

## La négation du sujet

Jorge CACHO

(39) L'invention de Cotard consiste dans la manière dont il a nommé pour la première fois un type de délire qui, sous des formes différentes, avait déjà été répertorié par ses prédécesseurs ou par ses contemporains, et affecté à des entités cliniques variées auxquelles ils furent par la suite logiquement articulés. Dans le premier article consacré à ce qui deviendra plus tard son invention – *Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse* (1880) –, Cotard, tout en inscrivant sa recherche dans le modèle du discours pathologique de son école, y opère un premier déplacement dont j'essayerai d'indiquer les termes. En effet, depuis la découverte de Bayle en 1822, les idées délirantes concernant la non-existence ou la destruction des organes constituaient les signes prodromiques de la paralysie générale.

Cotard garde le terme d'hypocondrie pour clarifier selon les préjugés de l'époque le contenu des idées délirantes, mais il les détache de la paralysie générale dont elles faisaient partie pour les inscrire dans le tableau de la mélancolie anxieuse.

(40) Quelles sont les conséquences de ce déplacement ?

La première et la plus importante consiste à ouvrir une brèche dans le mur du monisme étiopathogénique que la découverte de Bayle avait imposé, en attribuant à une cause univoque et organique – la périencéphalite chronique – les troubles d'un processus morbide séquentiel réunissant des signes physiques et psychiques simultanés.

Mais le délire hypocondriaque de négation d'organes faisait aussi partie d'un autre délire, celui que Lasègue avait distingué et constitué en

entité morbide séparée<sup>1</sup> parmi les aliénations mentales déjà classifiées. Il introduit ainsi une rupture avec la nosographie dominante qui tenait ce délire pour une des formes du délire mélancolique à cause de sa tonalité triste et de son caractère partiel.

Comment donc différencier ces deux formes délirantes ?<sup>2</sup>

Cotard examine avec un soin extrême ces formes délirantes apparemment similaires si ce n'était le contenu du délire qui devait prévaloir au moment de les classifier. Il fait appel à d'autres critères que je soulignerai et aboutit à faire du délire hypocondriaque de négation d'organes une espèce autonome de la lypémanie, de la mélancolie. Pour y parvenir, il choisit un trait, la tendance auto-accusatrice si privilégiée par le négateur lui-même dans sa disposition à s'effacer et où nous pouvons déjà saisir l'activité silencieuse de l'œuvre de destruction, la négativité constitutive (41) à son mode d'exister si contraire à la disposition orgueilleuse du persécuté qui ne reconnaît que dans le monde extérieur la cause de tous ses maux.

Similitude et contraste entre négateurs et persécutés encore une fois dans un autre délire que Cotard examine, celui notamment d'immortalité<sup>3</sup>, qu'il articule chez les négateurs à celui de culpabilité dont il représente une conséquence logiquement nécessaire :

« Elle se croyait alors damnée ; ses scrupules religieux la portaient à s'accuser... Dieu, disait-elle, l'avait condamnée pour l'éternité et elle subissait déjà les peines de l'enfer qu'elle avait bien méritées puisque toute sa vie n'avait été qu'une série de mensonges, d'hypocrisies et de crimes ; elle ne pourra mourir de mort naturelle, elle existera éternellement... »<sup>4</sup>

---

1. C. LASÈGUE, « Le délire de persécutions », in *Archives générales de médecine*, 1852.

2. Lors du Congrès de Blois, en 1892, l'intervention de Séglas porte sur l'élargissement du délire de négation à la folie systématique ou paranoïa. Dans une récente publication sur l'hypocondrie et le syndrome de Cotard chez Schreber très inspirée de nos travaux, M. Samacher reproduit des phrases de nos publications sans les citer, concernant très précisément les questions soulevées au Congrès de Blois. Cf. J. CACHO, « Le délire des négations », Association freudienne internationale, Paris, 1993, pp. 135-193 ; « L'énigme du Congrès de Blois », in *Délire de négation, reprise 1992*, Actes du Colloque du 12 et 13 décembre 1992, Institut Édouard Toulouse (C.H. Sainte-Anne) et Centre de Recherche en Psychopathologie (Université Paris Nord), Éditions de l'Association pour l'aide à la recherche en psychopathologie clinique, Paris, 1993, pp. 13-18.

3. Pour un développement ultérieur de ce délire, voir D. SAINTE FARE GARNOT, « À propos de l'impression d'être immortel », in M. CZERMAK, *Passions de l'objet*, Association freudienne internationale, Paris, 1986, pp. 236-249.

4. J. COTARD, « Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse », in *Annales médico-psychologiques*, 1880.

Ce délire par contre trouve son support dans la disposition orgueilleuse du persécuté et son refus de la mort qui porte atteinte au délire ambitieux.

Le délire d'immortalité avait déjà été isolé par Esquirol trente ans plutôt, en 1838, et attribué par lui à la « mélancolie religieuse » où prédomine ce que cet auteur appelait « délire de possession diabolique ». Quelques années plus tard, en 1843, son disciple Macario introduit à l'intérieur de cette classe une nouvelle subdivision et distingue deux modalités de possession appelées respectivement « interne » et « externe » selon que le diable se trouve à l'intérieur ou à l'extérieur du corps du possédé. Outre l'intérêt topologique de cette opposition, elle met en relief la prédominance du caractère persécutif de la première – la démonomanie interne – où d'ailleurs les hallucinations acoustiques sont prévalentes<sup>5</sup>. (42) C'est-à-dire que ce type de possession, par son caractère envahissant, nous permet de mieux saisir l'aspect persécutif du transfert et la moindre résistance du psychotique à son égard, ainsi que la mutation possible, quoique moins fréquente, de la mélancolie en paranoïa.

Par ce bref parcours, nous pouvons déjà indiquer comment Cotard dans ses publications consacrées au délire négation, celles précisément de 1880 et celles de 1882, se situe en rupture avec la conception que ses prédécesseurs – notamment Esquirol et après lui Griesinger et Falret – avaient imposée concernant la mélancolie.

Et même si Esquirol avait opéré un déplacement dans la conception étiopathogénique de la mélancolie en attribuant non plus à l'humeur, c'est-à-dire aux troubles thymiques, mais à la passion triste ou opprimante la causalité de cette maladie, néanmoins, d'un point de vue taxinomique, il n'accordait qu'une importance secondaire aux productions délirantes eu égard au caractère primaire du fond maladif qui restait, lui, de nature passionnel.

La dimension éthique de ce déplacement ne peut pas nous échapper. Si l'humeur noir qui depuis le pseudo-Aristote représentait la cause malade de la mélancolie ne garde plus cette place, c'est parce que la passion vient la remplacer et que la passion ne saurait pas être évoquée ni encore moins conçue sans la nouer à l'objet. Le témoignage écrit de la patiente d'Esquirol met en relief la vérité du rapport du « sujet cotardien » à ses objets :

« (...) maintenant dans les plus tendres caresses, dans celles de mes enfants je ne trouve que de l'amertume, j'y réponds en apparence

---

5. M. MACARIO, « Études cliniques sur la démonomanie », in *Annales médico-psychologiques*, 1, 1843, pp. 440-485.

avec effusion, je les couvre de baisers, on peut croire que j'y trouve du plaisir, que je les cherche ; quelque chose est entre eux et mes lèvres, et cette horrible chose est entre moi et toutes les jouissances de la vie. »<sup>6</sup>

La découverte de Cotard prend place dans un moment, les années 80, (43) où le débat dans l'école française tourne autour du délire chronique de Magnan, son contemporain. Cette nouvelle entité pathologique trouve une forte opposition de la part de nombreux cliniciens, et plus particulièrement chez Falret qui, dans la séance du 29 novembre 1886 à la Société médico-psychologique, exprime ses réserves, voire son opposition cliniquement argumentée.

La transformation du délire persécutif en délire de grandeurs, loin d'être constante, on ne l'observe à peine que dans un nombre réduit de cas du délire chronique ; et qui plus est, quand la transformation advient, l'une des formes délirantes n'efface ni se substitue complètement à l'autre, mais s'additionne à elle.

Cotard rallie sa position et sa critique à celle de son maître mais la fonde plutôt sur des bases épistémologiques. Il considère en effet que vouloir fonder l'établissement de nouvelles espèces sur le seul critère clinico-évolutif – le mode de terminaison précisément – représente le risque d'une simplification excessive de classification de la maladie mentale et un effort de réduction du nombre de formes pathologiques.

Quelle serait la raison qui pousse Cotard à défendre le polymorphisme délirant et la pluralité de formes vésaniques ? Pourquoi en fait s'oppose-t-il au délire chronique de Magnan ? Puisque son délire de négation incarne à lui tout seul la forme, probablement la plus pure, de délire chronique ?

Un examen attentif de son texte de 1887 sur l'origine psychosensorielle ou psychomotrice du délire nous permet de conclure que, en vérité, son opposition au délire chronique de Magnan vise deux postulats implicites à l'agencement logique de ce délire tel qu'il avait été articulé.

Le premier concerne une question qui me semble actuelle et vive. Elle intéresse le penchant totalisant d'un monisme nosologique fondé sur l'attribution de la catégorie de la cause à des bases exclusivement organiques. Cette tendance totalitaire que nous reconnaissons aisément dans toute production moïque a des conséquences inévitables sur le plan éthique, sur l'éthique médicale, ne serait-ce que dans le mode du rapport qu'elle induit dans la rencontre médecin-malade.

---

6. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 16, 1836, p. 198.

(44) Le deuxième postulat porte sur le modèle classificatoire dans la théorie de Morel <sup>7</sup>, qui ne se fonde plus dans le repérage de phénomènes cliniques mais sur leur étiologie, celle précisément de la dégénérescence, dont je ne remarquerai aujourd'hui qu'un des caractères constitutifs. En réduisant la catégorie du sujet à celle d'individu transmetteur de stigmates de l'hérédité, cette théorie non seulement avait permis des pratiques similaires à celles éliminatoires justifiées par la sélection naturelle, mais elle exige logiquement qu'on tienne pour homogènes les productions pathologiques et les tendances, les traits de caractère du patient qui précèdent à l'émergence de phénomènes maladifs. Continuité donc entre passé et présent, exclusion d'hétérogénéité de la rupture que la folie introduit dans son mode d'existence. L'enjeu théorique dans tels postulats me semble important dans la mesure où il implique une conception de la folie contraire à ce que nous apprenons de la bouche même des malades : elle représente en vérité une expérience subjective dont le surgissement d'ailleurs est souvent abrupt et de toute façon irréductible et en discontinuité avec l'expérience antérieure du sujet.

Je voulais relever encore que, par certains côtés, est commun à la démarche contrastée de Magnan et de Cotard, puisque dans l'entité clinique inaugurée par le premier – le délire chronique – l'auteur insiste sur le fait que la persécution, une fois installée, loin de représenter un épisode transitoire dans la vie du sujet, en constitue par contre la marque permanente du mode habituel de son rapport à l'objet, quelque chose donc d'inhérent à son existence même.

Cotard, en isolant la négation comme élément déterminant et suffisant à l'établissement d'un autre délire chronique – le délire de négation – y reconnaît lui aussi que ce trait distinctif incarne à lui tout seul le mode spécifique du rapport du sujet au monde. D'un rapport fort singulier car ce mode négatif se spécifie par un envahissement progressif qui, partant des organes, contamine tout ce que le sujet peut avoir, y compris ce qu'on appelle son être. C'est sans doute la catégorie même de l'être dans sa (45) généralité qu'il vise puisque, comme Cotard nous l'apprend, cette disposition négative dans la phase ultime de son parcours, non seulement porte atteinte à l'horizon garanti de la mort, mais arrive à des vérités de valeur universelle, extérieures au sujet mais nécessaires à ses possibles manifestations.

Ce sont donc ces dispositions négatives qui déterminent le fond maladif du délire, lequel ne représente que son interprétation morbide. Elles le rattachent à la mélancolie dont elles constituent le véritable

---

7. B-A. MOREL, *Traité de dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Paris, 1857.

substrat.

Ce mode d'articulation théorique introduit, me semble-t-il, une subversion dans la conception régnant à l'époque sur l'aliénation mentale parce que, contrairement à la doxa des localisations cérébrales, elle situe la catégorie de la cause au cœur même de l'économie non plus restrictive, propre à la conception dite des troubles partiels, mais globale et interne au sujet. En plus elle décentre l'idée issue des Lumières et prépondérante à l'époque, qui attribue à la raison la place centrale dans la structure du sujet.

Je m'arrêterai aujourd'hui sur la question suivante : la découverte, l'invention de Cotard et celle de son contemporain Magnan ne nous indiquent-elles pas que le sujet erre entre deux modes fondamentaux d'existence apparemment opposés et contradictoires ? Il s'agit en effet d'un sujet divisé entre deux options extrêmes, l'indignité mélancolique où il incarne cet objet méprisable et honteux et la position orgueilleuse du persécuté, et qui, dans certaines conditions peut basculer de l'une à l'autre.