

A painting of a fish on a scale against a blue background. The fish is positioned on the left side of the scale, and the scale's beam extends towards the right. The background is a gradient of blue and green, suggesting a sky or water. The text is overlaid on the right side of the image.

# CLINIQUE DES HALLUCINATIONS

Pr JM Vanelle  
CHU de NANTES

# Pourquoi une clinique des hallucinations?

- Intérêt sémiologique
- Intérêt diagnostique +++
- Intérêt nosographique
- Intérêt physiopathologique ++
- Intérêt thérapeutique +++

# Quelle actualité ?

- Problème de pratique quotidienne, pour un symptôme prototype de la maladie mentale, qu'il authentifie comme les autres idées délirantes: indice de gravité, voire de sévérité du délire
- Un ouvrage « récent » en langue française sur ce thème 2002
- Mais peu de publications en dehors du sujet âgé et de nouveaux moyens thérapeutiques comme les TCC ou TMS

# Rappel Historique

- Place centrale dans la symptomatologie des psychoses et leur classification
- Les délires chroniques: PHC de G Ballet
- Les schizophrénies: critères diagnostiques de 1er rang de K Schneider à l'approche dimensionnelle
- Delusions & hallucinations

# Rappel Historique (suite)

- Diversité symptomatique et étiologique
- Les ivresses hallucinatoires: Moreau de Tours = rôle des toxiques.
- Le grand Automatisme Mental G de Clérambault.
- Les hallucinations / les eïdolies H Ey, le traité sur les hallucinations = testament.

# Définition et analyse sémiologique

- Hallucination – symptôme = perception sans objet à percevoir
- Nature: auditive, visuelle, olfactive, gustative et cénesthésiques
- Ancienneté, évolutivité, intensité
- Vécu émotionnel et critique ++
- Autres symptômes associés, leur chronologie et leur articulation +++

# Les hallucinations organiques

- Atteinte anatomique = lésionnelle de l'organe, de la voie sensorielle ou du cortex cérébral (ex: tumeur cérébrale, épilepsie temporale ) / fonctionnelle (migraine accompagnée, mais aussi schizophrénies ?)
- En règle critiquées par le sujet (hallucinose) et à la symptomatologie lésion-dépendante = assez stéréotypée.

# Les hallucinations organiques

- Dysfonctionnement « localisé » ex migraine accompagnée
- Dysfonctionnement global: ex Confusion Mentale → Quid niveau de conscience ?  
Volontiers visuelles, avec amnésie totale (parfois idées fixes post-oniriques)

# Les hallucinations: phénomène banal?

- Registre pathologique classique: migraine accompagnée, hyperthermie avec CM
- Hallucinations hypnagogiques, par privation de sommeil, par isolement sensoriel...
- Fréquence des phénomènes paranormaux en population générale (Van Os, Bell 06) ?

# Evaluation sémiologique en psychiatrie

- La SAPS de N Andreasen (/ SANS)
- Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS) to mesure dimensions of Hal & Del 1999
- Echelle de Bell et al (2006) Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): auto-évaluation en 30 questions avec 3 paramètres côtés selon intensité de 0 à 5 /item: fréquence, caractère intrusif et pénibilité
- Voix bienveillantes ou insultantes
- Vécu du malade: angoisse, peur, satisfaction (→ caractère + durable: Gonzalez et al 06) ?

# Le GAM de de Clérambault

- Triple automatisme avec:
  - Automatisme sensitif et sensoriel avec diverses hallucinations psycho-sensorielles
  - Automatisme idéique ou idéo-verbal avec écho de la pensée, commentaire des actes..
  - Automatisme psychomoteur avec gestes parasites ou conjuratoires, impulsions motrices ou verbales (dont actes imposés)
- A différencier du Petit Automatisme

# Hallucinations et Psychoses Aiguës

- Confusion Mentale avec onirisme ++
- BDA: polymorphisme des thèmes et des mécanismes
- Manie et mélancolie délirantes

# Délire, Hallucinations et PMD / Bipolarité

- Bien connu: mélancolie hallucinatoire
- Apparition initiale des symptômes thymiques fondamentaux, puis secondairement des manifestations délirantes
- Un signal-symptôme: prémonitoire < révélateur?, un marqueur de gravité ++
- La congruence à l'humeur?
- De la personnalité / tempérament à la qualité des intervalles, libres?

# Délire, hallucinations et mélancolie

- Goodwin et Jamison (1990: revue de la littérature) idées délirantes dans 12 à 66% des cas et hallucinations dans 8 à 50%.
- Conviction délirante avec tableau riche pouvant inclure un syndrome de Cotard

# Délire, hallucinations et manie

- Manie délirante, voire hallucinatoire, mais conviction – marquée que dans la mélancolie.
- Fréquence: symptômes psychotiques 48%, idées de grandeur 47%, persécution 28%, hallucinations auditives 18%, olfactives 17% et visuelles 10%. (Goodwin & Jamison 90); près de 50% des épisodes maniaques avec psychotic features (Coryell et al 01).
- 2/3 des bipolaires ont eu un épisode de manie délirante.
- La congruence à l'humeur? Dans 2/3 des cas.

# Hallucinations, idées délirantes et bipolaires I (Swann et Calabrese 04)

	Hal +	Hal -	Del +	Del -
	32		68	90
GAS	32	38,6 <sup>**</sup>	32,8	39 **
Mania scale	38,4	38,6	40	37,5 *
		** p<0.005		* p<0.05

# Bipolarité: autres aspects.

- Moins de symptômes psychotiques chez les bipolaires II par rapport aux bipolaires I (Vieta et al 1977)
- Etats mixtes délirants: les idées délirantes non congruentes à l'humeur seraient + fréquentes ( Perugi & Akiskal 05)

# Hallucinations et Toxiques

- Regroupement DSMIV: alcool, haschich...  
indice de sévérité: terrain/teneur principe actif
- Ivresse Hallucinatoire
- Hallucinose des buveurs
- Idées fixes post-oniriques → Délire chronique

# Hallucinations et Schizophrénies

- Fréquence: au moins 50 % des schizophrènes.
- Auditives et visuelles (rôle des toxiques ?).
- Signal-symptôme de phase processuelle: symptôme le + cité comme manifestation de l'état aigu chez + de 1500 psychiatres (encéphale 2005).
- Evolutivité: réduction des symptômes +, considérés comme + répondeurs aux NLPs, « paraphrénisation ».
- Indice de gravité du délire.
- Risque de violence: charge émotionnelle et contenu des voix + négatifs chez les patients violents, sans influence des actes imposés(Cheung et al 1997).

# Les délires chroniques

- PHC
- Syndrome d'Ekblom (1938): délire d'infestation cutané par des parasites. Dimension cénestopathique, prédominance féminine, hallucination ou illusion?, registre pathologique non univoque: PMD et psycho-syndromes organiques; des NLPs aux AD en passant par ECT et collaboration dermatologues / psychiatres.

# Hallucinations et sujet âgé

- Ancienneté du symptôme, histoire de la maladie, état cognitif, état somatique, notamment neurologique
- Démence à corps de Lewy
- Psychoses parkinsoniennes: dopathérapie, détérioration
- Syndrome de Capgras.
- Signe d'évolutivité +++

# Hallucinations et Hystérie I

Au moins 2 tableaux cliniques avec hallucinations:

- BDA, psychose oniroïde (Follin) et états crépusculaires: thématique mystico-sexuelle, dimension oedipienne, participation oniroïde sur personnalité histrionique.
- Conversion délirante (L Colonna): symptôme évoqué sans réticence (médecin « interpellé ») chez des patient(e)s hospitalisé(e)s

# Hallucinations et Hystérie II

- Terrain: personnalité hystérique ou des hystériques atteintes de troubles conversifs (Lempérière) + pauvreté symptomatique et suggestibilité.
- Hystérie :modalité relationnelle plus qu'une entité nosographique!
- La compréhension des hallucinations relève d'une **approche individuelle du sens; mais** « il s'agit moins de recourir au diagnostic de névrose que de discerner les arguments sémiologiques qui permettent d'écarter hallucinations psychotiques ou organiques » Widlocher.

# Hallucinations et Autres Troubles

- TOC: mentisme, caractère égodystonique de l'obsession au vécu xénopathique.
- Etat de Stress Post-Traumatique avec syndrome de répétition.
- Personnalité borderline: jusqu'à 30% d'hallucinations (Yee et al 2005) ?/ DSMIV TR: survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères (dépersonnalisation).

# Hypothèses pathogéniques

- Dysfonctionnement du SNC
- Action des substances hallucinogènes, de certaines substances dopaminergiques
- Pas de spécificité psychopathologique (Kraepelin dès 1920)
- Phénoménologie du délire/ présence de manifestations délirantes, notamment hallucinatoires.

# Hallucinations: conséquences thérapeutiques

- Indice de gravité
- Risque de passage à l'acte: GAM +++
- Orientation thérapeutique: hospitalisation ?, nature du traitement: chimiothérapie et/ou ECT ? Effet différencié des NLPs typiques ou atypiques?

# Hallucinations: conséquences thérapeutiques et NLPs

- Halopéridol: le + hallucinolytique des NLPs conventionnels.
- Les atypiques: clozapine + efficace? étude princeps de Kane.
- Indice de dangerosité: indication de NAP (Mikhail et Kennedy 2000) sur 4 cas d'homicide avec inobservance sous NLP atypique.

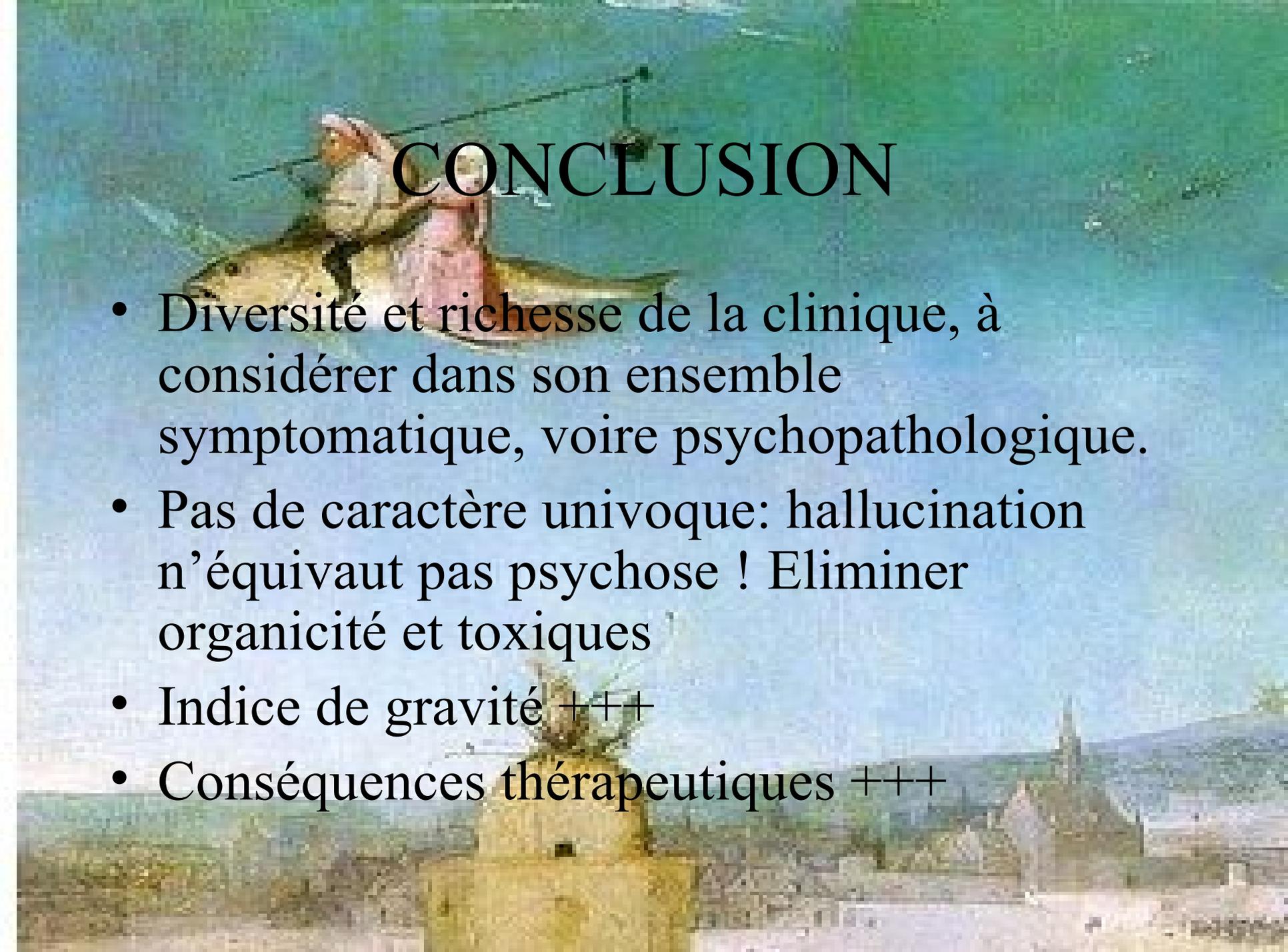
# Hallucinations: conséquences thérapeutiques / ECT

- Mélancolies délirantes, notamment hallucinatoires: première intention.
- Manies délirantes: en cas de résistance à la chimiothérapie = deuxième intention.
- Schizophrénies paranoïdes: idem.

A painting of a landscape with a windmill and a church spire. The scene is set in a rural area with rolling hills and a clear sky. In the foreground, there is a large, conical haystack. In the middle ground, a windmill with a red roof and a white body stands on a small hill. To the right, a church with a tall, dark spire is visible. The background shows more hills and a distant town.

# Hallucinations et autres mesures thérapeutiques

- TCC: appoint thérapeutique intéressant
- TMS: schizophrène halluciné > déprimé



# CONCLUSION

- Diversité et richesse de la clinique, à considérer dans son ensemble symptomatique, voire psychopathologique.
- Pas de caractère univoque: hallucination n'équivaut pas psychose ! Eliminer organicité et toxiques
- Indice de gravité +++
- Conséquences thérapeutiques +++