



HAL
open science

Enseignements de l'approche organo-dynamique de l'acouphène

Nicolas Dauman

► **To cite this version:**

Nicolas Dauman. Enseignements de l'approche organo-dynamique de l'acouphène. *L'Évolution Psychiatrique*, 2014, 79 (3), pp.557-566. 10.1016/j.evopsy.2013.07.006 . hal-03952562

HAL Id: hal-03952562

<https://hal.science/hal-03952562>

Submitted on 3 Apr 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Enseignements de l'approche organo-dynamique de l'acouphène

Nicolas Dauman

Version acceptée de l'article paru dans *L'évolution psychiatrique* 79 (2014) 557–566

DOI : [10.1016/j.evopsy.2013.07.006](https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.07.006)

Résumé

Objectifs. Nous proposons dans ce travail une analyse critique de l'épistémologie du *Traité des Hallucinations* de Henri Ey, à partir d'une lecture centrée sur la catégorie des éidolies hallucinosiques, relevant d'une pathologie fonctionnelle, par opposition aux hallucinations délirantes. Cette analyse porte spécialement sur la phénoménologie des acouphènes, que les neurosciences contemporaines désignent du terme de perception auditive fantôme.

Méthode. L'œuvre psychiatrique de Henri Ey (principalement *le Traité des Hallucinations* [2006], les *Études psychiatriques* [2006] et *Neurologie et Psychiatrie* [1998]), constitue le corpus de cette analyse de la théorie organo-dynamique de l'hallucination. Ce travail rapproche la mise en garde de l'auteur sur l'illustration de l'expérience individuelle et la structuration du *Traité* selon deux modalités distinctes d'hallucination.

Résultats. En parachevant sa pathogénie jusqu'« au plus élémentaire » des phénomènes hallucinatoires – dont l'acouphène est l'illustration même – la structure du *Traité* conduit Henri Ey à un paradoxe quant au caractère anémique de toute hallucination. Souscrivant ici à un schématisme refusé pour l'hallucination délirante, il réifie cette fausse perception dans la matérialité du déficit sensoriel qui la circonscrit. La remarque vaut pour le modèle contemporain de la perception auditive fantôme, qui procède également à une topologie implicite de l'indication subjective, dont la relativité formelle appartient à la seule perception.

Discussion. Ce paradoxe ouvre une perspective nouvelle sur la souffrance des sujets présentant un acouphène : celle d'une approche du discours subjectif émancipée de sa simple convergence avec un déficit d'appareil. Au-delà d'une réification de l'indication subjective, l'étude de l'énonciation singulière de la souffrance personnelle se présente ainsi à l'horizon de l'épistémologie organo-dynamique.

Conclusions. À notre époque où l'imagerie cérébrale semble annuler l'expérience intersubjective, par la représentation visuelle d'une indication insaisissable, Henri Ey nous permet de penser une exigence d'une étonnante modernité : une écoute psychothérapeutique n'est possible qu'à la condition d'être iconoclaste. S'il veut instaurer un dialogue avec le sujet qui souffre d'acouphène, le clinicien doit congédier de sa pensée les images qu'il s'en fait.

Mots clés : Acouphène ; Perception sensorielle ; Perception auditive fantôme ; Hallucination ; Psychiatrie ; Neurophysiologie ; Psychologie ; Étude théorique.

Abstract

Objective. In this article, we make a critical analysis of the *Traité des Hallucinations* by the French psychiatrist Henri Ey (1900–1977) and his organo-dynamic theory, that is focused on the functional pathology in contrast to the delirious hallucination. The analysis is dedicated in particular to the phenomenology of tinnitus (i.e. ringing in the ear[s]) that is currently labelled a “phantom auditory perception” by contemporary neurosciences.

Method. The analysis was conducted from a thorough reading of the psychiatric work of Henri Ey, mainly his important “*Traité des Hallucinations*” (2006), “*Études psychiatriques*” (2006) and “*Neurologie et Psychiatrie*” (1998). Following his warning regarding a pathological reality (hallucination) that cannot be seized “by draft and outlines”, in this report we address the understanding of the patient’s discourse beyond its convergence with the experimental facts.

Results. Because he wanted to include in the pathogeny of his treatise the “most elementary one” – e.g. tinnitus in the auditory sense – Henri Ey felt in the conception he did not support himself, that is to compare hallucination to a “kind of” perception. Having distinguished the delirious from the functional hallucinations (that correlate with sensory deprivation), he could not avoid reifying them within the sensory deficit, leading again to the concept of perception. This remark can be applied to the contemporary neurophysiological model of the “phantom auditory perception”, which also casts the patient’s discourse on a frame with its relativity and proportions that belong to the field of perception (“elementary” vs. “complex” phenomena).

Discussion. The paradox of drafting functional hallucination as an elementary perception supports a new perspective on suffering from tinnitus, that is not restricted to an understanding of the convergence between the subjective discourse and a sensory deficit. Beyond a reification of the subjective indication arising inside the body (i.e. tinnitus), the study of the individual enunciation of the suffering appears on the horizon of the organo-dynamic theory. A psychodynamic approach of this new issue on tinnitus has been supported by the author and a colleague.

Conclusions. Whilst today the magnetic resonance imaging seems to nullify the intersubjective reality, by showing visual correlates of this intangible phenomenon, Henri Ey allows us to recognize a surprisingly modern requirement: a psychotherapeutic listening to tinnitus patients has to be iconoclastic. If the aim is to set-up an individual dialogue with the tinnitus sufferer, the clinician must remove in his mind the images he created about it.

Keywords: Tinnitus; Perception; Phantom auditory perception; Hallucination; Psychiatry; Neurophysiology; Psychology; Theoretical study

Introduction

Une ligne partage avec assurance le champ des phénomènes que recouvre le *Traité des Hallucinations* [1] et lui donne, selon l'expression de son auteur, sa division naturelle : celle de la conviction délirante par laquelle le sujet est aliéné à l'hallucination. Ce trait clinique, comme le souligne Henri Ey, n'est pas systématiquement attaché au *genre* des hallucinations, et constitue un critère différentiel majeur dans l'appréciation du trouble de la subjectivité. Il convient ainsi de distinguer, dans une clinique organo-dynamique, deux *types* de phénomènes hallucinatoires : d'une part les hallucinations délirantes, caractéristiques des psychoses, et de l'autre les *éidolies* (ou éidolies hallucinosiques) circonscrites à un déficit fonctionnel sous-jacent, et à l'endroit desquelles le sujet n'entretient pas de délire. Ces « fausses perceptions » (images, sons, odeurs, sensations, appelées « hallucinoses » par les auteurs classiques [2,3]) font l'objet de *réaction critique* de la part du sujet qui en souffre. Il les rapporte de lui-même à un dysfonctionnement de ses organes sensoriels, intuition que confirme d'ailleurs un examen spécialisé [4,5]. La structure paradoxale des éidolies, selon laquelle un sujet pourrait souffrir d'hallucination sans en être dupe, est une des clés de voûte de la théorie organo-dynamique du phénomène hallucinatoire. Nous lui consacrerons la première partie de ce travail, en précisant

le drame existentiel que peut constituer *l'acouphène*, dont les conséquences sur la condition subjective sont mésestimées par sa comparaison à un « son intérieur », un « signal » ou une « perception de son(s) » [6]. Ces analogies ne peuvent apporter un éclairage à cette condition *chronique*. Elles sont du reste contestables d'un point de vue expérimental [7]. L'approche organo-dynamique offre une saisie précise de l'incidence de l'acouphène sur la subjectivité, en soulignant sa discordance foncière avec l'expérience quotidienne. Cependant, selon nous, l'enseignement majeur de Henri Ey sur cette question se trouve ailleurs. Car le projet d'une synthèse des deux modalités fondamentales du phénomène hallucinatoire conduit le *Traité* à une contradiction avec ses propres principes. En dépit d'une mise en garde dans son avant-propos, l'œuvre est insensiblement infléchie vers la sensorialité qu'elle ne cesse de dénoncer. Cette aporie ouvre une perspective inédite à la souffrance des sujets présentant un acouphène : celle d'une *réflexion nécessaire sur l'écoute du discours subjectif*, au-delà de sa convergence avec un savoir sur le déficit qui le conditionne comme hallucination « instrumentale » ou éidolie. De cette émancipation dépend notamment la portée d'une *psychothérapie* auprès de ces sujets en souffrance chronique, qui apparaissait à Henri Ey irréductiblement limitée par l'altération des appareils perceptifs.

I. Structure du symptôme éidolique

I.1 Position du problème

La littérature scientifique contemporaine ne souscrit pas au terme d'*hallucination* pour l'acouphène. Un souci prédomine, sans doute, dans la réticence des auteurs à l'égard de ce terme : celui de ne pas démentir la souffrance individuelle en l'intégrant dans un tableau clinique dans lequel le *délire* rendrait caduque toute référence au jugement subjectif. Celui-ci n'étant pas altéré dans le contact social de la consultation médicale, le terme d'*hallucination* est ainsi récusé au profit de ceux de « perceptive auditive fantôme » [8] et de « perception de son(s) » [9], qui définissent le symptôme sur le modèle de la perception auditive [10]. Il n'échappe à aucun auteur, cependant, que la perception dont souffre le sujet a un contexte d'observation avec lequel elle *contraste* singulièrement, et qui implique d'ajouter aux termes de « perception de son(s) » la formule « en l'absence de stimulation extérieure » [11,12]. L'incongruence qui est ici soulignée intègre – sans le dire – la perception du praticien et de l'entourage du patient, pour lesquels cette indication demeure insaisissable, et ne peut les renvoyer qu'à une *absence de la perception ainsi rapportée*.

Quittant le champ de la clinique, dans lequel l'observateur est impliqué en personne dans ce qui se présente à son jugement, la littérature scientifique négocie ce paradoxe en *ajoutant* à l'observation immédiate une construction étiologique, supposée résoudre l'étonnante rupture d'expériences sensorielles. La définition de Jastreboff & Hazell (2004) illustre ce recours à la construction d'un modèle : l'acouphène est présenté comme « la perception d'un son résultant exclusivement d'une activité dans le système nerveux, en l'absence de toute autre activité correspondante d'origine mécanique ou vibratoire dans la cochlée, et qui n'est liée à aucune stimulation externe d'aucune sorte. » ([8], p.3). Le terme de « perception de son(s) » est à cette condition : l'observateur élude toute référence à sa propre perception, isolant l'indication qui lui est faite du contexte discursif dans lequel il la reçoit. Car ce que le patient *lui rapporte* de son expérience sensorielle n'est, d'aucune façon, une perception pour le praticien *lui-même* [13]. Or en intégrant l'acouphène dans le champ hallucinatoire, Henri Ey prend acte de cette rupture d'expérience et lui redonne sa portée symptomatologique, irréductible à la perception auditive normale [14].

1.2 Le fait primordial du « corps psychique »

Le rapport de la perception normale à l'hallucination repose sur un « fait primordial » [15] qui donne sa orientation à l'édifice organo-dynamique, comme à la condition humaine : l'alternance de la veille et du sommeil. Inscrite dans son organisation neurovégétative, cette alternance révèle durant le sommeil un *dynamisme imaginaire intrinsèque*, contenu dans les limites du cycle biologique. Sans la référence à ce dynamisme intrinsèque, aucun mécanisme ne pourrait saisir la signification de l'hallucination pour une subjectivité vivante, demeurant incapable de la situer dans la perspective de l'expérience vécue¹. Or cette expérience se trouve modifiée *dans sa totalité* par le sommeil : la conscience onirique n'est pas une conscience perceptive « en l'absence de stimulation extérieure ». En déstructurant les coordonnées spatio-temporelles de la perception, le processus hypnique [17] plonge la conscience dans un tout autre rapport à l'imaginaire.

Henri Ey distingue ainsi quatre traits propres à la conscience hallucinée ([1], p.1200), que nous rapporterons à l'expérience onirique [15]. 1° *l'extranéité* : le rêve a pour le dormeur un caractère imprescriptible. Son enchaînement le presse sans recours réflexif, ni possibilité de suspendre son développement. L'expérience onirique est marquée du sceau de la fatalité,

¹ « L'hallucination est absolument impossible dans un système physique » souligne Henri Ey ([1], p.55).

témoignant « d'un imaginaire dont on ne peut absolument plus sortir et sur lequel il est impossible de prendre le moindre point de vue extérieur » ([18], p.319). 2° *l'incoercibilité* : le dormeur adhère aux images sans distance critique. Sa conscience est « enchantée » (Sartre) et « coalescente » (Ey) aux phénomènes qui se déploient devant elle. 3° *l'assertivité* : le rêve suscite une croyance absolue de la part du dormeur. Il est impliqué contre son grès dans ce drame personnel dont il ne peut récuser le vécu. 4° *l'esthésie sensorielle* : la vivacité du rêve est pourtant paradoxale, car elle ne peut s'insérer dans une mondanité. En réalité, le rêveur ne perçoit pas ces images, comme on le dirait des choses vraies, car elles sont l'objet d'une *quasi-observation* (Sartre) : le dormeur n'apprend rien de ce qui le fascine ; la perception d'un objet par la conscience vigile, au contraire, apporte toujours une série infinie de détails à son observateur ([18], pp.81 et 327). Demeurant incapable de sortir de ce rapport qui la détermine face « au foyer de l'imaginaire » [15], la conscience est captive d'un déroulement dont elle ne peut se soustraire. L'hallucination du rêve implique ainsi une *structure anémique* vis-à-vis de la perception ([1], p.1177), en rupture avec l'expérience quotidienne.

1.3 Architectonie organo-dynamique

Il ressort de cette brève analyse de la conscience hallucinée que l'existence humaine n'est possible en tant que projet individuel qu'à la condition d'une lutte contre la captation de l'imaginaire. Toute pathologie qui porte atteinte à cette préservation individuelle entraîne une *aliénation* de la liberté au péril de l'hallucination. La clinique psychiatrique et neurologique [4] imposent ici de distinguer deux plans d'intégrité susceptibles d'une *déstructuration propre* : les centres supérieurs (où s'organisent la personnalité et le projet individuel) et les centres inférieurs (les instruments perceptifs, moyens de réalisation de ce projet) ([19], p.259). Suivant la terminologie du modèle jacksonien, Henri Ey voit dans ces deux plans distincts les *conditions négatives spécifiques* de la pathologie hallucinatoire, qui « libèrent » une anomie imaginaire normalement contenue dans la réversibilité du sommeil et de la veille [16,17]. L'organo-dynamisme reconnaît ainsi à la perception normale une fonction anti-hallucinatoire ([1], p.1159), hypothèse qui trouve une contre-épreuve dans les études expérimentales de *privation sensorielle* induisant des phénomènes hallucinatoires, par une indétermination temporaire de la perception [1,20,21]. L'observation est connue des ORL depuis l'étude de Heller & Bergman (1953) [22]. Ce conditionnement expérimental est pérennisé par le *déficit sensoriel* : « l'image hallucinatoire n'est pas l'effet d'une stimulation des organes des sens, souligne Henri Ey, mais de leur inactivité, de leur silence ou de leur crépuscule, sinon de leur nuit. » ([1], p.700).

La condition négative instrumentale de l'« éidolie » marque sa manifestation d'un caractère fondamentalement *discordant*, artificiel et incongru pour la conscience subjective, qui ne peut la situer « ni dans la continuité historique de la personnalité, ni même au centre d'une situation vécue, car elle demeure toujours « enkystée », comme « entre parenthèses » ou « en marge » ». ([1], p.339). L'inachèvement de l'éidolie en fait une « anomalie » dépourvue d'actualité mondaine. Elle est « fragmentaire » et « en décalage » avec la synthèse perceptive. Dans cet *amoindrissement* de son intégrité, le sujet voit sa volonté tenue en échec par cette « esthésie » scandaleuse. Il est condamné à la fuir dans la présence d'autres sources sonores, sans y mettre un terme définitif. Ce drame existentiel implique un jugement *d'assertion* sans jugement de *réalité* ([1], p.340). La réaction critique est une partie intégrante de cette symptomatologie qui demeure problématique – et non significative comme l'hallucination délirante. Cette assertion implique d'une gradation du jugement, telle que « quelque chose peut paraître présent et apparaître aussitôt sur le mode extraordinaire et irréel » ([1], p.341), comme l'illustre la conscience hypnagogique. S'imposant comme une fatalité, l'acouphène mobilise un surinvestissement de la perception et de l'action sur le monde matériel, témoins d'une *prospection du réel* destinée à limiter l'empiètement de la subjectivité. Là où le délire emporte la conviction dans l'hallucination psychotique, l'éidolie provoque *l'exaspération* du sujet. Mais pour éclairante que soit cette ligne de partage – et de synthèse – du champ hallucinatoire, elle recèle une contradiction avec l'œuvre psychiatrique de son auteur. Nous proposons d'en apprécier la portée dans l'approche clinique de l'acouphène.

II. Aporie épistémologique du Traité des hallucinations

II.1 La mise en garde initiale

« L'auteur qui écrit sur l'hallucination, averti Henri Ey dans l'avant-propos de son Traité, [...] doit bien prendre garde de ne pas tomber lui-même dans l'erreur de l'halluciné, car l'hallucination entraîne dans son vertige celui qui est mal préparé à la saisir, c'est-à-dire à lui résister. » ([1], p.2). Ce défi épistémologique, adressé aux cliniciens comme au lecteur de l'œuvre, prend une tournure plus radicale encore dès ses premières lignes : « Toute illustration de l'hallucination est une trahison et un contre-sens » ([1], p.1). Henri Ey n'a de cesse, ainsi, de rappeler le caractère *incommensurable* de l'hallucination tant vis-à-vis de la perception que la création artistique, en recourant volontiers à des termes radicaux à son propos : « anomie », « hétéronomie », « contravention », « scandale logique », « contre-sens ». L'hallucination est une infraction aux lois de la perception, mais avant tout à celles de la raison. La remarque sur

l'auteur « mal préparé à la saisir » l'indique entre les lignes : vouloir *saisir* l'hallucination en tant que phénomène ne peut conduire qu'à la *réifier* dans le langage de la perception. Ce que doit « saisir » la pensée est son adhésion à la matérialité qui lui est ainsi indiquée, par sa représentation à laquelle elle ne sait « résister ». Le corollaire intersubjectif de l'hallucination est *son inscription dans la théorie à l'état de percept ou de concept*. Or l'organo-dynamisme n'aperçoit que la première de ces contradictions. Le « type » des éidolies hallucinosiques nous conduit à un point aveugle de la doctrine sur cette question.

II.2 Contravention du schématisme organo-dynamique

S'exprimant au sujet de l'hallucination schizophrénique, Maurice Merleau-Ponty fait remarquer : « L'halluciné ne peut pas entendre ou voir au sens fort de ces mots. Il juge, il croit voir ou entendre, mais il ne voit pas, il n'entend pas en effet. » ([23], p.393). L'analyse du « genre » hallucinatoire ne contrevient pas à ce rappel. Mais comment Henri Ey pourrait-il accorder cette remarque avec *l'ensemble* de son projet organo-dynamique, dont l'ambition est d'inclure dans sa pathogénie jusqu'à « l'extrême pointe de l'élémentarité » ([1], p.1329) du « type » des éidolies ? La construction du plan de l'œuvre indique une difficulté redoutable : elle impose à son auteur de développer une approche fonctionnelle où la recommandation structurelle (« l'anomie » de l'hallucination vis-à-vis de la perception) doit être enfreinte². On mesure la réticence de Henri Ey à procéder ainsi à son usage de termes entre guillemets pour qualifier les éidolies, comme phénomènes « les plus élémentaires » ([1], p.1322), caractérisés par leur apparence « atomique » ([1], p.1322) et leur « figuration fragmentaire » ([1], p.1325). Leur manifestation est ainsi « périphérique », « enkystée » et « en marge » ([1], p.339) de la synthèse perceptive qui en assure l'« encadrement » ([1], p.340). Cette précaution verbale nous paraît d'autant plus significative que son auteur souligne qu'il est dans la nature de l'hallucination « d'être un phénomène *qui se dévoile mal par esquisses et profils* selon des perspectives qui ne sont justement plus celles de la perception » ([1], p. 42).

Or la phénoménologie « spécifique » des éidolies semble imposer à Henri Ey une *logique de plan, sur lequel sont projetés des proportions* telles qu'une conscience perceptive pourrait les appréhender en les *comparant*. Arrivé « à l'extrême pointe de l'élémentarité », il formule une méthode d'exploration qui ne pourrait s'appliquer qu'à la matérialité des choses mondaines :

² La Deuxième partie du Traité est ainsi consacrée aux « Hallucinations des *divers sens* ».

« Dans la description des protéïdies³, allant des plus complexes aux plus simples, nous atteignons le niveau de formes esthétiques les plus pures, c'est-à-dire de « quelque chose » avec un maximum de formes figurées (car ces « formes » sont dites précisément si élémentaires qu'elles doivent plutôt être désignées comme « amorphes » mais avec un maximum de qualités sensibles brutes. » ([1], p.1330). Ce schématisme ne saurait s'appliquer au genre hallucinatoire sans le faire tomber, du même coup, dans le registre de la *perception* – ce qui est une aporie du « type » éïdologique en regard de l'anomie hallucinatoire. Cette logique de plan lui est prescrite par le modèle jacksonien des conditions négatives, comme l'indique cette remarque postérieure au *Traité des hallucinations* : « s'il existe des dissolutions locales, elles ne peuvent dissoudre que des fonctions locales, isolables, parcellaires, n'apportant de trouble que dans une sphère fonctionnelle délimitée. » ([19], p.181). C'est donc en toute logique – paradoxalement – que la circonscription instrumentale des éïdologies conduit à leur réification *dans la matérialité du déficit sensoriel qui les encadre*. Afin d'en souligner l'hétéronomie, Henri Ey assigne l'hallucination « à la négativité d'un vide pathologique qui s'est creusé dans l'organisation même de l'être conscient [...] ou dans les lacunes⁴ de ses systèmes perceptifs. » ([1], p.74). Il procède alors à une esquisse de l'hallucination « instrumentale », définissant un rapport du *tout* (l'intégrité personnelle conservée) à la *partie* (le trouble de l'organe). Ce constat nous amène à questionner l'écoute clinique du discours subjectif, dans lequel elle pense retrouver un savoir expérimental établi par les faits.

II.3 L'inflexion sensorielle de l'écoute clinique

Il est remarquable que le type des « éïdologies hallucinosiques », proposé par Henri Ey en 1973, anticipe de près de quarante ans la *clinique neurophysiologique* contemporaine de la « perception auditive fantôme ». L'hétéronomie hallucinatoire est une donnée fondamentale de cette clinique, comme l'indiquent précisément Jastreboff & Hazell (2004) : « les patients perçoivent l'acouphène comme un son *complètement différent de tout ce qui a été vécu auparavant* dans leur environnement. » ([8], p.4). Suivant la ligne de partage de l'organodynamisme, la neurophysiologie sépare aussi cette « perception fantôme » des *hallucinations auditives schizophréniques* ([8], p.15). Mais procède-t-elle à partir d'une autre épistémologie que Henri Ey ? Nous retrouvons ici un même schématisme, dont la pertinence est restreinte à

³ Henri Ey distingue, dans le « type » des éïdologies hallucinosiques, les plus élémentaires auxquelles il donne le nom de *protéïdies*, des plus complexes ou fantasmatiques qu'il nomme *phantéïdies*.

⁴ « Il est très remarquable que ces acouphènes ne se produisent que dans les aires d'hypoacousie repérées par l'examen audiométrique et qu'ils disparaissent avec elle. » ([1], p.1331).

l'objet analysable : « L'acouphène peut être perçu comme un son dépourvu de forme (« *a formless sound* »), dont la tonalité est simple (« *tonal* ») ou complexe (« *complex* »), qui ressemble (bien qu'il ne leur soit jamais identique) aux sons de l'environnement, comme par exemple un sifflement, un tintement, un bourdonnement, un bruit de cigale, de jet de vapeur, de néon, de moteur, d'électricité statique, de ronronnement, etc. » ([8], p.7). Ces distinctions n'ont de sens qu'une fois ce discours projeté sur un plan, par analogie *avec la relativité qu'introduit la perception*. Les auteurs le mentionnent à la suite de leur énumération : « Ces descriptions de l'acouphène sont de loin les plus communément rapportées. » ([8], p.7). Il s'agit bien, en effet, de *descriptions rapportées* au clinicien, évocatrices de sa propre perception auditive, et qui lui permettent de se figurer ce dont il ne fait pas l'expérience.

Mais pourquoi accorder à la « perception auditive fantôme » ce qui est refusé à l'hallucination délirante, à savoir son *authenticité sensorielle* ? La question nous semble reprendre celle que nous énoncions tout d'abord : l'inauthenticité sensorielle de l'acouphène le condamnerait à la fausseté du délire. La conservation du jugement critique du sujet s'oppose à cette falsification. C'est pourtant une erreur de croire que seule « l'édolie » suscite une condamnation du sujet, et de prendre la critique du symptôme pour une *contre-épreuve* de son caractère sensoriel. Merleau-Ponty le souligne à propos des patients schizophrènes : « Le fait capital est que les malades distinguent la plupart du temps leurs hallucinations et leurs perceptions. » ([23], p.391). Le diagnostic différentiel vise donc moins le *fait* psychiatrique, que l'impasse qu'il imposerait à la communication, dont celle établie avec le patient souffrant d'acouphène est *exempte*. Nous comprenons alors que le sensorialisme neurophysiologique, comme le schématisme organo-dynamique, ont en commun *une fonction de cohérence discursive*⁵ entre deux expériences qui ont pour l'essentiel un même référentiel perceptif – à l'« exception » près que constitue l'acouphène. « Pour tout dire, écrit Henri Ey, l'hallucination n'apparaît que dans la relation intersubjective, dans son écartèlement. » ([1], p.45). On se fera un principe de rappeler que cet « écartèlement » mérite à peine son nom dans le cas de l'acouphène, tant il est accepté que la plupart des sujets n'y prête qu'une attention modérée [24]. A quoi nous répondrions qu'en dehors d'une *plainte* adressée à un tiers, l'expérience vécue mérite à peine le nom *d'acouphène*. L'écartèlement devient significatif avec sa plainte : dans le cas contraire, le sujet n'en parle pas. Or cette significativité de la souffrance est éludée par la recherche de cohérence discursive, qui porte le praticien vers des modèles censés la garantir. Peut-il alors

⁵ « ...il n'y a pas d'hallucination, pour si « sensorielle » qu'elle se donne elle-même, qui ne soit essentiellement un phénomène d'illogisme syntaxique dans le discours sur la réalité du sujet avec lui-même et avec les autres. » ([1], p.33).

trouver dans les propos du sujet autre chose que ce qui lui est indiqué ? L'esquisse n'apporte rien de plus à ce qui est communiqué ; elle scelle la cohérence discursive retrouvée. Mais au prix d'une fausse évidence dont elle ne peut plus questionner le dialogue.

Conclusion : l'ouverture psychothérapeutique

Nous avons voulu ici rendre hommage à la pensée organo-dynamique, en suivant au plus près ses recommandations sur le terrain de pathologie fonctionnelle. Au terme de son Traité des hallucinations, Henri Ey soulignait les *limites* que prescrivait naturellement l'instrumentalité des éidolies à toute entreprise psychothérapeutique. L'aporie que nous avons signalée nous conduit à poser le problème au-delà de la convergence expérimentale. Car en superposant l'étiologie et le discours subjectif, le clinicien renonce à l'exigence indiquée par Henri Ey lui-même, de ne pas représenter *ce qui n'est pas étendu* ([1], p.50). Esquissées à partir de la projection d'un plan, la négativité des éidolies n'ajoute rien au discours subjectif, comme toute illustration de l'hallucination ([1], p.23). La remarque est valable pour le modèle neurophysiologique de la « perception auditive fantôme » [8]. Comment envisager alors une clinique du *discours de la souffrance*, dont la singularité propre se déploie par la narration ? A notre époque où l'imagerie cérébrale [25] semble annuler « l'écartèlement » de l'expérience intersubjective, par la représentation d'une indication insaisissable, Henri Ey nous permet de penser une exigence d'une étonnante modernité : une écoute psychothérapeutique n'est *possible* qu'à la condition d'être *iconoclaste*. S'il veut instaurer un dialogue avec le sujet qui souffre d'acouphène, le clinicien doit congédier de sa pensée les images qu'il s'en fait.

Références

- [1] Ey H. Traité des hallucinations (1973). Paris: C. Tchou; 2006.
- [2] Chaslin P. Éléments de sémiologie en clinique mentale. Paris: Asselin et Houzeau; 1912.
- [3] Escat E, Escat M. Un cas d'hallucinoïse auditivo-visio-cénesthésique en relation possible avec une otopathie ancienne. Ann Med Psychol 1939;1(1):381–8.
- [4] Ey H, de Ajuriaguerra J, Hécaen H. Neurologie et psychiatrie (1947). Paris: Hermann; 1998.
- [5] Leaver AM, et al. Dysregulation of limbic and auditory networks in tinnitus. Neuron 2011;69:33–43.

- [6] Hallam RS, McKenna L. Tinnitus habituation therapy. In: Tyler RS, editor. Tinnitus treatment – Clinical protocols. New York: Thieme Medical Publishers; 2006. p. 65–80.
- [7] Dauman N. Habituation à l’acouphène. Les fondements épistémologiques de l’approche cognitivo-comportementale en question. *Evol Psychiatr* 2012, <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.08.010>.
- [8] Jastreboff PJ, Hazell JWP. Tinnitus retraining therapy. Implementing the neurophysiological model. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
- [9] Andersson G, Baguley DM, McKenna L, McFerran D. Tinnitus. A multidisciplinary approach. London: Whurr Publishers; 2005.
- [10] Gimenez G, Guimont M, Pedinielli JL. Étude de l’évolution du concept d’hallucination dans la littérature psychiatrique classique. *Evol Psychiatr* 2003;68:289–98.
- [11] Westin V, Hayes SC, Andersson G. Is it the sound or your relationship to it? The role of acceptance in predicting tinnitus impact. *Behav Res Ther* 2008;46:1259–65.
- [12] Hallam RS, Rachman S, Hinchcliffe R. Psychological aspects of tinnitus. In: Rachman S, editor. *Contributions to medical psychology*, vol. 3. Oxford: Pergamon Press; 1984. p. 31–55.
- [13] Minkowski E. Le problème des hallucinations et le problème de l’espace. In: *Écrits cliniques [rassemblés par B. Granger]* (1932). Paris: Erès; 2002. p. 39–55.
- [14] Dauman N, Keller PH. Épistémologie de l’acouphène : histoire d’une controverse scientifique. *Clin Mediterr* 2010;82:317–30.
- [15] Ey H. *Études psychiatriques*, t.1 (1948). Paris: CREHEY; 2006.
- [16] Ey H, Lairy GC, Barros-Ferreira M, Goldsteinas L. *Psychophysiologie du sommeil et psychiatrie*. Paris: Masson & Cie Editeurs; 1975.
- [17] Sartre JP. *L’imaginaire. Psychologie phénoménologique de l’imagination* (1940). Paris: Gallimard; 1989.

- [18] Ey H. Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie (1975). Paris: L'Harmattan; 2000.
- [19] Ludwig AM. Altered states of consciousness. Arch Gen Psychiatry 1966;15:225–34.
- [20] Ludwig AM. “Psychedelic” effects produced by sensory overload. Amer J Psychiatry 1972;128(10):114–7.
- [21] Heller MF, Bergman M. Tinnitus in normally hearing persons. Ann Otol 1953;62:73–93.
- [22] Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception (1945). Paris: Éditions Gallimard; 2009.
- [23] Davis A, El Refaie A. Epidemiology of tinnitus. In: Tyler RS, editor. Tinnitus Handbook. San Diego, CA: Singular Publishing Co; 2000. p. 1–23.
- [24] Dauman N, Erlandsson SI. Learning from tinnitus patients’ narratives – a case study in the psychodynamic approach. Int J Qual Stud Health Well-being 2012;7:19540, <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v7i0.19540>.
- [25] Piot Ziegler C. Le vécu des transplantés aux soins intensifs : regard normatif ou un autre regard sur les hallucinations ? Ann Med Psychol 2011;169(6):361–6.
- [26] Eggermont JJ, Roberts LE. The neuroscience of tinnitus. Trends Neurosci 2004;27(11):676–82.