

Université Ferhat Abbas – Sétif

Faculté de Médecine – Département de Médecine

Enseignement de la 5^{ème} année de médecine

Année universitaire : 2023-2024

Qu'est ce que l'hallucination?

Pr ALOUANI (Professeur de psychiatrie)

DEFINITION

Les phénomènes hallucinatoires ont été associés à l'idée de « folie » depuis longtemps et ont beaucoup contribué à l'aura de mystère qui en émane.

Ce n'est qu'en 1838 que le terme « hallucination » est introduit dans le vocabulaire psychiatrique par Esquirol, qui en donne la première définition : « Un homme qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de ses sens, est dans un état hallucinatoire : c'est un visionnaire ».

« Perception sans objet » (Ball).

Henry Ey définit l'hallucination comme : « Perception sans objet à percevoir ».

Cette objectivation par le sujet d'une réalité intérieure est projetée à l'extérieur à la faveur d'un processus de déstructuration de la conscience.

Les hallucinations peuvent se manifester dans tous les domaines de l'activité *sensorielle* (Hallucinations visuelles, auditives, olfactives, gustatives, cénesthésiques et des hallucinations multi sensorielles).

Baillarger décrit les *hallucinations psychiques*.

Lorsque les hallucinations sont réduites à des impressions vagues et indifférenciées (lueurs, bourdonnements,...), elles sont dites *élémentaires*. Quand elles sont identifiées à des objets précis (personnages, animaux, mélodies,...), elles sont dites *complexes*.

Lorsque la perception résulte d'une déformation de données sensorielles authentiques, on parle d'*illusion*, phénomène très proche de l'hallucination et de même valeur sémiologique.

Quand l'hallucination n'entraîne pas la croyance du sujet dans la réalité de l'objet représenté, lorsqu'elle est consciente et immédiatement reconnue comme pathologique, certains auteurs la nomment : *hallucinose*.

Certains traits sémiologiques donnent parfois aux hallucinations une allure originale : hallucinations *lilliputiennes* observées surtout chez les alcooliques, hallucinations *auditives unilatérales*, hallucinations *guliériennes*.

Parfois, ces traits particuliers sont évocateurs d'étiologies déterminées : *zoopsies* des alcooliques, hallucinations *cutanées* des cocaïnomanes.

Les hallucinations sont souvent *évidentes* : le malade fuit devant des ennemis menaçants, se protège contre des animaux féroces, répond à des voix imaginaires, poursuit des yeux des êtres inexistantes,...

Parfois, on reconnaît l'hallucination devant les procédés que le malade utilise pour se défendre : coton dans les oreilles, écrans pour se protéger contre les rayons,...

Chez un malade *réticent*, la recherche des hallucinations peut être difficile.

CLINIQUE

1- Hallucinations physiologiques:

Chez les sujets normaux, ce sont principalement celles du rêve et du demi-sommeil.

Les hallucinations *hypnagogiques* surviennent au moment de l'endormissement. Les hallucinations *hypnopompiques* se manifestent lors du réveil.

2- Hallucinations par atteinte des récepteurs périphériques:

Elles ont pour caractère commun de ne jamais entraîner une croyance durable, pathologique.

Ce sont surtout des hallucinations élémentaires (acouphènes,...), mais elles peuvent être complexes (mélodies, visions de paysages,...).

Elles ont des caractères *stéréotypés* témoignant de leur origine mécanique.

Quelques formes cliniques sont à évoquer : scotomes positifs de Morel (Alcoolisme, Névrite rétro bulbaire), hallucinations auditives chez les malentendants.

3- Hallucinations par atteinte localisées des centres nerveux:

Elles peuvent être élémentaires ou complexes. Il faut savoir reconnaître les cas dans lesquels on peut leur accorder une valeur localisatrice (l'hallucination traduit une atteinte nerveuse limitée).

Les hallucinations visuelles élémentaires orienteront vers le lobe occipital, visuelles complexes vers la région temporo-pariéto-occipitale, auditives vers le lobe temporal, olfactives ou gustatives vers le crochet de l'hippocampe.

Les métamorphopsies (vision déformée des objets) traduiraient l'atteinte des stries sagittales ou de l'aire 19.

4- Hallucinations de type onirique:

On les rencontre dans toutes les psychoses toxi-infectieuses (délires fébriles, delirium tremens alcoolique), dans l'épilepsie, dans les syndromes psycho-traumatiques (névrose traumatique).

L'onirisme est presque toujours associé à la confusion mentale.

Il se caractérise par des hallucinations hypnagogiques ou nocturnes, devenant vite permanentes, pluri sensorielles, analogues à celles du *rêve*; le sujet réagit en leur présence comme devant la réalité.

Les hallucinations s'accompagnent souvent de réactions de défense ou de fuite, d'une agitation anxieuse parfois dangereuse.

5- Hallucinations délirantes:

*Dans les Psychoses Aigues:

Dans les bouffées délirantes aiguës, le sujet est la proie d'expériences hallucinatoires multiples et variables: dépersonnalisation, alimentées par de fausses perceptions cénesthésiques, hallucinations acoustico-verbales ou psychiques, accompagnées de sentiment d'emprise extérieure (automatisme mental), d'illusions et d'hallucinations visuelles chaotiques.

Dans la psychose maniaco-dépressive (trouble bipolaire), les hallucinations ne sont pas exceptionnelles.

Pour le maniaque, les pseudo hallucinations psychiques ou auditives sont contemporaines de l'hypermnésie, de la tachypsychie et de l'agitation motrice.

Chez le mélancolique, les hallucinations acoustico-verbales sont pénibles: voix accusatrices commandant le châtement...

Les hallucinations corporelles illustrent les sentiments de possession, de pourriture,...

Pour certains, la forme hallucinatoire de la mélancolie est contestable :

Il s'agit d'interprétations ou d'illusions vécues avec une anxiété majeure

*Dans les Psychoses Chroniques:

On a longtemps considéré les hallucinations, surtout auditives, comme permettant d'individualiser une forme autonome de délire: la psychose hallucinatoire chronique (PHC).

Dans les délires paranoïaques, les hallucinations sont difficiles à distinguer des interprétations endogènes.

De même, dans les délires paraphréniques elles sont confondues aux productions imaginatives.

Dans les délires schizophréniques, on peut observer des hallucinations diverses: acoustico-verbales surtout (voix de persécuteurs, ironiques, injurieuses ou menaçantes, voix de protecteurs,...).

Dans certains cas, on peut observer aussi *l'automatisme mental* de G. De Clérambault : écho de la pensée, énonciation et commentaire des actes et des pensées, paroles imposées, dialogues.

6- Phénomènes d'allure hallucinatoire:

Ils ont été rapportés dans d'autres syndromes mentaux, en particulier névrotiques. Les idées forcées des obsessions impulsives, les idées fixes sont proches de phénomènes hallucinatoires.

7- Hallucinations expérimentales:

Les théories proposées pour expliquer les hallucinations sont *innombrables*. L'activité des récepteurs périphériques, des voies et des centres sensoriels, explique la production d'un « matériel perceptif » primitif, contrairement à la théorie de « l'épilepsie des centres sensoriels » de Soury, par laquelle on prétendait résoudre intégralement le problème

des hallucinations.

Le dysfonctionnement des appareils corticaux d'intégration des données sensorielles, cénesthésiques, proprioceptives, celui des territoires impliqués dans la conscience du corps et dans le langage sont probablement en cause dans certaines hallucinations (verbales, cénesthésiques et psychomotrices).

Pour d'autres auteurs, *l'expérience psychologique* entière du sujet doit être prise en compte pour expliquer la survenue des hallucinations. Enfin, pour Mourgue et Guiraud, activité sensorielle, altération neurologique et dissolution psychiatrique collaborent étroitement.

Les recherches biochimiques ont tenté de répertorier les perturbations moléculaires sous-tendant les phénomènes hallucinatoires.

Une *hyperactivité dopaminergique* a été évoquée dans les processus schizophréniques.

Les agonistes dopaminergiques peuvent être responsables de phénomènes délirants hallucinatoires. Les neuroleptiques, agents antidopaminergiques, sont hallucinolytiques.

HALLUCINATIONS ET PENSEE MAGIQUE

Une masse importante de notre population se sent dans l'obligation de fournir à son angoisse un exutoire magico religieux.

Ainsi, ce qui est impossible dans la réalité devient possible dans la Métaphore. Les « *Djins* », le regard malveillant constituent le meilleur vocabulaire exprimant l'espace intérieur. Le fait psychopathologique disparaît pour laisser place à une position anthropologique.

La possession intégrée parmi les faits culturels ne peut plus être considérée comme un symptôme psychiatrique.

Dans notre culture, il existe plusieurs espaces conceptuels auxquels fait référence la majorité de la population :

- Il existe sans aucun doute un monde des « *Djins* » puisque le coran le confirme.

Ces « *Djins* » habitent les lieux isolés, les étangs, les égouts,...

Ils ont une organisation parallèle à la notre, des sentiments, une sexualité et restent invisibles.

De plus, ils peuvent posséder et agresser les humains qu'ils désirent.

- La persécution présente dans l'expression de la souffrance permet de repositionner le malade dans un contexte culturellement déterminé, qui lui donne le sentiment fondamental de son identité et de son appartenance au groupe social et familial à travers l'invocation magique des forces du bien et du mal.

- La guérison appartient à dieu. Le médecin n'est que l'instrument de la volonté de dieu, ce qui explique le va et vient continu entre le *taleb* et le médecin et la déculpabilisation des thérapeutes.