

## **Chapitre III**

# **Exaltation maniaque et menace de la perte de soi dans la psychose schizo-affective.**

*PAR LILI DE VOOGHT*

**N**ous allons écouter une patiente de 29 ans. Depuis que nous la connaissons, il y a maintenant 6 ans, elle a connu une période dépressive et 3 crises maniaques. La dernière crise était complexe avec une fragilisation psychotique faisant penser à une psychose schizo-affective. Cette jeune patiente est intelligente, douée de capacités d'introspection et néanmoins, comme nous d'ailleurs, surprise et éberluée par ces crises qui lui tombent dessus comme des coups de foudre qui viennent d'un lieu, a priori, invisible et qui, soit l'abattent dans une dépression, soit la font entrer dans une excitation maniaque. Dans ce long trajet thérapeutique ensemble, il s'est créé une solidarité pour mieux comprendre ce qui se passait. Nous nous sommes engagées dans un travail à travers lequel elle essaie de devenir sujet, un sujet qui sait résister aux turbulences d'humeur qui l'emportent, risquant de l'envahir au point qu'elle y perde son « soi ».

Nous choisissons d'ouvrir ce propos par une courte introduction théorique rassemblant quelques idées fondamentales de Binswanger. Nous passerons ensuite au cas clinique puis reviendrons à nouveau à la théorie, pour tenter d'élucider ce qui fut exposé trop sommairement dans l'introduction.

## 1. Introduction théorique.

Notre approche théorique est phénoménologique, et plus précisément, c'est sur les œuvres « *Mélancolie et Manie* » (MM) et « *Délire* » (D) de Binswanger que nous nous focaliserons. Binswanger exprime très clairement son propos phénoménologique : « Notre but n'était donc pas seulement de comprendre ce que les malades expriment sur eux-mêmes, mais de comprendre comment dans cette expression le *Dasein* s'exprime sur lui-même ». (MM, p.53)

Dans « *Mélancolie et Manie* », il analyse le *Dasein* du mélancolique et son mode d'être dans les renvois du temps. Pour le maniaque, le rapport à l'autre, l'autre comme alter ego, pose profondément problème. L'alter ego nous conduit à une transcendance dans un univers différent et concret. La reconnaissance de l'alter ego permet de partager un monde commun avec l'autre. C'est dans son être le plus concret, l'apprésentation (terme technique de Husserl), que l'alter ego se manifeste. L'autre n'est pas un double de moi-même, il est toujours autre. Par exemple lors d'une conférence, nous sommes soit conférencier soit auditeur ; dans un jeu nous sommes soit joueur soit spectateur ; pendant un voyage nous sommes soit guide soit tourist... Et pas les 2 à la fois.

Dans « *Délire* », le thème majeur de Binswanger, c'est l'absence d'une image de soi qui donnerait à des « forces étrangères » le pouvoir de donner un destin, de guider, de diriger le *Dasein*. Le *Dasein* est toujours « à-dessein-de-lui-même ». Dans le délire, le *Dasein* est « à-dessein-de son être abandonné ou asservi (à des forces étrangères) » (D, p.21). La déficience de la structure d'expérience est coexistante à la déficience de la formation d'une image de soi. Et c'est cela qui ouvre la voie au délire. À travers le délire, l'expérience s'est transformée en expérience délirante et le soi se perd, livré à l'étrange et à l'étranger. L'élaboration extensive de cette hypothèse se trouve dans « *Délire* », c'est-à-dire que Binswanger y développe exhaustivement la constitution de l'expérience naturelle et ses déficiences dans la constitution délirante.

## 2. Le cas clinique.

La dernière phase maniaque de notre patiente s'est déclenchée lors d'une période de vacances où elle voyageait en groupe organisé et dirigé par un guide. L'avant-dernière phase, un an avant, eut lieu aussi pendant des vacances à l'étranger, mais cette fois-ci, c'est elle qui était le guide du groupe. Elle avait déjà fait l'expérience d'être guide de voyage pour des séjours de groupes.

L'avant-dernière crise éclata quand un des membres du groupe se mit à mettre en question ses compétences de guide. Cette critique la fragilisa et changea la façon dont elle voyait et vivait les choses. Tout prit sens. Il y eut une accélération de la pensée avec fuite des idées et elle se mit à se vivre Amélie Poulain, l'héroïne du célèbre film éponyme. Comme ce voyage ne durait pas plus qu'un long week-end, elle put rentrer en Belgique sans que les participants du groupe ne se soient aperçus de son état. Au retour elle fut hospitalisée pour quelques mois à cause d'une phase maniaque puis hypomaniaque prolongées. Après son retour à la maison, une longue période dépressive la fit souffrir profondément et ce n'est que huit mois après le déclenchement de la crise qu'elle put reprendre le travail.

Elle avait repris le travail depuis dix mois lorsqu'elle envisagea à nouveau un voyage, cette fois-ci comme participante et non comme guide. Elle voulait aller dans un pays sud-américain. Je lui proposai néanmoins de reprendre les projets de voyages avec plus de prudence et de choisir une destination en Europe. Le compromis fut un pays maghrébin.

Elle se prépara bien pour le voyage : tout un plan sur mesure fut établi et écrit au cas où surviendrait une crise : la nécessité de sommeil suffisant, d'un contact de quotidienneté avec les autres, l'augmentation des médicaments ou l'addition de tranquillisants ou de neuroleptiques si nécessaires. À son départ, elle prenait une combinaison de stabilisateurs de l'humeur et d'antidépresseurs, ces derniers à dose minimale vu son état stable au moment du départ. Les neuroleptiques avaient été arrêtés à cause d'une prolactinémie augmentée avec aménorrhée et en raison de l'absence totale d'idées délirantes.

Nous retravaillâmes la reconnaissance des signaux d'alerte de la crise : angoisse, insomnie, hypersensibilité et réflexion exagérée, trop focalisée sur soi-même et les autres, suspicion... Nous discutâmes même du fait que dans le pays où elle allait, un pays nord-africain, il fallait être prudent avec les thés qui peuvent être plus forts que chez nous et avoir des propriétés excitantes.

Néanmoins, le deuxième jour de son voyage, elle fut prise dans un tourbillon dont elle ne se rendit pas compte. Elle m'avoua qu'elle avait commencé, dès le tout début du voyage, à observer, évaluer et juger le guide. Le premier jour déjà « il commit une erreur : il fit monter le groupe dans un faux train, de plus il monta en premier, ce qu'on ne fait pas comme guide ! » Elle, plus alerte, demanda à quelqu'un si c'était vraiment le bon train et apparemment le train qu'ils devaient prendre allait arriver un peu plus tard sur la même voie. À la suite de ce renseignement, elle est montée dans le train et elle a crié, « c'est le faux train, il faut descendre ». Tout le monde est descendu en hâte et ils ont alors pris le bon train.

Le lendemain, à table, ils étaient huit et tout le monde a parlé « dans un chaos et avec une superficialité inouïe. Elle ne se sentit pas aperçue. Les autres parlaient de sujets très différents, aucun sujet n'était approfondi, personne ne l'écoutait, elle qui avait une grande expérience des voyages. Ils n'étaient pas intéressés par ce qu'elle racontait. Elle entra dans une position de présomption : « Comme ils sont tous bêtes, ils ne savent pas communiquer ». Elle s'énerva et le soir, elle n'arriva pas à dormir, et contrairement à ce qu'on avait convenu c'est-à-dire que dans ce cas-là elle devait prendre un tranquillisant supplémentaire, elle descendit au bar demander un thé. Elle ne dormit pas de la nuit et l'excitation monta.

Son état s'exacerba quand le deuxième soir ils devaient loger dans un « salon », un dortoir, tous les membres du groupe dans une même chambre. Elle monta sur son lit, sur celui des autres, prit des photos des différents coins de la chambre et de ses compagnons de voyage. C'est à ce moment-là que le groupe se rendit compte qu'elle allait mal. Elle se déshabilla devant le groupe, attaqua les personnes qui voulaient s'approcher d'elle, se mit à se balancer sur la balustrade du

balcon comme pour se précipiter dans le vide, accusa et insulta le guide du groupe. Même si selon le récit après-coup de notre patiente, le groupe s'est comporté avec beaucoup de délicatesse et d'assistance, elle rejeta avec force et colère toute approche, aide et compréhension. Alors, le groupe intervint, une ambulance fut appelée, une hospitalisation et un rapatriement organisés. Le guide du groupe se mit en contact avec moi par l'intermédiaire de la sœur de la patiente. Il fit preuve de beaucoup de tact, d'écoute et de coopération afin que son groupe pût poursuivre son trajet et que la patiente fût bien entourée à l'hôpital étranger pendant le temps d'attente nécessaire pour organiser un vol avec accompagnement par une infirmière belge.

J'ai eu l'occasion de la voir très rapidement après son arrivée à notre hôpital. Elle était encore exaltée. Elle montrait une accélération du débit de la parole et de la pensée, mais sa pensée était cohérente. Sur sa propre demande, elle fut mise en chambre d'isolement avec porte ouverte pour limiter les stimuli et afin qu'elle puisse revenir à elle-même. Elle cherchait où elle avait perdu pied. Quand nous essayâmes de revenir sur les tout premiers signes, elle avoua n'avoir eu aucune prise sur la situation ni sur son vécu. Le déclenchement d'une nouvelle crise psychotique se produisit en elle sans qu'elle en fût consciente. La possibilité d'une correction de son vécu ou d'une adaptation de ses médicaments, même si elle s'y était bien préparée, ne lui est pas venue à l'esprit. Son monde vécu avait totalement changé. Il apparaissait lors de la description de son vécu une surcharge de sens. Tout avait sens pour/par elle et par rapport à sa personne. Une intervention de l'extérieur, de l'autre, fut nécessaire pour arrêter la situation de crise et pour la protéger d'elle-même, même si elle avoue que le balancement sur la balustrade n'était pour elle qu'une provocation (mais à mon avis pas sans risque).

La période hypomaniaque dura encore plusieurs mois. Cinq mois après la crise aiguë la patiente put sortir de l'hôpital. Il fut convenu avec le directeur de son travail qu'elle ne reprendrait le travail que trois mois après la fin de l'hospitalisation. Il s'agissait pour nous que la routine et la charge pro-

fessionnelle ne sont intégrables qu'après une longue période de stabilisation. Son milieu professionnel est tolérant à sa maladie et participe activement dans la planification de la réinsertion professionnelle. Lors de sa crise à l'étranger elle a pris plusieurs photos qu'elle me montra et commenta.

### 3. Les photos.

1. Dans une chambre d'hôtel elle a photographié un papier sur lequel est écrit à la main « palais de.... » (c'était le nom d'un hôtel où il y avait une piscine), et la fenêtre de sa propre chambre qui portait des barreaux. Commentaire : « c'est le contraste que j'ai voulu fixer : la prison et le palais qui existent l'un à côté de l'autre. »

2. À l'hôpital : elle prit la photo d'une affiche avec un bébé pointant son index droit vers le haut. En haut est écrit « please ». Avec l'index gauche il montre ses couches. A côté de cette affiche se trouve un panneau « urgences ». Sur un autre mur, qui est parallèle au premier, mais à une petite distance, il y a la photo d'un médecin-chef qui a travaillé dans le service. Commentaire : « Ici c'est aussi l'importance des contrastes : la jeunesse et la vieillesse (ourtant le médecin n'est pas vieux sur la photo). En plus, le bébé fait signe, comme j'ai fait signe ».

3. Dans sa chambre à l'hôpital, elle photographie les deux valves qui sont fixées au mur et auxquelles on peut raccorder des tuyaux. Sur l'une est écrit « oxygène », sur l'autre « vide ». Son attention se porta vers la valve « vide » et elle l'a ouverte, a regardé dedans, l'a refermée et réouverte et a regardé de nouveau à l'intérieur. Commentaire : « je voulais voir si en ouvrant la valve quelque chose changerait. Ce qui est vide doit encore trouver une destination. Vide est associé à vacuité, être dépourvu de sens, alors que j'étais pleine de sens ».

4. Dans un coin de sa chambre elle a mis et photographié des objets qui lui appartenaient : un tube pour la lessive à

main, une « *Libelle* » (un magazine féminin flamand), le badge avec son nom pour les bagages. Une autre photo avec ces mêmes attributs et, en plus, un pantalon à elle, des piles pour sa lampe de poche, pour son appareil photographique, des étiquettes d'emballage de pots de yaourt du pays où elle résidait et des pastilles de menthe « pour le voyage ».

5. Dans sa chambre à l'hôpital chez nous elle prend aussi des photos avec des objets qui pour elle sont signifiants : son passeport, des pellicules pour son appareil photographique, son guide de voyage, un papier emballage d'un rouleau de papier de toilette sur lequel était écrit : « *spring* » (en néerlandais : saute). Commentaire : Le mot « *spring* » renvoyait pour elle à l'avion duquel elle devait sauter parce qu'elle y était en danger, aussi au mot « *springstof* » (explosif). Dans l'avion, elle craignait qu'on ne la désignât comme responsable de la chute de l'avion. Elle raconta qu'à ce moment-là son intuition l'abandonna. Quand je la questionnai un peu plus elle s'expliqua : son intuition lui donnait beaucoup trop d'informations, lui racontait beaucoup trop de choses et donnait beaucoup trop de sens, pour devenir subitement sans sens et peu fiable, même suspecte, n'indiquant plus de direction. La patiente expliquait : « je cherchais du sens partout, le trouvais partout et m'y perdais ».

6. Sur une autre photo dans sa chambre chez nous : un bouquet de fleurs reçu de sa mère, une petite plante et une bougie, reçues d'une tante, une carte reçue de sa sœur, « une *Libelle* » avec le texte « *dat zit allemaal in de haak* », (c'est dans le crochet, dans le gond ; il s'agit de l'expression « ce n'est pas dans le gond » positivement détournée), deux papiers avec des mots écrits par elle : « *wie zal het schrijven* » (qui l'écrira), « *wat zal het zijn* » (que sera), et son cahier dans lequel elle tenait des notes. Commentaire : « j'estimais que mon cahier avait une grande importance pour transmettre tout ce que je vivais ». Mes propres associations à cette photo étaient que cette composition était à la fois comme un autel, à son honneur (le haut), mais aussi comme une tombe (le bas).

Pour conclure, elle commentait sa frénésie à prendre des photos : «prendre des photos a un sens en soi : je me fixe en prenant des photos, je décide, je choisis et j'exclus. Dans cette décision je perds une partie de moi-même. Ce serait mieux avec un appareil numérique où on peut après coup effacer les photos comme si on ne les avait pas prises ».

La perte de soi était imminente. Prendre des photos d'objets qui lui appartenaient ou qui renvoyaient à son monde était pour elle à la fois un essai de se préserver, de garder une image de soi dans ces objets extérieurs et à la fois une perte de soi dans cette décision de prendre ces objets-là précisément et d'en rejeter d'autres qui se réfèrent aussi à elle.

Un autre exemple montre ce danger : à l'aéroport, son sac de couchage tomba du chariot qui portait les bagages. Elle n'en voulait plus, elle le rejettait, il n'était plus fiable. Elle ajouta que ce n'était pas dans le sens que le sac n'aurait plus été propre, mais dans le sens que le sac ne lui était plus propre. La répétition de la perte et le recueil des choses qui lui appartiennent expriment la menace psychotique.

#### 4. Revenons à la théorie.

Binswanger se demande (MM p.72) comment se constitue l'alter ego pour le patient maniaque, où se situent les moments défaillants de cette opération constitutive. Comment se passe la perception de l'autre, la « *Fremdwahrnehmung* » ? Le mot « *fremd* » est fort et la traduction dans le texte français par « perception d'autrui » risque de faire disparaître cet aspect d'étrange, d'étranger, d'étrangeté qui joue un rôle fondamental dans la constitution de l'ego et de l'alter ego. Mais la « *Fremdwahrnehmung* » ne peut être comprise qu'à partir de la défaillance dans la structure constitutive de l'ego. La structure de la perception d'autrui questionne profondément la structure constitutive de l'ego.

Binswanger reprend un concept fondamental de Husserl (MM p.74), « l'appréSENTATION ». En premier lieu « c'est ce qui s'ajoute à la présentation corporelle de l'autre et qui fusionne avec celle-ci en une seule unité au sens de la perception d'autrui (*Fremdwahrnehmung*), de l'expérience de l'alter ego,

[...] une expérience qui transcende totalement la mienne », mais qui présuppose la mienne. En parlant d'ego on se demande ce qui m'est propre en tant que purement propre au soi : la sphère primordiale ou originelle. C'est la sphère de mon flux de vie, de ma « biographie interne » (*innere Lebensgeschichte*) qui m'est propre à moi seul.

Le corps-objet (Körper) (MM p.75) de l'autre, saisi comme corps-vivant, doit également acquérir le sens de la corporéité vivante à partir d'une transposition aperceptive (= apprésentation) issue de *mon* corps vivant. Seul mon corps-objet qui est en même temps corps-vivant est dans le sens de « l'originarité primordiale » muni du sens spécifique de la corporéité vivante. Qu'est-ce qui fait de ce corps-vivant de l'autre un corps étranger et *non un double*, une copie de *mon propre corps-vivant*? Remarquons ce qui est essentiel : c'est le vivant qui s'ajoute aux objets, c'est le vivant qui est mien, qui est sien. Le vivant change tout.

La compréhension naturelle de l'être d'autrui, ce par quoi je « reconnaiss » l'autre, repose sur les apprésentations qui s'ajoutent aux présentations. La constitution d'un monde commun est rendue possible par l'appréSENTATION. C'est la concrétisation de la présence différente de l'autre. Mais cette appréSENTATION m'est seulement accessible dans un dépassement partiel de mon propre flux de vie. Ce devenir concret de l'autre trouve son origine pour la plus grande partie dans la quotidienneté, l'ordinaire, le banal, le commun : dans l'ordre et la coutume de l'humain existentiel.

Binswanger donne un exemple de Szilasi (MM, p.79) : on est conférencier ou auditeur. En tant que conférencier, je suis pour vous présent d'une autre manière que je le suis pour moi-même, mais dans la même appréSENTATION, à savoir comme quelqu'un qui fait un cours. Vous êtes pour vous-mêmes apprésents en tant qu'auditeurs, étudiants. C'est également ainsi que vous m'êtes apprésents (non pas présents en tant qu'ego-propres, car votre vie intérieure m'est inaccessible).

Présent nous sommes en tant que sujet, moi, toi, lui... et dans nos présences nous sommes en principe échangeables. Dans l'appréSENTATION nous sommes ou bien conférencier ou

bien auditeur. Ces positions ne sont plus échangeables. L'exemple du conférencier et de l'auditeur ressemble à l'exemple touriste - guide dans notre étude de cas clinique.

### **5. Intermezzo : Elsa Strauss.**

Ajoutons un cas clinique exposé par Binswanger dans Mélancolie et Manie (MM, p.80) : Elsa Strauss est une femme qui passe par un épisode maniaque, elle est irritable et ne tolère aucune opposition. Un matin, elle quitta l'hôpital et entra dans une église où avait lieu un office. Elle alla vers l'organiste et pendant qu'il jouait, elle le félicita pour son jeu et le sollicita pour des leçons d'orgue. Elle quitta ensuite l'église puis passa devant un stade où des jeunes jouaient au football. Elle s'immisça dans le jeu et s'attira les moqueries des jeunes gens. Notre malade ne peut appréhender l'organiste (organiste participant activement à un office) de manière représentative au sens plein du mot, car elle ne fait pas l'expérience de soi-même en tant qu'ego de manière représentative (MM, p. 84). Dans l'église, comme dans le stade, Mme Strauss est présente à elle-même dans son monde primordial, mais elle ne s'apprésente pas en tant que « Mme Strauss » à savoir en tant que «dame de société », respectant un office. Il y a une défaillance complète de la temporalisation véritable. Faute d'apprésentation, la prise de conscience de l'incongruité (*Ungehörigkeit*) manque à Elsa Strauss. L'intrusion en est une conséquence, l'exclusion et l'isolement une autre.

### **6. Et la théorie...avant de finir.**

Dans la manie, « les possibilités appräsentatives, pour ce qui est de l'expérience de l'alter ego, reculent de plus en plus ici au profit d'une expérience de chose (*Dingerfahrung*) plus ou moins prononcée. [...] L'autre, le prochain, est si peu appräsenté ici en tant qu'alter ego, qu'il en est réduit à un simple objet d'usage ou d'utilisation. [...] Le maniaque consomme son environnement, le « suce jusqu'au sang », le ruine ou le détruit, [...] nous sommes un quelque chose qu'on inspecte et qu'on saisit, qu'on consomme, qu'on per-

turbe et qu'on détruit. [...] Même la haine [...] n'est pas la haine envers quelqu'un [...] mais la furie contre un obstacle, contre quelque chose de résistant placé sur leur chemin. » (MM, p.86)

« L'expérience-de-chose vient à la place de l'expérience d'autrui, c'est-à-dire également dans le sens du défaut d'appresentations corporelles (*leiblich*) » (MM, p.87). L'organiste est comme une chose à disposition : une « choséité », un ustensile. L'intersubjectivité est chosifiée, il y a chosification (*Verdinglichkeit*) (MM, p.92). « Les appresentations biographiques sont totalement en retrait derrière les présences ou présentations actuelles ou momentanées. » (MM, p. 94) C'est comme si l'histoire de la vie ne comptait pas. Ainsi il y a déchirure de fils, dissolution des liens constitutifs que nous retrouvons dans la continuité déchirée de la pensée ou la fuite des idées. Les patients maniaques s'ingèrent, s'imposent, chamboulent par faute d'une prise de position conséquente envers eux-mêmes. Versatiles, il leur manque l'Habituel (Husserl). Il y « absence-de-demeure-auprès-de » (*Aufenthaltslosigkeit*) (MM, p.107). « La maladie maniaco-dépressive se fonde dans le domaine de la déréliction ». Malheureusement, sans travail thérapeutique commun, partagé, rigoureux et acharné, la chose-maladie y peut prendre son destin funeste : l'isolement et la dérision .

Dans la schizophrénie, nous trouvons des altérations d'expériences naturelles et des alternatives rigides (présomption) tandis que dans la manie, l'expérience naturelle est poussée à l'extrême. (MM, p.133)

## 7. Conclusion.

Il y a chez notre patiente non seulement une expérience vitale et naturelle poussée à son extrême, caractéristique pour la manie, mais aussi une dynamique autour de la perte de l'image de soi, signifiée par les photos, l'identification à Amélie Poulain. Sur les photos cependant, elle se représente elle-même par des objets, des choses. Elle-même était réduite à - et victime - de sa chosification. Au moment où elle commence à se vivre Amélie Poulain, elle entre dans un déli-

re. C'est une image, une personne étrangère qui a pris possession d'elle, qui la remplace. Nous retrouvons dans ce balancement entre perte de soi et conservation de soi en Amélie Poulain, les idées fondamentales exposées par Binswanger dans « Délire ». Amélie Poulain est un personnage vivant, quoique fictif. Le fictif remplace le vivant, comme une greffe, afin de surmonter la perte de soi et dans l'attente de ses retrouvailles.

C'est cette dynamique double, l'expérience naturelle poussée à l'extrême jointe à la perte de l'image de soi qui nous incite à proposer le diagnostic d'une psychose schizoaffective. Cette hypothèse est soutenue par la patiente elle-même qui fait une distinction et une scission temporelle nette entre exaltation et expérience devenue « bizarre » (les photos, les explosifs, Amélie Poulain...). Et pourquoi pas l'insérer et lui donner la parole dans notre monde commun où nous cherchons à joindre l'existential et le vivant-manquant du vécu psychotique ?

*Lili de Vooght*