

Le cas unique dans la clinique psychiatrique

Cyrille Koupernik*

Je commencerai par une parabole: un homme en voit un autre qui cherche désespérément quelque chose dans le cercle de lumière que crée un réverbère. Il s'approche de lui, l'interroge, apprend que l'homme cherche une montre, il lui dit timidement: «mais êtes-vous sûr au moins que cette montre est à l'intérieur de ce cercle lumineux?» et l'autre de répondre: «pas du tout, mais au moins là on voit mieux».

Il en est sans doute de même de la recherche scientifique. On voit mieux quand on utilise des méthodes rigoureuses, ou une approche quantitative, mais on n'est pas sûr de trouver la montre.

Avant de vous exposer mes considérations sur l'utilité du cas unique en psychiatrie, je voudrais élargir ce début de débat et tenter de préciser le champ de la clinique psychiatrique tel qu'il se présente aujourd'hui. Certes, la Psychiatrie tient de la Médecine; bien plus j'estime que dès le début de la prise en charge d'un malade, il s'établit, ou il devrait s'établir, une sorte de pacte thérapeutique. Enfin, je serais le dernier à vouloir nier l'apport considérable qu'a apporté la psychopharmacologie à notre art. Il n'en demeure pas moins que nous gérons deux domaines qui ne sont pas superposables. L'un est un domaine médical classique; je dirais volontiers qu'il est celui des processus et qu'il se range sous la bannière de la nomothétique c'est à dire des «régularités», notion mieux exprimé hélas par le terme anglais de «lawfulness». L'autre domaine est celui de l'idiographique, c'est à dire de la liberté. Nous avons affaire après tout à des sujets libres, des sujets dans le sens de la subjectivité et qui ne sont pas assujettis. Je suis en ce moment libre de dire ce que je dis ou le contraire ; même si je suis déterminé par une certaine obéissance au raisonnement rationnel rien ne m'empêche de l'enfreindre, même pas votre auguste présence.

Ce que nous avons d'idiographique, notre saint des saints personnel échappe aux dosages, au chrono métrage. En revanche, il n'est pas sûr qu'il soit immunisé contre la statistique.

De la méthode clinique

J'ai tenu à inclure cette notion de méthode clinique en psychiatrie, car à la réflexion elle s'écarte très nettement de la clinique médicale que j'appellerai somatique. Je me reporte notamment à un des derniers écrits du regretté Arthur TATOSSIAN, qui s'est attaché à démontrer en 1993 que la clinique psychiatrique n'était que partiellement tributaire de l'inférence. Toujours en matière de clinique «somatique», on distingue la méthode hypothético-déductive, en principe idéale et la méthode inférentielle, ce qui signifie que le clinicien en recueillant un certain nombre de données, bâtit un modèle théorique qu'il compare au modèle fourni tant par la littérature que par sa propre expérience. Même cette façon de procéder est syndromatique, mais en fin de compte pas très caractéristique de la psychiatrie et TATOSSIAN dit qu'en fait le diagnostic psychiatrique se fait au moyen d'une sorte de divination très rapide et qui par exemple sépare d'emblée un climat de dépressivité d'un autre fait de schizophrénicité. Je reviendrai tout à l'heure sur une opposition analogue qui a eu le don de me séduire. Cela étant, il est évident que nous n'avons pas le droit de nous limiter à cette sorte de divination intuitive et que nous avons tous à coeur de reconstituer dans une perspective diachronique la marche vers l'état actuel en étudiant notamment la biographie. Cette étude ressemble peut-être, du moins dans notre cas, plus à la lecture d'un roman qu'à une enquête judiciaire. Si je parle de cette dernière, c'est parce que j'avais été frappé par la similitude que la démarche du juge Porphyre Petrovitch interrogeant Raskolnikov à propos du meurtre de la vieille usurière, offre de similitudes avec notre propre travail. Mais ce ne doit jamais être une collecte comme celle qu'opère de façon aveugle et efficace, le papier tue-mouches. Nous sommes toujours orientés dans cette reconstitution du passé, par la recherche d'un sens possible; nous sommes 1à tributaires de la méthode psychanalytique et nous cherchons aussi à pénétrer dans le plus profond de l'être, c'est à dire à avoir une vision phénoménologique de son propre vécu.

C'est ce qui explique que les cliniciens sont, malgré les imperfections de cette méthode, en première ligne pour aider des hommes dans le malheur. Je ne vois guère d'autre définition plus juste que celle-ci de la Psychiatrie et je dois rendre un deuxième hommage ~ la Psychanalyse: c'est FREUD qui a ouvert les yeux sur l'importance de la relation du transfert et du contre transfert; si nous abandonnons cette approche, ~ mon avis irremplaçable, l'utilité de notre rôle se brouille.

Le clinicien notamment dans deux de ses modes d'exercice, offre une dimension supplémentaire qui est celle du suivi prolongé. Comme nous le verrons tout ~ l'heure, c'est l'un des intérêts de cette étude du cas unique que de disposer de cette vue diachronique dont je parlais et qui s'oppose, tout en la complétant, ~ l'appréhension synchronique du sujet placé dans son milieu. Ces deux modes d'exercice sont à mon avis la clientèle privée et le travail en consultation et surtout en dispensaire. J'oppose là ces deux modes d'exercice à un autre qui permet probablement des ouvertures plus fécondes en ce qui concerne l'approche purement scientifique, pour ne pas dire scientifique; je veux parler de l'hôpital universitaire. Dans cet hôpital, du fait même de leurs charges, les têtes couronnées ne peuvent assurer cette continuité quasi vitale; ils ont d'autres tâches, d'autres préoccupations. Le personnel jeune c'est à dire les internes et les chefs de clinique sont soumis à une rotation et ne restent pas for-

cément dans le Service. Il reste donc des attachés qui peuvent également fonctionner selon ce mode " vertical " et apporter des contributions essentielles.

Avant de passer à l'examen des diverses modalités de cette étude de cas unique, je voudrais dire qu'à mon avis, cette possibilité de suivre un certain nombre d'observations privilégiées devrait être une source de joie professionnelle pour tous ceux qui s'y adonnent. A partir du moment où on tombe dans la routine, que ce soit celle de l'écoute passive et souvent plus flottante qu'il ne le faudrait, ou de la prescription sempiternelle des mêmes médicaments, on peut se lasser de ce métier extraordinaire qu'est la Psychiatrie. Si au contraire, on s'intéresse aux gens, à ce qu'ils deviennent, mais aussi à l'évolution d'un processus, si on entre dans le monde enchanté de la publication scientifique, alors on retrouve cet enthousiasme de jeune homme.

Le champ du cas unique

Il peut s'agir d'un grand problème de la psychopathologie. Je vous ai dit tout à l'heure que dans cette impression primaire qui envahit le clinicien, TATOSSIAN distingue deux registres: celui de la dépression et celui de la schizophrénie.

Or, on retrouve cette opposition avec un éclairage quelque peu différent chez deux grands auteurs qui, en principe, avaient peu de chances de se retrouver; je veux parler de Georges CANGUILHEM philosophe devenu médecin pour mieux comprendre la nature de la pathologie et de Mélanie KLEIN. Que dit CANGUILHEM pour définir la façon dont un sujet vit, dans l'intimité de sa conscience, le phénomène pathologique? CANGUILHEM oppose ce qu'il appelle le modèle ontologique, qui est caractérisé par la pénétration d'un être dans l'organisme. Cette notion est suffisamment vaste pour englober à la fois l'infection microbienne, les radiations atomiques, et la possession démoniaque. Dans les trois cas, le mal est expliqué par quelque chose qui vient du dehors et cette attitude quand elle est transposée en pathologie, est proche de la paranoïa. L'autre modèle de CANGUILHEM est celui de la dysharmonie. Le sujet vit dans un cosmos qu'il considère comme parfait et s'il y a pathologie, elle ne peut être expliquée que par la faute de ce sujet. Là le mal est interne. Cette position phénoménologique est celle de la culpabilité. Il paraît assez raisonnable de penser que la culpabilité a été fortement renforcée, notamment par l'éthique judéo-chrétienne; c'est ce qu'on peut trouver dans les publications, à mon avis très remarquables, de Madame PEWZNER

Quant à Mélanie KLEIN, elle prétend, mais à mon avis sur un mode qui ne devrait être que métaphorique, que le nourrisson passe par un premier stade paranoïaque de toute puissance, suivi par la réalisation qu'il est plutôt désarmé et vulnérable et tombe alors dans un état dépressif.

Si j'évoque ces sommets de notre cogitation éthérée, c'est parce qu'une réponse partielle se trouve dans un des cas uniques qui a été retenu par notre Secrétaire Général, Jean-Michel THURIN, pour servir de modèle pour volontaires; je veux parler de l'observation de paranoïa sensitive de E. KRETSCHMER. Je voudrais insister sur le caractère remarquable de cette observation très suivie, sur la clarté de l'exposé. Il est évident que KRETSCHMER décrit une personne vivante et non pas un type et cette personne qu'il décrit comme fragile, vulnérable, qui a vécu dans un milieu à la fois affectueux et vio-

lent, notamment du fait de l'alcoolisme du père, cette personne passe par les deux approches phénoménologiques dont j'ai parlé. D'une part, elle a de façon permanente un sens aigu de sa culpabilité, C'est ainsi qu'elle se culpabilise à l'occasion d'un épisode amoureux en grande partie érotomaniac elle considère qu'elle a commis un péché fut-ce en pensée. Mais en même temps, à partir de ce moment elle entend L'entourage dire : «elle est enceinte, c'est une salope», thèmes essentiels de la plupart des délires, notamment chez la femme. On aboutit chez cette malade à un changement de position théorique et toute la dialectique de KRETSCHMER nous pousse à admettre qu'il s'agit finalement de quelqu'un qui est vulnérable. Je tiens également à cette notion de vulnérabilité parce que je pense que c'est elle qui peut réconcilier les tenants de l'endogène et ceux qui attachent une grande importance à la continuité du vécu. Je veux dire par là qu'il m'apparaîtrait volontiers que certains sujets ou bien «craquent» selon l'expression populaire parfois à la faveur d'une réminiscence qui pourrait paraître futile et tombent dans un état mélancolique, cependant qu'à d'autres il faut très peu de choses pour qu'ils basculent dans l'état opposé, c'est à dire l'état maniaque.

Ce n'est évidemment qu'un exemple. Je vais passer maintenant à une autre justification de ces cas uniques: ils peuvent rappeler de façon utile, à l'occasion de ce que les Anglo-Saxons appellent d'un terme quelque peu méprisant les «vignettes» impressionnistes C'est ainsi que deux auteurs anglais, FRAZER et ROBERTS (1994), toujours dans cette documentation fournie par Jean Michel THURIN, rapportent trois cas très typiques de syndromes de CAPGRAS, c'est à dire d'illusions du double ou du sosie. J'ai eu l'occasion un jour d'enregistrer une malade très étrange qui était atteinte de paraprénie confabulatoire (1991). Elle avait un délire fixe qui associait de façon inattendue Monsieur Valéry Giscard d'Estaing, Albertine Sarrazin le Vatican et le Président Kennedy. Autre histoire de chasse que je n'ai d'ailleurs pas publiée _ un garçon né en 1960 que j'ai vu deux fois, une fois à 20 ans et l'autre fois à 32 ans. La première fois il était catatonique et la seconde fois à la suite d'une interruption de grossesse de sa femme au sixième mois(malformation constatée), il a fait un épisode délirant paranoïde. Or, toute la doctrine de l'uni cité de la schizophrénie repose sur de telles observations.

D'autres observations méritent d'être rapportées ou tout au moins conservées parce qu'elles comportent des enseignements d'ordre pronostique qui sont évidemment essentiels. Je ne ferai que mentionner une autre malade, née en 1943, vue pour la première fois en 1968 à l'occasion d'un délire démonopathique qui d'ailleurs ne s'est jamais entièrement dissipé et d'une tentative de suicide des plus inquiétantes. Elle a eu le mérite de continuer à travailler en tant que chimiste, elle s'est mariée, elle a eu quatre enfants, le quatrième contre ma volonté, elle a fait une dépression à la suite d'une ligature des trompes à l'âge de 40 ans et je reçois il y a quelques jours une lettre d'elle; elle a mené à bien sa tâche de mère, tous ses enfants ont fait des études, sont casés ou vont l'être. Je voudrais simplement à propos de cette observation faire remarquer que la mère de la malade (que je n'ai jamais vue) a passé sa vie dans des cliniques, probablement en raison d'un état schizophrénique et que son frère a épousé une femme que l'avenir a révélé être également schizophrène. C'est éventuellement un thème de recherche possible: sort du conjoint chez des enfants de schizophrène.

Je passe rapidement sur les pathologies associées peut-être faudrait-il dire les comorbidités ? La

malade dont j'ai rapporté l'observation à la Société Médico-psychologique et que j'ai suivie pendant 38 ans (KOUERNIK 1985) avait un frère qui paraissait être un unipolaire parfait. Mais un jour, il m'a dit: «Docteur, si nous étions sur un paquebot qui coule et qu'il ne reste qu'une seule place dans un canot de sauvetage, je vous la laisserais ». Il voulait par là même m'exprimer sa gratitude de l'avoir convenablement soigné; dans mon expérience, la gratitude surtout si elle est emphatique, peut être un signe de virage maniaque. Toutefois je ne suis pas sûr pour ce malade précis.

Mais cette description du cas unique peut avoir des ambitions plus élevées. Je reviens à cette véritable intuition de TATOSSIAN et je pense qu'il serait très important de consigner d'emblée et de la façon la plus complète possible l'impression qu'on a du malade, de son éventuel transfert et de son propre contre transfert. Je me rappelle avoir fait une fois ce diagnostic minute en voyant un personnage fluet, dans la pénombre de ma salle d'attente; je me suis dit: c'est un ecclésiastique, il est homosexuel et alcoolique. Les trois termes étaient exacts.

Réalisation pratique

Je pense qu'il y a plusieurs niveaux de réalisation possibles. Une des formes les plus classiques et les plus recommandables me paraît être la lettre à un journal psychiatrique. Cette politique est largement suivie par nos amis Anglais et Américains et notamment par l'American Journal of Psychiatry. Ce qui ne peut pas être publié sous forme de Mémoire, ou de communication scientifique, peut l'être sous une forme résumée et qui tient en un à deux feuillets dactylographiés, à double interligne. L'intérêt de ces lettres me paraît considérable; c'est ainsi que j'ai découvert assez rapidement que la fluoxétine avait pour effet biologique indésirable d'élever le taux des tricycliques. Deux des malades décrits par ces lettres, ont fait des états de mal convulsif et avaient pour une posologie de 200 milligrammes de tricyclique, un taux sanguin de 900 nanogrammes. Nous nous questionnons de façon permanente sur les incompatibilités et les contre indications ; elles peuvent apparaître ici sans tout peu lourd de cette observation psychiatrique privilégiée dont je vous parlais tout à l'heure.

Je crois qu'il faut favoriser les enregistrements en ayant évidemment obtenu l'accord du malade et de sa famille et si possible les vidéocassettes qui constituent à mon avis un mode d'enseignement de la Psychiatrie à la fois vivant et clément pour le malade.

Mais surtout, il faudrait envisager que des observations ainsi menées, soient conservées sans pour cela occuper trop de place dans les archives. Je veux parler évidemment de l'informatique. J'ai entendu dire que notre Gouvernement s'apprêtait non seulement à relever nos cotisations, mais à nous doter d'un équipement informatique; celui-ci me paraît idéal à condition que la liste descriptive des malades puisse être retrouvée facilement et qu'elle soit communiquée à une sorte de coordonnateur régional. De cette façon cette recherche pourrait être harmonisée et surtout donnerait lieu à des échanges de vue qui me paraissent essentiels.

Ce n'est là qu'une des propositions qui seront faites aujourd'hui; je ne cherche pas du tout à privilégier celle-ci aux dépens de méthodes plus scientifiques. Puis-je vous confesser tout de même pour avoir traduit deux chapitres d'une Monographie fort savante d'Alfred KAZDIN qui prône lui des

études de cas isolés dans une perspective psychologique rigoureuse, qu'il m'a semblé que cette approche de l'homme en difficulté ne correspondait pas tout à fait à une tradition clinique, ni à un idéal thérapeutique.

* *Psychiatre - Paris*

Bibliographie

- (1) Frazer SJ, Roberts JM. Three Cases of Capgras Syndrome. *Br. J. Psychiat.* 1994, 164: 557-559.
- (2) Koupernik C. La relation duelle de Raskolnikov et de Porphyre in Catteau J, Rolland J. (edit). *Dostoievski, 11220 Lagresse*, Ed. Verdier: 99-106, 1983.
- (3) Koupernik C. A propos de deux cas de maniaque dépressive à cycles rapprochés. *Ann. Méd. Psychol.* 1985, 143 (6): 560-572.
- (4) Koupernik C. Paraphrénie confabulatoire. Taxi nomie et psychopathologie. *Ann. Méd. Psychol.* 1991, 149 (9): 713-714.
- (5) Krestschmer E. *Paranoïa et sensibilité*. Paris, P.U.F. 1963
- (6) Pewzner E. *L'homme coupable. La folie et la faute en Occident*. Toulouse, Privat, 1992.
- (7) Pewzner E. *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*. Paris, Armand Colin, 1995.
- (8) Tatossian A. Le problème du diagnostic dans la clinique psychiatrique. in Pichot P, Rein W. (edit) *L'approche clinique en Psychiatrie*, , vol. II: 83-1100. Ed.Synthelabo, *Les Empêcheurs de penser en rond*. 1993.