}.T. = 91.21$), 121 rêves pour le Temps 2 ($M = 153$ mots, $\acute{E}.T. = 84.76$) et 103 rêves pour le Temps 3 ($M = 126$ mots, $\acute{E}.T. = 67.85$).

En ce qui concerne le groupe de comparaison, toutes les participantes ont satisfait aux exigences quant à la longueur des rêves ($M = 175$ mots, $\acute{E}.T. = 84.41$).

Analyses Statistiques

Éléments négatifs du rêve.

L'étude des rêves entraîne des défis d'un point de vue statistique. L'une des difficultés majeures est la grande variabilité de la longueur des récits de rêve. Ainsi, le nombre de mots employés pour décrire un rêve peut varier d'un groupe à l'autre, d'un individu à l'autre, mais aussi d'un rêve à l'autre chez une même personne (Domhoff, 1996, 2003). Évidemment, le nombre de mots aura une influence importante sur la fréquence d'apparition de certains éléments du rêve (par ex., personnages, objets). Par ailleurs, on observe des corrélations entre certains éléments, ce qui complique les analyses. Par exemple, plus il y a de personnages dans un rêve, plus on peut s'attendre à ce que le nombre d'interactions soit élevé (Domhoff, 2003).

Pour faire face à ceci, diverses stratégies sont employées dans les recherches sur le rêve. Une approche populaire consiste à appliquer une correction pour la longueur du rêve, en employant le nombre de lignes ou de mots comme unité de mesure. Comme le remarque Domhoff (2003), cette stratégie n'est pas souhaitable ; ce faisant, on ne tient pas compte que certaines personnes utiliseront plus de mots que d'autres pour décrire une même situation, et que certaines situations inhabituelles ou compliquées nécessitent plus de mots pour être décrites.

Une autre méthode préconisée consiste à établir une longueur minimum et maximum, souvent de 50 à 300 mots (Hall & Van de Castle, 1966). Certes, cette méthode permet d'obtenir un échantillon de rêves plus homogène, ce qui facilite les comparaisons. Cela permet également d'éliminer les rêves très courts, qui sont bien souvent dépourvus de tout élément contenu dans les échelles de cotation. Néanmoins, cette stratégie ne règle aucunement le problème de la corrélation entre diverses échelles, et elle ne permet pas d'éliminer totalement l'impact du nombre de mots sur les cotations (Domhoff, 2003).

Tel que recommandé par Domhoff (2003), une bonne alternative consiste à convertir les fréquences des différentes échelles d'analyse en proportions et en ratios. Par exemple, plutôt que de s'intéresser à la fréquence d'apparition des émotions négatives dans les rêves, on peut l'étudier sous forme de proportion, en divisant le nombre d'émotions négatives par le nombre total d'émotions. En employant des proportions, l'impact de la longueur du rêve ainsi que du nombre de personnages est contrôlé. En plus d'éliminer les difficultés liées au nombre variable de mots d'un rêve à l'autre, cette approche a l'avantage d'offrir des résultats faciles à comprendre et à communiquer (Domhoff, 2003).

Un autre défi dans l'étude des rêves concerne le type d'analyse à privilégier, puisque les données issues des récits de rêve sont plutôt de nature nominale et se prêtent difficilement aux tests paramétriques populaires en sciences sociales, tels que les analyses de variance, les tests *t* et les régressions linéaires. Aussi, les tests paramétriques requièrent que les données soient normalement distribuées, ce qui est rarement le cas lorsque l'on utilise le système de cotation de Hall et Van de Castle (1966), les données de la plupart des échelles formant une courbe de distribution fortement asymétrique

(Domhoff, 2003). Pour ces raisons, les tests non paramétriques sont utiles, car ils ne requièrent pas une distribution normale, en plus de permettre des comparaisons de groupes de tailles inégales.

Le test de différence entre deux proportions indépendantes (Cohen, 1988) est un test non paramétrique qui se prête particulièrement bien aux comparaisons basées sur les échelles de Van de Castle (1966). Le programme DreamSat, développé par Adam Schneider et William Domhoff (Domhoff, 2003), a été créé spécialement pour faire ce type d'analyse. Il permet de comparer les données d'échantillons indépendants, mais il peut également être employé dans le cadre d'études impliquant des échantillons appariés ou des mesures répétées (Domhoff, 1999).

Le programme DreamSat combine tous les rêves d'un même groupe et il calcule des proportions qui décrivent les rêves de l'ensemble du groupe (par ex., taux d'interactions agressives dans les rêves des femmes déprimées). Ainsi, les analyses ne sont pas menées sur les données individuelles propres à chaque participante, mais bien sur les caractéristiques globales qui décrivent les rêves de leur groupe d'appartenance. Lors de comparaisons entre deux échantillons, il fournit les proportions spécifiques à chaque groupe, le n pour chaque groupe (qui consiste en le nombre total d'éléments du rêve impliqués dans la proportion en question – par ex., nombre d'interactions totales, dans le calcul du taux d'interactions agressives) et le niveau de signification des comparaisons. On obtient également le h de Cohen (1988), une mesure de l'effet qui est adaptée aux pourcentages, et qui correspond à un effet petit à .20, un effet moyen à .40 et un effet large à .80.

En somme, dans le cadre de cette étude, les données des échelles de Hall et Van de Castle (1966) ont été transformées en proportions et ont été analysées à l'aide d'un test de différences entre deux proportions, à l'aide du programme DreamSat. Les différentes proportions étudiées sont les suivantes :

- Agressions/Amitiés (*interactions agressives impliquant la rêveuse ÷ interactions agressives et amicales impliquant la rêveuse*).
- Auto-négativité (*agressions dont la rêveuse est victime + échecs et malchances impliquant la rêveuse ÷ agressions dont la rêveuse est victime + échecs et malchances impliquant la rêveuse + interactions amicales dirigées vers la rêveuse + événements chanceux et succès impliquant la rêveuse*).
- Émotions négatives/Émotions positives (*émotions négatives ressenties par la rêveuse ÷ émotions négatives et positives ressenties par la rêveuse*).
- Échecs/Succès (*échecs impliquant la rêveuse ÷ échecs et succès pour la rêveuse*).

Par ailleurs, afin de mieux comprendre à quel point les différentes variables négatives caractérisent les rêves de différents groupes et sous-groupes examinés dans cette étude, nous avons également étudié les proportions de rêves comprenant au moins un des éléments suivants :

- Agression (*nombre de rêves comprenant au moins une agression ÷ total de rêves*).
- Échec (*nombre de rêves comprenant au moins un échec ÷ total de rêves*).
- Malchance (*nombre de rêves comprenant au moins une malchance ÷ total de rêves*).

- Danger pour le bébé ¹ (pour les analyses impliquant les femmes enceintes uniquement ; *nombre de rêves comprenant au moins un accident/menace environnementale impliquant le bébé, une maladie, une blessure ou une anomalie chez le bébé, le décès du bébé, la disparition du bébé ou une agression envers le bébé ÷ total de rêves*).

Certes, ces quatre dernières variables ont pour faiblesse de ne pas permettre le contrôle de certaines caractéristiques du rêve (par ex., nombre de mots), et de ne pas distinguer les rêves qui comprennent la variable une ou plusieurs fois. Néanmoins, elles permettent tout de même d'avoir des renseignements pertinents à propos des rêves, et de voir le phénomène sous un autre angle. Par exemple, il s'avère difficile d'étudier les événements malchanceux en les mettant en relation avec les événements chanceux, parce que ces derniers sont très peu fréquents dans les rêves. Conséquemment, le taux de malchance est toujours très élevé, et il informe peu à propos de l'ampleur du phénomène dans les rêves. Aussi, le taux d'échec ($\text{échecs} \div \text{échecs} + \text{succès}$) est souvent peu pratique pour les comparaisons entre deux groupes étant donné que la fréquence de ces événements est si faible qu'elle mène souvent à de très petits n (et donc à une très faible puissance statistique). Finalement, la variable à propos des dangers pour le bébé pouvait difficilement être mise en relation avec son équivalent positif (par ex., succès, chances et amitiés impliquant le bébé), puisque ce type d'événement positif était quasi-inexistant dans les rêves.

¹ Cette variable n'était pas calculée par DreamSat. Elle a été déterminée en tenant compte des éléments négatifs des échelles de Hall et Van de Castle pouvant affecter le bébé, et elle a par la suite été intégrée aux analyses.

Références à la grossesse et à la maternité dans les rêves.

Les références à la grossesse et à la maternité examinées dans cette étude sont pour la plupart purement nominales (par ex., être enceinte, référence au fœtus). Elles prennent la forme de variables dichotomiques, le 0 signifiant l'absence de l'élément dans le rêve, et le 1 en signifiant la présence. De par leur nature, elles se prêtaient mal aux tests paramétriques conventionnels, et elles ont donc été analysées à l'aide de tests du chi-carré, pour les analyses impliquant des échantillons indépendants, et à l'aide de tests de McNemar, pour les analyses impliquant des échantillons appariés.

Émotions du rêve.

Les données obtenues au moyen du questionnaire sur l'intensité des émotions du rêve sont ordinales, et elles varient entre 1 (*pas du tout*) et 4 (*énormément*). Elles ont été analysées à l'aide de tests non paramétriques, qui s'avèrent préférables aux traditionnels tests *t* lorsque les données étudiées sont ordinales et qu'elles ne sont pas normalement distribuées (Gliner & Morgan, 2000 ; Leech, Barrett, & Morgan, 2005). Le test de Mann-Whitney a été employé pour les analyses impliquant des échantillons indépendants, et le test de Friedman à quant à lui été utilisé pour les analyses impliquant des mesures répétées sur les trois temps de l'étude.

Résultats

Les analyses préliminaires sont d'abord présentées. Par la suite, les analyses spécifiques à chaque hypothèse sont décrites.

Analyses Préliminaires

Analyse des données manquantes.

Cent quarante-trois femmes enceintes ont pris part à l'étude et ont complété les questionnaires d'au moins un des trois temps. Au Temps 1, 9 des 143 participantes (6 %) n'ont pas retourné les questionnaires dûment complétés ; parmi celles-ci, 5 participantes n'ont pas pu compléter les questionnaires de ce temps, car elles avaient récupéré les questionnaires après leur 23^e semaine de grossesse, tandis que 2 participantes ont retourné les questionnaires sans avoir réussi à se rappeler un rêve. Au Temps 2 de l'étude, 20 des 143 participantes (14 %) n'ont pas complété tous les questionnaires ; 4 participantes n'ont pas avoir réussi à se rappeler un rêve, 2 participantes ont indiqué avoir perdu les questionnaires et 3 participantes ont eu un accouchement prématuré avant la 32^e semaine. Finalement, 35 des 143 participantes (24 %) n'ont pas complété les questionnaires du temps 3 ; 6 participantes n'ont pas réussi à se rappeler un rêve et 1 participante a eu un accouchement prématuré. La cause de l'abandon est inconnue pour les 28 autres participantes.

Afin de s'assurer que ce nombre important de données manquantes au Temps 3 ne compromette pas la validité de notre échantillon de rêves, des comparaisons ont été effectuées entre les personnes ayant abandonné et celles ayant complété les questionnaires. Des analyses à l'aide de tests *t*, de tests de Mann-Whitney, et de tests du chi-carré n'ont permis de trouver aucune différence significative entre les femmes ayant

complété le Temps 3 et celles ne l'ayant pas complété. Ainsi, les valeurs aux variables suivantes se sont avérées similaires pour les deux groupes : âge, être primipare ou multipare, niveau de scolarité, situation d'emploi, relation avec le conjoint et avec la famille (proximité affective et soutien social), fréquence de rappel de rêve, antécédent de dépression ou de trouble anxieux, antécédent d'abus sexuel ou physique, antécédent de fausse-couche, présence d'inquiétudes sévères par rapport à la grossesse, et scores des deux tests de symptômes dépressifs et anxieux au deuxième et au troisième trimestre.

En somme, l'échantillon de rêves de cette étude comprend des données manquantes, qui sont probablement attribuables à la nature longitudinale de l'étude et au fait qu'elle prend place dans une période fort mouvementée de la vie d'une femme. Étant donné qu'aucune différence significative n'a été observée entre les participantes ayant complété l'étude et celles ayant abandonné, il est raisonnable de croire que les données obtenues demeurent représentatives de l'échantillon total. Finalement, pour ce qui est du groupe de comparaison, aucune analyse équivalente n'a été menée, car il comprenait un nombre négligeable de données manquantes, soit moins d'un pourcent des données.

Analyses préliminaires pour le groupe de comparaison.

Compte tenu que le groupe de comparaison est constitué de femmes francophones et anglophones, tandis que les femmes enceintes sont toutes francophones, des analyses ont été menées afin de vérifier si la langue employée a un impact sur le contenu des rêves. Des tests de différences entre deux proportions indépendantes, des tests de Mann-Whitney et des tests du chi-carré n'ont permis d'observer aucune différence significative entre les femmes non enceintes francophones et anglophones. Ainsi, ces sous-groupes se sont avérés similaires quant au contenu négatif de leurs rêves, à l'intensité des émotions

négatives ressenties en rêve, et à la présence de références à la grossesse et à la maternité dans les rêves. Un test t pour échantillons indépendants a également révélé que les anglophones et les francophones ont rapporté des rêves de longueurs similaires. En somme, le fait que le groupe de comparaison soit constitué d'anglophones et de francophones ne semble pas problématique.

Représentation de la Grossesse et de la Maternité dans les Rêves

Prédiction 1a.

La première hypothèse prédisait qu'une plus grande proportion des rêves des femmes enceintes contiendrait des références directes à la grossesse et à la maternité, comparativement aux rêves des femmes non enceintes.

Cette hypothèse a tout d'abord été testée de façon globale. Les rêves se sont vu attribuer un score de 0 s'ils ne comprenaient aucune référence à la grossesse et à la maternité, et un score de 1 s'ils en comprenaient au moins une. Étant donné que les rêves des femmes non enceintes ont été comparés à ceux rapportés à chacun des trois temps par le groupe de femmes enceintes, le niveau de signification a été fixé à $p < .016$, bilatéral, afin de limiter les risques d'erreur de Type I.

Tel qu'attendu, des tests du chi-carré ont confirmé qu'une plus grande proportion des rêves des femmes enceintes comprenait au moins une référence à la grossesse, comparativement à ceux des femmes non enceintes. Ainsi, seulement 14.4 % des rêves des femmes non enceintes comprenaient de telles références, comparativement à 57.7 % des rêves du deuxième trimestre ($\chi^2(1, N = 255) = 51.549, p < .001$), 59.5 % des rêves du troisième trimestre ($\chi^2(1, N = 246) = 53.913, p < .001$) et 65 % des rêves de la période post-natale ($\chi^2(1, N = 228) = 61.953, p < .001$).

Afin de mieux définir la nature des différences entre les femmes enceintes et les femmes non enceintes, des analyses additionnelles ont été menées pour chaque type de référence à la grossesse et à la maternité. Seules les données du troisième trimestre et de la période post-natale ont été retenues pour fins de comparaisons avec les données des femmes non enceintes. En effet, il était attendu que la représentation des différentes références à la grossesse et à la maternité soit similaire dans les rêves du deuxième et du troisième trimestre, ce que des tests du chi-carré ont confirmé. Conséquemment, un seul de ces deux temps fut conservé pour les analyses ultérieures.

Comparaison des rêves de la grossesse et des rêves des femmes non enceintes.

Des tests du chi-carré ont été effectués afin de préciser la nature des différences entre les femmes enceintes et les femmes non enceintes en ce qui a trait aux références à la grossesse et à la maternité dans les rêves. Dans l'éventualité où les valeurs attendues étaient inférieures à 5 dans certaines cellules du tableau de contingence, le test exact de Fisher a été employé. L'hypothèse générale ayant été confirmée et les analyses ne cherchant qu'à spécifier la nature des différences, le niveau de signification a été maintenu à $p < .05$.

Les tailles de l'effet ont été obtenues à l'aide du coefficient Phi (ϕ), qui correspond à une relation faible lorsqu'il se situe entre 0 et .49, à une relation modérée entre .50 et .69, à une relation forte entre .70 et .89, et à une relation très forte entre .90 et 1.00 (Pett, 1997). Tel qu'attendu, les analyses ont démontré qu'une plus grande proportion des rêves du troisième trimestre comprenait les références suivantes : être enceinte, référence au fœtus, référence au bébé (né), référence médicale, référence à l'accouchement, prendre soin du bébé. Les détails des analyses se trouvent au Tableau 1.

Tableau 1

Pourcentage des rêves (%) comprenant des références à la grossesse et à la maternité, chez les femmes non enceintes et les femmes enceintes au troisième trimestre.

	Non enceintes (n = 125)	3 ^e trimestre (n = 121)	Non enceintes vs. 3 ^e trimestre	p (bilatéral)	ϕ
Être enceinte	0.8	31.4	$\chi^2(1) = 43.170$	$p < .001$	.419
Fœtus	0	12.4	$\chi^2(1) = 16.502$	$p < .001$	.259
Bébé	0.8	16.5	$\chi^2(1) = 19.482$	$p < .001$	.281
Réf. médicale	3.2	14.2	$\chi^2(1) = 9.269$	$p < .001$	.194
Accouchement	0	9.9	$\chi^2(1) = 13.032$	$p < .001$	.230
Soin au bébé	0	5.0	$\chi^2(1) = 6.353$	$p \text{ exact} = .012$	.161

Étant donné que le fait d'être déjà mère puisse influencer la présence, dans les rêves, de références au rôle de mère et à des enfants plus âgés, les analyses pour ces deux variables ont été effectuées en comparant les primipares aux femmes non enceintes n'ayant pas d'enfants, et les multipares aux femmes non enceintes ayant des enfants. Des différences significatives ont été observées entre ces sous-groupes. Chez les primipares, 15.7 % des rêves faisaient référence à leur futur rôle de mère, contre seulement 0.9 % des femmes non enceintes sans enfant, $\chi^2(1, N = 179) = 14.922$, $p \text{ exact} = .001$, $\phi = .289$. Par ailleurs, une plus grande proportion des rêves des primipares comprenaient des enfants, soit 17.1 % des rêves, contre seulement 6.4 % pour les femmes non enceintes sans enfant, $\chi^2(1, N = 179) = 5.164$, $p = .023$, $\phi = .170$. Quant aux multipares, la proportion de leurs rêves faisant référence à leur rôle de mère et à des enfants s'est avérée similaire à celles des femmes non enceintes ayant des enfants.

Afin d'illustrer de quelle manière les références à la grossesse et à la maternité se retrouvent typiquement dans les rêves, voici deux exemples tirés du troisième trimestre :

« J'étais couchée sur mon lit d'hôpital quand j'ai senti des coups venant de mon bébé dans mon ventre. Quand j'ai touché mon ventre, je touchais ses petits orteils, ça dépassait de la peau. La seconde suivante, j'avais accouché et je voyais mon petit garçon avec une petite tuque jaune. Il était calme, dans une bassinette loin de mon lit. Je demandais à avoir mon garçon près de moi, mais personne ne semblait m'écouter. Alors mon copain a pris le bébé, il l'a découvert, puis il l'a déposé peau contre peau sur moi... J'étais tellement heureuse et bien. »

« Je suis assise dans la salle de bain de ma maison d'enfance, seule, par un après-midi ensoleillé. J'ai le ventre nu. Mon bébé bouge et je vois un pied qui pousse à travers la peau, tellement que j'en vois la forme et j'en mesure la longueur. Il disparaît, puis je vois une main. Puis m'apparaît son visage, j'en observe les traits et je suis contente d'enfin voir à quoi il ressemble. Malgré que la pression sur la peau semble forte, je ne ressens aucun inconfort. »

Comparaison des rêves du post-partum et des rêves des femmes non enceintes.

Des tests du chi-carré ont été effectués afin de préciser la nature des différences entre les rêves du post-partum et les rêves des femmes non enceintes en ce qui a trait aux références à la grossesse et à la maternité. Le test exact de Fisher a été employé lorsque les valeurs attendues étaient inférieures à 5 dans certaines cellules du tableau de contingence. L'hypothèse générale ayant été confirmée et les analyses visant à spécifier la nature des différences, le niveau de signification a été fixé à $p < .05$. Tel qu'attendu, les analyses ont démontré que les rêves de la période post-natale comprenaient plus

fréquemment les références suivantes, comparativement aux rêves des femmes non enceintes : référence au bébé, référence médicale, soin au bébé. Néanmoins, aucune différence n'a été observée au niveau des références à la grossesse et à l'accouchement. De plus, il n'y a eu aucune référence au fœtus dans les deux groupes. Le fait d'être déjà mère étant susceptible d'influencer la présence en rêve de références au rôle de mère et à des enfants plus âgés, les analyses pour ces variables ont été effectuées en comparant les rêves de la période post-natale uniquement à ceux des femmes non enceintes ayant des enfants. Aucune différence n'a été observée entre les deux groupes pour ces deux variables. Les détails de ces analyses se trouvent au Tableau 2.

Tableau 2

Pourcentage des rêves (%) comprenant des références à la grossesse et à la maternité, chez les femmes non enceintes et les femmes durant la période post-natale.

	Non enceintes (<i>n</i> = 125)	Post-natal (<i>n</i> = 103)	Non enceintes vs. post-natal	<i>p</i> (bilatéral)	ϕ
Être enceinte	0.8	3.9	$\chi^2(1) = 2.503$	<i>p</i> exact = .178	.105
Être mère	25.0 ^a	50.5	$\chi^2(1) = 3.610$	<i>p</i> = .057	.534
Fœtus	0	0	-	-	-
Bébé	0.8	41.7	$\chi^2(1) = 60.795$	<i>p</i> < .001	.516
Enfant	31.3 ^a	25.2	$\chi^2(1) = 0.259$	<i>p</i> = .760	.047
Réf. médicale	3.2	11.7	$\chi^2(1) = 6.180$	<i>p</i> = .013	.165
Accouchement	0	1.0	$\chi^2(1) = 1.219$	<i>p</i> = .452	.073
Soin au bébé	0	9.7	$\chi^2(1) = 12.693$	<i>p</i> exact < .001	.236

^a Seules les femmes ayant des enfants dans le groupe de comparaison ont été retenues pour ces analyses (*n* = 16).

Voici deux exemples de rêves, notés un mois après l'accouchement, qui illustrent bien de quelle manière les références à la grossesse et à la maternité se manifestent dans les rêves du post-partum:

« Je suis à la maison avec mon bébé. Tout va bien. Puis, durant la nuit, je ne le trouve plus. Je ne comprends pas comment cela est possible puisque mon petit dormait dans ma chambre. Mon conjoint aussi a disparu. Quatre jours plus tard, il me téléphone. Il est à l'hôpital avec notre fils, qui est en incubateur depuis sa naissance. Il me dit que j'ai dormi durant quatre jours après l'accouchement et que je ne m'occupais pas de notre enfant. Je lui dis que j'ai peur que le bébé s'étouffe et qu'il meure dans son sommeil. Il me répond que tout va bien. »

« Émile, mon nouveau bébé, dort dans sa chaise vibrante. Il est calme, comme d'habitude. Il se réveille doucement, il s'étire, puis il commence soudainement à parler à sa grande sœur Justine. Il lui raconte comment ça s'est passé à la pouponnière. Puis il lui dit qu'il la trouve chanceuse de pouvoir manger des frites, et qu'il aimerait bien qu'on lui laisse écouter la télévision. Justine est si contente de parler avec son frère. Elle est assise devant lui, et elle fait tout ce qu'il lui demande. Moi, je suis bouche bée et je les regarde sans rien dire. »

Analyses supplémentaires.

De manière exploratoire, des analyses ont été menées pour évaluer s'il y avait des différences entre les rêves des femmes enceintes et ceux des femmes non enceintes quant à la fréquence d'apparition de certaines variables considérées particulièrement importantes chez les femmes enceintes selon certains chercheurs (Jones, 1978 ; Maybruck, 1986) : les animaux, les éléments aquatiques (par ex., lac, rivière), les parents

de la rêveuse, les lieux fréquentés par la rêveuse dans le passé (par ex., école secondaire) et les individus côtoyés par la rêveuse dans le passé (par ex., amis durant l'adolescence). Les analyses impliquant 5 variables et 2 séries de comparaison (avec les rêves du troisième trimestre et de la période post-natale), le seuil de signification a été fixé à $p < .005$, bilatéral.

Contrairement à nos attentes, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes, pour chacune de ces variables. Qui plus est, parmi les quelques différences marginalement significatives, la plupart étaient attribuables à une proportion plus élevée pour les rêves du groupe de femmes non enceintes. Seules les références aquatiques se sont avérées marginalement plus fréquentes dans les rêves du troisième trimestre, comparativement aux rêves des femmes non enceintes, $\chi^2(1, N = 246) = 4.779$, $p = .029$.

Somme toute, ces éléments considérés saillants dans les rêves de la grossesse (Jones, 1978 ; Maybruck, 1986) sont peu spécifiques aux rêves des femmes enceintes si l'on tient compte de leur présence très similaire, et parfois même plus élevée, dans les rêves des femmes non enceintes. Les rêves des femmes enceintes ne se distingueraient donc pas tellement par des représentations symboliques de la maternité, mais bien par la présence de références directes à la grossesse et au rôle de mère.

Prédiction 1b.

En deuxième lieu, l'hypothèse 1 prédisait que le contenu des rêves refléterait les caractéristiques et les préoccupations spécifiques aux périodes prénatale et post-natale. Afin de tester cette hypothèse, les rêves du troisième trimestre ont été comparés à ceux de

la période post-natale à l'aide de tests de McNemar. Seules les participantes ayant rapporté un rêve à chacun de ces deux temps ($n = 94$) ont été retenues pour les analyses.

Dans un premier temps, l'hypothèse a été testée de façon globale, en comparant la proportion des rêves du troisième trimestre et de la période post-natale qui présentaient au moins une des références associées à la grossesse, puis une des références associées à la maternité. Pour cela, les rêves des deux temps se sont vu attribuer un score de 0 ou 1, selon la présence ou non de références associées à la grossesse (fœtus, être enceinte, référence médicale, accouchement). La même procédure a été effectuée pour les références associées à la maternité (bébé, être mère, prendre soin du bébé). Afin de limiter les risques d'erreur de Type I, le seuil de signification pour ces deux analyses a été fixé à $p < .025$, bilatéral.

Tel qu'attendu, les tests de McNemar ont démontré des différences significatives entre le troisième trimestre et la période post-natale quant à la proportion de rêves comprenant des références à la grossesse ($N = 94$, p exact = .002), de même que des références à la maternité ($N = 94$, p exact < .001).

Afin de mieux définir la nature des différences entre les rêves du troisième trimestre et ceux de la période post-natale, des analyses additionnelles ont été menées pour chaque type de référence à la grossesse et à la maternité. Des tests de McNemar ont décelé des différences significatives entre le troisième trimestre et la période post-natale quant à la proportion de rêves comprenant des références au fœtus, au bébé, à la grossesse, au rôle de mère, à l'accouchement et aux soins apportés au bébé. Toutes ces différences suivent une tendance qui concorde avec nos hypothèses. Néanmoins, contrairement à nos attentes, aucune différence significative n'a été observée entre les

rêves de ces deux périodes en ce qui a trait aux références médicales. Les détails de ces analyses sont présentés au Tableau 3.

Tableau 3

Pourcentage des rêves (%) comprenant des références à la grossesse et à la maternité au troisième trimestre, comparativement à la période post-natale.

	3e trimestre (n = 94)	Post-natal (n = 94)	p (bilatéral)
Fœtus	11.7	0	p exact = .001
Bébé	11.7	40.4	p exact < .001
Être enceinte	29.8	4.3	p exact < .001
Être mère	19.1	48.9	p exact < .001
Accouchement	9.6	1.1	p exact = .021
Prendre soin du bébé	4.3	14.9	p exact = .006
Références médicales	13.8	10.6	p exact = .664

Teneur Négative des Rêves de la Grossesse et du Post-Partum

La deuxième hypothèse prédisait que les rêves des femmes enceintes auraient un contenu plus négatif que ceux des femmes non enceintes. Plus spécifiquement, il était attendu que les femmes enceintes présenteraient une plus grande proportion d'éléments négatifs dans leurs récits de rêves et qu'elles décriraient les émotions négatives de leurs rêves comme étant plus intenses. Cette hypothèse n'a pas été confirmée.

Éléments négatifs des rêves.

À l'aide du programme DreamSat, des tests de différences entre deux proportions indépendantes ont été effectués avec les rêves des femmes non enceintes et ceux des femmes enceintes. Étant donné que l'échantillon de rêves des femmes non enceintes a été

comparé aux rêves du groupe de femmes enceintes à 3 reprises (soit avec les rêves du deuxième trimestre, du troisième trimestre et de la période post-natale), et que 7 variables ont été employées pour décrire le contenu négatif des rêves, une correction du niveau de signification a été appliquée afin de limiter les risques d'erreur de Type I. Le seuil de signification des analyses a donc été fixé à $p < .002$, bilatéral.

Contrairement à nos prédictions, les rêves des deux groupes se sont avérés très similaires quant à leur teneur négative, et aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes. Les détails de ces analyses se trouvent à l'Annexe 13.

Émotions négatives des rêves.

L'intensité des émotions négatives des rêves, tel qu'évaluée par les participantes à l'aide d'un questionnaire complété au réveil, a été comparée entre les deux groupes à l'aide de tests de Mann-Whitney. Étant donné que les données des femmes non enceintes ont été comparés à celles des femmes enceintes à chacun des 3 temps, et que 4 variables ont été utilisées pour évaluer les émotions négatives, le seuil de signification a été fixé à $p < .004$, bilatéral. Contrairement à nos prédictions, les évaluations des émotions du rêve se sont avérées très similaires chez les femmes enceintes et les femmes non enceintes, et aucune différence significative n'a été observée, pour chacune des émotions négatives étudiées (colère, tristesse, peur, anxiété), et à chacun des trois temps de l'étude.

Relation Entre les Symptômes Dépressifs et Anxieux et le Contenu des Rêves

Prédiction 3a.

La troisième hypothèse prédisait que les femmes enceintes *déprimées*, comparativement aux femmes enceintes *non déprimées*, présenteraient une plus grande

proportion d'éléments négatifs dans leurs récits de rêves et que les émotions de leurs rêves seraient plus négatives.

Tel qu'expliqué dans la Méthode, un score de 12 et plus a été retenu pour sélectionner le groupe déprimé au deuxième et au troisième trimestre, tandis qu'un score de 11 ou plus a été retenu pour la période post-natale. Au deuxième trimestre, 14 femmes sur 130 ont rapporté un score de 12 ou plus à l'EDPE (10.8 %), tandis que 11 femmes sur 121 (9.1 %) ont atteint ce seuil au troisième trimestre. Durant la période post-natale, 23 femmes sur 103 (22.9 %) ont rapporté un score de 11 ou plus à l'EDPE.

Il est à noter que la très grande majorité des participantes du groupe déprimé étaient aussi anxieuses. Cette observation est peu surprenante, car l'anxiété est fortement associée à la dépression prénatale et post-natale, et on considère qu'elle constitue l'un de ses symptômes typiques (American Psychiatric Association, 2000 ; Austin & Tully, 2007 ; Heron et al., 2004; Matthey et al., 2003 ; Stuart et al., 1998). Afin de bien cerner l'impact des symptômes dépressifs sur le contenu des rêves, les rêves des femmes déprimées ont été comparés à ceux des femmes non déprimées et non anxieuses.

Éléments négatifs des rêves.

À l'aide du programme DreamSat, les rêves des femmes déprimées ont été comparés à ceux des femmes non déprimées. Les participantes déprimées n'étant pas toutes les mêmes d'un temps à l'autre, et les symptômes dépressifs étant susceptibles d'être associés à des thèmes différents dans les rêves selon la période durant laquelle ils ont été notés, les analyses ont été menées sur les données des trois temps de l'étude. Étant donné que 8 variables ont fait l'objet d'analyses, le seuil de signification a été fixé à

$p < .006$. L'hypothèse selon laquelle les femmes déprimées présenteraient une plus grande proportion d'éléments négatifs dans leurs rêves a été en partie confirmée.

Au deuxième trimestre, tel qu'illustré au Tableau 4, les rêves des femmes déprimées comprenaient une grande proportion d'interactions agressives (73 %), comparativement à ceux des femmes non déprimées (44 %), $h = .58$, $p = .003$. Par ailleurs, une plus grande proportion des rêves des participantes déprimées comprenaient un danger pour le bébé (29 %, contre 3 % pour les femmes non déprimées), $h = .79$, $p = .006$. Aucune autre différence significative n'a été observée. Néanmoins, il est à noter que les autres différences de proportions, bien que non significatives, suivent toutes la tendance prédite d'un contenu plus négatif chez les femmes déprimées.

Tableau 4

Proportion d'éléments négatifs dans les rêves du deuxième trimestre, chez le groupe non déprimé, comparativement au groupe déprimé.

	Non déprimé	Déprimé	h :	p :	N Non dép.	N Déprimé
% Agressions/Amitiés	44 %	73 %	+.58	* .003	133	33
% Auto-négativité	59 %	74 %	+.33	.089	127	35
% Émotions négatives	87 %	94 %	+.25	.346	84	17
% Échecs/Succès	19 %	40 %	+.47	.355	16	5
Rêves comprenant au moins un(e):						
Agression	51 %	57 %	+.13	.644	93	14
Malchance	41 %	57 %	+.28	.323	93	14
Échec	05 %	14 %	+.31	.284	93	14
Danger pour le bébé	03 %	29 %	+.79	*.006	93	14

Afin d'illustrer de quelle façon se présentent les éléments négatifs dans les rêves, et plus particulièrement les interactions agressives, voici deux exemples de rêves notés par des participantes du groupe déprimé au deuxième trimestre:

« Je me sens seule. En fait, je suis seule. Ma famille me renie. Même mon chum ne m'aime plus. Tout est sombre. Personne ne veut m'aider. Je marche seule sur un train en mouvement. Je ne sais pas où le train s'en va. C'est la nuit. Il y a des gens avec moi debout sur le train qui avance, mais je ne les connais pas et ils ne me parlent pas. Il y a des ponts et il faut se pencher lorsque le train passe en dessous, pour ne pas se faire assommer. »

« Annie, ma plus jeune fille, pleurait sans cesse, elle me stressait, et Sophie, ma fille aînée, était là sans réagir. Tout à coup, Sophie me dit : « Tu es la pire mère, je ne t'aime pas et personne ne t'aime ». J'étais vraiment en colère, alors je lui ai tapé le visage, et je me suis sentie soulagée, mais elle n'affichait aucune réaction, alors cela m'a remis en colère. Je suis allée visiter ma sœur et je lui ai expliqué tout ce que Sophie m'avait dit. Elle lui a parlé, mais Sophie continuait d'assumer ses paroles. »

Au troisième trimestre, les rêves des femmes déprimées comprenaient encore une fois une plus grande proportion d'interactions agressives (84 %), comparativement à ceux des femmes non déprimées (45 %), $h = .85, p = .001$. Les participantes déprimées ont également obtenu un pourcentage plus élevé d'auto-négativité (88 %, contre 57 % pour les femmes non déprimées), $h = .70, p = .002$. De plus, une plus grande proportion des rêves des femmes déprimées comprenaient au moins une malchance (91 %, contre 48 %

pour les femmes non déprimées), $h = 1.00$, $p = .002$. Cette dernière variable pouvant être corrélée avec la longueur des récits de rêve (puisque'elle n'est pas mise en relation avec d'autres variables), une analyse additionnelle à l'aide d'un test t pour échantillons indépendants a été menée afin de s'assurer que ce résultat ne soit pas simplement le reflet d'une différence dans la longueur des récits chez les deux groupes. Cette analyse a confirmé que les rêves des deux groupes étaient de longueur similaire.

Finalement, tel qu'illustré au Tableau 5, les autres différences de proportions, bien que non statistiquement significatives, suivent tout de même une tendance qui concorde avec notre hypothèse.

Tableau 5

Proportion d'éléments négatifs dans les rêves du troisième trimestre, chez le groupe non déprimé, comparativement au groupe déprimé.

	Non déprimé	Déprimé	h :	p :	N Non dép.	N Déprimé
% Agressions/Amitiés	45 %	84 %	+ .85	* .001	130	19
% Auto-négativité	57 %	88 %	+ .70	* .002	131	24
% Émotions négatives	74 %	75 %	+ .03	.940	61	8
% Échecs/Succès	36 %	100 %	+1.85	.012	25	2
Rêves comprenant au moins un(e):						
Agression	51 %	82 %	+ .67	.037	88	11
Malchance	48 %	91 %	+1.00	* .002	88	11
Échec	11 %	18 %	+ .19	.545	88	11
Danger pour le bébé	03 %	18 %	+ .58	.070	88	11

Finalement, durant la période post-natale, une plus grande proportion des rêves des femmes déprimées comportaient au moins une malchance (70 % des rêves, contre 35 % des rêves des femmes non déprimées), $h = .70$, $p = .003$. De plus, 38 % des femmes déprimées ont rapporté un rêve comprenant un danger pour leur bébé, contre seulement 8 % des femmes non déprimées, $h = .74$, $p = .002$. Puisque ces variables peuvent être corrélées avec la longueur des rêves, des analyses additionnelles ont été menées afin de s'assurer que ces résultats ne soient pas le reflet d'une différence de la longueur des récits dans les deux groupes. Un test t pour échantillons indépendants a permis de confirmer que les rêves des femmes déprimées et non déprimées étaient de longueur similaire. Le Tableau 6 présente les détails des analyses pour la période post-natale.

Tableau 6

Proportion d'éléments négatifs dans les rêves du post-partum, chez le groupe non déprimé, comparativement au groupe déprimé.

	Non déprimé	Déprimé	h :	p :	N Non dép.	N Dép.
% Agression/Amitiés	39 %	37 %	-.04	.859	100	19
% Auto-négativité	64 %	73 %	+.19	.374	76	30
% Émotions négatives	89 %	87 %	-.05	.845	61	23
% Échecs/Succès	50 %	67 %	+.34	.497	12	6
Rêves comprenant au moins un(e):						
Agression	45 %	39 %	-.12	.616	71	23
Malchance	35 %	70 %	+.70	*.003	71	23
Échec	11 %	13 %	+.05	.821	71	23
Danger pour le bébé	08 %	38 %	+.74	*.002	71	23

Voici un exemple de rêve qui illustre bien les thèmes fréquents dans les rêves des femmes déprimées durant le post-partum :

« C'est la nuit, ma fille dort toute seule dans son lit, et mon conjoint et moi sommes dans notre chambre. L'alarme à feu retentit. Je regarde l'heure, et il est 2h45 du matin. Mon conjoint et moi nous levons subitement, et mon conjoint me devance pour aller dans la chambre de notre fille. Lorsque nous arrivons dans le couloir près de la chambre de notre fille, le feu envahit la chambre, on voit seulement du feu qui sort de la porte ouverte. Mon conjoint saute dans le feu, et moi je m'écroule en pleurant, car je viens de perdre deux êtres chers. Le feu s'approche de moi et je ne bouge pas. »

Émotions négatives des rêves.

Des tests de Mann-Whitney ont été effectués afin de comparer l'intensité des émotions négatives des rêves (telle qu'évaluée par les rêveuses à l'aide d'un questionnaire à propos de leur rêve) chez les femmes déprimées et les femmes non déprimées. Étant donné que 4 variables ont été employées pour mesurer les émotions négatives (tristesse, colère, anxiété et peur), le seuil de signification a été fixé à $p < .013$.

Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que les femmes déprimées et non déprimées décrivent de façon assez similaire les émotions de leurs rêves. Au deuxième trimestre, une seule différence marginalement significative a été observée pour l'anxiété, laquelle était attribuable à un niveau plus élevé chez les femmes déprimées, $U = 425.50$, $N1 = 91$, $N2 = 14$, $p = .037$. Au troisième trimestre, aucune différence significative n'a été décelée entre les deux groupes, bien que des tendances aient été observées pour la tristesse ($U = 284.00$, $N1 = 85$, $N2 = 11$, $p = .020$) et la peur ($U = 302.00$, $N1 = 85$,

$N2 = 11$, $p = .032$), toutes deux attribuables à un niveau plus élevé chez les femmes déprimées. Finalement, une différence significative a été observée durant la période post-natale, où les femmes déprimées ont rapporté un niveau significativement plus élevé de peur, $U = 477.50$, $N1 = 69$, $N2 = 23$, $p = .002$, bilatéral. Une tendance a également été observée pour l'anxiété, qui était légèrement plus élevée chez les femmes déprimées, $U = 585.00$, $N1 = 69$, $N2 = 23$, $p = .045$.

Analyses supplémentaires : interactions agressives des rêves.

Les analyses effectuées avec DreamSat suggérant une présence accrue d'interactions agressives dans les rêves des femmes déprimées, du moins pendant la grossesse, des analyses additionnelles ont été menées sur les rêves du deuxième et du troisième trimestre afin de mieux comprendre la nature de ces différences. Les questions suivantes ont été explorées :

- À quoi peut-on attribuer le pourcentage plus élevé d'interactions agressives chez les femmes déprimées : à une présence réellement marquée d'agressions, ou encore à une faible représentation d'interactions amicales ?
- Existe-t-il une différence entre les femmes déprimées et celles non déprimées quant au rôle joué par la rêveuse dans les agressions (victime ou agresseur) ?
- Y a-t-il des différences entre les femmes déprimées et celles non déprimées quant au type d'agressions (physique ou non physique) rapportées en rêve ?
- Y a-t-il des différences entre les deux groupes quant à la relation qui unit la rêveuse avec son agresseur, lorsque celle-ci est victime ?

Des tests de Mann-Whitney ont démontré que les femmes déprimées, comparativement aux femmes non déprimées, étaient impliquées dans un plus grand

nombre d'interactions agressives dans leurs rêves, tant au deuxième trimestre ($U = 456.50$, $N1 = 14$, $N2 = 93$, $p = .043$, bilatéral) qu'au troisième trimestre ($U = 260.00$, $N1 = 11$, $N2 = 88$, $p = .006$, bilatéral). Néanmoins, aucune différence n'a été décelée entre les deux groupes en ce qui a trait aux interactions amicales. La différence observée entre les deux groupes pour la proportion Agressions/Amitiés serait donc attribuable à une présence accrue d'interactions agressives dans les rêves des femmes déprimées.

En ce qui a trait à la nature des agressions et au rôle de la rêveuse dans ces dernières, des tests de différences entre proportions indépendantes n'ont décelé que très peu de différences entre les femmes déprimées et les femmes non déprimées. Ainsi, les femmes déprimées, tout comme celles non déprimées, étaient victimes dans environ les deux tiers des agressions dans lesquelles elles étaient impliquées au deuxième trimestre, tandis que cette proportion était d'approximativement 50 % pour les deux groupes au troisième trimestre. Par ailleurs, aucune différence entre les deux groupes n'a été observée en ce qui concerne le type d'agression dans les rêves, lesquelles étaient majoritairement de type non physique (par ex., critiques, rejets).

Finalement, un test de différence entre proportions indépendantes a permis de démontrer que chez les femmes déprimées ayant rapporté un rêve dans lequel elles étaient victimes au deuxième trimestre, l'agresseur était un proche dans 67 % des cas, alors que cette proportion n'était que de 18 % chez les femmes non déprimées, $h = 1.04$, $p < .001$. Néanmoins, cette différence n'était pas significative au troisième trimestre, où 56% des agressions perpétrées envers la rêveuse étaient commises par un proche chez les participantes déprimées, comparativement à 45 % pour les participantes non déprimées.

Analyses supplémentaires : rêves de grossesse et symptômes dépressifs du post-partum.

Dans leur étude à propos des rêves de la grossesse et de la DPP, Kron et Brosh (2003) avaient observé que les femmes déprimées durant le post-partum avaient rapporté des rêves de grossesse particulièrement neutres, en comparaison aux femmes n'ayant pas développé de symptômes dépressifs significatifs durant le post-partum.

Bien que les résultats de la présente étude suggèrent plutôt qu'il y ait une similarité entre l'expérience émotionnelle de la vie éveillée et celle du rêve, nous avons voulu vérifier si les rêves de la grossesse permettaient bel et bien d'identifier les femmes qui développeraient des symptômes dépressifs durant la période post-natale. Pour ce faire, les rêves du troisième trimestre ont été examinés, chez les femmes qui n'ont jamais atteint le seuil critique à l'EDPE pour chaque période de l'étude ($n = 58$), et chez les femmes non déprimées durant la grossesse, mais qui ont rapporté un score de 11 ou plus à l'EDPE lors du post-partum ($n = 16$).

Des comparaisons entre ces deux groupes à l'aide du programme DreamSat n'ont décelé aucune différence significative, pour chacune des proportions d'éléments négatifs des rêves. Qui plus est, tel qu'illustré au Tableau 7, la plupart des différences de proportions, bien que non significatives d'un point de vue statistique, suivent une tendance qui est opposée aux résultats de Kron et Brosh (2003).

Tableau 7

Comparaison de la proportion d'éléments négatifs dans les rêves du troisième trimestre, chez les femmes non déprimées et chez celles qui le sont devenues lors du post-partum.

	Jamais déprimées	Déprimées au post-partum seulement	<i>h</i> :	<i>p</i> :	<i>N</i> Jamais dép.	<i>N</i> Dép.
% Agressions/Amitiés	43 %	58 %	+.29	.163	81	33
% Auto-négativité	54 %	67 %	+.26	.248	93	24
% Émotions négatives	73 %	71 %	-.06	.820	49	17
% Échecs/Succès	33 %	50 %	+.34	.648	18	2
Rêves comprenant au moins un(e):						
Agression	50 %	63 %	+.25	.371	58	16
Malchance	47 %	50 %	+.07	.807	58	16
Échec	12 %	13 %	+.01	.963	58	16
Danger pour le bébé	0 %	06 %	+.49	.080	58	16

Prédiction 3b.

Dans un deuxième temps, la troisième hypothèse prédisait que les femmes *anxieuses*, comparativement aux femmes *non anxieuses*, présenteraient une plus grande proportion d'éléments négatifs dans leurs rêves et que les émotions négatives de leurs rêves seraient plus intenses.

Tel qu'expliqué dans la Méthode, un seuil critique de 40 à l'IASTA-Y (sous-échelle d'anxiété situationnelle) a été employé pour former les groupes de femmes non anxieuses et anxieuses. Ainsi, les femmes ayant rapporté un score de 39 ou moins (*anxiété faible*) formaient le groupe non anxieux, tandis que celles ayant rapporté un

score de 40 ou plus (*anxiété modérée à élevée*) formaient le groupe anxieux. Par ailleurs, afin de mieux cerner la relation spécifique qui existe entre l'anxiété et les rêves, toutes les participantes étant considérées déprimées selon les critères décrits précédemment pour l'EDPE ont été éliminés des analyses.

L'échantillon final de participantes anxieuses, mais non déprimées, était donc de 20 femmes au deuxième trimestre, de 19 femmes au troisième trimestre, et de 9 femmes durant la période post-natale.

Éléments négatifs des rêves.

À l'aide du programme DreamSat, les rêves des femmes anxieuses ont été comparés à ceux des femmes non anxieuses. Étant donné que 8 variables ont fait l'objet d'analyses, le seuil de signification a été fixé à $p < .006$. Contrairement à nos attentes, très peu de différences entre les femmes anxieuses et les femmes non anxieuses ont été décelées au niveau du contenu négatif des rêves.

Au deuxième trimestre, une seule différence significative a été observée, soit une proportion d'échecs plus élevée chez les femmes anxieuses (83 %, contre 21 % pour les femmes non anxieuses), $h = 1.35$, $p = .004$. Ceci se reflète également dans la proportion de rêves qui comprennent au moins un échec, qui s'est avérée marginalement plus élevée chez les femmes anxieuses (25 %, contre 5 % pour les femmes non anxieuses, $h = .59$, $p = .017$). Finalement, tel qu'illustré au Tableau 8, les autres proportions sont généralement très similaires entre les deux groupes, avec des effets de taille minime.

Tableau 8

Proportion d'éléments négatifs dans les rêves du deuxième trimestre, chez le groupe non anxieux, comparativement au groupe anxieux.

	Non anxieux	Anxieux	<i>h:</i>	<i>p:</i>	<i>N</i> Non anx.	<i>N</i> Anxieux
% Agressions/Amitiés	43 %	55 %	+.25	.223	138	29
% Auto-négativité	57 %	71 %	+.29	.133	127	34
% Émotions négatives	83 %	93 %	+.33	.239	88	15
% Échecs/Succès	21 %	83 %	+1.35 *	.004	19	6
Rêves comprenant au moins un(e):						
Agression	49 %	60 %	+.22	.366	96	20
Malchance	40 %	45 %	+.11	.655	96	20
Échec	05 %	25 %	+.59	.017	96	20
Danger pour le bébé	04 %	10 %	+.23	.345	96	20

Au troisième trimestre, aucune différence significative n'a été observée entre les rêves des femmes anxieuses et des femmes non anxieuses, tel que présenté au Tableau 9. Comme pour les rêves du deuxième trimestre, la plupart des différences de proportions entre les deux groupes se sont avérées minimales. Néanmoins, deux différences de taille moyenne se sont avérées marginalement significatives, soit une plus grande proportion d'interactions agressives dans les rêves des femmes anxieuses (63 %, contre 43 % pour les femmes non anxieuses, $h = .60$, $p = .034$), de même qu'un pourcentage plus élevé d'auto-négativité dans les rêves des femmes anxieuses (80 %, contre 57 % pour les femmes non anxieuses, $h = .50$, $p = .012$).

Tableau 9

Proportion d'éléments négatifs dans les rêves du troisième trimestre, chez le groupe non anxieux, comparativement au groupe anxieux.

	Non anxieux	Anxieux	<i>h:</i>	<i>p:</i>	<i>N</i> Non anx.	<i>N</i> Anxieux
% Agression/Amitiés	43 %	63 %	+ .60	.034	135	35
% Auto-négativité	57 %	80 %	+ .50	.012	144	30
% Émotions négatives	77 %	75 %	- .05	.856	70	16
% Échecs/Succès	35 %	50 %	+ .31	.560	26	4
Rêves comprenant au moins un(e):						
Agression	53 %	47 %	- .11	.670	91	19
Malchance	48 %	42 %	- .13	.619	91	19
Échec	11 %	16 %	+ .14	.575	91	19
Danger pour le bébé	03 %	00 %	- .36	.148	91	19

Finalement, tel qu'illustré au Tableau 10, aucune différence significative n'a été observée entre les rêves des femmes anxieuses et des femmes non anxieuses durant la période postnatale.

Tableau 10

Proportion d'éléments négatifs dans les rêves du post-partum, chez le groupe non anxieux, comparativement au groupe anxieux.

	Non anxieux	Anxieux	<i>h:</i>	<i>p:</i>	<i>N</i> Non anx.	<i>N</i> Anxieux
% Agressions/Amitiés	42 %	56 %	+.28	.278	103	18
% Auto-négativité	65 %	69 %	+.07	.798	84	16
% Émotions négatives	88 %	82 %	-.16	.616	57	11
% Échecs/Succès	50 %	33 %	-.34	.486	14	6
Rêves comprenant au moins un(e):						
Agression	46 %	44 %	-.04	.908	71	9
Malchance	32 %	44 %	+.25	.483	71	9
Échec	13 %	11 %	-.05	.891	71	9
Danger pour le bébé	8 %	11 %	+.09	.800	71	9

Émotions négatives des rêves.

Des tests de Mann-Whitney ont été effectués afin de comparer l'intensité des émotions négatives des rêves chez les femmes anxieuses et non anxieuses, telle qu'évaluée par les participantes à l'aide d'un questionnaire complété le matin suivant le rêve. Étant donné que 4 variables ont été employées pour mesurer les émotions négatives (tristesse, colère, anxiété et peur), le seuil de signification a été fixé à $p < .013$, bilatéral. Les résultats ne supportent pas l'hypothèse selon laquelle les femmes anxieuses ont des émotions négatives plus intenses dans leur rêve. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes et ce, à chacun des trois temps de l'étude.

Prédiction 3c.

En dernier lieu, l'hypothèse 3 prédisait que le contenu des rêves reflèterait toute variation significative des symptômes dépressifs et anxieux d'une période à l'autre de l'étude. Afin de tester cette hypothèse, des analyses de variance à mesures répétées ont été effectuées avec les scores de l'EDPE et de l'IASTA-Y (sous-échelle d'anxiété situationnelle), chez les participantes ayant complété les trois temps de l'étude ($n = 89$). Les pré-requis de normalité et de sphéricité ont été vérifiés. L'analyse exploratoire des données ayant mis en lumière la présence d'une valeur extrême dans les données de l'EDPE à la période post-natale, une participante a été éliminée des analyses concernant ce questionnaire. Aucune autre donnée extrême n'a été décelée.

Les analyses de variance à mesures répétées ne se sont pas avérées significatives pour aucun des questionnaires, ce qui suggère que l'intensité des symptômes dépressifs et anxieux est demeurée relativement stable d'un temps à l'autre dans notre échantillon. Les moyennes et les écart-types des données sont présentées au Tableau 11.

Tableau 11

Scores moyens (écart-types) aux échelles de symptômes dépressifs et anxieux.

	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	Post-natal
EDPE ^a	6.19 (4.41)	5.76 (4.11)	7.08 (4.48)
IASTA-Y (anxiété situationnelle) ^b	33.97 (10.89)	33.04 (9.14)	34.12 (11.01)

^a $n = 88$. ^b $n = 89$.

Dans un deuxième temps, la proportion des femmes rencontrant les critères d'inclusion décrits précédemment pour le groupe anxieux et déprimé a été comparée d'un temps à l'autre à l'aide du test Q de Cochran. En ce qui concerne les symptômes dépressifs, les analyses ont démontré qu'il y a eu un changement significatif dans la proportion des femmes appartenant au groupe déprimé d'un temps à l'autre de l'étude, $p = .005$. Afin d'obtenir plus d'information quant à cette différence, des analyses supplémentaires ont été effectuées à l'aide de tests de McNemar, en appliquant une correction de Bonferroni ($\alpha < .017$).

Les analyses ont démontré que la proportion de femmes déprimées était significativement plus élevée durant le post-partum, comparativement au deuxième trimestre, $p = .017$, et au troisième trimestre, $p = .015$, tandis qu'aucune différence n'a été observée entre le deuxième et le troisième trimestre. Finalement, en ce qui concerne l'anxiété, la proportion de participantes appartenant au groupe anxieux s'est avérée stable d'un temps à l'autre.

Éléments négatifs des rêves.

À la lumière de ces résultats, il était attendu que le contenu négatif des rêves serait similaire d'un temps à l'autre, car la fluctuation significative, observée au niveau des symptômes dépressifs uniquement, semblait insuffisante pour se traduire par des changements notables au niveau du contenu des rêves. En effet, bien que la proportion des femmes formant le groupe déprimé avait augmenté durant la période post-natale, il n'y avait tout de même pas eu un changement suffisant pour se traduire par une différence significative dans le score moyen à l'EDPE d'un temps à l'autre. Compte tenu

que 8 variables ont été employées pour évaluer le caractère négatif des rêves, le niveau de signification a été fixé à $p < .006$, bilatéral.

Afin de comparer les rêves des deux temps de la grossesse et de la période post-natale, des tests de différences entre proportions ont été effectués à l'aide du programme DreamSat, pour les quatre proportions suivantes : interactions agressives/interactions amicales, pourcentage d'auto-négativité, pourcentage d'émotions négatives et échecs/succès. Le programme DreamSat ne permettant pas des comparaisons pour des mesures répétées comprenant trois temps, les rêves de la période post-natale ont servi de données de référence, et ils ont été comparés aux rêves des deux périodes de la grossesse. Étant donné que les proportions obtenues pour les rêves du deuxième et du troisième trimestre étaient similaires, et qu'il n'y avait aucune indication que les rêves de ces deux périodes soient très différents, à la lumière des questionnaires de symptômes dépressifs et anxieux, aucune analyse additionnelle comparant ces deux temps n'a été effectuée avec DreamSat.

Tel qu'attendu, aucune différence significative n'a été observée entre les rêves de la période post-natale et ceux de la grossesse, pour chacune des quatre variables du rêve. Les détails de ces analyses se trouvent à l'Annexe 14.

Des tests Q de Cochran ont été menés sur les quatre autres variables du rêve qui pouvaient être exprimées de manière dichotomique, soit les variables suivantes : présence d'au moins une agression, présence d'au moins un échec, présence d'au moins une malchance, présence d'au moins un danger pour le bébé. Ainsi, le 0 représentait l'absence de l'élément en question, alors que le 1 en signifiait la présence. Ce test non-paramétrique

pour des données dichotomiques a été préféré à DreamSat pour ces variables, car il permettait d'inclure trois mesures répétées dans une seule et même analyse.

Les données des trois temps se sont avérées très similaires au niveau des variables d'agression, d'échec et de malchance. Seule la proportion de rêves comprenant un danger pour le bébé a présenté une différence marginalement significative, $Q(2) = 9.10, p = .011$. Des analyses supplémentaires à l'aide de tests de McNemar ont permis de déterminer que cela était attribuable à une augmentation significative de la proportion de rêves comprenant cet élément du troisième trimestre à la période post-natale, $p \text{ exact} = .002$.

Émotions négatives des rêves.

Compte tenu de la faible fluctuation des symptômes dépressifs et anxieux du deuxième trimestre à la période post-natale, il était attendu que l'intensité des émotions négatives des rêves, telle qu'évaluée par les participantes à l'aide du questionnaire sur leur rêve, serait similaire d'un temps à l'autre. Afin de tester cette prédiction, les données des trois temps ont été comparées à l'aide du test de Friedman. Tel qu'attendu, aucune différence significative entre les trois temps n'a été observée et ce, pour chaque émotion étudiée (colère, tristesse, peur, anxiété).

Discussion

Dans cette section, les principaux résultats de cette étude seront résumés, puis discutés à la lumière de recherches menées précédemment à propos des rêves. Par la suite, les implications théoriques et cliniques des résultats seront examinées, puis les forces et les limites de cette étude seront abordées. Finalement, quelques suggestions pour des recherches futures seront présentées.

Représentation de la Grossesse et de la Maternité dans les Rêves

La première hypothèse de cette étude prédisait que l'expérience de la grossesse et de la maternité se refléterait dans les rêves. Il était attendu qu'une plus grande proportion des rêves des femmes enceintes contiendrait des références directes à la grossesse et à la maternité, comparativement aux rêves des femmes non enceintes. Par ailleurs, il était avancé que le contenu des rêves refléterait les caractéristiques spécifiques aux périodes prénatale et post-natale. Tel que décrit plus loin, ces deux prédictions ont été confirmées.

Comparaison des rêves des femmes enceintes et des femmes non enceintes.

Les diverses références à la grossesse et à la maternité ont été fortement représentées dans les rêves de la grossesse et du post-partum, et de façon significativement plus élevée que dans les rêves des femmes non enceintes. Ainsi, plus de la moitié des rêves comprenait l'une ou l'autre de ces références au deuxième trimestre (58 %) et au troisième trimestre (60 %), tandis que près des deux tiers des rêves (65 %) en comprenaient durant la période post-natale.

Au troisième trimestre, les rêves des femmes enceintes comprenaient fréquemment des éléments représentant la grossesse et la maternité (par ex., être enceinte, référence au fœtus, référence au bébé, référence médicale, référence à l'accouchement, prendre soin du bébé), alors que ces éléments étaient très rares dans les rêves du groupe

de comparaison. Par ailleurs, les primipares, comparativement aux femmes non enceintes sans enfant, ont rapporté plus fréquemment des rêves comprenant des références à un enfant et à leur futur rôle de mère, ce qui constitue possiblement un reflet de leurs préoccupations de l'éveil. Quant aux comparaisons impliquant les multipares et les femmes non enceintes ayant un ou des enfants, aucune différence n'a été décelée en ce qui a trait à la présence de références à un enfant et au rôle de mère dans les rêves. Ceci est peu surprenant, car l'accession à la maternité entraîne des changements majeurs et durables, qui se reflètent probablement de façon tout aussi durable dans les rêves.

Pour ce qui est de la période post-natale, les analyses ont démontré que les rêves de cette période comprenaient plus fréquemment les références suivantes, comparativement aux rêves des femmes non enceintes : référence au bébé, référence médicale, prendre soin de son bébé. Néanmoins, aucune différence n'a été observée en ce qui a trait aux références à la grossesse et à l'accouchement, qui se sont avérées très peu fréquentes dans les deux groupes. De plus, il n'y a eu aucune référence au fœtus dans chacun des deux groupes.

Ces résultats rendent bien compte à quel point la grossesse et l'arrivée d'un enfant sont des événements majeurs et qui ont des répercussions non seulement sur le quotidien et sur les pensées de l'éveil, mais aussi sur l'activité onirique. Qui plus est, les références à la grossesse et à la maternité semblent assez bien résister aux transformations des rêves puisqu'il est possible, pour des juges, de les identifier. Ceci est très intéressant quand on tient compte des recherches qui ont tenté avec peu de succès de faire des liens entre les caractéristiques de l'éveil et le contenu des rêves (par ex., Hobson & Kahn, 2008 ; Roussy, 2000). Par exemple, Roussy (2000) a observé que des juges, dont un

psychologue clinicien, étaient incapables d'apparier correctement des récits de rêves et des descriptions de pensées et de préoccupations de l'éveil, leur taux de succès ne dépassant guère le taux de hasard. Roussy (2000) avait donc conclu que la relation entre le rêve et l'éveil n'était pas si évidente, et que le rêve semblait intégrer les éléments de la vie éveillée de façon aléatoire, sans égard à la chronologie ou à l'importance de l'élément en question dans la vie de l'individu.

Bien que notre étude ne se soit pas intéressée à la manière dont les rêves de grossesse et du post-partum incorporent les caractéristiques et les préoccupations particulières à chaque rêveuse, nos résultats suggèrent qu'en soi, l'expérience de la grossesse est assez marquante pour se transposer clairement dans les rêves. Par ailleurs, bien que nous n'ayons pas tenté d'apparier les rêves au statut des participantes (par exemple, enceinte vs. non enceinte, période prénatale vs. période post-natale), nous pouvons suggérer qu'une telle tentative aurait probablement mené à un taux de succès surpassant le hasard étant donné la présence de points de repère clairement identifiables.

Si certains éléments relatifs à la grossesse et à la maternité se manifestent dans les rêves de façon non équivoque, et sans transformation majeure malgré le changement de mode d'expression, il est aussi probable qu'ils se reflètent de manière symbolique, comme l'ont avancé certains chercheurs (par ex., Jones, 1978 ; Maybruck, 1986). Ce rêve, noté durant le troisième trimestre, en est un bon exemple :

« J'étais avec mon mari et nous regardions une bouteille de vin sur laquelle nous avons vu une fissure. Lentement, la fissure s'est agrandie et d'autres fissures sont apparues, comme un œuf qui éclot. Et dans une partie de la bouteille, il y avait un poussin. L'oisillon était de la grosseur de deux œufs et il était couvert d'une

substance blanche et collante, et il avait des filaments de couleur rouge vin. Le poussin était vivant et le reste de la bouteille était remplie de vin. Nous étions perplexes, mais tout semblait normal. J'ai décidé de m'occuper du poussin et de lui trouver à manger. Mon conjoint a bu le vin. Après l'avoir nettoyé avec de l'eau, je lui ai offert différentes choses à manger pour trouver quelque chose qu'il aimerait. »

Il est plausible que la grossesse et la maternité soient parfois représentées de façon symbolique dans les rêves, mais ces représentations prennent probablement des formes très variées qui rendent leur identification difficile, comme le suggèrent notamment nos analyses additionnelles à propos des références indirectes. Pour mieux évaluer leur présence dans les rêves de la grossesse et du post-partum, il faudrait probablement impliquer les rêveuses, et recueillir leurs impressions et interprétations de leurs propres rêves.

En somme, nos analyses comparatives des rêves des femmes enceintes et des femmes non enceintes font état d'une représentation plus fréquente de la grossesse et de la maternité dans les rêves de la grossesse et du post-partum. Nos estimations sont assez conservatrices étant donné qu'elles ne proviennent que d'un récit de rêve par période et par participante, qu'elles ne tiennent compte que des références directes, et qu'elles se basent sur la cotation des rêves par des juges et non sur des questionnaires complétés par les rêveuses. Si ces analyses sous-estiment probablement la présence de thèmes liés à la grossesse et à la maternité dans les rêves, elles auront néanmoins permis de rendre compte de l'ampleur du phénomène et de son caractère spécifique à la grossesse (grâce

au groupe de comparaison), ainsi que de mieux cerner certains types de références que l'on retrouve dans les rêves de la grossesse et du post-partum.

Comparaison des rêves de la grossesse et du post-partum.

Les comparaisons impliquant les rêves du troisième trimestre et du post-partum ont permis de confirmer l'hypothèse selon laquelle le contenu des rêves reflèterait les caractéristiques spécifiques aux périodes prénatale et post-natale. Ainsi, les rêves de la période prénatale comprenaient plus fréquemment des références associées à la grossesse (foetus, être enceinte, références à l'accouchement), comparativement aux rêves de la période post-natale. Si les rêves de la grossesse faisaient surtout référence à la situation actuelle de la rêveuse, il y avait aussi fréquemment des références à la situation future de la rêveuse. Par exemple, 12 % des rêves du troisième trimestre faisaient référence au bébé né, et 10 % des rêves faisaient référence à l'accouchement.

Quant aux rêves du post-partum, ils comprenaient plus fréquemment des références associées à la maternité (bébé, être mère, prendre soin du bébé), comparativement aux rêves du troisième trimestre. Ainsi, le bébé était un élément central dans plus de 40 % des rêves et les femmes se décrivaient comme étant mère dans près de la moitié des rêves de cette période.

Il est intéressant de noter la quasi-inexistence de références à la grossesse et à l'accouchement dans les rêves du post-partum ; un mois après l'accouchement, on n'y trouve aucune référence au foetus, puis très peu de références à la grossesse (4 % des rêves) et à l'accouchement (1 % des rêves). Ceci peut sembler surprenant compte tenu le caractère pour le moins marquant de la grossesse, et surtout de l'accouchement. Ainsi, bien qu'il était prédit qu'il y aurait moins de références à la grossesse et à

l'accouchement durant le post-partum, nous nous attendions tout de même à en retrouver assez régulièrement dans les rêves de cette période. L'accouchement étant une expérience intense et chargée d'émotions, nous considérons également qu'il serait possible d'observer des éléments de mémoire épisodique dans certains rêves, ce qui n'a pas été le cas. Ceci concorde bien avec diverses recherches antérieures, qui font état d'une très faible prévalence de souvenirs épisodiques dans les rêves (par ex., Fosse, Fosse, Hobson, & Stickgold, 2003 ; Nielsen & Stenstrom, 2005), excepté dans un contexte d'état de stress post-traumatique, où les individus rapportent parfois des rêves qui reproduisent l'événement traumatique de façon fidèle à la réalité (Davis, Byrd, Rudy, & Wright, 2007; Schreuder, Kleijn, & Rooijmans, 2000). À la lumière de ces études, il serait intéressant d'évaluer si l'on retrouve des incorporations d'éléments associés à l'accouchement dans les rêves des femmes ayant vécu un accouchement particulièrement éprouvant, voire traumatisant. Les participantes de cette étude ayant généralement eu un accouchement sans complication, il n'a pas été possible d'étudier cette question.

En somme, ces résultats suggèrent que les rêves reflètent les caractéristiques et les préoccupations actuelles des rêveuses. Conséquemment, il est plausible que les éléments associés à la grossesse et à l'accouchement ne se retrouvent pas dans les rêves du post-partum tout simplement parce que, un mois après l'accouchement, cela ne constitue plus une préoccupation importante à l'éveil. La recherche ayant mis en lumière le phénomène du résidu diurne (incorporation accrue d'éléments provenant de la journée précédant le rêve) de même que l'effet de délai onirique (recrudescence d'incorporations d'éléments de la vie éveillée qui remontent à environ une semaine ; Nielsen, Kuiken, Alain, Stenstrom, & Powell, 2004), il est toutefois possible qu'il y ait eu des incorporations de

l'accouchement dans les rêves notés dans la semaine suivant celui-ci. Il ne faut également pas exclure la possibilité que des incorporations relatives à la grossesse et à l'accouchement aient lieu dans un délai beaucoup plus tardif qu'un mois post-natal (Grenier, 1999).

Teneur Négative des Rêves des Femmes Enceintes et des Femmes non Enceintes

La deuxième hypothèse prédisait que les femmes enceintes auraient des rêves plus négatifs que les femmes non enceintes. Contrairement à nos attentes, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes, tant au niveau du contenu négatif des rêves qu'au niveau de l'intensité des émotions négatives des rêves. Ces résultats concordent bien avec les observations de Jones (1978) et de Dagan, Lapidot et Eisenstein (2001), qui n'avaient pas décelé des rêves plus négatifs chez leurs participantes enceintes. Néanmoins, ces études comprenaient seulement une dizaine de participantes par groupe, ce qui pouvait en partie expliquer l'absence de différences significatives. De par la taille de son échantillon, qui atteint plus de 100 participantes par groupe, la présente étude offre un appui solide à ces observations.

Nos résultats suggèrent donc que si l'expérience de la grossesse est associée à une vulnérabilité psychologique, celle-ci n'est probablement pas assez intense pour résulter en des changements notables au niveau du contenu négatif des rêves. Il est également plausible que pour une majorité de femmes, la grossesse ne se traduise pas par une fragilité accrue ou par une crise identitaire. En effet, bien qu'elle entraîne des changements profonds et durables dans la vie d'une femme, la grossesse demeure un événement généralement empreint d'émotions foncièrement positives. Selon certains chercheurs, la grossesse ne devrait donc pas être décrite comme une crise, mais plutôt

comme un stade développemental et une opportunité de croissance (Lederman, 1984 ; Dagan et al., 2001).

Somme toute, il est possible que des situations nettement plus anxiogènes ou éprouvantes soient nécessaires pour se traduire par une augmentation de la teneur négative des rêves, comme par exemple des conflits armés (Valli, Revonsuo, Pälkä, & Punamäki, 2006) ou des désastres naturels (Wood, Bootzin, Rosenhan, Nolen-Hoeksema, & Jourden, 1992) – bref, des situations susceptibles de causer d'importantes difficultés d'adaptation chez la plupart des individus qui y sont confrontés.

Relation entre les Symptômes Dépressifs et Anxieux et le Contenu des Rêves

La troisième hypothèse prédisait que les symptômes dépressifs et anxieux seraient associés à un contenu négatif accru dans les rêves, ainsi qu'à des émotions négatives plus intenses. Elle prédisait également que toute variation significative des symptômes dépressifs et anxieux d'une période à l'autre de l'étude se traduirait par un changement similaire dans la teneur négative des rêves. Tel que décrit plus loin, les résultats obtenus dans cette étude offrent un appui important à l'hypothèse d'une relation entre les symptômes dépressifs et le contenu des rêves, alors qu'ils sont peu concluants en ce qui concerne l'anxiété.

Symptômes dépressifs.

L'hypothèse selon laquelle les femmes déprimées présenteraient une plus grande proportion d'éléments négatifs dans leurs rêves ainsi que des émotions négatives plus intenses a été partiellement confirmée. Au deuxième trimestre, les rêves du groupe déprimé se sont distingués par une plus grande proportion d'interactions agressives et de rêves comprenant un danger pour le bébé. Au troisième trimestre, les femmes déprimées

ont rapporté une plus grande proportion d'interactions agressives, un pourcentage plus élevé d'auto-négativité, ainsi qu'une plus grande proportion de rêves comprenant au moins une malchance. Finalement, durant la période post-natale, une plus grande proportion des rêves des femmes déprimées comportaient au moins une malchance, de même qu'au moins un danger pour leur bébé.

Outre ces résultats significatifs, il est à noter que la très grande majorité des autres différences de proportions, bien que non significatives, suivent une tendance qui concorde avec nos hypothèses. Parmi celles-ci, plusieurs sont de taille moyenne et auraient possiblement atteint le seuil de signification, n'eut été de la petite taille du groupe déprimé à chacun des trois temps. Par ailleurs, aucune différence significative ne suit une tendance opposée à nos hypothèses, ce qui peut constituer en soit un appui à nos hypothèses.

Lors des analyses de contenu, quatre variables du rêve ont donc caractérisé les femmes déprimées à l'un ou l'autre des temps de l'étude, soit la proportion d'agressions, l'auto-négativité, la présence de malchance ainsi que la présence d'un danger pour le bébé dans les rêves. Il est intéressant de constater que les différences entre les femmes déprimées et les femmes non déprimées ne sont pas stables d'un temps à l'autre. Par exemple, les femmes déprimées se démarquent par une présence accrue de dangers pour le bébé au deuxième trimestre et durant la période post-natale, mais pas durant le troisième trimestre. De fait, cet élément semble peu caractéristique des rêves du troisième trimestre pour l'ensemble des participantes. Il est possible que ceci soit attribuable au fait que les inquiétudes par rapport au bébé soient variables du deuxième trimestre à la période post-natale. Ainsi, tout au long de la grossesse, les femmes ne peuvent être

certaines que leur enfant est en santé et qu'elles mèneront leur grossesse à terme. Vers la 23^e semaine, les accouchements prématurés sont relativement rares, mais tout de même possibles, et ils sont associés à un très haut taux de mortalité. Au contraire, à partir de la 32^e semaine de grossesse, les chances de survie en cas d'accouchement prématuré sont élevées (Morgan, Goldenberg, & Schulkin, 2008) ; à ce stade-ci de la grossesse, la femme enceinte est possiblement plus confiante que tout se passera bien pour son enfant et pour elle. Suite à l'accouchement, la nouvelle mère est susceptible de vivre à nouveau diverses inquiétudes quant au bien-être de son enfant, et notamment d'être préoccupée par le risque de mort subite du nourrisson. Ainsi, il est possible qu'en parallèle avec les inquiétudes de l'éveil, l'enfant soit fréquemment l'objet de divers dangers dans les rêves du deuxième trimestre et de la période post-natale, mais non dans ceux du troisième trimestre. Si cette tendance dans les rêves peut s'appliquer à l'ensemble des participantes, elle est amplifiée chez les femmes déprimées, d'où la différence significative entre les deux groupes au deuxième trimestre et lors du post-partum.

Parmi les autres différences significatives, on observe une proportion d'interactions agressives plus élevée chez les femmes déprimées, mais seulement dans les rêves du deuxième et du troisième trimestre. Si cette différence ne persiste pas durant le post-partum, c'est peut-être parce que, pour l'ensemble des participantes au post-partum, la proportion d'interactions agressives par rapport aux interactions amicales est à son plus bas. De fait, nous avons constaté une augmentation des interactions amicales durant la période post-natale pour l'ensemble des participantes, laquelle est probablement attribuable au fait qu'il y a de nombreuses références aux soins apportés au bébé par la rêveuse. Par ailleurs, la proportion d'interactions agressives telle que calculée par

DreamSat ne tient compte que des interactions impliquant la rêveuse ; or, durant la période post-natale, il semble que la personne qui est généralement victime dans les rêves n'est plus la rêveuse, mais bien son bébé. Ainsi, chez les participantes déprimées, ce thème est omniprésent, avec près de 40% des rêves comprenant un danger pour l'enfant. Il est donc possible que les agressions soient tout aussi importantes, mais qu'elles ne soient simplement plus autant dirigées vers la rêveuse. À l'éveil comme dans le rêve, l'enfant devient possiblement la principale préoccupation de la mère et l'objet de ses plus grandes inquiétudes. Afin d'illustrer nos propos, voici un extrait de rêve rapporté par une femme déprimée durant le post-partum:

« J'ai rêvé que mon fils plus âgé faisait mal à mon bébé. Il le tapait quand je n'étais pas là. Quand je suis revenue à la maison, mon bébé avait la tête défoncée. J'ai crié, j'ai appelé une ambulance. Nous sommes partis et les ambulanciers disaient que mon fils serait paralysé. »

En somme, l'analyse de contenu a révélé que les femmes déprimées avaient des rêves généralement plus négatifs que les femmes non déprimées, ce qui suggère à tout le moins que leur détresse psychologique se reflète dans les rêves. Parmi les thèmes observés dans les rêves des femmes déprimées, plusieurs rappellent les distorsions cognitives associées à la dépression (par ex., dévalorisation personnelle, sentiment d'incompétence, pessimisme ; Beck, 1964, 1967 ; Clark, Beck, & Stewart, 1990). Il est possible que ces éléments du rêve soient le reflet de distorsions cognitives similaires à l'éveil. Malheureusement, ceci ne peut être évalué étant donné que nous ne possédons pas de détails quant aux préoccupations et aux pensées erronées présentes à l'éveil chez chacune des participantes. Il faut également souligner que si les rêves reflètent des

émotions et des distorsions cognitives de l'éveil, celles-ci sont probablement transformées et amplifiées en raison du changement de modalité d'expression, comme l'avait d'ailleurs remarqué Beck (1971) :

A more parsimonious way of approaching dream reports is to regard their interpretation as a kind of biopsy of the patient's psychological processes. The cognitive model provides a useful framework for analyzing these processes. According to this model, the pathognomonic dream dramatizes the way the individual sees himself, his world, and his future. (p. 6)

Finalement, malgré que nos résultats suggèrent que la détresse émotionnelle soit associée à un contenu négatif accru dans les rêves, il semble que les rêveuses déprimées ne décrivent pas les émotions de leurs rêves de façon très différente des femmes sans de tels symptômes. En fait, seule la peur s'est avérée plus élevée chez les femmes déprimées durant la période post-natale. Néanmoins, plusieurs tendances marginalement significatives ont été observées. Dans l'interprétation de ces résultats, il faut tenir compte de nos critères conservateurs ($\alpha = .013$) et de la petite taille des échantillons de femmes déprimées, qui ont certainement limité la capacité à déceler des différences. Ces résultats non significatifs pourraient aussi être attribuables à notre questionnaire sur les émotions du rêve, qui n'est peut-être pas assez sensible pour déceler des différences légères entre les groupes. Il est également possible que les émotions négatives soient relativement intenses chez une majorité de participantes, et que les scores les plus élevés du questionnaire soient donc surreprésentés dans nos données, tant pour les participantes déprimées que pour les participantes sans symptôme significatif. Ceci concorde avec la

littérature, qui reconnaît depuis longtemps que la teneur négative et l'intensité émotionnelle sont des caractéristiques dominantes des rêves (Domhoff, 1996, 2003).

Rêves de grossesse et prédiction des symptômes dépressifs du post-partum.

En guise de réplique à l'étude de Kron et Brosh (2003), nous avons tenté de déterminer si les rêves de la grossesse permettaient de prédire les symptômes dépressifs du post-partum. Contrairement à cette étude, nous n'avons pas observé des rêves moins négatifs chez les femmes ayant développé des symptômes dépressifs durant le post-partum. Qui plus est, les différences de proportions observées entre les deux groupes, bien que non significatives, suivaient plutôt une tendance opposée aux résultats de Kron et Brosh (2003). Nos résultats remettent donc en question l'hypothèse de ces chercheurs, selon laquelle les rêves auraient un rôle à jouer dans l'adaptation psychologique, en permettant aux individus de faire un travail émotionnel et d'exprimer leur anxiété. Nos résultats suggèrent que les rêves reflètent l'état actuel des rêveuses plutôt que leur condition future.

Divers facteurs peuvent être évoqués pour expliquer la divergence de nos résultats et de ceux de Kron et Brosh (2003), notamment leur usage d'une entrevue rétrospective plutôt que d'un journal pour recueillir les rêves, la liberté de leurs participantes de rapporter le rêve de leur choix plutôt que de noter le dernier rêve remémoré, leur critère moins conservateur pour distinguer les femmes déprimées et les femmes non déprimées ($EDPE \geq 10$), ainsi que l'évaluation des symptômes dépressifs durant le post-partum uniquement.

Symptômes anxieux.

Notre hypothèse selon laquelle les femmes anxieuses présenteraient une plus grande proportion d'éléments négatifs dans leurs rêves ainsi que des émotions négatives plus intenses n'a pas été confirmée. Nos résultats offrent donc un appui à l'étude de Mancuso et ses collègues (2008), et suggèrent que l'anxiété est peu associée au contenu négatif des rêves, du moins dans le contexte de la grossesse et du post-partum. En effet, les femmes anxieuses et les femmes non anxieuses ne se sont généralement pas distinguées quant au contenu de leurs rêves, et une seule différence entre les deux groupes a été décelée au deuxième trimestre, où les femmes anxieuses ont rapporté un taux plus élevé d'échecs. Qui plus est, aucune différence significative n'a été observée au niveau de l'intensité des émotions des rêves, telles que décrites par les rêveuses.

Il se peut que l'anxiété ne se transpose pas clairement dans les rêves, contrairement à la dépression. Il faut toutefois noter que l'anxiété ressentie par nos participantes, bien qu'atteignant le seuil de l'anxiété d'intensité modérée à élevée (Spielberger, 1988), était peut-être insuffisante pour se traduire dans les rêves. De fait, on constate que les femmes les plus anxieuses étaient généralement aussi déprimées, et qu'elles ont donc été exclues des analyses. Par conséquent, les analyses à propos de l'anxiété ont été menées principalement avec des données de participantes modérément anxieuses. Par ailleurs, il ne faut pas exclure la possibilité que le petit nombre de participantes anxieuses ait limité notre capacité à déceler des différences significatives entre les deux groupes. Néanmoins, à la lumière des analyses avec DreamSat, qui démontrent des effets de taille généralement minimes, on peut supposer qu'un échantillon plus important n'aurait pas mené à des résultats très différents de ceux-ci.

Évolution des symptômes dépressifs et anxieux et du contenu des rêves.

Des recherches ayant fait état d'une fluctuation des symptômes dépressifs et anxieux du deuxième trimestre à la période post-natale (par ex., De Tychey et al., 2005 ; Evans et al., 2001 ; Heron et al., 2004), il était attendu que de telles variations seraient observées dans notre échantillon. Le cas échéant, nous voulions déterminer si les rêves étaient assez sensibles à la vie éveillée pour les refléter.

Les analyses ayant démontré une faible fluctuation des symptômes dépressifs et anxieux du deuxième trimestre à la période post-natale, il a été avancé que la teneur négative des rêves des trois périodes serait similaire. Conformément à nos attentes, aucune différence significative n'a été décelée entre les rêves des trois temps, tant au niveau du contenu négatif des rêves qu'au niveau de l'intensité des émotions négatives des rêves. Seule la proportion de rêves comprenant un danger pour le bébé a présenté une différence marginalement significative, laquelle était attribuable à une augmentation de la proportion de rêves comprenant cet élément du troisième trimestre à la période post-natale. Il est toutefois plausible que cette augmentation durant la période post-natale ne soit pas principalement reliée à une augmentation des symptômes dépressifs et anxieux, mais qu'elle soit plutôt un reflet de la vie éveillée, c'est-à-dire du fait que l'enfant est né et qu'il est désormais exposé aux divers dangers de la vie.

En somme, si ces résultats offrent un appui à notre hypothèse, il faut néanmoins reconnaître qu'une situation suscitant une réelle variation des symptômes serait nécessaire pour la tester plus adéquatement. Certaines études menées dans de tels contextes ont obtenu des résultats qui renforcent cette hypothèse. Par exemple, on a observé une diminution de la teneur négative des rêves lorsqu'il y a une amélioration des

symptômes d'état de stress post-traumatique (Germain et al., 2004). Par ailleurs, une étude longitudinale de Pesant et Zadra (2006) a permis de démontrer qu'une diminution du niveau de bien-être psychologique se traduisait par une augmentation de la teneur négative des rêves. Quelques études ont aussi observé que dans un contexte de dépression, une amélioration des symptômes mène à une diminution progressive de la teneur négative des rêves (par ex., Kramer, Whitman, Baldrige, & Ornstein, 1968). Pour mieux comprendre et documenter ce phénomène, des études longitudinales qui suivraient des personnes déprimées jusqu'à leur rémission seraient des plus utiles.

Implications des Résultats

Implications théoriques.

Depuis les débuts de la recherche scientifique sur les rêves, la relation qui les unit avec la vie éveillée fascine les chercheurs. Si la perspective de la continuité jouit d'une grande popularité, il n'en demeure pas moins que les détails de cette continuité sont encore mal définis, malgré plus d'un siècle d'études sur le sujet. Si l'on reconnaît que des éléments de la vie éveillée se transposent dans les rêves, ceux-ci sont néanmoins triés et transformés par l'activité onirique. Ainsi, le rêve semble perméable à certains éléments de l'éveil, alors que d'autres sont presque totalement ignorés, même s'ils revêtent une grande importance dans le quotidien (par ex., lire, écrire, travailler à l'ordinateur ; Hartmann, 2000). Qui plus est, les composantes de l'éveil représentées en rêve sont souvent tellement transformées que seul le rêveur peut réellement les associer à sa vie éveillée (Roussy, 2000).

Dans le cadre de cette étude, nous avons observé une continuité non équivoque entre le rêve et la vie éveillée, du moins pour certains éléments. De fait, nous avons

observé que l'expérience de la grossesse et de la maternité se transposait dans une imposante proportion des rêves de la grossesse et du post-partum, et que les éléments y faisant référence étaient généralement facilement identifiables. Par ailleurs, les analyses ont démontré que les femmes déprimées durant la grossesse et le post-partum rapportaient des rêves qui reflétaient leur détresse et qui permettaient de les distinguer des femmes n'ayant pas de tels symptômes. Ainsi, bien que l'ensemble des rêves étaient empreints d'éléments négatifs, ceux des femmes déprimées se démarquaient par une proportion accrue d'agressions, de malchances et de dangers pour le bébé. Par ailleurs, tel qu'il a été discuté précédemment, les thèmes négatifs caractérisant leurs rêves changeaient légèrement d'une période de l'étude à l'autre, possiblement en parallèle avec les particularités de l'éveil.

À la lumière de ces résultats, nous pouvons avancer que l'état émotionnel de l'éveil, ainsi que les expériences chargées d'émotions (comme le sont la grossesse et l'arrivée d'un enfant) sont particulièrement propices à se frayer un chemin dans les rêves, alors que certains éléments fréquents mais relativement neutres de l'éveil sont peu représentés (par ex., tâches ménagères, activités reliées au travail). Ceci pourrait possiblement expliquer que la continuité n'a pas été aussi clairement démontrée dans d'autres contextes, où la charge émotive des éléments étudiés était moins intense, comme par exemple dans l'étude de Delorme (1997) sur le stress des examens, ou encore dans l'étude de Roussy (2000) sur la relation entre les rêves et les préoccupations et activités quotidiennes d'étudiantes. De plus, la continuité ne s'est pas avérée tellement évidente dans certaines études pourtant très exigeantes d'un point de vue cognitif. Par exemple, dans une étude où des participants devaient porter des lunettes inversant leur champ

visuel durant quatre jours, De Koninck, Prévost et Lortie-Lussier (1996) ont observé que seulement la moitié des participants avaient des incorporations relatives à cette tâche dans leurs rêves, et que ces incorporations faisaient plutôt référence à la frustration reliée à la tâche, et non à l'inversion visuelle directement.

La présente étude offre un certain appui à la théorie de Hartmann (1996, 1998), selon laquelle les émotions de l'éveil sont à la base de la construction des rêves. Selon cette perspective, le rêve serait une métaphore de l'émotion dominante de l'éveil. Si nos résultats suggèrent en effet que l'expérience émotionnelle de l'éveil se transpose dans les rêves, on ne peut toutefois pas conclure que la relation entre les émotions de ces deux états est franchement claire et évidente. Ainsi, le rêve transforme probablement l'expérience émotionnelle de l'éveil, par exemple en l'amplifiant et en misant davantage sur son caractère négatif. Si le rêve se base sur l'émotion dominante à l'éveil, nous aurions en principe pu observer des différences plus évidentes au niveau du questionnaire sur les émotions du rêve, chez les femmes avec et sans symptômes dépressifs ou anxieux (par ex., anxiété plus intense chez les participantes anxieuses). Or, tel que discuté précédemment, les femmes avec et sans symptômes ont généralement décrit les émotions de leurs rêves de façon similaire, à quelques exceptions près. Ces résultats suggèrent donc que si les émotions de l'éveil sont un facteur important dans la construction des rêves, l'éveil et le rêve demeurent des entités distinctes, avec une expression émotionnelle qui n'est pas en parfaite continuité.

Dans un contexte de dépression et d'anxiété, il se peut aussi qu'au-delà des émotions, les distorsions cognitives propres à ces troubles aient un rôle à jouer dans la construction des rêves. Cette position est d'ailleurs défendue par Beck (1971), mais aussi

par Calvin Hall (1953 ; Hall & Nordby, 1972), dont le modèle cognitif stipule que les rêves sont constitués de pensées similaires à celles de l'éveil, et qu'ils reflètent les conceptions que l'individu a de lui-même, des autres, du monde, de ses pulsions et des conflits (Hall, 1953).

En ce qui concerne la fonction possible du rêve, cette étude ne permet pas de conclure que le rêve a une utilité, mais elle offre tout de même certains éléments de réponse à cet égard. La perspective de la continuité ayant été bien démontrée, nous pouvons avancer qu'il est peu probable que le rêve joue un rôle dans l'adaptation psychologique de manière compensatoire, du moins dans un contexte de grossesse. Ceci est d'autant plus appuyé par nos analyses supplémentaires, qui n'ont pas démontré que les femmes avec des rêves neutres durant la grossesse étaient plus à risque d'avoir des symptômes dépressifs durant le post-partum, contrairement à ce qui a été rapporté par Kron et Brosh (2003). De fait, lorsque nous avons comparé, dans un groupe de femmes enceintes non déprimées, celles ayant développé des symptômes dépressifs durant le post-partum et celles n'en ayant pas développé, nous avons constaté qu'il n'y avait aucune relation significative entre le contenu des rêves de grossesse et l'adaptation durant le post-partum.

Somme toute, le rêve semble plutôt refléter l'état actuel de la rêveuse et possiblement les capacités d'adaptation dont elle fait preuve à l'éveil. Certes, il est possible que les rêves aient un certain impact sur l'adaptation psychologique immédiate, mais si c'est le cas, cet impact est probablement subtil et difficilement quantifiable. Notamment, on peut avancer l'hypothèse que les nombreux rêves à propos de la grossesse et de la maternité aident les femmes enceintes à s'adapter à leur nouvelle réalité

et, pour les primipares, à intégrer leur statut de mère. Prenons par exemple, les deux rêves suivants, rapportés par des primipares durant leur grossesse :

« Je rêve que j'ai enfin mon bébé avec moi. Il est chaud, calme, il sent bon. Je suis comblée ! Je considère ce rêve comme un prélude à ce qui m'attend. Dans mon rêve, je suis comme sur un nuage. Je suis si heureuse, calme, comblée, en amour avec ma vie, ce petit être et mon conjoint. J'ai la sensation d'être une maman ! »

« J'étais au CLSC avec un groupe d'une vingtaine de personnes pour un cours sur l'allaitement. Toutes les femmes étaient accompagnées de leurs conjoints, sauf deux : moi et une femme qui était assise à mes côtés. Deux dames animaient le cours et nous enseignaient les grands principes de l'allaitement qui, dans le fond, m'étaient tout à fait familiers, comme si j'avais toujours allaité. Je me sentais bien et en confiance. »

Dans une perspective de continuité, on peut considérer ces rêves comme le reflet de la confiance qu'ont ces femmes en leurs qualités de mère et en leur habilité à s'adapter à ce nouveau rôle. Néanmoins, le fait d'avoir eu ces rêves a peut-être également eu un impact sur leur adaptation. Dans une série d'études récentes, Morewedge et Norton (2009) ont observé que la plupart des gens croient que les rêves peuvent leur fournir des informations importantes et véridiques à propos d'eux-mêmes et des gens qui les entourent. Il est possible que le même phénomène s'applique dans un contexte de grossesse, et que les rêves positifs aient donné aux rêveuses une plus grande confiance dans leurs capacités. Évidemment, ceci demeure purement spéculatif et pour répondre à cette question, des études additionnelles sont nécessaires. À cet égard, des études

longitudinales et qui comprendraient des entrevues où les participantes pourraient donner leurs impressions quant à leurs rêves et à leur impact seraient des plus utiles.

Implications cliniques.

Si nos résultats ne permettent pas d'affirmer qu'en soi, les rêves ont une utilité pour les rêveuses (par ex., gestion des émotions), ils offrent un appui de taille aux approches cliniques qui se servent des rêves. En effet, cette étude suggère que les émotions et les pensées observées dans les rêves présentent des similitudes avec celles de l'éveil. Conséquemment, les rêves pourraient être un outil additionnel pour comprendre l'individu et ses préoccupations. Ceci est d'ailleurs appuyé par bon nombre de recherches, qui démontrent que les rêves contribuent au processus thérapeutique, tant au niveau de la compréhension des caractéristiques et des difficultés de l'individu qu'au niveau de leur résolution (pour une revue, voir Pesant & Zadra, 2004).

Longtemps associées aux approches psychodynamiques, les thérapies qui s'intéressent aux rêves sont désormais ancrées dans diverses approches, notamment cognitives et expérientielles (Rosner, Lyddon, & Freeman, 2004 ; Hill, 1996). Néanmoins, comme le soulignent Pesant et Zadra (2004) la plupart des thérapeutes abordent rarement les rêves, malgré que plusieurs d'entre eux démontrent un intérêt pour le sujet et que de nombreux clients expriment le désir de discuter de leurs rêves durant la thérapie. Ainsi, l'emploi du rêve en psychothérapie est relativement bien établi et accepté dans quelques domaines seulement, notamment pour les cas de traumatismes (Germain et al., 2004) et pour le traitement des cauchemars (Krakow & Zadra, 2006). Il est possible que le rêve soit un sujet négligé dans la formation des cliniciens, ce qui expliquerait sa

faible utilisation en thérapie. Des modèles thérapeutiques fiables et qui s'intègrent bien à la pratique des cliniciens doivent aussi être développés.

Dans un contexte de grossesse, nos résultats suggèrent que les rêves sont une source utile d'informations à propos de l'état psychologique des femmes enceintes. Selon certains, le fait de s'y intéresser offrirait également une bonne occasion pour rassurer les femmes enceintes et pour introduire des volets éducatifs (Blake & Reimann, 1993). Il se peut également que les rêves mettent en lumière certaines difficultés vécues durant la grossesse et le post-partum et qu'ils soient donc d'une certaine utilité dans la détection des troubles psychologiques ou de troubles d'adaptation. À cet effet, certains chercheurs comme Maybruck (1986) ont remarqué que bien souvent, les femmes enceintes n'hésitaient pas à discuter du contenu particulièrement négatif de leurs rêves, alors qu'elles étaient réticentes à parler de leurs difficultés de l'éveil, possiblement en raison de la croyance répandue selon laquelle la grossesse et la maternité sont des événements foncièrement heureux.

Si le rêve s'annonce une voie prometteuse dans l'étude des aspects psychologiques propres à la grossesse et à la maternité, des études sont néanmoins nécessaires pour déterminer l'utilité des rêves pour l'évaluation et les interventions auprès de cette population. Aucune étude ne s'est encore penchée sur cette question, au meilleur de nos connaissances.

Forces et limites

Cette étude comporte de nombreuses forces qui méritent d'être soulignées, notamment son échantillon de bonne taille, qui est l'un des plus imposants pour une recherche sur les rêves de la grossesse. Par ailleurs, l'emploi d'un groupe de comparaison

composé de femmes non enceintes a permis de cibler les thèmes qui sont particuliers aux rêves de la grossesse et du post-partum, ce qui n'avait pas été effectué dans la plupart des études précédentes. La prise de mesures à propos des symptômes dépressifs et anxieux de l'éveil constitue également une innovation, et cela a enfin permis de mettre en relation le contenu des rêves et l'humeur de l'éveil chez un échantillon de femmes enceintes, tant durant la grossesse que lors du post-partum.

Par ailleurs, cette étude constitue l'une des premières investigations des rêves du post-partum. En effet, outre l'étude de Nielsen et Paquette (2007), qui s'intéressait principalement à un type de rêve surnommé par les auteurs de *baby-in-bed*, aucune étude ne s'était vraiment penchée sur le sujet avant la nôtre, au meilleur de nos connaissances. Parmi les autres points forts de cette étude, nous pouvons également souligner son caractère longitudinal, grâce auquel les rêves de deux périodes de la grossesse et d'une période du post-partum ont pu être comparés et distingués.

Au niveau méthodologique, cette étude a pour avantage d'employer des journaux de rêves, lesquels ont permis d'obtenir des récits détaillés à propos des rêves des participantes. Cette méthode est selon nous beaucoup plus fiable que les approches privilégiées par d'autres études (par ex., rappel rétrospectif des rêves ; liberté accordée aux participantes de rapporter le rêve de leur choix ; utilisation de questionnaires qui se limitent à un nombre restreint de thèmes plutôt que de recueillir des récits de rêves). Finalement, il faut souligner la rigueur de nos analyses, qui offre une grande crédibilité à nos résultats. Ceci est un point important, car bon nombres des études menées à ce jour sur les rêves de la grossesse présentaient des faiblesses majeures au niveau statistique, ce qui minait grandement la portée de leurs résultats (par ex., application de tests

paramétriques sans égard au fait que les données se prêtent mal aux tests de ce type ; aucun contrôle quant à la longueur variable des récits ; maintien de l'alpha à .05 alors que les analyses comprennent plusieurs dizaines de variables). Nos analyses ont également permis d'obtenir des résultats intelligibles et qui font état de l'ampleur des différences lors des comparaisons. Ceci est un atout de cette étude puisque, dans la majorité des publications sur les rêves, les auteurs discutent des résultats significatifs sans mentionner les tailles des effets (Domhoff, 2003).

En ce qui concerne les limites de cette étude, il faut reconnaître qu'un échantillon encore plus grand aurait contribué à mieux cibler l'impact des symptômes dépressifs et anxieux sur le rêve. En effet, bien que plus de cent femmes enceintes aient pris part à l'étude, une petite proportion d'entre elles rencontraient nos critères pour les groupes déprimé et anxieux. Par conséquent, il est possible que des différences bien réelles entre les femmes avec et sans symptômes n'aient pas été décelées lors des analyses.

Une autre faiblesse de cette étude concerne le choix de mesures auto-administrées pour évaluer les symptômes dépressifs et anxieux, plutôt que de privilégier une évaluation approfondie de ces derniers. Si les questionnaires de dépression et d'anxiété fournissent des indications quant à la présence et à l'intensité des symptômes, ils ne permettent pas de déterminer quelles sont les participantes qui rencontrent réellement les critères diagnostiques pour un trouble anxieux ou de l'humeur. Une évaluation plus poussée à l'aide d'une entrevue structurée aurait permis de mieux classer les participantes et d'accroître la rigueur de nos analyses comparatives.

Par ailleurs, il aurait pu être utile de recueillir des informations détaillées à propos des préoccupations et des activités journalières des participantes afin d'approfondir notre

compréhension de la relation entre l'éveil et le rêve. Une autre alternative aurait été d'impliquer les rêveuses dans l'identification des liens entre leurs rêves et les événements et caractéristiques de leur vie. Par ailleurs, plus de renseignements auraient pu être recueillis par rapport aux caractéristiques des rêves notés par les participantes. Par exemple, il aurait été intéressant de demander aux participantes de préciser si les rêves notés étaient des cauchemars ou non et d'évaluer la détresse y étant associée (Levin & Nielsen, 2007).

Le groupe de comparaison peut également faire l'objet de certaines critiques. Tout d'abord, les femmes enceintes et non enceintes de notre étude ne sont pas tout à fait comparables, notamment au niveau de l'âge, de la situation conjugale et du niveau d'éducation, ce qui pourrait avoir compromis nos analyses. Idéalement, les participantes enceintes et non enceintes auraient dû être appariées en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques. Pour faciliter cette tâche, les participantes enceintes auraient pu être encouragées à recruter, parmi leur entourage, une femme non enceinte présentant des caractéristiques similaires aux leurs. Parmi les autres limites du groupe de comparaison, il faut reconnaître que les participantes de ce groupe n'avaient pas exactement les mêmes critères d'exclusion que les participantes enceintes, puisque l'étude normative qu'elles ont complétée ne comprenait pas de questions par rapport aux antécédents de trouble psychotique ou bipolaire, d'état de stress post-traumatique, de cauchemars récurrents et de terreurs nocturnes. Enfin, les participantes non enceintes n'ont pas complété de questionnaires à propos des symptômes dépressifs et anxieux. Bien qu'aucune hypothèse ne s'intéressait à la présence de ces symptômes chez les femmes non enceintes, il aurait été pertinent de posséder cette information afin d'effectuer certaines analyses

préliminaires. Par exemple, dans le cadre de l'hypothèse 2, qui suggérait que les rêves des femmes enceintes soient plus négatifs, nous aurions pu vérifier si les symptômes dépressifs et anxieux des deux groupes différaient à l'éveil.

Recherches Futures

Si cette étude offre un appui de taille à la perspective de la continuité, en démontrant que l'expérience de la grossesse se transpose clairement dans les rêves, et que les symptômes dépressifs sont associés à un contenu onirique particulièrement négatif, force est d'admettre que cette perspective a été testée de façon assez générale. Des études qui tiennent compte des préoccupations et des pensées de l'éveil propres à chaque rêveuse constitueraient une suite logique à cette étude et seraient des plus utiles pour mieux comprendre comment les caractéristiques de l'éveil se traduisent dans les rêves. De plus, lors d'études futures, les participantes pourraient contribuer à la compréhension du phénomène de la continuité en étant impliquées dans l'analyse des relations entre les caractéristiques de l'éveil et de leurs rêves. Il serait également intéressant de mener des analyses qualitatives à propos des thèmes des rêves, une stratégie qui nous permettrait d'explorer de manière plus approfondie le contenu des rêves et d'identifier possiblement des composantes importantes qui n'ont pas été identifiées à l'aide des échelles de cotation de Hall et Van de Castle.

Cette étude aura permis de mieux comprendre les thèmes principaux des rêves de la grossesse et du post-partum. Compte tenu du nombre peu élevé d'études sur le post-partum, il serait très intéressant d'explorer davantage les rêves de cette période, notamment dans les jours qui suivent l'accouchement, ainsi que plusieurs mois après la naissance de l'enfant. Par exemple, cela permettrait de tester le phénomène du résidu

diurne et du délai onirique, en évaluant la présence d'incorporations relatives à l'accouchement dans les jours suivant la naissance de l'enfant. Nous pourrions également déterminer si les thèmes typiques des rêves du post-partum identifiés dans notre étude sont également pertinents à très court terme et à long terme dans la période post-natale.

Toujours dans un contexte de grossesse et de post-partum, il serait intéressant de mener des études en laboratoire de sommeil et d'obtenir des rêves des différentes périodes de sommeil paradoxal. Ce type d'étude permettrait d'une part de mieux comprendre comment le contenu des rêves évolue du début à la fin de la nuit, tant au niveau des références à la grossesse et à la maternité que du contenu négatif des rêves. D'autre part, ceci permettrait d'effectuer une réplique de l'étude de Cartwright et ses collègues (Cartwright, Young, Mercer, & Bears, 1998), selon laquelle le patron de changements dans la teneur négative des rêves du début à la fin de la nuit permettrait de distinguer les personnes déprimées en rémission et celles à risque d'une dépression plus chronique. La recherche faisant état d'un sommeil particulièrement perturbé chez les femmes déprimées durant le post-partum (Goyal, Gay, & Lee, 2009), des mesures polysomnographiques permettraient aussi de mieux comprendre le rôle potentiel de ces perturbations de sommeil sur le rappel et le contenu des rêves.

Finalement, en ce qui concerne nos résultats quant à la relation entre les symptômes dépressifs et anxieux et le contenu négatif des rêves, des études additionnelles sont nécessaires pour déterminer si le phénomène se généralise à d'autres populations de femmes enceintes, et s'il s'applique également à d'autres contextes de la vie, par exemple chez des personnes déprimées non enceintes. Des études longitudinales

impliquant des individus en rémission d'une dépression permettraient également de préciser la nature de la relation entre l'humeur et le contenu des rêves.

Conclusion

En somme, cette étude constitue l'une des plus vastes investigations des rêves de la grossesse, et l'une des premières explorations des rêves du post-partum. Elle aura permis de démontrer que l'expérience de la grossesse et de la maternité, ainsi que les symptômes dépressifs qui y sont parfois associés, se transposent de façon vérifiable dans les rêves. Des études additionnelles permettront, nous l'espérons, de clarifier davantage ce phénomène de continuité ainsi que d'évaluer la possibilité que les rêves aient une utilité dans l'adaptation psychologique durant la grossesse et le post-partum.

Références

- Adler, A. (1931/1960). *What life should mean to you*. Edinburgh: Bishop & Sons, Ltd.
- Adler, A. (1933/1972). *Le sens de la vie : Étude de psychologie individuelle comparée*. Paris: Éditions Payot.
- Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N. M. C., & Golse, B. (2005). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 89-95.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ananth, C. V., Liu, S., Kinzler, W. L., & Kramer, M. S. (2005). Stillbirths in the United States, 1981-2000: An age, period, and cohort analysis. *American Journal of Public Health*, 95, 2213-2217.
- Aserinsky, E., & Kleitman, N. (1953). Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep. *Science*, 118, 273-274.
- Asmar, S. A. (1999). Dream theory, 1960-1996: Analysis and implications for psychological research. *Dissertation Abstracts International*, 61 (01), 521B. (UMI No. 9959013)
- Austin, M. P., & Tully, L. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 101, 169-174.

- Barrett, D., & Loeffler, M. (1992). Comparison of dream content of depressed VS nondepressed dreamers. *Psychological Reports, 70*, 403-406.
- Beauchemin, K. M., & Hays, P. (1996). Dreaming away depression: The role of REM sleep and dreaming in affective disorders. *Journal of Affective Disorders, 41*, 125-133.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression : II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10*, 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Beck, A. T. (1971). Cognitive patterns in dreams and daydreams. In J. H. Masserman (Ed.), *Dream dynamics* (pp. 2-7). New York: Grune & Stratton.
- Beck, A. T., & Hurvich, M. S. (1959). Psychological correlates of depression. *Psychosomatic Medicine, 21*, 50-55.
- Beck, A. T., & Ward, C. H. (1961). Dreams of depressed patients. *Archives of General Psychiatry, 5*, 66-75.
- Beck, C. T., & Driscoll, J. W. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders: A clinician's guide*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Berle, J. O., Aare, T. F., Mykletun, A., Dahl, A. A., & Holsten, F. (2003). Screening for postnatal depression. Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders, 76*, 151-156.

- Bieling, P. J., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1998). The State-Trait Anxiety Inventory, Trait version: structure and content re-examined. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 777-788.
- Blake, R. L., & Reimann, J. (1993). The pregnancy related dreams of pregnant women. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 6, 117-122.
- Bokert, E. G. (1968). The effects of thirst and a related verbal stimulus on dream reports. *Dissertation Abstracts International*, 28 (11), 4753B. (UMI No. 6806041)
- Boss, M. (1958). *The analysis of dreams*. New York: Philosophical Library.
- Boyce, P. (1994). Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression. In J. Cox and J. Holden (Eds.), *Perinatal Psychiatry: Use and misuse of the Edinburgh postnatal depression scale* (pp.180-198). London: Gaskell.
- Braun, A. R., Balkin, T. J., Wesensten, N. J., Carson, R. E., Varga, M., Baldwin, P., Selbie, S., Belenky, G., & Herscovitch, P. (1997). Regional cerebral blood flow throughout the sleep-wake cycle: An H₂¹⁵O PET study. *Brain*, 120, 1173-1197.
- Breger, L. (1967). Function of dreams. *Journal of Abnormal Psychology Monograph*, 72, 1-28.
- Breger, L., Hunter, I., & Lane, R. W. (1971). *The effect of stress on dreams*. New York: International Universities Press.
- Brouwers, E. P. M., van Baar, A. L., & Pop, V. J. M. (2001). Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behavior and Development*, 24, 95-106.
- Burt, V. K., & Hendrick, V. C. (2005). *Clinical manual of women's mental health*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Busby, K., & De Koninck, J. (1980). Short-term effects of strategies for self-regulation on personality dimensions and dream content. *Perceptual and Motor Skills*, 50, 751-765.
- Cantwell, R., & Cox, J. L. (2003). Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics and Gynaecology*, 12, 7-13.
- Cartwright, R. D. (1991). Dreams that work: The relation of dream incorporation to adaptation to stressful events. *Dreaming*, 1, 3-9.
- Cartwright, R., Young, M. A., Mercer, P., & Bears, M. (1998). Role of REM sleep and dream variables in the prediction of remission from depression. *Psychiatry Research*, 80, 249-255.
- Chaturvedi, S. K., & Sarmukaddam, S. B. (1986). Prediction of outcome in depression by negative symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74, 183-186.
- Choi, P., Henshaw, C., Baker, S., & Tree, J. (2005). Supermum, superwife, supereverything: Performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23, 167-180.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Stewart, B. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 148-155.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.

- Cohen, D. B., & Cox, C. (1975). Neuroticism in the sleep laboratory: Implications for representational and adaptive properties of dreaming. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 91-108.
- Cox, J., & Holden, J. (2003). *Perinatal mental health: A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. London: Gaskell.
- Cox., J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150*, 782-786.
- Croen, L. A., & Shaw, G. M. (1995). Young maternal age and congenital malformations: A population-based study. *American Journal of Public Health, 85*, 710-713.
- Da Costa, D., Brender, W., & Larouche, J. (1995). *A prospective study of psychosocial predictors of reproductive outcome in younger in younger and older pregnant women*. Montreal: Sexuality and Reproduction Health Lab, Dept. of Psychology, Concordia University.
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders, 59*, 31-40.
- Dagan, Y., Lapidot, A., & Eisenstein, M. (2001). Women's dreams reported during first pregnancy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 55*, 13-20.
- Davis, J. L., Byrd, P., Rhudy, J. L., & Wright, D. C. (2007). Characteristics of chronic nightmares in a trauma-exposed treatment-seeking sample. *Dreaming, 17*, 187-198.

- Dayan, J., Andro, G., & Dugnat, M. (1999). *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris: Masson.
- De Koninck, J. (2000). Waking experiences and dreaming. In M. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine, Third Edition* (pp. 502-509). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- De Koninck, J., Koulack, D. (1975). Dream content and adaptation to a stressful situation. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 250-260.
- De Koninck, J., Prévost, F., & Lortie-Lussier, M. (1996). Vertical inversion of the visual field on REM sleep mentation. *Journal of Sleep Research*, 5, 16-20.
- De Koninck, J., & Sirois-Berliss, M. (1978). La motivation au rendement dans les rêves et durant l'éveil chez des étudiants canadiens-français et canadiens-anglais. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 10, 329-338.
- Delorme, M. A. (1997). Stress et stratégies d'adaptation à l'éveil et dans le rêve : une étude quasi-expérimentale. *Dissertation Abstracts International*, 59 (07), 3686B (UMI No. AAT NQ28333)
- Delorme, M. A., Lortie-Lussier, M., & De Koninck, J. (2002). Stress and coping in the waking and dreaming states during an examination period. *Dreaming*, 12, 171-183.
- Dement, W. C., & Kleitman, N. (1957). Cyclic variations in EEG during sleep and their relation to eye movements, body motility, and dreaming. *Electroencephalography and Clinical Neurology*, 9, 672-690.

- De Tychey, C., Spitz, E., Briançon, S., Lighezzolo, J., Girvan, F., Rosati, A., ... Vincent, S. (2005). Pre- and postnatal depression and coping: A comparative approach. *Journal of Affective Disorders*, 85, 323–326.
- Diego, M. A., Field, T., & Hernandez-Reif, M. (2005). Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behavior. *Infant Behavior & Development*, 28, 155–164.
- Domhoff, G. W. (1996). *Finding meaning in dreams: A quantitative approach*. New York: Plenum Press.
- Domhoff, G. W. (1999). New directions in the study of dream content using the Hall and Van de Caslte coding system. *Dreaming*, 9, 115-137.
- Domhoff, G. W. (2003). *The scientific study of dreams: Neural networks, cognitive development, and content analysis*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323, 257-260.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Faul, F., & Erdfelder, E. (1992). *GPOWER: A priori, post-hoc, and compromise power analyses for MS-DOS* [Computer program]. Bonn, FRG: Bonn University, Dep. of Psychology.

- Fosse, M. J., Fosse, R., Hobson, J. A., & Stickgold, R. J. (2003). Dreaming and episodic memory: A functional dissociation? *Journal of Cognitive Neuroscience*, 15, 1-9.
- Fosse, R., Stickgold, R., & Hobson, J. A. (2001). The mind in REM sleep: Reports of emotional experience. *Sleep*, 24, 947-955.
- French, T. M., & Fromm, E. (1964). *Dream interpretation: A new approach*. New York: Basic Books Publishers, Inc.
- Freud, S. (1901/1969). *Le rêve et son interprétation*. Paris: Éditions Gallimard.
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 25, 559-578.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106, 1071-1083.
- Gentil, M. L. F., & Lader, M. (1978). Dream content and daytime attitudes in anxious and calm women. *Psychological Medicine*, 8, 297-304.
- Germain, A., Krakow, B., Faucher, B., Zadra, A., Nielsen, T., Hollifield, M., ... Koss, M. (2004). Increased mastery elements associated with imagery rehearsal treatment for nightmares in sexual assault survivors with PTSD. *Dreaming*, 14, 195-206.
- Gillman, R. D. (1968). The dreams of pregnant women and maternal adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 38, 688-692.
- Gliner, J. A., & Morgan, G. A. (2000). *Research methods in applied settings: An integrated approach to design and analysis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scale version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Mount, J. H., Milne, K., & Cordy, N. I. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 269-274.
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Wallace, P. M., & Mount, J. H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 122-132.
- Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. (2009). Fragmented maternal sleep is more strongly correlated with depressive symptoms than infant temperament at three months postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 229-237.
- Grace, S. L., Evindar, A., & Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 263-274.
- Grant, K. A., McMahon, C., & Austin, M. P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 101-111.
- Green, J. M., & Murray, D. (1994). The use of the Edinburgh postnatal depression scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria. In J. Cox and J. Holden (Eds.), *Perinatal Psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh postnatal depression scale* (pp.180-198). London: Gaskell.
- Grenier, J. (1999). L'activité onirique et la mémoire autobiographique. *Dissertation Abstracts International*, 61 (01), 530B (UMI No. AAT NQ46521).

- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): New results about use and psychometric properties. *European Psychiatry, 13*, 83-89.
- Hall, C. S. (1953). A cognitive theory of dreams. *Journal of General Psychology, 49*, 273-282.
- Hall, C. S. (1967). Representation of the laboratory setting in dreams. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 144*, 198-206.
- Hall, C. S. (1984). "A ubiquitous sex difference in dreams" revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 1109-1117.
- Hall, C. S., & Nordby, V. J. (1972). *The individual and his dreams*. New York: The New American Library.
- Hall, C. S., & Van de Castle, R. L. (1966). *The content analysis of dreams*. New York: Meredith Publishing Company.
- Halliday, G. (1993). Examination dreams. *Perceptual and Motor Skills, 77*, 489-490.
- Hartmann, E. (1996). Outline for a theory on the nature and function of dreaming. *Dreaming, 6*, 147-170.
- Hartmann, E. (1998). *Dreams and nightmares: The new theory on the origin and meaning of dreams*. New York: Plenum Press.
- Hartmann, E. (2000). We do not dream of the 3 R's: Implications for the nature of dreaming mentation. *Dreaming, 10*, 103-110.
- Hartmann, E. (2008). The central image makes "big" dreams big: The central image as the emotional heart of the dream. *Dreaming, 18*, 44-57.

- Hartmann, E., Elkin, R., & Garg, M. (1991). Personality and dreaming: The dreams of people with very thick or very thin boundaries. *Dreaming*, 4, 311-324.
- Hauri, P. (1970). Evening activity, sleep mentation, and subjective sleep quality. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 270-275.
- Hauri, P. (1976). Dreams in patients remitted from reactive depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 1-10.
- Hedman, C., Pohjasvaara, T., Tolonen, U., Suhonen-Malm A.S., & Myllylä, V.V. (2002). Effects of pregnancy on mothers' sleep. *Sleep Medicine*, 3, 37-42.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65-73.
- Hill, C. E. (1996). *Working with dreams in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Hobson, A., & Kahn, D., (2007). Dream content: Individual and generic aspects. *Consciousness and Cognition*, 16, 850-858.
- Hobson, J. A., & McCarley, W. (1977). The brain as a dream state generator: An activation-synthesis hypothesis of the dream process. *American Journal of Psychiatry*, 135, 1335-1348.
- Hobson, J. A., Pace-Schott, E. F., & Stickgold, R. (2000a). Dreaming and the brain: Toward a cognitive neuroscience of conscious states. *Behavioral and Brain Sciences*, 23, 793-842.
- Hobson, J. A., Pace-Schott, E. F., & Stickgold, R. (2000b). Dream science 2000: A response to commentaries on dreaming and the brain. *Behavioral and Brain Sciences*, 23, 1019-1034.

- Hughes, J. D. (2000). Dream interpretation in Ancient civilizations. *Dreaming*, 10, 7-18.
- Hundley, V., Gurney, E., Graham, W., & Rennie, A. M. (1998). Can anxiety in pregnant women be measured using the State-Trait Inventory? *Midwifery*, 14, 118-121.
- Johnson, S., Burrows, A., & Williamson, I. (2004). "Does my bump look big in this?" The meaning of bodily changes for first-time mothers-to-be. *Journal of Health Psychology*, 9, 361-374.
- Jones, C. (1978). An exploratory study of women's manifest dreams during first pregnancy. *Dissertation Abstracts International*, 39 (04), 174 B. (UMI No. 7819359)
- Jordan, K., Capdevila, R., & Johnson, S. (2005). Baby or beauty: A Q study into post pregnancy body image. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23, 19-31.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 80, 251-255.
- Jung, C.G. (1953). *The structure and dynamics of the psyche* (2nd edition). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kim, J. J., Gordon, T. E. J., La Porte, L. M., Adams, M., Kuendig, J. M., & Silver, R. K. (2008). The utility of maternal depression screening in the third trimester. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199, 509.e1-509.e5.
- King, D. B., & DeCicco, T. L. (2007). The relationships between dream content and physical health, mood, and self-construal. *Dreaming*, 17, 127-139.

- Koulack, D., Prévost, F., & De Koninck, J. (1985). Sleep, dreaming, and adaptation to a stressful intellectual activity. *Sleep*, 8, 244-253.
- Krakov, B., & Zadra, A. (2006). Clinical management of chronic nightmares: Imagery rehearsal therapy. *Behavioral Sleep Medicine*, 4, 45-70.
- Kramer, M., Whitman, R. M., Baldridge, B., & Lansky, L. (1965). Depression: Dreams and defenses. *The American Journal of Psychiatry*, 122, 411-417.
- Kramer, M., Whitman, R. M., Baldridge, B., & Ornstein, P. H. (1968). Drugs and dreams III: The effects of imipramine on the dreams of depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1385-1392.
- Krippner, S., Posner, N. A., Pomerance, W., Barksdale, W., & Fischer, S. (1974). An investigation of dream content during pregnancy. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, 21, 111-123.
- Kron, T., & Brosh, A. (2003). Can dreams during pregnancy predict postpartum depression? *Dreaming*, 13, 67-81.
- Lam, R. W., Michalak, E. E., & Swinson, R. P. (2005). *Assessment scales in depression, mania and anxiety*. London: Taylor & Francis.
- Langs, R. J. (1966). Manifest dreams from three clinical groups. *Archives of General Psychiatry*, 14, 634-643.
- Lederman, R. P. (1984). *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Leech, N. L., Barrett, K. C., & Morgan, G. A. (2005). *SPSS for intermediate statistics: Use and interpretation*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Levin, R., & Nielsen, T. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress : A review and neurocognitive model. *Psychological Bulletin*, 133, 482-528.
- Lortie-Lussier, M., Schwab, C., & De Koninck, J. (1985). Working mothers versus homemakers: Do dreams reflect the changing roles of women? *Sex Roles*, 12, 1009-1021.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Mancuso, A., De Vivi, A., Fanara, G., Settineri, S., Giacobbe, A., & Pizzo, A. (2008). Emotional state and dreams in pregnant women. *Psychiatry Research*, 160, 380-386.
- Maquet, P., Péters, J. M., Aerts, J., Delfiore, G, Degueldre, C, Luxen, A., et al. (1996). Functional neuroanatomy of human rapid-eye-movement sleep and dreaming. *Nature*, 383, 163-166.
- Marcé, L. V. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet*. Paris : J. B. Baillière et Fils.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74, 139-147.

- Matthey, S., Henshaw, C., Elliott, S., & Barnett, B. (2006). Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale – implications for clinical and research practice. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 309-315.
- Maybruck, P. (1986). An exploratory study of the dreams of pregnant women. *Dissertation Abstracts International*, 47 (01), 362B. (UMI No. 8605318)
- Maybruck, P. (1989). *Pregnancy and dreams*. Los Angeles: Jeremy P. Tarcher.
- Maybruck, P. (1990). Pregnancy and dreams. In S. Krippner (Ed.), *Dreamtime and dreamwork: Decoding the language of the night* (pp.143-151). Los Angeles: Teremy P. Tarcher.
- McKnight, P. E., McKnight, K. M., Sidani, S., & Figueredo, A. J. (2007). *Missing data: A gentle introduction*. New York: Guilford Press.
- McNamara, P., McLaren, D., Smith, D., Brown, A., & Stickgold, R. (2005). A “Jekyll and Hyde” within aggressive versus friendly interactions in REM and non-REM dreams. *Psychological Science*, 16, 130-136.
- Mellman, T. A., David, D., Bustamante, V., Torres, J., & Fins, A. (2001). Dreams in the acute aftermath of trauma and their relationship to PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 241-247.
- Milgrom, J., Martin, P. R., & Negri, L. (1999). *Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners*. Chichester, England: John Wiley and Sons.
- Miller, J. B. (1969). Dreams during varying stages of depression. *Archives of General Psychiatry*, 20, 560-565.

- Moorcroft, W.H. (2003). *Understanding sleep and dreaming*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Morgan, M. A., Goldenberg, R. L., & Schulkin, J. (2008). Obstetrician-gynecologists practices regarding preterm birth at the limit of viability. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 21, 115–121.
- Morewedge, C. K., & Norton, M. I. (2009). When dreaming is believing: The (motivated) interpretation of dreams. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 249-264.
- Müller, M. J., Szegedi, A., Wetzel, H., & Benkert, O. (2001). Depressive factors and their relationships with other symptom domains in schizophrenia, schizoaffective disorder, and psychotic depression. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 19-28.
- Murray, L. (1996). A prospective longitudinal study of the impact of postnatal depression on child development in a low risk sample. *Infant Behavior and Development*, 19 (Suppl. 1), 238.
- Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). Postpartum depression and child development. *Psychological Medicine*, 27, 253-260.
- Murray, D., & Cox, J. L. (1990). Identifying depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 99-107.
- Nicolson, P. (1999). Loss, happiness and postpartum depression: The ultimate paradox. *Canadian Psychology*, 40, 162-178.
- Nielsen, T. A., Deslauriers, D., & Baylor, G. W. (1991). Emotions in dream and waking event reports. *Dreaming*, 1, 287-300.

- Nielsen, T. A., Kuiken, D., Alain, G., Stenstrom, P., & Powell, R. A. (2004). Immediate and delayed incorporations of events into dreams: Further replication and implications for dream function. *Journal of Sleep Research, 13*, 327-336.
- Nielsen, T., & Paquette, T. (2007). Dream-associated behaviors affecting pregnant and postpartum women. *Sleep, 30*, 1162-1169.
- Nielsen, T. A., & Stenstrom, P. (2005). What are the memory sources of dreaming? *Nature, 437*, 1286-1289.
- Nofzinger, E. A., Mintun, M.A., Wiseman, M., Kupfer, D. J., & Moore, R. Y. (1997). Forebrain activation in REM sleep: an FDG PET study. *Brain Research, 770*, 192-201.
- O'Connor, T. G., Heron, J., & Glover, V. (2002). Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 1470-1477.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 8*, 37-54.
- O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Phillipps, L. H., & Wright, E. J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 3-15.
- Pesant, N., & Zadra, A. (2004). Working with dreams: What do we know and what should we do? *Clinical Psychology Review, 24*, 489-512.
- Pesant, N., & Zadra, A. (2006). Dream content and psychological well-being: A longitudinal study of the continuity hypothesis. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 11-121.

- Pett., M. A. (1997). *Nonparametric statistics for health care research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Precelle, F. (2004). Problématique dépressive – première grossesse – menace d'accouchement prématuré. In C. De Tychey (Ed.), *La prévention des dépressions* (pp.86-95). Paris: L'Harmattan.
- Prysak, M., & Kisly, A. (1997). Age greater than thirty-four years is an independent pregnancy risk factor in nulliparous women. *Journal of Perinatology*, 17, 296-300.
- Quéniart, A. (1988). *Le corps paradoxal: Regards de femmes sur la maternité*. Montréal: Les Éditions Saint-Martin.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Revonsuo, A. (2000). The reinterpretation of dreams: An evolutionary hypothesis of the function of dreaming. *Behavioral and Brain Sciences*, 23, 877-901.
- Rosner, R. I., Lyddon, W. J., & Freeman, A. (2004). *Cognitive therapy and dreams*. New York: Springer.
- Ross, L. E., Gilbert Evans, S. E., Sellers, E. M., & Romach, M. K. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 51-57.
- Roussy, F. (2000). Testing the notion of continuity between waking experience and REM dream content. *Dissertation Abstracts International*, 61 (02), 1106B (UMI No. AAT NQ465411).

- Samson, H., & De Koninck, J. (1986). Continuity or compensation between waking and dreaming: An exploration using the Eysenck Personality Inventory. *Psychological Reports*, 58, 871-874.
- Sax, K. W. , Strakowsky, S. M., Keck, P. E., Upadhyaya, V. H., West, S. A., & McElroy, S. L. (1996). Relationships among negative, positive, and depressive symptoms in schizophrenia and psychotic depression. *British Journal of Psychiatry*, 168, 68-71.
- Schredl, M., & Doll, E. (1998). Emotions in diary dreams. *Consciousness and Cognition*, 7, 634-646.
- Schredl, M. & Engelhardt, H. (2001). Dreaming and psychopathology: Dream recall and dream content of psychiatric patients. *Sleep and hypnosis*, 3, 44-54.
- Schreuder, B. J. N., Kleijn, W. C., & Rooijmans, H. G. M. (2000). Nocturnal re-experiencing more than forty years after war trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 453-463.
- Sered, S, & Abramovitch, H. (1992). Pregnant dreaming: Search for a typology of a proposed dream genre. *Social Science and Medicine*, 34, 1405-1411.
- Sherman Slate, E. (2004). Attachment as predictor of postpartum depression in first-time mothers. *Dissertation Abstracts International*, 65 (01), 5422B. (UMI No. 3151033)
- Siegel, A.B. (1982). Pregnant dreams: Developmental processes in the manifest dreams of expectant fathers. *Dissertation Abstracts International*, 43 (05), 1639B. (UMI No. 8223523)
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

- Spielberger, C. D. (1988). State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds). *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp.448-450). New York: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D., Reheiser, E., C., Owen, A. E., & Sydeman, S. J. (2004). Measuring the psychological vital signs of anxiety, anger, depression, and curiosity in treatment planning and outcomes assessment. In M. E. Maruish (Ed). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment (3rd ed.)*. (pp.421-447). Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Statistique Canada (2005, May 25). *Issues de la grossesse, selon le groupe d'âge (nombre total de grossesses)*. Retrieved March 27, 2006, from http://www40.statcan.ca/l02/cst01/hlth65a_f.htm.
- Stepansky, R., Holzinger, B., Schmeiser-Rieder, A., Saletu, B, Kunze, M., & Zeitlhofer, J. (1998). Austrian dream behavior: Results of a representative population survey. *Dreaming*, 8, 30.
- St-Onge, M., Lortie-Lussier, M., Mercier, P., Grenier, J., & De Koninck, J. (2005). Emotions in the diary and REM dreams of young and late adulthood women and their relation to life satisfaction. *Dreaming*, 15, 116-128.
- Strauch, I., & Meier, B., (1996). *In search of dreams: Results of experimental dream research*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Stuart, S., Couser, G., Schilder, K., O'Hara, M. W., & Gorman, L. (1998). Postpartum anxiety and depression: Onset and comorbidity in a community sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 420-424.

- Stukane, E. (1994). *The dream worlds of pregnancy*. Barrytown, NY: Station Hill Press, Inc.
- Swendsen, J. D., & Mazure, C. M. (2000). Life stress as a risk factor for postpartum depression: Current research and methodological issues. *Clinical Psychology: Science and practice*, 7, 17-31.
- Toomey, R., Faraone, S. V., Simpson, J. C., & Tsuang, M. T. (1998). Negative, positive, and disorganized symptom dimensions in schizophrenia, major depression, and bipolar disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 470-476.
- Trenholme, I., Cartwright, R. D., & Greenberg, G. (1984). Dream dimension differences during a life change. *Psychiatry Research*, 12, 35-45.
- Valli, K., Revonsuo, A., Pälkas, O., & Punamäki, R. L. (2006). The effect of trauma on dream content – A field study of Palestinian children. *Dreaming*, 16, 63-87.
- Van de Castle, R. L. (1994). *Our dreaming mind*. New York: Ballantine Books.
- Van de Castle, R. L., & Kinder, P. (1968). Dream content during pregnancy. *Psychophysiology*, 4, 375.
- Whiffen, V. E. (1988). Vulnerability to postpartum depression: A prospective multivariate study, *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 467-474.
- Whiffen, V. E. (1992). Is postpartum depression a distinct diagnosis? *Clinical Psychology Review*, 12, 485-508.
- Whiffen, V. E., & Gotlib, I. H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 274-279.

- Whiffen, V. E., & Gotlib, I. H. (1993). Comparison of postpartum and nonpostpartum depression: Clinical presentation, psychiatric history, and psychological functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 485-494.
- Winget, C., Kapp, F. T. (1972). The relationship of the manifest content of dreams to duration of childbirth in primiparae. *Psychosomatic Medicine, 34*, 313-320.
- Wood, J. M., Bootzin, R. R., Rosenhan, D., Nolen-Hoeksema, S., & Jourden, F. (1992). Effects of the 1989 San Francisco earthquake on frequency and content of nightmares. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 219-224.
- Wright, J., & Koulack, D. (1987). Dreams and contemporary stress: A disruption-avoidance-adaptation model. *Sleep, 10*, 172-179.
- Zayas, L.H. (1988). Thematic features in the manifest dreams of expectant fathers. *Clinical Social Work Journal, 16*, 282-296.

Annexe 1

Affiche publicitaire



uOttawa



Étude sur les rêves durant la grossesse

Nous sommes intéressés à connaître vos rêves !

Le laboratoire de sommeil de l'École de psychologie de l'Université d'Ottawa, sous la supervision du Dr Joseph De Koninck, effectue présentement une étude visant à mieux connaître la relation entre l'expérience de la grossesse et les rêves.

Nous sommes donc à la recherche de femmes enceintes âgées de 20 à 34 ans, qui seraient intéressées à participer à une recherche sur ce sujet. Votre implication consisterait principalement à compléter des questionnaires sur votre grossesse et sur votre humeur, ainsi qu'un bref journal de rêves. Vous aurez aussi l'occasion d'en apprendre plus sur cette facette fascinante de votre vie et sur sa relation avec votre vie quotidienne.

Veuillez communiquer avec Catherine au Laboratoire de sommeil, au [adresse] ou nous écrire à [adresse], si vous avez des questions ou si vous êtes intéressées à participer à cette étude.

Merci beaucoup de votre intérêt!

Catherine Sabourin
Étudiante au doctorat en psychologie
Université d'Ottawa

Joseph De Koninck, Ph.D.
Professeur à l'École de psychologie
Université d'Ottawa

Annexe 2

Feuillet d'information



uOttawa

Étude sur les rêves durant la grossesse

Nous sommes intéressés à connaître vos rêves!

Vous êtes-vous déjà demandé pourquoi nous rêvons à certaines choses, ou si nos rêves avaient un sens ou une fonction quelconque? Toutes ces questions fascinent les chercheurs, qui ont étudié le rêve dans divers contextes afin de mieux comprendre ses origines et son utilité. Afin de poursuivre l'exploration de ce phénomène, le Laboratoire de Sommeil de l'École de Psychologie de l'Université d'Ottawa, sous la supervision du Dr Joseph De Koninck, effectue présentement une étude visant à mieux connaître la relation entre l'expérience de la grossesse et les rêves.

Nous sommes donc à la recherche de **femmes enceintes âgées de 20 à 34 ans**, qui, en rapportant leurs rêves, nous permettraient de mieux comprendre la relation entre la vie éveillée et le contenu des rêves. Les participantes sont invitées à s'impliquer dans l'étude durant trois courtes périodes, soit à partir de la 23^e semaine de leur grossesse et jusqu'à un mois après l'accouchement.

En tant que participante, voici ce que vous auriez à accomplir :

- ❖ Noter **deux rêves** et ce, à trois reprises : lors du 2^e trimestre, lors du 3^e trimestre, et environ un mois après votre accouchement.
- ❖ Remplir un court questionnaire sur les émotions ressenties dans vos rêves.
- ❖ Compléter de brefs questionnaires sur votre humeur.

Compensation : À la fin de l'étude, un atelier portant sur le rêve et son utilité dans la vie quotidienne sera offert gratuitement à toutes les personnes ayant pris part à l'étude et qui désirent en savoir plus sur les rêves. Par ailleurs, toutes les participantes seront éligibles pour gagner l'un des 20 certificats-cadeaux d'une valeur de 50 \$ pour une boutique pour enfants.

Si vous avez des questions ou si vous êtes intéressée à prendre part à notre étude, veuillez communiquer avec Catherine, au _____ ou nous écrire à :

Merci beaucoup de votre intérêt!

Catherine Sabourin
Candidate au doctorat en Psychologie
Université d'Ottawa

Joseph De Koninck, Ph.D.
Professeur à l'École de Psychologie
Université d'Ottawa

Annexe 3

Formulaire de consentement

Feuilles d'information et formulaire de consentement

	Évaluation de la relation entre l'expérience de la grossesse et le contenu manifeste des rêves
---	--

RECHERCHE EFFECTUÉE PAR :

Catherine Sabourin, étudiante au doctorat
École de Psychologie
Laboratoire du sommeil et des rêves, Université d'Ottawa
Téléphone :
Courriel :

Sous la supervision de :
Dr Joseph De Koninck
École de Psychologie
Laboratoire du sommeil et des rêves, Université d'Ottawa
Téléphone :
Courriel :

NATURE ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Malgré plusieurs années de recherche sur le rêve, nous en savons relativement peu sur sa relation avec la vie éveillée et sur ses fonctions possibles. Pour mieux comprendre ce phénomène, des contextes suscitant des émotions variées et d'importants bouleversements, tels qu'une grossesse, sont particulièrement pertinents. Au cours des dernières années, il a été suggéré que les rêves de grossesse présenteraient un contenu qui diffère de celui observé dans d'autres contextes de la vie, et que celui-ci pourraient refléter diverses expériences propres à la grossesse. La présente étude a donc pour but d'explorer les thèmes prédominants des rêves de grossesse et de la période post-natale ainsi que d'évaluer la relation entre les rêves et l'humeur de l'éveil durant ces deux périodes.

DÉPISTAGE GÉNÉRAL

Avant de commencer l'étude, vous devrez compléter des questionnaires afin de s'assurer que vous remplissez toutes les conditions requises par cette étude. Il est important de comprendre que le fait de compléter ces questionnaires ne vous garantit pas une place comme participante puisque cette décision ne pourra être prise que lorsque nous aurons pris connaissance de vos réponses aux questionnaires. Les questionnaires à compléter incluent des questions sur votre santé, votre grossesse et vos habitudes de sommeil.

Vous pourrez compléter ces questionnaires à l'endroit où la chercheuse vous présentera le projet, soit au Laboratoire de Sommeil de l'Université d'Ottawa ou à votre domicile, selon votre préférence. La chercheuse vous aidera à compléter ces questionnaires, en vous posant les questions, en les clarifiant au besoin, et en notant vos réponses. Une fois les questionnaires complétés, nous pourrions vous informer de votre inclusion ou non à l'étude.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Si vous êtes sélectionnée pour participer à l'étude, vous recevrez un ensemble de questionnaires nécessaires pour compléter l'étude. Nous vous demanderons de commencer l'étude à la 23^e semaine de votre grossesse, et vous recevrez un appel téléphonique ou un courrier électronique de la chercheuse principale de l'étude afin de vous rappeler qu'il est temps de compléter les questionnaires. Ainsi, à la 23^e semaine de grossesse, vous devrez compléter des questionnaires à propos de votre humeur. Par la suite, vous devrez compléter le journal de rêves et un questionnaire sur les émotions du rêve durant un maximum de dix jours, jusqu'à concurrence de deux rêves. Vous devrez par la suite compléter les mêmes démarches lors de la 32^e semaine de votre grossesse. La chercheuse principale de l'étude communiquera avec vous afin de vous rappeler de compléter les questionnaires lors de cette deuxième période.

Finalement, environ un mois après votre accouchement, vous serez invitée à compléter les mêmes démarches que lors des périodes précédentes. Vous devrez également compléter un bref questionnaire à propos de l'accouchement. La chercheuse vous contactera dans les jours suivant la date prévue de l'accouchement afin d'estimer la période où vous devrez compléter les questionnaires. Par ailleurs, nous vous demanderons de nous contacter dans les deux semaines suivant votre accouchement si ce dernier a lieu plus tôt que prévu. Pour chacune des périodes, vous pourrez nous retourner les questionnaires complétés grâce à une enveloppe prépayée et pré-adressée fournie avec les questionnaires.

RISQUES ET DÉSAGRÉMENTS

Le rappel des rêves est un phénomène naturel qui ne comporte pas de risque et qui peut même avoir un effet bénéfique sur la connaissance de soi. Certains rêves peuvent

être désagréables. Si durant cette étude, il s'avérait que vous ayez des rêves qui vous inquiètent particulièrement, vous pourrez en faire part aux chercheurs de cette étude.

COMPENSATION

En guise de compensation pour votre participation partielle ou complète à l'étude, vous serez invitée, une fois l'étude terminée, à un atelier portant sur la recherche sur les rêves et sur les méthodes d'utilisation du rêve dans la vie quotidienne. Vous serez également éligible à un tirage pour gagner l'un des 20 certificats-cadeaux de 50\$ de la boutique de vêtements pour enfants « Clément » ou de « Toys' R Us » (à votre choix).

CONFIDENTIALITÉ

Toutes les données recueillies lors de cette étude demeureront totalement confidentielles. Elles seront conservées dans un classeur verrouillé dans le Laboratoire de sommeil de l'Université d'Ottawa pour une période de 10 ans, et elles seront par la suite détruites. Votre nom sera remplacé par un numéro d'identification qui ne sera connu que de la chercheuse principale et de ses assistants de recherche. Si les données de cette étude étaient utilisées dans des communications scientifiques, votre identité ne serait jamais dévoilée. Aucune information permettant de vous identifier ne sera divulguée sans votre consentement.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à tout moment en faisant part de votre décision à la chercheuse effectuant l'étude, et ce, sans aucune préjudice ni aucune conséquence.

PERSONNES À CONTACTER

Si vous avez des questions au sujet de l'étude, s'il survient un incident quelconque, ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps :

Joseph De Koninck, Ph.D. Psychologie

Catherine Sabourin, étudiante au doctorat en psychologie

POUR TOUTE QUESTION D'ÉTHIQUE

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche ou pour en savoir plus sur vos droits comme participante à une recherche, vous pouvez vous adresser au Responsable de l'éthique en recherche,

CONSENTEMENT

Je suis invitée à participer à la recherche présentée ci-haut, qui est menée par Catherine Sabourin, de l'École de Psychologie de l'Université d'Ottawa, laquelle recherche est supervisée par Dr Joseph De Koninck. La nature de l'étude, les questionnaires à compléter, les procédures à suivre, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses qui m'ont satisfaite.

Je, soussignée, accepte volontairement de participer à cette étude. Je suis libre de me retirer en tout temps et/ou de refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Si je choisis de me retirer de l'étude, les données recueillies jusqu'à ce moment seront éliminées.

Je reconnais avoir reçu une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement.

Nom de la participante

Signature

Date

Nom de la personne effectuant la recherche

Signature

Date

Annexe 4

Renseignements démographiques des participantes

	Femmes enceintes <i>N</i> = 143	Femmes non enceintes <i>N</i> = 125	Comparaison des femmes enceintes et non enceintes	<i>p</i>
Âge moyen (années)	28.17 (É.T.= 3.46)	25.72 (É.T.= 4.85)	$t = 4.708$, $df = 220$	$p < .001$
<u>Situation familiale (%)</u>				
Sans enfant	56.6	87.2	$\chi^2(1) = 30.18$	$p < .001$
Avec enfant(s)	43.4	12.8		
<u>État civil (%)</u>				
Célibataire	0.7	37.6	$\chi^2(1) = 61.77$	$p = .01$
En couple	99.3	62.4		
<u>Niveau de scolarité (%)</u>				
Secondaire	16.1	30.4	$\chi^2(2) = 10.52$	$p = 0.01$
Collégial	33.6	20.0		
Universitaire	50.3	49.6		
<u>Rappel de rêve (%)</u>				
Presque toutes les nuits	36.4	20.0	$\chi^2(5) = 24.68$	$p < .001$
Plusieurs fois par semaine	51.7	44.8		
Une fois par semaine	7.7	24.0		
Une fois par 2 semaines	2.8	5.6		
Une fois par mois	0	3.2		
Moins d'une fois par mois	1.4	2.4		
<u>Rappel de cauchemar (%)</u>				
Presque toutes les nuits	2.1	0.8	$\chi^2(5) = 4.73$	$p = .450$
Plusieurs fois par semaine	4.2	3.2		
Une fois par semaine	11.9	10.4		
Une fois par 2 semaines	19.6	12.0		
Une fois par mois	18.9	22.4		
Moins d'une fois par mois	43.4	51.2		
<u>Antécédent de trouble dépressif (%)</u>				
Non	72.7	N.D.		
Oui	27.3			
<u>Antécédent de trouble anxieux (%)</u>				
Non	79.0	N.D.		
Oui	21.0			
<u>Antécédent de fausse- couche (%)</u>				
Non	67.8	N.D.		
Oui	32.2			

N.D. : Données non disponibles.

Annexe 5

Questionnaire de renseignements généraux

Questionnaire de renseignements généraux

Numéro d'identification : _____

Date de naissance: _____ Âge: _____ ans Langue maternelle: _____

Date approximative du début de la grossesse : _____

Date prévue de l'accouchement : _____

Numéro de téléphone et/ou adresse de courrier électronique où l'on pourra vous rejoindre durant votre grossesse et suite à l'accouchement :

Téléphone : _____

Courriel : _____

1. **État civil:** Mariée ou en union libre _____ Séparée _____
 Veuve _____ Célibataire _____

Si vous êtes présentement en couple :

- À quel point vous sentez-vous proche de votre partenaire :

Pas du tout proche

1

2

3

4

Très proche

5

- À quel point vous sentez-vous supportée par votre partenaire :

Pas du tout supportée

1

2

3

4

Très supportée

5

2. Contexte familial :

État civil des parents : Mariés ou en union libre _____
 Séparés ou divorcés _____
 Veuf ou veuve _____

- À quel point vous sentez-vous proche de votre famille :

Pas du tout proche

1

2

3

4

Très proche

5

- À quel point vous sentez-vous supportée par votre famille :

Pas du tout supportée

1

2

3

4

Très supportée

5

3. **Avez-vous des enfants ?** Oui ____ Non ____

Si oui:

Âge:

Sexe:

____ ans h ____ f ____

____ ans h ____ f ____

____ ans h ____ f ____

4. **Scolarité:** Le dernier diplôme que vous avez reçu est de niveau:

Secondaire _____

Collégial

(lequel: _____)

Universitaire (lequel: _____)

Autre

(lequel: _____)

5. **Emplois:**

Occupation actuelle: _____

Depuis: _____

Occupation antérieure: _____

Nombre d'années: _____

6. **Habitudes de sommeil:**

- Prenez-vous des médicaments pour dormir?

Jamais _____

Moins d'une fois par semaine _____

Moins d'une fois par mois _____

Plus d'une fois par semaine _____

- Habituellement, combien de fois par semaine prenez-vous plus de 30 minutes pour tomber endormie (sans prendre de médicaments pour favoriser votre sommeil)?

Encerclez le nombre de fois :

0 1 2 3 4 5 6 7

- Habituellement, à quelle heure est-ce que vous vous couchez? _____ heures

- Habituellement, à quelle heure est-ce que vous vous réveillez le matin? _____ heures

- Habituellement, combien de fois vous réveillez-vous pendant la nuit? _____ fois

- Si vous vous réveillez pendant la nuit, à quel point est-il difficile / facile de retomber endormie?

Très difficile _____ Modérément facile _____
 Modérément difficile _____ Très facile _____

- Habituellement, combien d'heures dormez-vous par nuit? _____ heures par nuit

- Le matin, vous sentez-vous reposée?

Très reposée _____ Pas très reposée _____
 Modérément reposée _____ Pas du tout reposée _____

- En plus de votre sommeil la nuit, faites-vous une ou des siestes le jour?

Si oui, environ combien de minutes en tout?
 _____ minutes/jour

7. Rappel de rêves:

- Habituellement, à quelle fréquence vous souvenez-vous, le matin au réveil, d'un rêve que vous avez eu pendant la nuit?

Presque toutes les nuits _____ Environ une fois par deux semaines _____
 Plusieurs fois par semaine _____ Environ une fois par mois _____
 Environ une fois par semaine _____ Moins d'une fois par mois _____

- À quelle fréquence avez-vous des cauchemars?

Presque toutes les nuits _____ Environ une fois par deux semaines _____
 Plusieurs fois par semaine _____ Environ une fois par mois _____
 Environ une fois par semaine _____ Moins d'une fois par mois _____

8. Événements de la dernière année:

Avez-vous vécu une ou des expériences éprouvantes au cours de la dernière année (par exemple, décès, séparation, situation interpersonnelle difficile, accident...)?

Si oui, expliquer brièvement: _____

À quel point cela vous affecte-t-il encore présentement, sur une échelle de 0 (pas du tout) à 10 (énormément) ? _____

Annexe 6

Questionnaire de santé générale

Questionnaire de santé générale

Numéro du sujet: _____

1. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| - Épilepsie | Oui _____ | Non _____ |
| - Problèmes cardiaques | Oui _____ | Non _____ |
| - Problèmes cérébraux-vasculaires | Oui _____ | Non _____ |
| - Hypertension | Oui _____ | Non _____ |
| - Diabète | Oui _____ | Non _____ |
| - Hypo ou hyperthyroïdie | Oui _____ | Non _____ |
| - Troubles respiratoires | Oui _____ | Non _____ |
| - Traumatismes crâniens | Oui _____ | Non _____ |
| - Troubles dépressifs ou bipolaires | Oui _____ | Non _____ |
| - Troubles anxieux | Oui _____ | Non _____ |
| - Troubles psychotiques | Oui _____ | Non _____ |
| - État de stress post-traumatique | Oui _____ | Non _____ |
| - Historique d'abus physique, psychologique ou sexuel | Oui _____ | Non _____ |
| - Autres troubles de santé mentale | Oui _____ | Non _____ |
| Si oui, veuillez spécifier : | _____ | _____ |
| - Cauchemars ou terreurs nocturnes | Oui _____ | Non _____ |
| - Autres? | Oui _____ | Non _____ |
| Si oui, veuillez spécifier: | _____ | _____ |

Avez-vous déjà été hospitalisée en raison de problèmes de santé mentale ? _____

Détails pertinents, si oui à l'un ou l'autre des items précédents : _____

2. Prenez-vous des médicaments, ou avez-vous pris des médicaments dans les deux derniers mois? Si oui, veuillez spécifier lesquels et pour quelles conditions de santé :

- | | |
|----------|--------------|
| 1. _____ | Pour : _____ |
| 2. _____ | Pour : _____ |
| 3. _____ | Pour : _____ |
| 4. _____ | Pour : _____ |

3. Quelles sont vos habitudes de consommation de cigarettes?

Aucune consommation : _____
 Nombre de cigarettes par jour : _____
 Nombre de cigarettes par semaine : _____

4. Quelles sont vos habitudes de consommation d'alcool?

Aucune consommation : _____

Occasionnellement : _____

Quotidiennement : _____

5. Quelles sont vos habitudes de consommation de drogues ? S'il vous arrive de consommer des drogues, veuillez préciser le type et la fréquence de consommation :

Votre grossesse:

6. Est-ce votre première grossesse ? Oui _____ Non _____

7. À combien de semaines êtes-vous rendue dans votre grossesse? _____

8. Avez-vous déjà eu une ou plusieurs fausses couches avant cette grossesse ?

Oui (veuillez préciser) _____ Non _____

Si oui, à quel point cela vous affecte-t-il présentement, sur une échelle de 0 (pas du tout) à 10 (énormément)? _____

9. Jusqu'à présent, comment se déroule votre grossesse?

10. Avez- vous eu une ou des échographies au cours de votre grossesse? _____

11. Avez-vous des problèmes de santé depuis le début de votre grossesse ? Si oui, veuillez préciser :

12. Êtes-vous à risque pour des complications durant votre grossesse ou à l'accouchement? Si oui, veuillez préciser :

13. Est-ce que votre bébé est considéré à risque pour des problèmes de santé? Si oui, veuillez préciser :

14. Avez-vous des inquiétudes particulières relatives à votre grossesse? Si oui, veuillez préciser :

15. Autres informations pertinentes par rapport à votre santé ou votre grossesse: _____

Annexe 7

Questionnaire de suivi post-natal

Questionnaire de suivi post-natal

Numéro du sujet: _____ (à l'usage des chercheurs)

L'accouchement

Date de l'accouchement : _____

Durée de la grossesse (semaines) : _____

Durée approximative du travail : _____

Est-ce que l'accouchement fut provoqué ? Oui ☐ Non ☐

Comment le bébé a-t-il été accouché? Accouchement vaginal ☐ Par césarienne ☐

Lors de l'accouchement, avez-vous reçu une anesthésie ou des médicaments?
Oui ☐ Non ☐

Est-ce qu'il y a eu des complications durant le travail/ l'accouchement? Oui ☐ Non ☐

Si oui, veuillez décrire brièvement: _____

Quelle fut la durée de votre hospitalisation (s'il y a lieu) ? _____

Êtes-vous revenue à la maison en même temps que votre enfant ? Oui ☐ Non ☐

Si non, veuillez décrire brièvement les raisons : _____

L'expérience de l'accouchement

À quel point avez-vous trouvé le travail et l'accouchement douloureux?

1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
Aucunement		Modérément		Extrêmement
douloureux				douloureux

À quel point avez-vous trouvé le travail et l'accouchement stressant?

1.....2.....3.....4.....5
Aucunement Modérément Extrêmement
stressant stressant

À quel point avez-vous trouvé le travail et l'accouchement effrayant?

1.....2.....3.....4.....5
Aucunement Modérément Extrêmement
effrayant effrayant

À quel point le travail et l'accouchement ressemblaient à ce que vous vous attendiez?

1.....2.....3.....4.....5
Aucunement Modérément Extrêmement
semblable semblable

État de l'enfant

Poids du bébé à la naissance : _____

Comment était la santé du bébé à la naissance? _____

Combien de fois par nuit vous levez-vous pour prendre soin du bébé? _____

Est-ce que vous allaitez? _____

À quel point trouvez-vous cela difficile de prendre soin du bébé?

1.....2.....3.....4.....5
Aucunement Modérément Extrêmement
difficile difficile

À quel point la vie avec votre bébé ressemble à ce que vous vous attendiez?

1.....2.....3.....4.....5
Aucunement Modérément Extrêmement
semblable semblable

Annexe 8

Instructions

Instructions

- ❖ Cette étude comprend **trois périodes** d'une durée maximale dix jours chacune, deux durant la grossesse et une suite à l'accouchement. Vous devrez compléter les étapes présentées ci-dessous lors de la 23^e et de la 32^e semaine de votre grossesse, puis un mois suite à la naissance de votre enfant. La chercheuse vous contactera pour vous rappeler les moments où vous devrez compléter les questionnaires.
- ❖ Dans les documents qui vous ont été fournis, vous avez trois paquets brochés identiques qui contiennent des questionnaires sur votre humeur. Au début de chacune des trois périodes, veuillez compléter un feuillet, en répondant le plus honnêtement possible aux questionnaires. De plus, lors de la troisième période, suite à votre accouchement, vous devrez également compléter le questionnaire de suivi post-natal.

Procédures pour le journal de rêves:

1. En vous couchant, placez les journaux de rêves et un stylo à côté de votre lit.
2. En vous réveillant le matin, faites l'effort de vous souvenir d'un rêve que vous avez eu pendant la nuit. Écrivez immédiatement votre rêve sur la feuille appropriée. Continuez à écrire à l'endos de la feuille si nécessaire. Écrivez votre rêve en mentionnant tous les détails dont vous vous souvenez. Décrivez les lieux, les événements, les personnages et leurs activités, les sentiments et les émotions qui y sont vécus. Indiquez ce qui arrive aux personnages, incluant vous-même.
3. Veuillez identifier les personnages et les lieux connus par leur nom. Par exemple, "Martin, mon ami..." ou "le tout s'est passé dans la cuisine de ma maison..."
4. Après avoir écrit votre rêve, veuillez compléter les questions inscrites dans le journal de rêves à propos des émotions de votre rêve.
5. Utilisez un nouveau questionnaire pour chacun de vos rêves.
6. **N'oubliez pas d'écrire le trimestre et la date à laquelle vous avez complété chacun des questionnaires à l'endroit indiqué!**
7. Pour les besoins de l'étude, nous vous demandons de nous fournir deux rêves par période. Pour chaque période, vous devez écrire les deux premiers rêves dont vous vous souviendrez. Nous vous demandons de ne pas sélectionner les rêves que vous rapporterez et de noter les **deux premiers** rêves que vous aurez. Si après dix jours, vous ne vous êtes pas rappelée de deux rêves, vous pouvez cesser de noter vos rêves pour cette période, puis poursuivre votre participation dans la période suivante, s'il y a lieu.

Remise des questionnaires aux chercheurs:

À la fin de chaque période, veuillez nous retourner les questionnaires complétés à l'aide de l'une des trois enveloppes prépayées et pré-adressées qui vous a été remise.

Un grand merci! Votre participation est très appréciée. Soyez assurée que vos rapports de rêves seront conservés dans la plus stricte confidentialité: un numéro sera substitué à votre nom. Seuls les expérimentateurs y auront accès.

Annexe 9

Journal de rêves

Journal de rêves

Numéro d'identification: _____ (à l'usage des chercheurs)

À remplir le matin, au réveil

Date : _____

À quelle période êtes-vous dans votre grossesse ?

☐ 2^e trimestre ☐ 3^e trimestre ☐ Période post-natale

Heure du réveil: _____

Ceci est mon rêve # _____ (1 ou 2 ou... de cette nuit)

RACONTEZ VOTRE RÊVE EN MENTIONNANT TOUS LES DÉTAILS DONT VOUS VOUS SOUVENEZ: Décrivez les lieux, les événements, les personnages et leurs activités, les sentiments et les émotions qui y sont vécus. Indiquez ce qui arrive aux personnages, incluant vous-même.

(Écrire le plus clairement possible)

(Utiliser l'envers de la page si nécessaire)

Annexe 10

Questionnaire sur les émotions du rêve

Questionnaire sur les émotions du rêve

À compléter au réveil, après avoir écrit votre rêve

Encerclez sur l'échelle appropriée le chiffre qui correspond le mieux à l'évaluation personnelle que vous faites de votre rêve. N'encerclez qu'une seule valeur par question.

1 = Pas du tout 2 = Un peu 3 = Modérément 4 = Beaucoup

1. La qualité de mon rappel de rêve était bonne:1 2 3 4

2. Mon rêve était vivant:1 2 3 4

3. Dans mon rêve, j'ai ressenti les émotions suivantes:
 - de la joie1 2 3 4
 - du bonheur1 2 3 4
 - de l'appréhension1 2 3 4
 - de la colère1 2 3 4
 - de la tristesse1 2 3 4
 - de la confusion1 2 3 4
 - de la peur1 2 3 4
 - de l'anxiété1 2 3 4

Annexe 11

Aperçu des échelles de Hall et Van de Castle

Aperçu des échelles négatives et positives du système de Hall et Van de Castle

** Synthèse et traduction libre par l'auteure, d'après les ouvrages de Hall et Van de Castle (1966) et de Domhoff (1996).*

Interactions agressives:

A8: Acte agressif intentionnel menant à la mort d'un personnage.

A7: Geste agressif intentionnel impliquant une tentative de blesser un personnage (par ex., attaquer un personnage avec ou sans une arme, menacer un personnage avec une arme).

A6: Poursuivre, capturer, séquestrer ou forcer physiquement un personnage à faire quelque chose contre son gré.

A5: Vol ou destruction de biens appartenant à un personnage.

A4: Porter des accusations sérieuses à l'égard d'un personnage ou menacer de faire du mal à un personnage.

A3: Tentative de rejeter, d'exploiter, ou de contrôler un personnage (par ex., refus, désobéissance, mensonge).

A2: Agression verbale ou expressive (par ex., crier, critiquer, sermonner).

A1: Sentiment de colère ou d'hostilité, mais qui n'est pas exprimé ouvertement.

Interactions amicales:

F7 : Amitié exprimée par le désir d'entretenir une relation à long terme avec un personnage (par ex., se marier, tomber en amour).

F6 : Amitié exprimée par des contacts physiques socialement acceptés (par ex., prendre un bébé dans ses bras, serrer la main).

F5 : Amitié exprimée par une proposition de partager une activité sociale plaisante avec un personnage.

F4 : Amitié exprimée par une aide proposée ou offerte à un personnage (par ex., rendre service, protéger, secourir).

F3 : Amitié exprimée par le prêt ou le don d'un objet à un personnage.

F2 : Expression verbale ou expressive d'amitié (par ex., saluer, sourire, écrire un message amical).

F1 : Sentiment d'amitié ressenti à l'égard d'un personnage, mais qui n'est pas exprimé.

Échec (FL):

Situation où un personnage n'est pas capable d'atteindre son but en raison de limites personnelles ou d'un manque de compétence.

Succès (SU):

Toute situation où un personnage essaie d'atteindre un objectif et qu'il réussit grâce à ses efforts ou à sa persévérance.

Malchance:

Toute situation menaçante, dangereuse ou frustrante qui arrive à un personnage, sur laquelle il n'a aucun contrôle, et qui n'est pas causée intentionnellement par un autre personnage.

M6: Un personnage est mort ou meurt suite à un accident, une maladie ou une cause inconnue.

M5: Un personnage est blessé ou est malade. Ceci inclut notamment la douleur physique, les opérations, les problèmes de santé physique ou mentale, et l'amnésie.

M4: Un personnage est impliqué dans un accident, sans toutefois avoir de séquelles ; un bien est perdu, endommagé ou détruit ; un personnage a un bien défectueux.

M3: Un personnage est menacé par quelque chose dans l'environnement.

M2: Un personnage tombe ou risque de tomber.

M1: Un personnage rencontre une barrière ou un obstacle environnemental, est perdu, est incapable de bouger, est en retard ou risque de l'être. Cette catégorie de malchance inclut les situations qui créent de la frustration chez la personne qui les confrontent.

Chance (GF):

Lorsque quelque chose de bien arrive à un personnage, et que ce dernier n'a rien fait pour que cela se produise. De plus, l'événement n'est pas le résultat d'un geste amical intentionnel de la part d'un autre personnage. On considère également comme une chance toute situation où un personnage se retrouve dans un environnement enchanteur ou paradisiaque.

Émotions:

AN: Émotions associées à la colère (par ex., être irrité, choqué, insulté).

AP: Émotions associées à la peur, l'anxiété et le malaise (par ex., être effrayé, nerveux, honteux).

SD: Être triste ou malheureux (par ex., être déprimé, découragé).

CO: Confusion face à un événement inattendu, ou difficulté à faire un choix entre deux alternatives (par ex., être surpris, perplexe, incertain).

HA: Émotions associées à la joie (par ex., être content, enchanté).

Annexe 12

Références à la grossesse et à la maternité

Références à la grossesse et à la maternité

Fœtus : Référence au bébé de la rêveuse, alors qu'il est encore dans le ventre de sa mère.

Bébé : Référence au bébé de la rêveuse, une fois que celui-ci est né.

Enfant : Référence à un enfant de plus d'un an.

Être enceinte : Référence de la rêveuse à sa grossesse.

Être mère : Référence de la rêveuse à son rôle de mère.

Référence médicale : Référence à du personnel médical, un hôpital/clinique, de l'équipement médical (par ex., lit d'hôpital, civière) ou un rendez-vous médical.

Référence à l'accouchement : Référence à l'une ou l'autre des étapes de l'accouchement (par ex., contractions, travail, accouchement, césarienne).

Prendre soin du bébé : Soins apportés par la rêveuse à un bébé (par ex., allaiter, bercer, habiller le bébé).

Annexe 13

Proportion d'éléments négatifs dans les rêves des femmes non enceintes,
comparativement aux rêves des femmes enceintes

	Non enceintes	2e trim.	3e trim.	Post- natal	<i>h:</i> 2e trim. vs. non enc.	<i>h:</i> 3e trim. vs. Non enc.	<i>h:</i> Post- natal vs. Non enc.	<i>p:</i> 2e trim. vs. non enc.	<i>p:</i> 3e trim. vs. non enc.	<i>p:</i> Post natal vs. non enc.	<i>N</i> Non enc.	<i>N</i> 2e trim.	<i>N</i> 3e trim.	<i>N</i> Post natal
% Agressions/ Amitiés	47%	50%	51%	43%	+06	+08	-08	.558	.438	.475	165	199	189	134
% Auto-négativité	68%	63%	64%	68%	-10	-08	-00	.321	.454	.980	165	194	198	124
% Émotions négatives	82%	86%	74%	86%	+12	-20	+10	.296	.096	.411	167	160	114	99
% Échecs/Succès	58%	38%	41%	54%	-41	-36	-08	.136	.187	.771	24	29	32	24
Rêves comprenant au moins un(e):														
Agression	50%	52%	55%	45%	+04	+10	-10	.757	.437	.457	125	130	121	103
Malchance	41%	43%	51%	42%	+05	+21	+02	.713	.100	.885	125	130	121	103
Échec	11%	09%	12%	13%	-07	+04	+04	.603	.771	.741	125	130	121	103

Annexe 14

Proportion d'éléments négatifs dans les rêves de la période post-natale,
comparativement aux rêves de la grossesse

	Post-natal	3 ^e trim.	2 ^e trim.	h : 3 ^e trim vs. post-natal		h : 2 ^e trim vs. post-natal	p : 3 ^e trim vs. post-natal	p : 2 ^e trim vs. post-natal	N Post-natal	N 3 ^e trim.	N 2 ^e trim.
% Agressions/ Amitiés	45 %	50 %	49 %	+11	+09		.387	.485	119	132	137
% Auto-négativité	70 %	60 %	63 %	-21	-15		.103	.264	103	142	138
% Émotions négatives	85 %	75 %	86 %	-27	+01		.077	.949	89	83	105
% Échecs/ Succès	57 %	39 %	48 %	-36	-19		.285	.580	14	23	21