

Jules Cotard

De l'aboulie et de l'inhibition en pathologie mentale¹

À propos de Jules Cotard (Issoudun 1840 – Vanves 1889)

Élève de Broca et de Charcot, disciple de Comte, il effectuera la quasi-totalité de sa brève carrière de psychiatre à la Maison de santé de Vanves en collaborateur de Jules Falret, qui le décrit ainsi dans son éloge funèbre : « Esprit original, penseur profond, plein de vues nouvelles, frisant quelquefois le paradoxe mais toujours ramené au sentiment de la réalité par un jugement sûr et droit qui rectifiait les écarts de son imagination trop inventive, il laissera, dans notre science spéciale, un certain nombre d'idées neuves et originales, qu'il n'a pas eu le temps de développer et qui sont restées à l'état embryonnaire, et même quelques mots nouveaux, tels que le délire des négations et le délire d'énormité, qui sont aux folies mélancoliques, ce que le délire des grandeurs est aux folies expansives. »*

*Un cartel** réuni autour de la notion freudienne de « travail de mélancolie » se devait, sans doute, de croiser la figure et l'œuvre de Jules Cotard. Cet auteur s'est surtout fait connaître à la postérité par le dégagement, des diverses formes de mélancolie, du délire des négations en contrepoint du geste de Lasègue, trente ans plus tôt, isolant du même socle le délire des persécutions. Régis, puis Seglas, rassemblant la moisson du nosographe, élevèrent le triptyque du syndrome qui porte son nom, dans cet abaque que réalise la figure du négateur immortel et damné, le Cotard.*

Mais cet esprit classificateur méthodique visait au-delà, dans un effort constant d'interprétation psycho-physiologique, à produire une véritable causalité lésionnelle de la folie mélancolique, en l'espèce, in fine, d'une atteinte de l'organe volitionnel de l'appareil psychique. Pour ce faire, encore fallait-il en définir les contours : c'est chose faite dans ce graphe de 1886, dans cette note distinguant l'aboulie de l'inhibition présentée à la société de Psychologie physiologique. Deux autres articles compléteront cette entreprise, l'un de 1887, « De l'origine psycho-sensorielle ou psycho-motrice du délire », l'autre lu par Jules Falret, peu après la mort de Cotard, au Congrès de médecine mentale d'août 1889, où il va s'agir de faire sentir l'influence considérable des troubles moteurs dans un grand nombre de faits pathologiques, se rattachant en apparence à une origine sensorielle.

¹ Note présentée à la Société de Psychologie physiologique, dans la séance du 19 avril 1886 (Extrait de la *Revue Philosophique*, juin 1886). Paru dans : J. Cotard, *Études sur les maladies mentales et cérébrales*, Paris, Baillière, 1891, chap. IX.

* Jules Falret qui rassemblera et préfacera la totalité des écrits de son collaborateur, dès 1891, sous le titre *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, deux ans seulement après la mort de Jules Cotard, décédé du croup contracté en soignant sa fille.

** Cartel réunissant François Balmès, Christiane Dostal-Dias, Jacques Le Brun, Thierry Longé et Solal Rabinovitch.

Parmi les diverses questions abordées dans le travail de M. Langle sur l'inhibition², il en est une qui me paraît mériter une attention particulière. Je veux parler de la distinction entre l'aboulie proprement dite et l'inhibition.

Cette distinction est-elle légitime ? N'y a-t-il là qu'une simple différence de degré entre des *états faibles* et des *états forts*, identiques au fond ? ou bien y a-t-il deux mécanismes psychiques différents ? M. Langle adopte cette dernière manière de voir et je voudrais ajouter quelques arguments à ceux qu'il a déjà fournis à l'appui de son opinion.

Il me faut pour cela quelques préliminaires psychologiques.

Si nous considérons dans son ensemble le tableau des images mentales ou représentations subjectives, tableau qui reproduit en nous tout ce que nos sens nous ont appris du monde extérieur et de nous-mêmes, nous apercevons facilement dans ce tableau des régions distinctes les unes des autres.

Une de ces régions, divisible elle-même en plusieurs départements, renferme l'ensemble des images visuelles, auditives, tactiles, etc., relatives aux objets extérieurs. C'est la représentation du monde externe, c'est la partie objective, qu'on me passe l'expression, de notre subjectivité.

J'insiste sur le caractère objectif des images du monde extérieur. Des psychologues éminents³ professent que ces images ne s'extériorisent qu'autant qu'elles passent à l'état fort, à l'état de sensation ou d'hallucination ; que si leur tendance hallucinatoire est enrayée, elles nous apparaissent comme internes.

La vérité est qu'elles nous apparaissent comme images, comme ombres ou fantômes s'effaçant devant la réalité visible et tangible ; mais, fortes ou faibles, elles gardent toujours leur caractère d'extériorité.

« Toutes les fois, dit Falret⁴, qu'un souvenir relatif à une sensation est ramené dans le présent, par un acte de l'imagination, il est immédiatement et nécessairement rejeté dans le monde extérieur ; ainsi le veut la constitution de l'entendement humain. »

Pour qu'il en fût autrement, il faudrait que les notions de distance, de localisation dans le temps ou dans l'espace, notions qui en général adhèrent fortement à l'image, fussent totalement effacées.

Pour mon propre compte, j'avoue qu'il m'est impossible quand je me représente un monument, une ville, un objet quelconque de ne pas voir mentalement cet objet à sa place réelle. Jamais je ne le vois au-dedans de moi. Toujours la vision garde son caractère d'extériorité.

² M. Langle, *De l'action d'arrêt ou inhibition dans les phénomènes psychiques*, thèse, Paris, 1886.

³ Rabier, *Leçons de philosophie*, pp. 140 et 419.

⁴ Falret, *Maladies mentales*, p. 280.

Quand il nous arrive de rentrer le soir dans notre appartement obscur, nous nous guidons par les images des objets bien connus qui nous entourent et par les notions de leur position dans l'espace. Quand nous avons fait de la lumière, les images passent de l'état faible à l'état fort sans pour cela changer de place. Elles gardent toujours, je le répète, le même caractère d'extériorité.

Cela est tellement vrai que lorsque nous voulons nous représenter fortement un objet, lorsque nous voulons en réveiller l'image chez les autres, nous tournons nos regards vers le lieu où il se trouve et nous l'indiquons par le geste, bien qu'il nous soit impossible de l'apercevoir.

Faibles ou fortes, les images du monde externe nous apparaissent donc toujours comme extérieures à notre moi. Elles lui appartiennent en tant que connaissances, acquisitions intellectuelles, mais elles ne sont pas lui. Cette distinction est évidente dans les cas pathologiques où les images deviennent l'objet d'un automatisme indépendant du moi. Nous y reviendrons tout à l'heure.

Pour être moins évidentes, les images relatives à notre moi proprement dit ne constituent pas moins une partie importante de nos représentations mentales. S'il paraît exagéré de les mettre au même rang que les images du monde externe, cela tient, je crois, à deux causes principales.

La première est que la vivacité de ces images est sans doute fort variable chez les différents individus, comme l'est l'aptitude à l'introspection. Si l'on admet des visuels, des auditifs, etc., on peut admettre aussi qu'il y a des *intimes*. Il est clair que les esprits plus objectifs que subjectifs, peu portés à méditer sur les phénomènes les plus intérieurs de l'activité psychique, seront disposés à en diminuer l'importance et même à en nier les images.

La seconde raison tient à la difficulté de séparer l'image du fait psychique correspondant. Prenons pour exemple les volitions.

Chaque volition, étant perçue par le sens intime, doit laisser une sorte d'image intérieure ; les images successives de nos innombrables volitions se superposent et se fusionnent dans ce qu'elles ont de commun, et cette image commune, se confond à chaque instant avec nos volitions présentes, de même que l'image d'un objet extérieur se fusionne avec la sensation produite par l'objet présent.

Il en est de même pour les sentiments, pour les impressions morales qui constituent le côté vraiment subjectif de nos sensations et qui appartiennent au moi proprement dit, tandis que les images visuelles ou auditives lui restent extérieures.

Malgré toutes les difficultés inhérentes à ces problèmes ardues de la psychologie, difficultés qui se manifestent tout particulièrement dans l'observation intérieure, il ne me paraît pas niable que les actes psychiques perçus par le sens intime ne laissent des images, des résidus, comme le font les sensations externes.

Ce seraient ces images véritablement intérieures, qui constitueraient, dans l'ensemble du tableau mental, le domaine du moi proprement dit.

Mais ce n'est pas tout, il existe encore une catégorie d'images qui n'appartiennent exclusivement ni au monde externe, ni au moi. Ce sont les images relatives à notre corps.

Perçu objectivement par nos sens externes, notre corps est représenté comme le sont les objets extérieurs ; mais en même temps il fournit une foule de sensations obscures se confondant avec les données du sens intime, et conséquemment des images qui entrent dans la constitution du moi.

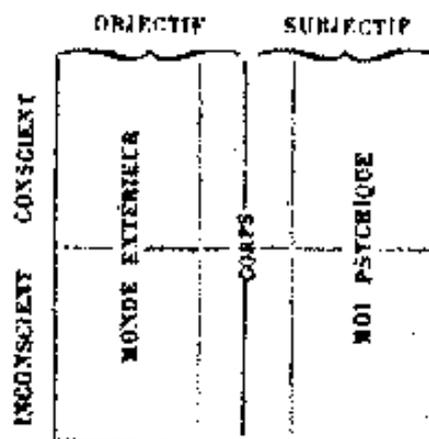
Nous pouvons donc établir dans le tableau de nos représentations mentales des divisions bien tranchées correspondant :

- 1° au monde extérieur ;
- 2° à notre moi psychique ;
- 3° à notre corps.

Mais, comme nous venons de le faire observer, les représentations mentales relatives à notre corps présentent un caractère mixte, les unes sont objectives comme celles du monde externe, les autres subjectives. Si donc nous divisons le tableau des images en deux parties, l'une objective, l'autre subjective, la région correspondant à notre corps se subdivise elle-même en deux parts : l'une se joint aux représentations mentales externes, l'autre aux représentations mentales internes en se confondant avec la région du moi psychique.

Le domaine propre du moi ne comprend donc qu'une portion restreinte de nos représentations mentales. Une grande partie de notre activité cérébrale consciente lui est extérieure, en sorte que les limites du moi sont beaucoup plus restreintes que les limites de la conscience. Elles les dépassent cependant dans un certain sens. Il y a de l'inconscient dans la région subjective comme dans la région objective, et chacun des trois départements peut se partager en une portion consciente et une portion inconsciente.

Le schéma suivant résume et rend plus claire cette tentative de classification.



Appliquons ces données psychologiques aux états décrits sous le nom de maladies de la volonté.

À l'état normal, l'acte volitionnel réveille l'image des actes volitionnels antérieurs, se fusionne avec elle – avec le moi. Il faut donc, lorsque l'impulsion part d'un point des régions objectives, que le réflexe passe par la région du moi, qu'il s'y annexe, pour ainsi dire, les impulsions dynamogéniques ou inhibitoires appartenant au moi, qui alors le fait sien et le transforme en volition. Si, comme cela a lieu dans certains cas le réflexe se rend directement aux centres moteurs, sans passer par la région du moi proprement dit, l'acte, tout en restant conscient, devient automatique.

C'est ce qui a lieu, à l'état normal, pour certains actes à la fois conscients et involontaires, tels que l'éternuement, le vomissement, etc.

C'est ce qui a lieu, à l'état pathologique, pour les actes dits impulsifs ; certains malades ont conscience d'une force extérieure qui commande un acte dont ils ne se sentent pas responsables et contre lequel il se révoltent.

Les impulsions qui, au contraire, naissent dans la sphère du moi ou lui sont finalement incorporées, tout en gardant leur caractère pathologique, revêtent la forme des volitions normales. Les malades les revendiquent, les justifient, prétendent avoir agi librement et acceptent toute la responsabilité de leurs actes.

Des différences analogues s'observent dans les cas inverses où la volonté paraît être empêchée ou paralysée.

Lorsqu'un individu n'agit pas, son inaction peut être due à trois causes principales :

- 1° le défaut de désir, de mobile ;
- 2° l'impuissance à agir ;
- 3° un empêchement extérieur.

Un individu reste dans son lit parce qu'aucun désir ne le porte à se lever ; un autre parce qu'il est paralysé ; un troisième parce qu'il y est maintenu par des liens.

Les malades décrivent très nettement des situations psychopathiques qui peuvent se ranger sous ces trois chefs.

Des mélancoliques n'agissent pas, parce que rien ne les touche, rien ne les attire, rien ne les émeut ; ils n'éprouvent plus aucun sentiment humain et n'ont plus aucun motif d'agir. D'autres sont dominés surtout par un sentiment d'incapacité. Tout leur est impossible, ils ne sont plus en état d'accomplir l'acte le plus simple ; ils le voudraient, mais ils en sont incapables. D'autres enfin voudraient agir, ils le pourraient, mais ils sentent un pouvoir extérieur qui les arrête, contre lequel ils se révoltent et luttent le plus souvent sans succès.

Les malades appartenant aux deux premières catégories placent en eux-mêmes, dans leur moi proprement dit, l'origine de leur mal.

Ils sont déçus, indignes, incapables, ils s'accusent et assument la responsabilité de leur inaction. Pour les malades du troisième groupe,

l'empêchement vient des régions extérieures au moi. C'est le monde extérieur qu'ils accusent.

La distinction d'un moi et d'un non-moi, dans les fonctions psychiques, ne jette-t-elle pas quelque lumière sur ces faits si ordinaires en pathologie mentale ? Ne sommes-nous pas conduits à établir une distinction entre l'aboulie dont l'origine est dans le moi et l'inhibition qui vient du non-moi ?

Les manifestations terminales se ressemblent beaucoup, il est vrai ; en les considérant exclusivement, on est porté à tout confondre.

La confusion est même inévitable, lorsque, comme cela arrive souvent, l'origine du phénomène se trouve dans les régions inconscientes, soit subjectives, soit objectives. Dans ces cas, le malade s'arrête, s'immobilise et lui-même ignore absolument le pourquoi de son arrêt. Il en est de même des sujets hypnotisés ; qu'on leur suggère une injonction inhibitoire ou une idée d'incapacité le résultat est le même, il est cependant vraisemblable que le *suggestum* s'est logé dans des régions différentes.

Il y a là de très grandes obscurités. Il n'en est pas moins vrai que dans un grand nombre d'autres faits, l'origine des troubles de la volition est indiquée.

J'ai déjà cherché à établir, dans un précédent travail, une distinction clinique d'après l'origine que le malade lui-même attribue à son mal. Tantôt le mal accuse le monde extérieur et vraisemblablement ce sont les régions des images du monde extérieur qui sont affectées, comme le démontrent les hallucinations auxquelles aboutit à peu près constamment l'automatisme pathologique. Tantôt le malade s'accuse lui-même, c'est dans son moi que semble siéger le mal. Enfin lorsque le point du départ pathologique se trouve dans la région mixte correspondant à notre personnalité physique, on voit fréquemment surgir des idées de possession fort remarquables en ce qu'elles établissent une sorte de passage entre les idées de persécution et les idées de culpabilité. Le délire est mixte, à la fois objectif et subjectif, comme l'est son point d'origine.

Je me résume dans les conclusions suivantes :

- 1° Il y a dans l'ensemble de l'activité physique un moi et un non-moi ;
- 2° L'aboulie a son origine dans des états pathologiques du moi proprement dit ;
- 3° L'inhibition semble provenir des régions extérieures au moi.