

Labirinto do não. Considerações sobre a síndrome de Cotard

Dayse Stoklos Malucelli¹

Resumo:

Retomada de um tipo de delírio, o de negações, também conhecido como Síndrome de Cotard, destacando a sintomatologia presente neste quadro, aproximando-o com a história da psiquiatria francesa no século XIX.

Palavras-chave: Síndrome de Cotard; delírio das negações; psicose; melancolia; psicanálise; hipocondria.

Abstract:

Review of certain type of delirium, the negation delirium, also know as syndrome of Cotard, have a history in Psychiatry, in particular the XIX century French.

Keywords: *Syndrome of Cotard; negations delirium; psychose; melancholy; psychonalysis; hypochondria.*

1. Caso clínico

Enquanto vocês forem concretistas e realistas, vai ser muito difícil entender o relato de um caso clínico. Somente quando vocês perceberem que o relato do caso clínico não é o caso, mas um relato que produz um autor, aí vocês começarão a entender do que se trata. Um relato é sempre verossímil, mas não é verdadeiro (BERLINCK, anotações livre da autora, de uma aula).

Começar com uma epígrafe é uma advertência do que virá em seguida, anuncia e dá imaginariamente, sempre, uma certa segurança.

Pretendo relatar uma experiência clínica com um paciente com sinais evidentes do *delírio das negações*, que acompanhei durante três anos com uma regularidade quinzenal em um hospital psiquiátrico em São Paulo.

Este senhor, na época com 74 anos, não apresentou nenhum tipo de resistência para me encontrar em um consultório do hospital. Ele tinha uma expressão crispada, a fâcies triste, pálida, o sofrimento estampado na figura desanimada no sentido amplo da ausência de *ânima*. Andava lentamente, arrastando os pés, na sinuosidade da marcha, seus braços e pernas pareciam se descolar daquele corpo magro, sem hígidez. Parecia um quadro vivo das descrições de Esquirol, no seu clássico *Des maladies mentales* (1838). Sua voz era monocórdica, sem expressividade, o tom era muito baixo e sempre reticente. O niilismo e o tédio que transpareciam naquela figura esguia a la Giacometti, me afetaram intensamente.

¹ Psicanalista, doutora em Psicologia - Psicopatologia Fundamental-PUC /SP. Membro da Associação Psicanalítica de Curitiba e da Association Lacanienne Internationale. Professora da Universidade Tuiuti do Paraná. E-mail: dayse@uol.com.br

<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-ii-ano-iv/artigos-tematicos/labirintos-do-nao-consideracoes-sobre-a-criese-de-cotard.pdf>

No primeiro encontro, expliquei a razão da minha visita, a pesquisa que desenvolvia no doutorado, e pedi que ele me contasse um pouco da sua história. Respondeu-me que não tinha história, disse-lhe que mesmo assim eu gostaria de conversar com ele, então, sobre qualquer outro assunto. Também me disse que “não tinha assunto”.

A partir deste primeiro contato, ficaram instituídas minhas idas a um consultório do hospital em um determinado dia da semana, mas sem horário fixo, de maneira que tive a oportunidade de encontrá-lo em várias situações, como por exemplo: a visita da esposa, na hora do lanche, da medicação, da recreação. Outras vezes, ele dormia e eu precisava esperar um tempo para ele acordar e vir sonolento e mais desorientado ainda, com aspecto ainda mais frágil, vestido de forma desleixada, mas mesmo assim, vinha para dizer que não tinha o que dizer. Em outras ocasiões ainda, ele recusou-se a sair do quarto. Outras, dizia ter tido tonturas, quedas e escoriações. Ao ser interpelado, dizia: “um interno me agrediu”. Eram um corpo e um psiquismo que se esfacelavam cada dia mais.

Mas, à medida que nossos encontros se sucediam, ele começou a falar um pouco mais. Um pouco, mas o suficiente para ir puxando o fio da meada deste empobrecimento simbólico, que também atribuo à pesada medicação psicotrópica que ele fazia uso.

Quando eu me referia ao seu estado de ânimo, como por exemplo, “o senhor está mais triste hoje?”, ele afirmava “o meu sofrimento é o maior do universo”, uma litania que se repetiu em quase todos os encontros. O reverso, quando eu dizia alguma coisa como “o senhor hoje está mais bonito e bem disposto” (porque assim me parecia), ele respondia de imediato, e com uma frase pronta: “as aparências enganam”.

Quando perguntei por que ele continuava internado por tanto tempo (era a quarta internação de 60 dias em três anos), ele disse de maneira clara e com a voz mais alta do que de costume, e de maneira mais desesperada: “foi a pior coisa que aconteceu na minha vida, o maior erro da minha existência, isto aqui (o hospital) é pior do que uma prisão”.

Imediatamente, lembrei do que diz Schopenhauer, aforisticamente, que a pessoa que ainda acredita na felicidade precisaria visitar um hospital psiquiátrico ou uma prisão.

Mas estas situações, do dito de uma frase com um período mais longo, eram raras, e eu tentava estender. Algumas vezes tive algum sucesso, como numa tarde em que ele entrou no consultório e disse: “Estou em uma situação desesperadora, meu cérebro desintegrou-se, tenho um buraco aqui atrás (mostra a parte inferior/posterior da cabeça com as mãos) por onde escapa todo o meu cérebro, está vazando, a senhora está vendo? Um sofrimento terrível, não tenho sossego, minha memória é zero. Meu caminho é a morte, não raciocino mais”.

No encontro seguinte, tento retomar aquele discurso anterior e pergunto sobre a rotina do hospital, do que se ocupa, se tem amigos, se recebe visitas, e lá vem novamente uma resposta em bloco, sem fazer muita diferença das variáveis das interrogações: “Não entendo nada do que eles falam, minha cabeça está oca, vou morrer, não tenho nenhum interesse em nada, só espero o caixão. Vejo a morte perto de mim e não consigo morrer. Meus olhos estão repuxados para dentro, ardem como se tivessem ácidos,(manter o plural) não tenho mais corpo. O meu pênis virou uma pasta e o meu saco sumiu. Alguns internos falam comigo, mas eu não tenho voz para responder, é uma tragédia. Está tudo destruído”.

Em outro encontro, 15 dias depois: “Estou conversando com a senhora, mas os ossos do meu crânio estão se desmanchando, todo meu sistema nervoso está destruído, meus olhos não fecham mais, não pisco, minha massa encefálica está destruída, as células nervosas estão esgotadas. Não adianta a senhora vir aqui, não há nada para fazer, eu não existo mais e não tem ninguém na face da Terra que possa fazer alguma coisa por mim”.

Foram as únicas falas mais longas. Eu dizia que, mesmo assim, ele poderia falar um pouco mais sobre este “maior sofrimento do universo” e que, enquanto ele permitisse, eu estaria ali para escutá-lo.

Lacan, nas apresentações de doentes no Hospital Sainte Anne, lembra insistentemente que é preciso dar crédito ao que dizem os psicóticos, porque o que eles dizem é fundado sobre uma percepção da realidade psíquica, e que os doentes têm a generosidade de nos ensinar, sem rodeios, cruamente, o que é a realidade psíquica.

À medida que os encontros se davam, o paciente tecia sua ladainha de queixas e sofrimento. A cada tentativa de desdobramento de alguma dessas queixas, e não foram poucas, ele voltava para o jargão: não-não-não. Quando enuncia um pouco mais longamente, é sempre uma variação sobre o mesmo tema. Contudo, há uma polidez no enunciado de seu discurso, que lembra Bartleby, personagem da legendária obra de Melville (1853) – trata-se de um homem educado, mas desesperado.

Em uma das últimas “conversas”, ele diz, ou quem sabe me diz: “Minhas ideias não têm continuidade, não consigo compreender o Jornal Nacional, minha cabeça está vazia, tem alguém puxando meus olhos para dentro. Quando vou tomar banho, sinto que a água vai me derreter. Pressinto a morte que não chega. Meu estômago está salgado, não paro de tremer, não quero mais sair da cama,(ok) porque não tenho mais corpo”.

O melancólico de Cotard não tem modéstia, porta um desejo de comunicar seus defeitos, suas dores, autoacusações, culpas, paroxismos agoniados. Suas queixas são solilóquios, porque a cada oferta de uma possível chance de um alento a estas dores, ele diz e convence que é impossível ajudá-lo.

O discurso deste paciente evoca, ainda que de modo frágil, um antes e um depois. Consegue dizer um pouco do que fazia antes de ser internado, por exemplo, que torcia para um time de futebol, agora não se interessa mais porque não entende, não compreende um jogo. Faz uma discreta e tímida báscula antes e depois, mas é tão empobrecida que o intervalo que estabelece é muito estreito para se pensar que haveria um entre, onde fosse possível uma espiada.

O suicídio é mencionado algumas vezes na fala deste paciente, mas muito discretamente. Falta um eu mais decidido para impulsionar a ação do suicídio, não há o *quantum* de força para a passagem ao ato. O paciente não tem esta energia maníaca de que o suicida precisa. Na literatura, o Cotard vai sempre aparecer como um desajeitado nas tentativas de suicídio, raramente tentadas e muitas vezes malogradas. Contudo, não podemos deixar de considerar que ele já esteja de algum modo morto.

Segundo Ségla (1894, p. 182):

Ele se acredita culpado, indigno de comunicar-se com seus semelhantes; ele não passa de um animal, uma besta, uma porcaria. Ele não serve para nada na Terra; melhor seria se estivesse morto. Tal outro se dirá decaído do resto da humanidade; ele não tem mais sentimentos, nem vontade; ele não é mais como todo o mundo, está arruinado, não tem mais órgãos, não existe mais.

Ségla observa também que o delírio melancólico é centrífugo. Inicia-se na própria pessoa e passa a envolver parentes, amigos e até toda a humanidade, no qual o sujeito é nocivo ao Outro. Já o delírio de perseguição é centrípeto e o doente seguramente afirma que é o Outro que lhe é nocivo. Enquanto o melancólico tende ao delírio de *petitesse*, o perseguido se aproxima do delírio de grandeza. O melancólico está na posição de objeto a, como rebotalho do Outro e o paranoico como objeto mais-de-gozar, como afirma Quinet.

<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-ii-ano-iv/artigos-tematicos/labirintos-do-nao-consideracoes-sobre-a-criese-de-cotard.pdf>

Cotard, em 1882, dirá que os doentes acometidos pelas negações são melancólicos ansiosos não perseguidos.

Com a diferença marcante da negação neurótica que nega afirmando e afirma negando, cuja organização se faz pela via do recalque, no delírio das negações há um indicativo da forclusão do nome do pai, porque é uma negação que zerifica (QUINET, 2006), como diz o paciente que menciono: não tem mais cérebro, estômago nem voz.

Lacan, no Seminário 2, na lição de 25 de maio de 1955, dirá:

Não tenho boca, ouvimos isto no início de nossa carreira, nos primeiros serviços de psiquiatria em que chegamos que nem uns desarvorados. No meio deste mundo miraculoso, encontramos velhíssimas senhoras, velhíssimas solteironas, cuja primeira declaração junto a nós é – Não tenho boca. Elas nos informam que tampouco têm estômago e que, ademais, não morrerão nunca. A única diferença é que, para estas velhas senhoras, vítimas da síndrome chamado de Cotard, ou delírio de negação, no final das contas, é verdade. Aquilo a que elas se identificaram é uma imagem à qual falta toda e qualquer hiância, toda e qualquer aspiração, todo vazio do desejo, isto é, o que constitui propriamente a propriedade do orifício bucal. Na medida em que se opera a identificação de ser à sua pura e simples imagem, não há tampouco lugar para a mudança, ou seja, para a morte. É justamente disto que se trata na temática delas – elas, ao mesmo tempo, estão mortas e não podem mais morrer, elas são imortais – como o desejo (LACAN, 1955, p. 299).

2. Desejo do analista

Se há algo que todas as correntes de pensamento de quem efetivamente põem a mão na massa desta clínica estariam de acordo, é que tratar psicóticos é quase como tirar leite de pedra. Nem por isso um clima de salutar humildade frente a essa realidade tão complexa instalou-se, como também não se tem conseguido um debate mais fraterno e franco junto à comunidade de profissionais para pensar a sua prática. Há um comportamento como se o saber sobre a psicose fosse acabado, como se ninguém tivesse mais nada a acrescentar (CORSO, 1993, p. 44).

A prática, a clínica do analista, seja com bebês, crianças, adolescentes, neuróticos ou psicóticos, estará sempre suportada pelo seu desejo, o famigerado desejo do analista. “Desejo especial criado pela sua experiência de analisante levada até as últimas consequências?”... Mito lacaniano, diz Goldenberg (2012), lembrando que Freud se contentava com indicar a análise, para que o psicanalista se deixasse incluir na neurose do paciente, e não vice-versa

E o que seria um desejo de analista que se mantém frente a um discurso rígido, de absoluto não senso e mais ainda, e, sobretudo, que vem insistir em dizer da impotência do seu interlocutor na tentativa de fazer um buraco, abrir uma brecha para poder fazer o movimento dialético de uma mínima passagem da enunciação para o enunciado? Sabemos de maneira redundante, desde o ensino insistente de Lacan, que há necessidade de implicar o Outro no desejo para dar conta da experiência analítica.

Lacan, no *Seminário VI* na aula de 1 de julho de 1959, dirá que “O desejo do analista está em uma situação paradoxal. Para o analista, o desejo do Outro é o desejo do sujeito em análise e nós devemos, quanto a este desejo, guiá-lo não em direção a nós, mas em direção a um outro. Amadurecemos o desejo do sujeito para um outro que não nós” (p. 517). O trabalho analítico com as psicoses, insisto, vai nos colocar em outra posição subjetiva, quer seja no consultório privado, nos hospícios, penitenciárias, nas ruas, em uma exigência de inventiva para sustentar esta clínica.

<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-ii-ano-iv/artigos-tematicos/labirintos-do-nao-consideracoes-sobre-a-criese-de-cotard.pdf>

O paciente psicótico que desestabiliza nossas referências chega ao limite do intolerável e se torna assustador e desorganizador. Põe este desejo de escuta e de interpretação em xeque: como manter a tensão desta condição com alguém que não consegue reconhecer seu corpo como totalidade, quando a vivência do corpo em pedaços afeta também sua história despedaçada.

Trabalhar com pacientes graves psicóticos que estão impedidos de seu discurso habitual nos exige não só o famigerado tripé lacaniano, como também uma dose de engenho, arte e curiosidade, aquela que vai desvelando véus, sem muito temor do que poderá surgir e nos assustar como “fantasmas” infantis, já que a operação será sempre aquela próxima do recalque e sua fúria no retorno.

O psicanalista que se propõe a tratar do sujeito afetado pela Síndrome de Cotard sabe que a evolução da “cura” é desanimadora, que a complexidade da doença frente a outros quadros psicóticos – “a cronicidade especial”, como chamava Jules Cotard –, coincide muito bem com a premissa lacaniana: “A psicose é aquilo frente a qual um analista não deve retroceder em nenhum caso”, pronunciada na *Abertura da sessão clínica de Vincennes 1977* e publicada no número 9 da revista *Ornicar?*. O não recuo frente ao quadro devastador de uma psicose é que o psicanalista pode se aproximar um pouco mais da constituição do sujeito e de todas as suas vicissitudes.

3. Delírio de negação/Síndrome de Cotard

Jules Cotard nasceu em Issoudun, Indre, em junho de 1840. Inicia seus estudos de medicina em Paris, e depois é aceito como interno no hospital Salpêtrière nos serviços dirigidos por Broca e Charcot, cuja influência foi decisiva para suas pesquisas sobre a patologia do sistema nervoso. Interessa-se pelas doenças mentais e segue com Lasegue os estudos e clínica, e depois com Falret, diretor da casa de saúde de Vanves, que procurava um adjunto. Começa a trabalhar em Vanves até sua morte prematura, em agosto de 1889, três dias depois de contrair difteria. Durante todo seu período de alienista, ele se interessa pelo estudo da melancolia. Escreveu apenas cinco artigos: (1) *Do delírio hipocondríaco em uma forma grave da melancolia ansiosa* (1880), (2) *Do delírio da negação* (1882), (3) *Perda da visão mental na melancolia ansiosa* (1884), (4) *O delírio de enormidade* (1888) e (5) *A origem psicomotora do delírio* (1884) – todos apaixonantes, porque marcados pela fineza da percepção dos fatos clínicos e pela sua coragem em insistir na pesquisa, apesar do negativismo dos pacientes, uma manifestação melancólica ainda desconhecida por não ter sido sistematizada e isolada até então. Esta fineza na escuta fará Lacan no *Petit discours aux psychiatres*, em 1967, pronunciar: “à bela herança do século 19 que a constitui, integralmente ‘em relação ao objeto do campo da psiquiatria, o louco’”.

O trabalho de Cotard se situa na metade do século 19, quando a nosografia francesa foi completamente revisada por J. P. Falret. As entidades mórbidas deveriam ser diferenciadas pelos sintomas e pela causalidade específica, pelo seu tipo de desenvolvimento e de cura.

Isolado em 1880, este singular delírio hipocondríaco “não tenho estômago, cérebro, nervos”, por exemplo, bem recorrente na clínica de Cotard, paralelo de uma sedação das perturbações psicomotoras que caracteriza a cronicidade da melancolia ansiosa. Ela se caracteriza por um certo número de traços como ansiedade melancólica, ideia de danação ou de possessão, a propensão ao suicídio e às mutilações voluntárias, a analgesia, as ideias de não existência ou destruição de diversos órgãos, do corpo inteiro, da alma, de Deus e, sobretudo, da ideia de não poder jamais morrer. Em 1882, Cotard coloca em destaque a negação atrás dos traços habitualmente encontrados na melancolia, que de alguma maneira Griesinger já tinha

<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-ii-ano-iv/artigos-tematicos/labirintos-do-nao-consideracoes-sobre-a-criese-de-cotard.pdf>

mencionado – ou seja, ao mesmo tempo em que tem suas riquezas morais e intelectuais, o doente crê ter perdido tudo. Esvaziado, não há mais nada que o faça ter prazer em existir, nem inteligência, nem energia, nem bens.

Estas características observáveis na melancolia simples, ainda chamada de *hipocondria moral* por Jules Falret, estão presentes em alguns sujeitos, mas Cotard não vê senão uma diferença de grau entre os casos leves e as últimas formas de melancolia, com as ideias de danação, de ruína e de negação sistematizada.

A principal característica ou manifestação mais patente da Síndrome de Cotard é a ideia da imortalidade ser vivida como um castigo – o delírio de imortalidade obedece a uma lógica da negatividade, não se trata de ser imortal como a ideia do megalômano paranoico mas de não poder morrer, é outra lógica, é outra ordem de sofrimento. Inseparável da ideia de estar já morto – a analgesia afetiva – este delírio indica a carência da marca do significante sobre o corpo.

Nós poderíamos colocar a equivalência entre a negação e a morte do sujeito da enunciação, própria ao delírio das negações. Exemplo típico é de Leuret (1834), em que uma paciente fala dela mesma na terceira pessoa, pela perífrase, “a pessoa de mim mesma não tem nome, não tem idade, nem pais, ela nunca existiu” (p. 175).

Lacan dirá que a *ladite* terceira pessoa não existe. Os linguistas Damourette e Pichon (1925) constatam que a terceira pessoa domina os enunciados e consiste aqui em exclusão.

As negações reduzem o sujeito a um sem nome que não pode fazer laço social. Assim, a enunciação melancólica pode ser considerada como a-discursiva, afirma Arzur (2004), a negação é o apagamento da subjetividade.

O eixo da pesquisa desenvolvida por Jules Cotard – “delírio de negação” – o incita a introduzir alguma coisa que vai mais longe que uma clínica de transtornos de humor.

Griesinger (1865), neurologista alemão, vai afirmar que, “sob a influência do mal-estar moral profundo que constitui o distúrbio psíquico essencial da melancolia, o humor ganha um caráter radicalmente negativo”.

Cotard estabelece a “hipocondria moral”, que difere de hipocondria ordinária, o doente não acredita naquilo que o outro afirma de positivo, afetivo ou de interessante a seu respeito; e o “delírio de negação”, em que há uma profunda melancolia, com queixas de ansiedade, sensibilidade moral e, sobretudo, autoacusação.

Se no “delírio das negações” o doente acredita não ter estômago, o que o leva a uma recusa à alimentação, no “delírio de perseguição”, a mesma recusa comparece, mas por acreditar que alguém possa envenená-lo.

O paciente acometido pelo delírio das negações evidencia o que Freud (1915) considera em *As pulsões e suas vicissitudes* (1915), que a fisiologia dita normal não funciona senão do fato de que o sujeito esteja cativado em um discurso. Quando o sujeito não está incluído em um discurso outro, há distúrbios da fisiologia, seus órgãos não estão mais ligados em função deste afrouxamento do laço social.

A grande importância de Cotard, entre outras, é a maneira que caracterizou e diferenciou radicalmente o “delírio das negações” como o contrário do “delírio de perseguição”, já que neste período (século XIX) havia uma certa sobreposição das patologias. Se nos delírios de perseguição o delírio é centrípeto, em que o sujeito afirma que o Outro é nocivo, no delírio melancólico há uma forma centrífuga, em que ele é o centro do mal. Lasegue (1892) distingue o delírio de perseguição do melancólico como “o melancólico é um indiciado e o perseguido é um condenado”. Ser indiciado significa ficar numa posição de espera da sentença, ou seja, da punição e do castigo. É isto que caracteriza a expectativa delirante de punição que Freud

descreverá em *Luto e melancolia* (1917). Quanto ao paranoico esse já recebeu a condenação de morte dada pelo Outro e passa a se sentir perseguido.

Jules Séglas destaca a dor moral, fenômeno que fala que o sujeito já está morto, não é mais afetado pelo significante, deixa o mundo dos vivos.

3.a Macromania e micromania

A enunciação melancólica pode ser considerada a-discursiva. A negação parte da historicização do tempo, consequência do apagamento da subjetividade do doente, e o delírio toma a dimensão de atemporalidade, mais do que o aspecto da eternidade. Infinitos no tempo, este doentes são também infinitos no espaço. No delírio de enormidade, último estágio do delírio das negações, o corpo torna-se imenso ou ilimitado, e se expande. Este delírio coloca em cheque a atopia de um sujeito que pode passar do nada ao tudo.

As sensações que o doente descreve são as de que seu corpo está fusionado com o universo.

É o caso de Mme. X descrito por Cotard, que por momentos acredita-se ser mais alta que o Mont Blanc e vê-se como um trovão, um raio e os relâmpagos. Outro paciente mencionado (CACHO, 1993, p.129) diz que sente que sua cabeça tomou proporções monstruosas, que ela vai como um carneiro demolir os muros das casas.

Assim como o corpo dilata, ele também diminui, emagrece, e pode quebrar em qualquer flexão. Czermak (1991, p. 151) descreve um surto desta passagem da macro para a micromania:

Tinha a sensação súbita de ficar imensa, que devia medir no mínimo três metros e depois, de repente, em outro momento, tinha a sensação de ficar bem pequena, redondinha. Sentia que estava crescendo imensamente, depois encurtava, depois tudo passava. Mas ficava incapaz de colocar um pé na frente do outro para andar, as pernas que eu tinha eram pedaços de fio de ferro movidos por molas e eu ia me arrebetar a cada passo dado (CZERMAK, 1991, p. 151).

Consequência da forclusão, estes limites se dissolvem provocando a expansão do corpo, que não dispõe mais de nenhuma coerência. O mundo desorganizado pode ir até o desaparecimento, o doente pode negar sua existência e ao mesmo tempo afirmar que ele está na “Índia, na América e em todas as partes do mundo” (COTARD 1888, 62). No delírio de enormidade, de infinitude, nenhum ponto de basta se opera, nenhuma separação vem fazer limite e o sujeito é reenviado ao infinito do Outro do significante, é na contiguidade topológica com o mundo que o paciente se encontra.

O corpo se torna uma esfera compacta, repleta, sem ablação significante. Seus orifícios são obturados pelo objeto que não caiu, preso nas teias do desejo materno. Czermack (1992) afirma que o traço central de toda psicose – a identificação do sujeito ao objeto – no delírio das negações é muito mais severo. Não há ali um sujeito – cindido, dividido. Há um indivíduo pleno, equivalente ao objeto, a fórmula da fantasia está desfeita, então Czermack propõe outra maneira de escrever a fórmula, na horizontal: $S=a=$, acrescentando que, na equivalência de sujeito e objeto, acrescenta-se também a equivalência ao corte. “Quando um sujeito se joga pela janela, ele faz um verdadeiro corte; isto é, ele elimina verdadeiramente, ou também nos casos de automutilação, essa divisão”. (CZERMAK, 1991 p. 164)

No *Seminário 10*, Lacan (1963-1964 p. 364) formula a hipótese de que o melancólico, ao se precipitar no ato suicida, atravessa a sua própria imagem para poder atingir o objeto *a*, ao qual ele está narcisicamente identificado.

<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-ii-ano-iv/artigos-tematicos/labirintos-do-nao-consideracoes-sobre-a-criese-de-cotard.pdf>

A autora Maria de Fátima Ferreira (2006 p. 135) faz um interessante comentário sobre o suicídio na melancolia, a considerar a cronicidade em Cotard e as respectivas tentativas de suicídio que são sempre malogradas nos cotardianos. Há um fracasso nas tentativas de morte, como se tem notícias pela literatura. A este respeito, cabe ainda uma consideração importante: “No melancólico, os parênteses se levantam, a imagem se atravessa e aparece a identificação com o objeto”. (CHAMORRO, 2004 p. 196)

Há um caráter de analgesia psicofísica paralelo à analgesia psíquica, que instaura um corpo sem sensações, em que o esquema corporal fundado nos primórdios se desmantela sem as amarrações pulsionais necessárias. Esta analgesia permite automutilações, dizem Cotard e Ségla, porque se instaura um corpo sem sensações, um corpo anatomicamente íntegro, mas mecânico, e que se pode desmembrar de acordo com o delírio estabelecido. Esta analgesia psicofísica impede a entrada da palavra, faz um paredão impermeável ao Simbólico.

Os negadores melancólicos representam o grau mais excessivo e avançado da cronicidade. Fazem aparecer concepções que se aproximam de delírios ambiciosos, sob a forma de infinitude, de eternidade e de enormidade, conforme descrito acima. A manifestação do delírio de enormidade pode acontecer por acessos em alternância com o delírio melancólico, e o delírio das negações nas paranoias, como será visto em uma importante citação de Schreber.

Cotard lembra nos seus escritos que o delírio de enormidade não é de fato delírio de grandeza, porque a enormidade está ligada às características de monstruosidade e de horror. No mais alto grau de sua morbidade melancólica, eles se tornam mais do que nunca “lamentadores, gemedores e desesperados, sua atitude e sua fisionomia são diferentes dos verdadeiros megalômanos”. (1888 p. 61)

Daniel Paul Schreber – referência maior em paranoia em Freud e em Lacan –, por meio do magnífico *Memórias de um doente dos nervos* (1903, cap. XI), e em *Danos à integridade física através dos milagres* (1909), narra detalhadamente, como de resto em todo o livro, situações, experiências no seu corpo, mortais para qualquer mortal, mas que, apesar das putrefações e mutilações, ele se mantém vivo, mas relata um delírio cotardiano legítimo:

Os milagres que mais de perto evocavam uma situação em acordo com a Ordem do Mundo pareciam ser aqueles que tinham alguma relação com uma emasculação a ser efetuada no meu corpo. A este contexto pertence em particular todo tipo de modificações nas minhas partes sexuais que, algumas vezes, (particularmente na cama) surgiam como fortes indícios de uma efetiva retração do membro viril, mas, frequentemente, quando prevaleciam os raios impuros, como um amolecimento do membro, que se aproximava quase da completa dissolução; além disso, a extração por milagre dos pelos da barba, em particular do bigode e, finalmente, uma modificação de toda estatura (diminuição do tamanho do corpo) provavelmente baseada numa contração da espinha dorsal e talvez também da substância óssea das coxas. Este último milagre, proveniente do deus inferior, era regularmente a impressão de que meu corpo tinha se tornado de seis a oito centímetros mais baixo, aproximando-se, portanto, da estatura feminina [...] Muitas vezes, durante períodos mais ou menos longos, vivi sem estômago e algumas vezes declarei expressamente ao enfermeiro M., que talvez ainda se lembre disso, que eu não podia comer porque não tinha estômago. Algumas vezes, imediatamente antes da refeição, me era fornecido por milagre um estômago, por assim dizer, ad hoc [...] Quanto aos demais órgãos internos, quero recordar ainda apenas o esôfago e os intestinos, que muitas vezes foram dilacerados ou desapareceram; a laringe, que mais de uma vez degluti junto com o alimento e, finalmente, o cordão espermático, no qual algumas vezes se operaram milagres bastante dolorosos, principalmente com o objetivo de reprimir a sensação de volúpia que surgia no meu corpo. Além destes, devo ainda mencionar um outro milagre, que atingia todo o baixo ventre (SCHREBER, 1903, p. 156-157).

<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-ii-ano-iv/artigos-tematicos/labirintos-do-nao-consideracoes-sobre-a-criese-de-cotard.pdf>

Desde o início de sua evolução, o delírio das negações exprime isto que excede o objeto mesmo do delírio, a saber “a estrutura linguageira que o determina e lhe dá seu nome, a negação” (CACHO, 2000, p. 21) Se elas concernem antes à parcialidade dos objetos, as negações terminam por concernir a totalidade do corpo.

O espaço e o tempo do sujeito, afetados pela negação, revelam o fracasso das coordenadas simbólicas e topológicas do sujeito. Cotard refere desde 1880 que as negações poderiam suportar as abstrações. Elas tocam, assim, os ritmos da existência (nascimento, morte), as leis de regulação entre as pessoas e culminam com as negações metafísicas (alma, deus) que indicam de maneira magistral o que do registro simbólico está foracluído.

O texto *Die Verneinung*, a denegação freudiana, é a passagem obrigatória para compreender a estrutura das negações melancólicas. Freud estabelece neste texto como um conteúdo de representação ou de pensamento recalcado pode aceder à consciência com a condição de ser negado. A denegação, que é uma maneira de tomar conhecimento do recalcado. E no Cotard? O recalcado é brutal e Real, retorna na negação absoluta dos órgãos e da libido.

Ao isolar o delírio das negações como entidade clínica, Jules Cotard destaca os delírios de grandeza e os delírios melancólicos. A distinção entre melancolia e paranoia passa pela oposição entre fenômenos psicomotores, representada simbolicamente como em um movimento centrífugo da vontade e uma alteração da centrípeta do conhecimento. Conforme diz Ségla: “A organização subjetiva deve ser redefinida a partir do senso orgânico [...] que depende da sensibilidade cinestésica dos diferentes órgãos e onde vem igualmente se enraizar os fenômenos afetivos” (PÉLLION, 2000, p. 245).

A propósito desta questão, Ségla cita Maudsley, psiquiatra inglês (1835-1907). “Os efeitos orgânicos do *non sense* fisiológico dos órgãos determinam nossa natureza afetiva” (PÉLLION, 2000, p. 246).

A morte prematura de Jules Cotard, aos 49 anos, interrompeu a sua pesquisa sobre o “Delírio das negações”, com muitas interrogações clínicas e/ou teóricas para serem pensadas no trabalho com seus sucedâneos. Estas manifestações não tinham escapado aos observadores atentos às doenças mentais, mas, antes da primeira publicação de Cotard, tampouco tinha se dado ênfase a muitos dos relatos clínicos. A interrupção desta pesquisa e a oportunidade de ir mais além, que a morte de Cotard impediu, suscitaram, por outro lado, a organização do famoso Congresso de Blois, que foi o terceiro Congresso de Medicina Mental, em agosto de 1892.

Neste Congresso, onde aconteceram 13 intervenções, podemos tomar como a mais importante a de Emmanuel Régis, médico psiquiatra francês, que dirá que:

Este estado psicopatológico chamado por Cotard de “delírio das negações” e que foi considerado pelo seu autor como um estado psíquico complexo e próprio, aos ansiosos crônicos, quer dizer, como uma Síndrome. Poderíamos talvez, para evitar qualquer confusão, designar o conjunto sob o nome de Síndrome de Cotard (CACHO, 2000, p. 169).

A proposta de Régis foi plenamente aceita pela comunidade científica, que passou a denominar dali para frente o delírio das negações de “Síndrome de Cotard”. O memorável Congresso de Blois termina com a observação da evidência que separa o delírio de perseguição dos outros delírios melancólicos e justifica por isso mesmo a obra de Lasègue. Mesmo que o delírio de perseguição e o de negação tenham nascido na mesma fonte, as ideias de perseguição não tardam a se diferenciar claramente daquelas da negação, e isto Cotard explicita muito bem.

<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-ii-ano-iv/artigos-tematicos/labirintos-do-nao-consideracoes-sobre-a-criese-de-cotard.pdf>

4. Conclusão

Na Síndrome de Cotard, uma extrema fragilidade desvela um corpo que fica além e aquém das leis, um corpo que se quebra, se espatifa como vidro, aumenta e diminui como elemento suscetível se exposto à dilatação e retração. Trata-se de um quadro que enseja inúmeras considerações clínicas e amplia consideravelmente a possibilidade clínica com a psicose que, como não se ignora, tende a ficar reclusa.

Trata-se da falta de sustentação, coesão, estenia e, sobretudo, da ausência do olhar do Outro, que o deixa perdido, esmagado feito uma chapa, sem intervalos como entre a árvore e a casca.

Ainda, é de falta de suporte à imagem do corpo próprio, o espelho opaco que impede a experiência de alteridade e, portanto, da possibilidade de fazer falta ao Outro e ser causador de luto na sua ausência. Ausência e presença se anulam, não fazem diferença no melancólico cotardizado.

Essa experiência constante de fragmentação em Cotard, da dispersão oscilante, passando de uma “compactação petrificada a uma expansão cósmica” (CZERMACK, 1991, p.151) advém de um eu que não nasceu morto, mas sua vida é natimorta.

Trata-se de um vazio no qual não cabe a falta redentora que instauraria o desejo, afastando, pela via da palavra, o sujeito da morte. O indivíduo está completo, como a esfera de Aristófanos.

O interesse da psicanálise por esta síndrome tão desreguladora, e que vem ao encontro do esforço neurótico de manter distância do que é desorganizador de uma ordem, ou do delírio das negações, não é passível de ser silenciada rápida e eficazmente pelos significantes do discurso da ciência: insiste e persiste. O interesse da psicanálise é o que não é passível de ser silenciado.

Sabe-se que a cada situação limite que um sujeito vive por contingências de sua existência, ele se torna um Cotard provisório. De fato, os golpes, os reveses e os fracassos fazem o sujeito bascular no desabamento psicótico. Tais experiências costumam nos jogar no tempo remoto e arcaico, e que se atualiza rapidamente. A angústia do estádio do espelho e tudo aquilo que atenta contra a identidade imaginária são atualizados nos episódios Cotard a que está sujeito. Tanto é plausível a afirmação de que, não raramente, até pela literatura disponível, se vê o estranhamento do corpo próprio por ocasião das cirurgias, ablações, traumas que vão da constituição da imagem à possibilidade de experimentar o corpo como inexistente. Os surtos pós cirúrgicos, pós-perdas e rebaixamentos, reeditam o desamparo inicial.

Será que nada pode ser possível a este paciente em questão, que delira em torno do “não”? Não poder-se-ia pensar, assim como se faz hoje na psicanálise com crianças, em inscrições tardias que pudessem provocar algum tipo de mobilização para a vida?

Que tipo de coisa poderia estar num devir, num vir a ser, para que não tenhamos de ficar para sempre no registro da absoluta impossibilidade de intervenção? Sabemos que, para a psicanálise, as palavras “sempre” e “absoluto” não têm chão por onde caminhar, porque nossa intimidade é com a falta. Talvez por isso, também, seja necessário que continuemos a clinicar, malgrados todos os fracassos e desatinos da clínica com psicóticos.

Referências Bibliográficas

ARZUR, Jean Michel. “*Des pensées negatives*” In: *Revue des colleges cliniques du champ lacanien*. Paris, nº 4, mars 2005. pag 31 –38.

<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-ii-ano-iv/artigos-tematicos/labirintos-do-nao-consideracoes-sobre-a-criese-de-cotard.pdf>

BERLINCK, Manoel Tosta. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Ed. Escuta, 2000.

CACHO, Jorge. *A Síndrome de Cotard*. In: *Revista do Tempo Freudiano*. Rio de Janeiro, 2006.

_____. *Le delire de négations*. Paris: Éditions de L'ALI, 1993.

_____. *Quelques remarques sur Le delire dès négations de Cotard*. In: *Évolution Psychiatrique*. Paris, 2000.

CAROLILE, A. *Consideraciones sobre El síndrome de Cotard – sobre uma evolution processual no comun*. *Alcmeon: Revista de Clinica Neuropsiquiatrica*, nº 4, 1994.

CORSO, Mario . *Reflexos Sociais na Análise da Psicose* . *Psicose – APPOA* ano IV n. 9 nov 1993 Porto Alegre.

COTARD, J., CAMUSET J., Séglas. *Du delire dès négations aux idées d'énormité*. Paris: Ed. Harmattan, 1997.

CZERMACK, Marcel. *Paixões do objeto*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

DIAS, M. M. *O valor ensinante do Delírio das Negações na Melancolia. Corpolinguagem: gestos e afeto*. Campinas: Mercado das Letras, 2003.

FERREIRA, Maria de Fátima. *Melancolia – Da identificação narcísica à pura cultura da pulsão de morte*. Dissertação de mestrado. UFMG, 2006.

FREUD, S. (1895). *Rascunho G*. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

_____. (1915). “Luto e Melancolia”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

LACAN, J. (1954 1955). *O Seminário, Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

_____. (1955-1956). *O Seminário, Livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1981.

MALUCELLI, D. S. *Síndrome de Cotard – uma investigação analítica*. Tese de doutorado. PUC, SP, 2007.

PÉLLION, F. *Mélancolie et vérite*. Paris: PUF, 2000.

SCHREBER, D. P. (1903) *Memórias de um doente dos nervos* ; Rio de Janeiro: Edições Graal , 2 edição , 1985.

Recebido em: 28/05/2012

Aprovado em: 22/11/2012

<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-ii-ano-iv/artigos-tematicos/labirintos-do-nao-consideracoes-sobre-a-crise-de-cotard.pdf>