

Des voix à la parole

Guy Gimenez

A partir du cas d'un patient schizophrène, Jacques, je présenterai deux types d'hallucinations auditives, et étudierai leur évolution au cours de cinq ans de thérapie: des hallucinations auditives non verbales (chocs dans les oreilles, accompagnés de la sensation que le tympan se crève), et des hallucinations auditives verbales, ordres tyranniques que Jacques entend dans son oreille droite et auxquels il ne peut qu'obéir. J'essaierai de montrer en quoi l'hallucination auditive non verbale se *scénarise* dans la relation, et permet ainsi que se représente ce qui ne pouvait encore être mis en pensée. Nous étudierons ensuite comment les hallucinations psychomotrices verbales de Jacques, qui sont appréhendées comme des ordres venant du dehors (mots prononcés dans les oreilles), se transforment progressivement, d'abord en mots prononcés dans sa tête par un autre, puis en pensées étrangères, en pensées personnelles, et enfin en mots qu'il peut

GIMENEZ, G., 1997. Des Voix à la parole. In GREEN, A., BOTELLA, S., BOTELLA, C., BOUBLI, M., GIMENEZ, G., AULAGNIER, P., FONAGY, J., PINOL-DOURIEZ, M., *Pulsions, représentations, langage. Théorie et clinique psychanalytiques*. Delachaux et Nieslé, 93-133.

Mots clefs : Hallucinations auditives (psychomotrices verbales), **scénarisation** transférentielle des hallucinations (transférentialisation des hallucinations).

Transformation, dans la relation clinique, en mots prononcés dans la tête d'un autre puis en pensées étrangères, en pensée personnelles, enfin en mots qu'il peut adresser à quelqu'un (représentation de paroles).

Hallucination et arrière du corps. Hallucination et mécanismes négatifs. Démétaphorisation (ou mise en équation symbolique coporéisée), hallucination fondées sur des inscriptions d'expériences non inscrite symboliquement (représentation chose). Hallucination et signifiant formel (pré-scénario), et pictogramme.

Hallucination comme figuration démétaphorisée d'un scénario encore impensable.

Temps du transfert psychotique : exclusion, pseudopode narcissique, investi comme double, tiers potentiel.

Cas clinique : Jacques

adresser à quelqu'un. Nous nous demanderons quel statut donner à ces différents énoncés.

Présentation de Jacques

Jacques est un jeune homme de vingt ans, de stature athlétique, hospitalisé à la demande de ses parents, très inquiets de ses *passages à l'acte*, de ses propos délirants et des *voix* qu'il dit entendre. Sa décompensation fait suite à son incorporation au service militaire, première séparation de la cellule familiale. A l'armée, il s'est senti devenir une machine et a mis en acte ce que la voix lui demandait de faire: courir tout nu dans la caserne et frapper des gradés. Ses propos sont jugés incompréhensibles et délirants. Il est réformé et retourne au domicile parental. Son père a aménagé un bureau dans la chambre du frère, qui a pris la chambre de Jacques. Cet événement est vécu comme un vol en faveur de son frère. Il pense que ses parents ne l'aiment plus, et qu'une petite sœur serait née pendant son absence, des amours incestueuses du frère avec la mère. Les voix redoublent d'intensité et il frappe des membres de sa famille. Ceux-ci n'arrivent plus à assumer sa présence. Après un passage à l'acte sur son père, il est hospitalisé.

Très réservé, il parle peu, ne se lie pas aux autres patients à l'hôpital et répond par "oui" ou par "non" aux soignants. Il reste de longs moments sans prononcer une parole. Ses silences sont émaillés d'attitudes d'écoute, de sourires (ou rires) discordants et de coups d'oeil vers différents endroits de la pièce qu'il observe très attentivement. Il semble souvent en proie à des phénomènes corporels étranges qu'il peut difficilement évoquer.

Dans une première période de la prise en charge, Jacques parle de façon très *morcelée*: il commence une phrase, en continue une autre, se met à rire, se lève, tend l'oreille. Son visage se crispe comme s'il était soudain inquiet. Il se rassied, regarde ses mains d'un air effrayé, les agite comme s'il ne les contrôlait pas. Quelquefois, il regarde, pétrifié, ce qui se passe sur le mur ou dans un coin de la pièce, sans pouvoir verbaliser ce qu'il vit. Il fournit ainsi des indices sur ses mouvements internes en s'agitant, en prononçant des sons parfois inarticulés.

Jacques est en proie à de nombreuses *hallucinations* pendant les entretiens. Il sent et voit ses mains se transformer, a l'impression que son corps devient une machine, ressent des coups dans ses tympans, entend des voix, sent ses organes se disperser dans la pièce.

Les hallucinations auditives non verbales: les chocs dans les tympans

Jacques éprouve de façon auditive et cénesthésique des chocs dans son oreille droite. Il entend et sent ces chocs très violents lui percer les tympans. Aux prises avec ces hallucinations, Jacques ne sait pas comment se *protéger*. A cette période, seules de fortes douleurs corporelles peuvent détourner l'excitation provenant des voix. Un jour Jacques explique qu'une forte rage de dents le soulageait des voix. Il parvient également à se protéger mais pour une durée très courte en se remplissant d'eau: il boit plus de dix litres d'eau, ce qui le soulage un peu. Se remplir lui-même lui permettait de se sentir moins intrusive. Jacques place souvent les mains sur ses oreilles. Il peut rester de longs moments à crier, la tête entre ses mains. Un jour, pour arrêter les voix, il reste devant un miroir.

plusieurs heures, figé, en tenant un couteau au dessus de son oreille. Il le nommera après coup le "couteau de survie". Cette coupure de l'oreille apparaît également dans ses hallucinations.

Dès le premier mois de thérapie, Jacques parvient à parler, très tendu, des voix qui tapent dans ses oreilles et percent ses tympans. Lors du quatrième entretien, il dit: "Il y a des voix qui tapent dans les tympans, qui percent..." Un silence. Je fais le lien avec ses associations du dernier entretien: "Vous disiez la dernière fois que votre mère a tapé dans les tympans". "Oui, dit-il, elle a la voix perçante... elle a la voix aiguë, elle a la voix pointue... Je dois lui envoyer des claques". Je repère le lien entre l'excitation ressentie et le passage à l'acte, et je reprends: "Votre mère parle avec sa voix pointue, aiguë, elle tape sur vos tympans, elle crève vos tympans de sa voix perçante et vous tapez sur sa figure". Il dit: "Oui, comme ça... elle l'avait bien mérité". Et Jacques précisera qu'il tape sur les oreilles de ses interlocuteurs, signifiant ainsi que le passage à l'acte figurait, en miroir, le même scénario que l'hallucination: "On tape sur une oreille".

Jacques parlera très souvent de ces coups dans les tympans comme d'une expérience très violente, intrusive, très souvent associée à la mère qui, dit-il, lui "casse les oreilles". Il est intéressant de noter une réflexion troublante de soignants qui ont reçu la mère: quand elle commence à évoquer son fils Jacques, sa voix se "casse", devient aiguë et stridente, perçante, discordante. Dans ses hallucinations, Jacques reprend ainsi de façon non métaphorique un aspect réel (perceptif) du ton de la voix de la mère: sa voix cassante.

Jacques parle également de sa douleur de ne pas recevoir des mots qui ne viennent pas. Cette oreille est "en attente de mots" précise-t-il plus tard: "en attente de mots *d'affriction*", "qui ne peuvent entrer" dans son oreille parce qu'ils sont trop gros, dit-il. "Ma mère dit des gros mots, des mots trop grands", précise-t-il. Ce néologisme "affriction" apparaît dans ses associations comme une condensation entre l'affection et la friction, entre un sentiment affectueux "affection" et une expérience hostile "friction". Jacques associera trois ans plus tard ces phénomènes à l'impossibilité de s'écouter et de se parler dans la famille, et au fait qu'il vit sa relation à sa mère comme intrusive et inaffektive: "affection en attente".

Les hallucinations de choc dans les tympans semblent figurer des modalités relationnelles à la mère qui n'ont pu être mises en pensée: des mots attendus qui ne viennent pas, d'autres qui sont reçus comme des projectiles qui attaquent et percent (la voix perçante de la mère). Jacques semble avoir vécu certaines modalités de la relation à sa mère, mises à jour par le départ à l'armée, comme *excitation sensorielle*: la sensation corporelle d'un choc dans les tympans: "frapper sur les oreilles" ou "percer les tympans". Ceci dans une alternative: ou ne pas s'entendre (oreille gauche), ou être intruse (oreille droite) dans un clivage vertical de l'image du corps. Il semble s'agir ici de *démétaphorisation* ou mise en équation symbolique corporéifiée (Gimenez, 1994) de l'expression "voix perçante", elle-même traduisant la relation à la mère. Ainsi, l'inscription d'une expérience *non inscrite symboliquement* fait retour sous forme d'hallucination (des *coups* dans les tympans) et sous forme de passage à l'acte: Jacques

tape *sur les* oreilles de ses interlocuteurs. Mais de quel type d'inscription, de quel type de représentation pré-symbolique s'agit-il? Ces expériences non mentalisées, non passées par le travail de pensée, le travail du langage, laissent des traces psychiques qui correspondent à ce que Freud nomme "représentations de chose" (ou d'objet). Pour Freud (1915, 118), "*La représentation de chose ou d'objet consiste en l'investissement, sinon des images mnésiques directes de chose, du moins en celui de traces mnésiques plus éloignées et qui en dérivent*". Il s'agit en fait de l'inscription brute de l'expérience, "*non digérée*", dirait Bion, non passée par la transformation de la fonction alpha, non mentalisée. Si nous prenons en compte le scénario démétaphorisé de la pensée intolérable, nous avons bien un phantasme, ou plutôt ce que je propose de nommer un "scénario de base", constitué d'un sujet, d'un verbe et d'un complément: "on me perce les tympan", "on me casse les oreilles". Mais l'énoncé de cette phrase n'est-il pas une tentative du patient, dans l'après-coup, pour communiquer une expérience intrusive intolérable? Expérience qui aurait à être saisie à un niveau plus archaïque?

Si nous nous centrons davantage sur le point de vue du patient, et sur la partie du corps concernée par l'intrusion, nous préférierions énoncer ainsi le scénario, ou plus précisément le pré-scénario: "un tympan se perce". Nous avons alors un signifiant formel comme le décrit D. Anzieu (1987) constitué d'un sujet (partie investie du corps du patient) et d'un verbe réflexif. L'accent est alors mis sur l'aspect "inscription de mouvement", renvoyant à ce que Freud (1895) avait commencé à conceptualiser sous le terme d'image motrice.

Si nous retenons l'aspect sensoriel auditif et cénesthésique du choc, nous pouvons parler de pictogramme, tel que le décrit P. Aulagnier (1975) comme produit du contact entre un *objet* (la bouche de la mère et les sons intrusifs qui en sortent) et sa *zone complémentaire*, partie du sujet investie, ici l'oreille. Il s'agirait alors du choc comme produit du contact entre les mots sortant de la bouche de la mère et l'oreille de Jacques. Nous n'avons plus alors de scénario ni de pré-scénario, ni même de verbe, mais seulement une sensation *de surface*, résultat de l'action des verbes: percer, frapper. La notion de "pictogramme" met en évidence la dimension "sensation de surface", en insistant sur la "coalescence" avec "l'objet-zone complémentaire" (Aulagnier, 1975, 59). Nous pensons que les "hallucinations primaires" telles que les hallucinations auditives non verbales de sons ou les hallucinations cénesthésiques sont constituées à partir de sensations corporelles fondées sur des inscriptions pictogrammiques. C'est pour nous le travail de la rencontre avec l'autre, dans un cadre psychothérapeutique, qui permet à l'hallucination de se *scénariser* (Gimenez, 1996). Voici une courte séquence clinique où l'on voit à l'oeuvre cette scénarisation.

Scénarisation et transférentialisation de l'hallucination: perdre l'oreille droite

Au cours d'un entretien, Jacques semble soudain bouleversé, affolé; il tourne brusquement les yeux vers le sol, inquiet. Je regarde dans la même direction et je lui dis qu'il semble très préoccupé de ce qui se passe par terre. "Elle est tombée", répond-il tout doucement (il indique l'oreille droite). Il explore activement l'espace qui se trouve devant lui, à sa gauche, à sa droite, puis,

de son regard, fixe le coin du bureau, comme s'il surveillait un objet qui se trouverait là. Mes yeux suivent le déplacement des siens. Je me surprends à me laisser aller à rêver ce qu'il halluciné peut-être: une oreille là, rendant ainsi co-présentes deux représentations, deux figurations d'une expérience ayant des statuts différents, la rêverie et l'hallucination. Je l'accompagne de mon regard. Je verbalise alors, également à voix basse: - "Elle est là", dit-il, en me regardant, indiquant du doigt un coin du bureau. Invité à mettre en mots ce qu'il ressent, Jacques précise après un silence qu'il voit son oreille *comme il me voit*, "trouble". Il ajoutera qu'elle est également ouverte, dépliée, et plus grande. J'entends sa phrase dans une dimension *transférentielle*: il me voit de la même façon que l'oreille hallucinée, trouble. Il a perdu une oreille et en retrouve une autre, ouverte, dépliée, plus grande, et *trouble*. Peut-être commence-t-il à m'investir comme une oreille qui peut l'écouter. Je dis: "Vous avez senti que votre oreille est tombée, vous l'avez cherchée du regard, et repérée au coin du bureau, plus grande, dépliée et trouble, comme moi", Jacques reste encore quelques instants à la surveiller, puis semble plus détendu.

Trois entretiens plus tard, Jacques a l'air encore préoccupé par son oreille. Il dit: "Je l'ai touchée l'autre pour... je crois que ça m'a fait mal [...], ça m'a fait mal *entre moi*...". Je reprends: "Entre vous?". "Oui. ma famille", précise-t-il. Je tente de reformuler la ligne associative avec les mots de Jacques, puis avec les miens, c'est-à-dire en insérant des *écarts* dans la fusion et l'indifférenciation entre lui et sa famille: "Votre oreille est tombée, dépliée, vous l'avez touchée, et ça vous a fait mal

entre vous: votre famille; entre vous *et* votre famille". Il semble que l'expression "entre moi" concernant la perte de l'oreille, traduise bien la relation encore indifférenciée et fusionnelle entre Jacques et sa famille, qui s'élabore progressivement.

Nous avons repéré le mouvement de *transférentialisation* (et de scénarisation) des hallucinations: l'oreille tombe et Jacques la retrouve sur le coin de mon bureau, trouble comme moi. Mais l'oreille retrouvée présente quelques différences, quelques écarts avec l'oreille perdue: elle porte la trace du thérapeute: elle est plus grande, et dépliée (prête à écouter). Il me voit ainsi, trouble, comme il voit son hallucination visuelle, il m'investit comme il investit l'hallucination. Jacques trouve alors progressivement les mots "qui lui manquent", comme il les appellera plus tard, pour figurer symboliquement ses expériences: le travail d'élaboration à partir des hallucinations rend possible la mise en mots des mouvements internes encore intolérables. Alors qu'elle se transférentialise, l'hallucination se scénarise de façon relationnelle et permet que se rejoue, dans la relation clinique, ce qui restait enclos, gelé dans le scénario hallucinatoire (je suis l'oreille qui l'écoute).

Jacques remarque, au bout de quelques mois, que les voix sont moins fortes dans la salle d'attente du C.M.P. et encore moins dans mon bureau (expérience que de nombreux patients m'évoqueront également). Elles parlent moins fort et moins fréquemment. Mais si le cadre des entretiens a une fonction pare-excitative, celle-ci n'est encore que de courte durée: quand quelqu'un l'écoute, quand une oreille est disponible pour lui, ses oreilles sont moins remplies par les voix.

**Les hallucinations verbales:
injonctions tyranniques**

Dans l'oreille droite, Jacques entend des voix qui lui parlent et lui donnent des ordres, auxquels il se sent contraint d'obéir. Il entend par exemple: "Calme toi", "Fais attention", "Fais gaffe". "Fais pas attention à la voix", "Fais le footing", "Couche toi", "Douche toi", "T'es sale", "T'es pressé", "Faut ralentir", "Va boire", "Habille toi". Il entend ainsi toute une série d'ordres qui font penser à des injonctions parentales (ou interventions d'un surmoi archaïque). Il entend également des ordres liés à l'agressivité, l'hostilité: "Va tuer", "Va taper", "Frappe cette personne". Il entend enfin des ordres liés aux enveloppes et à la séparation: "Pars tout nu", "Va courir tout nu", "Reviens à la maison", "Va manger avec les chiens".

tous décrivons l'évolution de quelques-unes de ces hallucinations au cours de la thérapie. Nous travaillerons en particulier deux modalités de ces hallucinations verbales: ordres tyranniques et injonctions surmoïques, en distinguant cinq périodes.

Premier temps de l'hallucination verbale

L'oreille intrusée: durant les cinq premiers mois de la thérapie, Jacques appréhende ses voix comme venant de l'extérieur, dans ses oreilles. Elle sont vécues comme très *intrusives*, tout comme les chocs dans les tympanes. Il me faudra un peu de temps pour remarquer que Jacques *bouge* souvent presque imperceptiblement *ses lèvres* alors qu'il entend ses voix, ce que les psychiatres classiques comme Seglas (1892), puis Ey (1973) décrivaient comme hallucinations psychomotrices verbales. Les patients effectuent, pendant

ou moins complets. Ils situent même (à la différence de Jacques) leurs hallucinations psychomotrices verbales dans l'appareil phonateur: voix labiales, linguales, thoraciques, abdominales. (Ey, 1973, 204). Ils sentent et/ou entendent des paroles (dans la bouche, la gorge) qui leur demeurent étrangères (Ey, 1973, 206). Ils peuvent également avoir des sensations kinesthésiques de mouvements d'articulation ("on" leur fait remuer la langue, les cordes vocales, les lèvres). Les mouvements des lèvres de Jacques deviennent ainsi pour moi, très rapidement, un signe visuel de ses hallucinations verbales. *Deux parties du corps (oreille et bouche) sont particulièrement utilisées dans ces hallucinations verbales: la voix sort par sa bouche, elle est ensuite projetée et fait retour dans l'oreille après avoir été rendue étrangère (xénopathie).* L'hallucination verbale "*va courir tout nu*": lors du septième entretien, Jacques évoque le départ à l'armée, qui précède, ce qu'il appelle sa "maladie". Jacques parle ainsi de son "incorporation": "Au service militaire, je courais tout nu, comme la voix me demandait de le faire [...] *Je suis parti tout nu* de chez moi". "Ma mère m'a retenu... elle ne voulait pas que je sorte tout nu...". Elle m'a dit: "Ne pars pas, ne pars pas". Jacques reste un moment silencieux, tendu. Je reprends: "C'était difficile de partir, c'était comme partir tout nu". Il me regarde, ému. Il continue, après un nouveau silence: "Je suis tombé malade... J'ai eu *l'impression de mourir*". Alors qu'il évoque cet événement, je le sens déchiré, écartelé entre cette nécessité et cette impossibilité absolue de partir. Il continue alors, tendu: "Je courais tout nu [...] et mes parents sont venus me *réparer*".

L'hallucination verbale "va courir tout nu" est ainsi associée, dans la thérapie, à son impression de mourir lors du départ à l'armée, première séparation d'avec la cellule familiale. Il l'évoquera plus tard en expliquant qu'il est parti sans peau. Quitter la maison familiale est présenté par Jacques comme la perte d'une surface protectrice: vêtement, ou peau. Les murs de la maison semblent identifiés à un contenant archaïque, dans une équation symbolique: murs de la maison = vêtements. Le départ est appréhendé comme un arrachement de la peau-mère-vêtement-maison enveloppante et contenant, laissant un corps nu, dans un désespoir qui fait écho à celui de la mère (qui, dans le discours de Jacques, lui demande de rester). Cet événement a peut-être mis à jour ce qui était déjà présent chez Jacques, c'est-à-dire un état psychique de non-unification de ses expériences émotionnelles et de son moi; un degré d'élaboration psychique d'en-deçà le stade du miroir (Lacan, 1949), ou un *moi-peau* insuffisamment constitué (Anzieu, 1974; 1985). Le contenu de cette hallucination auditive verbale, "Va courir tout nu", apparaît comme une première figuration de ce que Jacques a ressenti lors de ce douloureux départ: partir tout nu, sans peau. Reviendrait ainsi sous forme hallucinatoire l'expérience émotionnelle non élaborée d'une séparation impossible avec la mère.

Cette problématique des limites se retrouve dans les hallucinations visuelles et cénesthésiques que Jacques repère sur la surface de son corps, comme si sa peau ne pouvait établir de paroi différenciatrice entre un dedans et un dehors. Les premiers mois de la thérapie, il sentira par exemple des boutons pousser sur son visage, en même temps qu'il hallucinera des trous

noirs, puis des failles, et des bosses sur les murs du bureau dans lequel je le reçois. Il verra également certains de ses organes sur les murs de la pièce. Nous retrouvons ici le même signifiant formel: une enveloppe protectrice se perce, un corps se vide.

Second temps de l'hallucination verbale (6e au 13e mois)

Quelques mois plus tard, Jacques commence à sentir bouger ses lèvres et sa langue pendant qu'il halluciné. Il commence à prendre conscience que sa bouche produit des sons, des mots et que ces mots sont ceux qu'il entend. Il prend ainsi conscience de son activité motrice verbale involontaire "accompagnant" ses hallucinations. Mais ces mouvements demeurent toujours pour lui *étrangers*. Les sons, les mots sortent de sa bouche mais ce n'est pas lui qui les prononce, explique-t-il: la voix parle à travers sa *propre bouche*. Il dira plus tard que la voix lui "donnait des mots". Jacques évoque ses "lèvres qui bougent la nuit". Quand je l'invite à préciser, il poursuit après un silence: "Comme on mange", accompagnant ce commentaire d'un mouvement de succion involontaire de la bouche. Je dis: "Comme un bébé tête". Il reprend: "Peut-être, ça rentre dans la bouche". Cette association m'amène à essayer d'articuler nos deux points de vue: pour lui, la voix entre dans la bouche, pour moi elle sort de sa bouche pour entrer dans son oreille. Il décrit ainsi le circuit des voix: pour lui, elles passent par sa nuque et par la bouche pour entrer ensuite dans une oreille. La boucle réflexive bouche-oreille s'entr'ouvre en un autre circuit nuque-oreille-bouche où est intégré l'arrière du corps: la partie qui échappe au regard. Dans ce circuit, les voix entreraient par la nuque (pas-

sivement) et par la bouche (activement), deux parties du corps différenciées mais collées, non séparées par un espace, pour frapper ensuite l'oreille par l'extérieur parce qu'il n'y a pas (encore) d'intérieur pour les voix. La voix, dit-il, est moins forte en intensité et ralentie. Peut-être le début d'élaboration permet-il de diminuer un peu l'intensité de la dimension persécutive des voix. A cette période, il donnera également davantage une forme à la voix: il en reconnaîtra parfois le timbre, faisant le lien avec sa mère. "J'aime pas la voix qu'elle parle, dit-il, j'entends souvent ma mère".

A propos de la voix derrière, dans la nuque, il précisera également: "La voix me dit: fais ci, fais ça", et il ajoute: "J'en ai marre que ma famille me dise ce que je dois faire..." [...]: "Ma famille est toujours derrière moi".

Quand Jacques entend les voLx dans la *nuque*, il ne sent plus de chocs dans les tympans. Il a l'impression que les "gros mots" qui y frappaient commencent à *entrer*.

Quand il tête les mots, c'est-à-dire qu'il les reçoit du dehors, Jacques produit ces mots (les crée du dedans) dans un mouvement réflexif auto-erotique. A partir des mouvements d'articulation de sa bouche (kinesthésie), le patient retrouve les sensations de mouvements, et les traces motrices (signifiants formels) qui leur sont liées. C'est à partir de ces traces motrices que le patient va *percevoir* les voix dans ses oreilles, comme venant du dehors. Se superposent ainsi un mouvement afférent (du dehors vers le dedans) et efférent (du dedans vers le dehors). Ce double mouvement a été décrit par D. Lagache (1934). Pour lui, les patients qui ont des hallucinations psychomotrices verbales, "*parlent souvent leurs hallucinations dans le mouvement respiratoire d'inspiration*" (Ey, 1973, 207). Tous ces patients qui soliloquaient en respirant, dans une

ébauche de ventriloquie très caractéristique, avaient des voix dans la poitrine, la gorge ou le larynx. Piera Aulagnier le dit avec d'autres mots à propos de l'hallucination du sein qui se construit à partir de traces corporelles de la rencontre avec l'objet. "*Ce que nous voyons, lors de l'hallucination de l'objet-sein, dit-elle, c'est la mise en action de ce qu'on pourrait appeler les récepteurs de ce premier objet: c'est par la reproduction au niveau bouche des mouvements de succion que l'enfant halluciné le sein*" (Aulagnier, 1964, 61). Quant à l'investissement de la nuque par Jacques, rappelons que pour G. Rosolato, la nuque est un lieu où sont souvent localisées les hallucinations verbales des patients. L'entrée par la nuque, comme "objet d'arrière plan" (Grotstein, 1981), est-elle un début de figuration d'un intérieur (Rosolato, 1977) ou une préfiguration du dedans? Peut-être renvoie-t-elle aux premiers contacts affectifs maternels, lieux du portage, renvoyant au holding et au handling décrits par Winnicott.

Troisième temps de l'hallucination verbale (14e au 17e mois)

Plus tard, Jacques sent les voix entrer dans la nuque et sortir par la bouche, après être passées par l'intérieur de la tête. Nous repérons ici un mouvement de l'arrière vers l'avant, incluant un lieu de passage: le dedans de la tête. Au cours d'un entretien, Jacques est tendu. Il m'explique que la voix est entrée dans sa tête, dans son cerveau. Il entend les mots qui sortent de sa bouche, comme quand on s'adresse à quelqu'un. Jacques repère ici un intérieur de son corps: apparaît ainsi un troisième terme, le dedans de lui-même. Jacques commence à parvenir à lutter contre ses voix et à infléchir leurs ordres. Il commence à être un peu

moins soumis à leur tyrannie omnipotente. Progressivement, il ne parle plus uniquement de voix dans sa tête, mais également de *pensées étrangères* qui entrent dans la tête par l'arrière (nuque, oreilles), et *restent* à l'intérieur pour, de temps en temps, sortir par la bouche. Il commence alors à entendre de moins en moins les voix dans sa bouche et de plus en plus dans sa tête. C'est ce qu'il nomme ses "*mots de tête*". La tête n'est plus alors un lieu de passage mais un endroit où les voix et les pensées étrangères peuvent *séjourner*. Je pense bien entendu à la capacité de contenance qui se développe, dans cet intérieur, lieu de transformation.

Quatrième temps de l'hallucination (18e au 28e mois)

Progressivement, ces voix et ces pensées étrangères, localisées dans la tête, deviennent *de moins en moins étrangères* et de plus en plus ce qu'il nomme "*les voix de sa tête*", et "*ses pensées*". Par moment, il les entend très loin et précise: "elles parlent fort-doucement dans la tête" (elles parlent fort et il les entend doucement), comme s'il avait intégré la capacité à filtrer les voix. En contre-partie il vit ces pensées comme très *dangereuses*. Il commence à imaginer que sa pensée peut avoir un effet sur les voix: "Les voix, j'essaie de pas penser à elles, je ne les écoute pas, comme ça elles ne parlent pas". Il imagine également que la voix peut être une amie. Mais il a de grandes difficultés à le croire. Il dira qu'il a entendu "une petite voix très silencieuse... Je ne sais pas qui c'est... peut-être une amie". Je me dis qu'il y a enfin le début d'une ébauche de place pour une absence de voix, un silence supportable qu'il n'est pas obligé de saturer par des mots: une place pour la pensée.

Alors qu'il halluciné beaucoup moins et que ses hallucinations diminuent en intensité jusqu'à disparaître certains jours, il amorce une période d'effondrements (*sa "dépression muette"*) et de chutes: Jacques tombe au sol, comme une marionnette dont on aurait lâché les fils. Tout se passe comme s'il n'avait plus de muscles, plus de squelette interne (Haag, 1983, 111), plus d'endo-charpente (Bion, 1970, 58). A cette période, les parents de Jacques sont partis à la mer et l'ont laissé à l'hôpital. Il essaie de mettre en mots son ressenti mais n'y parvient pas. Ne sortent de sa bouche que de vagues sons, étouffés. Il parviendra, difficilement, à tracer quelques traits sur une feuille: des lettres entrecoupées de gestes brusques et de ratures. Je crois lire le mot: "maman". Je sens qu'il essaie d'articuler, comme on accouche d'un mot. "He... heu...". Puis il pousse un cri terrifiant qui me glace comme s'il laissait sortir une part de lui terrible, destructrice. Un long hurlement avec des prémices d'articulation. Je lui parle de la tension et de la souffrance que je sens en lui. Je lui parle du mot que j'ai cru lire sur le papier. Il semble un peu plus détendu. Il arrivera à dire, après de longs moments d'échanges que depuis le départ de sa mère, il ne *tient plus debout* (expression à entendre au pied de la lettre: elle le laisse tomber). L'entretien suivant, je suis impressionné de voir comment il se déplace en prenant appui sur les murs de la pièce, du couloir. A la fin de l'entretien (au moment de la séparation), Jacques se lève, se dirige vers la porte et s'étire. Il bascule. Il est en face de moi. Je saisis sa main et il se redresse, comme si le bref contact avec moi lui redonnait, le temps d'un instant, un squelette interne qu'il aurait perdu.

Quand Jacques commence à trouver des mots pour parler de ses chutes, il explique qu'il se sent comme dans une spirale sans repère, où tout tourne, tout s'effondre, tout tombe. Et au moment où il se sent intérieurement s'effondrer, son corps aussi s'effondre. Il a l'impression que ses muscles ne peuvent plus le tenir, le soutenir. Il se sent "tout mou", sans consistance. C'est ce qu'il a appelé sa "*dépression muette*". Il dessinera, plus tard, la "dépression muette" comme une *spirale* (qui ressemble à un tourbillon, à une tornade) dans laquelle il s'engouffre et tombe, perdant tous ses repères. Ses descriptions me font penser au "*trou noir de la psyché*" (Tustin, 1986) et au monde tourbillonnaire de l'autisme (Houzei, 1985). Il a l'impression de glisser dans un trou sans fond, sans aspérité où s'accrocher. Il ne pense plus. Cette dépression muette nous apparaît comme l'effet des mécanismes négatifs de l'hallucination (attaques contre les liens, envie, pulsion de mort, rejet), qui ne sont plus masqués par la construction hallucinatoire. S'agit-il ici de mécanismes actifs de déliaison ou de phénomènes à rapprocher de ce que décrit A. Green (1977) à propos de l'hallucination négative: "*L'hallucination négative n'est pas un phénomène pathologique. Elle n'est pas l'absence de représentation comme le suggère l'absence de l'image dans le miroir, mais représentation de l'absence de représentation*" (p. 652).

Cinquième temps de l'hallucination verbale (après le 29e mois)

Jacques essaie de traduire ses pensées avec ses mots. La "voix" qui parle à travers lui, deviendra alors progressivement ce qu'il nomme "sa voix". Mais ce sont des mots qu'il qualifie de mots sales, de sales mots, de mots grossiers, forts, dangereux et méchants. Il

explique: "Les oreilles, j'entendais des méchants mots dedans". Jacques relie ses sales mots aux vomissements qu'il a depuis plusieurs jours: "Ça sort, c'est plein de saletés." Il ajoute: "Je frappe ma mère avec mes mots". Avec ses parents, explique-t-il, il a des conversations uniquement en criant violemment. Nous remarquons que cette violence apparaît quand la voix commence à diminuer beaucoup. Jacques prend conscience de sa violence, de la violence des mots qui pourraient représenter, figurer, ce qu'il a en lui. Il a de très fortes angoisses mais n'hallucine pas. Il a de grandes difficultés à parler. Il bégaye beaucoup. Jacques explique qu'il n'arrive pas en parlant à placer les lettres où il faut. Il dit: "J'arrive pas à dissimuler les mots [...] c'est-à-dire [...] à placer les lettres où il faut". "J'ai pas de mots à dire... ar... ar... articu...la...tion". Il mâchonne une phrase que je ne comprends pas. Je pense qu'il découpe, attaque, les mots dans un mouvement d "*attaque contre la liaison*" (Bion). Alors qu'il bégaye, il essaie de cacher ses *dents* avec ses lèvres. Jacques dessine plus tard sa *bouche, édentée*. Puis, il ajoute une des dents, pour montrer qu'elles sont bien là, à l'intérieur, mais trop dangereuses pour qu'on les montre. Cette représentation dangereuse de l'hostilité orale, réactivée par la vue des dents, se retrouve dans sa façon de parler. Pendant un temps, il parlera la *bouche fermée*, pour qu'on ne voie pas ses dents, gardant ainsi les mots à l'intérieur de lui, et il sera très difficile de le comprendre. Quand le patient se réapproprie les énoncés de ses voix, il est confronté à ses mouvements de détresse (effondrement) et de grande violence (l'absence de l'objet est renversée en présence persécutrice). Ne

localisant plus le "mauvais", le déplaisant dehors, le patient repère avec horreur sa propre hostilité à l'intérieur. Hostilité qu'il va devoir intégrer et penser. Jacques passe de longues parties de la journée à babiller dans sa chambre à haute voix, babillage entrecoupé de cris. Puis, il se promène avec son walkman sur les oreilles, "ça le calme", explique-t-il. Il remplit ainsi ses oreilles qu'il a du mal à supporter trop vides. Il commente: "Je suis inquiet, parce que je parle seul dans ma tête, je parle aux murs. Je me dis seul: "Je vais marcher, je vais me lever, il faut que je dorme, il faut pas que je resté debout, etc". Je suis stupéfait qu'il s'agisse en grande partie de phrases qu'il avait évoquées à propos de la voix tyrannique. Ce que j'essaie de lui signifier: Je dis: "Vous pensez dans votre tête comme la voix parlait avant". Lui: "C'est ma voix, c'est la voix, c'est les deux".

Quelques séances plus tard, il évoque une situation d'interaction difficile avec un ami qui lui a pris un cendrier. Il s'est alors entendu dire dans sa tête "Jacques, prend le cendrier". Il ajoute après un long silence: "La voix, je crois que c'était moi". Il parle alors de son "passé composé", comme il l'appelle, s'inscrivant dans un processus d'historisation (J.L. Pedinielli, P. Bertagne, von Kracht, H., 1990). A cette époque, la voix, explique-t-il, s'éloigne de plus en plus. Il parle de sa solitude, et de sa difficulté à être seul. Il ajoute: "Quand je ne parle pas, je pense et je fais la dépression".

Réflexions

L'étude d'hallucinations auditives non verbales (les chocs dans les tympans) nous a permis de mettre en évidence que l'hallucination est une figuration démetaphorisée d'un scénario qui n'a pu se mettre en pensée.

Il s'agit d'une mise en équation symbolique sensorielle de vécus affectifs non encore intégrés, non digérés comme le dit Bion. Les représentations (potentielles) rejetées (non advenues) et restées impensées (sans penseur, dirait Bion) se concrétisent (après quelques transformations) de façon sensorielle, auditive. L'hallucination, comme formation de substitut apparaît en lieu et place d'une pensée qui n'a pu advenir, ou parvenir à son terme: une pensée rejetée. Ainsi, le vécu d'intrusion et celui d'attente affective sont représentés de façon pré-symbolique par des hallucinations de voix perçante (un tympan se perce, une oreille se casse). La séparation impossible lors du départ à l'armée, identifiée à une perte d'enveloppe protectrice, est figurée par l'hallucination verbale "va courir tout nu". Les ordres omnipotents de la voix figurent également l'omniprésence de la mère auprès de son fils qui ne peut la quitter.

J'ai essayé de montrer comment des hallucinations auditives, vécues comme très intrusives, semblent construites autour d'une inscription pictogrammique (choc sur le tympan), ou d'un signifiant formel (une oreille se creève, un tympan se perce, une enveloppe protectrice se détruit, disparaît). La pensée impensable se sensorialise alors, à partir de traces kinesthésiques et cénesthésiques, c'est-à-dire à partir d'inscriptions corporelles (Gimenez, 1994). Nous rejoignons les propositions de Seglas qui remarquait déjà en 1892 (dans son livre *Troubles du langage chez les aliénés*) que certains malades qui souffrent de voix ne les entendent pas par l'oreille à l'aide des images auditives du mot, mais les "*perçoivent à l'aide des images motrices d'articulation*" ou "*images kinesthésiques*" (Ey, 1973, 205).

appartenant à la catégorie des représentations de chose, permettent de construire les images auditives et verbales. Ces représentations de chose, non intégrées par le travail de pensée et du langage, sont appréhendées comme représentations de mot, dans une confusion topique, inconscient/préconscient. J'ai indiqué comment, dans la dynamique transférentielle, ces hallucinations se *scénarisent*, rendant possible la construction d'un scénario avec des places dans lesquelles le patient et le clinicien sont inclus. Dans le cadre d'une relation clinique, ce qui est représenté de façon présymbolique par l'hallucination (une voix qui parle à l'oreille du patient) pourra peut-être s'élaborer et se transformer progressivement en une parole adressée à un autre.

Cinq temps évolutifs de l'hallucination verbale (cas de Jacques)

1. L'exclusion du clinicien.

Le patient articule des sons dans sa bouche, sans en avoir conscience, et entend des voix étrangères dans ses oreilles. Dans ce circuit bouche-oreille, le patient se parle à lui-même sans le savoir. Nous avons alors une boucle auto-erotique et reflexive dans laquelle tout se passe comme si la bouche parlait à l'oreille. Mais la boucle reflexive est interrompue du point de vue du patient: pour lui la bouche est clivée et rendue étrangère: c'est un autre qui lui parle. *"Nous savons aussi, comme on l'a déjà fait remarquer, qu'il existe un circuit rétroactif: la voix revient aux oreilles d'où un clivage destinataire-destinataire ou émetteur-récepteur avec renversement des positions"*. (Green, 1983, 16). Le clinicien est alors exclu des vécus hallucinatoires du patient.

2. Le clinicien investi comme pseudopode, prolongement du patient.

Quand le patient prend conscience qu'il bouge les lèvres quand la voix lui parle, il *intègre la bouche* dans cette boucle, même s'il garde la certitude que les mots demeurent étrangers: "on" parle dans sa bouche. Dans ce second circuit hallucinatoire, le patient entend les voix entrer par la nuque et la bouche pour entrer ensuite dans l'oreille. Alors qu'il intègre la bouche, il exclut l'oreille [par clivage]: il perd l'oreille, il essaie de la couper, les sons entrent par l'arrière du corps. Ils sortent ensuite par l'avant (bouche, front) pour entrer enfin par l'extérieur dans l'oreille.

Parallèlement, dans la relation clinique, le contenu des voix est entendu par les oreilles d'un autre: le patient m'en fait part. Le patient investit alors le thérapeute comme prolongement de lui-même (pseudopode narcissique): il me parle comme il parle à ses oreilles, même si déjà quelques différences existent entre l'objet attendu et l'objet rencontré. *Je suis intégré dans la boucle* et traité comme une hallucination: l'oreille hallucinée et ouverte est trouble, comme moi. Dans le même temps, de mon point de vue, je tente d'être une oreille pour lui, je l'écoute, mais je suis aussi une bouche qui lui parle. Alors que je lui "prête l'oreille", se constitue pour lui la boucle oreille-bouche, nous intégrant tous les deux.

3. La constitution d'un intérieur et l'investissement du clinicien comme double.

Dans un troisième circuit, les voix entrent par l'arrière du corps (nuque, arrière de la tête), pour sortir par l'avant du corps (bouche), mais après un passage à l'*intérieur* de la tête. Ce chemin implique la constitution à

la fois d'un intérieur et d'un espace tiers possible. La boucle hallucinatoire s'ouvre alors avec l'intégration d'un troisième terme: l'intérieur où peuvent séjourner les contenus: voix, pensées étrangères. Je suis investi comme double de lui-même, porteur d'un tiers externe.

4. Le tiers potentiel, et la constitution d'une limite instituée entre dedans et dehors et entre lui et moi. Ces voix sont appréhendées comme des pensées (pensées à haute voix), donc des représentations mentales, d'abord étrangères (xénopathie) puis appartenant au sujet lui-même. Les espaces de séparation ne sont pas systématiquement comblés: même la voix peut être silencieuse. Mais le patient est alors confronté à deux mouvements, l'effondrement et la violence qu'il retrouve en lui-même: l'effondrement (qu'il nomme "dépression muette"), peut-être révélateur du négatif présent derrière toute hallucination, la violence, l'agressivité, la destructivité, la dangerosité, liées au scénario intolérable, et rejetées.

Dire ses pensées (par sa bouche) à un autre que soi (une autre oreille): représentation de parole (R. Kaës, 1994, 259).

Le patient peut dire "je" à propos des contenus des voix: "Je me dis que je dois me laver, me lever, marcher etc". C'est alors que coïncident le sujet de l'énoncé (le dit) et le sujet de renonciation (le dire) des voix, Le patient parvient à exprimer ses pensées en paroles (représentations de paroles) adressées à un "autre que lui, et reçues par les oreilles d'un autre. Le clinicien est alors investi comme tiers possible (Gimenez, 1996). C'est ainsi que, progressivement, des voix intrusives adressées par un étranger dans ses oreilles semblent devenir des mots qu'il peut adresser, dans le cadre d'une relation, à un autre que lui-même.

Discussion de l'exposé de G. Gimenez

André Green

Nous n'avons pas beaucoup de temps pour discuter un exposé aussi riche et aussi intéressant. Je voudrais d'abord faire une première remarque qui concerne un point de méthode. Nous avons ce matin parlé des problèmes généraux concernant les relations entre le langage et la psychanalyse et vous avez remarqué que je me suis placé dans les conditions habituelles courantes de l'analyse, soit l'analyse de type "névrose", soit, dans la dernière partie, quelques exemples tirés de cas limites. J'ai tenu à rester dans le cadre ordinaire de l'analyse. Maintenant, nous allons discuter deux exposés. Le premier, que nous venons d'entendre, porte sur les hallucinations et le deuxième, que nous entendrons après la pause, sur le cas d'un enfant autiste. Ces deux cas sortent des conditions de l'analyse. C'est simplement pour souligner le fait que, quand on pose ce problème d'une manière générale, on a tendance à

l'autre, sur lequel vous ne dites rien, c'est tout ce qui se passe dessous. Si vous n'en dites rien, ce n'est pas votre faute, c'est parce que c'est étudié pour. Le rapport qu'il y a entre *le corps*, la *voix*, la bouche etc., le corps en général, le corps diffus, dirais-je, le Moi-corps comme déploiement érogène, qui part dans toutes les directions, et qui, d'autre part, justement, est là, qui se manifeste aussi par le bruit. Le choc sur le tympan, ce n'est pas un son, c'est toute la différence entre le bruit et le son. Le son, ça *signifie*, le bruit, ça *ne signifie pas*. Si ça veut signifier, il faut chercher un sens d'un type différent dans l'éclatement de ce tympan. Il y a une chose dans votre observation que vous avez laissé de côté, c'est pourtant son diamant. C'est qu'il s'est passé un événement important au retour du service militaire: on l'a délogé de sa chambre. Son frère a pris sa chambre et la chambre du frère est devenue un bureau. Là-dessus, il a construit un délire, à savoir que le frère et la mère ont commis l'inceste et qu'il en est né une petite soeur. Qui est la petite soeur dans tout ça? - lui! Vous voyez bien comment du point de vue d'un effet de contre-transfert quand on est tellement fasciné par une question, celle des hallucinations et du langage, comment ce fragment d'un noyau de délire qui aurait pu s'enrichir devient occulté parce que vous êtes attiré ailleurs. Vous êtes attiré là où on cherche à vous attirer, là où il cherche lui-même à s'attirer parce que c'est malgré tout plus commode. Vous êtes victime d'une secondarisation forcenée et vous introduisez cette secondarisation forcenée quand, par exemple, il vous dit "entre moi", et vous de vous étonner. Bien entendu, "entre vous, entre moi". "Quoi? que voulez-vous dire?", précisez-vous. Mais, "entre moi" c'est "entre

moi et moi" et c'est "entre dans moi". C'est là toute la polysémie qui se révèle dans le fantasme sexuel non nommé. De la même façon "va courir tout nu!" est interprété uniquement en fonction de partir de la maison, partir complètement dépouillé, puisque c'était quitter la mère. Mais "va courir tout nu!" dans la cour de la caserne, ça veut dire autre chose. Si vous voulez être à la hauteur du processus psychotique, dont vous avez tenté une reconstruction tout à fait intéressante qui suscite mon admiration et que je trouve cohérente, vous devez attaquer votre propre construction. Vous devez l'attaquer au nom d'une logique qui ne peut pas être celle que vous décrivez, parce que c'est la logique psychotique.

Par exemple, quand vous parlez de dépression muette, capitale, capitale parce que, pour la première fois, il met en relation un effondrement dépressif interne qui va jusqu'au fait de ne plus pouvoir tenir debout avec le fait que "ça ne parle plus". Il suffit que ça se taise pour que je me déprime. C'est ce que font les bons psychiatres dans les hôpitaux! Quand ils ont quelqu'un d'halluciné, ils le bourrent de drogues pour lui supprimer ses hallucinations. Il y réussissent et ils sont très contents. Il n'y a qu'une personne qui n'est pas contente, c'est le délirant, parce qu'il a perdu sa compagnie. C'est le cas de le dire pour quelqu'un qui revient du service militaire.

Il y a un antécédent dans votre affaire, c'est Shakespeare. C'est la scène où Hamlet parle à sa mère, la scène dite "de la chambre à coucher", et que j'appelle "scène de la chambre à tuer". Hamlet fait attention au moment de retourner auprès de sa mère, parce qu'il sent qu'il est prêt à la tuer. Et d'ailleurs, heureusement

que Polonius est derrière la tapisserie, parce que autrement, c'est Gertrude qui était tuée. Hamlet dit "mes mots seront des poignards pour elle", et c'est le cas ici. Là où je ne serais pas tout à fait d'accord avec vous, c'est avec votre manière de construire les choses progressivement en disant: voilà, on part d'un pictogramme, ça n'a pas de sens, c'est comme dit Piera Aulagnier, la rencontre bouche-zone complémentaire, la trace du Ça. Puis après, c'est la kinesthésie, puis la scénarisation. Et alors, vous faites tout le scénario avec sa bouche, ses oreilles, etc. Tout cela tient d'ailleurs très bien debout. Simplement, je pense que ce n'est pas comme ça que ça se passe. Je pense que votre travail le montre, c'est-à-dire que toute cette structure est une structure protectrice contre l'effondrement muet. C'est précisément pour colmater, comme il peut, pour remplir avec les mots, avec le langage, avec le corps, il ne sait pas où donner de la tête, c'est vraiment le cas de le dire. C'est là que le négatif entre en jeu, contre cette espèce de vide qui est le dernier mot de la psychose, morcellement d'une part, vide, désinvestissement de soi-même, de l'autre. Et cette espèce de mutisme, que révèle-t-il? Que ça ne parle plus. Et pourquoi ça ne parle plus? La dépression le dit et la découverte de l'hostilité le confirme: ça ne parle plus parce que si ça parlait, les mots tueraient. Et vous, votre travail, c'est de survivre à ça.

Guy Gimenez

Je voulais juste dire un mot à propos de ce que vous évoquez quant au retour du service militaire et de l'observation qu'il fait que sa chambre a été donnée à son frère. Quelque chose de tout à fait important se construit à ce moment-là, en effet, et c'est une hallucination, une

hallucination essentiellement cénesthésique et kines-thésique. Il se vit encore plus robotisé, tous ses doigts deviennent comme un seul doigt, chaque doigt équivalant aux autres - ils sont cinq frères dans la famille puis un sixième pouce sort au milieu de la main. Le doigt devient une gâchette, une tirette, et à ce moment-là, il dit: "on tire sur la gâchette et les coups partent". En effet, tout s'articule autour de ce point-là. Et ensuite, concernant les propositions que je fais pour penser ce qu'il avait mis dans l'impensable, j'ai l'impression, dans l'après-coup, que ce n'est pas exactement comme cela que ça se passe. Ce sont des approximations pour que je pense quelque chose qui me permette de nourrir une illusion, au sens de Winnicott, une illusion efficace. Si cette illusion efficace se développe, peut-être que quelque chose peut se mettre en place dans la relation avec le patient.

André Green

Je voudrais simplement ajouter quelque chose: on ne serait pas fidèle au compte-rendu qui nous a été donné si on ne faisait pas intervenir le regard, qui a été essentiel dans ce travail. Il a suivi du regard l'oreille supposée tombée, il a reconstruit à l'aide de "blancs" du langage, de trous du langage.

Sara Botella

Avant tout, je vous félicite pour la richesse de votre observation et pour la rigueur de votre ligne de recherche. Je vais prendre à rebours le matériel qui illustre, "frontalement", comme vient de le dire André Green, nos théories. Je vais adopter la fin de votre récit comme point de départ, car il me semble que la figuration de la relation au père (le chuchotement) pourrait éclairer l'ensemble de l'activité hallucinatoire

du patient en séance. Aussi particulières qu'elles soient, les hallucinations en présence du thérapeute pourraient appartenir au transfert et s'inscrire, dans le cas de ce patient, essentiellement dans un transfert paternel. Mon choix de partir du meilleur niveau de ce patient et de comprendre l'évolution de la cure dans le sens rétrograde a évidemment l'inconvénient de laisser de côté certains aspects profondément régressifs du patient, déjà élaborés de façon très intéressante par vous-même. Jacques est très ému de votre interprétation transférentielle à propos de l'inversion sensorielle oeil-oreille. Son oreille a pleuré après avoir frappé son père sur l'oreille parce qu'il n'entendait pas les mots qu'il attendait de lui. Peut-être des mots d'attention ou de tendresse. En tout cas, votre interprétation qui tient compte - et je crois que c'est le point le plus important - de la dimension hallucinatoire, c'est-à-dire: "vous *m'entendez* chuchoter", et non pas "comme si je chuchotais" ou "comme votre père chuchotait", déclenche un véritable surgissement des affects infantiles. Et le patient vous dit alors: "mon papa m'a frappé, mais je n'ai pas pleuré", un changement capital dans la cure. Cette régression aux affects infantiles représentait probablement la Fixation, elle a rendu inutile l'hallucination. Avec l'apparition du transfert infantile ayant la valeur d'une sorte de matérialisation par rapport à l'hallucination, de concrétude de l'expérience transférentielle, Jacques se voyait enfin, dans les mots du thérapeute, petit garçon avec son papa. Ce n'était plus son oreille qui se déplaçait dans l'espace. Il pouvait quitter le circuit sensoriel bouche-oreille, la boucle auto-erotique qui le protégeait d'une véritable désobjectivation pouvant emporter toute sa réalité psychique, qui le

protégeait de l'effondrement muet dont André Green vient de nous parler.

Avant donc cette régression aux affects infantiles, dans la violence de sa dépression muette, la sensation de devenir tout mou était probablement une façon de se soumettre passivement à la voix dans la nuque derrière lui, voix qui lui fait faire ci, qui lui fait faire ça, la voix qui frappe et commence à pénétrer. Se vivre possédé (cf. le cas Schreber, sodomisé par la voix du thérapeute), c'était la seule façon pour Jacques de pouvoir conserver un minimum de relation, un contact avec l'objet. Son vécu cauchemardesque, diabolique, avait la fonction de remplir avec des mots, à la place des choses perdues, le vide psychique de sa grande solitude. On a vu la sortie de ce transfert de possession par la séquence de rattrappage par la main: le patient ne tient pas debout et, quand il trébuche à la fin de la séance, vous le rattrapez en saisissant sa main. C'était dans cette séance qu'il désignait sa poitrine, un coeur lourd d'un gros chagrin. Il a d'ailleurs esquissé furtivement "maman". On peut penser que la reconnaissance de l'existence de l'autre dans le contact, et la reconnaissance des affects dans la voix du thérapeute représentent un double maternel qui fait cesser chez Jacques le passage direct de ses pulsions dans les mots grossiers, sales. Sa propre voix devient une amie, il trouve enfin la paix par rapport à l'histoire incestueuse.

En amont de la problématique de l'investissement cauchemardesque du désirant, le thérapeute semblait n'être investi par le patient que halluciné, totalement extérieur, sans matérialité, sans contact. Même si Jacques réservait l'oreille gauche pour l'investissement en nostalgie du chuchotement paternel, son oreille

droite ressemble comme une jumelle à la patiente de Tausk. Jacques aussi disait qu'il avait l'impression de se transformer en machine, en perte tragique non seulement de l'objet mais de ses représentations de chose. Sa propre voix, son désespoir, ne résonnaient plus dans le monde, sa voix adhérait à son corps, comme c'était le cas de la patiente de Tausk, donnait des coups à sa propre oreille, à son tympan. Lui, qui avait peut-être l'espoir de trouver à l'armée un papa qui frappe et de devenir un grand, en retenant ses pleurs, c'est-à-dire devenir un héros - c'est ma construction - a été frappé par un désespoir sans borne qui va le faire chuter, tomber dans cet état hallucinatoire. Qu'est-ce qu'il a trouvé alors à l'armée? Qu'est-ce qu'on en sait? Peut-être seulement des hurlements. En tout cas un rejet.

Guy Gimenez

vierai beaucoup. Je relèverai essentiellement l'aspect chuchotement parmi toutes vos remarques et associations. C'est en effet un aspect extrêmement important: Il a été hospitalisé après un passage à l'acte sur le père et son commentaire, c'est: "mon père chuchotait". En fait, son père lui parlait mais il ne l'entendait pas. Ce qui se passe quand il dit: "chuchotait", c'est qu'il n'entend pas les sons. Il voit la bouche bouger, mais il n'entend pas les sons. Il y a donc des mouvements d'hallucination négative évidents, des "processus de négatation". Lui-même, quand il ne laisse pas sortir des sons de sa bouche, place l'autre exactement dans cette position là. C'est en effet un axe que nous avons travaillé dans la thérapie.

Florence Guignard

Je serais très heureuse de lire ce que vous avez écrit, parce que c'est tellement riche qu'une intervention

ponctuelle ne peut rendre justice à votre remarquable travail. Pour l'instant, il me semble plus intéressant de continuer dans le fil associatif Je voudrais revenir sur l'aspect homosexuel dont parlait André Green, parce que j'entendais la nuque=l'anus. A l'évidence, les choses se passaient par derrière, et c'était tout à fait essentiel que vous montriez que tout ce qui était dans le corps avait pris refuge dans la tête. Je pensais, en vous écoutant, que cette hallucination pouvait aussi être entendue comme un fantasme de grossesse en relation avec la scène primitive "père-et-mère", déplacée sur "frère-et-mère". A partir du moment où il quitte le foyer, familial, votre patient buvait dix litres d'eau par jour. C'est beaucoup pour dénier un sevrage...

Quant aux gros mots, évidemment on pense tout de suite au pénis: tandis qu'il était identifié à la petite fille de la scène primitive, les mots du père qui le pénétraient alors, étaient trop gros pour lui/elle. Les maux/mots de tête, dans le double sens du terme, pourraient trouver là un éclairage. Ce sont également des mots/maux de ventre, ceux du coït et de l'accouchement, dans *le* fantasme masochiste décrit par Freud à propos du fantasme dit "féminin".

Il y a aussi le problème de la chute, de l'effondrement, quand il parle de l'oreille pour dire qu'elle est tombée. Masquée par la signification évidente de la castration, je pense que cette chute est aussi à entendre dans le sens d'être "tombé" sexuellement. Vous l'avez "relevé", et par l'oreille et par le regard, et puis, plus tard, en le tenant par la main. C'est comme si vous l'aviez aussi réhabilité par rapport à sa sexualité complètement morcelée/morcelante, vécue sur un mode psychotique. Pour terminer, je voudrais revenir sur cette histoire de

protection et de peau. Il y a chez lui des processus qui sont des processus d'effondrement qui s'apparentent davantage à du "démantèlement", tel que Meltzer l'a décrit chez les autistes: vous le disiez, il s'effondre "comme un pantin". Winnicott parlerait probablement ici de "faux-self particulièrement pathologique, que l'on peut voir, dans cette problématique, terriblement érotisé, infiltré de l'érection pénienne paternelle. Cela me donne à penser que ce qui le "tient ensemble" n'est probablement pas une protection efficace, un pare-excitation maternel souple, mais quelque chose d'autre, bien davantage de l'ordre de la carapace, ce que Bion appelle un "exo-squelette". Les dangers de briser une telle carapace défensive sont considérables: les tissus mous sont souvent lésés de façon irréparable par l'intervention - qu'elle soit chirurgicale ou psychanalytique - et ces lésions viennent s'ajouter, souvent inutilement, à la souffrance psychotique térébrante.

César Botella

J'essaierai de rapprocher la théorie analytique du problème des hallucinations et en particulier des hallucinations psychotiques. Il est vrai que nous, analystes, voyons peu de psychotiques. Cependant, nous avons un outil précieux: la notion freudienne de l'abolition au-dedans des représentations qui ensuite reviennent de l'extérieur; puis Lacan qui, prolongeant Freud, apporte avec sa notion forclusion l'explication de l'hallucination psychotique. Cela nous suffirait-il? Je pense qu'on ne peut comprendre l'hallucination psychotique qu'encadrée dans une dynamique d'ordre général: représentation, perception, hallucination. Et c'est à l'intrication de ces trois éléments psychiques qu'on peut, je crois, saisir l'importance de l'hallucination psychotique.

Je vais vous parler de deux choses: la notion de régression, et quelque chose de plus personnel à Sara et à moi: la notion "d'hallucinoire". Je dis bien "hallucinoire" et non hallucination. Pour vous donner l'essentiel d'emblée, disons que toute hallucination doit être considérée comme un processus régrédient de la psyché. Elle devient psychotique quand cette régrédience dépasse un certain degré, une certaine borne. La forclusion se présente quand cette régression va jusqu'aux investissements de la représentation de chose inconsciente de l'objet. Celle-ci est "négativée", abolie, dit Freud. Il y a un autre moment où la régression dépasse les limites, disons normales, Sara vient de le signaler, c'est quand les investissements sexuels infantiles d'ordre représentationnel ne suffisent pas pour contenir un quantitatif. Dans le cas présenté, ce quantitatif c'est l'homosexualité du patient - André Green l'a signalé d'entrée - qui s'éveille dans le cadre de l'armée. Il est vrai que le patient commence à récupérer à partir du moment où un investissement homosexuel représentationnel peut advenir: la sodomisation dans le cadre transférentiel.

Grosso modo, dans l'hallucinoire, selon notre conception, on peut distinguer l'hallucination du rêve, et les hallucinations psychotiques, en passant par l'hallucination hystérique et les hallucinations que Freud appelait celles "des gens normaux", des équivalents des moments d'inquiétante étrangeté. J'y reviendrai. Pourquoi introduire la notion d'hallucinoire? Je crois que c'est capital dans le sens où elle signale ce passage de la première à la deuxième topique sur lequel André a tellement insisté ce matin. La première topique est une organisation conçue essentiellement à

l'intérieur de la psyché, presque autarcique. L'extérieur compte peu. Elle est d'ordre éminemment représentationnel, un système défini par les représentations préconscientes et par les représentations inconscientes. Même l'inconscient est formé par des représentations. Ensuite, Freud ajoutera en 1923 une autre topique qui effectue une double ouverture théorique: d'un côté, le psychisme sera conçu en lien avec l'extérieur, et d'un autre côté, l'Inconscient va être remplacé par le Ça, une configuration qui n'est plus constituée par des représentations, mais par des motions pulsionnelles. Ces motions pulsionnelles, à la différence du représentationnel de l'Inconscient, cherchent des satisfactions par la voie la plus immédiate. Pour être bref, je résumerai en disant que cette voie la plus immédiate, je crois, c'est l'hallucinoire. Il faut concevoir que dans le psychisme primitif, l'objectif principal, c'est la satisfaction hallucinoire du désir. Notre idée centrale est de concevoir que le Ça cherche d'une façon spontanée la voie hallucinoire pour accomplir le désir. De là vient le renouveau de la conception du rêve à partir de la deuxième topique. Le rêve n'est pas une réalisation de désir, il est une *tentative* de réalisation du désir. Et ceci est capital, parce que, à ce moment-là, le rêve n'est pas défini par l'accomplissement, mais par le mouvement, par le travail du rêve, par le *processuel* qui est en jeu. L'importance du passage à la deuxième topique, c'est la notion d'un processuel qui s'oppose et complémente en même temps le représentationnel. Toute théorie analytique moderne doit tenir compte de ces deux aspects: hallucinoire et représentationnel. Comment définir notre hallucinoire? Une potentialité normale et permanente, une tendance normale dans

tout psychisme, qui vise "l'indistinction" représentation-perception. C'est une capacité régressive du fonctionnement psychique se rapprochant de la forme primitive de l'appareil toujours agissante. C'est seulement une inhibition de cette tendance hallucinoire spontanée qui va permettre l'instauration des systèmes de représentation. Comme le dit Freud, la pensée c'est un détour dans l'accomplissement du désir. Venons maintenant à la notion de régression, une régression de la pensée qui va être constituante de tout l'hallucinoire. Parlons d'abord du *rêve-hallucination*. Le phénomène décrit par Silberer dans l'exemple que reprend Freud se produit au moment de s'endormir: on s'endort avec une idée concernant, par exemple, un passage d'un philosophe. On pense: c'est un passage "raboteux". Cette idée se transforme en hallucination, on se voit en train de raboter un morceau de bois. D'autres phénomènes de ce type peuvent se développer au moment de l'endormissement par rapport aux voix, surtout pendant la période de la cure analytique. A la lisière du sommeil, on peut entendre des voix, s'entendre appeler par le père ou par la mère comme pendant l'enfance.

Parlons ensuite des hallucinations hystériques, que l'on doit accepter comme de véritables hallucinations, à ceci près que l'hystérique sait que c'est une hallucination. On connaît les hallucinations de ce type chez Freud pendant son séjour à Paris où, en des moments particuliers, il entendait la voix de sa fiancée l'appeler. Puis encore une autre chose qui touche de beaucoup plus près l'analyste. Dans *Construction en analyse*, en 1937, Freud dit que certains souvenirs ne peuvent pas venir à la conscience, ni par l'interprétation, ni par la

voie *des* représentations. Cette mémoire qui n'a pas pu être organisée en représentations et en souvenirs représentés va revenir sous une forme hallucinée, souvent dans un rêve, ou sous une forme quasi-hallucina-toire pendant les séances.

Je conclus avec une idée très simple: ce qui définit la psychose, ce n'est jamais l'hallucination. L'hallucination n'est ni psychotique, ni hystérique. Ce qui définit les différences qualitatives, c'est la structure psychique qui sous-tend l'hallucination.

Guy Gimenez

Merci pour ces rappels. Ils reposent principalement la question essentielle concernant l'articulation entre représentation et hallucination. La question clinique peut se formuler ainsi: va-t-on pouvoir articuler deux appareils psychiques, celui du clinicien et celui du patient qui fonctionnent avec, l'un apparemment essentiellement le primat des représentations de mot, l'autre, le patient, essentiellement, le primat des repré-sentations de chose? C'est-à-dire, les processus secon-daires pour le clinicien, les processus primaires pour le patient.

Sara Botella

Sauf dans le petit moment miraculeux où vous avez dit au patient qu'il vous *entend* chuchoter.

André Green

Mais, ce n'est pas vrai que le thérapeute fonctionne avec la prééminence des représentations de mot! Ce qui compte, c'est la circulation, c'est de référer tout ça à une conception générale de la représentation qui va inclure les représentations de la réalité. C'est-à-dire que ça peut circuler autant qu'on veut quand les repré-sentants de réalité sont là. A ce moment-là, le sujet

dira: "c'est bien intéressant tout ce que j'ai dit là mais c'est bien intéressant en tant que je m'en distingue, et que je les examine dans le recul". Le phénomène de la croyance n'y est pas présent de la même façon. C'est effectivement ce que dit César lorsqu'il parle du délire. Mais la chose extraordinaire, c'est la faculté hallucina-toire. Cela veut dire quoi? Là, on n'a pas besoin de parler de l'hallucination. Il suffit de penser au rêve. L'être humain a la faculté de pouvoir fabriquer entière-ment un monde dans un état où il est dépourvu de conscience. Le sommeil est un monde en lequel il croit d'une façon encore plus absolue que dans le monde de la perception mais il a aussi le pouvoir de se réveiller, d'y penser, d'associer, etc.

théorisation. Mais à quoi servirait d'analyser la répétition est-ce le langage de l'analyste prouvé, à l'inconscient de l'analysant, qu'on est dans la répétition?

Le style, *c'est* l'objet du rêve.

Bibliographie

- ABRAHAM, K. (1913-1925) *Trail*. IV. I. Barande et E. Crin. 1966. *Oeuvres Complètes. 2. Développement de la libido, formation du caractère. Etudes cliniques*. Paris: Payot.
- ABRAHAM, N. TOROK, M. (1978). *L'écorce et le noyau*, Paris: Aubier-Flammarion.
- AFTONOMOVA, N. (1991). Lacan avec Kant: l'idée du symbolisme. *In Lacan avec les philosophes*. Paris: Albin-Michel.
- ALVAREZ DE TOLEDO, L. G. (1954). El análisis de l'"associar" del "interpretar". cf. de "las palabras". *Revista de Psicoanálisis. 11*. 267-313.
- ANZIEU, D. (1974). Le moi-peau. *Nouvelle Revue de Psychanalyse. 9*, 195-208.
- ANZIEU, D. (1975). Le transfert paradoxal. *Nouvelle Revue de Psychanalyse. n°12*, 49-72.
- ANZIEU, D. (1976). L'enveloppe sonore du Soi. *Nouvelle Revue de Psychanalyse. n°13*. 161-179.
- ANZIEU, D. (1985). *Le moi-peau*. Paris: Dunod.
- ANZIEU, D. (1987). Les signifiants formels et le Moi-peau, *In*: D. Anzieu, D. Houzel, A. Missenard, M. Enriquez, A. Anzieu, J. Guillaumin, J. Doron, E. Lecourt, T. Nathan, *Les enveloppes psychiques*. Paris: Dunod. 1-22.
- ANZIEU, D. (1989). *Psychanalyse et langage. Du corps à la parole*. Paris: Dunod.
- ARRIVÉ, M. (1994). *Langage et psychanalyse, linguistique et inconscient: Freud. Saussure. Pichon. Lacan*. Paris: Presses Universitaires de France.
- ARTAUD, A. (1994). Le théâtre et son double. *Oeuvres Complètes*. Paris: Gallimard.
- ATHANASSIOU, C. (1982). La construction et l'évolution des premières identifications. *Revue Française de psychanalyse. 46*. 1187-1209.
- ATLAN, H. (1983). L'émergence du nouveau et du sens. *In L'Auto-organisation*. Paris: Seuil.
- AULAGNIER, P. (1964). Remarques sur la structure psychotique. *La Psychanalyse, 8*. 47-67.
- AULAGNIER, P. (1979). *Les destins du plaisir*. Paris: Presses Universitaires de France. Cf. aussi Castoriadis-Aulagnier.
- AUSTIN, J.L (1962). Trad. fr. 1970. *Quand dire, c'est faire*. Paris: Editions du Seuil.
- BALLY, Ch. (1921). *Traité de stylistique française*. Paris: Klincksieck.
- BALLY, Ch. (1932). *Linguistique générale et linguistique française*. Berne: Francke Verlag.
- BALLY, Ch. (1965). *Le langage et la vie*. Genève: Droz.

' Paru dans: *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, N° 7-8. 1987, 165-169. Erès.