

mise au point

Délires et hallucinations, définitions et mécanismes

■ La sémiologie des délires et des hallucinations correspond à des définitions précises. ■ Systématisés ou non, leurs mécanismes et leurs thèmes sont variés ■ Les approches psychodynamiques et biologiques donnent un éclairage sur les thérapies à mettre en œuvre pour les patients qui en sont atteints.

PATRICIA COTTI

Delusions and hallucinations, definitions and mechanisms. The semiology of delusions and hallucinations corresponds to precise definitions. Systematised or not, their mechanisms and their themes are varied. Psychodynamic and biological approaches give an insight into the therapies to use with patients who are affected.

Après un aperçu de la manière dont la psychiatrie a défini et distingué les différents délires et les hallucinations depuis le XIX^e siècle, il est intéressant de voir comment le délire est abordé dans les classifications actuelles CIM 10¹ et DSM IV², quelles sont les théories psychodynamiques et les hypothèses biologiques des troubles délirants et des hallucinations, et enfin quelles sont les démarches thérapeutiques actuelles dont dispose le soignant.

VERS LA SÉMIOLOGIE ACTUELLE

Au début du XX^e siècle, les psychiatres portaient une grande attention à la description des phénomènes pathologiques et à leur évolution. La finesse des repères sémiologiques (des signes) permet de distinguer – à la suite de grands débats et controverses entre écoles psychiatriques allemandes et françaises – différentes maladies mentales. C'est dans ce climat, alors que les psychiatres cherchaient à établir des nosographies (classification des maladies) de plus en plus précises ou originales des troubles mentaux, que furent identifiées différentes formes de délire, d'abord distinguées par leurs thèmes puis par leur organisation et leurs mécanismes.

■ **Définitions.** De façon générale, le “délire” désigne une croyance irréductible et inébranlable correspondant à une conception fautive de la réalité. Le délire n'est pas une simple erreur, car cette dernière peut être reconnue par celui qui la commet lorsqu'il s'affronte à la contradiction, à d'autres expériences vécues ou en présence d'éléments qui viennent contredire sa certitude antérieure. En revanche, le délire est une conviction

qui reste inattaquable. L'“hallucination” est une perception fautive qui ne correspond pas à un objet extérieur réel. L'hallucination n'est pas à confondre avec l'illusion qui consiste en une mauvaise perception d'un objet bien réel.

■ **Diagnostic différentiel.** Les délires et les hallucinations peuvent relever de pathologies neurologiques (encéphalites, épilepsies, démences) ou de toxicoses (prises d'hallucinogènes ou effets indésirables de certains médicaments). C'est le diagnostic clinique différentiel, éventuellement complété par des examens radiologiques et médicaux (scanner, imagerie par résonance magnétique – IRM, bilan sanguin), qui permet de déterminer si le délire et les hallucinations relèvent, ou non, de la psychiatrie.

■ **En psychiatrie.** Les délires et les hallucinations psychiatriques sont considérés comme des symptômes que l'on trouve, le plus souvent (mais non pas uniquement, ni systématiquement) dans les psychoses. En effet, il existe des psychoses sans délires ni hallucinations, tout comme la présence de délires et d'hallucination ne suffit pas toujours à établir un diagnostic de psychose.

■ **L'importance de l'entretien clinique.** Lorsqu'ils existent, le délire tout comme les hallucinations sont plus ou moins “bruyants”, c'est-à-dire manifestes, à l'examen clinique. Certaines personnes peuvent vivre leur délire ou leurs hallucinations au grand jour, d'autres cherchent à les dissimuler, à en masquer les effets qui ne sont alors suspectés par le clinicien que lorsqu'il note des incohérences dans le discours, des sous-entendus, ou des attitudes d'écoute (hallucinations auditives) ou d'autres bizarreries de comportement. ▶

MOTS CLÉS

- Antipsychotique
- Délire
- Hallucination
- Mécanisme de défense
- Psychothérapie
- Psychose
- Réalité
- Rêve

KEY WORDS

- Antipsychotic
- Defence mechanism
- Delusion
- Dream
- Hallucination
- Psychosis
- Psychotherapy
- Reality

NOTES

1. **Organisation mondiale de la santé (OMS).** Classification internationale des maladies, 10^e édition (CIM 10), 2007, <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
2. **American psychiatric association.** DSM-IV - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson 2003.
3. **Freud S.** Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Dementia paranoïde). In : Cinq psychanalyses. PUF 1999.
4. **Freud S.** Le président Schreber : remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (*dementia paranoides*) décrit sous forme autobiographique. PUF 2001.
5. **Freud S.** Oeuvres Psychanalytiques. PUF 1991-2009.
6. **Braff D, Schork NJ, Gottesman II.** Endophenotyping schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007 ; 164 : 705-7.
7. **Gottesman II.** Schizophrenia genetics: The origins of madness. Freeman 1991.
8. **Laing RD, Cooper DG.** Raison et violence. Payot 1976.

L'ORGANISATION DU DÉLIRE

La construction d'un délire peut être plus ou moins cohérente. Deux grandes organisations sont reconnues :

- **les délires systématisés ou paranoïaques.** Soit le délire est dit "en réseau", il gagne progressivement tous les domaines de la vie du sujet, soit il est "en secteur", il s'exerce alors dans un seul domaine ;
- **les délires non systématisés ou paranoïdes.** Il s'agit des délires flous, mal organisés, incohérents et aux mécanismes et aux thèmes multiples (ce qui se retrouve dans les schizophrénies).

LES MÉCANISMES

Plusieurs mécanismes donnent naissance au délire :

- **l'interprétation ou la distorsion du jugement.** Il s'agit d'un jugement faux, porté sur une perception exacte ;
- **l'altération des perceptions :**
 - illusion : déformation d'un objet réel qui est incorrectement perçu ;
 - hallucinations : fausses perceptions qui surviennent en l'absence d'objet extérieur. Il existe plusieurs types d'hallucinations : hallucination des sens (auditives, visuelles, cénesthésiques (au niveau du corps), olfactives, gustatives) et hallucinations intra-psychiques (le patient a l'impression d'avoir des pensées qui ne sont pas à lui) ;

- **la fabulation, l'imagination.** Des projections imaginaires sont prises pour des souvenirs ;
- **l'intuition.** Un sentiment, une idée ou encore une croyance auquel le sujet adhère totalement avec une certitude absolue ;
- **le syndrome d'automatisme mental.** Le sujet est convaincu que ses pensées sont volées, devinées. Il a l'impression que quelqu'un d'autre ou autre chose agit à travers lui, que ses actes et ses paroles sont commandés, ce

qui peut aboutir à un syndrome d'influence où le sujet se sent tout entier sous l'influence d'une force extérieure.

■ **Ces mécanismes ont été identifiés** au tournant du XIX^e et du XX^e siècle par des psychiatres qui

ont donné leur nom à différents délires. Ainsi l'on parle plus spécifiquement du :

- **délire interprétatif** de Sérieux et Capgras (le patient interprète tous les événements de sa vie comme les indices d'un complot ourdi contre lui) ;
- **délire hallucinatoire** ou psychose hallucinatoire chronique (PHC) de Gilbert Ballet ;
- **délire imaginatif** de Dupré (caractérisé par une excentricité, le patient conserve, malgré tout, un certain lien avec la réalité) ;
- **délire de négation** de Cotard (après diverses phases progressives, le patient en vient à nier sa propre existence ainsi que celle du monde extérieur) ;
- **délire de relation des sensitifs** ou délire de Kretschmer (le patient présente une tendance à la dépression et un délire persécutoire discret) ;
- **délire érotomaniaque** ou syndrome de Clérambault (la personne qui en est atteinte est persuadée qu'elle est aimée par "l'objet" de son délire), etc.

LES THÈMES DÉLIRANTS

Le sujet peut délirer sur n'importe quel thème.

- **Le délire de persécution.** Le patient est convaincu qu'on veut lui nuire physiquement, moralement, professionnellement, familialement, etc. Les formes de persécutions sont multiples : surveillance, filatures, menaces, calomnies, machinations, empoisonnement, etc.
- **Le délire d'influence.** La personne a l'impression d'être dirigée par une force extérieure qu'elle ressent soit implantée en elle-même, soit agissant de l'extérieur.
- **Le délire de grandeurs.** Le sujet exprime des idées de richesse, de missions à accomplir, de filiation royale.
- **Le délire mystique** est souvent lié à des thèmes de persécution, d'envoûtement, de magie, etc.
- **Le délire hypocondriaque.** La personne souffrant de ce type de délire ressent des sensations douloureuses, pénibles, persistantes qui concernent une ou plusieurs parties du corps. Des idées de transformations corporelles peuvent parfois même exister.
- **Le délire de négation** (syndrome/délire de Cotard). Le sujet a une conviction de modification, de destruction, de non-existence de lui-même ou d'une partie de lui (dans les mélancolies notamment).

RÉACTIONS FACE AU DÉLIRE

Face au délire, il peut exister une réaction d'adhésion. Celle-ci peut être totale ou parfois donner lieu à une critique de ce même délire. D'autres



© C. Moreau/Elsevier Masson SAS

symptômes peuvent en résulter : angoisse, exaltation, euphorie, agressivité, etc.

PISTES DE RÉFLEXION, DÉLIRES... DANS UN MONDE EN CHANGEMENT

Le mot délire vient du latin *delirare* : sortir du sillon. Si, la plupart du temps, il est aisé de sentir le caractère particulier voire pathologique d'un délire, il est, cependant, des circonstances plus délicates. L'existence de croyances et d'aires culturelles très dissemblables peuvent être amenées à se rencontrer, étant donné les facilités de transports et les mouvements de migrations actuels, pouvant mettre les cliniciens face à des "croyances", des visions du monde ou une rationalité très différentes des nôtres, mais qui ne sont pas, pour autant, délirantes.

THÉORIES SUR L'ORIGINE DU DÉLIRE ET DES HALLUCINATIONS

Sigmund Freud a montré que le délire a un sens, qu'il dit quelque chose des fantasmes (fantasmes), des vécus et des souhaits de l'individu qui délire. Selon lui, le délire serait une « tentative de guérison »³ face à l'émergence d'éléments traumatiques restés enkystés et qui ressurgiraient dans le Moi en provoquant sa désorganisation totale et en étant tout à fait déformés.

■ **L'approche psychodynamique.** Dès 1894, et à la suite du psychiatre et neuroanatomiste allemand Theodor Hermann Meynert, Sigmund Freud soutient l'idée que la psychose hallucinatoire est l'expression d'un souhait qui n'a pas pu trouver à s'accomplir dans la réalité. Cette théorie est une première étape vers l'idée que le délire dit quelque chose et qu'il est analysable.

■ **Avec le cas Schreber, en 1911,** Sigmund Freud montre, en effet, qu'un délire paranoïde et de persécution, aussi florissant et exubérant soit-il, se rapporte aux fantasmes sexuelles et en particulier aux fantasmes homosexuelles inconscientes que ne peut s'avouer Daniel Paul Schreber⁴.

■ **Selon Sigmund Freud (1914),** le délire correspond également à une régression (retour) au stade du narcissisme, un stade du développement psychosexuel de l'enfant où la toute-puissance des idées et des souhaits (principe de plaisir) prévaut sur l'investissement et la reconnaissance de la réalité (principe de réalité)⁵.

■ **Dans la psychose,** le mécanisme de défense qui rend les éléments traumatiques (pensées, vécus, souhaits) méconnaissables et vise à les exclure n'est pas un refoulement, mais un déni (*Verleugnung*) (Freud 1925)⁵. Ce dernier recompose un monde extérieur qui ne correspond pas à la réalité grâce

à l'hallucination et au délire. Il aboutit à un processus de clivage (*Spaltung*) du moi (Freud 1938)⁵, une partie du Moi étant vaincue par le délire et le déni de la réalité, une autre partie pouvant admettre cette dernière.

■ **L'approche psychodynamique et la psychanalyse après Freud** ont émis plusieurs hypothèses sur l'origine et la fonction du délire et des hallucinations. Ce sont souvent les relations les plus précoces qui sont mises en cause et notamment la relation à la mère.

■ **La mise en évidence des injonctions ou des messages paradoxaux** ("double lien") dans l'environnement des psychotiques et les thérapies mises au point à partir de cette idée ont eu leur heure de gloire (École de Palo Alto avec Gregory Bateson, Paul Watzlawick ou le courant de l'antipsychiatrie avec Ronald Laing et David Cooper).

■ **L'approche biologique.** Bien que les causes de la schizophrénie et des délires et hallucinations restent inconnues, l'efficacité des neuroleptiques a fait soupçonner que certaines anomalies du circuit dopaminergique pourraient être en cause.

Du côté de la génétique, qui fait tant rêver, les hypothèses sont nombreuses mais la mise en évidence directe d'un ou plusieurs gènes de la schizophrénie ou du délire paranoïde n'a pas encore eu lieu, même si, du côté de l'autisme, les éléments semblent plus nombreux pour soupçonner une cause génétique. Les études génétiques sont, en fait, des études statistiques qui portent notamment sur la mise en évidence de pourcentage de schizophrénie dans des populations de jumeaux homozygotes et hétérozygotes ou dans des groupes à degré de parenté plus ou moins proche^{6,7}. Devant toutes ces hypothèses, la tendance s'achemine de plus en plus vers des modèles étiologiques qui font, tout à la fois, une place à l'environnement et à l'inné et qui envisagent qu'un gène peut trouver à s'exprimer selon tel ou tel facteur environnemental déclenchant.

LES DÉLIRES ET LES HALLUCINATIONS DANS LES CLASSIFICATIONS ACTUELLES CIM 10 ET DSM IV

■ **La CIM 10** classe le délire et les hallucinations parmi les symptômes majeurs des troubles psychotiques (F20-29). Tandis que le délire est caractéristique de la schizophrénie paranoïde, la présence d'hallucinations est davantage associée à la schizophrénie catatonique : « *La schizophrénie catatonique se caractérise essentiellement par la présence de perturbations psychomotrices importantes [hyperkinésie ou postures catatoniques qui peuvent être* ▶

RÉFÉRENCES

- **Ballet G.** Les délires de persécution : délire chronique, délires mélancolique et hypochondriaque, délire de persécution des exhibitionnistes, persécuteurs familiaux. L'Harmattan 2001.
- **Freud S.** Le président Schreber : remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (*dementia paranoides*) décrit sous forme autobiographique. PUF 2001.
- **Freud S.** Œuvres complètes : psychanalyse. PUF 1991.
- **Lemperière T, Féline A, Adès J, et al.** Psychiatrie de l'adulte. Masson 2006.
- **Nevid JS, Spencer A, Greene R, et al.** Psychopathologie. Pearson Education France 2009.
- **Watzlawick P.** Le langage du changement. Éléments de communication thérapeutique. Édition du Seuil 1980.
- **Witzezaele JJ.** La double contrainte. L'héritage des paradoxes de Bateson. De Boeck 2008.

► *maintenues pendant une période prolongée et survenue d'épisodes d'agitation violente],... Les manifestations catatoniques peuvent s'accompagner d'un état oniroïde (ressemblant à un rêve) comportant des expériences hallucinatoires intensément vécues*»⁸.

La CIM 10 définit également une catégorie de troubles délirants persistants (F-22) dans laquelle se trouvent la schizophrénie paranoïde, la paranoïa, et le délire de relation des sensitifs ainsi que des troubles psychotiques aigus (F-23) parmi lesquels le délire tient une grande place. L'autre composant important de la psychose est déterminé par la catégorie des troubles schizo-affectifs (F-25), desquels le délire peut être absent, mais qui peut suffire, néanmoins, à porter un diagnostic de troubles psychotiques.

■ **Le DSM IV** fait du délire et des hallucinations les deux symptômes principaux des troubles psychotiques. Il souligne, lui aussi, que l'origine du délire est inconnue. Il donne néanmoins la préférence à la piste de l'étiologie génétique, tandis que, pour l'origine de la schizophrénie, une sous-catégorie de troubles psychotiques, c'est l'étiologie du "facteur de stress" qui est mise en avant. Dans le DSM IV, le délire est simplement défini comme « *des croyances fausses qui amoindrissent de façon significative la capacité à fonctionner d'une personne* »², tandis que les hallucinations sont simplement définies comme de fausses perceptions. La place particulière donnée dans le DSM IV à « *la folie à deux* », un délire partagé avec autrui, est intéressante.

Les critères, explications et catégories du DSM IV, en ce qui concerne les troubles psychotiques, et notamment la schizophrénie, sont actuellement très controversés aux États-Unis. Le débat porte sur la révision complète de la présentation de ces troubles dans la version DSM V qui devrait paraître en 2012.

LES THÉRAPIES

■ **Au fil des ans, les prétentions de la psychothérapie** face aux troubles délirants, aux hallucinations ou aux autres symptômes de la schizophrénie ou des psychoses, sont devenus plus modestes. Si la psychothérapie, qu'elle soit analytique ou autre, peut aider, voire dénouer certains aspects du délire en permettant au sujet d'établir des liens et des associations quant aux représentations ou aux idées qui le hantent, la guérison par la seule approche psychothérapique est exceptionnelle. En état de crise (c'est-à-dire sous l'emprise d'un délire ou d'hallucinations trop envahissantes), la psychothérapie n'est pas aisée et, selon certains, n'est pas recommandée.

Le thérapeute peut faire l'objet d'un transfert délirant empêchant alors ses propos de pouvoir induire un quelconque décentrement ou une remise en cause de la conviction délirante et ne feront, au contraire, que l'alimenter.

■ **Le psychodrame, les différents modes d'expression artistique et l'ergothérapie** peuvent tous contribuer à l'expression, à la mise en évidence et à l'élaboration de conflits dans les psychoses mais ne peuvent, là encore, pas prétendre résoudre un délire ou faire disparaître des hallucinations.

■ **Classiquement, l'isolement**, plus ou moins sévère voire cruel (avec ou sans contentions) est, depuis le XIX^e siècle, la méthode de prédilection face à un délirant ou à un halluciné qui se met lui-même ou autrui en danger. Selon les théories et les prétendues découvertes, se sont également succédé d'autres méthodes allant de la lobotomie (dans les années 1950) à l'enveloppement humide thérapeutique, en passant par les douches froides, le choc insulinaire (la cure de Sakel, a été mise en place en 1933), ou encore la sismothérapie, qui est toujours pratiquée (encore appelée électrochoc ou électro-convulsivothérapie – ECT).

■ **La révolution en matière de thérapeutique** (mais non pas de psychothérapie) est venue de la découverte des neuroleptiques dans les années cinquante. Ces derniers sont utilisés pour traiter les symptômes les plus flagrants des états schizophréniques et psychotiques. La chlorpromazine (Thorazine®), la thioridazine (Mellaril®), la fluphénazine (Proxilin®) appartiennent généralement à la classe des phénothiazines. Elles agissent en bloquant l'action d'un neurotransmetteur – la dopamine – dont elles vont prendre la place sur les sites récepteurs.

L'apparition des neuroleptiques a grandement réduit l'utilisation des formes les plus coercitives de traitement et permet de ne pas réduire la vie des personnes délirantes à un enfermement quasi-continu.

CONCLUSION

Le délire et les hallucinations sont, sans aucun doute, les symptômes les plus spectaculaires des troubles psychotiques, ceux qui isolent le plus radicalement un individu de son environnement humain. Le sens clinique des équipes de psychiatrie permet d'apprécier les variations de comportement qui laissent présager du retour de ces symptômes chez les malades, ce qui permet quelquefois d'adapter les traitements médicamenteux avant que les délires et les hallucinations ne prennent des proportions trop alarmantes et handicapantes. ■

L'auteur n'a pas déclaré de conflit d'intérêts.

L'AUTEUR

Patricia Cotti,
psychologue clinicienne en psychiatrie adulte,
Hôpital de Maison Blanche,
Paris (75),
docteur en psychopathologie
et psychanalyse, chargée
de cours à l'Université
Paris 7 - Denis Diderot
pat-ricia@wanadoo.fr