

Le temps qui passe

Étude de l'évolution du concept d'hallucination dans la littérature psychiatrique classique [>]

G. Gimenez ^{a,*}, M. Guimont ^b, J.-L. Pedinielli ^c

^a Maître de conférences laboratoire Psycole UFR de psychologie. Université de Provence, 29, avenue Robert-Schuman, 13621 Aix en Provence Cedex 1, France.

^b Praticien hospitalier, centre hospitalier spécialisé Montperrin, 109, avenue Petit-Barthélémy, 13617 Aix-en-Provence, France.

^c Professeur de psychopathologie, laboratoire Psycole UFR de psychologie, Université de Provence, 29, avenue Robert-Schuman, 13621 Aix en Provence Cedex 1, France.

1. Introduction

« *Hallucinatio* », en latin, signifie « erreur », « égarement », « bévue », « méprise » et « abus » et serait dérivé du grec « *aluo* », avoir l'esprit égaré. Le verbe lui correspondant, « *hallucinari* », signifie « se méprendre », « se tromper », « divaguer » mais aussi « tromper » *hallucinator* veut dire « qui commet des bévues », « qui divague », et *hallucita* « moucheron qui se brûle à la lumière » ou « celui qui prend la nuit pour le jour » ([1] p. 3–4, 13). *Hallucinatio* a également été rapproché de *ad lucem* (vers la lumière en latin), comme pour souligner sa fonction d'illumination ([2] p. 80–81) ¹.

Si certains auteurs, à la suite d'Esquirol [3] maintiennent un certain flou entre les notions d'hallucination et de délire, nous pensons, dans la lignée des travaux de Ey, qu'une telle distinction est indispensable. Même si nous connaissons en partie l'hallucination à partir du discours du patient, réduire celle-ci au délire c'est, d'une part, exclure toutes les hallucinations qui ne sont pas délirantes (les éidolies décrites par Ey, les hallucinations psychonomes

Toute référence à cet article doit porter mention : Gimenez G, Guimont M, Pedinielli J.L. Étude de l'évolution du concept d'hallucination dans la littérature psychiatrique classique. *Evol. Psychiatr.* 2003 ; 68.

* Auteur correspondant. M. Guy Gimenez.

Adresse e-mail : guy-gimenez2@wanadoo.fr (G. Gimenez).

¹ « Durant des siècles, des grammairiens peu rigoureux ont imaginé que *hallucinatio* venait de *ad lucem*, ce qui, depuis que la philologie a acquis sa rigueur avec la grammaire historique, paraît futile. Quand le mot est emprunté par le français, c'est avec le sens large et imprécis de « divagation » et « d'errance », sans autre caractérisation. Dans la langue médicale des XVII^e et XVIII^e siècles, nous trouvons également des acceptions diverses et un peu hétéroclites (...) » ([1] p.13). « D'après le philologue Freund, le terme *alucinatio* dans le sens d'erreur intellectuelle est exceptionnel dans la littérature gréco-latine. Le verbe "*allucinari*" ne se rencontrerait pas avant Cicéron » ([2] p. 80-81). La traduction française, « halluciner » se trouve dans le Littré.

de Quercy [4] et d'autre part enlever à l'hallucination ce qu'elle a de spécifique : la sensorialité, ou plutôt l'appréhension « comme une perception » d'une expérience subjective.

Cette confusion hallucination/délire a été alimentée par certaines approches psychanalytiques s'intéressant essentiellement, voire exclusivement aux productions langagières, réduisant l'ensemble des productions psychiques à la production verbale. L'absence du terme « hallucination » dans le *Vocabulaire de la psychanalyse* [5] reflète un fait historique : ce concept (comme, dans une large mesure, celui de délire) a été peu investi par les psychanalystes, bien qu'il ait été largement étudié par Freud [6, 7]². Les psychiatres, eux, peut-être beaucoup plus confrontés aux patients psychotiques, s'y sont intéressés, d'un point de vue nosographique et sémiologique.

2. La perception comme modèle du phénomène hallucinatoire

2.1. *Hallucination et perception*

L'analogie hallucination-perception fonde l'histoire du concept d'hallucination. Les auteurs centrent leurs définitions sur le vécu hallucinatoire des patients qui les décrivent en termes perceptifs : ils localisent les voix dans l'espace, en précisent le timbre, décrivent leurs visions, indiquent les odeurs de leurs hallucinations olfactives, etc.

Ainsi, pour Ey « Le phénomène hallucinatoire vécu par le sujet doit [...] comporter un double caractère : celui d'affecter sa sensibilité ou sa sensorialité et celui d'être projeté hors de sa subjectivité » ([2] p. 44–45). Le patient doit pouvoir ainsi attester d'une expérience sensible (« *je vois, j'entends, je sens* ») par sa référence aux attributs de la sensorialité, et soutenir l'objectivité et la réalité de celle-ci. Quand l'hallucination se déroule pendant les entretiens, le clinicien observe une situation dans laquelle tout se passe comme si le patient avait une *perception dont le substrat lui échapperait*. Le patient peut même repérer que le clinicien, lui, ne perçoit pas l'hallucination ; d'autres fois, il pense que la perception est partagée.

2.2. *Perception sans objet (Esquirol 1838, Falret 1864)*

L'hallucination est, à partir d'Esquirol (1838), définie comme « perception sans objet ». Dans l'approche psychiatrique, elle sera alors toujours comparée à une perception [1]. Comme l'hallucination ne peut être réduite à une perception, la comparaison hallucination/perception amène les auteurs à décrire l'hallucination de façon négative : par l'absence de percept ou d'objet.

Esquirol écrit ainsi : « un homme qui a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue, alors que *nul objet extérieur* propre à provoquer cette sensation n'est à portée de ses

² Freud S., 1911 b. Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Le président Schreber) ([6], p. 263–321), Freud S., 1915 a. Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique ([7], p. 209–218), Freud S., 1924 a. Névrose et psychose ([7], p. 283–286), Freud S., 1924 b. La perte de la réalité dans la névrose et la psychose ([7], p. 299–303).

sens, est dans un état d'hallucinations : c'est un visionnaire » ([3], p. 80–100). Cette définition d'Esquirol, « perception sans objet » sera très largement reprise sans être critiquée. J. Baillarger la cite [8], J.-P. Falret également : « Quiconque croit voir, entendre, flairer, goûter, toucher distinctement, tandis que la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, les téguments, ne reçoivent aucune impression : celui-là est halluciné » ([9], p. 218). Il conclut en se référant à Esquirol : « L'hallucination est une *perception sans objet*, comme on l'a si souvent répété » ([9], p. 264). E. Régis reprend : « l'hallucination est une perception sans objet [...] ainsi un individu qui entend des paroles alors qu'aucun bruit n'a frappé son oreille, éprouve une hallucination » ([10], p. 85). P. Guiraud précise : « L'hallucination est éprouvée et décrite par le malade comme une *perception* à la réalité de laquelle il croit obstinément malgré l'absence d'objet extérieur capable de provoquer cette perception » ([11], p. 187).

2.3. *Perception sans objet à percevoir (H. Ey, 1973)*

Dans son *Traité des hallucinations*, H. Ey (1973) [2] critique et complète la définition classique : l'hallucination devient alors une « perception sans objet à percevoir ». Par ce complément Ey souhaite mettre l'accent, non plus sur le contenu de la perception, mais sur le processus hallucinatoire : « la déformation, et même l'inversion de l'acte perceptif » ([2], p. 52). Il précise qu'en ajoutant « à percevoir » il souhaite « souligner que l'hallucination consiste à percevoir un objet qui ne doit pas être perçu » ([2], p. 47). En d'autres termes et en « dernière analyse, la réalité du phénomène hallucinatoire suppose donc une affirmation de la réalité de l'hallucination (c'est-à-dire de l'irréalité de son *perceptum*) pour autrui » ([2], p. 45).

Pour H. Ey, l'hallucination présente les attributs de la perception sans que son objet soit « réel » : « l'hallucination est une « vraie » perception d'une fausse réalité » ([2], p. 46).

2.4. *Limites et paradoxalité des définitions fondées sur l'analogie hallucination–perception*

Ainsi, en tant que phénomène, dans une approche psychiatrique ([1,2,12]), l'hallucination a été décrite comme : « perception sans objet » ([3, 9]) puis comme « perception sans objet à percevoir » [2]. Nous avons souligné la dimension paradoxale de ces définitions ([13, 14]) : elles témoignent d'une difficulté à laquelle le clinicien et l'observateur sont confrontés : maintenir en tension deux points de vue sur l'expérience hallucinatoire, sans les différencier ni les articuler, celui du patient (qui la vit comme une perception) et celui du clinicien (pour lequel il n'y a aucun objet à percevoir). Ainsi, comme y insiste W.R. Bion ([15], p. 156), le terme d'hallucination est lié au décalage entre deux points de vue ou deux *vertex* différents (et simultanés) : celui du patient et celui du clinicien.

Un critère quelquefois utilisé pour repérer une hallucination est la discordance entre le contenu formel de l'hallucination dont le patient fait le récit et la vision du monde du clinicien. Nous serons ici vigilants à ne pas trop vite considérer comme hallucinations des phénomènes qui, dans la vision du monde du clinicien, ne peuvent exister. Nous serons ainsi amenés à réfléchir au lien entre hallucination et idéologie, culture, vision du monde et de la vie. Mais quel sens cela a-t-il de parler de perception qui n'aurait pas d'objet, même si on précise « à percevoir » : sauf à dire que l'objet est bien interne ? Nous nous rallions donc aux

propositions de Assad et Shapiro qui définissent l'hallucination comme « perception sans stimulus externe correspondant » ([16], p. 1088–1097), ou encore « erreur de perception où une image sensorielle interne est prise pour un objet externe non-existant ou quand une sensation est vécue en l'absence de ses stimuli usuels » ([17], p. 310). L'ajout du qualificatif « externe » insiste sur le fait qu'il y a bien un objet mais que celui-ci est intrapsychique, et de ce fait ne peut être véritablement perçu. La formule de H. Ey pourrait alors être complétée ainsi : « perception sans objet externe à percevoir ».

3. Trois critères de classification des hallucinations

3.1. La conviction (Esquirol)

Pour Esquirol (1838), l'hallucination est une anomalie du fonctionnement psychique qui provoque une conviction absolue. Elle est alors très proche du délire. Esquirol ([3], p. 100) a en effet défini « le mot hallucination comme n'ayant pas d'acceptation déterminée, et pouvant convenir par conséquent à toutes les variétés du délire, qui supposent la présence d'un objet propre à exciter l'un des sens, quoique ces objets ne soient pas à portée des sens ». Il est important de distinguer ici la conviction portant sur le fait d'effectuer un acte perceptif (jugement assertif) de celle portant sur la réalité de ce qui est perçu (jugement de réalité)³. Nous reviendrons sur ce point plus loin.

3.2. L'esthésie : les hallucinations « psychosensorielles » et « psychiques » (Baillarger)

Le second critère de classification des hallucinations est celui de la sensorialité. Après Esquirol, l'hallucination est pensée à partir du critère de qualité sensorielle, c'est-à-dire de l'*esthésie*. Baillarger [8] puis Falret [9] différencient ainsi les hallucinations qui possèdent les attributs de la perception (hallucinations psychosensorielles) de celles qui n'ont pas la qualité d'image (ou esthésie) d'une perception (hallucinations psychiques).

« Je crois qu'il y a lieu d'admettre deux sortes d'hallucinations, les unes complètes, composées de deux éléments et qui sont le résultat de la double action de l'imagination et des organes des sens : ce sont les hallucinations *psychosensorielles* ; les autres, dues seulement à l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, sont tout à fait étrangères aux organes des sens, elles manquent de l'élément sensoriel, et sont pour cela même incomplètes: ce sont les *hallucinations psychiques* » ([8], p. 369).

Cette *approche* de l'hallucination, inaugurée par Baillarger, est fondée sur une conception selon laquelle une sensation est provoquée par une excitation mécanique ou électrique d'un organe ou d'un nerf sensoriel. L'hallucination est donc, dans cette optique « sensorio-mécanique », le résultat d'une erreur des sens produite par un dysfonctionnement de leurs appareils périphériques ou centraux, et est caractérisée par l'intensité des images qui en résulte ([2], p. 79). Les hallucinations psychosensorielles sont « l'effet d'excitations mécaniques fortes et les pseudo-hallucinations sont l'effet d'excitations mécaniques faibles » ([2], p. 87).

³ Je vois : jugement assertif. Ce que je vois existe : jugement de réalité.

3.2.1. *Les hallucinations psychiques*

Le patient considère les hallucinations psychiques comme qualitativement différentes de la perception. Dans le domaine visuel, par exemple, elles sont caractérisées par le fait qu'il s'agit seulement d'images, soit floues, pâles, à peine distinctes (hypoesthésie), soit au contraire particulièrement esthétiques, anormalement riches et vivaces (hyperesthésie).

3.2.1.1. Diagnostic différentiel. Il faut distinguer les hallucinations psychiques, d'une part des pensées obsédantes, que le patient rejette, mais reconnaît comme lui appartenant, d'ailleurs avec un sentiment d'angoisse et de lutte intérieure, qui ne s'observe pas dans les hallucinations psychiques ; d'autre part, des phénomènes de *forced thinking* qu'on peut rencontrer dans certaines variétés de l'épilepsie temporelle, admirablement décrites par W. Penfield et H. Jasper ([18], p. 468) et reprises par Lanteri-Laura ([1], p. 116).

Michea (1849) propose d'appeler les hallucinations psychiques les « fausses hallucinations ⁴ » pour les différencier des « vraies » qui possèdent l'esthésie d'une perception. Kandinsky, Hagen et Hoppe les nomment pseudo-hallucinations [2]. G. Petit (1913) les appelle « auto-représentations aperceptives », Kahlbaum emploie le terme d'hallucinations aperceptives (cité par Ey, [2]). Seglas (1892), utilise également la classification de Baillarger (1846) sous la forme d'hallucinations psychomotrices ou psychosensorielles *versus* pseudo-hallucinations ou hallucinations pseudo-esthésiques (Cité par Ey [2]).

3.2.2. *Les hallucinations psychosensorielles : la place particulière des hallucinations psychomotrices verbales*

Les hallucinations psychosensorielles sont marquées par leur aspect esthésique et leur origine appréhendée comme extérieure au sujet, ce que Guiraud nomme xénopathie [19]. C'est le cas par exemple des hallucinations psychosensorielles verbales qui présentent des traits phonatoires nets (intensité, hauteur, timbre) [20].

La catégorie descriptive que Seglas nomme hallucination psychomotrice verbale provient d'une observation clinique: des patients « *articulent* avec leurs lèvres, leur langue, leur luette et tout leur appareil phonatoire, des propos qu'ils ne prennent pas à leur compte et qui, parfois, redoublent leurs hallucinations psychosensorielles » ([1], p. 115).

« Les plus caractéristiques vocifèrent, disant avec force des paroles qu'ils ne peuvent pas s'empêcher de produire, mais dont ils précisent qu'elles ne viennent pas d'eux-mêmes, qu'ils n'en peuvent être tenus pour les auteurs, qu'ils ne les prennent pas à leur compte ; ils s'en plaignent souvent, et certains les décrivent comme une sorte de possession que leurs persécuteurs prennent de leur appareil phonatoire. Parfois serrent-ils les mâchoires pour éviter pareil comportement. C'est là un aspect typique, mais un peu caricatural, de cette sorte d'hallucination, et on en rencontre bien des variétés. L'intensité sonore, d'abord : à côté de ces discours proférés à haute voix, l'on peut observer tous les degrés d'intensité, jusqu'au bredouillement à moitié silencieux et aux mouvements ébauchés des lèvres. Le timbre, ensuite : il n'est pas rare que le patient qui profère ainsi les hallucinations psychomotrices, le fasse, non pas avec sa voix ordinaire,

⁴ Plus tard (de 1890 à 1930), ces hallucinations seront de plus en plus considérées comme des hallucinations « vraies » ([2], p. 86).

mais avec des aspects de timbre, de ton, de modalités, qui ne sont pas les siens, de sorte qu'apparaît un contraste net entre sa voix à lui et celle qui parle par ses organes phonatoires. Pareille différence se retrouve au niveau du discours lui-même, et l'on observe parfois un sujet réservé, poli et discret, dont les hallucinations psychomotrices sont éclatantes, grossières, obscènes et scatologiques [...] avec le cas bien connu de cette patiente qui entendait dialoguer trois diables, assis sur son diaphragme, et bien distincts les uns des autres » ([1], p. 114–115).

Ey évoque à ce propos, « un malade sourd-muet, Cramer, [qui] s'entendait appeler « Kaiser » par une voix qui lui venait de sa langue et de sa propre bouche ». H. Ey continue : « L'observation d'une malade délirante et hallucinée verbale et également sourde-muette, que j'ai bien connue, a fait l'objet de la part de J. Rouart (1949) d'une étude approfondie puis d'une discussion pleine d'intérêt » (cité par Ey [2], p. 44).

Nous retrouvons ici les intuitions de Seglas (1892) sur les hallucinations psychomotrices verbales, avec son hypothèse d'image motrice ou kinesthésique. Les patients situent leurs hallucinations psychomotrices verbales dans l'appareil phonateur (voix labiales, linguales, thoraciques, abdominales) (cité par Ey, [2], p. 204). Ils effectuent, pendant qu'ils hallucinent, des mouvements d'articulation plus ou moins complets. Ils sentent des paroles (dans la bouche, la gorge) qui leur demeurent étrangères (Ey, [2], p. 206) et qui peuvent être accompagnées d'un élément sensoriel auditif : des paroles sont entendues dans la gorge. Ils peuvent avoir des sensations kinesthésiques de mouvement d'articulation (« on » leur fait remuer la langue, les cordes vocales, les lèvres). Il s'agit pour le patient de l'expression d'un objet étranger : injures ordurières ou blasphématoires que le sujet lui-même articule dans les cas de possession démoniaque.

Elles peuvent être appréhendées comme une action extérieure sur sa propre pensée, sur son langage et sur ses actions (syndrome d'*influence*) ([2], p. 201–202). Elles sont présentées ainsi par le patient: « C'est bien moi qui parle, mais on parle à travers moi » (par exemple dans l'expérience glossolalique), ou « on me fait parler » (dans la médiumnité).

Parfois, il y a transformation de la pensée en langage émis par un autre. C'est « la pensée qui devient à haute voix » ([2], p. 186). L'écho de la pensée ou de la lecture consiste dans la répercussion immédiate de ce qui est pensé par le sujet, en écho. H. Ey cite le cas d'un collègue qui décrit ainsi un aphasique sensoriel qui se plaignait d'entendre une voix qui doublait constamment sa pensée. Par moment, à cette verbalisation sonore de sa pensée s'ajoutait un changement pronominal. Il pensait « Je dois aller chez le Docteur » et il entendait tout de suite après « Il doit aller chez le Docteur ». H. Ey [2] souligne, avec D. Lagache (1934) [20] que les patients qui ont des hallucinations psychomotrices verbales, « parlent souvent leurs hallucinations dans le mouvement respiratoire d'inspiration » ([2], p. 207), ébauche de ventriloquie, très caractéristique.

Ces recherches sur les « hallucinations psychomotrices » posent la question du lien entre hallucinations et *agirs*. Que penser du statut d'une voix qui est à la fois entendue et parlée par le patient ? Séglas, préfaçant le livre *Hallucinations et Délire* de H. Ey (1934), indique de façon synthétique la difficulté et l'intérêt de cette question. Il avait déjà insisté dans son article *Dédoublement de la personnalité et les hallucinations verbales motrices* (1889) sur l'origine motrice des hallucinations psychiques de Baillarger. En 1892, dans son livre *Troubles du langage chez les aliénés*, Seglas avait également présenté du matériel clinique

dans lequel les patients n'appréhendent pas les voix par leurs oreilles à l'aide d'images auditives du mot, mais les perçoivent à l'aide des images motrices d'articulation : « Je n'entends pas, dit le patient, je sens parler » ([2], p. 205). Séglas a mis ainsi l'accent sur le rôle des « *images kinesthésiques* », soulignant que le patient objective la part d'impression corporelle du mouvement liée à une perception ([2], p. 203).

En 1900, Ey distingue le groupe des hallucinations motrices verbales selon leur intensité, en *hallucinations kinesthésiques* simples (images kinesthésiques sans mouvements perceptibles), et impulsions verbales (avec élocution) ([2], p. 118). Les *Hallucinations graphiques* (mots, lettres, parfois hiéroglyphes) font partie de cette production abstraite d'hallucinations kinesthésiques; Freeman et Williams (1953) ont publié, à ce propos, une étrange observation d'hallucination kinesthésique en « écriture Braille » (cités par Ey [2]). La classification de Baillarger est reprise par G. de Clérambault⁵ qui intègre les hallucinations psychosensorielles et psychiques dans son syndrome d'*automatisme mental*.

3.3. Le degré de déstructuration de la psyché (Ey) : les éidolies et les hallucinations délirantes

Dans une démarche organodynamique, H. Ey ([2], p. 97) propose une classification « structurale », en rapport avec le fonctionnement psychique et le « degré de *désorganisation* » de la psyché. Dans cette optique, fondée sur « l'hypothèse d'une organisation architectonique de l'être psychique dont la désorganisation est proprement hallucinogène et délirioène » ([2], p. 94), il dénonce d'une part une classification à partir du critère de la présence ou absence de la conviction délirante, et d'autre part un classement dépendant du degré d'esthésie. Avec Ey [2], l'hallucination devient l'effet d'un bouleversement structural de l'être conscient ([2], p. 94–95).

Il différencie alors les éidolies (de *eidōs* : image), des « véritables » hallucinations qu'il nomme « hallucinations délirantes » ([2], p. 27).

3.3.1. Les éidolies

Les éidolies sont le plus souvent issues de troubles neurologiques de la perception. Les images sont simples, vives, nettes, fragmentaires, d'une grande qualité d'image (esthésie) Elles demeurent un événement « périphérique », « enkysté », circonscrit, comme « entre parenthèses » ([2], p. 1973) et le patient les critique et ne les prend pas pour la réalité extérieure (maintien de l'épreuve de la réalité). « Il s'agit bien, en effet, d'un jugement d'assertion et non d'un jugement de réalité » ([2], p. 341).

Le patient dit les percevoir clairement et affirme la présence de l'objet (jugement assertif), « comme si elles étaient vraies » ([2], p. 339), mais sans les confondre avec une perception : le patient les critique et ne les prend pas pour la réalité extérieure (maintien de

⁵ Clérambault G. de, 1942. Automatisme mental et psychoses hallucinatoires chroniques ([6], p. 455–656).

l'épreuve de la réalité). Les éidolies « sont perçues en même temps qu'elles sont exclues de la perception » ([2], p. 340) ⁶.

« Si nous soulignons ainsi le caractère d'irréalité de ces phénomènes jugés paradoxalement par le sujet comme telle, c'est que l'affirmation (Je vois, j'entends, je sens) comporte aussi une négation (ce que je vois, entends, je sens, ne correspond pas à quelque chose de réel) » ([2] p. 341). Les éidolies ne proviennent pas d'un fonctionnement délirant du patient et sont *compatibles avec la raison*, en cela elle peuvent être qualifiées de « psychonomes » [4]. Il s'agit d'une « modalité hallucinatoire non délirante ». Le sujet les trouve « irréelles », incongrues par rapport à son vécu perceptif : il sait qu'il est halluciné. Par exemple, le patient voit des petits elfes qui grimpent sur le bureau mais il sait bien qu'ils n'existent pas. Le remarquable texte de Minkowsky [22] sur *Le temps vécu*, et en particulier le chapitre « *Vers une psychopathologie de l'espace* », montre très bien la possible cohabitation, chez un même sujet, d'une néo-réalité hallucinatoire et d'une réalité perceptive, souvent demeurées activement séparées par des processus de clivage.

H. Ey classe les éidolies en deux sous-groupes selon leur composition élémentaire ou scénique : les « protéidolies » et les « phantéidolies ».

Les protéidolies sont des « hallucinations élémentaires », des images très vives, fulgurantes intermittentes ou stéréotypées, caractérisées par leur esthésie sensorielle et la constitution *élémentaire* de leur configuration ([2], p. 331). Ey évoque à ce propos les « phosphènes », visions endoptiques (qui apparaissent dans le champ perceptif), soit à la pression des globes oculaires, soit dans le passage de la lumière à l'obscurité, soit dans certaines conditions d'accommodation (dans une position extrême des globes oculaires), ou encore par excitations électriques ([2], p. 112). Par exemple : « Ce qui [...] éclate en fusées, étincelles, étoiles, zigzags et contenus zébrés, mosaïques, grillages ou en sonorités brutales ou rythmiques, syncopées ou déjà sommairement mélodiques ou verbales, ce sont des images qui ont, malgré leur caractère élémentaire, furtif, impulsif ou discontinu, une valeur émotionnelle et esthétique » ([2], p. 348).

Les phantéidolies (également nommées « phantéidolies éidolo-hallucinosiques ») sont des « images scéniques constituant un fragment ou un commencement de rêve » ([2], p. 329), des *mises en scène*. Sans avoir toujours une esthésie particulièrement vive, elles sont « des images oniriques avec une ébauche d'enchaînements scéniques » ([2], p. 338). L'hallucination hypnagogique (encore appelée hallucination du demi-sommeil) en est le prototype.

A cette dichotomie entre hallucinations *élémentaires* et *complexes*, G. Lanteri-Laura [1] proposera (pour les hallucinations visuelles) de substituer des termes empruntés au vocabulaire de l'art contemporain, ceux d'hallucinations *figuratives* ou *non-figuratives* « car le trait essentiel des élémentaires est moins qu'elles constitueraient des éléments, que le fait qu'elles ne figurent rien, tout comme la caractéristique des complexes, c'est moins leur figuration que le fait qu'elles figurent quelque chose » ([1], p. 120).

⁶ Les éidolies sont en rupture avec le continuum perceptif, d'un point de vue spatial (l'hallucination « creuse sa place » dans le champ perceptif où elle se déroule) et d'un point de vue temporel (elles apparaissent comme n'appartenant pas à l'actualité du vécu) ([2], p. 340).

3.3.2. *Les hallucinations délirantes*

Les « hallucinations délirantes » sont, pour Ey, les vraies hallucinations, appréhendées par les patients comme de véritables perceptions. Elles sont une expression du fonctionnement délirant du sujet, effet « de la déstructuration de l'être conscient ».

Secondaires au délire, ces hallucinations prennent deux formes correspondant aux deux modalités fondamentales du délire ([2], p. 381). Dans la première, les hallucinations proviennent d'une déstructuration de la conscience, renvoyant à une « maladie mentale aiguë ». Dans la seconde, elles sont le produit d'une reconstruction (« processus idéo-délirant ») liée à la désorganisation de l'être conscient et à une « maladie mentale chronique ». Ainsi, pour H. Ey, « le fond de l'hallucination [délirante] n'est pas primitivement sensoriel » ([2], p. 378). Il se déclare ici en accord avec S. Freud : « Freud lui-même, après avoir souligné la régression psychique du dormeur nous dit que le délire hallucinatoire « ne devient possible que lorsque le Moi est suffisamment désagrégé pour que l'épreuve de la réalité ne suffise plus à empêcher l'hallucination ». Ce n'est pas autre chose que nous disons lorsque nous parlons d'une désorganisation de l'être conscient » ([2], p. 398, note 1).

3.3.2.1. *Les critères de classification de H. Ey (1973)*. Différenciant l'édolie (non délirante mais dépendant d'un trouble de la perception) et l'hallucination délirante, la grille de classement de H. Ey comporte deux critères fondamentaux : d'une part la dimension « délirante », d'autre part le degré de complexité du contenu formel de l'hallucination (celui-ci pouvant être primitif ou élaboré, scénique).

Les trois critères de degré de conviction, de degré d'esthésie (qualité sensorielle), et de niveau de déstructuration de la psyché, ont ainsi été successivement utilisés dans les classifications de l'hallucination, à partir de l'analogie hallucination–perception.

Nous rejoignons H. Ey ([2], p. 46) quand il propose de nommer hallucinations (les véritables hallucinations, c'est-à-dire les psychosensorielles) les phénomènes qui articulent les caractéristiques suivantes :

1. La *sensorialité* de l'expérience vécue (ce qui nous permet de faire le diagnostic différentiel avec l'image mentale)
2. la conviction de sa *non-subjectivité* (diagnostic différentiel avec les anomalies sensorielles, les édiolies, les illusions)
3. l'*absence d'objet réel* (diagnostic différentiel avec l'illusion au sens où celle-ci se définit comme une simple erreur à propos d'un objet réel).

Ces classifications descriptives, toujours pertinentes, mettent en avant, chacune, un aspect des phénomènes hallucinatoires. Nos observations, au long cours, des hallucinations dans la thérapie de patients psychotiques, nous ont appris que les hallucinations s'inscrivent également dans une dynamique de transformations [23]. Nous soutenons que cette évolution est liée à la dynamique de la relation intersubjective [24].

Références

[1] Lantéri-Laura G. Les hallucinations. Paris: Masson; 1991.

[2] Ey H. Traité des hallucinations, 2 vol. Paris: Masson et Cie; 1973.

- [3] Esquirol E. Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal. Paris: J.B. Baillière; 1838.
- [4] Quercy P. L'hallucination. Paris: F. Alcan; 1930.
- [5] Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: PUF; 1967.
- [6] Freud S. Cinq psychanalyses. Paris: PUF; 1970.
- [7] Freud S. Névrose, psychose et perversion. Paris: PUF; 1973.
- [8] Baillarger J. De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations. Mémoire présenté à l'Académie Royale de Médecine, le 14 mai 1842. In: Baillarger J, editor. Recherches sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux. Paris: Masson; 1847.
- [9] Falret JP. Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Paris: J.B. Baillière; 1864.
- [10] Régis E. Précis de psychiatrie. Paris: Doin; 1923.
- [11] Guiraud P. Psychiatrie clinique. Paris: Le François; 1956.
- [12] Lazorthes G. Les hallucinations. Paris: Masson; 1996.
- [13] Gimenez G. Clinique de l'hallucination psychotique. Paris: Dunod; 2000.
- [14] Pedinielli G, Gimenez G. Les psychoses de l'adulte. Paris: Nathan, coll. « 128 »; 2002.
- [15] Bion WR. Transformations (1965). Paris: PUF; 1982.
- [16] Assad G, Shapiro B. Hallucinations Theoretical and Clinical Overview. The American Journal of Psychiatry 1986;143(9):1088–97.
- [17] Mac Nichol RW. Hallucination. In: Wolman BB, editor. International Encyclopedia of psychiatry, psychology, psychoanalysis and neurology, 5. New York: Aesculapius Publishers; 1977. p. 310–3.
- [18] Penfield W, Jasper H. Epilepsy and the functional anatomy of the human brain. Boston: Little and Co; 1954.
- [19] Guiraud P. Psychiatrie générale. Paris: Le François; 1950.
- [20] Lagache D. Les hallucinations verbales et la parole. In: Lagache D, editor. Les hallucinations verbales et travaux cliniques. Œuvres I, 1932-1946. Paris: PUF; 1934. p. 1–134 1977.
- [21] Clérambault G de. Œuvre psychiatrique. Paris: PUF; 1942.
- [22] Minkowsky E. Le temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques. Neuchatel: Delachaux et Nieslé; 1933.
- [23] Gimenez G, Pedinielli JL, Guimont M. La démétaphorisation dans le travail de l'hallucination. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale 1999;32:50–3.
- [24] Gimenez G. Clinique de l'hallucination psychotique. Paris: Dunod; 2000.