

Patricia Janody

Les « voix », les cris, les écrits¹

Comment travaillent les « voix », les voix de la folie ? Et comment les cliniciens s'en laissent-ils travailler ? Questions inévitables, et pourtant quotidiennement évitées dans le champ contemporain de la psychiatrie. Il faut donc bien qu'elles se posent ailleurs. Aussi propose-t-on un petit parcours qui en suit les attendus, depuis les débuts de la psychiatrie jusqu'aux espaces actuels où elles en viennent à se diffracter.

I- Une date symbolise les débuts de la psychiatrie : le 16 mars 1790 est promulguée la loi abolissant les lettres de cachet. Philippe Pinel est alors âgé de 45 ans. Peu favorisée sous l'Ancien Régime, sa carrière prend son essor avec la Révolution. Il s'agit avec lui de promouvoir une médecine moderne, basée sur l'observation, relevant de descriptions approfondies. Et, point décisif, d'approcher la folie comme une affection curable, non plus comme une fatalité qui corromprait intégralement l'esprit. On connaît les éléments du « traitement moral » associé à son nom : consoler le patient en adoptant un ton bienveillant, réguler son mode de vie, veiller à son hygiène, prescrire une alimentation équilibrée, de longues promenades, et un travail mécanique quotidien. Les grands principes s'énoncent ainsi : écouter, consoler, distraire le patient de l'objet exclusif de son délire ; préférer toujours la bienveillance et la douceur à la brutalité ; proscrire la violence physique, jusqu'à la dernière extrémité possible. Soit, mais comment répondait-on aux hallucinations persistantes ? Un des modes sous lequel on débattait était alors de savoir s'il convenait ou non d'aller dans le sens des « voix ». De fait, Pinel, et d'autres, montaient volontiers des « fictions curatives », incluant des tribunaux imaginaires, ou autres « historiettes », à l'usage de ceux qui avaient perdu la tête. En voici un exemple, dû à Marguerite Jubline, épouse et collaboratrice de Jean-Baptiste Pussin à Bicêtre, et rapporté par Pinel :

¹ Ce texte a été écrit suite à l'intervention du 10 février 2013 prononcée dans le cadre des matinées cliniques de l'EpSF ayant pour thème cette année *Pratiques avec les psychoses*. *NDLR*.

Trois aliénés, qui se croyaient autant de souverains et qui prenaient chacun le titre de Louis XVI, se disputent un jour les droits à la royauté, et les font valoir avec des formes un peu trop énergiques. La surveillante s'approche de l'un d'eux, et, le tirant un peu à l'écart : « Pourquoi, lui dit-elle d'un air sérieux, entrez-vous en dispute avec ces gens-là, qui sont visiblement fous? Ne sait-on pas que vous devez seul être reconnu pour Louis XVI ? » Ce dernier, flatté par cet hommage, se retire aussitôt en regardant les autres avec une hauteur dédaigneuse. Le même artifice réussit avec un second ; et c'est ainsi que dans un instant, il ne resta plus aucune trace de la dispute².

Caractéristique de ce champ nouveau est donc une manière de prendre en compte les voix, voire de pactiser avec elles. Mais que se passe-t-il quand un malade résiste au bon conseil, ou à une mise en scène astucieuse ? Point décisif que celui du positionnement clinique vis-à-vis des résistances, sans lequel il n'y a guère moyen de juger de quelque orientation thérapeutique que ce soit. Eh bien, de quelle ressource le praticien dispose-t-il dans le cas du traitement moral ? Il est requis de recourir à l'intimidation. Sans exercer une violence physique immédiate, mais en adoptant « une voix foudroyante », en employant au besoin des moyens de dissuasion, tels que dépêcher plusieurs infirmiers pour impressionner le patient. Ce que Pinel développe par exemple en ces termes : « [...] rompre à propos leur volonté [...] par un appareil imposant de terreur qui puisse les convaincre qu'ils ne sont point les maîtres de suivre leur volonté fougueuse [...] ». On voit que Pinel n'édulcore pas la dimension coercitive du traitement moral. Mais alors, comment concilier un « appareil imposant de terreur », et la revendication d'une attention bienveillante ? Ce sont là deux volets qui apparaissent opposés quant au traitement des « voix » de la folie, mais dont la bi-valence fait toute l'histoire du traitement moral, y compris jusqu'à nos jours, quels que soient les noms dont se baptisent ses avatars contemporains. Or cette conjugaison des versants contraires repose sur un certain usage lexical, en particulier sur une confusion entretenue des acceptions du terme « moral » : moral, c'est à dire mental, par opposition à physique ; moral, c'est à dire qui touche aux principes des bonnes mœurs et de la juste conduite, par opposition à immoral. Laure Murat pointe cette ambiguïté inhérente à la révolution pinélienne, soit à la relève des chaînes de la contention par le traitement

² Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Cité par Claude Quétel, *Histoire de la folie*, Paris, Tallandier, 2009.

moral³. Elle analyse le sens double qu'y prennent les mots. Ainsi quand il est fait mention de « mauvais instincts », d' « état indigne », etc. En résulte cette tension dans l'accueil fait aux voix de la folie : d'un côté, la volonté affichée d'un dialogue avec l'insensé ; d'un autre côté, la détermination à le faire taire.

Une autre façon de traiter ce type de contradiction apparaît également dans l'histoire de la psychiatrie : relativement aux types d'espaces admissibles dans un lieu psychiatrique, notamment dans le cadre de cette institution symbole qu'était Charenton. La controverse se déroule entre deux hommes⁴ : d'un côté De Coulmier, directeur, privilégié de naissance selon les règles du siècle précédent, qui instaure, avec le soutien d'un pensionnaire exceptionnel en la personne de Sade, une scène de théâtre au sein de son établissement ; de l'autre côté Royer-Collard, médecin, fonctionnaire, incarnant l'autorité morale et la vertu péremptoire. Il s'agit certes d'un conflit entre deux types d'hommes, deux types de caractères et de discours ; mais surtout, à travers eux, d'un enjeu pour la psychiatrie en devenir. L'affrontement, de fait, ne concerne pas tellement les modalités du traitement, le paternalisme déclaré de Coulmier n'étant guère incompatible avec le traitement moral dont se réclame Royer-Collard. L'enjeu se centre autour de la grande originalité de Charenton, sa scène de théâtre, cet ailleurs insoupçonné où les fous sont libres de jouer un autre rôle que celui du fou. Autrement dit, la production de « voix » n'y tombe pas en totalité sous les règles de la psychiatrie, mais une part indéterminée de leur parcours se joue en cet autre lieu. On saisit la différence : entre les « fictions curatives » montées par Pinel, qui manipulent l'aliéné au sein d'un lieu et d'un discours unifiés, et la dimension de la scène, qui réinstaure les grandes séparations entre deux registres au moins de réalité. L'issue marque l'histoire de la psychiatrie : Royer-Collard l'emporte, devient directeur en titre et fait interdire en 1813 le théâtre à Charenton.

Et aujourd'hui ? On pourrait donc espérer qu'on n'en est plus tout à fait là où en était le traitement moral, après des décennies d'ouverture à des recherches cliniques et institutionnelles fécondes. Rien n'est moins

³ Laure Murat, *L'homme qui se prenait pour Napoléon. Pour une histoire politique de la folie*, Paris, Gallimard, 2011.

⁴ *Ibidem*.

sûr, toutefois. Le discours dominant de notre temps est un discours des normes, qui se développe tout à la fois par infiltration et par extension, de la façon la plus efficace. Jargon bureaucratique qui occupe les différentes zones de la vie civile, que nous connaissons et pratiquons tous, de notre plein gré ou à notre insu. De façon générale, tout conflit est remplacé par un consensus supposé rassurant, au prix de divers glissements sémantiques et subreptions de nomination⁵. En psychiatrie, ce type de discours est officialisé par les « recommandations de consensus » de la Haute Autorité de Santé — éventuellement assorties de commentaires compassionnels envers les malades mentaux. Le corollaire ne se fait pas attendre. Qu'est-il répondu à la question clef, quand les voix insistent, quand les symptômes résistent à la « bonne » recommandation ? Coercition, évidemment. Cet état de fait est quotidien, humainement scandaleux mais en quelque sorte oblitéré, le retour de mesures d'enfermement apparaissant inévitables dès lors qu'un discours unilatéral prétend subsumer la valeur des voix. Pas de place pour une « autre scène » où le fou se fasse entendre...

II- Ce discours, cependant, ne va pas sans faire lui-même intervenir une voix, du genre « grosse voix », une voix qui hurle derrière le discours euphémisé de la norme — mais qui ne s'entend pas elle-même comme voix. Pointons le paradoxe : une voix qui vise à faire taire des voix, les « voix » plurielles de la folie. Or ce paradoxe se retrouve, à un certain degré, dans tout phénomène de voix. Il est globalement admis, depuis Freud, que les hallucinations valent pour un processus de réparation, soit qu'elles indiquent le lieu d'une coupure qui n'a pu trouver à s'inscrire dans l'histoire du sujet. On reconnaît généralement que cette tentative de guérison concerne le contenu, le texte délirant, mais on oublie parfois qu'elle implique tout autant son matériau, sa consistance de « voix ». Autrement dit, l'hallucination vient comme une proposition de bord — en même temps que sa production tend à colmater, à rejeter l'effet de cette coupure. Telle est sa logique paradoxale. D'où un processus infini, un vertige où l'hallucination ne cesse de reconduire l'hallucination.

Où se placer, alors, en tant que clinicien, d'où intervenir quand le discours psychiatrique prévalent règle d'avance le destin des manifestations symptomatiques ? Il est possible, à tout le moins, de se laisser mener par

⁵ Patricia Janody, « Est-ce bien normal d'être normal ? », revue *Essaim* n° 31, à paraître en automne 2013.

les voix, de suivre leur mouvement paradoxal. C'est certainement une des lignes de force de Lacan, que de s'être laissé enseigner par son expérience clinique à cet égard. On sait comment il a revisité les débats nourris des psychiatres, notamment à propos de leur dénomination la plus adéquate en fonction du phénomène qu'elles recouvrent. Ainsi des « hallucinations psychiques » (Baillarger), des « hallucinations psychomotrices verbales » (Seglas), des « hallucinations psychiques verbales » (Ey), de « l'automatisme mental » (Clérambault). Il en ressort que le phénomène-voix n'est pas d'abord sensoriel, mais que, à travers la diversité des formes qu'il peut prendre, son surgissement s'organise autour d'un point muet. Cela est cliniquement patent. La source de la voix est attribuée, de manière variable, à l'« extérieur », « dans la tête » « dans les organes » — ou bien non attribuée. On sait que certains sujets articulent, à voix très basse, les énoncés par lesquels ils se déclarent persécutés. La sonorisation est variable également : mise au premier plan, ou, au contraire, plus ou moins disparaissante sous les termes énoncés. Certains sujets hallucinés décrivent même une voix aphone. De ce parcours, repris dans la perspective psychanalytique de la pulsion, deux dimensions variables se dégagent : la source et la sonorisation. Un élément demeure en revanche invariable : la conviction de ne pas être l'auteur du discours entendu. Autrement dit, c'est sur ce joint que l'hallucination est à situer. La question de la source, comme la question de la sonorisation, ne peuvent être posées que secondairement à ce phénomène d'intrusion, qui impose l'hallucination comme telle. Là où il n'y avait rien — pas de structure de bord préalable qui aurait fait source — l'hallucination intervient sur le mode inéluctable de l'intrusion verbale de l'Autre en moi. Cette lancée revient à ouvrir une distinction de lieux psychiques, d'où les questions de la source et de la plus ou moins grande sonorisation objectale peuvent découler, déclinées variablement selon les sujets. Ainsi Lacan intégrera-t-il le phénomène hallucinatoire dans le parcours pulsionnel de l'objet voix, caractérisé par les scansionnements de sa production (non d'abord sensorielle).

De quelle façon le clinicien intervient-il dans un tel parcours ? Une implication dans la logique pulsionnelle vaut sans doute pour toute cure, mais elle requiert plus crucialement l'acte du clinicien en cas de psychose — quand le jeu des chaînages signifiants ne donne pas déjà les articulations où une interprétation viendrait faire trou. S'il ne se dérobe pas aux phénomènes produits dans les cures avec des sujets psychotiques, il résulte que le clinicien est très concrètement amené à s'inclure dans le circuit

pulsionnel de l'objet voix. Un moment déterminant correspond au troisième temps de ce circuit, sous l'espèce d'un « se faire entendre ».

En se faisant le lieu d'une adresse, d'un « se faire entendre » encore, l'analyste rend possible que le fou s'entende dire ce qu'il entend d'une autre place⁶.

Erik Porge souligne deux aspects au moins de cet acte : la fonction de la hâte, et celle du silence, comme élément neutre activant les connexions temporelles. Ajoutons-y une modulation, suggérée par des patients psychotiques, entre silence taiseux et silence parlant. Tel silence taiseux déchaînera en effet des hallucinations sur un mode persécutant, tandis que parler fera taire, ponctuellement, l'intrusion hallucinatoire. L'acte clinique fait considérer que, pas plus que la voix n'est par soi sonore, le silence n'est par soi a-sonore. Il relève, plutôt, d'une opération de segmentation. Il se place ainsi du côté de l'écriture, comme un temps second par rapport à la production des voix qui oriente déjà une fonction séparatrice.

Évoquons R. H., un jeune homme schizophrène, très dissocié, et très souffrant, indissolublement dans son corps et dans son rapport à la langue. Durant deux années se fait avec lui un travail de tissage indéfinissable, sans que ne se dégage aucune localisation de l'adresse, en dehors de prises hallucinatoires à tonalité persécutive. Le clinicien a bien du mal à se remémorer cette longue succession de séances, sans doute parce que de se laisser impliquer dans de telles séquences de dissociation se fait au risque de quelques repères de mémoire... Toujours est-il que R. H. va passer d'une perplexité généralisée à des propos articulés. Il aborde ainsi les effets sur lui de la parole, le risque que cela représente d'entendre et de prononcer des mots : « Avant, quand ils me balançaient des mots dans la gueule [...] les mots ne sont plus devant moi comme des coups de poing, ils sont à l'intérieur de moi comme une petite musique [...] ».

Puis, dans une volonté de poursuivre ce mouvement de bordage, il passe à une période d'écriture — écriture musicale en l'occurrence. La chose est d'abord située dans l'indistinction : s'agit-il d'une musique qui s'impose à lui, ou d'une musique qu'il produit ? Intrusion ou création ? Du moins jusqu'à ce qu'il se mette à écrire la musique. Il réactive pour ce faire d'anciennes connaissances en solfège, qu'il complète de notations plus personnelles. Son procédé d'écriture lui vient comme une suite logique de

⁶ Erik Porge, *La voix de l'écho*, Paris, La Fabrique, 2012.

ses expériences hallucinatoires : il s'agit pour lui d'en déduire des traits capables de scander les sonorisations parasites. L'écriture interrompt le continu du vertige hallucinatoire, et l'approprie en composition musicale. La musique entendue devient alors la musique que le sujet compose.

III- La potentialité d'élaboration de l'hallucination en écriture est connue depuis au moins aussi longtemps que la psychiatrie existe. Dans les interstices des lieux psychiatriques se sont construites, outre nombre de productions perdues, de grandes œuvres désormais estampillées, dues à des auteurs qui ont eu le patient génie de les développer au fil de leurs années d'internement. Aloïse, Adolf Wölfli, Alexandre Lobanov... et tant d'autres. Travaux écrits et dessinés, où la force et la noblesse du trait ré-invente chaque fois un départage fondamental des espaces. Cela a donc eu lieu au sein des lieux psychiatriques. C'est dire que le discours qui s'y tenait, malgré toutes les contraintes effectivement véhiculées, n'épuisait pas l'espace disponible. Il y avait moyen d'y trouver un reste, un recoin investi par l'œuvre en cours, souvent via la rencontre de quelque membre du personnel. Or ce relatif désordre ne se laisse plus guère envisager dans le discours actuel : pas de reste ! Allez garder sous votre lit une valise pleine de documents non homologués par les normes d'hygiène ! De toutes les façons, la supposée valise n'y resterait pas longtemps, des externements arbitraires n'étant pas prononcés moins abruptement, de nos jours, que ne l'étaient les internements. On argumentera qu'est en revanche promue l'art-thérapie ; mais quel que soit l'engagement individuel des art-thérapeutes, le fait est qu'ils sont embauchés au service d'un certain discours, qui promet une amélioration, de préférence mesurable, des « performances expressives » des patients — bref, un discours qui se réattribue tout aussitôt les marges concédées. Pas de bord, en ce cas, vers quelque autre espace imprévisible.

Résumons les effets du discours des normes en vigueur : alignement féroce et causalité unilinéaire, excluant une matérialité aussi excentrique que celle des « voix ». On veut bien y entendre les cris — en aucun cas l'écrit. C'est à dire qu'on veut bien y entendre les cris, en tant qu'ils relèveraient d'un soulagement à procurer, voire, pour ceux qui résistent aux méthodes promues, de coercition afin de les faire taire — surtout pas y entendre la potentialité d'écrits qui mordraient sur le déploiement de ce type de discours. La question pour autant n'est pas close. Car si ce discours ne tolère pas de reste à investir, le réel des « voix »

insiste. À cet égard témoignent l'expérience du patient et celle du clinicien. Expériences qui diffèrent, nécessairement, dans le rapport subjectif aux « voix », mais qui se croisent dans la mise en jeu des circuits que celles-ci recèlent. Travailler avec les « voix », implique, d'une façon ou d'une autre, de prolonger leur pas. Art du trait développé par le sujet en proie aux hallucinations, ou acte clinique de scansion : non homogènes, certes, mais situés du même côté de l'écrit. Si donc cette dimension apparaît désormais barrée en psychiatrie, elle trouve à se diffracter en d'autres lieux. On observe effectivement, ces dernières années, une floraison de recherches et d'explorations, en des lieux qui s'inventent à mesure. Utopies, au sens propre du terme, qui forcent la réalité de manière variable, et ne vont pas sans effets en retour, sinon sur le discours immarcescible qui prévaut en psychiatrie, sur ce qu'y entendent ceux qui ont affaire aux « voix », à quelque titre que ce soit.

Concluons sous le signe d'Unica Zürn⁷. À maintes reprises, elle décrit cet enchaînement : comment un fragment lu ou remémoré, appelé dans son écrit, vient succéder à une hallucination. Ainsi elle « sent/voit/entend » une petite machine à coudre — puis retrouve cette phrase lue autrefois : « quelqu'un coud, est-ce toi ? » — puis insère ce fragment dans son texte, où il joue un rôle nodal. Glosons : l'hallucination vient border la question qui traverse ses différents travaux, la question d'un quelqu'un, de l'attente d'un quelqu'un — capable de se renverser instantanément en personne (*jemand /niemand*). Ainsi ce dépliement, dont elle donne l'exemple si précisément, offre-t-il une sorte de chemin à travers son œuvre magnifique. Elle ne cesse d'y élaborer son passage, poétique, de l'hallucination à l'écrit et au dessin. Du bord de l'hallucination au tracé créateur, elle réalise cette couture imprévisible... unique... Unica.

⁷ Unica Zürn, *L'homme Jasmin*, 1970, Paris, Gallimard, 1971 pour la traduction française.