

# Les activités perceptives

## I. *Augmentations et diminutions des perceptions : hyperesthésie et hypoesthésie.*

### 1) *Définitions.*

Perception : Prise de conscience des objets environnants et de soi à partir de capacités sensorielles.

Hyperesthésie : Réactivité accrue aux stimuli externes.

Hypoesthésie : perception diminuée.

Image mentale : Forme de représentation figurative d'un objet absent dans la réalité mais présent mentalement. L'image mentale peut être visuelle, auditive, tactile, somatique, olfactive, gustative, kinesthésique

Synesthésie : Traduire, exprimer une expérience d'une activité sensorielle donnée (la vue par exemple) par une expérience sensorielle autre (exemple l'ouïe). Un son acide.

### 2) *Spécificité.*

La perception est une activité qui consiste en la prise de conscience de soi et des objets environnants à partir de données sensorielles. Le sujet est donc actif dans l'activité perceptive. La perception suppose un apprentissage qui est celui de la discrimination, de la reconnaissance et de l'identification des objets.

Il existe deux modes de prise de conscience d'un objet:

- la perception sensorielle d'un objet réellement présent dans l'espace
- la représentation mentale d'un objet absent dans l'environnement extérieur mais présent dans l'imaginaire.

L'image mentale est une forme de représentation figurative d'un objet absent dans la réalité mais présent mentalement. L'image mentale peut être visuelle, auditive, tactile, somatique, olfactive, gustative, kinesthésique. Dans certains états pathologiques, les perceptions peuvent être considérablement modifiées. Elles peuvent être augmentées ou diminuées. Quand les perceptions sont augmentées, on parle d'hyperesthésie. Quand les perceptions sont diminuées, on parle d'hypoesthésie.

L'hyperesthésie et l'hypoesthésie sont des variations quantitatives des perceptions.

### 3) *Interprétation.*

Le patient déprimé est moins réceptif à l'environnement. Dans ce cas, on parle d'hypoesthésie.

L'hypoesthésie peut aller jusqu'à l'anesthésie sensorielle. Dans certaines pathologies graves, par exemple schizophrénique, le sujet est tellement coupé du monde qu'il est insensible à l'environnement. A l'inverse d'une diminution de la sensibilité, on rencontre une augmentation de la sensibilité: l'hyperesthésie. L'hyperesthésie est une réactivité accrue aux stimuli externes. Ainsi, l'anxiété peut rendre la personne très réactive à l'environnement et entraîner une hyperactivité, une hypervigilance, une hyperesthésie. La prise de certains toxiques entraîne une hyperesthésie perceptive.

Parfois, l'hypoesthésie et l'hyperesthésie peuvent être ressenties conjointement. En effet, un sujet peut être hypoesthésique dans un domaine et être hyperesthésique dans un autre registre sensoriel. Par exemple, une hypoesthésie auditive peut par exemple, s'accompagner d'une hyperesthésie visuelle. Dans ce cas, les associations perceptives sont quantitatives à la différence des synesthésies qui désignent la traduction d'un registre sensoriel dans un autre

## II. *Les synesthésies.*

Les synesthésies désignent une perception sensorielle dans un secteur déterminé qui se traduit par une sensation dans un autre domaine sensoriel. L'expression « audition colorée » traduit une synesthésie qui combine une perception auditive en résonance avec une perception visuelle. Lorsque la perception réelle et la perception imaginée sont simultanées, la perception imaginée peut être confondue avec la véritable perception ou peut même la remplacer. La synesthésie est un exemple mesurable de ce phénomène : la stimulation d'un sens provoque une perception qui serait normalement déclenchée par la stimulation d'un autre sens (par exemple, un grand bruit peut apparaître comme une lumière aveuglante, et vice versa).

## III. *Les fausses perceptions : Illusions et hallucinations.*

**Illusion** : Les illusions naissent de la déformation de la perception d'un objet réel. Ce sont des troubles de la perception ; des fausses perceptions banales.

C'est Esquirol qui distingua en premier les illusions et les hallucinations, il écrit : « Les illusions ne sont pas rares dans l'état de santé mais la raison les dissipe. Une tour carrée vue de loin paraît ronde ; si l'on approche, l'erreur est rectifiée ». La prise de certains toxiques produit des illusions ayant un caractère voluptueux.

**Illusion (psychologie)** : Fausse perception sensible produite par un stimulus réel. En psychologie pathologique, ce terme dénote une mauvaise perception des stimuli survenant en même temps que des troubles tels qu'une irritabilité anormale des centres sensoriels du cortex cérébral causée, par exemple, par une intoxication, un état de manque médicamenteux ou par une privation de sommeil. De telles illusions, basées d'ordinaire sur des habitudes, des attitudes, des suggestions et des motivations inconscientes, sont parfois appelées illusions actives. Dans ce type d'illusions actives, un événement extérieur peut être fortement exagéré dans l'esprit d'une personne, comme lorsqu'un léger choc sur une porte est pris pour un coup de tonnerre. En psychologie physiologique, le terme d'illusion dénote une perversion du contenu d'une perception comme résultat d'une particularité structurale ou fonctionnelle de l'appareil percepteur. De telles illusions, qui sont plutôt naturelles et nécessaires qu'anormales, sont parfois appelées illusions passives. Les plus importantes de ces illusions « normales » sont celles qui se rapportent au toucher et à la vue. Ces dernières, dont le type est la convergence apparente des lignes parallèles et la persistance de la vision qui donne sa continuité aux films de cinéma, ont été soigneusement étudiées par les psychologues et les physiologistes. Un grand nombre de figures géométriques simples, groupées sous l'appellation collective d'illusions optiques géométriques, ont été conçues afin de montrer et de tester les illusions de la perception visuelle.

## IV. *Hallucinations.*

### 1) *Définitions.*

**Hallucination** : Pas d'objet réel, le patient croit vraiment ce qu'il voit. Conviction du patient dans la réalité de sa perception.

**Hallucinose** : Les hallucinations critiquées par le patient au moment où elles surviennent, les hallucinations liées à un trouble neurologique. Expériences où le sujet, au moment où il vit une présence sensorielle sans référent, la tient pour illusoire et n'éprouve à son égard aucune croyance.

*Hallucination non-pathologique, Hallucinations physiologiques :*

- Hallucinations hypnagogiques : Au moment de l'endormissement.
- Hallucinations hypnopompiques : Au réveil.

## *2) Spécificité.*

Les hallucinations sont différentes des illusions (pas pour Winnicott), elles sont comme les illusions des fausses perceptions auxquelles le sujet adhère pleinement mais l'illusion est la perception déformée d'un objet à percevoir à la différence de l'hallucination qui est une « perception sans objet à percevoir ».

Esquirol définit l'hallucination : « 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 d'hallucination : c'est un visionnaire ».

Il faut envisager un bilan organique avant le diagnostic d'hallucinations, dans le cas des hallucinoses ou pseudo-hallucinations, le sujet n'adhère pas à son « délire », il est capable de le critiquer ce qui laisse supposer une étiologie organique plus ou moins grave.

L'hallucination est pathologique lorsqu'elle est admise comme une réalité et entraîne une conviction intime et absolue de la perception perçue.

Elle n'est pas reconnue de la part du sujet :

- Comme étant sa propre production psychique, c'est un phénomène étranger à lui qu'il ne critique pas.
- Comme étant une problématique ou d'origine pathologique.

Les hallucinations les plus fréquentes sont les hallucinations auditives d'ordre soit unilatéral (une oreille) soit bilatérale (les 2 oreilles). Le patient réagit en terme d'exaspération, il souffre.

Dans certains cas les hallucinations peuvent avoir une étiologie neurologique.

## *3) Recherches.*

### *Hallucination*

Perception fautive par un des cinq sens en l'absence de toute stimulation sensorielle correspondante, par exemple perception visuelle d'un objet non existant. Les hallucinations peuvent se produire dans l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil, dans le délire, le delirium tremens ou l'épuisement. Elles peuvent également être provoquées sous hypnose. Le sens de la vue est affecté dans la plupart des cas. Les hallucinations persistantes sont un trait caractéristique de la schizophrénie. Dans une forme de schizophrénie, les sujets croient entendre des voix les accusant ou leur donnant des ordres, auxquels ils répondent par la panique, par une soumission ou par des atteintes à leur propre sécurité, voire par le suicide. L'hallucination, qui diffère de l'illusion — la perception fautive d'un stimulus réel — est courante lors de la consommation de certaines drogues comme la mescaline, la marijuana et l'acide lysergique diéthylamide (LSD). Illusions et hallucinations peuvent l'une et l'autre être provoquées par les stupéfiants.

### *A) Hallucinations psychosensorielles.*

#### *1) Définitions.*

Hallucinations psychosensorielles : Elles ont un rapport avec un sens précis.

Caractéristiques de la sensorialité : l'objet halluciné dépend d'un organe des sens.

Caractéristiques de spatialité : localisé dans l'espace à l'extérieur du sujet.

Hallucinations musicales : elles concernent des chants, des airs, des mélodies. Les chants peuvent lointains ou au contraire assourdissant. Ces hallucinations peuvent apparaître stéréotypé (toujours la même). Mais le plus souvent les hallucinations musicales se renouvellent.

Hallucinations acoustico-verbales : Ces voix sont souvent bien identifiées par le patient. Parfois l'interlocuteur est anonyme ou inconnu, il est invisible, sans identité, réduit à sa voix.

**Hallucinations auditives communes ou élémentaires** : Elles comportent tous les sons perçus par l'oreille mais excluent les voix et la musique. Ces bruits peuvent être entendus soit par intermittence soit par crises et entraîner des réactions allant de l'agacement à l'exaspération.  
**Caractères des voix** : soit bienveillantes (déclaration d'amour), soit malveillante (injures, reproches, calomnies). Dans tous les cas elles s'adressent à la personne uniquement et en particulier.

**Hallucinations visuelles** : Elles consistent en des visions d'animaux, de fumée, de lueurs, de flammes, de visage etc...Elles sont plus rares que les hallucinations auditives.

- Thèmes religieux.
- Visions cosmiques et prédictions apocalyptiques.
- Thèmes d'amour et d'érotisme.
- Thèmes de peur déclenchant des visions terrifiantes.

**Hallucinations olfactives** : Elles peuvent être agréables (odeur de parfum, d'encens) ou désagréables (odeurs nauséabondes de pourriture, de fumée, de vinaigre, de sueurs). Certaines visions olfactives présentent :

- Un caractère dangereux ou agressif : Gaz toxiques.
- Un caractère érotique : Odeurs attirantes, parfums aphrodisiaques.
- Un caractère répulsif : Odeur de putréfaction organique.
- Un caractère mystique : Odeurs d'encens, de roses célestes.
- Un caractère automne : Le sujet a le sentiment qu'il dégage des odeurs qui pourrissent son entourage et justifient sa cruauté.

**Hallucinations gustatives** : Perceptions gustatives survenant en l'absence de stimulus gustatif réel. Ces sensations peuvent être agréables ou désagréables.

**Hallucinations tactiles** : Concernent le toucher et la sensibilité cutanée. Les sensations ressenties sont d'une grande diversité : Il peut s'agir de sensations de brûlures, de chaleur, de ruissellement d'eau, d'impression de courant d'air, de souffle.

- Certains contacts hallucinatoires ont une connotation érotique.
- D'autres sont vécues comme des perceptions tactiles d'objets.
- **Zoopathies** : Hallucinations tactiles animales.

**Zoopsies** : Hallucinations visuelles concernant des animaux monstrueux, fantastiques, dangereux. Elles sont fréquentes dans les délires alcooliques, elles sont très fréquentes dans les états psychotiques.

**Hallucinations cénesthésiques** : Ce sont des hallucinations de la sensibilité interne, proprioceptive et intéroceptive. Elles peuvent être :

- Partielle : Lourdeur, lévitation des jambes.
- Génitale.
- Générale : Transformation corporelle, possession diabolique ou animale.

**Hallucinations kinesthésiques** : Ce sont des hallucinations de mouvements. Le sujet a la sensation que l'on mobilise ses membres. Il sent les mouvements sans les exécuter.

## 2) Spécificité.

Les hallucinations psychosensorielles sont caractérisées par leur sensorialité et leur spatialité. La sensorialité désigne le fait que l'objet perçu dépend d'un organe des sens. La spatialité désigne le fait que l'objet est perçu dans l'environnement c'est-à-dire situé à l'extérieur du sujet.

Les hallucinations auditives sont les plus fréquentes, face à elles, les sujets peuvent avoir des attitudes d'écoute. Certains sujets cachent avec précaution qu'ils entendent des voix ou cachent les communications qu'ils ont avec elles considérant qu'elles donnent des informations clandestines, dangereuses ou honteuses.

Les hallucinations gustatives entrent souvent dans une élaboration délirante de persécution où le sujet associe après-coup un goût étrange à un poison qui lui serait destiné.

## B) Hallucinations psychiques.

### 1) Définitions.

**Hallucinations psychiques** : Il s'agit de voix intérieure. Les hallucinations psychiques sont caractérisées par l'absence de sensorialité et de subjectivité ainsi que la par l'intrusion de l'autre.

**Hallucinations verbales** : Caractérisées par :

- L'absence de sensorialité : elles ne sont pas perçues dans un espace objectif, et n'ont pas les caractéristiques propres des sensations.
- Les voix sont entendues dans « l'ordre de la pensée », ressenties comme de la transmission de pensée, la télépathie : c'est une communication mystérieuse, un langage sans parole, des idées ou des images imposées.
- L'absence de subjectivité : Les voix sont perçues comme venant d'une autre personne que le sujet lui-même. Les voix intérieures sont les pensées et langage d'un autre. L'hallucinant éprouve l'impression de ne pas être l'auteur du discours intérieur qu'il entend.
- Intrusion de l'autre : Les voix intérieures s'insinuent dans la pensée du sujet. Cette impression engendre certains phénomènes caractéristiques de l'activité hallucinatoire psychique tels que le syndrome d'automatisme mental, le syndrome d'influence etc...

**Hallucinations psychomotrices verbales** : le sujet ne reçoit pas des voix mais il en émet et cette émission s'impose à lui. Ces hallucinations se forment dans la parole du patient.

## 2) Spécificité.

Monologue intérieur. Transmission de pensée qui s'impose patient.

Absence de sensorialité, voix non-perçues par l'ouïe.

Absence de subjectivité : Venant de quelqu'un d'autre. Le patient est sous influence, sous l'emprise de voix psychiques qui remplacent sa propre pensée.

L'activité hallucinatoire est vécue par le patient dans son imagination ou sa pensée. Ces hallucinations psychiques peuvent être des représentations mentales visuelles, verbales ou psychomotrices verbales. Les hallucinations psychiques les plus fréquentes sont les hallucinations verbales et les hallucinations psychomotrices verbales. Il s'agit de voix intérieure. Les hallucinations psychiques sont caractérisées par l'absence de sensorialité et de subjectivité ainsi que la par l'intrusion de l'autre.

## C) Hallucinations psychomotrices.

### 1) Définitions.

Hallucinations psychomotrices : mouvement des membres. Impression qu'on oblige à agir comme il le fait.

*Syndrome d'influence ou syndrome d'action extérieure* : Désigne l'ensemble des phénomènes vécus ou pensés par le patient comme les effets d'une action extérieure sur sa propre pensée, son langage et ses actions. Dans ce cas, le sujet a le sentiment d'être dirigé de l'extérieur.

*Syndrome d'automatisme mental de Clérambault* : Désigne toute les hallucinations psychosensorielles et psychiques caractérisées par le fonctionnement automatique de tout ou partie de la vie psychique du sujet. Ce syndrome comprend :

- Le petit automatisme mental ou « syndrome de passivité » : Il est à la base des autres phénomènes.
- Les phénomènes de dédoublement mécanique de la pensée désignent renonciation de gestes et d'intentions, le triple écho de la pensée, de la lecture, de l'écriture et des actes. L'écho n'est pas toujours une stricte répétition de la pensée. L'écho peut comporter des commentaires critiques ou admiratifs, des compléments, des précisions supplémentaires, des variantes comme des interpellations ou des constats.
- Des hallucinations psychiques surviennent sous forme de commentaires des actes et de commentaires de la pensée, de vol de la pensée ou de devinement de la pensée ou encore de pensée devancée.
- Le triple automatisme est idéo-verbal, idéique et moteur. L'automatisme idéique et idéo-verbal comporte des jeux syllabiques, des mots explosifs, des kyrielles de mots, des absurdités, des non-sens, le dévidage des souvenirs, des oublis, des arrêts de la pensée etc.
- L'automatisme moteur est fait de mouvements imposés ou impulsions motrices ou d'articulations verbales forcées.

### 2) Spécificité.

Il y a 2 formes d'hallucinations d'obligation (psychomotrice ou phonatoire) :

- Syndrome d'influence : le sujet se sent dirigé par une autre personne, idée de possession.
- Syndrome d'automatisme mental : mécanisation de la pensée.

G. de Clérambault définit l'automatisme, idéique et idéo-verbal ainsi : « Une bonne partie de l'idéation n'est pas construite par la réflexion du sujet, mais s'élabore mécaniquement dans le subconscient, ne se révélant à la conscience que par ses résultats intimes, agencés et organisés, souvent imprévus en nature et importuns en qualité, il règne alors à côté du sujet pensant une idéation autonome et cohérente » (G. de Clérambault, 1927).

L'auteur regroupe dans son syndrome l'ensemble des hallucinations. Idée que la pensée est répétée en écho.

### 3) Interprétation.

Symptôme à valeur diagnostique. Les hallucinations sont rencontrées dans des pathologies qui signifient que chez cette personne sont produites des modifications des structures de sa vie psychique. Freud s'interroge sur la signification des hallucinations. Les hallucinations sont souvent associées au délire. Il y a extériorisation du monde psychique interne dans la production hallucinatoire. Les patients adhèrent à la réalité mais ce n'est pas

une réalité collective mais une réalité individuelle. Les patients construisent une néoréalité, une pseudoréalité, enfin une réalité différente de la réalité objective. Signe qu'il s'est produit une régression à un moment du développement de la perception. Conflit entre le moi et le monde extérieur.

La sémiologie des hallucinations que nous venons d'exposer présente les phénomènes hallucinatoires comme des phénomènes isolés ou comme des éléments d'un syndrome. Or, les hallucinations sont, le plus souvent, un symptôme effectivement délirant qui tire sa valeur diagnostique et pronostique de l'ensemble du tableau clinique auquel elles appartiennent. En effet, une hallucination (psychosensorielle ou psychique) n'a pas toujours la même valeur clinique quel que soit le type de délire. L'activité hallucinatoire d'un patient souffrant de délire systématisé chronique n'est pas similaire à celle d'une psychose délirante aiguë alors que les éléments hallucinatoires sont qualifiés du même terme. « Les multiples et quasi-infinies variétés cliniques des hallucinations acoustico-verbales (hallucinations psycho-sensorielles, hallucinations psychiques, hallucinations psycho-motrices, auto-représentations aperceptives, écho de la pensée et autres éléments de l'automatisme mental décrits par G. de Clérambault, etc.) ne sont justement pas isolées ou isolables par une analyse factorielle, abstraite et artificielle, mais qu'elles sont inséparables d'une modification globale et profonde des structures de la vie psychique » (H. Ey).

D'un point de vue psychanalytique, dès les *Études sur l'hystérie*, Freud (1895) développe le thème des liens entre hallucination et rêve.

« Ainsi le rêve est une psychose, avec toutes les extravagances, toutes les formations délirantes, toutes les erreurs sensorielles inhérentes à celle-ci, une psychose de courte durée, il est vrai, inoffensive et même utile, acceptée par le sujet qui peut, à son gré, y mettre un point final, mais cependant une psychose qui nous enseigne qu'une modification, même aussi poussée, de la vie psychique peut disparaître et faire place à un fonctionnement normal » (S. Freud, 1938).

S. Freud (1915) souligne que "la formation du fantasme du désir et de sa régression à l'hallucination" se perçoivent dans le rêve, mais aussi dans la confusion hallucinatoire. En psychopathologie, l'hallucination appartient au délire, dont elle est la preuve (S. Nacht, P.-C. Racamier, 1958). L'hallucinant en effet projette, extériorise son monde psychique interne qu'il prend pour la réalité; ce qui est halluciné est pris pour le réel et fait collusion avec lui. La vie intérieure s'extériorise sans filtre ni barrage. Le Moi est incapable de refoulement, il exporte directement à l'extérieur le conflit. Les hallucinations présupposent une régression à un stade qui précède la distinction entre représentation et perception, et constituent un mode de satisfaction primaire.

Selon Freud, l'appareil psychique au départ est fondé sur le principe de plaisir et la recherche de la satisfaction à travers l'hallucination, en raison de la dépendance du bébé à l'objet maternel. L'apaisement du besoin (par exemple, la faim) est obtenu grâce à la mère qui dispense l'expérience primaire de satisfaction. En l'absence de l'objet maternel, l'expérience de déplaisir, de faim déclenche sur un mode hallucinatoire l'image mnésique de l'objet de satisfaction. Dans une évolution normale, l'appareil psychique de l'enfant renonce progressivement à la recherche de satisfaction hallucinatoire pour mettre en place un système de représentations du monde extérieur, de ses objets et de leur absence, d'où mise en place du fantasme, de la pensée; il va pouvoir alors élaborer psychiquement les conflits entre la réalité externe et son monde interne. L'élaboration de ces conflits n'est pas mentalisée, adaptée dans l'hallucination. Les hallucinations et son activité pathologique délirante signent une rupture entre l'instance du Moi et le système de réalité. Pensons au cas de Paul, adolescent de 14 ans, exposé par B. Penot-(*Psychoses, II, Monographies de la Revue Française de Psychanalyse*, PUF, 1999) : cet adolescent présente des difficultés psychologiques importantes et anciennes puisqu'il est considéré comme un psychotique depuis l'âge de deux ans. A 7 ans, il se prenait « véritablement pour une ambulance ». Un an avant, il a présenté un état confusionnel avec des hallucinations visuelles et une grande agitation. Il va présenter à l'adolescence un délire, qui consiste à se prendre pour Ivan Rebrov, reproduisant la voix et la gestuelle de ce chanteur à chaque instant et en toutes circonstances. Cet exemple permet de bien saisir que le délire diffère fondamentalement du fantasme; le terme de psychose recouvre deux grands ordres de manifestations symptomatiques : le délire, associé ou non à des hallucinations, et des « conduites dé-réelles »; dans les deux cas, la représentation du monde extérieur est profondément perturbée chez le sujet; il n'y a pas conflit intra-psychique, comme dans la névrose, mais conflit entre le moi et le monde extérieur. Le délire devient la construction d'une néo-réalité, la réalité n'étant pas mentalisable, symbolisable. La projection délirante hallucinatoire est pathologique, et constitue une défense primaire archaïque. Le poids des projections non mentalisées est très lourd, le comportement du sujet bascule dans l'arbitraire, le déréel et le délire. La projection l'emporte massivement sur la perception, les mécanismes d'adaptation à la réalité sont mis en défaut.