

DAYSE STOKLOS MALUCELLI

**SÍNDROME DE COTARD:
UMA INVESTIGAÇÃO PSICANALÍTICA**

LABORATÓRIO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA – PUC-SP

**SÃO PAULO
2007**

DAYSE STOKLOS MALUCELLI

**SÍNDROME DE COTARD:
UMA INVESTIGAÇÃO PSICANALÍTICA**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Doutor Manoel Tosta Berlinck.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA – PUC-SP

**SÃO PAULO
2007**

Dissertação defendida e aprovada em 22 de agosto de 2007, pela banca examinadora constituída pelos professores:

Manoel Tosta Berlink (Ph.D pela Cornell University)
Orientador

Leda Mariza Fischer Bernardino (Doutora pela USP-SP)
Examinadora

Luís Eduardo Prado Oliveira (Doutor pela Universidade Paris VII)
Examinador

Nelson da Silva Junior (Doutor pela Universidade Paris VII)
Examinador

Paulo José Carvalho da Silva (Doutor pela PUC-SP)
Examinador

Dedicatória

À minha avó Maria que, nos seus graves impasses psíquicos e catatonia aproximou-me dos limites do estranho familiar, e de quem, no fio tênue do que foi possível construir, apropriei-me dos instrumentos para tecer minha vida.

À minha neta Isabela, que nasceu no trepidar desta pesquisa e que me trouxe a boa nova da renovação da vida, sobretudo, por fazer um elo forte e saudável entre gerações.

AGRADECIMENTOS

Ao Marcos, pela presença tranqüilizadora e disponível nas fases de maiores atribulações.

Aos meus filhos Mariana e Eduardo, que continuam me impedindo dos recuos na vida.

Ao professor Manoel T. Berlinck, pela confiança e fidalguia com que me distinguiu nestes quatro anos de trabalho, no Laboratório de Psicopatologia Fundamental.

Aos colegas e amigos do Laboratório de Psicopatologia Fundamental pelas sugestões, colaborações que, muito mais do que acréscimos acadêmicos, foram da ordem de um reconhecimento que me permitiram seguir.

À professora Jeanne Marie Gagnebin, pela orientação afetiva no Mestrado e que se estendeu nos impasses intelectuais do doutorado, como restos profícuos de uma etapa já atravessada.

Aos meus irmãos, presentes, acolhedores e compreensivos, sempre.

Aos professores Paulo José Carvalho Silva e Nelson Silva Júnior, por todas as observações atenciosas, valorosas e, sobretudo, singulares, que me foram sugeridas no exame de qualificação.

Ao Ricardo Goldenberg, que testemunhou e encorajou a minha autoria.

Ao Sr. R. que, na sua generosidade, recebeu-me e me ensinou da psicose muito mais que as bibliotecas.

Aos meus colegas e amigos da Associação Psicanalítica de Curitiba, pelas significativas interlocuções.

Ao amigo José Waldemar T. Turna e a Casa de Saúde São João de Deus, pela receptividade e oportunidade para desenvolver este trabalho.

À editora Marlise de Cássia Bassfeld e à jornalista Daniela Licht, pelas contribuições na organização metodológica e revisão técnica da tese, pelo carinho e paciência.

SUMÁRIO

QUADRO 1	21
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 JUSTIFICATIVA DO TEMA	1
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA	7
1.3 CONTEÚDOS DO TRABALHO	8
2 O CASO CLÍNICO EM QUESTÃO: A TRISTEZA DO SR. R.	9
2.1 SINGULARIDADES DO SR. R.	12
2.2 PRIMEIRA ENTREVISTA COM O SR. R.	13
2.3 CONTEXTO DE TRABALHO CLÍNICO NO CASO DO SR. R.	14
2.3.1 As primeiras interlocuções	15
3 DELÍRIO DAS NEGAÇÕES – SÍNDROME DE COTARD E MELANCOLIA	20
3.1 JULES COTARD – ASPECTOS DE SUA OBRA CLÍNICA	20
3.2 MACROMANIA E MICROMANIA NA SÍNDROME DE COTARD	22
3.3 DANIEL PAUL SCHREBER – UM ESTUDO FREUDIANO	24
3.4 DUAS MORTES – O PÊNDULO DO MELANCÓLICO EM COTARD ...	28
3.5 O PATRONÍMICO EM COTARD	30
3.6 A ESFERA DE COTARD	31
3.7 FASE DO ESPELHO – UM CONCEITO LACANIANO	33
3.8 COTARD POR RAIMUNDO NINA-RODRIGUES	34
4 O CONGRESSO DE BLOIS (1892)	36
4.1 A INTERVENÇÃO DO MÉDICO PSIQUIATRA DR. CAMUSET	36
4.2 A INTERVENÇÃO DO MÉDICO EMMANUEL RÉGIS	39
5 UMA ABORDAGEM SOBRE A HIPOCONDRIA	44
5.1 ETIMOLOGIA	46
5.2 A HIPOCONDRIA EM JULES COTARD	46
5.3 A HIPOCONDRIA EM LACAN E CZERMACK	47
5.4 HIPOCONDRIA E SÍNDROME DE COTARD	49
5.5 HIPOCONDRIA MORAL	50
5.6 PARALELISMO ESPINOZISTA	52
6 A NEGATIVA EM FREUD E COTARD – BARTLEBY, KAFKA, PESSOA	55
6.1 A NEGATIVA EM FREUD	55
6.2 A NEGATIVA EM COTARD	58
6.3 BARTLEBY – “I WOULD PREFER NOT TO”	59
6.4 KAFKA E O “ARTISTA DA FOME”	62
6.5 A NEGAÇÃO EM FERNANDO PESSOA	64

7	A TRISTEZA EM COTARD	65
7.1	OS SERMÕES DE PADRE VIEIRA	65
7.2	O NIILISMO NA SÍNDROME DE COTARD	66
7.3	ARTAUD E SUA TRISTEZA – UMA APROXIMAÇÃO A COTARD	69
8	O PSICANALISTA E A CRONICIDADE	71
8.1	A CRONICIDADE EM ALTO GRAU	71
8.2	O PSICANALISTA E O ENFERMO DE COTARD	73
8.3	PAUL CLAUDEL, O POETA DA DESTITUIÇÃO SUBJETIVA	75
8.4	“NÃO RETROCEDER FRENTE À PSICOSE”	78
9	CONCLUSÃO	79
9.1	RECOMENDAÇÕES PARA FUTUROS TRABALHOS	83
	REFERÊNCIAS	86
	ANEXOS	88

RESUMO

Esta tese, constituída no Núcleo de Psicanálise do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, tem por objeto de pesquisa a retomada de um tipo de delírio, o *de negações*, também conhecido como Síndrome de Cotard, e destaca a sintomatologia presente na maioria das melancolias e esquizofrenias. Por sua complexidade, nesse vasto campo o qual apenas se roça de leve, as referências existentes podem levar a caminhos sinuosos. Para não se afastar da bússola da Universidade, recorta-se então alguns aspectos, segundo a teoria que sustenta este percurso. Relata-se um caso clínico compatível com a Síndrome de Cotard, assim nomeada em homenagem ao médico francês Jules Cotard, do século 19. Dos relatos de Cotard, acerca de seus pacientes no Hospital Salpêtrière, faz-se uma aproximação com o que ainda ocorre, visto que apesar de tantos medicamentos de ponta, ainda não se alcança que logrem ultrapassar a doença e o doente. O *delírio das negações* tem uma história na Psiquiatria, especialmente a francesa do século 19, e inclui do trabalho de Jules Cotard seus cinco breves, densos e carregados casos clínicos ilustrativos e pontuais. Isto se repete nos alienistas contemporâneos do mesmo porte, como Seglas, Camuset, Régis, Nina-Rodrigues. Descreve-se as principais manifestações da síndrome como a micromania, macromania, a esferecidade sem aderências do seu corpo, a fase do espelho e suas peculiaridades em Cotard. Também se aborda o conceito de hipocondria, por ser manifestação recorrente e pano de fundo para outras manifestações que se superpõem. A tristeza que se observa no melancólico de Cotard faz pertinentes e significativas as observações de Dante, do padre Antonio Vieira, porque a melancolia não exclui nem se mistura à tristeza. Alguns exemplos da literatura confirmam o pensamento de Freud, de que os poetas e escritores sabem mais dos males da alma do que os psicanalistas. Neste trabalho, também se percorre autores clássicos até Freud e Lacan e alguns seus sucedâneos. Finalmente, tenta-se dizer da cronicidade deste tipo de síndrome e o que se coloca como possível na escuta clínica da psicanálise, e que derruba o ideal do *furor curandis* porque o tempo todo o cotardizado dirá que não é isto. Sua negação, porém, poderia ensejar uma outra negação: a de que o assunto esteja encerrado.

Como ocorre em outras áreas, em que se buscam alternativas para os grandes males da humanidade, talvez reste como desafio um horizonte com novos pontos de vista a serem constituídos por parte dos que se interessam por esta difícil e, tanto quanto, instigante clínica.

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

ABSTRACT

The scope of this study developed at the Núcleo de Psicanálise do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (Psychoanalysis Center of the Psychopathology Laboratory at the Catholic University of São Paulo) is the review of a certain type of delirium, the *negation* delirium, also known as Syndrome of Cotard and it emphasizes the symptomatology that is present in most melancholies and schizophrenias. The references found in this field may lead to sinuous ways, because of its only slightly approached complexity. In order not to withdraw from the University compass, some aspects were trimmed according to the theory sustaining this process. There is a clinical case reported that is compatible to the Syndrome of Cotard - this name given in honor of the nineteenth century French doctor Jules Cotard. From Cotard's reports on his patients at the Hôpital Salpêtrière, it is possible to approach the current events, once in spite of the latter numerous medications, the patients' recovering and the outreaching of the disease are not yet achieved. The *negation deliria* have a history in Psychiatry, in particular the XIX century French history and include the work of Jules Cotard, his five short, dense and heavy clinical cases that are illustrative and punctual. This situation is repeated for his contemporary alienists of the same level, such as Seglas, Camuset, Régis, and Nina-Rodrigues. This work describes the main manifestations of the syndrome, such as micromania, macromania, no adherence body sphericity, the mirror stage and their peculiarities in Cotard. It also approaches the concept of hypochondria, a recurring manifestation and background to other superposed manifestations. The sadness observed in Cotard's melancholic individuals shows to be pertinent and significant the reports by Dante and father Antonio Vieira, for melancholia does not include nor mixes with sadness. Some of literature examples confirm Freud's thought on poets and writers, who know more about the soul's pains than psychoanalysts do. In this work, classical authors like Freud and Lacan and some of their successors are examined. Furthermore, the chronicity of this type of syndrome is analyzed that makes it possible to the clinical hearing in psychoanalysis, and overthrows the ideal of *furor curandis*, once the individual who is analyzed under Cotard will always say this is not the case. His denial, however, would allow another negation: the closure of the issue. As in other

areas where the alternatives for the great evils in humanity are searched, a new horizon may leave a challenge with new points of view to be established by those who are interested in this difficult but instigating clinical issue.

Key-words: Syndrome of Cotard; negations delirium; melancholy; psychoanalysis, hypocondria

1 INTRODUÇÃO

“Eis a diferença entre se dispor a alcançar um ponto preciso ou aproximar-se dele de modo assintótico, sem esperar chegar, mas também sem perdê-lo de vista”.

Ricardo Goldenberg

O objeto desta tese é resultado do trabalho com um grupo de estudos que se mantém há três anos, na Associação Psicanalítica de Curitiba, sobre o Seminário 3, (1955-1956) *As psicoses*, de Jacques Lacan.

Durante o transcurso das leituras, uma colega¹ mencionara a Síndrome de Cotard como uma manifestação importante da melancolia e referira os trabalhos do psicanalista e psiquiatra do Centre Hospitalier Sainte Anne-Paris, Frederic Péllion, cujo serviço eu viria a acompanhar por trinta dias, em 2003.

Tratou-se de pacientes cotardianos cronificados, os quais me instigaram o desejo de iniciar uma pesquisa movida também por lembranças singulares da infância. Além disso, reconheci que, muito antes de me aproximar da Filosofia e, mais tarde, da Psicanálise, sentira-me interpelada pelo enigma que a psicose enseja, pela cronificação de uma posição subjetiva e o conseqüente sofrimento que permeia a vida do psicótico e dos que o rodeiam.

1.1 JUSTIFICATIVA DO TEMA

Desde sempre, a estética goyesca² da psicose provocou no meu imaginário infantil muito menos horror do que algumas interrogações que não paravam de se inscrever. O mal-estar instalado produzia efeitos vagos, como a busca de organização de um palimpsesto confuso, que produzia questões muito mais tarde traduzidas em perguntas, felizmente, jamais respondidas e, por isso mesmo, mantiveram-se vivas e provocaram outra forma de investigação. A clínica

¹ Telma Rocha de Moraes, psicanalista e membro da Associação Psicanalítica de Curitiba.

² Goyesco: relativo ao pintor espanhol Goya, mencionado pelo professor Manoel Berlinck, em aula no dia 25 de junho de 2006, ao se referir à estética dos psicóticos de dialogar com as figuras de Goya.

psicanalítica e o interesse pelas psicopatologias foram as conseqüências imediatas e definitivas.

Naquele distante contexto, estavam os loucos das ruas da minha infância, os delirantes nos seus solilóquios e uma avó emigrante, portanto, sem o acesso a minha língua-mãe, catatônica, o que a tornava verdadeiramente estrangeira na própria família. No estupor da sua expressão, na imobilidade física, as poucas palavras totalmente incompreensíveis e poucas vezes pronunciadas mostravam um outro lugar, uma clausura onde eu não conseguia entrar. Era um lugar interdito e, por isso mesmo, pronto para ser explorado pela criança e neta hipnotizada pelos estereótipos e gestos tão incompreensíveis quanto um murmúrio no idioma ucraniano.

Como ressalta Jeanne Marie Gagnebin (1994, p. 102),

a criança vê aquilo que o adulto não vê jamais, os pobres que moram nos porões cujas janelas beiram a calçada, ou as figuras menores na base das estátuas erigidas para os vencedores. A incapacidade infantil de entender certas cenas, palavras, ou de manusear direito certas palavras, está aí somente à disposição para nos obedecer, mas que nos escapa, os questionamentos podem ser outra coisa que nossos instrumentos dóceis. Lembranças as quais não se distinguem sempre quem enunciou e a quem se dirige, como no processo de uma psicanálise.

Torna-se impossível fazer uma reconstrução, uma narrativa *a la* Benjamin, como em *Infância Berlinense* (BENJAMIN [1892-1940] 1900), mas que retém a extensão do tempo na intensidade de uma vibração, de um relâmpago, do Kairós benjaminiano.

A infância, como diz incisivamente Lyotard, é in-humana. Por não implicar humanidade acabada e completa, talvez indique o que há de mais verdadeiro no pensamento, a saber, a incompletude ou a invenção humana.

Lembranças labirínticas me levaram a Freud inicialmente como um escritor-romancista e, depois, como o revelador do inconsciente e suas vicissitudes e, ainda, aquele que viria a terminar com as ilusões que ainda insistiam em se manter. Tais lembranças eram fundadas nesses tão ingênuos “olhar e escuta”, por não lhes ser atribuído significação senão uma curiosidade exagerada e produtiva. O que se passava com essas criaturas tão diferentes das outras do cotidiano coincidia de

maneira inesperada com a letra freudiana. O estranhamento começava a tomar ares familiares e, portanto, permitia uma aproximação mais temerária.

Numa passagem pela mitologia grega, tem-se Ariadne, a filha de Minos e Pasífae. No momento em que Teseu chega a Creta para enfrentar o Minotauro, com os jovens entregues como tributo pelos atenienses, Ariadne se apaixona intensamente por ele. Para que ele encontre a saída do labirinto, ela lhe entrega um novelo de fios, fornecido por Dédalo, ou uma coroa luminosa, obra de Hefesto, e foge com ele para evitar a cólera de Minos (BRUNEL, 1988, p. 82).

Desse modo, usa-se a expressão "procurando o fio de Ariadne" para dizer da tentativa de encontrar um caminho quando se está em momentos de indecisão ou de perdição. Trata-se de um fio que daria o rumo para uma saída feminina, marcada pela sutileza como o fio de Ariadne.

O fio da Ariadne, que fez função de guia no labirinto até a definição deste trabalho, foi também o fio da linguagem, entrecortado, balbuciado. Entretanto, ao tateá-lo às escuras, o fio da história me levou até o interesse acadêmico e clínico do estudo das psicoses.

Talvez, ainda como numa licença poética e nostálgica, possa ser dito que esta tese tem sua medida de restos infantis, retalhos de recalques e franjas de lembranças encobridoras. Mas, sobretudo, deve ser entendida como uma tentativa de tecer uma trama que sustente uma clínica e uma história.

A clínica psicanalítica não se origina como uma clínica das psicoses, embora Freud já fizesse menções importantes em sua correspondência com Fliess, especialmente na Carta 22, *Analogia entre um sonho e a psicose onírica* (FREUD, 1895), e na Carta 55, *Determinantes da psicose* (FREUD, 1897). Freud se referiu às psicoses no sentido lato, e, mais demoradamente, em *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia* (FREUD, 1911), bem como quando publicou *Neurose e Psicose* (FREUD, 1924) e *A perda da realidade na neurose e na psicose* (FREUD, 1924).

Lacan (1932) começou sua produção e clínica com a paranóia na tese de Medicina *Da psicose paranóica em suas relações com a Personalidade*, em que já anunciava seu interesse pelas psicoses, marcadamente psiquiátrico. Seus *Escritos* e *Seminários*, especialmente o de 1955, *Seminário 3, As psicoses*, tratam à exaustão

a etiologia, a metapsicologia, a sintomatologia das psicoses e oferecem uma interpretação topológica de Freud. Seu “re-torno a Freud é um re-tornar, uma segunda volta obedecendo ao trajeto de uma dupla volta sobre a banda unilátera – em que se regressa ao ponto de partida depois de duas voltas”, afirma Eric Porge (2006, p. 16). Especialmente nesta pesquisa, isso fica patente sobre a leitura do Presidente Schreber, em que se observa a literalidade do texto presente por todo lado em Lacan, mas com um forte tom de suas interlocuções com filósofos, religiosos, lingüistas, matemáticos e artistas.

A Psicopatologia Fundamental se beneficia das pesquisas sobre as psicoses porque essa clínica se ocupa da constituição do sujeito nas suas relações mais iniciais, arcaicas, primitivas, do *pathos* e suas implicações na clínica cotidiana, seja com os bebês, com as crianças, com os mais crescidos e as diferentes estruturas clínicas que considerarmos.

A escolha da Síndrome de Cotard, o recorte desta manifestação psicótica como tema de uma tese, deve-se a várias razões que se considera importante explicitar.

Evidencia-se, conforme afirma Berlinck (2000, p. 7), que “quando *pathos* ocorre, algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em marcha, sem que o *eu* possa se assenhorar desse acontecimento”. O delírio de negação esbarra nesse excesso pático de forma hiperbólica, massiva de que se ocupa a Psicopatologia Fundamental, no sentido do *pathos* como paixão e passividade.

Outra razão mobilizadora da pesquisa se deu pela rara literatura disponível acerca desta grave afecção. O silêncio sobre a pesquisa de Jules Cotard e outros psiquiatras contemporâneos, que ecoa nos escritos atuais sobre psicose, denuncia um abandono desta nosografia, de modo que se verifica uma solene ignorância sobre a importância, no século XIX, desta síndrome nos hospitais psiquiátricos, especialmente os franceses.

Como lembra Czermak (1993), a Síndrome de Cotard foi vista naquele século como um objeto entomológico, peça do anedotário do Grande Museu de Psiquiatria. Portanto, torna-se da maior importância para o psicopatólogo reler as descrições atentas, minuciosas de Jules Cotard, as quais pela precisão do olhar e da escuta destacam inumeráveis elementos esquecidos pela psiquiatria moderna, o cuidado da

narrativa de Jules Cotard com seus pacientes. De fato, as reflexões densas e perturbadoras de seus escritos são importantes para promover um incremento nas pasteurizadas referências nosográficas.

Verifica-se que o delírio das negações é freqüentemente confundido com melancolia e/ou esquizofrenia no sentido *stricto*, o que destitui todo o trabalho de psiquiatras como Jules Séglas, Jules Cotard e Camuset.

Pretende-se também recuperar a história no sentido grego, conforme Jeanne Marie Gagnebin (apud BERLINCK, 2000. p. 14): “aquele que viu, testemunhou”. Os psiquiatras que se ocupam desses delirantes são testemunhas da exuberante manifestação da dor e do sofrimento deles, ultimamente muitas vezes mascarados pelos medicamentos. A convocação da escuta do analista diante desse grave quadro talvez desvele o que é ainda pior, ou seja, a insuportabilidade da escuta das cantilenas tristes niilistas sobre a morte.

O poeta português Fernando Pessoa (1888-1935) também fez isso, contudo autorizado pela literatura e a intelectualidade. Os delirantes de Cotard e seus contemporâneos têm uma estética embutida na psicose, aquela que por excesso de lucidez se torna insuportável. Tal restrição também limita o interesse por estes quadros cronificados e repetitivos na sua queixa cotidiana.

Outra questão mobilizadora para esta tese são as variáveis da Síndrome de Cotard, que se apresentam em seus estados incompletos e cujos traços, entretanto, são comumente encontrados no *delírio de ruína*. Deve-se à pesada polimedicalização, que mascara os estados mais agudos da doença na tentativa de impedir a cronificação, a raridade de manifestações no estado puro. Todavia, com alguma freqüência são ouvidos neuróticos com um discurso muito próximo ao da Síndrome de Cotard, no sentido do horror a falências, da paúra de perder seus objetos em alguma situação sinistra, de morar na rua, de sofrer por doenças, abandonos, solidão. Esses discursos se aproximam do Cotard pela forma muito dramática com que são enunciados e sugerem sempre um desamparo parental, sem chegar no paroxismo do delírio de negação dos órgãos. Estes, são em pequeno número pois, mesmo guardados os traços característicos da síndrome, aparecem associados a outras patologias.

Mario Eduardo Pereira (1998) observa que o termo *Síndrome de Cotard* praticamente desapareceu dos Manuais de Psiquiatria, de modo que deu lugar a expressões do tipo *Delírio nihilista*. Pereira analisa, porém, que a mudança de nomenclatura não afasta um interesse clínico da maior importância para o psicanalista.

Nesta tese, o interesse clínico se torna o vetor de aproximação desses doentes, cujo paroxismo mostra o excesso sintomático, a hipocondria, a melancolia, por exemplo, e corrobora vigorosamente para dismantelar as “novas patologias” da chamada contemporaneidade, posto que as descrições do século XIX são coincidentes com o caso clínico que sustenta esta pesquisa.

Ressalta-se que este trabalho não tem outro interesse senão clínico e que passa ao largo da história da psiquiatria. Enfatiza-se, também, que o percurso na pesquisa de uma doença sobretudo psiquiátrica, e encontrada apenas em hospitais psiquiátricos, faz um desenho aferente. Ou seja, não se sai da clínica do hospital psiquiátrico para colocar a pesquisa em outras searas; mas, ao contrário, sai-se da clínica em consultório privado e do ensino acadêmico para o hospital psiquiátrico. Esta direção evidencia um ineditismo impressionante, mesmo que a própria clínica (da autora da tese) tenha um número considerável de pacientes psicóticos, egressos de hospitais, ou fora ou pré-surto e sendo acompanhados pela psiquiatria, mesmo assim, o doente internado e cronificado enfatiza sobremaneira o sofrimento e a dor das doenças mentais, de forma mais nua, crua e dura.

Entende-se também que nenhum lugar no sentido topológico e simbólico seria mais apropriado para inscrever esta pesquisa do que no Laboratório de Psicopatologia Fundamental, em que o que se propõe explícita e especialmente é tratar do *pathos*, porque o Cotard é, *par excellence*, um sujeito trágico, sofrente. Corresponde ao Fundamental da Psicopatologia porque o doente vai fundo, ele resiste, vivo em um corpo quase morto. Como na *Divina Comédia*³, são eternos, vão sofrer eternamente e parecem terem cruzado a porta com o terrível aviso: “Perdei, ó vós que entrais, toda a Esperança”. Os pacientes afetados pelo *delírio das negações* não têm esperança, ali a esperança não é a última que morre.

³ A *Divina Comédia* é a obra-prima de Dante Alighieri, iniciada por volta de 1307 e concluída pouco antes de sua morte, em 1321. Trata-se de um poema épico, escrito em italiano, que narra metaforicamente uma odisséia pelo inferno, purgatório e paraíso.

Ao lembrar Berlinck mais uma vez e ao justificar a inscrição desta tese no Laboratório de Psicopatologia Fundamental, sobretudo porque na clínica testemunha-se o mergulho no nada destes pacientes, a frase (de trabalho ainda não publicado) em seguida cabe nas interrogações desta pesquisa: “Fundamental, então, ao contrário de geral, que se refere ao superficial, ao amplo, aos contornos horizontais e verticais que tudo incluem, refere-se ao ancorar, ir ao fundo” (BERLINCK, 2005, p. 3).

Cabe considerar, ainda, que por meio da psicose, mostra-se a céu aberto a possibilidade de se fazer uma aproximação às outras estruturas psíquicas, muito menos parasitantes e cronificadas do que graves e sofridas. Parafraseando Freud : “o psicótico não tem o pudor neurótico de mascarar o âmago da dor de existir e apresenta uma persistência rara em denunciar, via seu maltratado corpo, os farrapos do psiquismo”.

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

Constituem objetivos desta tese:

- a) pesquisar os sintomas que compõem a síndrome de Cotard e observar os pacientes com quadros diagnosticados ou não, desse sintoma, em um Hospital psiquiátrico, levando em conta os indicadores da revisão bibliográfica;
- b) considerar os limites e as possibilidades da psicanálise com os pacientes cuja gravidade exija internamento hospitalar;
- c) verificar a eficácia da psicanálise em pacientes com síndrome de Cotard;
- d) responder à questão proposta de início nesta pesquisa, se é possível falar de fantasma na melancolia;
- e) identificar particularidades da melancolia, especialmente a síndrome de Cotard, em clássicos da literatura universal.

Ainda, buscar-se-á situar os delírios das negações como a estrutura psíquica mais pura daquilo que é um corpo psicótico, submetido ao infinito no tempo e ilimitado no espaço; marcado por uma hipocondria maior e extremada, diferente da

hipocondria presente em outras psicoses. Nessa posição, o indivíduo não conhece nada que não seja o presente petrificado e sem mobilidade, e como não tem hiância, buraco, nada se modifica.

A Síndrome de Cotard remete também às catatonias, ao estupor melancólico, às psicoses agudas e a todos aqueles sofrimentos psíquicos do humano que vêm aliviar o ideal do psicanalista e aniquilar o *furor curandis*. Implica uma constatação triste para uma prática que se quer antes de tudo instrumentalizada pela linguagem

O sujeito cotardiano é um inconsolável trancado, não há uma janela pulsional a que se possa assaltar; ele remete ao desamparo inicial, sem o menor pudor.

Fica-se autorizado a pensar que a Síndrome de Cotard oferece elementos para pensar a clínica com mais ousadia e menos pretensão; ousadia porque se pode ir muito longe, se a própria análise permitir e despretensiosamente porque tais doentes dizem que não são suscetíveis à prática psicanalítica. E isto não costuma ser muito divertido na clínica. Se por um lado tal constatação traz um desalento; por outro, derruba posturas narcísicas infantis que possam estar presentes na condição de um tratamento.

Escutar um melancólico de Cotard exige que se esteja muito além das guerras de prestígio, das fogueiras das vaidades ou dos narcisismos intocáveis.

Entretanto, pode ser significativa aventura a que nenhum analista deveria se privar, porque a clínica com psicóticos leva longe demais e se há uma teia simbólica tecida na análise, sem muitos buracos, pode-se imiscuir, especular mais daquilo que é do humano, por demais humano, essas experiências-limite do estranho-familiar que doente de Cotard promove. Trata-se de viagem transplanetária, em que as referências são outras e o analista se vê na injunção de abandonar dogmas e cânones até então muito navegados.

1.3 CONTEÚDOS DO TRABALHO

O desenvolvimento desta tese está sustentado numa ordem de abordagem metodológica, dividida em capítulos, conforme se explicita a seguir.

No primeiro capítulo, é apresentada uma breve história do *delírio das negações*, situando-se cronologicamente a clínica de Jules Cotard, o Congresso de Blois (1892) e as contribuições de Jules Séglas.

As características fenomenológicas descritas por J. Cotard, seus argumentos e considerações serão comentados e discutidos, assim como também será feita uma tentativa de traduzir o espanto e a estupefação que os relatos dos doentes provocam; a escuta e a coragem de Cotard de isolar esta síndrome como algo, então, inédito. Nos Anexos, estarão alguns textos de Jules Cotard, Jules Séglas e as mais importantes discussões do Congresso de Blois.

Por ser uma manifestação-mór do Cotard, a hipocondria será o foco do **segundo capítulo**, que se inicia com os escritos, assim chamados, de pré-psicanalíticos de Freud, suas cartas a Fliess. Marcel Czermak, Frédéric Péllion, entre outros, será tomado como eixo que balizará o trabalho.

No terceiro e quarto capítulos, a melancolia e a paranóia serão descritas no *delírio das negações*, manifestações importantes e recorrentes nesta clínica.

No quinto capítulo, será abordado o caso clínico norteador desta pesquisa, a fim de que sejam demonstradas as hipóteses apontadas e a atualidade do *delírio das negações*. No mesmo capítulo, constarão aspectos da história do paciente, relatos de entrevistas, excertos de falas, observações, articulados com a teoria que pretendemos desenvolver. Certamente não teremos resolvido a questão inicial, mas, talvez, formulando uma hipótese otimista, consigamos atenuar os enigmas deste quadro psicótico tão instigante e sofrido.

Finalmente, na bibliografia, indica-se em que fontes se bebeu, onde jorraram mais generosamente elementos, questões, interpelações para fazer esta cesura entre o *delírio das negações* e os delírios, as negações, as neuroses e os sofrimentos.

Esta tese é uma metáfora que tem como base o rastro de um percurso que se desenvolve há quatro anos, que bascula entre adormecimentos e sonhos, despertares e devaneios, de conflitos e tensões, porque o convívio com a psicose permite uma contra-transferência *sui generis*, em que as loucuras recalcadas se cruzam com lucidez, sem trégua e sem guarda.

2 O CASO CLÍNICO EM QUESTÃO: A TRISTEZA DO SR. R.

“Eu penso que o futuro analista corre um perigo [...] quando lhe parece que exista uma coincidência exata entre as particularidades do caso e a teoria. É o que eu gostaria de qualificar de fuga na mais vã terminologia, a mais afastada da realidade.

Theodor Reik

Inicia-se este relato clínico com uma observação considerada de incomensurável valor, feita pelo professor Manoel T. Berlinck, em 2007, a seus alunos do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, na Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC-SP). Entende-se que sua abordagem relativa à transferência deve se tornar pública no âmbito das escritas de casos clínicos porque traz uma advertência rara e valorosa, de modo que pode evitar muitas angústias desnecessárias, equívocos e, seguramente, pode instigar a uma produção teórico-clínica mais genuína. Afirma Berlinck (2007):

“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 .”

Em complementaridade à elucidativa epígrafe deste capítulo, em sua comunicação verbal, Berlinck (2007) assinala que o relato do caso clínico refere-se a um paciente. Mas não é o paciente. Quem escreve o relato é um autor. Por analogia, Dora não é quem Freud (1905)⁴ descreve. Freud é o autor do caso Dora. A Dora descrita por Freud nunca existiu, ainda que tenha existido alguém que Freud chamou de Dora. Berlinck (2007) também considera que

Enquanto vocês acreditarem que o paciente descrito é quem vocês descrevem, estarão irremediavelmente identificados com o paciente e não estabeleceram uma distância clínica necessária para refletir sobre o caso. Em outras palavras, o paciente ainda não é um caso clínico e vocês ainda não são autores. [...] Um relato de caso é sempre verossímil. Mas não é

⁴ Embora o *Caso Dora* tenha sido publicado por Freud em setembro e outubro de 1905, os estudos e escritos respectivos foram feitos por ele em 1901.

verdadeiro. O relato de caso deve ser escrito, segundo Freud, como se escreve um romance, uma novela, um conto (livre anotação da autora em aula).

O caso clínico que sustenta esta pesquisa apresenta sinais evidentes do *delírio das negações*, conforme conceito estabelecido por Cotard, como uma doença distinta, isolada, ou *Síndrome de Cotard*, de acordo com o que propôs o psiquiatra francês Emmanuel Régis, durante o Congresso de Blois, em 1892, em homenagem ao grande responsável pela sua descrição.

Conversar sobre um paciente com colegas, supervisores, professores, orientador de tese não é uma tarefa fácil. Assim mesmo, esta travessia enseja uma aprendizagem tal que incrementa a clínica e amplia o referencial teórico. Quando, contudo, trata-se de escrever para fundamentar com rigor necessário o estabelecimento de uma tese de doutorado, digna deste nome, a tarefa muda de *status*.

Para tornar possível esta difícil empreitada, foram considerados alguns recursos da *semiologia*, que ensejam pensar: quais os signos que o paciente apresenta? Ainda, adotou-se como critério a abordagem das *classificações*: qual o diagnóstico, pelo menos aproximado, que se possa aproximar neste caso? Além disso, as *nosografias* contribuíram para responder à seguinte questão: quais outros sintomas são mais ou menos verdadeiros, mesmo que não tenham sido observados, ou qual é a evolução que se vislumbra?

A clínica não pode ser vista ou pensada pela via da ingênua intuição, pois é necessário que haja uma fundamentação teórica consistente para que se efetive. Tanto quanto, não se trata de pura questão de saber; trata-se de *savoir-faire*. A clínica de Radmila Zygouris ilustra esta afirmação. As irreverências desta psicanalista eslava, a coragem, sua posição não-dogmática apontam uma saída para a apresentação de um caso.

Conforme afirma Caterina Koltai (1995), na apresentação do livro *Belas lições*, “Por meio de seus textos, a experiência analítica volta a ser uma bela aventura vivida a dois, razão pela qual é importante o analista poder falar sobre o que faz”.

O embaraço se apresenta, entretanto, onde aparece a urgência de discernir o que parece sinalizar um elemento significativo da questão clínica ou o que não passa de uma impressão subjetiva. O impasse continua porque não se pode pensar em uma clínica viva, que o tempo todo enquadre pacientes no mesmo diagnóstico por apresentarem algo em comum ou, ao contrário, como manter uma clínica viva fazendo tábula rasa do passado?

O fato é que jamais estaremos tão distantes para ter a objetividade de um DSM4, ou a posição de pura exterioridade, porque estamos, pela via contra-transferencial, mergulhados no “caso”.

Ao ocupar esse lugar, e apenas este, o psicanalista se autoriza a falar da clínica com as chaves da Psicopatologia Fundamental, em que reconhece que o sujeito no seu sofrimento encontra sua mais sublime representação na tragédia grega, conforme aponta Berlinck (2000).

2.1 SINGULARIDADES DO SR. R.

A escolha pelo não-uso do discurso acadêmico na escrita a seguir, assim como ocorreu e pode ocorrer ainda em alguns trechos desta tese, deve-se à implicação pessoal com que deve ser descrita a experiência clínica, o que enseja, portanto, a preocupação em simbolizar um trabalho que se consolida na práxis.

Há tres anos, com periodicidade quinzenal, encontro o Sr. R., 74 anos, em um hospital psiquiátrico em São Paulo, e sempre me surpreendo e me alegro por encontrá-lo vivo, ou “não-morto”, o que é diferente.

Esse paciente me foi indicado por um colega do Laboratório de Psicopatologia Fundamental que trabalha no referido hospital e que, durante a discussão do meu projeto de pesquisa, relatou brevemente o caso de um paciente que apresenta, segundo ele, as características da Síndrome de Cotard.

A partir dessa observação do colega, com a anuência do paciente, da esposa e da equipe do hospital, fiz o primeiro contato em um consultório, nas dependências do hospital.

O Sr. R. foi desenhista da Prefeitura de São Paulo e está aposentado desde 1972, quando tinha 40 anos, por insanidade mental.

Os pais tiveram quatro filhos, sendo ele o mais novo; é capaz de lembrar o nome dos pais e dos irmãos e localiza-se facilmente na constelação familiar, mas não consegue dizer das peculiaridades, das idiossincrasias de cada um, fica em uma repetição decorada dos nomes e funções.

Casou-se, teve um filho, e logo a esposa adoeceu e morreu. A partir deste ponto, a narrativa encalhou, ele não conseguiu historicizar quem cuidava da criança órfã, não lembrava de quase nada, de modo que começaram a surgir os buracos da sua biografia, os quais apareceriam em todas as entrevistas em que tentei acrescentar pontos nessa trama familiar.

Passados alguns anos, ele foi apresentado por uma sobrinha à ascensorista do prédio onde ela trabalhava e que estava separada do marido. Começaram um namoro e em poucos meses se casaram. O casal foi morar na casa de onde ele nunca saiu desde que se casara pela primeira vez. Nasceu um outro filho, cuja idade atual é 23 anos. Na ocasião do segundo casamento, ele já estivera internado várias vezes e estava aposentado por invalidez.

2.2 PRIMEIRA ENTREVISTA NO CASO DO SR. R.

O Sr. R. apareceu diante de mim com uma expressão crispada, a *fácies*⁵ triste, o sofrimento estampado na figura desanimada, no sentido literal de ausência de *ânim*a. Tinha o andar muito lento, arrastava os pés, de maneira que, na sinuosidade da marcha, seus braços e pernas pareciam se descolar do corpo. Com um corpo mole, magro, pálido e sem hígidez, conserva traços de um homem bonito, seus gestos e atitudes são cordiais. Recebeu-me um pouco reticente, mas logo conseguiu responder ao que eu perguntava, e apenas respondia sem emitir nenhum comentário além daquilo que eu enunciava. A voz era monocórdia, sem expressividade, o tom era muito baixo, às vezes parecia ser de uma pessoa muito mais velha, ou de alguém muito fragilizado por uma doença física. O niilismo, o tédio e o desamparo eram tão absurdamente exuberantes que me afetaram de maneira brutal.

⁵ Conforme o Dicionário Aurélio, *fácies* significa o aspecto de um corpo, tal como se apresenta à primeira vista. Significa também a modificação de aspecto imprimida à face por estados mórbidos (Aurélio Século XXI, Versão 3.0 - Digital).

Com alguma dificuldade, expliquei-lhe em detalhes a razão de minha visita, falei da pesquisa que desenvolvo, da indicação do colega, e lhe propus encontros regulares no hospital para que ele pudesse me contar um pouco da sua história. Respondeu-me que não tinha nada para contar. Insisti que mesmo assim gostaria de vê-lo quinzenalmente para conversarmos sobre o que ele quisesse e quanto pudesse.

2.3 CONTEXTO DE TRABALHO CLÍNICO NO CASO DO SR. R.

A partir de então, ficaram instituídas minhas idas a um consultório do hospital, onde eu o receberia sempre em determinado horário, com aviso de um dia de antecedência, feito por intermédio do meu colega que fez a indicação. Como nunca houve um horário fixo, tive a oportunidade de encontrá-lo em várias situações: com a visita da esposa, na hora do lanche, uma vez à noite na hora da medicação, em atividades recreativas do hospital; outras vezes ele dormia e eu precisava esperar um tempo para que ele acordasse. Outras ocasiões, ainda, ele não quis me ver, recusou-se a sair do quarto.

Outra vez, e foi apenas uma, veio até o consultório e disse que não tinha nada a dizer e voltou para a cama. Das manifestações típicas cotidianas, uma delas é o sujeito manter-se debaixo das cobertas e interpor entre ele e o que vem do Outro uma barreira que o impede de levantar da cama.

Esses diferentes comportamentos não são aleatórios. Todas as vezes que ele não quis ir até o consultório eu tinha notícias pela enfermagem de que ele estava doente, acometido de pneumonia, crises de diabete ou hipertensão, e aí ele não saía do quarto. O Sr. R. teve dois internamentos em hospital geral por complicações relativas a estas doenças, ao longo desses anos em que o acompanhei. Aconteceram também algumas quedas, por tontura, conforme relatou, e teve ligeiras escoriações, acerca das quais ele afirmava: “foi um interno que me agrediu”. Testemunha-se *um corpo que cai*, como no filme de Hitchcock, e um psiquismo que se esfacela junto com este corpo, sob uma fala desvitalizada.

Nessas ocasiões de maior suscetibilidade física, seu aspecto era mais empobrecido, suas roupas estavam mais desleixadas, apresentava uma postura

mais arcada e um olhar ainda mais triste. O Sr. R. parecia um quadro vivo das descrições de Esquirol no seu clássico *Des maladies Mentales* (1838).

Ao mesmo tempo em que aconteceram essas situações de maior risco físico, testemunhei outras em que ele havia engordado, estava mais corado, asseado, com roupas que lhe caíam bem e com passos mais decididos, sem precisar do apoio da enfermagem. Parcialmente, tal oscilação é possível ser atribuída aos efeitos colaterais dos medicamentos antipsicóticos, antidepressivos de que ele faz uso. Entretanto, há nesse paciente, mesmo que muito sutil, nas filigranas do seu andar e falar, uma mudança inusitada de humor.

Quando há uma tentativa de reconhecimento de seu estado de ânimo – “o senhor está mais triste hoje” –, ele afirma: “o meu sofrimento é o maior do universo”. Mas quando a observação se encaminha para algo mais salutar como “o senhor está mais bonito e bem disposto hoje”, de modo recorrente, ele responde com uma frase feita: “as aparências enganam”.

Esta pequena oscilação de humor não é nenhuma fase cíclica como ocorre na psicose maníaco-depressiva.

2.3.1 As primeiras interlocuções

Na primeira entrevista, perguntou-se ao Sr. R. a razão de estar internado. A questão aparentemente objetiva desencadeou-lhe uma narrativa desesperada. Suas falas advieram litânicas, sintéticas, cruas, repetitivas, com claros sinais de cronificação. “Foi a pior coisa que aconteceu na minha vida, o maior erro da minha existência. Isto aqui, hospital, é igual a uma prisão” – desabafou.

O filósofo alemão Arthur Schopenhauer (1788-1860), em sua consagrada obra *O mundo como vontade e representação*, diz aforisticamente que a pessoa que ainda acredita na felicidade do humano precisaria visitar um hospital psiquiátrico ou uma prisão (SCHOPENHAUER, 1819). Talvez o excesso de lucidez do Sr. R., nítido e recorrente em muitas ocasiões, faça sentido com o que Freud diz, em *Luto e Melancolia* ([1915] 1969), que o sujeito precisa adoecer para chegar mais perto da verdade.

O Sr. R. relatou que foi a esposa a interná-lo, “porque não me agüentava mais em casa. Eu dizia sempre as mesmas coisas e rezava alto andando pela sala, enquanto ela queria ver TV”. Como acréscimo, falou que está no hospital esperando a morte, que não tem nenhuma esperança de melhorar.

Ao perguntar-lhe e insistir para falar sobre o que seria possível melhorar, desencadeou uma queixa monotemática que nunca mais parou, às vezes se expressava com muita resignação e passividade; outras, com desespero e melancolia ansiosa. Mudaria o tom, as palavras, a forma de adjetivar, mas a colocação dos advérbios seria sempre a mesma. Diria: “estou numa situação desesperadora, meu cérebro desintegrou-se, tenho um buraco aqui atrás – mostra a parte inferior/posterior da cabeça, com as mãos – por onde escapa tudo, está vazando. Um sofrimento terrível, não tenho sossego, minha memória é zero. Meu caminho é a morte, não raciocino mais”.

Ao perguntar-lhe sobre a rotina do hospital, do que ele se ocupa, com quem conversa, se tem amigos, se recebe visitas dos familiares, sua resposta é feita em bloco, sem fazer muita diferença das variáveis da interrogação:

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, não tenho sossego, meus olhos estão repuxados para dentro, ardem como se tivessem ácido, não tenho nada em mente e não sinto meu corpo. Alguns internos falam comigo, mas eu não tenho o que dizer para eles, é uma tragédia. Está tudo destruído. Não quero ir nos passeios, só atrapalho, não acho graça em nada (Livre anotação da autora).

Em uma das primeiras entrevistas, o Sr. R. perguntou se a psicanalista é casada, se tem filhos. Foi a única vez que ele quis saber algo, que se mostrou curioso. Justificou-se: “eu queria contar para a senhora que meu pênis virou uma pasta e meu saco sumiu”. Então, foi-lhe perguntado chistosamente se ele tinha contado isso para a mulher, o que já respondeu de forma escorregadia: “ela quase não vem aqui, o sexo não existe mais para mim”⁶. O Sr. R. foi então provocado na interlocução: “mas existiu!”. Ele escaparia:

⁶ Ao escrever, em torno de 1893, o intitulado *Rascunho F*, Freud (1894) relacionava a melancolia ao desfalecimento da libido sexual, o que o levou a acrescentar novos elementos sobre a etiologia da melancolia, no ano seguinte, no *Rascunho G*.

Só tive mulheres de muitos princípios. Estou conversando com a senhora, mas sinto que os ossos do meu crânio estão se desmanchando. Não posso falar para a senhora nada, não adianta a senhora vir de longe, não há nada para se fazer, eu não existo (Livre anotação da Autora).

O Senhor R. nunca sorri, sua expressão facial é tensa, de dor, e mesmo nos momentos de maior afabilidade, o discurso se repete, com uma riqueza de linguagem impressionante porque no aprisionamento da melancolia ansiosa consegue dizer do sofrimento, do desespero de forma prolixa, mesmo que repetitiva, e convincente.

Em uma das últimas visitas, ele recebeu a autora desta pesquisa com a afirmação de que tinha enlouquecido; disse isto como um solo, sem que nada lhe fosse perguntado, antes mesmo de sentar-se na cadeira do consultório.

Foi-lhe então pedido que dissesse como é enlouquecer. Eis o relato do Sr. R.:

Acordei com dor nas têmporas, percebi que todo meu sistema nervoso está destruído, comecei a gritar e a chamar os mentores de um centro espírita. Desde este dia meus olhos não fecham mais, não pisco, minha massa encefálica está destruída, as células nervosas estão esgotadas. O meu sofrimento é o maior do universo, não tem ninguém na face da terra que possa fazer alguma coisa por mim (Livre anotação da Autora).

Ao Sr. R. é dito que não se discorda do que ele afirma; e insiste-se que “mesmo sendo ‘o maior sofrimento do universo’, podemos falar disso sempre um pouco mais”.

A expressão “é o maior sofrimento do universo” é recorrente. Entendida, na escuta, como se somente lhe restasse o mais puro sofrimento por aquilo que foi perdido, sua manifestação, entretanto, não se organiza como um luto. Conforme relata Charles Melman (1993, p. 37), Lacan, nas apresentações de doentes no Hospital Sainte Anne, lembrava 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 é por isso que eles têm a generosidade de nos comunicar o que é a realidade psíquica. Quando resistimos a escutar as informações, mesmo delirantes, nós nos recusamos a escutar todas as informações que eles transmitem sobre o que seja a realidade psíquica.

À medida que as entrevistas aconteciam, o Sr. R. tecia sua ladainha de queixas e sofrimento. A cada tentativa feita de desdobramento de algumas dessas

queixas – e não foram poucas vezes que se tentou – ele voltava para o jargão constitutivo da Síndrome de Cotard. “Não, não e não”. E assim descrevia sua condição subjetiva:

Minhas idéias não têm continuidade, não consigo compreender o Jornal Nacional, minha cabeça está vazia, meu cérebro não funciona. Minha cabeça parece um ovo, meus olhos são dois buracos, minhas pernas estão bambas, tenho uma pressão constante na cabeça. Parece que tem alguém puxando meus olhos para dentro. Quando vou tomar banho sinto que a água vai me derreter. Pressinto a morte muito próxima. Meu estômago está salgado. Não paro de tremer, não quero mais sair da cama (Ano, 2007-Livre anotação da Autora).

A fala do Sr. R. é uma variação sobre o mesmo tema, presente em cada uma das frases colhidas em anotações. Contudo, há uma polidez na enunciação de seu discurso que lembra muito a de Bartleby, personagem de legendária obra do escritor nova-iorquino Herman Melville ([1819-1891] 1853). Trata-se de um homem educado, embora desesperado.

A última entrevista, no dia 8 de fevereiro 2007, foi logo que ele saiu da UTI depois de ter passado muitos dias, acometido de uma pneumonia. A equipe do hospital pensava que ele iria morrer em razão dos comprometimentos de suas doenças físicas crônicas e pela entrega e desejo de morte enunciado. O Sr. R. não morre, bordejia, dá umas voltas em torno e volta para o hospital psiquiátrico, mais enfraquecido, mas vivo, ou morto-vivo, como me corrigia ele.

Na mesma data, foi-lhe perguntado do internamento, da evolução da pneumonia. Respondeu de uma forma tão prosaica, a ponto de causar riso: “Aqui no hospital também é uma UTI, não tem diferença”.

O melancólico de Cotard não tem modéstia; porta um desejo de comunicar aos de seu entorno seus defeitos, suas dores, auto-acusações, culpas, no paroxismo agoniado que constitui sua estrutura psíquica. Suas queixas são solilóquios porque a cada tentativa de solidariedade ou proposta de algum projeto que pudesse representar-lhe um alento a estas dores, ele diz que é impossível ajudá-lo. Várias vezes, o Sr. R. recomendava que eu não viesse de tão longe para ouvi-lo – sabe que eu moro em Curitiba – e insistia que não havia nada para ser feito.

Vale situar que o discurso desse 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 por um time de futebol. E afirma que agora não se interessa mais porque não entende, não compreende um jogo.

O Sr. R. consegue fazer uma discreta báscula do antes e do depois, mas é tão empobrecida que o intervalo que estabelece é muito estreito para se pensar que haveria uma janela pulsional onde se pudesse dar uma espiada. O melancólico de Cotard tenta mostrar que quem se ocupa dele não passa de um fio de cabelo em um pente.

Por sua vez, o suicídio é mencionado algumas vezes muito discretamente. Falta um *eu* mais decidido para impulsionar a ação do suicídio, porque precisaria de uma quantidade de força pra realizar o ato. O Sr. R. não tem esta energia maníaca que o suicida precisa. Na literatura, o Cotard vai sempre aparecer como um desajeitado nas tentativas de suicídio, raramente tentadas e quando tenta é malogrado. Contudo, não se pode deixar de considerar que ele já esteja de algum modo morto.

3 DELÍRIO DAS NEGAÇÕES – SÍNDROME DE COTARD E MELANCOLIA

“Não tenho nenhuma esperança, nenhuma força, nenhum poder, nenhum interesse, nada, não tenho nada, nem tempo, nem pensamentos, nem esperanças, nem emoções, nem desejo, nem necessidades, nem opiniões, nem planos para o futuro, nem reivindicações, queixas, não tenho. Não possuo nada.

Nada a dizer, nada com o que me excitar, nada a explicar, nada a provar, nada a pedir, nada a defender, nada a vender, nada a espiar, nada a imaginar, nada a conservar, nada a guardar, nada a liberar, nada a antecipar, nada a perder e nada a ganhar. Nada para ser enigmático, bancar a misteriosa, a santa de pau oco, a namorada secreta”.

Louise Bourgeois (1995)

3.1 JULES COTARD – ASPECTOS DE SUA OBRA CLÍNICA

O objetivo de Cotard quando publicou, em 1882, seu artigo *princeps*, *Do delírio das negações*, era individualizar uma nova entidade. Cotard considerava, como seus colegas contemporâneos, que sua tarefa seria de reagrupar numerosos sintomas estreitamente associados entre si de maneira a constituir uma verdadeira doença, distinta por suas características e sua evolução (COTARD, 1882).

Em referência ao alienista francês Ernest-Charles Lasègue (1816-1883), do grupo da Salpêtrière, que destacou o *delírio das perseguições* na melancolia, em 1852, Cotard construiu o *delírio das negações* melancólico, sem esquecer as contribuições do psiquiatra e neurologista alemão Wilhelm Griesinger(1817-1868). Esse médico já estudava o humor negativo do melancólico e considerava que, sob a influência do mal-estar moral profundo que constitui o distúrbio psíquico essencial da melancolia, o humor ganha um caráter absolutamente negativo.

Apoiado nesses autores, Cotard estabeleceu um quadro sinóptico comparando os elementos clínicos do *delírio das negações* a seu correspondente no *delírio de perseguição*. Trata-se de uma decomposição que obedece a três eixos:

- a) a diferença semiológica;
- b) a analogia das modalidades evolutivas particulares; e
- c) a reflexão etiológica.

A partir de então, Cotard indicou para cada elemento da série persecutória seu correspondente na série melancólica, conforme se observa no Quadro 1

Delírio de perseguição	Delírio das negações
O doente não apresenta o fácies melancólico	Ansiedade, gemidos, angústia pré-cordial, melancolia ansiosa
Hipocondria física, sobretudo no início da afecção	Alguns caem no estupor, outros apresentam agitação melancólica
O doente atribui culpa ao mundo exterior, às influências nocivas vindas de diversos meios e, sobretudo, do social. Ele não faz auto-acusação, ele se vangloria de sua força física e moral e da excelência de sua constituição que lhe permite suportar os males.	Hipocondria sobretudo moral no início. O doente se auto-acusa: é incapaz, indigno, culpado, danado. Se a polícia ou os guardas o prenderem, é porque ele merece o castigo por seus crimes.
Suicídio relativamente raro.	Suicídio e mutilações freqüentes.
Homicídio mais freqüente.	Ocorrência rara de homicídio.
Perturbações da sensibilidade raras.	Perturbações da sensibilidade muito freqüentes. Anestesia.
Alucinações auditivas constantes e apresentando evolução.	Não há alucinações, ou raramente.
Quando existem são confirmações das idéias delirantes.	Quando os doentes falam sozinhos, é para repetir as litânias, as mesmas palavras endereçadas às pessoas próximas.
Alucinações visuais muito raras.	Alucinações visuais freqüentes.
Hipocondria moral consecutiva, Os perseguidores atacam as faculdades morais, os doentes dizem que os deixam idiotas.	Hipocondria física consecutiva. Os doentes não têm mais cérebro, nem estômago nem coração. Ou estão mortos ou não morrerão jamais. Falam de si mesmos na terceira pessoa.
Delírio de grandeza.	Delírio de negação. Os doentes negam tudo, eles não têm parentes nem família, tudo está destruído não existe mais nada, eles não têm mais alma. Deus não existe mais. Loucura de oposição.
Recusa dos alimentos parcial, por acreditar estarem envenenados.	Recusa total de alimentos, porque são indignos ou não podem pagar, porque não têm estômago etc.
Evolução da doença, remitente ou	Evolução francamente intermitente,

continua, com paroxismos.	depois contínua.
---------------------------	------------------

A distinção entre melancolia e paranóia passa pela oposição entre fenômenos psicomotores, representada simbolicamente como num movimento centrífugo da vontade e uma alteração centrípeta do conhecimento. Conforme diz Séglas, “A organização subjetiva deve ser redefinida a partir do senso orgânico [...] que depende da sensibilidade cinestésica dos diferentes órgãos e onde vêm igualmente se enraizar os fenômenos afetivos” (PÉLLION, (2000, p. 245). A propósito desta questão, Séglas cita Maudsley, psiquiatra inglês (1835-1907): “Os efeitos orgânicos do *non sense* fisiológico dos órgãos determinam nossa natureza afetiva” (PÉLLION, (2000), p. 246).

Ao isolar o *delírio das negações* como entidade clínica, Jules Cotard destaca os delírios de grandeza e os delírios melancólicos. Também sublinha a raridade das alucinações e a recorrência da recusa dos alimentos, a oposição, o mutismo, as tentativas de suicídio e as mutilações.

3.2 MACROMANIA E MICROMANIA NA SÍNDROME DE COTARD

Outra característica da Síndrome de Cotard é o delírio de enormidade que mais uma vez remete à antológica personagem Alice, da obra *Alice no país das maravilhas*, do escritor inglês Lewis Carroll ([1832-1898] 1865), quando vai aumentando, crescendo e todo o entorno muda de perspectiva e proporção.

As sensações vivenciadas e sentidas pelo doente são as de que sua imagem, seu corpo, torna-se imenso, ilimitado, fusionado com o universo.

É o caso de Mme. X, descrito por Cotard, que, por momentos, acredita-se mais alta que o Mont Blanc e vê-se como um trovão, um raio e os relâmpagos. Ou então, há um outro caso em que a paciente se acredita imortal: “Ele imagina que sua cabeça tomou proporções monstruosas, que ela transpõe as paredes e vai como um carneiro demolir os muros das casas” (CACHO, 1993, p. 129).

A micromania e a passagem, às vezes súbita, à macromania, ou vice-versa, aliam-se a idéias mórbidas nesses pacientes que também se tomam por imortais. Para

eles, a morte como mudança é inacessível; distinguem-se pelo fato de que não se interessam pelo tempo cronológico porque, uma vez privados da morte, para eles o tempo não conta. Ao contrário, o espaço, a infinitude do espaço onde seus corpos se expandem, projetam-se ao exterior sem limite, é um fator de muito mais “delírios”, que provoca mais descrições desesperadas desta mudança das formas do corpo. Assim como o corpo aumenta, engorda, não cabe mais na cama, ele também diminui, emagrece, pode quebrar se o doente fizer qualquer flexão. Cotard parece estar deitado no leito de Procrusto, o malfeitor normalizador. Na lenda grega, o bandido oferecia sua hospitalidade aos viajantes perdidos. Deitava-os sobre uma cama de ferro, de modo que se fossem mais longos do que a cama, ele cortava o que sobrava. Se fossem mais curtos, esticava-os a força. Era, por assim dizer, um *normalizador*.

A lenda é citada para demonstrar que o melancólico de Cotard ora é muito grande para a cama – delírio de enormidade – ora é muito pequeno.

Czermak (1991, p. 151) descreve um surto desse corpo pouco configurado, não submetido às leis, e com esta plasticidade e elasticidade delirantes.

A paciente avaliava freqüentemente que seus problemas estavam ligados ao cosmos, sob a influência e dependente dos movimentos dos astros e do ritmo nictemeral. Indicava, aliás, de que maneira estava, ao mesmo tempo, identificada e suspensa ao que escandia o mundo, tal qual resíduo simbólico e salvaguarda última. A este propósito, Séglas e outros autores mencionaram casos que vão até a negação das alternâncias do mundo, do cosmos, o que acontecia às vezes com nossa paciente.

Através de uma inversão, o sujeito passa à certeza de uma compactação petrificada à sua expansão universal. Por exemplo: “Tinha a sensação súbita de ficar imensa, que devia medir no mínimo três metros ou mais, 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. E depois tudo passou.

A evolução das doenças autoriza a estabelecer o prognóstico de seu delírio. 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 e paranóicos*, como será visto em uma importante citação de Schreber.

Cotard lembra várias vezes 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” (COTARD, CAMUSET E SÉGLAS, 1888, p. 61).

O repleto do que está – de nada –, suscita pensar que acarreta o vazio desesperador, onde se instala o estupor. Desse modo, a expansão centrífuga do *eu* tende a englobar o universo inteiro, tanto concreto como abstrato. Tudo se passa como se fosse o extremo das dissoluções das referências simbólicas que assinalam as “negações metafísicas”.

3.3 DANIEL PAUL SCHREBER – UM ESTUDO FREUDIANO

Daniel Paul Schreber, referência maior da paranóia na Psicanálise, é estudado por Freud e Lacan, por meio do magnífico relato *Memórias de um doente dos nervos* (SCHREBER, 1903), em que o “analisado” faz uma descrição primorosa de um surto Cotard. O relato se torna interessante porque de alguma forma demonstra que, mesmo em um delírio de perseguição ou em uma paranóia, pode-se instalar, e com muita virulência, o *delírio das negações*.

No capítulo XI do livro citado, *Danos à integridade física através dos milagres*, ele 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.

Desde os primórdios da minha ligação com Deus até o dia de hoje, meu corpo vem sendo ininterruptamente objeto de milagres. Se eu quisesse descrever em minúcias todos esses milagres, poderia encher um livro inteiro. Posso afirmar que não há um único membro ou órgão do meu corpo que não tenha sido durante um tempo prejudicado por milagres, nem um único

músculo que não tenha sido distendido por milagre, para pô-lo em movimento ou paralisá-lo, conforme o objeto visado. Até hoje, os milagres que experimento a toda hora são de tal natureza que deixariam qualquer pessoa em estado de pavor mortal; só que eu, devido ao hábito adquirido em muitos anos, consegui encarar como coisas sem importância a maior parte do que ainda acontece. Mas nos primeiros anos da minha estada no Sorenstein, os milagres eram de uma natureza tão ameaçadora que eu acreditava poder temer quase continuamente por minha vida, por minha saúde ou pelo meu entendimento.

Em si mesma, naturalmente, deve ser considerada como contrária à Ordem do Mundo toda situação em que os raios, essencialmente, só se prestam a infligir danos ao corpo de um indivíduo ou a pregar alguma peça nos objetos de que ele se ocupa – aliás, estes milagres mais inofensivos também se tornaram bastante freqüentes nos últimos tempos. Pois os raios têm por dever criar algo e não apenas perturbar ou fazer brincadeiras infantis. É por esta razão que todos os milagres dirigidos contra mim, com o tempo, acabam por não cumprir seu objetivo; o que foi prejudicado ou perturbado por raios impuros precisa depois ser reconstruído ou curado por raios puros. Com isto, não se quer dizer que, pelo menos temporariamente, não pudessem daí resultar danos muito graves, que reavivavam uma impressão de extremo perigo ou provocavam situações bastante dolorosas.

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 pertencem 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 freqüentemente, quando prevaleciam os raios impuros, como um amolecimento do membro, que se aproximava quase completa dissolução; além disso, a extração, por milagre, dos pelos da barba, em particular do bigode, e finalmente, uma modificação de toda a 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 anunciado com as palavras: “E se eu diminuísse um pouco? Eu próprio tinha 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.

Todos estes distúrbios – de memória, do sono, de compreensão e físicos – indicam igualmente dificuldades em relação à concatenação significativa. Se para toda e qualquer retroação da reflexão, bem como toda a antecipação, toda possibilidade de antecipação, instala-se gradualmente no presente cada vez mais reduzido, com a perda gradual da temporalidade e a conseqüente angústia da vida eterna, da

imortalidade, que funda, por assim dizer, a súplica para as eliminadas, para que haja um fim como também uma fome, um movimento, um ciclo de desejo (SCHREBER, 1903).

Séglas chama à atenção sobre a morte do sujeito da enunciação, que pode ser formulada na terceira pessoa, designando-se por um pronome demonstrativo impessoal ou marcado pelo desprezo, do tipo “esta”, ou por perífrase despersonalizante. Assim, observa-se claramente como alguém que manifesta ter perdido seu nome vê esta perda acompanhada de um estreitamento temporal, com sua exclusão fora do tempo.

Então, sem referências, torna-se *um*, como lembra Czermak (1991, p. 157). Quando um sujeito perde seu nome, isto que o ancora no tempo e na cadeia das gerações, quando o psicótico perde o nome que o identifica, torna-se imortal. O nome próprio pode ser o tempo do sujeito e também seu espaço, seu elo e lugar na cadeia das gerações.

Os psiquiatras franceses clássicos já haviam dito que a Síndrome de Cotard é encontrada na melancolia, nas mais antigas e crônicas, mas também em outras psicoses. Schreber teve seu momento de Cotard. Torna-se interessante notar que na literatura desse período, muito de Cotard oscila entre a melancolia e a paranóia, ou depois de uma fase paranóica o paciente volta para a melancolia. Mas o mais recorrente são os melancólicos Cotard.

Verifica-se um esvaziamento das significações, de modo que o idioma, até então familiar, torna-se exterior, uma cascata de vivências xenopáticas. O que há de mais terrível para o humano do que a identificação a um Real ao qual não falta nada, a um Real sem buraco?

O paciente da Síndrome de Cotard evidencia o que Freud (1915) considera em *As pulsões e suas vicissitudes*, que a fisiologia dita normal não funciona senão do fato de que o sujeito esteja cativado em um discurso. Quando o sujeito perde seu discurso, há distúrbios da fisiologia, seus órgãos não estão mais ligados em função de um discurso; discordam.

No Cotard, a estrutura destes objetos impróprios para a constituição do *eu*, para uma integração, torna-se ameaçadora. Eis de onde advêm os fenômenos de despersonalização e o não-reconhecimento da imagem especular. A relação com a

mãe deveria permitir à criança, pelo olhar e pela palavra, que o *infans* se aproprie de uma imagem ideal e familiar, interna e externa.

Lacan é explícito ao falar do estágio do espelho como fundante dessa imagem que no Cotard fica não somente despedaçada, mas tomada pela analgesia psíquica e física:

O que se trata no estágio do espelho é do estabelecimento de uma imagem, o que eterniza sob o aspecto de uma forma, um tipo imaginário onde algo transcende ao mutável da vida, onde a imagem sobrevive ao vivo. Para Lacan, quando esta imagem chega a ser percebida, não é apenas uma imagem que é proposta, já está sendo apresentada um *urbild ideal*, algo que subsiste por si, e diante da qual as fissuras de prematuro são ressaltadas e se apresenta uma insuficiência para responder à totalidade desta imagem .

O Cotard é estrangeiro a si mesmo; seu negativismo denuncia uma não-construção do *urbild ideal* o qual faz o sujeito errar pela vida e insistir em um discurso *nonsense* absoluto. Tal como entende Séglas, no Cotard, a angústia da idéia da imortalidade, a angústia da vida eterna; a morte do sujeito, o desaparecimento de sua enunciação, coloca-o face a essa segunda morte da qual Lacan fala muitas vezes. Não é tanto a morte o temível, diz ele, mas a idéia de que a vida possa continuar indefinidamente, nessa zona qualificada de “entre-duas-mortes”, termo que Lacan toma de Sade. Por sua vez, em Kant com Sade (1963, p. 777), afirma que a “dor em estado puro modela a canção dos melancólicos”. Entre os inúmeros desdobramentos da Síndrome de Cotard, um deles tem lugar entre o antes e o depois: “eu era, eu me chamava, eu ia, eu amava”. E prossegue, o cotardiano: “agora eu não tenho mais, não tenho mais nome, não tenho mais pais, eu nunca nasci”. Não diz: “antes não ter nascido”; diz: “eu não sou, nunca nasci”. Não faz um lamento; faz uma afirmação.

A imortalidade cotardiana se inscreve no interior da negatividade que faz trama de seu discurso ao mesmo tempo em que esgota como testemunha o mutismo na qual sua existência se fecha e se cristaliza. Esta negatividade pode ser lida como o efeito mais radical da pulsão de morte quando dissociada da pulsão de vida.

Radmila Zygouris (1999, p. 11-12) considera que,

Freud se dera perfeitamente conta no que diz respeito à descarga da pulsão de morte, quando afirmava que sua conversão em pulsão de vida se dava através da motricidade. Aqui é preciso mais uma vez lembrar que para Freud a pulsão de morte visa, antes de mais nada, o próprio indivíduo e não pode sobrepor-se ao desejo de destruição do outro. A questão que se coloca na clínica é a seguinte: será possível desviar esta pulsão destruidora para outros objetos que não o próprio indivíduo? Em outras palavras: se ela se investe contra objetos internos, se ela investe contra o indivíduo, o que fazer no tratamento para que ela se desvie sobre objetos externos? Ou, ainda, como fazer no plano clínico para passar da autodestruição à heterodestruição e da heterodestruição para à sublimação?

Esta possibilidade aventada por Zygoris também é impossível para o Cotard. Tais passagens que ela propõe como o caminho da sublimação estão interditas por barreiras intransponíveis para este um que, por estrutura, é tão inábil para qualquer escalada na existência.

3.4 DUAS MORTES – O PÊNDULO DO MELANCÓLICO EM COTARD

Cacho (1993 p. 250) cita Séglas que, em um artigo sobre o *Mutismo melancólico* (1891), chama à atenção de uma característica recorrente na fala desses pacientes, quando se referem a si próprios na terceira pessoa: “ele” ou “ela”, ou se designando por um pronome demonstrativo impessoal ou, ainda, por um auto-desprezo ou uma perífrase despersonalizada, como por exemplo: “A pessoa que sou não é uma mulher, não tem nome, não tem idade”. A morte do sujeito da enunciação ao se referir a si próprio na terceira pessoa, conforme o exemplo mencionado, coloca-o em uma posição de entre morte como a Antígona de Sófocles. A separação entre a morte simbólica e a morte real é o lugar onde se constitui o objeto perdido em torno do qual o melancólico de Cotard se organiza. A análise de Lacan (1960, p. 339), sobre Antígona estar entre a vida e a morte, faz ressonância com o que se ouve desses pacientes, conforme se verifica:

Quando começa esta queixa? A partir do momento em que ela transpõe a entrada da zona entre a vida e a morte, onde o que ela já tinha dito ser toma forma do lado de fora. Com efeito, há muito tempo que ela nos dissera que já estava no reino dos mortos, mas desta vez a coisa é consagrada no fato. Seu suplício vai consistir em ser trancada, suspensa, na zona entre a vida e a morte. Sem estar ainda morta, ela já está riscada do mundo dos vivos. E é somente a partir daí que se desenvolve sua

queixa, ou seja, a lamentação da vida. [...] Estou morta e quero a morte. Assim que Antígona se descreve como Níobe se petrificando, com o que ela se identifica? Senão com esse inanimado no qual Freud nos ensina a reconhecer a forma na qual o instinto de morte se manifesta. Trata-se justamente de uma ilustração do instinto de morte.

O delírio de já estar morto e que muitas vezes vem acompanhado de pedidos mórbidos e desesperados, no estilo “enterrem-me, vocês não percebem que eu estou apodrecendo?”, é uma maneira de levar a negação até as últimas conseqüências porque o “morto” não tem mais possibilidades de informar seu nome, sua idade, dados de sua família e mesmo assim, esta morte, que é a segunda, não o impede de continuar vivo.

A crença de estar morto de uma maneira radical porta em si a negação da existência, porque esta negação não concerne somente à existência em sua determinação efetiva, mas à possibilidade mesmo de existir ou ainda o ato pelo qual alguma coisa é convocada a existir. Desta negação absoluta, resta ao doente um isolamento absoluto, rodeado de cadáveres em um mundo transformado e inerte. Frente a essa posição, resta a injunção de uma construção delirante ao se dirigir ao seu médico e às pessoas da equipe demandando a morte. Esta demanda patética deixa aparecer a posição que o negador ocupa neste universo desértico, posição idêntica ao objeto que deve ser expulso da vida e aniquilado.

As várias observações dos surtos desses delírios mostram como os pacientes experimentam esse sentimento tão difícil de encarnar a vergonha e o desprezo que causam à família, de serem nocivos, responsáveis por uma culpa, uma falta, que ninguém pode perdoar. Sua própria morte, que os priva dos laços do tempo, do nome, dos outros, expõe-nos e possibilita uma vida fora do tempo, ainda assim, mesmo assim, torna-os imortais.

Cotard sempre insistiu sobre o fato de que esse delírio não corresponde à forma megalomaniaca no sentido comum, ou seja, a grandeza.

A imortalidade está associada a um discurso místico religioso ou a uma busca desesperada e impossível de evitar o fenecimento traduzido em alguns truques de como manter-se incólume à ação do tempo. A literatura oferece grandiosos exemplos como Fausto (1776), de Goethe (1749-1832), e Dorian Gray (1891), de Oscar Wilde (1856-1900).

A imortalidade em Cotard, como visto acima, não é desta ordem; ao contrário, é a submissão a uma condenação sem fim, longe de ser um privilégio como imaginariamente se atribui ao manter-se vivo *ad eterna*, é o horror. O sujeito morto na enunciação demanda a morte real.

Cotard entra em uma zona onde não se ousa pensar que se possa ir. Ele encontra o que todos temem, o desaparecimento do desejo, a insuportável dor, a maior de todas as dores, aquela de que nada falta, senão uma falta.

3.5 O PATRONÍMICO EM COTARD

Como significante primordial, o nome próprio, o prenome, o nome patronímico devem ser considerados, na Síndrome de Cotard, porque ali eles também inscrevem um lugar de chamada, de marca, de pertença.

Conforme detalha Souza (1989, p. 9),

O nome próprio, inicialmente, em relação ao lugar que marca, devemos considerá-lo em função de letra e de traço unário, de unaridade. Isso, sem, no entanto, considerá-lo genericamente, pois o que vai marcá-lo desde o princípio é o equívoco significante, sobretudo fônico. E quando dizemos letra e traço unário, devemos considerar as dimensões fônicas, sêmicas e gráficas que o nome próprio agencia, privilegiando ora um ora outro, sem, no entanto, subsumir-se num ou noutro. Temos uma situação homóloga, a do Real (letra/gráfico) Imaginário (semia/significação/sentido) e Simbólico (fônico/equívoco) Essa distribuição, em si arbitrária, terá sua importância no que vai se constituir como panorâmica própria do nome próprio, e veremos que ela funciona de maneira composta.

O nome próprio é a inscrição pela qual o sujeito entra efetivamente na cadeia simbólica, tornando-se o nome então assertivo para o sujeito, o que vai juntar-se com sua constituição subjetiva.

O bebê se autodenomina no percurso de sua constituição de *nenê*, *ele*, *eu* e mesmo quando já tem uma certa possibilidade languageira, é *ele* antes do *eu* que indiretamente domina a cena.

Quando um sujeito perde seu nome, isto que o ancora no tempo e na cadeia das gerações; quando perde o nome que o identifica, torna-se imortal, o destino do Cotard. O nome próprio pode ser o tempo do sujeito e também seu espaço, seu elo e lugar na cadeia das gerações desaparece, quando ele diz “ não tenho nome”. O tênue fio dos elos geracionais que o sustentavam como a banquetta de três pés de Lacan, conforme associa no artigo “O nome próprio na cura analítica” (1989) rompem com um sopro.

Há um esvaziamento das significações, o idioma até então familiar torna-se exterior, uma cascata de vivências xenopáticas.

O paciente da Síndrome de Cotard evidencia aquilo que Freud trabalha em *As pulsões e suas vicissitudes* (1915), ao abordar que a fisiologia dita normal não funciona senão do fato de que o sujeito esteja cativado em um discurso. Quando o sujeito perde seu discurso, há distúrbios da fisiologia, seus órgãos não estão mais ligados em função de um discurso, discordam.

Eis o melancólico de Cotard, sem nome, sem documento, uma história sem fim – irrelevante se tivesse final feliz ou infeliz – o trágico é que seja sem fim.

3.6 A ESFERA DE COTARD

Desde a Antigüidade, basta lembrar Platão em *Timeu* ou o *Banquete*, a esfera é a forma mais pura e perfeita, ou o Deus aristotélico imóvel e eterno que coloca em movimento as esferas celestes. Ao mesmo tempo, é limite último do universo e infinito no tempo. A esfera de Cotard é a imagem do ser. O laço entre a esfera e o cosmo poder-se-ia dizer dele natural; o delírio de enormidade de Cotard confirma esta idéia.

O paciente vivencia seu corpo como a esfera de Aristófanes, do *Banquete* de Platão, onde nada falta, nada excede, nada engata porque não tem arestas que permitam uma cadeia; é a própria esfericidade de Cotard, sem hiências. Esta metáfora emprestada da topologia, esta esfera lisa, repleta, faz pensar em uma das

formas mais radicais da *foraclusão*⁷ do *Nome do Pai*⁸. Para o melancólico cotardiano, não há possibilidade de “buraco”, de referências. Como ocorre com uma esfera, o enfermo de Cotard rola sem engate e sem Lei.

Conforme afirma a psicanalista Leda Bernardino (2004), a estrutura psíquica na psicose está severamente comprometida porque nela não ocorre a constituição de um sujeito.

A constituição de um sujeito vai ser inaugurada por uma escrita, marca da antecipação deste sujeito, ligada ao seu traço – unário – de reconhecimento.

Há um primeiro tempo que, recalcado, funda o inconsciente. O segundo tempo, da letra que barra e apaga a marca, é justamente a inscrição do Nome do Pai, que permite o acesso ao terceiro tempo; a dedução de que havia aí um sujeito, a interpretação é sua antecipação fundante.

Ainda, é preciso que este significante do Nome do Pai seja validado, na particular versão que o sujeito vai lhe dar ao final da trajetória edípica – sua metáfora paterna. Esta vai lhe permitir constituir, ao pô-lo à prova, o quarto nó, com que vai enodar de uma maneira singular, os três registros do Real, Simbólico e do Imaginário – para que o sujeito assuma esta estrutura, isto é seu *sinthoma*.

Percebe-se que, de um processo a outro o sujeito muda de posição – passa da relação com o Outro todo poderoso, ao qual se submete, para uma relação com um Outro que é barrado pela falta – S(A).

Diante do que já vimos, podemos considerar, portanto três variantes:

1. Há um tempo de estabelecimento da estrutura, o que implica uma inscrição (ou não) do significante do Nome do Pai.
2. Este tempo não é o tempo do desenvolvimento genético, é um tempo lógico, que depende das condições peculiares da relação com a linguagem em cada sujeito.
3. Em relação à linguagem, o tempo do desenvolvimento conta e faz a diferença. Seria improvável que isto pudesse se dar sem que, entrecruzando-se com estas operações lógicas, estivesse um organismo submetido às contingências reais de um crescimento, dando suporte imaginário ao sujeito em surgimento (BERNARDINO, 2004, p. 75-76).

O sujeito que desenvolve a Síndrome de Cotard está privado desde o início desta construção subjetiva citada acima; ele não tem a mãe propiciadora desta

⁷ *Foraclusão*: conceito psicanalítico de Jacques Lacan, relativo à estrutura psíquica na psicose. Estar “incluído fora” da inscrição da metáfora paterna, do Nome do Pai. Falta que dá à psicose sua condição de essencial, como estrutura que a separa da neurose.

⁸ *Nome do Pai*: conceito psicanalítico de Jacques Lacan para designar o significante constitutivo de uma estrutura psíquica, a consagração do reconhecimento de privação – da falta, quando efetivamente inscrito. Marcas de linguagem que permitem a um sujeito portar a *Lei*, ou seja, uma condição ética, uma subjetivação que leva em conta a alteridade.

ascese. O Cotard é órfão no sentido de um abandono e de uma deserotização do seu corpo, que o conduzem incontornavelmente para a melancolia do *delírio das negações*.

O Cotard se ejeta, não há mais história quando não se tem mais nome próprio; é colocado para fora do discurso, fora do laço social. Portanto, a grande diferença está entre “querem me matar” do automatismo mental e da paranóia que indicam a anulação do sujeito da enunciação como lembra Czermak (1991), e o “matem-me” do Cotard, em que o sujeito, já morto na enunciação, demanda a morte real, o ejetar-se.

Identificado que está com uma imagem que falta qualquer hiância, aspiração, há um vazio do desejo. Na medida em que se perde a identificação do ser à sua imagem pura e simples, não há lugar para a morte.

3.7 FASE DO ESPELHO – UM CONCEITO LACANIANO



Em 1949, Lacan trabalha "O estádio do espelho como formador da função do eu". A fase do espelho é uma experiência que a criança vivencia entre seus seis e dezoito meses, período em que encontra a sua própria imagem em um espelho. Trata-se de momento de júbilo – o que não se observa nos animais –, que reproduz uma identificação primária da criança em relação a seus semelhantes. A imagem antecipa a unidade e o controle da motricidade do corpo até então vivido como despedaçado – em francês, denominado *morcelée*. "No homem, a discordância primordial, de origem biológica, e a deiscência do organismo em seu seio, que revela a prematuração do nascimento, são "o ponto de impacto da intrusão simbólica" (LACAN, 1957, p. 13). A prematuração no nascimento introduz o simbólico no imaginário, na medida em que constitui o animal humano como "sujeito para a

morte, capaz de imaginar-se mortal”. Desta forma, considera-se que o maior legado original do texto de Lacan, o estágio do espelho, é a matriz simbólica do *Je – eu* .

Antes da fase do espelho, antes do *i(a)*, os vários *a*, estão em desordem, em anarquia, os quais ainda não estão em questão se os tem ou não. “E a isso que responde o verdadeiro sentido, o sentido mais profundo a dar ao termo de autoerotismo, é que a gente sente falta de si, se assim posso dizer, completamente. Não é do mundo exterior que a gente sente falta, como se exprime impropriamente, é de si mesmo” (LACAN, 1963, p. 127).

Lacan lembra ainda que, ao observar a articulação da mãe do esquizofrênico, sobre o que para ela tinha sido seu filho quando estava em seu ventre, havia nada além de um corpo diversamente cômodo ou embaraçante, a saber, a subjetivação de *a* como puro real.

A relação com a mãe que deveria permitir à criança, por meio do olhar, e da palavra que o *infans* se apropriasse de uma imagem ideal e familiar, interna e externa, no Cotard falha. Marie Christine Lasnik (1993) propõe como condição propiciadora do autismo pode ajudar a pensar naquele que se cotardiza:

O não olhar entre uma mãe e seu filho e o fato que a mãe não possa se dar conta disso, constitui um dos principais signos que permitem atribuir, durante os primeiros meses da vida, a hipótese de um autismo - esteriotipias e automutilações aparecem somente no segundo ano de vida. Se esse não olhar não desemboca, mais tarde, necessariamente numa síndrome autística caracterizada, isso assinala em todo caso uma grande dificuldade ao nível da relação especular com o Outro. Se não se intervêm, essas crianças nas quais o estágio do espelho não se constituirá convenientemente” (LASNIK, 1993, p. 31).

3.8 COTARD POR RAIMUNDO NINA-RODRIGUES

O médico brasileiro Raimundo Nina-Rodrigues (1862-1906), contemporâneo de Jules Cotard, como se observa pelas evidências cronológicas, descreve um caso de *delírio das negações*, em 1901, no Asilo São João de Deus, na Bahia.

Como lucidamente observam Oda e Dalgalarondo (2004, p. 147), a qualidade científica e literária desse ensaio centenário é tal que a simples leitura dos casos

apresentados dispensa explicações adicionais e poderia ser bem proveitosa aos estudiosos da psicopatologia.

O médico narra a observação que fez com a paciente Umbelina Maria do Bonfim, negra, baiana, 60 anos, internada no Asilo São João de Deus, situado na cidade de Salvador, capital do estado da Bahia. Nina-Rodrigues considera que desde a primeira vez que foi chamado para atendê-la observou nela elementos do delírio das negações do tipo Cotard:

Ela se queixava de não ter mais nem cabeça nem mãos nem pés nem estômago: mostramos sucessivamente a ela seu nariz, seus olhos etc, colocando-lhe a questão: o que é isso? Ela sempre invariavelmente responde: “isto não é um nariz, isto não são olhos” etc, sempre em contra-senso. Renovamos nossa questão mostrando-lhe nossa mão ou nosso braço, e então ela responde: “ah! Isto é uma mão, isto é um braço”. Ela nos declara que não enxerga mais, que está morta e que só está esperando o caixão para dar o último suspiro [...] Não tem mais mãos, não tem mais rosto etc, porque a chama devorou tudo, e com os olhos cheios de lágrimas ela mostra a cabeça embranquecida, suas pernas descarnadas, dizendo: “Diga senhor, por acaso isto é uma perna? É uma cabeça? Veja como tudo está consumido e destruído”. O fogo destruiu completamente seu estômago, que não existe mais; ela come por comer, pois os alimentos passam sem proveito e caem no vazio, já que as chamas nada deixaram em seu corpo ([RODRIGUES, 1901] 2004, p. 173-176).

Esta descrição é significativa porque foi feita em 1901. Hoje, 2007, com todos os recursos da psicofarmacologia à disposição, e usados abusivamente, nada mudou no teor do delírio. O caso clínico que sustenta esta pesquisa mostra que o melancólico de Cotard é resistente, que atravessa infinitos tempos – lógicos tempos – com a mesma eloqüência delirante. Como observou Fédida em algum momento da sua longa obra, “existem antidepressivos, mas não existem antimelancólicos”.

Entre outras, uma observação de Nina-Rodrigues, também interessante, é que a paciente Umbelina, tivera antes uma vida ativa e laboriosa, sem qualquer manifestação de desequilíbrio mental. Isso implica dizer que as psicoses ensinam também que uma ruptura pode surgir sem ser anunciada, como em Umbelina. Sua doença foi interrompida com a morte, mas poderia “ter se prolongado indefinidamente” (NINA-RODRIGUES, p. 177).

Ele também observa algo atípico neste caso em que não há traços de melancolia nem de humildade passividade resignação auto-acusação, nenhum sentido centrífugo do delírio que quase sempre acompanham os *delírios das negações*.

SILVA (2006, p. 702) afirma que pensar um relato de caso sob o ponto de vista histórico pode ser esclarecedor, como entende-se que seja o caso registrado por Nina-Rodrigues, na Bahia, em 1901. SILVA afirma: “O quão importante é investigar a história de vida ao se tratar os males da alma. [...] Afinal, como querer encaixar a experiência humana em categorias estanques e perenes?”

As psicoses se constituem e se encontram na origem da impossibilidade do simbólico recobrir o real, o que nos alerta para o quanto nos são íntimas. Tão mais íntimas e ameaçadoras quanto mais se evitam imperfeições, as incoordenações, os erros e os acidentes.

4 O CONGRESSO DE BLOIS (1892)

“É preciso estar a uma distância razoável da cura da loucura”.

Paulo Leminski

A morte prematura de Jules Cotard, aos 49 anos, deixou interminado o seu trabalho sobre o *delírio das negações*, com muitas interrogações clínicas e/ou teóricas para serem pensadas no trabalho de 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 estas manifestações e a exuberância sintomática, ilustrada posteriormente por muitos relatos clínicos. A interrupção desta pesquisa e a oportunidade de ir mais fundo 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, aberto em 1 de agosto de 1892, pelo Presidente M. Théophile Roussel.

4.1 A INTERVENÇÃO DO MÉDICO PSIQUIATRA DOUTOR CAMUSET

A primeira jornada foi consagrada ao exame e à discussão do *delírio das negações*, cujo relator foi o Doutor Camuset, médico psiquiatra e diretor do Asilo dos Alienados de Bonneval, (Eure e Loire). Sua palestra teve por título: *Delírio das negações – seu valor diagnóstico e prognóstico*, importante comunicação sobre o artigo de Cotard, *Delírio das Negações* ressaltando o artigo de Jules Séglas (1884), *Notas sobre um caso de melancolia ansiosa*, que era uma observação detalhada do delírio das negações, acompanhado de uma interessante análise psicológica.

Naquele mesmo ano, 1884, Cotard procurava uma explicação fisiológica para essas manifestações, ao levantar a hipótese da perda da visão mental e ao se perguntar se não seria legítimo relacionar a perda progressiva da visão mental na melancolia ansiosa à alteração e prejuízo dos sentimentos afetivos, sintomas que se observam na melancolia e no delírio das negações, mas aí ele esbarraria em uma questão não resolvida, satisfatoriamente, pela anatomia e fisiologia, o que o impeliu ainda mais fortemente a continuar a pesquisa.

Em sua conferência, Camuset fizera um longo inventário dos psiquiatras que se ocuparam da nosografia isolada por Cotard. Citara o Dr. M. Journiac (1888), que, em sua tese *Recherche cliniques sur le Delire hypocondriaque* (1888) mencionava apenas as idéias de negação de Cotard, na hipocondria.

Em seguida, Camuset lembraria que M. Cullerre, no *Tratado práctico das doenças mentais*, consagrava algumas linhas ao *delírio das negações*, muito resumidamente, sem colocar em discussão (1997, p. 78). Eis o que se encontrou relativamente ao assunto. Em nenhum outro escrito psiquiátrico está descrito de forma mais completa, além de citações, quase pé de página, os elementos constitutivos de estados psicopáticos diversos.

Naquele congresso, Camuset diria que a pesquisa sobre o *delírio das negações* estava exatamente no ponto em que Cotard a deixou, havia então doze anos. Por isso, ele insistia em resgatar o que Cotard entendia como *delírio das negações*, e indicava o lugar que lhe era atribuído no quadro nosológico, reafirmando a dedicação de Cotard quando observava doentes em diferentes estados melancólicos e mostrava sua erudição de clínico hábil e pesquisador incansável.

Para Camuset (1997, p. 114), no que diz respeito às melancolias, a obra de Cotard é impecável, “mas cabe”, diz ele, “uma crítica no sentido de que Cotard é muito generalista, porque ele dá exemplos perfeitos, cuidadosamente analisados, ele expõe, segundo os dados da fisiologia cerebral, a gênese de certos estados mentais mórbidos e insiste sobre os processos psíquicos que os determinam. Tudo o que ele diz é exato e justo, mas para os casos particulares apenas e não para toda uma classe nosológica”, observa rigorosamente.

Camuset se afasta um pouco das idéias de Cotard ao considerar que o delírio de negação se aproxima muito do delírio de perseguição de Lasègue.

Desde sua primeira comunicação, *Delírio hipocondríaco em uma forma grave de melancolia*, Cotard (1880) conclui que “A melancolia ansiosa comum é uma forma sintomática freqüente nas vesânias súbitas ou intermitentes; elas curam-se rapidamente. Não é assim com o delírio hipocondríaco, neste caso, o prognóstico é muito mais grave. Desde os primeiros ‘ataques’, o delírio hipocondríaco passa para um estado crônico”, cujas características podem ser assim reconhecidas:

- a) ansiedade melancólica;
- b) idéia de danação ou de possessão;
- c) propensão ao suicídio e às mutilações voluntárias;
- d) analgesia;
- e) idéias hipocondríacas de não existência ou de destruição de diversos órgãos, do corpo inteiro, da alma, de Deus;
- f) idéia de não poder jamais morrer.

No segundo texto de Cotard, *O Delírio das Negações* (1882), que é um estudo mais completo dessa lipemania, ele reafirma sua legitimidade para poder isolá-la, como uma entidade independente.

Cotard insiste nas diferenças entre a evolução do delírio de perseguição de uma parte e a evolução do *delírio das negações* (1997, p. 51-53). Os perseguidos não são negadores, enquanto que os melancólicos são sempre acompanhados por idéias de disposições negativas.

Nessa exposição acadêmica, porque ser um congresso sobre o Delírio das Negações, Camuset aponta a importância de ler nos textos notáveis do autor a análise do estado mental dos melancólicos desde os primeiros períodos da sua afecção. Ele segue passo a passo as modificações psíquicas do sujeito: o doente se mostra tímido, sem confiança em si mesmo, mais severo consigo do que com os outros. Mesmo os melancólicos sem delírio apresentam uma forma negativa evidente. Têm vergonha de si mesmos, desesperam-se por não poderem encontrar suas faculdades perdidas, “eles não têm coração, eles não amam seus pais nem a Deus” (CAMUSET, 1997, p. 83).

A partir dessa hipocondria moral, chega-se à idéia de ruína, culpa, danação. Cotard também entende, e Camuset destaca com veemência, que os verdadeiros delirantes têm na sua origem psíquica, seja na melancolia com estupor ou na melancolia ansiosa, apesar de suas diferentes manifestações exteriores, mas que no fundo são análogas, porque ambas são marcadas pelo niilismo e sentimento de negação.

Camuset insiste que o *delírio das negações* não é uma entidade. Demonstra que há outros quadros clínicos que apresentam idéias de negação ou alguns outros sintomas isolados. Reforça a idéia de que a melancolia não tem características tão específicas sempre, para que seja legítimo reunir em uma espécie de nova nosografia. Nem sempre os casos de melancolia onde se encontram idéias de negação são superpostos como no tipo padrão da nosografia, de modo que se torna pertinente rever suas variações. Por outro lado, e por muitas circunstâncias, o delírio das negações se apresenta também em quadros não-melancólicos, como será visto em outro capítulo, no caso Schreber.

Os exemplos clínicos de Cotard são consistentes. De fato, Cotard não é superficial em seus aportes teóricos, de maneira que os analisa também, mas não exclusivamente, segundo os dados da fisiologia cerebral. As afirmações de Cotard são relativas a casos particulares, o que implica considerar que não faça afirmações por toda uma classe de doentes, por ele designada de *melancólicos ansiosos*.

Finalmente, em sua exposição, Camuset afirma que o *delírio das negações* evolui às vezes sobre um fundo de histeria, e pede desculpas por ter cometido algum esquecimento ou erro de interpretação, mas esperava que a discussão posterior pudesse trazer reparações relativas a esses aspectos.

Após a conferência de Camuset, houve treze intervenções importantes, especialmente a de Emmanuel Régis e de Jules Séglas.

4.2 UMA INTERVENÇÃO DE EMMANUEL RÉGIS

Emmanuel Régis, médico psiquiatra francês e contemporâneo de Jules Cotard, destaca especialmente a condenação dos doentes melancólicos afetados pelo *delírio das negações*, a uma sorte de agonia permanente. Por isso, Jules Cotard sustenta que a noção de imortalidade nestes doentes é uma idéia hipocondríaca, um delírio triste relativo ao organismo, uma interpretação delirante das sensações desagradáveis. Régis entende que “Pela sua extrema angústia, as queixas destes doentes se aproximam muito dos melancólicos e se diferenciam dos perseguidos, onde a idéia de imortalidade faz parte do seu delírio de grandeza” (CACHO, 1993, p. 165).

Ao finalizar sua exposição, Régis afirma o seguinte:

Este estado psicopatológico chamado por Cotard “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, 1993, p. 169).

O manifesto de Régis foi plenamente aceito pela comunidade científica, que passou denominar o *delírio das negações* como *Síndrome de Cotard*.

A segunda intervenção considerada importante foi feita por Jules Séglas, ao tentar responder à objeção mais séria que o relator do Congresso havia feito, ou seja, a observação da ausência, na quase totalidade das observações examinadas, dos temas delirantes que Cotard considerava essenciais à constituição do delírio, precisamente a danação, a possessão e a imortalidade. Séglas considera secundário o problema da ausência de determinados temas delirantes e afirma que para o diagnóstico do delírio das negações não seria indispensável que se estabelecesse a existência de perturbações psíquicas da mesma ordem, porém menos acentuadas.

Transformada em síndrome por Régis, como já visto, alargando-se ao quadro melancólico que o afeta, o *delírio das negações* quase desapareceu da clínica patológica, mas Régis ainda faz as seguintes reflexões: a) o delírio das negações aparece muito tempo depois do início da doença e quando passa para o estado crônico, b) não se encontra nem a idéia de danação ou de possessão, nem sobretudo a idéia de imortalidade. Enfim, a doença não se apresenta sob a forma de acesso intermitente.

Camuset entende, por sua vez, que as idéias de negação podem se estender pelo organismo inteiro. Os sujeitos não têm corpo, eles não existem mais, ou, ainda, seu corpo é de pedra, então são inquebrantáveis. Ou, ao contrário, em outro extremo, são de vidro, então de uma fragilidade extrema. O corpo não é de carne e osso, resiliente e pulsional, soa de pedra e vidro materiais “resistentes” às pulsões. Concorrentemente, existem idéias de negação de ordem psíquica, pois esses mesmos pacientes não têm mais espírito nem pensamento, porque seu cérebro está comprimido ou porque está inerte. Há uma diferença entre estas idéias de negação de ordem psíquica e as idéias de negação que se estendem à esfera dos

sentimentos, e que se destacam na melancolia, então os doentes não têm mais coração, afetos, sentimentos; não podem mais amar quem sempre amaram, por exemplo.

Há ainda as idéias de negação exteriorizadas: os doentes negam a realidade em sua volta. Isto que está sobre seus olhos não é o objeto real que se faz ver; é a aparência desse objeto. Mostra-se uma rosa e não é a rosa da Gertrude Stein, uma rosa não é uma rosa, é apenas a aparência de uma rosa. Esses delírios também se voltam para pessoas que estão a sua volta, por exemplo, o médico e os familiares. O paciente afirma: “você não são médicos, não são meus parentes”, e assim vai, em um *mutatis mutandis*, estendendo a negação para todos os objetos e pessoas que, em definitivo, são estranhos e familiares simultânea e confusamente. O discurso desses pacientes frente a esses momentos de estranheza tem um tom onírico forte, e traz muito sofrimento, porque não há um despertar em que a fugacidade do sonho costuma trazer alívio ao sofrimento.

Há também as idéias de negação de ordem psíquica e metafísica, em que os pacientes negam suas características físicas e psíquicas. Afirmam não mais existir, e costumeiramente falam na terceira pessoa. A *alma*, *deus* e *diabo* são elementos que, mesmo presentes na vida do paciente por razões do sincretismo religioso, ou que façam parte do seu inventário fantasístico imaginário, no momento delirante são negados e se apresentam também como estranhos.

Na combinatória de idéias hipocondríacas, de negação e de imortalidade; as idéias de danação, descobertas por Cotard, foram o ponto de partida das pesquisas que se organizam em um sistema que será chamado desde o Congresso de Blois (1892) de Síndrome de Cotard.

Mas não foi somente no delírio das negações que Cotard encontrou as negações; ele demonstrou que o melancólico é negador desde o início de sua doença, e que continua ao longo da doença. Na melancolia há, em essência, a negação. O paciente não tem mais inteligência nem sua energia de outrora, ele não é capaz de erotizar e libidinizar os objetos e pessoas. A negação sempre se manifesta nos quadros melancólicos; é uma das características da melancolia severa ou não e, à medida que a afecção progride e se acentua, na mesma proporção se instala e cronifica o estado de negação. Camuset comenta, na

conferência do Congresso mencionado, que Cotard não se inibe em dizer que todos os sintomas da melancolia são de natureza negativa.

Essas idéias de negação indicam uma perturbação ainda mais profunda que aquelas acusadas pelas idéias de ruína, de impotência e culpabilidade ordinária. Deve-se dizer, aliás, que nada na melancolia é de natureza ordinária, sobretudo quando vem acoplada com a complexidade dos outros elementos da síndrome.

Os relatos clínicos de Cotard citados no Congresso mostram uma impressionante maioria de mulheres afetadas pela síndrome e, não bastassem os termos estatísticos, os sintomas são ainda mais clássicos e gritantes conforme Cotard os inventariou.

Por sua vez, Falret afirma – ainda no Congresso de Blois – que Cotard fez grande progresso nos estudos da melancolia, como já tinha feito Charles Lasègue (1816-1883) descrevendo o delírio de perseguição. A “imortalidade” de Cotard não se deve apenas porque Régis denominou a síndrome pelo seu patronímico, senão também porque Marcel Proust (1871-1922) criou uma personagem que, com uma letra a mais – Cottard – garantiu também sua imortalidade literária. Por suposto, o “Cottard” de Proust é fruto de uma condensação de muitos Cotard e muitos modelos serviram a sua elaboração, como observa o seu biógrafo.

Muitos amigos de Adrien Proust, pai de Marcel, freqüentavam as *soirées* que aconteciam na sua casa. A referência de uma passagem em um dos volumes de *A procura do tempo perdido* mostra como a descrição está longe de refletir o homem Cotard, mesmo que alguns traços lhe tenham sido emprestados.

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 idéias de perseguição não tardam a se diferenciar claramente daqueles da negação, e isto Cotard explicita muito bem.

Mesmo assim, há uma intervenção de Charpentier, médico psiquiatra que diz jamais ter encontrado, em dez anos de trabalho, um só negador que respondesse ao tipo criado por Cotard. “Não encontramos em Cotard uma doença nova, mas apenas uma palavra nova” (CACHO, 1993, p. 187). Entretanto, esta observação não terá a menor ressonância entre os participantes do Congresso.

Da mesma maneira, ao homenagear sua memória, seus colegas não deixaram de lembrar que o *delírio das negações*, depois do Congresso intitulado Síndrome de Cotard, constitui um grupo à parte daquilo que os manuais de psiquiatria tinham por pronto e terminado.

5 UMA ABORDAGEM SOBRE A HIPOCONDRIA

“De que temos medo? Isso não quer dizer simplesmente: a partir de que temos medo? De que temos medo? De nosso corpo. É o que manifesta esse fenômeno curioso sobre o qual fiz um seminário um ano todo e que denominei angústia. A angústia é justamente alguma coisa que se situa alhures em nosso corpo, é o sentimento que surge dessa suspeita que nos vem de nos reduzirmos ao nosso corpo”.

Jacques Lacan – A Terceira (1974)

O conceito de hipocondria é fundamental no estudo das psicoses, porque nenhuma escapa dos fenômenos hipocondríacos, seja de forma mais branda, seja com a exuberância e o exagero dos sintomas da Síndrome de Cotard.

Paulo José Carvalho da Silva (2006, p. 703) apresenta um caso do médico romano Paulo Zacchia (1584-1659) e faz algumas considerações sobre hipocondria no trabalho dos males hipocondríacos, cuja primeira edição data de 1639.

De modo geral, segundo Zacchia, desde a Antigüidade, relacionava-se esta enfermidade ao mau funcionamento dos órgãos localizados na parte superior do abdome, conhecida como hipocôndrio, em particular do estômago, com a conseqüente produção excessiva de bile negra e exalação de vapores escuros que perturbam as funções cerebrais.

Entretanto, esta seria apenas uma das suas causas. O modo de viver também poderia causar a hipocondria. Por modo de viver, entende-se a alimentação e as condições da digestão, as atividades físicas, o regime do sono e os afetos ou paixões da alma. Todos estes fatores poderiam originar um desornamento dos líquidos corporais (bile negra ou melancolia, bile amarela ou cólera, fleuma e sangue) e corromper o corpo e o intelecto, perpetuando um ciclo vicioso.

No caso específico da melancolia hipocondríaca, os afetos predominantes seriam a tristeza e o temor. Além disso, Zacchia identifica como sinais evidentes, fantasias e sonhos desesperantes hábitos solitários, um estado de ânimo choroso e taciturno, timidez e desgosto.

Psiquiatras clássicos novecentistas, do porte de Falret, Séglas, Cotard inclusive Freud, mencionam, sublinham e destacam a hipocondria como uma manifestação importante nos quadros psiquiátricos.

No *Rascunho B*, Freud (1893) trata da neurastenia ao dizer que a neurose de angústia surge sob duas formas: “O estado crônico é como um ataque de ansiedade” (FREUD, 1893 (1977) p. 252). Como sintomas crônicos, ele ressalta a

ansiedade e a hipocondria relacionadas ao funcionamento do corpo, como por exemplo as fobias e, ainda, a ansiedade relacionada às decisões e à memória, isto é, à idéia particular de alguém a respeito do seu funcionamento psíquico, dúvidas e ruminções obsessivas.

Em *Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada Neurose de Angústia*, Freud (1895,-1977, p. 110) diz que

para uma das formas de expectativa ansiosa – relacionada ao tema da saúde própria –, reservamos o velho termo *hipocondria*. O nível alcançado pela hipocondria nem sempre é paralelo à expectativa ansiosa em geral; requer como pré-condição à existência de parestesias e aflitivas sensações corporais. [...] [Assim], a hipocondria é a forma preferida pelos neurastênicos genuínos, quando estes caem presas de neurose de angústia, como ocorre com freqüência.

No *Rascunho H*, pouco a pouco, Freud (1895) situa a hipocondria, o delírio de ciúme e o delírio da erotomania na paranóia, ao lado da psicose.

Por sua vez, Laplanche e Pontalis definem a neurose de angústia como acumulação de uma excitação sexual que se transforma diretamente em sintoma, sem mediação psíquica.

No *Rascunho B*, intitulado *Etiologia das neuroses*, em uma das centenas de cartas endereçadas a Fliess, Freud (1893) faz uma interessante observação inicial, datada, ao recomendar a Fliess “manter esta carta longe de sua jovem esposa” (FREUD, (1977), p. 247), porque pode tomar-se como reconhecido que a neurastenia é sempre e tão-somente uma neurose sexual.

Antonio Quinet (2006) lembra que, a partir de 1912, Freud passou a considerar a hipocondria como a terceira neurose atual; antes disso, era uma doença autônoma – ou ainda um sintoma, que poderia ser encontrado nas neuroses, inclusive, como um dos destinos do afeto.

5.1 ETIMOLOGIA

A palavra hipocondria apresenta diversos deslizamentos de sentido antes de chegar à definição de *Dictionnaire Littré*⁹, de 1860, e que permanece atual: tipo de doença nervosa que perturba a inteligência, de modo que os doentes passam por enfermos imaginários, sofrem muito e estão mergulhados em uma tristeza habitual.

Hipócrates e Galieno definiram como uma entidade mórbida que alia uma lesão visceral específica a uma psíquica, causada pela tristeza e pelo temor permanente.

O primeiro registro do termo médico, em latim, remonta a 1398, segundo o *Dictionnaire de la langue française*¹⁰. Entre 1398 e 1560, passou da nomenclatura técnica médica ao francês corrente e perdeu o *h* central (*hypochondria*), afastando-se, assim, de sua etimologia original: “Sob falsas costelas”, ou um órgão escondido entre o ventre e o peito, sítio dos humores, já insinuando um invisível corporal com exigência de representação.

O adjetivo *hipocôndrio* apareceu em 1560, como significado de triste, caprichoso, relativamente a um sujeito sempre inquieto com sua saúde. *Hipocondria* apareceu somente 1781 e sua definição é: “Afecção nervosa que antigamente se acreditava de origem abdominal e que deixa o doente sempre angustiado com sua saúde. Hipocondríaco tem dois sentidos mais metafóricos: o sujeito extravagante e de humor sombrio, mas não menos importantes”.

5.2 A HIPOCONDRIA EM JULES COTARD

O primeiro artigo de Jules Cotard é intitulado *Do delírio do hipocondríaco em uma forma grave da melancolia ansiosa*. Na sua clínica primorosa, nas filigranas de suas descrições, Cotard começa a observar a diferença da manifestação da hipocondria na paranóia e no delírio de negação, em que há a idéia de destruição

⁹ Foi apresentada na *Société médico-psychologique* em 28 de junho de 1880 e publicada nos *Annales médico psychologiques* em setembro do mesmo ano. É a singularidade de um delírio hipocondríaco observado durante muitos anos por aquele que foi o diretor do hospital Vanves, J. Falret, que atraiu a atenção do clínico. A paciente queixava-se de estalos nas costas que repercutiam na cabeça, o que evidenciava tratar-se de queixas hipocondríacas. Jules Cotard cita alguns autores que, mesmo ao observar delírios análogos aos da negação, não relevaram a sua singularidade. Inicia coma descrição minuciosa do delírio hipocondríaco da Sra X (Anexos).

¹⁰ M. Czermak reserva o termo hipocondríaco à psicose e descarta deliberadamente as diversas preocupações corporais evocadas sob tal título nas diferentes neuroses. Não se ganha nada

dos órgãos, além da idéia de imortalidade que aparece imbricada com um estado que não é de vida nem de morte; são mortos-vivos, ocupam uma posição singular, e enunciam esta vivência com intensamente. Eis aí um dos aspectos fulgurantes desse delírio que, mais tarde fora nosografada como Síndrome de Cotard.

O corpo está podre, o cérebro amolecido, não tem estômago, coração, sangue, alma. Tais relatos são recorrentes nos pacientes afetados pelo delírio das negações e são o *acme* da manifestação hipocondríaca porque embora os órgãos sejam negados, tratados como não-existentes, eles sustentam uma queixa de dor, mal-estar, desconforto.

Jules Cotard assinala explicitamente e antecede aos grandes teóricos, já em 1889, em um verbete *Sobre a hipocondria* (1889, 379-415), em que afirma que “há provavelmente uma origem verbal em certas idéias hipocondríacas, assim como há uma origem alucinatória em certos delírios”.

O médico francês dá importância à linguagem na hipocondria, no sentido de que os que sofrem desta afecção e os alucinados atribuem a determinadas palavras a tendência em transformar abstrações em entidades substanciais e ativas.

Nesse mesmo artigo, há uma insistência de que a hipocondria é do campo da psicose e uma interessante distinção entre a hipocondria anestésica pré-melancólica e a hipocondria corporal hiperestésica, prelúdio do *delírio de perseguição*. Brillantemente, pelas antecipações que faz, já detalhava como a hipocondria pode se transformar em melancolia ou em paranóia.

5.3 A HIPOCONDRIA EM LACAN E CZERMAK

Lacan afirma que o psicótico privilegia o corpo mais do que o neurótico; este é interpelado por sua relação ao Outro, e o perverso pela questão do falo. A hipocondria é, portanto, muito mais assídua nas psicoses, mesmo nas consideradas menos severas, ou nos sujeitos que apresentam apenas traços psicóticos, sem delírios ou surtos.

M. Czermak reserva o termo *hipocondríaco* à psicose e descarta as diversas preocupações corporais evocadas sob tal título nas diferentes neuroses. Defende a

estendendo a acepção de tais termos. É melhor, para começar, desfazê-los e fazê-los especificar, é

idéia de que é melhor não utilizar um mesmo qualificativo para as obsessões, conversões, fobias e idéias delirantes.

Tiranía do objeto a é uma expressão de Czermak para falar da onipresença do objeto *a* na cadeia significativa do hipocondríaco. Objeto que não cai não é destacável, fica encarcerado. Há uma presença totalizante, daí o paciente hipocondríaco mostrar-se tão obcecado por sua saúde, tão preso em sua problemática, tão agressivo em sua busca de encontrar uma resposta médica adaptada e absoluta. Essa característica permite diferenciar clinicamente a queixa neurótica histérica de uma manifestação hipocondríaca na psicose.

Para Czermak (1991) pag 162

O objeto *a* induz um imperativo que submete o sujeito que padece dele a uma série de constatações, de falas sobre o corpo – de um corpo não metaforizado, de um corpo que escapa àquilo que poderíamos supor da representação enquanto neuróticos – que a língua do Outro desfila de um modo direto e automático.

O indivíduo está impossibilitado de existir à cadeia significativa; ele aparece como não-barrado, sem desejo. Está embaraçado no seu corpo por algo que impede o livre jogo das pulsões, de que o sangue, o ar e os alimentos circulem em um corpo suficientemente erogenizado para se manter hígido. O morto-vivo habita um corpo hesitante, cambaleante. As pulsões se organizam em torno dos furos do corpo, ensina Lacan; contornam o objeto *a* antes de retornar ao corpo. Com o hipocondríaco o trajeto é diferente; é como se o objeto *a* tivesse vindo encarcerar-se no corpo e arrolhar os furos. O corpo do hipocondríaco é paralisado pelas impossibilidades de respiros pelos furos. Um corpo tamponado dói, incha, adocece.

Pode-se avançar sob a hipótese de que as demandas médicas são o testemunho também das demandas insistentes dos objetos reais que o martiriza. Assim, o hipocondríaco submetido à loucura do corpo não tem demanda senão a de ser intoxicado por medicamentos, cortado pelo bisturi, tornado transparentes pelas imagens de alta resolução dessas máquinas fantásticas que estão, também, a serviço das fantasias hipocondríacas.

melhor não utilizar um mesmo qualificativo para as obsessões, conversões, fobias e idéias delirantes.

Trata-se de um corpo que perde os mistérios e as frágeis marcas pulsionais, o indivíduo pede para descrevê-lo em cada tomo, cada vez mais e luptuosamente e por fim encontrar a peça que sobra ou que falta, por exemplo, a demanda de um exame para confirmar que o cérebro se esvaziou, ficou sem consistência, a “caixa craniana está cheia de algodão”, como recentemente ouviu-se de um paciente.

5.4 HIPOCONDRIA E SÍNDROME DE COTARD

Diante da impossibilidade da descoberta de uma lesão anatômica que explique sua dor ou, ao contrário, sua anestesia, seus órgãos desaparecidos, o paciente continua incrédulo e desesperado. Erra em busca de uma teoria que lhe convenha; alguns doentes se amoldam a um delírio que lhes serve de medicação.

Os dois imaginários – o do médico e o do hipocondríaco – se chocam muitas vezes quando o médico aferra-se a seus conceitos positivistas e o paciente a sua teoria pessoal.

Empobrecido em seu limite interno, o *eu* não trata mais a excitação somática para torná-la pulsional; as ligações são pouco confiáveis, de modo que remetem à antiga “estase narcísica” de Freud, anterior a 1924. “A hipocondria atinge, pois, não o corpo, mas sua representação como dentro, o que [está como] a regressão do sujeito a um momento precedente à diferenciação entre o eu e o objeto no qual se efetuou a instalação dos limites” (PRAGIER, 2002).

Tal consideração remete ao início da vida, quando a mãe escuta e interpreta os sinais do corpo do bebê e esse trabalho de escuta e interpretação somente é possível se existe, da parte dela, um investimento libidinal nesse corpo. O papel da mãe não é simplesmente assegurar a conservação da vida, mas, de modo simultâneo, permitir o acesso ao prazer por meio da promoção da sexualidade. A constituição do auto-erotismo supõe originalmente a existência de um objeto maternal que assegure a satisfação das primeiras necessidades: o auto-erotismo vem apenas em resposta à perda desse objeto.

Quem é a mãe daquele que evolui para o delírio das negações? Ao corpo que se torna “infinito” no tempo e no espaço com os delírios de enormidade, que laço faltou para delimitá-lo e barrar-lhe o gozo?

Com Freud (1915), desde *Luto e melancolia*, sabemos ser o *eu* do melancólico suporte da introjeção do objeto perdido. No *delírio das negações*, há uma implicação entre o eu e o corpo; ou seja, há uma imbricação entre estas duas afecções: melancolia e hipocondria. Pode-se dizer, numa licença kleiniana, que o objeto mau é introjetado ao mesmo tempo no psiquismo e no corpo.

Freud sugere que o analista escute o delírio hipocondríaco como escuta sonhos em análise, nem mais nem menos.

Vale destacar que, no início da psicanálise, Freud atribuíra aos orifícios do corpo o estatuto de zonas erógenas; ao afirmar, em 1914, que a erogeneidade é uma propriedade de todos os órgãos. Essa segunda versão da erogeneidade é descrita como generalizada a todo o corpo e, por isso mesmo, suscetível a aumentos, diminuições e dilatações em cada parte desse corpo erógeno. Tal como Lewis Carroll mostra sua Alice num crescer e diminuir, numa confusão entre ela e os objetos que a rodeiam, tal como em Cotard os delírios de enormidade basculam com os de diminuição, pode-se pensar que a hipocondria muda a erogeneidade de alguns órgãos porque há uma alteração no investimento da libido no *delírio das negações*.

A hipocondria dos melancólicos tem sempre uma marca moral de humilhação; dizem-se repugnantes, ignóbeis, apodrecidos. Os paranóicos, ao contrário; têm geralmente uma forte opinião sobre si mesmos, se toma influências exteriores dos sofrimentos, das doenças. O ansioso encontra nele mesmo a causa dessas influências nocivas. No início, é sempre de uma hipocondria moral que se trata: os doentes se tornam incapazes, perdem suas faculdades, suas capacidades, sua inteligência. Na evolução do delírio, a hipocondria psíquica se instala e eles não conseguem pensar, não compreendem nada do que se diz, não conseguem ler, tornam-se débeis.

A hipocondria física se manifesta por idéias de ausência e destruição dos órgãos e das vísceras, e, como conseqüência, pelas idéias de imortalidade, por esta característica ser tão definida, Pierre Fédida a chama de *melancolia anatômica*.

5.5 HIPOCONDRIA MORAL

Jules Cotard toma emprestado do psiquiatra francês J. Falret a expressão *hipocondria moral*, com o objetivo de distinguir do quadro das hipocondrias gerais, que se caracteriza predominantemente por profunda depressão, ansiedade queixosa e um estado grave de distúrbio da sensibilidade moral.

No artigo já mencionado, *Do delírio hipocondríaco em uma forma grave de melancolia ansiosa*, Cotard (1880 p. 19) afirma:

Nestas formas predominam a ansiedade, os temores, os terrores imaginários, as idéias de culpa, de perdição e de danação, os doentes acusam a si mesmos, eles são incapazes, indignos, fazem a infelicidade e a vergonha de suas famílias, irão prendê-los, condená-los à morte, irão queimá-los ou cortá-los em pedaços.

Os doentes tomados por estas manifestações não acreditam naquilo que o outro possa vir a afirmar de positivo a seu respeito, muito menos nas manifestações afetivas e amorosas que lhe são dirigidas.

Cotard acentua que “Muitas vezes, essas manifestações são acompanhadas por idéias de ruína, tornam-se empobrecidos e se apresentam desta maneira para quem deles se aproximar, suplicando a confirmação deste desmoronamento” (COTARD, 1880, p. 81).

Por sua vez, na década de 1860, Jules Gabriel Baillinger, então aluno de Esquirol, foi o primeiro alienista a chamar à atenção sobre o delírio hipocondríaco dos paralíticos. Em um artigo, Baillinger (1860) assinala a relação estreita entre a melancolia hipocondríaca e a paralisia geral e destaca as características específicas das concepções delirantes nos hipocondríacos paralíticos. O trabalho de Baillinger sobre o delírio hipocondríaco moral, como um prelúdio da paralisia geral, responde também à preocupação de reintroduzir o dualismo na teoria das doenças mentais na medida em que este autor se apóia sobre a dissociação dos signos psíquicos e físicos que já tinham sido trabalhados por A. L. J. Bayle ,

Jules Séglas também se ocupa da hipocondria moral; a dor moral, os distúrbios cinestésicos e os distúrbios intelectuais, também chamados de *parada psíquica*, mas com uma diferença: Séglas, ao contrário dos seus contemporâneos, “afirma que a dor moral é secundária, é conseqüência da derivação da consciência

das modificações advindas no exercício das faculdades intelectuais” (FERREIRA, 2006, p. 20).

Na “*Dixième Leçon: De la mélancolie sans delire*” Séglas (1887) descreve de forma impressionante, detalhada, como era o estilo dos alienistas franceses novecentistas, aquilo que Freud (1915) afirma em *Luto e melancolia*, quando descreve o processo de melancolia como barrado em relação ao trabalho interno entre as instâncias psíquicas, quando, por exemplo, o sujeito sofre uma grande perda. A aproximação que Freud fará da melancolia e da esquizofrenia está neste texto mor sobre a melancolia e a esquizofrenia

Séglas (1887, p. 287. diz algo muito próximo da dicção freudiana nos textos da Metapsicologia.

As imagens interiores não são mais adequadas às suas excitações normais; e as sensações, mesmo regularmente transmitidas, não chegam à consciência, senão como um tanto de impressões alarmantes por sua estranheza” (*Dixième leçon: De la mélancolie sans delire*).

Também vale mencionar que Séglas já lembrara que o psiquiatra alemão Griesinger (1817-1868) afirmara que o humor melancólico é negativo, ou seja, trata-se da hipocondria moral; entretanto, quem vai chegar ao *delírio das negações*, a partir destas constatações, foi Cotard.

5.6 O PARALELISMO ESPINOZISTA

Todas as observações acerca da hipocondria moral e hipocondria ordinária, como diz Cotard, levam quase que inevitavelmente a pensar sobre o paralelismo espinozista, mesmo que seja para uma breve aproximação, a vôo de pássaro, para não perder as produções da filosofia no século XVII, que podem contribuir para o aprofundamento desta pesquisa.

A pergunta do filósofo holandês Baruch Espinoza (1632-1677), na *Ética*, cuja publicação ocorreu postumamente, em Amsterdam, “O que pode um corpo?” (ESPINOZA, 1677), tem como primeira resposta “o que ele pode é exercer a

potência deste corpo”. Para Espinoza, o corpo humano finito existente na natureza é pensado como um modo de um dos atributos de Deus.

O paralelismo espinozista afirma a identidade de conexão entre as coisas extensas, este mesmo paralelismo nega a superioridade da alma ou a inferioridade do corpo e qualquer relação causal entre o corpo e a alma. Trata-se de uma ruptura em relação à tradição religiosa que dava à alma uma eminência e colocava o corpo qualitativamente pior do que a alma, desqualificando assim o corpo, como fonte de todo mal, do padecimento, o corpo como realidade inferior, e a alma como entidade superior. Espinoza entende que tudo o que afeta a alma afeta o corpo e o que o corpo sofre, expressa-se na alma. O paralelismo alma e corpo compõe a mesma realidade, portanto, não há como compreender a alma sem compreender o corpo. Para Espinoza, alma e corpo constituem um mesmo ser, o que marca inexoravelmente sua posição anti-religiosa.

O paralelismo de que se trata nega a superioridade da alma em relação ao corpo, o que reforça a posição de Cotard e também de Ségla, ao mostrarem a impossibilidade desta dicotomia nos delírios hipocondríacos.

Espinoza diz que tudo o que o corpo sofre a alma também é afetada; não há superioridade nem inferioridade, portanto, entre corpo e alma.

O corpo humano é uma unidade estruturada: não é um agregado de partes nem uma máquina de movimentos, mas um organismo ou unidade de conjunto, e equilíbrio de ações internas interligadas de órgão. [...] Ora, demonstra Espinoza, o primeiro objeto que constitui a atividade pensante da mente humana é o seu corpo e, por isso, a mente não é senão idéia do corpo (CHAUÍ, 2006, p. 52).

Tais considerações acerca de Espinoza são mencionadas para demonstrar as alusões à hipocondria não no sentido patológico, mas na intersubjetividade do corpo e da mente – a se pensar no século XX – que justificou o sofrimento do sujeito afetado pelo *delírio das negações*, em que corpo e espírito – ou alma, ou mente – sofrem em uma simultaneidade e indiferenciação que derrubam também a idéia da psicossomática, como fosse possível pensar a *psyché* e a soma de maneiras separadas e com critérios e pressupostos distintos.

Pode-se associar Espinoza ao se estudar Cotard, quando se pensa na idéia de *conatus* – todas as afecções do humano: a alegria, tristeza, amor, ódio, medo,

esperança, cólera, indignação, ciúme, glória. Sob tal perspectiva, os afetos ou desejos não possuem a mesma força ou intensidade; alguns são fracos ou enfraquecedores do *conatus*, enquanto outros são fortes e fortalecedores respectivamente. São fracos todos os afetos nascidos na tristeza, pois esta é definida por Espinoza como o sentimento de que nossa potência de existir e agir diminui em decorrência de uma causa externa; são fortes os afetos nascidos da alegria, isto é, do sentimento de que nossa potência de existir e agir aumenta em decorrência de uma causa externa.

Aí estamos mergulhados na causa de Cotard, do *delírio das negações* dos melancólicos, em que a alegria desaparece e, portanto, impede que o fortalecimento do *conatus* ocorra quando passa de paixões tristes e paixões alegres. É no interior das paixões alegres que, fortalecido, ele pode passar à ação, isto é, ao sentimento de que o aumento da potência de existir e agir depende apenas de si mesmo.

Assim, o doente afetado pela Síndrome de Cotard não é espinoziano, a alegria como força propulsora da ação, nos melancólicos negadores, fica soterrada sob os escombros da desilusão e do excesso de lucidez.

6 A NEGATIVA EM FREUD E EM COTARD – BARTLEBY, KAFKA, PESSOA

“Não se trata, diz-nos, de um recalque (*verdrängung*), pois o recalque não pode ser distinguido do retorno do recalcado pelo qual aquilo de que o sujeito não pode falar, ele o grita por todos os poros de seu ser”.

Jacques Lacan (1954)

6.1 A NEGATIVA EM FREUD

O texto *A negação* (FREUD, 1925) é a passagem obrigatória para compreender a estrutura das negações melancólicas, e muito especialmente, o *delírio das negações*, de Cotard. Trata-se de artigo que segue o Bloco Mágico e aparece primeiramente na renomada revista *Imago*.

É considerado muito importante que o artigo de Freud sobre a negação parta de um efeito de linguagem, por sua ligação com o recalque, ou seja, a negação como substituto intelectual do recalque, e que termina pela referência às moções pulsionais sob a forma de engolir e de cuspir; elementos da oralidade considerados como as raízes da afirmação e da negação.

O negativo nos delírios das negações, e Freud também evoca o negativismo na esquizofrenia, é considerado inverso do positivo, mas como direção ao nada.

O complexo mecanismo que Freud desenvolve neste texto, que foi traduzido 17 vezes, define a negação como um fenômeno que ocorre quando a repressão de um conteúdo inconsciente inaceitável é ameaçada, ou seja, uma determinada enunciação da tomada de consciência do recalçamento, sem que o sujeito aceite seu conteúdo. Freud estabelece nesse texto a tese de que um conteúdo de representação ou de pensamento recalcado pode aceder à consciência desde que seja negado, uma vez que o refinamento da clínica freudiana permite esta construção tão revolucionária. Esta maneira de tomar conhecimento do recalcado permite ao sujeito “apresentar seu ser sobre o modo de não ser”, escreve Hyppolite (1954 p.374)

A negação tem para Freud o valor de um índice que assinala o momento em que uma idéia ou desejo inconsciente começa a ressurgir, e isto tanto no tratamento quanto fora dele.

As observações de Freud sobre a ausência de “não” no inconsciente foram discutidas também em seus trabalhos: *Projeto de uma psicologia científica* (1895), a *Interpretação dos sonhos* (1900), o *Caso Dora* (1905) e *O homem dos ratos* (1909).

Algumas idéias sobre a natureza e função de um julgamento negativo aparecem em seu trabalho *Os chistes e sua relação com o inconsciente* (1905). Em todos esses textos/referência, a sua tese principal aparece *ipsis litteris*: negar algo em um enunciado, em um julgamento é, na realidade, dizer “isto é algo que eu preferia não saber”. Sabemos desde então que um “não”, absolutamente, não anula o recalque. A função do “não” é permitir a emergência de algo “escondido”, que se torna então disponível via interpretação do analista, para a elaboração de um processo secundário; logo a negação, como Freud mostrou, é um precursor da afirmação.

Ilustram esta idéia os vários exemplos recolhidos da clínica, tais como: “Não pensei nisto”, “Não tinha esta intenção” e “Não é minha mãe”.

Weinshel (1977) (*apud* CARONS, 1963, p. 182-187), entende que a negação “não pode ser vista como um simples processo psicológico, que pode ser engavetado como uma recusa, um isolamento, ou até mesmo um mecanismo de defesa”. Weinshel considera que um julgamento negativo representa uma atividade complexa e intrincada do ego.

Anna Freud (1951), em um trabalho não publicado, mas nem por isso menos conhecido, *Negativism and emotional surrender* (*Negativismo e rendição emocional*), descreve um estágio negativista em desenvolvimento inicial, caracterizado pela criança que se opõe a pedidos e recusa assistência do outro, baseada no desejo de independência. Anna Freud indicou que este comportamento negativista ocorre durante a pré-adolescência. Quando se apresenta mais tarde, pode-se pensar em uma psicose ou em uma esquizofrenia. Neste interessante artigo, Anna Freud argumenta que todas as explicações habituais sobre o comportamento negativista são insuficientes, não chegam ao âmago da questão, e postulou que o sujeito negador ressentido a aproximação de outra pessoa como uma exigência ou um ataque hostil.

Sterba (1957) *apud* Carons discutiu as idéias de Anna Freud sobre o negativismo de forma detalhada e, mais tarde, desenvolveu o tema da passividade e

oralidade. Argumenta que os traços de caráter negativista servem “como uma defesa contra a renúncia masoquista ou um nível passivo oral com um perigo consecutivo de invasão e perda do eu” (STERBA, 1957, p).

Para este fenômeno, Freud apresentou uma explicação metapsicológica, que desenvolve em três afirmações estreitamente próximas:

- a) a negação é um meio de tomar consciência do recalcado;
- b) o que é suprimido é apenas uma das conseqüências do processo de recalçamento, isto é, o fato de o conteúdo representativo não atingir a consciência. Resulta daí uma espécie de admissão intelectual do recalcado, enquanto persiste o essencial do recalçamento;
- c) por meio do símbolo da negação, o pensamento se liberta das limitações do recalçamento e é possível elaborar um discurso.

A negação melancólica não faz parte do par de opostos simbólicos (*Bejahung/Verneinung*) e se enuncia fora da lógica da dialética. Na psicose, qualquer coisa de primordial quanto ao ser do sujeito não entra na simbolização. No trabalho *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (LACAN, 1958), a forclusão do *Nome do Pai*, que falta a ser, jamais vindo no lugar do Outro, é para Lacan um acidente do registro da *Bejahung*.

Assim, foracluído é algo de excluído da realidade; tudo se declina em termos de existência ou de não-existência e reenvia invariavelmente à constituição da realidade subjetiva. A negação de Cotard mostra uma evolução formal desde a negação da atribuição, *negação de ter*, até a negação da existência, *negação de ser*. Pode-se afirmar que se trata do ponto da negação da realidade que ele desnuda. Com efeito, a *Verneinung* tem assim eliminado toda manifestação da ordem simbólica.

No texto *Resposta ao comentário de Jean Hypollite sobre a Verneinung*, está posto que

a *Bejahung* que Freud anuncia como o processo primário em que o juízo atributivo se enraíza, e que não é outra coisa senão a condição primordial para que, do real, alguma coisa venha se oferecer à revelação do ser, ou,

para empregar a linguagem de Heidegger, seja deixado-ser (LACAN, 1953, p. 388).

A negação da realidade do órgão, do mundo exterior, do universo ou das abstrações ensina como a percepção deve seu caráter de realidade às articulações simbólicas

que o ligam a todo um mundo. Não há, então, realidade psíquica, de onde esta diluição do universo simbólico no desenvolvimento os mais acabados do *delírio das negações*. Acreditar na existência do objeto que se fala e ignorar que se fala do que não existe, é precisamente esta ficção significante que o negador rejeita. Desde então, nenhum semblante, nenhum substituto da realidade vem significar o real, concebido por Lacan como heterogêneo à realidade – e barrar sua irrupção .

No texto *Die verneinung*, Freud analisa o prazer generalizado da negação, o negativismo dos psicóticos como indicativo da separação das pulsões por contração dos componentes libidinais. A negação melancólica é a consequência de uma desintração das pulsões de unificação, a afirmação como o substituto; e de destruição, cuja denegação constitui o sucessor.

6.3 A NEGATIVA EM COTARD

Cotard considerou casos mistos, em que se referia ao *delírio das negações* em uma evolução entre melancolia e paranóia, mas foi sobretudo Séglas que demonstrou que o *delírio das negações* é o paradigma da melancolia ansiosa, encontrado também em outras afecções, como a paranóia. Ao inverso da melancolia, as negações são referidas a uma vontade de destruição exteriorizada, e iniciam sempre por negações físicas que podem evoluir para negações de ordem moral e de idéias de destruição, de vôo dos pensamentos ou das faculdades intelectuais.

Conforme ficou evidente no Congresso de Blois (1892), os melancólicos são negadores por excelência, e as negações podem ser encontradas nas diferentes formas da psicose. A especificidade da melancolia tem o agravante de que esta negação não passa pelo outro, mas se desenrola sobre o sujeito mesmo, daí a

importância do corpo que polariza estes fenômenos de mortificação que se identifica nesta negação sistematizada.

Kaufmann (1993, p. 97-98) escreve o verbete *Síndrome de Cotard* da seguinte maneira:

Delírio parcial quanto ao objeto, se enuncia de uma maneira negativa – sem boca, sem estômago, sem cabeça, e se estende progressivamente a todo o corpo, até a própria existência do paciente que se afirma já morto, e ao conjunto do universo, aí incluído o criador. Em sua evolução, ele sofre uma inversão completa sob a forma da infinitude no tempo, o delírio de imortalidade, e no espaço – delírio de enormidade – que representa para Cotard o ponto final a que chegam os negadores... O delírio de Cotard pode ser visto como uma forma extrema de loucura, habitada pelas paixões mais obscuras e com freqüência as mais ferozes.

“O melancólico cai sob o golpe da negatividade da linguagem, da instância da única perda que se desata e se absolutiza”, explica Colete Soler, que considera estes fenômenos de mortificação como “um retorno no real do pedaço mortal da linguagem” (SOLER,)

Assim, tona-se essencial tomar a sério os pensamentos negativos, mesmo que sutis, ainda sem serem desdobrados em delírio verdadeiro, os quais podem denotar o índice discreto dessa experiência da psicose identificada por Cotard, e que a psicanálise lacaniana conceitua a partir da forclusão do Nome do Pai.

6.3 BARTLEBY – “I WOULD PREFER NOT TO”

A novela *Bartleby the Scrivener: A Story of Wall Street*¹¹, escrita em 1853 por Herman Melville, é um relato sobre um advogado que emprega no seu escritório um insólito copista, Bartleby, que constrói uma situação inextricável: ele não cumpre e não completa mais as tarefas que lhe são confiadas. Cada vez que seu patrão lhe pede alguma coisa, ele não diz não, mas usa sua célebre frase ou fórmula: “I would prefer not to” – “eu preferiria não”. Esta inexplicável resistência passiva trava a máquina/escritório, até então bem-azeitada, de um advogado zeloso do seu trabalho.

¹¹ Bartleby - o lunático do não: Título de um artigo de Enrique Vila-Matas, in *Le Magazine littéraire* n. 456, septembre, 2006.

O filósofo italiano George Agamben escreveu “Bartleby ou a criação” (1995), em que sugere que o enigma que ele suscita tem por fim os mesmos pontos da questão constituinte que Aristóteles preconiza na filosofia, ao fazer a distinção constituinte da potência e do ato.

O espírito não é uma coisa, mas um ser de pura potência e a imagem sobre a tábua branca a ser escrita sobre a qual nada está ainda precisamente representado. Toda potência de ser ou de fazer alguma coisa é, para Aristóteles, sempre também potência de não ser ou de não fazer [...] sem o que a potência passaria sempre para o ato e se confundiria com ele [...] Esta “potência de não ser” é o segredo principal da doutrina aristotélica sobre a potência (AGAMBEN, 1995, p. 15-16).

Péllion (2000, p. 257) entende que a perturbação melancólica da relação da linguagem não pode passar dessa velha distinção da potência e do ato: está patente que a melancólico se cala mesmo tendo potência para falar.

Séglas, em 1891, dedica uma sessão na *Société médico-psychologique* sobre o mutismo melancólico. Como contribuição pessoal, uma vez mais importante, admite que a origem do mutismo melancólico é em consequência um pouco contraditória; por uma parte a noção de enfraquecimento do poder de síntese descreve uma falha geral da função de significação, podendo ir até a perda da significação das palavras; por outro lado, o acento colocado “sobre a presença de alucinação verbal psicomotora, privilégio de impedimento ao diálogo causado pela superabundância de *speech-acts* incontroláveis” (PÉLLION, 2000 p 264). De um lado, está uma doença da potência; do outro, uma patologia do ato.

Peter Pal Perlbart (2000, p. 83), em seu artigo *Solidão de Bartleby*, considera importante manter a estranheza da fórmula de Bartleby, “Eu preferiria não”, do que adotar uma das traduções disponíveis em português: “Prefiro não fazer” ou apenas, “Preferiria não”.

Pelbart (2000, p. 83) comenta que “o advogado é tomado de perplexidade; chega a dizer que nada irrita mais alguém do que a resistência passiva. Mas também pondera que quando se está diante de algo inusitado e extremamente irracional, parece que tudo se inverte, e começa-se a duvidar da própria razão”.

Esta indiferença cadavérica que Melville descreve à perfeição, mas que está acoplada a uma suavidade, a uma polidez e um desleixo próprio do desespero é o que encontramos no doente, no sujeito afetado pela Síndrome de Cotard.

A fórmula que ficou a marca indelével de Bartleby – *“I would prefer not to”* –, e não por acaso se reproduz no original, porque soa mais estridentemente, não permite recalcar o niilismo que o paciente transmite de maneira inexorável e impiedosa. A expressão no original tem esta força que se destaca justamente por não ser negativa nem afirmativa. O advogado da novela ficaria aliviado se Bartleby não quisesse, mas ele não recusa nem aceita, nem afirma que ele preferiria fazer em vez de cumprir a ordem de seu patrão.

Pelbart (2000, p. 86) cita Deleuze:

a fórmula é arrasadora porque elimina de forma igualmente impiedosa o que se prefere e o que se prefere não. Ela torna indistintas as alternativas binárias entre o preferível e o não-preferido, ela cava uma zona de indiscernibilidade, uma faixa de indeterminação, que não cessa de crescer. É como se Bartleby dissesse: “Eu preferiria nada a algo; não a vontade de nada, mas o crescimento de um nada de vontade”.

É este tipo esquisito de passividade que se encontra nos pacientes, é a posição de suspense, nessa passividade neutra, nesse entre-morte. Pelbart (2000, p. 84) ainda comenta:

Nessa recusa de toda formulação, em que se abandona a firmeza de um dizer porque se abandona a autoridade de um eu, de uma identificação, há uma recusa de si que justamente não se crispa na recusa, mas abre para um desfalecimento, uma espécie de perda do eu... O nem/nem, nem isto nem aquilo, esvazia a mola do sentido, é produzir sentido. O neutro é exatamente uma estratégia para escapar ao jogo do sentido, às suas oposições dadas, às suas capturas, às suas combinatórias prefiguradas.

O Cotard é um “neutro” que, como o herói de Melville, não tem nada de neutro. Ambos, Bartleby e o doente de Cotard têm uma característica instigante: são pessoas cinzentas, imóveis, petrificadas, caladas, repetitivas, litânicas, sem preferências, arrastam todos a um beco sem saída. Porque é este desconforto que o discurso destes pacientes coloca: tal como Bartleby que recusa o pai que o advogado quis ser, o analista também é colocado em posição constante de

destituição, uma situação que se estabelece quase de tédio, pela impermeabilidade, como se fossem de concreto, no sentido da falta da permeabilidade neurótica, por exemplo, em que os pacientes parecem ter a textura de um tecido. Como a água atravessa o tecido, mas não o concreto, as palavras passam, às vezes a duras penas, mas atravessam o sujeito. O melancólico de Cotard resiste, como Bartleby.

Trata-se de resistência feroz, muito mais do que desobediência ou teimosia do funcionário e patrão, ou do filho e pai, ou ainda caso se queira ir mais longe, do analisante e o analista. Já não há cópia em Bartleby; nem cópia para o advogado nem copia o advogado, mas algo da própria operação de cópia se corrompeu na relação em ter o patrão e o empregado. Diz Pelbart (2000, p. 86) em uma observação arguta: “A fórmula destitui o pai de qualquer palavra exemplar, e o filho de qualquer possibilidade de copiar”.

Está aí a forma de negativismo muito próxima da psicose.

A propósito, Jacques Hassoun (1995, p. 102) comenta que o refrão “*I would prefer not do*”, presente antes mesmo da ocorrência do encontro, não decorre de uma recusa da ação, mas de um ato que precede a conclusão e põe o sujeito fora do alcance da agressividade ou da violência do outro. Tudo já está consumado, antes mesmo que a intrincação das pulsões de vida e das pulsões de morte venham inscrever o que faz do vivente um ser desejante, ou seja: prefere alguma coisa, qualquer coisa.

Melville, o inventor de Bartleby, que em *Moby Dick* (1851) considera desprezíveis os portos por serem seguros, porque para ele a verdade é encontrada quando não há nem terra nem rios, em um estado de indefinição como a baleia branca chamada Moby Dick. Melville, como Bartleby, é um homem do *não* aos raciocínios fáceis, construídos pelos homens que vivem em segurança, nos portos, porque ele se interessa pelos homens que são levados como uma folha ao léu, pelo vento. “O negativismo na sua vida privada era muito presente”, diz seu amigo Nataniel Hawthorne, “ele faz o elogio do não como um centro vazio, mas sempre potente, autônomo e útil”, conforme publica a *Revista Magazine Litteraire*, n. 456 (2006, p. 45).

Bartleby morreu na prisão, solitário, exilado, marginal, fadado ao fracasso contra uma sociedade cujas regras ele recusa e coloca em risco a ideologia.

6.4 KAFKA E O “ARTISTA DA FOME”

O escritor austro-húngaro Franz Kafka (1883-1924) também apresenta um “personagem-Cotard”. Em *O Artista da fome* (1924), o personagem é descrito como um homem pálido, corpo esvaziado, um feixe de ossos, a cabecinha excessivamente pesada para o pescoço fraco e que, antes de morrer, diz que não pode encontrar nenhum alimento que o agrade.

O corpo frágil do melancólico de Cotard e estes pacientes que são descritos literariamente sem pretensão clínica, senão o incansável testemunho da fragilidade do homem, lembram com precisão, por exemplo, as descrições de Esquirol (1883): sobre as doenças mentais, consideradas sob as perspectivas mental, higiênica e médico-legal.

Se ele anda, é com lentidão e cautela, como se houvesse algum perigo a evitar, ou então com a precipitação e sempre na mesma direção como se seu espírito estivesse profundamente ocupado [...] atormentado pela tristeza ou temor. O olhar e a escuta sempre vigilantes [...] para o lipemaniaco, o dia não tem repouso, à noite o sono não vem [...]. Por vezes, a sensibilidade concentrada em um único objeto. Parece ter abandonado todos os órgãos; o corpo é impassível a qualquer impressão, enquanto o espírito se atém a um tema único, que absorve toda a atenção e suspende o exercício de todas as funções intelectuais. A imobilidade do corpo, a fixidez dos traços da face, o silêncio obstinado revelam a concentração dolorosa da inteligência e das afeições. Não é mais uma dor que se agita, se queixa grita e chora, é uma dor que se cala, que não tem lágrimas, que é impossível [...] a lentidão, a repetição monótona dos movimentos, as ações e falas do lipemaniaco, o abatimento no qual se encontra mergulhado pareceriam soberanos, se julgássemos que seu espírito está inativo como o corpo. A atenção do melancólico é de grande atividade, dirigida para um objeto particular, com uma força de tensão quase insuperável; inteiramente concentrado no objeto que o afeta, o doente não consegue desviar sua atenção, nem dirigi-la a outros objetos alheios à sua afecção (Esquirol).

Os textos clássicos que se ocupam deste *pathos* dos sujeitos que tangenciam a morte e que, contudo, manifestam uma estranha e incompreensível obstinação, uma recusa inabalável frente a qualquer mudança, principalmente a mais definitiva de todas: a morte.

David Lapoujade (2002, p. 82), em *O corpo que não agüenta mais*, descreve o estado de quem não agüenta mais tudo aquilo que o coage por dentro e por fora, um corpo afetado pelas forças do mundo, sua dor no encontro com a exterioridade, que coincide com o melancólico de Cotard. Deleuze lembra, por meio da mesma abordagem, que um corpo não cessa de ser submetido aos encontros com a luz, com o oxigênio, alimentos, sono e palavras cortantes, ou seja, um corpo é primeiramente o encontro com outros corpos.

Para o doente de Cotard, este encontro é impossível, o *escotoma* – do grego, escuridão – do espelho arcaico não dá esta licença, impede a possibilidade de reencontros nostálgicos. Então, tudo fica negado, até aquilo que não é visível, como as entranhas, ossos, cérebro.

6.5 A NEGAÇÃO EM FERNANDO PESSOA

A negação do poeta português Fernando Pessoa, especialmente no poema *Tabacaria*, de 1928, publicado em *O eu profundo e os outros eus*, traz os elementos do ser, do nada, da totalidade, da tristeza, do impossível que Cotard lembra todo o tempo com seu discurso fundado na negação, inclusive dos órgãos, como já se viu nos capítulos anteriores.

Não sou nada.
Nunca serei nada.
Não posso querer ser nada,
À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.
(PESSOA, 1980, p. 257)

Luicia Serrano Pereira (2002, p. 110) considera ser impossível “não sofrer o impacto dessas palavras que nos introduzem em *Tabacaria*. São fortes, categóricas, e nos põem em contato direto com uma de suas questões mais contundentes: totalidade e negatividade”. Nada há mais próximo da Síndrome de Cotard.

No texto *Floresta do alheamento* (1929), publicado também em *O Eu e os outros profundos Eus*, (PESSOA, 1980, p. 107), o negativismo é tão explícito que parece o discurso poético de um Cotard:

E assim o murmúrio das aves, o sussurro dos arvoredos e o fundo monótono esquecido do mar eterno punham à nossa vida abandonada uma auréola de não a conhecermos. Dormimos ali acordados dias, contentes de não ser nada, de não ter desejos nem esperanças, de nos termos esquecido da cor dos amores e do sabor dos ódios. Julgávamo-nos imortais [...].

7 A TRISTEZA EM COTARD

“A enfermidade mais universal que padece neste mundo a fraqueza humana e não só a mais contrária à saúde dos corpos, senão também a mais perigosa para a salvação das almas, qual cuidais que será? É a tristeza”.

Padre Antonio Vieira

7.1 OS SERMÕES DE PADRE VIEIRA

Antonio Vieira nasceu em Lisboa em 1608, mas foi educado no Colégio dos Jesuítas da Bahia. Completou estudos de filosofia e teologia e tornou-se célebre por suas pregações. De volta à Europa, após a aclamação de D. João IV, foi nomeado pregador régio e diplomata em missões na França, Holanda, Inglaterra e Roma (SILVA, 2006).

Conforme analisa Silva (2006, p. 533), poucas expressões da história da cultura brasileira foram tão eloqüentes ao abordar o tema da tristeza, como o “Sermão da quarta domingo depois da Páschoa”, pregado por Padre Antonio Vieira, no Maranhão, em data desconhecida (*apud* Carvalho da Silva, 2000).

Neste longo, belo e comovente texto, Vieira não desvincula em nenhuma passagem o comprometimento idêntico do corpo e da alma na tristeza. Há uma relação sistêmica, a tristeza do coração (*tristitia cordis*) se estende, alastra-se para a cabeça, perturba o cérebro e confunde o juízo.

Na Revista de Psicopatologia Fundamental, Silva transcreve (2006, p. 541) de Padre Vieira:

A tristeza fere os olhos, a língua, os braços, as mãos, os pés. A tristeza faz o sujeito considerar-se um cadáver vivo, morto e insensível para o gosto; vivo e sensitivo para a dor, sem alívio, sem consolação, sem remédio e sem esperança de o ter, nem ânimo para desejar.

Em descrições detalhadas que aparecem duzentos anos antes dos psiquiatras franceses se ocuparem desta sintomatologia como doença, Vieira reforça esta condição do mal de existir. Afirma ele: “Estes são os efeitos da tristeza (doença

de que ninguém escapa nesta vida, e muito mais os mais entendidos), e este, que ultimamente declarei, é o modo com que a mesma tristeza não só chega a matar os corpos, senão também as almas” (SILVA, 2006, p. 544).

Padre Antonio Vieira concorda com Aristóteles ao explicitar que “os mais entendidos são os homens mais suscetíveis à tristeza”, porque Aristóteles no Problema XXX (Metafísica de Aristóteles), faz uma exegese aos homens excepcionais, no que

concerne à filosofia, à política, à poesia ou às artes e que aparecem como sendo melancólicos, ao ponto de serem tomados pelas enfermidades oriundas da bÍlis negra, como o que diz Hércules nos mitos heróicos. Pois aquele parecia ser desta natureza e é por este motivo que os antigos designaram doença sagrada as enfermidades dos epiléticos.

Neste sermão, o interesse de Vieira era ensinar a não ficar triste. Se ele é coerente com o sistema hipocrático galênico ou com a psicologia aristotélica-tomista, é magnífica a atualidade que Carvalho (2006, p. 536) lembra no final do artigo citado e que merece ser literalmente reproduzido porque traz uma articulação digna dos postulados da Psicopatologia Fundamental:

De qualquer forma, o orador afirma que a tristeza é filha da culpa, mas que a causa de se adoecer de tristeza é o silêncio: as tristezas interiores, ocultas ou disfarçadas, são as mais virulentas. Além disso, a tristeza é um movimento da alma: já ser triste é uma disposição de caráter que perpetua o afeto em estado d’alma. O seu remédio consiste, portanto, em perguntar-se pelo destino ou rumo a ser trilhado, pondo em movimento a palavra e o desejo e modificando a si mesmo (SILVA, 2006, p. 536).

7.2 O NIILISMO NA SÍNDROME DE COTARD

O sujeito afetado pela Síndrome de Cotard parece repetir de uma maneira esquisita, troncha, o terrível voto de Mefistófeles, personagem da obra *Fausto* (GOETHE, 1832): “Seria melhor que nada existisse porque tudo que existe é digno de ser destruído”.

Tourgueniev, escritor russo (1818-1883) toma para si a autoria do conceito *niilismo*¹², no sentido literário, pois acredita tê-lo forjado no seu romance *Pais e filhos* (1862), enquanto de fato já havia sido utilizado por Santo Agostinho e, mais recentemente, na teologia alemã, como pensamento esvaziado, vazio, do desejo de fazer tabula rasa.

Depois de Novalis, Schopenhauer, Nietzsche, Heidegger, atualmente o termo *niilismo* designa toda atitude de negação, de recusa, de revolta. Por sua vez, no Rascunho G, em *Grand Robert* (Freud, 1895 [1969] p. 226), o termo designa, sem mais, toda a espécie de negação das religiões, crenças, valores, autoridades estabelecidas. Indica também o vazio que se perfila no horizonte do homem ocidental depois do declínio do Deus da tradição metafísica-teológica cristã, com todas as certezas que esta comportava e, ainda, a conseqüente e dramática problematização da fé no sentido do existir e no valor do agir.

O surgimento das religiões de todos os matizes do fundamentalismo atual neopentecostal, e tão presente nos discursos dos psicóticos, poderia ser tomado como uma vã tentativa das restaurações dos valores considerados superiores à vida, uma resposta ao vazio decorrente da morte de Deus? Ou ao vazio do “empobrecimento pulsional e o respectivo sofrimento”, que Freud designou no *Rascunho G* como “hemorragia da libido”, por onde escoar toda a libido represada.

Este escoamento da libido, no melancólico, que repercute em um *eu* sem possibilidade de investimento objetal, pode ser lido como um desespero niilista, que se encontra nos *delírios das negações*, no sentido de que nenhuma experiência o afeta suficientemente. O sentimento de *tedium vitae*, ou o *spleen*, do poeta e teórico francês Charles Baudelaire (1821-1867), implica que a vida não acena mais, não engana mais com nenhum divertimento; o sujeito se torna como espectador *blasé* de uma vida sem surpresa. Entretanto, Baudelaire faz disso uma arte, uma inspiração poética, mas não são todos os melancólicos que fazem o atravessamento da tristeza, da melancolia para a poesia. Aristóteles também insinua esta possibilidade no já mencionado Problema XXX¹³, embora se saiba que esta não é a regra dos afetados sofrentes, desta ferida.

¹² A etimologia da palavra *nihil*, que é literalmente “nada”, não diz praticamente nada sobre o que seja niilismo na literatura e mesmo na psicopatologia.

¹³ ARISTÓTELES. *Metafísica*. Ed. Trilíngue por V.G. Yebra. Madrid, Gredos, 1990.

Peter Pál Pelbart, em seu texto *Travessias do niilismo* (2003)¹⁴, afirma que o niilismo é sintoma de decadência e aversão pela existência, por outro e, ao mesmo tempo, é expressão de um aumento de força, condição para um novo começo, até mesmo uma promessa.

O doente afetado pelo *delírio das negações* apresenta a primeira característica que Pelbart aponta. A segunda fica escotomizada pela impossibilidade de recorrência à função paterna e, como consequência, a construção da subjetividade manca, as relações libidinais languageiras empobrecem. A recorrência às frases monotemáticas e litânicas em todos os relatos clínicos de Jules Cotard e mesmo o que sustenta esta pesquisa confirmam esta idéia.

O niilismo começa com um deslocamento do centro da gravidade da vida – o Simbólico amarrado ao Imaginário e ao Real – em direção a uma outra esfera que não ela mesma.

Nietzsche descreve o niilismo na Modernidade: “Desde Copérnico, o homem parece ter caído em um plano inclinado, ele rola cada vez mais velozmente para longe do centro, para onde? Rumo ao nada? Ao lancinante sentimento de desamparo” (PÉLBART, 2003, p. 3). O mesmo autor pontua que o texto em que tal perplexidade encontra sua formulação poética mais acabada e dramática é o conhecido fragmento de 1882, em que o insensato procura Deus com uma lanterna em plena luz da manhã, para depois anunciar que Deus está morto.

O enfermo de Cotard é um inconformado das leis que Copérnico estabelece o seu sofrimento niilista, o seu delírio de negação é como fizesse a pergunta incessante: “Que fizemos nós ao desatar a terra do seu sol? Para onde ela se move agora? Para onde nos movemos? Caímos para frente, em todas as direções, existem em cima e embaixo? Não vago, mas como que através do nada infinito? O doente de Cotard vive uma experiência nitschiana no sentido de não ter mais onde agarrar-se porque chegou muito perto do real, como Freud bem lembra em *Luto e melancolia* (1915) nada mais parece conduzi-lo ou motivá-lo. Como se reproduzisse a situação copernicana, que também Freud bem lembre no mesmo texto, nada mais parece conduzi-lo ou motivá-lo.

¹⁴ Curso Vetores da Cultura e Políticas de Subjetivação, no programa Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, tema Leituras de Nietzsche, primeiro semestre de 2003.

Reproduz a situação copernicana que também Freud lembra como uma das revoluções que precedem a dele, da descoberta do inconsciente, em que passamos de uma experiência extrema da crença, em que orbitávamos em torno de um centro, de um sol, de uma luz, de uma verdade, para o extremo oposto da descrença, em que erramos sem rumo na escuridão. Já não subsistem as coordenadas do alto e do baixo, do sagrado e do profano, do centro, da periferia, nesta topografia aplainada, sem baliza nem referências; o Cotard vaga à deriva.

O afetado pelo delírio das negações parece criticar toda a interpretação moralista do mundo que vigorou por milênios, que o preencheu da finalidade e sentido e bem por isso se presencia o seu desmoronamento. O Cotard enxerga este desmoronamento com uma poderosa lupa.

O Cotard é um sujeito cansado, quando já não encontra apoio nessas crenças, torna-se niilista em um sentido que Nietzsche denomina de passivo, ou seja, aquele que fica paralisado ao perceber o mundo tal como ele é e não “deveria ser”, e que por isso mesmo não faz sentido agir, sofrer, querer, sentir. Em suma: tudo é em vão. Ele sofre de um niilismo passivo, do grande cansaço, em que predomina a sensação de que “tudo é igual, nada vale a pena” – mesmo que alma não seja pequena.¹⁵

Também ilustram este quadro o horror e a existência repetitiva e sem sentido, simbolizada pela horripilante imagem do pastor com a cobra negra pendendo na boca, de Zaratustra, ou ainda, a Melancolia de Durer. São cenas que se aproximam da dor e do horror de Cotard.

7.3 ARTAUD E SUA TRISTEZA – UMA APROXIMAÇÃO A COTARD

Como Freud já alertava, os poetas conhecem muito mais da alma do que os psicanalistas. Antonin Artaud¹⁶ é o poeta francês contemporâneo que talvez mais bem consiga dizer da dor psíquica.

¹⁵ Livre associação que remete ao antológico verso do poeta português Fernando Pessoa (1888-1935), “Na vida tudo vale a pena, se a alma não é pequena”.

¹⁶ Antonin Artaud sofreu distúrbios psíquicos desde a idade de cinco anos. Ficou internado no hospital psiquiátrico entre os 19 e 24 anos e foi isento do serviço militar. Escreveu sobre teatro, pesquisou desenhos e escrita. Ficou internado durante toda a guerra, de 1937 a 1946, e morreu dois anos mais tarde, com 52 anos, com câncer diagnosticado demasiadamente tarde.

Sandrine Malem (2001) cita Antonin Artaud (1968,) “errando no umbigo dos limbos, mas sempre lutando contra o abismo que ameaça engolir sua palavra e seu pensamento e procurando convencer seu editor da imperiosa necessidade de publicar seus escritos”. Fica-se surpreendido, nessa descrição, quase clínica, do que Artaud nomeia com pudor “um estado físico”, com homogeneidade entre o vivido psíquico e o vivido corporal.

Músculos torcidos e em carne viva, o sentimento de ser de vidro e quebrável, um medo, uma retração diante do movimento e do barulho. Uma desordem consciente do andar, dos gestos, dos movimentos. Uma vontade eternamente estendida para os gestos mais simples. Um cansaço transtornante e central, uma espécie de cansaço aspirante. Os movimentos a serem recompostos, uma espécie de cansaço de morte, de cansaço de espírito para uma aplicação da mais simples tensão muscular, o gesto de tomar, de agarrar-se inconscientemente a alguma coisa, a sustentar por uma vontade aplicada. Um cansaço de começo do mundo, a sensação do seu corpo a carregar, um sentimento de fragilidade incrível, e que se torna uma dor que quebra [...]. As coisas não têm mais odor, mais sexo. Mas sua ordem lógica também é algumas vezes rompida por causa, justamente, da falta de fetidez afetiva. As palavras apodrecem no apelo inconsciente ao cérebro, todas as palavras para qualquer operação mental (ARTAUD, (1968).

Corpo e espírito aparecem tão estreitamente ligados que não há mais lugar para a mínima metáfora: a dor psíquica é a dor corporal. Não se está muito longe da síndrome de Cotard, da melancolia no estado puro.

8 O PSICANALISTA E A CRONICIDADE EM COTARD

“Se há algo que todas as correntes de pensamento, de quem efetivamente põe a mão na massa dessa 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”.

Mario Corso

8.1 A CRONICIDADE EM ALTO GRAU

O psicanalista que se propõe a tratar do sujeito afetado pela Síndrome de Cotard sabe, ou deveria saber, que o prognóstico de cura é deplorável, que a complexidade deste quadro é ímpar, tanto por suas características frente a outros quadros psicóticos quanto pela presença da melancolia virulenta, pela perda da libido que paralisa todo o movimento narcísico.

Jules Cotard descreve o delírio de negações como um estado de “cronicidade especial”, porque a disposição negativa alcançou o mais alto grau, um reducionismo absoluto, em que o discurso encosta no absurdo.

Perguntamos seu nome? Ele não tem nome. Sua idade? Não tem idade. Onde nasceram? Não nasceram. Quem era seu pai e sua mãe? Não têm pai nem mãe nem mulher nem filhos. Perguntamos se estão com dor de cabeça, no estômago ou em alguma parte do corpo. Não têm cabeça nem estômago; alguns até não têm corpo, se lhes mostramos um objeto qualquer, uma flor, uma rosa, eles respondem: “não é uma flor, não é uma rosa”. Para alguns a negação é universal, nada existe mais, eles mesmo não são mais nada.

Estes mesmos doentes que negam tudo, opõem-se a tudo, resistem a tudo o que queremos que façam. “Alguns loucos”, diz Gueslain, “manifestam uma oposição inimaginável para quem nunca os viu de perto”. Os maiores esforços são necessários para convencê-los a trocar de roupa, ele se recusam a deitar em suas camas, não querem levantar opõem-se a tudo que se lhes peça para fazerem. Trata-se da loucura de oposição (COTARD, 1882, p. 6 - Anexos).

Cotard apresenta várias entrevistas de pacientes com este mesmo teor, com a recusa generalizada indisfarçável, com o delírio hipocondríaco bem acentuado, e manifestações do negativismo e da oposição despudorada.

O trajeto clínico dos negadores segue quase sempre este roteiro:

- a) desengajamento afetivo;
- b) perda da possibilidade de diálogo;
- c) abolição do pensamento;
- d) evolução para uma pseudo-demência.

O corpo torna-se uma esfera compacta, repleta, sem ablação significativa. Seus orifícios são obturados pelo objeto que não caiu, preso nas teias do desejo materno. Czermack (1992) afirma que se o traço central de toda psicose, a identificação do sujeito ao objeto, no delírio das negações, isto é muito mais severo. Não há ali um sujeito – cindido, dividido. Há um indivíduo, pleno, equivalente a seu objeto. Então, pode-se afirmar – mais uma vez – de uma condição em que se verifica a forclusão do *Nome do Pai*. Ora, se o sujeito é 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 também ao corte. “Quando o sujeito se joga pela janela, ele faz um verdadeiro corte; isto é, ele elimina verdadeiramente, ou também nos casos de auto-mutilação, essa divisão” (CZERMACK, 1991, p. 164).

No *Seminário X*, 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 dentro de si mesmo o objeto *a*, ao qual ele está narcisicamente identificado.

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 quase sempre malogradas nos cotardianos. Há um fracasso nas tentativas de morte, como se tem notícias pela literatura de tais enfermos: “A esse respeito, cabe ainda uma consideração importante que encontrei ao ler Jorge Chimorro: ‘No melancólico, os parênteses

do(a) se levantam, a imagem se atravessa e aparece a identificação com o objeto” (FERREIRA, 2006, p. 135, apud CHAMORRO,(2004) p. 196).

Ferreira (2006, p. 136) continua:

Mas para atingi-lo é preciso que o sujeito se deixe morrer, sem sentido algum que o faça pensar ou flexibilizar sua certeza em relação à morte. Ao se jogar pela janela o melancólico se realiza como expulso do Simbólico. Nesse ato ele se realiza como o objeto perdido que cai, ele mata o objeto nele mesmo. É o tornar-se objeto, designado por Lacan como aificação. Para além da identificação narcísica, o eu reencontra o objeto de puro gozo, do gozo absoluto onde o melancólico sacrifica a si mesmo. Nessas condições, ele não faz apelo ao Outro do castigo nem ao juiz nem ao psiquiatra nem a ninguém.

Há um caráter de analgesia psicofísica paralela 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 Séglas, porque 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.

8.2 O PSICANALISTA E O ENFERMO DE COTARD

A introdução acima deverá servir de pressupostos para se pensar na idéia da incurabilidade que Freud também aponta como prognóstico importante que funda a entidade melancólica.

A cura, no sentido do tratamento analítico, visa sempre a uma realização subjetiva; esta é uma visão concreta que Lacan anuncia desde os seus primeiros seminários. O paciente neurótico busca uma realização daquilo que seus devaneios constroem; é a questão-mor para obter uma realização fantasmática, mas como é impossível e suas tentativas podem ser perigosas porque a realização fantasmática seria a saída para o desejo e se essa saída se realizasse então não haveria mais desejo possível, o que seria a mola propulsora (literal) para a passagem ao ato.

A cura, no sentido analítico, que é muito diferente das considerações médicas, busca três tipos de realização:

- a) uma realização pelo lado significativo, a que Freud chamava de “levantamento do recalque” da qual o sonho é a via régia;
- b) a busca da realização do lado do fantasma, no que Lacan chama de “travessia do fantasma”, é algo ativo, é ato necessário, e que o sujeito embora vá sozinho e seja da sua competência, o analista há de ser solidário para possibilitar que isto aconteça;
- c) o terceiro tipo é aquela que do lado do sujeito, onde intervém o grande paradoxo da psicanálise, para realizar o sujeito e mudá-lo é necessário fazê-lo ascender ao seguinte: ser castrado. O que Lacan chama de assunção à castração é a destituição do sujeito, e o paradoxo constitui em se propor o acesso ao ser, ao mesmo tempo em que uma destituição se estabelece.

Tais considerações ensejam pensar que o tratamento, a cura com o neurótico se apresenta de maneira substancialmente diferente da cronificação do Cotard, que em um primeiro momento parece óbvio, mas está longe disto. Mario Corso (1993, p. 48), afirma que

para atender psicóticos é preciso ter alma de antropólogo no sentido de suportar relativizar os nossos valores para entrar numa particular outra escala de referências e valores [...] o fato é que o psicótico tem uma aparência simpática, um jeito anti-capitalista que na verdade é anti-sistema qualquer que seja, de quem faz pouco da sociedade de consumo e da exaltação do objeto.

A citação acima serve de pressupostos para pensar na idéia da incurabilidade, que desde Freud é um dos critérios diagnósticos que fundam a entidade melancólica.

Ao longo de sua obra, Freud distingue dois tipos de entidades nosográficas, as neuroses de transferência: a histeria, a fobia e a obsessão francamente acessíveis à análise e as neuroses refratárias ao tratamento analítico, às neuroses narcísicas, tais como a melancolia e a esquizofrenia.

Mesmo com esta advertência freudiana, alguns importantes analistas anglo-saxões, como por exemplo Harold Searles (1986), nunca se preocuparam em tratar pacientes psicóticos em consultório privado, particular e em afirmar que eles fossem passíveis de análise.

Juan David Nasio (1999, p. 32) afirma: “Minha tendência é inscrever-me nessa corrente, digamos ao contrário de Freud – e não sou o único a pensar isso – para dizer que as neuroses narcísicas podem, apesar de tudo, ser capazes de transferência”.

Com a finalidade de continuar trabalhando a cronicidade de Cotard, considera-se que ser “capazes de transferência”, conforme menciona Nasio, não é da mesma transferência que os neuróticos estabelecem, visto que é de outra ordem, constituída de outros paradigmas.

A cura analítica visa sempre a uma realização subjetiva esta é uma visão concreta que Lacan anuncia desde o seu primeiro seminário. O paciente neurótico busca uma realização daquilo que seus devaneios constroem. Trata-se da questão-mor, obter uma realização fantasmática. Mas como é impossível e perigosa esta pretensão porque a realização fantasmática seria a saída para o desejo, se essa saída se realizasse então não haveria mais desejo possível, é o que acontece em algumas passagens ao ato.

8.3 PAUL CLAUDEL, O POETA DA DESTITUIÇÃO SUBJETIVA

Pode-se referir ao poeta que Lacan citava, Paul Claudel (1858-1965), como o poeta da destituição subjetiva. Ele fala da operação orquestral pela qual o ser humano é reduzido a nada. Trata-se de revelar a nadificação, ou a redução ao nada. Lacan se serve do termo “segundo nascimento”, termo inventado por Claudel.

A destituição subjetiva é um traumatismo, como todos aqueles que atravessam uma análise não a desconhecem. A diferença entre a cura psicanalítica e a cura psicoterápica é que a psicoterapia promete uma cura enquanto a psicanálise promete o traumatismo.

O que se pretende é que o traumatismo “não seja muito traumático” a ponto de paralisar o sujeito. A cura analítica consiste em preparar lenta e prudentemente,

se for possível para o estilo de transferência estabelecido, no sentido de fazer cair, um por um, os significantes mestres, de modo que o sujeito creia cada vez menos no Outro, e que no final das contas ele não hesite demais em ver-se livre do Outro, servir-se dele, perceber que este Outro também era um fantasma.

No começo de um tratamento, o sujeito fala, insistentemente, de seu sintoma para manter melhor seu fantasma resguardado. Cotard também insiste em falar, recordar, repetir e não elaborar, com a diferença que este não sai desse ponto de partida, não abandona essa posição do queixume litânico, não acredita em nenhuma promessa.

Quando Lacan diz que a psicanálise não cura senão por acréscimo, está dizendo sucintamente o que desenvolverá em outras oportunidades, de que o analista não é responsável pela cura de seu analisando, mas pela nova posição subjetiva que passará a ocupar se a análise foi digna desse nome e foi tão longe quanto possível naquele momento, para aquele analisante e com aquele analista.

A psicanálise, portanto, não tem nada de socrático. O imperativo “Conhece-te a ti mesmo” é impossível desde que se reconhece que o *ti* não é nada. Ninguém melhor do que Cotard sabe deste impossível.

Lacan usa um termo apropriado, o qual enuncia no Seminário *O Ato Analítico* (1967), ao dizer que, ao final da análise, o analista não tem interesse em “produzir” alguém que conheça sua castração, mas alguém que fique advertido de sua divisão. Advertido, não é outra coisa, senão o sujeito saber que isso o compromete, que ele seja advertido deste efeito e possa saber se vale a pena ou não se engajar nesta outra posição na existência.

Lacan brinca: “Um homem advertido está cortado em dois”, quase como um homem advertido vale por dois... No artigo *Apertura de la Sección Clínica*, publicado em *Cuadernos de Psicoanálisis*, n. 1, Lacan (1977, p. 2) dirá que “A psicoterapia conduz ao pior”, que acaba se transformando em um aforismo e, como tal, cai em uma repetição esvaziada, muitas vezes.

É argumentado que a psicoterapia tende à desimplicação com o inconsciente estruturado como uma linguagem, mas mesmo assim Lacan considera que a psicoterapia pode trazer algum alento. O “pior”, entretanto, é o fato de estar fundada na lógica da sugestão, “onde ocorre a supremacia do significante sobre o

significado, mediante o qual o ser faz anteparo ao inconsciente” (HISGAL, 1994, p. 116). Apesar desta afirmação categórica de Lacan, Freud (1932), em *Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise*, acentua que “a psicanálise é a mais poderosa de todas as terapias”. Supõe-se que a implicação do sujeito, sua transferência, traga efeitos curativos, diminuição do sofrimento, estabilidade que permitam ao sujeito amar e trabalhar como já preconizava Freud.

Em *Televisión* (1973, p. 17), Lacan afirma que “A cura é uma demanda que parte da voz do sofredor, de alguém que sofre por seu próprio corpo ou por seu pensamento”.

Esta demanda de cura, indispensável para que o sujeito comece um processo analítico – que se queixe, deseje se curar e que suas expectativas estejam carregadas de transferência –, no melancólico de Cotard não aparece.

Na atualidade, o trabalho de um psicanalista com paciente crônico e persistente, como os que se encontram em delírio das negações, não pode seguir os preceitos psicanalíticos da clínica privada, como ocorre com pacientes no divã, em trabalho de associação livre e outros dispositivos psicanalíticos.

Um trabalho psicanalítico, merecedor deste nome, pode se engajar com força, mesmo que esteja privado deste *setting*. Havendo demanda, enviesada, sutil, que se confirma pela presença do paciente no consultório do hospital, onde haja um pedido incessante, desesperado para que seu sofrimento seja interrompido mesmo que pela morte, há uma singularidade importante. Esse encontro com o psicanalista não é exigência da equipe como, por exemplo, as prescrições de medicamentos, ingeridos sem qualquer tipo de questionamento ou resistência, o que dá um outro status ao tratamento.

Desse modo, torna-se muito difícil nomear o trabalho desenvolvido com o paciente crônico relativo a esta pesquisa, confinado em um hospital psiquiátrico. Não seria possível avaliar a importância de uma nomenclatura para esse trabalho clínico; de fato, a produção deste paciente é tão livre, ainda que marcada por uma grave monotonia; suas vivências, experiências, convivências no hospital são relatadas com seriedade e comprometimento. Entretanto, muitas vezes a analista saiu do hospital a interrogar-se sobre se era aquele trabalho uma sessão de análise efetiva. Isso porque os dispositivos fundamentais, como relato de sonhos, mal-estar

pelo escape de um ato falho, angústias transferências, por exemplo, estivessem ausentes. Muitas vezes, houve a sensação de estar outra vez como Alice, de Lewis Carrol, com medo de cair no abismo desconhecido, até que ela pensa que se a queda não acabar, pelo menos vai levá-la para o outro lado do mundo, para o Japão, e aí Alice se deixa levar ao sabor do turbilhão, começa a mexer nos objetos das prateleiras na queda livre e, em seguida, percebe que a queda já não é vertiginosa assim e terá fim, enfim, em algum lugar.

Freud nunca disse claramente que não dever-se-ia analisar psicóticos, mas que é preciso um plano terapêutico muito particular, que é necessário ter muita prudência.

8.4 “NÃO RETROCEDER FRENTE À PSICOSE”

A premissa lacaniana que nomeia este item foi pronunciada em 1977, na *Abertura da Sessão Clínica de Vincennes*, e publicada no n. 9 da Revista *Ornicar?*, depois de uma intervenção do psicanalista francês Jacques Alain Miller, que perguntara se a clínica das neuroses e das psicoses requereriam as mesmas categorias, os mesmos signos.

Enfaticamente, Lacan (1977) afirma que “A paranóia – quero dizer as psicoses – é para Freud absolutamente fundamental. A psicose é aquilo frente ao qual um analista não deve retroceder em nenhum caso”.

O que significa exatamente isto? No mesmo artigo, Lacan faz uma afirmação definitiva, aparentemente simples e tautológica: “O que é a clínica psicanalítica? Não é algo complicado. Tem uma base: é o que se diz em uma psicanálise” (LACAN, 1977, p. 2).

9 CONCLUSÃO

Na Síndrome de Cotard, uma extrema fragilidade desvela um corpo que fica além e aquém das leis, um corpo que se quebra, espatifa-se como vidro, aumenta e diminui como elemento suscetível se exposto a 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 da 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 ao que é desorganizador de uma ordem, esta síndrome, ou o *delírio das negações*, não é passível de ser silenciado rápida e eficazmente pelos significantes do discurso da ciência; é persistente, como se viu ao longo desta pesquisa.

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, os fracassos fazem o sujeito bascular no desabamento psicótico. Tais experiências costumam nos jogar no tempo remoto e arcaico, e que se atualiza rapidamente e à perfeição. A angústia do estado do espelho e tudo aquilo que atenta contra a identidade imaginária são atualizados nos episódios-Cotard a que se está sujeito.

Tanto é plausível a afirmação que, não raramente, até pela literatura disponível se vê o estranhamento com o corpo próprio por ocasião das cirurgias, ablações e traumas que vão da constituição da imagem à possibilidade de experimentar o corpo como inexistente. Os surtos pós-cirúrgicos, pós-perdas e rebaixamentos narcísicos reeditam o desamparo inicial.

Três aspectos devem ser destacados:

- a) **Não é um delírio de negação.** Czermack (1991, p. 150) afirma que a Síndrome de Cotard não é absolutamente um *delírio das negações*, senão um *delírio de afirmação* – porque segundo ele, dizer que “não tenho boca, não tenho ânus”, é afirmar não ter mais orifícios, que todos os tubos e esfíncteres estão desorganizados. Então se trata de afirmação e não negação. É uma idéia que Czermack não desenvolve, mencionada rapidamente em um artigo mas não tem ressonâncias entre seus pares que se ocupam desta síndrome.
- b) **Não é um delírio.** Melman (1993, p. 37) entende que não se trata de um delírio. Afirma que o fenômeno da negação sistemática nesses doentes não é um delírio porque eles se contentam em manifestar o que lhes falta; ou seja, esta instância que determina o que Freud (1925) chama de *Bejahung* – artigo sobre a negação. Para dizer “sim” é preciso uma instância que reconheça cada um dos termos aos quais se diz como bom para o gozo. E é por isso que Freud escreve nesse artigo que o julgamento de atribuição precede o julgamento de existência. Pois bem, quando esta instância falta, pode não haver mais nada em uma pessoa que lhe permita dizer “sim” ao que quer que seja. Dessa maneira, tais doentes dizem não a tudo o que pode advir. Melman coloca a falha de Cotard na *Bejahung* fundamental, mas isto não impede que se construam delírios, no sentido lato do conceito, como se vê, por exemplo, no paciente apresentado como paradigma.
- c) **O Cotard é um triste.** Esta afirmação è do professor Berlinck, após uma apresentação clínica no hospital onde o paciente em estudo se encontra internado. Concorde-se que seja um triste, tal como Padre Vieira o descreve, com a sensação de um vazio instalado no imo de toda a existência, vazio vindo de um corpo que se pensa morto e que, paradoxalmente, devora o

pensamento e suas possíveis articulações. Trata-se de um paciente do qual nunca foi possível testemunhar um sorriso, porque está tomado de tristeza aniquilante, aquela a que Dante se refere, *la tristitia* – que corresponde a todas as descrições medievais da melancolia. O Cotard é um triste por excelência e sua figura estampa inexoravelmente aquela da acedia, do tédio, do inacessível.

O escrito inglês Robert Burton ([1557-1640], 1621) passou a vida a revisar e ampliar sua obra máxima, *A anatomia da melancolia*, um pantagruélico livro de 2110 páginas, até chegar a mais de 1300 páginas na quinta edição, a última publicada na vida do autor. Inúmeras outras edições se seguiram até que o livro ficasse quase um século sem ser reeditado, até voltar a sê-lo em 2001.

Conforme se diz historicamente, Burton escreveu-o também como forma de lidar com sua tristeza, ou distimia, para usar uma terminologia da época de Burton. Trata-se de um livro que exige um *tour de force* para sua leitura: prolixo, carregado de citações de Homero, Virgílio, Santo Agostinho e Shakespeare, além de centenas de outros autores, todos tristes, mas capazes de rir da sua própria desgraça, o que às vezes torna o livro engraçado. Ou seja: um triste que ri de si mesmo. Não seria este o possível em um final de análise? Não seria plausível que um sujeito, mesmo triste, possa rir de si mesmo?

A capa do livro de Burton é uma ilustração feita por Lê Blon, cuja primeira página desse catatau é um capítulo intitulado *O argumento do frontispício*, em que o autor descreve em versos, de modo muito interessante, o significado dos vários personagens separados em dez quadros, ao contrário da *Melancolia I*, de Durer, que tudo se concentra apenas uma figura.

Os personagens de Burton merecem ser citados porque representam as características do melancólico de uma forma plástica; isto é, cuja estética anuncia o que virá nas centenas de páginas seguintes. A figura central é Demócrito que está sentado com um livro sobre os joelhos, procurando a origem da anatomia, da bile negra. Acima da sua cabeça vê-se o signo de Saturno, o Senhor da Melancolia.

À esquerda, o Ciúme está ilustrado com uma garça e dois galos de briga; não há figura humana e o autor comenta que, sobre estes símbolos, ele não dirá nada, “imagine o resto frente a esta cena” (BURTON, 2001, p. 3).

O quadro seguinte é a Solidão, figura expressiva, um cachorro e um gato dormem, um cervo, uma lebre, ratos, corujas, tudo em uma paisagem tenebrosamente melancólica. Na parte inferior da página está retratada a Paixão; um homem torce as mãos, cabeça baixa, o chapéu enterrado, amassado, impede o olhar que o deixa cego às solicitações do mundo.

À direita, está a Hipocondria que segura a cabeça com numerosos potes e vidros que “ele comprou no boticário” (BURTON, 2001, p. 2), acima estão as insígnias do astro melancólico, Saturno.

Um pouco mais abaixo está a Superstição, há um homem ajoelhado, que reza com os olhos fixos em algum deus, está dividido entre a esperança e o medo.

Ao lado, está a Mania, com um ar demente, horrível em farrapos, acorrentada.

Abaixo, há plantas soberanas que purgam as veias da melancolia, liberam o coração de fumaças negras e limpam o cérebro de nuvens que expandem os sentidos, adormecem a alma, e supostamente remédios supremos que Deus criou para curar esta doença.

E para terminar, o autor que se autodenomina Demócrito Júnior, em alusão ao filósofo Demócrito, que disseca animais em seu jardim para descobrir o funcionamento do humor negro. É o primeiro melancólico que busca saber da melancolia, assim como Sócrates, que sugere o “conhece-te a si mesmo”.

O interesse em descrever esta capa é pela capacidade de síntese que Burton, por intermédio de seu ilustrador, consegue dizer das características da melancolia em contraste com as centenas de páginas da obra *Anatomia da Melancolia*. Há, como já se disse, um tom de humor e sarcasmo em cada texto que se refere às ilustrações. Como Demócrito, conta que ri enquanto chora de suas desgraças, ao contrário de Heráclito que simplesmente chora.

Eis por que se considerou pertinente incluir na conclusão deste trabalho as primeiras páginas da antológica obra de Burton: a Síndrome de Cotard é atual, o que torna importante tomar conhecimento do trabalho de seu pesquisador. Tal possibilidade de “revival” da teoria psiquiátrica de Jules Cotard ensejou um *tour de*

force estimulante na produção desta tese, durante a qual a pesquisadora sofreu mais do que transformações, mas passou por metamorfoses subjetivas que provavelmente ressoaram em sua clínica e na própria existência.

9.1 RECOMENDAÇÕES PARA FUTUROS TRABALHOS

Em uma operação de *après coup*¹⁷, revê-se alguns aportes que poderiam ter sido mais desenvolvidos na pesquisa e que, por algumas razões, claras ou obscuras, não se tornaram possíveis.

Aristóteles, no Problema XXX, indaga: “Por que todos os homens excepcionais na atividade filosófica, política, artística e literária possuem temperamento melancólico, alguns em tal medida que são afetados pelos estados patológicos que nele derivam?” De fato, muitos filósofos e artistas vivem sob o signo da melancolia, que seria um estado de tensão formal que possibilita a criação e a inventiva.

Talvez a confrontação com o vazio, já que a sua relação de objeto é frágil e a sustentação de seu desejo vacilante impele à criação, à arte, os melancólicos, afirma também Aristóteles “são sábios, fortes e culpados”. Inevitavelmente, ao se ler Freud, tem-se notícia de como eles se sentem atraídos pelo *eu ideal*, como estado de onipotência, suporte de identificação primária, ponto inaugural da alienação. Todavia, apesar da atração, há aí mesmo também uma fragilidade operante, a exigência e o rigor do *ideal do eu* – auto-observação, julgamento e censura.

Não se pode parar, no entanto, e satisfazer-se com a romântica constatação de Aristóteles, porque muitos melancólicos não são escritores nem poetas nem criativos, porque a melancolia produz inércia, paralisia intelectual, cognitiva, psíquica e afetiva.

Martine Lerude (1990) considera que a depressão é uma espécie de relação com o mundo, um gozo infinito, sem fim senão a morte, sempre lá, sempre antecipada. Cioran, ensaísta romeno(1911) escreve que “o orgasmo é um paroxismo; o desespero também, um dura um instante, o outro a vida inteira”. A

¹⁷ *Aprés coup*: em tradução literal do francês significa “depois do golpe”. Termo usado pelo psicanalista e teórico francês Jacques Lacan para denotar que uma conclusão, ainda que provisória – uma metáfora – somente é possível após uma travessia – depois do trauma.

melancolia é uma experiência por demasiado dolorosa, insinua-se profundamente até as raízes da existência humana e, por isso, não se pode, como lembra o professor Ernildo Steins, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRG), abandoná-la aos psiquiatras.

Dante afirma, no clássico da literatura, *Divina Comédia – Inferno* que, como o peso da condição humana, a grande tristeza impõe limites. Deste peso, alimenta-se a melancolia, nele se apóia e dele extrai seu dinamismo criador. A melancolia pode ser traduzida, também, em termos de uma conflitiva no cerne da estruturação narcísica, que se manifesta na forma de uma fissura estrutural que coloca o sujeito na posição de desvalorização fundamental e originária.

São colocações importantes de uma psicanalista, de um filósofo, de dois escritores, um clássico e outro contemporâneo, que poderiam tomar outras vertentes, mais aprofundadas nesta pesquisa.

Embora não tenha dito muita coisa e escrito menos ainda sobre a melancolia, em *As formações do inconsciente*, Lacan (1957) menciona a “dor de existir” como a dor de estar submetido à determinação do significante, da repetição e, até mesmo, do destino. “E essa excentricidade do desejo em relação a toda satisfação é que nos permite compreender a sua profunda afinidade com a dor. Isso significa que, finalmente, aquilo com que o desejo confina, pura e simplesmente, é com essa dor de existir”.

Outra questão surgida ao final deste trabalho e que precisaria ser rigorosamente inspecionada é quanto ao uso da palavra “sujeito”. Em razão de que na psicose a constituição do sujeito é o que falha, então nem por inocência esta palavra deve aparecer quando se referir a um paciente dessa estrutura psíquica, e provavelmente, houve algum escorregão neste equívoco, ao longo do trabalho.

Conforme se afirmou, neste *après coup* da pesquisa, percebe-se que se poderia ter desenvolvido mais o que estaria no traço unário, de que modo operou o desejo materno, de que modo na mãe e/ou pai a metáfora materna, a ponto de se produzir tão cabalmente um melancólico como Cotard. Esta é um questão que merece ser desenvolvida, porque é fundamental naquilo que diz respeito a articulação entre a visão patológica /psiquiátrica e a visão psicanalítica.

Esta tese também resulta como motivação para verificar de que modo seria possível, no movimento psicanalítico, a contribuição de alguns visionários tal como a presença ativa de médicos que foram atrás da cura da tuberculose, da poliomelite, da Aids, do câncer, sujeitos necessariamente movidos desde uma posição subjetiva histórica, em busca de solução e mais solução, alguma saída para a cura dos grandes males de cada tempo.

Será possível que nada seja possível a este paciente em questão, o 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 as coisas da 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 “absoluta” não têm chão por onde caminhar porque nossa intimidade é com a falta. Talvez por isso, também, seja necessário que continuemos a sonhar...

REFERÊNCIAS

- ALCMEON. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, nº 2, 1991.
- AMBERTIN, M. G. Imperativos do super eu. São Paulo: Escuta, 2006.
- AULAGNIER, P. *Psicose: uma leitura psicanalítica*. Belo Horizonte: Interlivros, 1979.
- AISENSTEIN, R., FINE A., PRAGIER, G. *Hipocondria*. São Paulo: Escuta, 2002.
- BERLINCK, M. T. *A dor*. São Paulo: Escuta, 1999.
- BERLINCK, M. T. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.
- BERLINCK, M. T. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia*, vol VII, nº 3. São Paulo, 2004.
- BERNARDINO, L. M. F. São Paulo: Casa do Psicanalista, 2004. As psicoses não decididas da infância: Um estudo psicanalítico.
- BURTON, Robert. *Anatomie de la Mélancolie*. Paris: Ed. Jorge Corti, 2000.
- CACHO, Jorge. A Síndrome de Cotard. *Revista do Tempo Freudiano*. Rio de Janeiro, 2006.
- CACHO, Jorge. *Le delire des négations* – Paris: Éditions de L’Afi, 1993.
- CACHO, Jorge. Quelques remarques sur le délire des négations de Cotard. In: *Evolution Psychiatrique*. Paris, 2000.
- CACHO, Jorge. Je n’ai pas d’ouïe. Quelques remarques sur le delire des négations de Cotard. In: *Evolution Psychiatrique Editions Scientifiques et médicales Elsevier SAS*. Paris, 2000.
- CANCINA, P. H. *El dolor de existir... y la Melancolia*. Rosário: Homo Sapiens Ediciones, 1992.
- CANCINA, P. H. *A fadiga crônica*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2004.
- CAROFIL, A. *Consideraciones sobre el síndrome de Cotard – sobre una evolución procesal no común*. Alcmeon: Revista de Clínica Neuropsiquiátrica, nº 4, 1994.
- CARROLL, L. *Alice*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- CARVALHO SILVA, P. J. O romano que virou pássaro: considerações sobre o relato de caso. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. IX, nº 4, dez. 2006.
- CARVALHO SILVA, P. J. Sobre um mal universal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. IX, nº 3, set. 2006.
- COSTA PEREIRA, M. E. *Pânico e desamparo*. São Paulo: Editora Escuta, 1999.
- COSTA PEREIRA, M. E. A dor de não poder morrer. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia*, vol I, nº 4. São Paulo, 1998.
- COTARD-CAMUSET-SÉGLAS. *Du délire des négations aux idées d’énormité*. Paris: Ed Harmattan, 1997.
- CZERMAK, Marcel. Significations psychanalytique du syndrome de Cotard. In: *Délires de negations. Actes du colloque*. Paris: Editions de L’Afi, 1992.
- DARMON, M. *La sphère du Cotard in Delires des négations aux idées d’énormité*. Paris: Ed Harmattan, 1997, sous la direction de Alain de Mijolla. Paris: Ed. Calmann-Lévy, 2002.
- DE WALHENS, A. A psicose. Rio de Janeiro; Jorge Zahar Editor. 1972.
- DIAS, M. M. *O valor ensinante do Delírio das Negações na Melancolia. Corpolingüagem: gestos e afetos*. Campinas: Mercado das Letras, 2003.
- Dictionnaire International de la Psychanalyse Alain de Mijolla. Paris, Ed Calmann Lévy, 2002.

- Dictionnaire de la Psychanalyse Elisabeth Poudinesco/Michel Plon. Paris: Ed. Fayard, 1997.
- Dicionário Enciclopédico de Psicanálise – O legado de Freud e Lac-Pierre Kaufmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
- Dicionário de Psiquiatria – Robert Campbell. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- ESPINOSA, X. *O pensador*. São Paulo: Nova Cultura, 1993.
- ESQUIROL, É. Da lipemania ou melancolia (1820), in Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Vol VI, nº 2, junho de 2003.
- FÉDIDA, P. Depressão. São Paulo: Escuta, 1999.
- FÉDIDA, P. Dos benefícios da depressão - elogio da psicoterapia. São Paulo: Escuta, 2002.
- FERREIRA, M. Dissertação: *Melancolia – da identificação narcísica à pura cultura da pulsão de morte*. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, 2005.
- FERRO, M.F. Les corps en fragments dans le syndrome de Jules Cotard in *L'évolution psychiatrique . Editions Elsevier , Paris : 2003*
- FOUCAULT, M. Histoire de la folie à l'age classique. Paris: Gallimard, 1972.
- FREUD, S. (1895) Manuscrito G. In: *Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- _____ (1915) Luto e Melancolia. In: *Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- _____ (1893) Rascunho B. In: *Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____ (1894) Rascunho E. In: *Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____ (1894) Rascunho F. In: *Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____ (1894) As neuropsicoses de defesa. In: *Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____ (1895) Rascunho G. In: *Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____ (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____ (1915) Neuroses de transferência: uma síntese. In: *Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro: Imago, 1987.
- _____ (1915) O inconsciente. In: *Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- _____ (1915) O eu e o isso. In: *Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- GAETANO, B. *La mort dans l'âme Psychothérapie de la schizophrénie: existence et transfert*. Paris: Ed. Éres, 1995.
- GAGNEBIN, J. M. *História e narração em Walter Benjamin*. São Paulo: Perspectiva, 1994
- GREEN, A. Narcisismo de vida. Narcisismo de morte. São Paulo: Escuta, 1988.
- GRIESINGER, W. *Traité des maladies mentales. Pathologie er thérapeutique*. Paris: Delahaye, 1865.

- GUEDES MOREIRA, A. C. Clínica da Melancolia. São Paulo: Escuta, 2002.
- HASSOUN, J. La cruauté mélancolique. Paris: Flammarion, 1997.
- KATZ, C. (Org) Psicose. Belo Horizonte: Interlivros, 1979.
- KRISTEZA, J. Sol Negro. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.
- LACAN, J. (1964) *O Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- LACAN, J. (1954-55) *O Seminário, Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- LACAN, J. (1955-56) *Les structures freudiennes des psychoses*. Publication interne de l'Association freudienne internationale, Paris.
- LACAN, J. *Télévision*. Paris: Seuil, 1974.
- LACAN, J. *Le stade de miroir comme formateur de la fonction du Je*. In: *Écrits*. Éditions de Seuil, 1966.
- LACAN, J. *D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose*. In: *Écrits*. Edition de Seuil, 1966.
- LAZNIK, M.C. *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador: Ágalma, 1991.
- Magazine littéraire*. La depresión de la melancolie à la fatigue d'être soi, nº 411, 2002.
- LAMBOTTE, M. C. Estética da Melancolia. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.
- LAMBOTTE, M. C. O discurso melancólico, Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 1997.
- LAPOUJADE, D. "O corpo que não agüenta mais", in Nietzsche e Deleuze. Rio de Janeiro: 2002.
- MEZAN, R. Escrever a clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- MIJOLLA, M. S. Penser la psychose. Paris: Ed. Dunod, 1998.
- MALEN, S. Os nomes da tristeza. *Revista da Appoa*, nº 21, Porto Alegre: 2001.
- MELMAN, C. Melancolia e Psicoses. *Revista da Appoa*, nº 9, Porto Alegre: 1993.
- NASIO, J. *Como trabalha um psicanalista?* Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- NINA-RODRIGUES, Raimundo (1903). A paranóia nos negros: estudo clínico e médico-legal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, Vol. XII. São Paulo, 2004.
- OURY, J. Il donc. Paris: Ed. Union Generale, 1978.
- PELBART, Peter Pál. *Vida capital, ensaios de biopolítica*. São Paulo: Ed. Iluminura, 1995.
- _____. *Travessias do niilismo*. Texto trabalhado em aulas do curso de pós, Núcleo de subjetividade. São Paulo: PUC/SP, 2005.
- _____. *A vertigem por um fio – Políticas da subjetividade contemporânea*. Ed Iluminuras, São Paulo: 2000.
- PÉLLION, F. *Mélancolie e vérité*. Paris: PUF, 2000.
- PÉLLION, F. Le sujet de la mélancolie, in *Corrélat - Psychanalyse, Philosophie, Psychiatrie*. Paris: Cora, 2001.
- PÉLLION, F. *Tudo isto que eu digo é falso in Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba*. O toque escuro do objeto – depressão e melancolia, ano VIII, nº 9, nov. 2004.

- PEREIRA, L. S. A Tabacaria de Pessoa “A rua e o arrepio metafísico da interrogação sobre o real”, in Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre nº 22, agosto de 2002.
- PESSOA, F. *O Eu profundo e os outros Eus*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- PORGE, E. Jacques Lacan, um psicanalista-percurso de um ensino. Brasília: Editora UNB, 2006.
- QUINET, A. Extravios do desejo – depressão e melancolia. Marca d’água Livraria e Editora, 1999.
- Arzur, Jean Michel in *Revue des Colloques Cliniques du Champ Lacanien Abord psychanalytique des psychoses*. Paris: nº 4, mars 2005.
- Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. VII, nº 2, junho. 2004.
- SCHEREBER, D. Memórias de um doente dos nervos, Graal, 1985.
- SEARLES, H. *L’effort pour rendre l’autre for*. Paris: Editions Galimard, 1977.
- SILVA JR N. *Modelos de subjetividade em Freud. Da catarse à abertura de um passado imprevisível*. Texto apresentado nos Estudos Gerais da Psicanálise, 2003.
- SOUZA, A. M. O nome próprio na cura analítica. *Psicanálise e cultura*, ano III, nº 5. Rio de Janeiro, Che vuoi?, 1989.
- TACHON, J. P. Cristallisation autour des idées de negation: naissance du syndrome de Cotard. In: *Deuve Internationale d’histoire de la Psychiatrie*. Vol. 3, 1985.
- TOURINHO PERES, U. (Org.) *Melancolia*, São Paulo, Escuta, 1996.
- ZEGERS, O. D. Fenomenologia da corporalidade na melancolia delirante. *Alcmenon: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatra*, vol. 9, nº 3. 2000.
- ZYGOURIS, R. *Pulsões de vida*. São Paulo: Editora XX, 1999.

ANEXOS

Do delírio do hipocondríaco em uma forma grave da melancolia ansiosa

(1) – 1880 (2)

Jules Cotard

O Dr. Jules Falret e eu estamos acompanhando, há vários anos, uma paciente que apresenta um delírio hipocondríaco bastante singular.

A Srta. X. afirma não ter mais cérebro, nem nervos, nem seios, nem estômago, nem intestinos; restam-lhe apenas a pele e os ossos em um corpo desorganizado (segundo suas próprias palavras). Esse delírio de negação estende-se às idéias metafísicas que, outrora, fundamentavam suas crenças mais arraigadas; ela não tem alma, Deus não existe, nem o diabo tampouco. Como não passa de um corpo desorganizado, a Srta. X. não precisa comer para viver, não poderá morrer de morte natural e existirá eternamente a não ser que seja queimada, pois o fogo representa seu único fim possível.

Assim, ela não cessa de suplicar para que sejam queimados (a pele e os ossos) e já fez várias tentativas de queimar a si própria.

Na época em que foi internada (em 1874, com 43 anos), havia mais de dois anos que a Srta. X. se encontrava nesse estado; tudo teria começado com uma espécie de estalo interior em suas costas que repercutiu em sua cabeça.

A partir daquele momento começou a sofrer de tédio, de angústias que não lhe davam trégua; errava como uma alma penada, pedindo socorro a padres e médicos.

Fizera várias tentativas de suicídio, em decorrência das quais chegou em Vanves. Acreditava-se então danada; seus escrúpulos religiosos a levavam a se acusar de todo tipo de culpa, mais particularmente de não ter feito sua primeira comunhão de modo correio. Deus, dizia, a tinha condenado à eternidade e ela sofria todas as penas do inferno, merecidamente, pois sua vida toda não passara de uma série de mentiras, de hipocrisias e de crimes.

Pouco depois de sua internação, ela guardou essa data, percebeu a verdade - é assim que chama as concepções delirantes negativas que menciono acima - e

entregou-se, para que essa verdade fosse entendida, a vários tipos de atos de violência, que chamava de seus atos de verdade, mordendo, arranhando, batendo nas pessoas à sua volta.

Há alguns meses, a Srta. X. encontra-se mais calma; a ansiedade melancólica diminuiu de modo sensível; ela ri, brinca, é irônica, malévola e implicante, embora seu delírio não apresente qualquer melhora; a Srta. X. continua sustentando com a mesma energia não ter cérebro, nem nervos, nem intestinos; que comer não passa de um vão suplício e que não há, para ela, outro fim que não o fogo.

A sensibilidade à dor está diminuída na maior parte do corpo, tanto do lado esquerdo quanto do lado direito; poder-se-ia enfiar alfinetes profundamente em sua carne sem que manifeste qualquer sensação de dor. A sensibilidade ao contato e as diversas sensibilidades especiais parecem ter conservado sua integridade.

Quando, há uns vinte anos, o Sr. Baillarger chamou a atenção para o delírio hipocondríaco dos paráliticos, suas afirmações foram objeto de vivas controvérsias; hoje, justiça seja feita a seus trabalhos, temos de reconhecer que um delírio análogo – não disse idêntico – ao delírio hipocondríaco dos paráliticos acomete certos lipemaníacos como a doente cujo caso acabo de expor.

Resta determinar quem são esses lipemaníacos e se formam uma categoria à parte.

Os cinco casos de demonomania mencionados por Esquirol (3) são notáveis por sua analogia com a paciente acima referida.

A primeira dessas demoniomaniacas teve dois surtos de lipemania. O demônio está em seu corpo e a tortura de mil maneiras diferentes; nunca morrerá.

O diabo levou o corpo da segunda; ela é uma visão; viverá milhares de anos e o espírito maligno, na forma de uma cobra, tomou posse de seu útero apesar de ela não ter órgãos de geração iguais aos das outras mulheres.

O espírito maligno também levou o corpo da terceira, e deixou um simples simulacro que permanecerá eternamente na Terra. Ela não tem sangue e é insensível (analgesia).

A quarta não evacua há vinte anos, seu corpo é um saco feito com a pele do diabo, cheio de sapos. Não acredita mais em Deus; tem sido a mulher do grande

diabo por um milhão de anos. Trata-se de uma espécie de imortalidade retrospectiva.

A quinta tem o coração deslocado, nunca morrerá.

Leuret relata dois casos análogos:

Uma mulher acredita estar danada, seu coração nada mais sente, virou uma estátua de carne imortal; fora possuída pelo demônio e devia ter sido queimada na mesma hora; o passar do tempo tornou isso impossível.

A outra tem a região epigástrica vazia; é danada e não tem mais alma. Mais tarde, ocorreu-lhe o pensamento de que era imortal.

Nenhuma observação feita pelo Sr. Petit, em Maréville (4). J. acredita estar danada; não tem mais sangue; há de viver eternamente e, para livrá-la da vida, seria preciso cortar-lhe os braços e as pernas. Ela suplica o favor de ser despedaçada.

Poderia citar mais um caso na monografia do Dr. Macário (5), dois do Dr. Morei (6) e mais dois em Krafft-Ebing (7).

Em todos esses doentes, o delírio hipocondríaco apresenta uma analogia muito grande; não têm cérebro, nem estômago, nem coração, nem sangue, nem alma; às vezes nem têm mais corpo.

Alguns se imaginam podres, com cérebro amolecido. É o caso de dois pacientes que estou acompanhando no momento: um acredita ser danado; é o homem danado, o demônio, o Anticristo. Queimará eternamente; não tem mais sangue; seu corpo inteiro está podre; o outro também acredita estar danado; é infame, ignóbil, culpado de todos os crimes; seu cérebro amoleceu, sua cabeça é como uma avelã oca; não tem mais sexo, nem alma e Deus não existe, etc; ele busca se mutilar e se matar por todos os meios possíveis, suplica para ser morto.

O delírio hipocondríaco é muito diferente daquele que precede ou acompanha o delírio de perseguição.

Nos perseguidos, os diferentes órgãos são atacados de mil maneiras, quer por descargas elétricas, por processos misteriosos, ou ainda por influências perniciosas que emanam do ar, da água ou dos alimentos. Mas não há destruição dos órgãos, os quais parecem renascer à medida que os ataques ocorrem.

Nos danados, a obra de destruição é completa; os órgãos não existem mais, o corpo inteiro é reduzido a uma aparência, a um simulacro; além do mais, as

negações metafísicas, tão freqüentes nestes últimos, raramente ocorrem nos verdadeiros perseguidos que são, em sua maioria, grandes ontologistas.

Não raro acrescenta-se às idéias hipocondríacas a de imortalidade que, em alguns casos e segundo uma certa lógica, parece decorrer dessas.

Certos doentes afirmam não poder morrer por seu corpo não se encontrar em condições comuns de organização e que se lhes fosse facultado morrer, já teriam morrido há muito; seu estado não é de vida nem de morte; são mortos vivos. Nestes, a idéia de imortalidade é realmente, por mais paradoxal que possa parecer, uma idéia hipocondríaca; trata-se de um delírio triste ligado ao organismo; gemem por causa de sua imortalidade e pedem para ser livrado dela. A idéia de imortalidade às vezes encontrada como delírio de grandeza nos perseguidos crônicos megalômanos é muito diferente.

Conheço um que pretende que a natureza de sua organização se deve a privilégios a ele concedidos por Napoleão I, em 1804 (26 anos antes do nascimento do paciente), e que tem certeza de não morrer nunca.

Outro está convencido de que será levado para o céu como o profeta Elias e de que nunca morrerá.

Se os doentes cujo caso estou mencionando diferem de modo tão patente dos perseguidos (8), aproximam-se muito, em compensação, dos melancólicos ansiosos; estão num estado de angústia e de ansiedade intenso; gemem, não param de falar, repetem incessantemente as mesmas queixas e imploram por socorro: suas idéias hipocondríacas não parecem senão uma interpretação delirante das sensações doentias que experimentam os doentes acometidos por melancolia ansiosa comum. Estes se queixam de sentir suas cabeças vazias, de um embaraço na região precordial, de não terem mais sentimentos, de não amarem mais nada, de não conseguirem mais rezar, de duvidarem da bondade de Deus; alguns até se queixam de não conseguir mais sofrer; por fim, estão convencidos de que nunca se curarão. Os doentes aos quais me refiro não têm mais cérebro; seu coração estourou (numa observação de Krafft-Ebing), não têm mais alma; Deus não existe mais; sofrerão eternamente sem nunca conseguir morrer; enfim, são, na sua maioria, analgésicos. Poder-se-ia espetá-los, beliscá-los sem que demonstrem a menor sensação de dor e é comum eles se mutilarem de modo assustador.

A melancolia ansiosa comum é uma sintomatologia freqüente nas vesânicas de surto ou intermitentes que, geralmente, acaba curando.

O mesmo não acontece quando o delírio hipocondríaco se acrescenta a esse quadro; nesse caso, o prognóstico é muito mais grave. Às vezes, isso ocorre já no primeiro surto, mas, via de regra, o delírio hipocondríaco só se desenvolve no segundo ou terceiro surto e o estado do doente torna-se, em geral, crônico.

Krafft-Ebing, contudo, cita dois casos de cura; encontrei outro também em Leuret.

Vale salientar que todos os doentes acometidos por um delírio hipocondríaco com idéias de imortalidade eram tomados por idéias de danação, de possessão diabólica, enfim, apresentavam os sinais de demonomania ou de loucura religiosa.

Não encontrei casos rigorosamente semelhantes nas poucas demoniografias que pude consultar; talvez devêssemos relacionar esta doença antes aos alienados vagabundos que parecem estar à origem da lenda do judeu errante (Cartaphilus, circa 1228, Ahasverus, 1547; Isaac Laquedem, 1640), que se sentiam culpados de uma ofensa contra Jesus Cristo e condenados a vagarem na terra até o dia do juízo final (9).

Nos últimos séculos, vários tipos de loucura têm sido designados com o termo de possessão demoníaca; a maior parte dos casos que chegaram até nós pertencem à histeromania epidêmica ou ao delírio de perseguição. Será preciso estabelecer uma nova categoria de loucura religiosa que se desenvolve no que estou propenso a chamar de melancolia ansiosa grave?

Caso essa espécie de lipomania mereça destaque, seria reconhecida pelos seguintes sinais:

- 1º) Ansiedade melancólica;
- 2º) idéia de danação ou de possessão;
- 3º) propensão ao suicídio e às mutilações voluntárias;
- 4º) analgesia;
- 5º) idéias hipocondríacas de não-existência ou de destruição de vários órgãos, do corpo inteiro, da alma, de Deus etc.;
- 6º) idéia de nunca conseguir morrer.

Do delírio das negações (10) – 1882 (11)

Jules Cotard

A importante monografia de 1852 em que, entre as diversas formas de melancolia, Lasègue destacou o delírio de perseguição, foi o ponto de partida de trabalhos complementares que colocaram esta forma de vesânia entre aquelas cujos sintomas, curso e desfechos melhor conhecemos. Basta-nos evocar os nomes de Lasègue, Morei, Foville e Legrand du Saulle e, mais particularmente, o do Sr. J. Falret que exibiu diante da *Société médico-psychologique* um quadro tão completo quanto possível das fases sucessivas de evolução dessa doença (12).

No tocante a outras formas de delírio melancólico, nossos conhecimentos estão bem longe dessa perfeição relativa. A melancolia simples, a melancolia com estupor, a melancolia ansiosa, foram descritas com esmero; sabe-se que estas formas são muitas vezes intermitentes; que algumas vezes se tornam contínuas e então crônicas, mas as características e fases sucessivas do delírio que se torna crônico não foram, que eu saiba, objeto de qualquer trabalho equivalente àquele realizado com o delírio persecutório.

Nessa monografia, proponho-me a expor uma evolução delirante especial, que me parece ocorrer num expressivo número desses melancólicos não-persecutórios, mais particularmente os ansiosos, e fundamentar-se essencialmente nas disposições negativas mais comuns desses doentes.

Os alienados são geralmente negadores; as demonstrações mais claras, as afirmações mais autorizadas, os testemunhos mais afetuosos deixam-nos incrédulos ou irônicos. Sua realidade tornou-se alheia ou hostil. Mas esta disposição negativa é especialmente acentuada em certos melancólicos, como observou Griesinger.

“Sob a influência do mal-estar moral profundo, o qual constitui o distúrbio psíquico essencial da melancolia, diz este autor, o humor adota um caráter inteiramente negativo... Esta confusão, diz ele mais adiante, que o doente faz entre a mudança subjetiva das coisas exteriores que ocorre nele, e sua mudança objetiva ou real, marca o início de um estado de fantasia em que, caso alcance um grau de intensidade maior, o paciente passa a acreditar que o mundo real se esvaeceu por completo, acabou ou está morto, e que não lhe restou senão esse mundo imaginário em meio ao qual se encontra e que o atormenta”.

Arrisco o nome de delírio das negações para designar o estado dos doentes, referidos por Griesinger nas linhas acima, nos quais a disposição negativa alcançou o mais alto grau. Perguntamos seu nome? Eles não têm nome. Sua idade? Não têm idade. Onde nasceram? Não nasceram. Quem eram seu pai e sua mãe? Não têm pai, nem mãe, nem mulher, nem filhos. Perguntamos se estão com dor de cabeça, no estômago ou em alguma outra parte do corpo. Não têm cabeça, nem estômago; alguns até não têm corpo; se lhes mostrarmos um objeto qualquer, uma flor, uma rosa, eles respondem: não é uma flor, não é uma rosa. Para alguns a negação é universal, nada existe mais, eles mesmos não são mais nada.

Estes mesmos doentes, que negam tudo e se opõem a tudo, resistem a tudo o que queremos que façam. Alguns loucos, diz Guislain, manifestam uma oposição inimaginável para quem nunca viu um de perto. Os maiores esforços são necessários para convencê-los a trocar de roupa; eles se recusam a deitar em suas camas, não querem levantar, opõem-se a tudo que se lhes peça para fazerem. Trata-se da loucura de oposição.

Guislain relaciona esta loucura de oposição com o mutismo, a recusa de alimentos e essa singular disposição de certos alienados que se esforçam para reter urina e excrementos. Ele não menciona, entretanto, o delírio de negação, do qual a loucura de oposição constitui apenas, por assim dizer, o lado moral. O mesmo ocorre com a maioria dos autores, e chega a parecer estranho que uma perda intelectual tão caracterizada não tenha recebido atenção maior. Raros são os casos em que o fato sequer é mencionado. A forma hipocondríaca do delírio de negação isolada tomou-se uma observação comum a partir dos trabalhos do Sr. Bailiarger.

Encontrei em Leuret (13) a observação mais característica: Resumo o interrogatório:

- Como tem passado, minha senhora?
- A pessoa de mim mesma não é uma senhora, me chame de senhorita, por favor.
- Eu não conheço seu nome, gostaria de me dizer?
- A pessoa de mim mesma não tem nome: ela deseja que o senhor não escreva.
- Eu gostaria, mesmo assim, de saber como a senhora se chama, ou melhor, como a chamavam antigamente.

— Entendi o que o senhor quer dizer. Era Catherine X., não se deve mais falar do que ocorria. A pessoa de mim mesma perdeu seu nome, ela o deu ao entrar na Saipêtrière.

— Qual é sua idade?

— A pessoa de mim mesma não tem idade.

— Seus pais ainda estão vivos?

— A pessoa de mim mesma é só, muito só; ela não tem pais, nunca teve.

— O que a Sra. tem feito, o que tem lhe acontecido desde que a Sra. é a pessoa de si mesma?

— A pessoa de mim mesma permaneceu na Casa de Saúde de... Fizeram e ainda estão fazendo nela experiências físicas e metafísicas. Ela não sabia desse trabalho até 1827. Aí uma invisível desceu para misturar sua voz à minha.

A doente de Leuret apresentava, além do delírio de negação muito caracterizado, numerosas alucinações. Era atormentada pelo invisível, pela física e metafísica; numa palavra, deixava transparecer sintomas de delírio de perseguição. Casos complexos, como este, em que convivem os dois delírios, não são raros. Mencionarei exemplos mais adiante. Via de regra, contudo, essas duas formas de delírio se observam isoladamente e em doentes diferentes.

O verdadeiro perseguido passa por todas as diferentes fases de seu delírio desde a hipocondria, no início, até a megalomania, sem que suas disposições negativas ultrapassem as geralmente observadas nos alienados; ele nega por desconfiança, por medo de ser enganado ou ainda porque está inteiramente tomado por concepções delirantes e alucinações, e já passou a viver num mundo imaginário; suas disposições negativas, no entanto, são bem diferentes da negação sistematizada a que estou me referindo aqui.

Em geral os doentes persecutórios não apresentam profunda depressão nem a ansiedade lamentosa dos verdadeiros melancólicos; não parece existir neles esse distúrbio profundo da sensibilidade moral que Griesinger considera o elemento fundamental da melancolia. Parece ser nesse quadro, em compensação, que se desenvolve mais ou menos tardiamente, e depois de uma evolução delirante especial, a negação sistematizada. Nos estados crônicos avançados, entretanto, é freqüente ver o delírio de negação sobreviver de algum modo aos distúrbios gerais

do início e os doentes, como a de Leuret, deixarem de manifestar a depressão e a agitação ansiosa.

Acabo de afirmar a melancolia com depressão ou estupor e a melancolia agitada ou ansiosa como a dupla origem do delírio de negação. Por mais diferentes que essas duas formas de melancolia sejam em suas manifestações externas, não se pode deixar de reconhecer suas analogias delirantes, analogias impressionantes, principalmente nos casos em que a depressão e a agitação ansiosa se sucedem ou alternam nesses mesmos doentes, sem que o delírio apresente modificações sensíveis.

Nessas formas predominam a ansiedade (uma ansiedade interior pavorosa constitui o estado fundamental da melancolia com estupor, segundo Griesinger), os temores, os terrores imaginários, as idéias de culpa, de perdição e de danação; os doentes acusam a si mesmos, são incapazes, indignos, promovem a desgraça e a vergonha de seus familiares; serão presos, condenados à morte; serão queimados ou esquartejados. Esses temores de serem presos, condenados e supliciados não devem, como o Sr. J. Falret salientou várias vezes, ser confundidos com o verdadeiro delírio persecutório que é relativamente raro nesses doentes. Em contraste com os perseguidos, esses acusam a si próprios. Nada mais justo quererem entregá-los ao suplício máximo: fizeram por merecer, com seus crimes.

Neste ponto de vista, pode-se distinguir duas grandes classes de melancólicos: os que recriminam a si próprios e os que acusam o mundo exterior e o meio social em particular. São esses últimos que Guislain chamou de alienados acusadores.

Esta divisão dos melancólicos corresponde aproximadamente à divisão em melancolia com distúrbio geral de inteligência e monomania triste (Baillarger) e à divisão em lipemania geral e lipemania parcial (Foville); pode-se dizer, de modo geral, que os verdadeiros melancólicos acusam a si mesmos, ao passo que os monomaniacos tristes acusam os outros.

É comum observar, por um lado, os perseguidos apresentarem, durante um paroxismo, as características da melancolia geral, depressiva ou ansiosa, e, por outro, os melancólicos com idéias de culpa, num período mais ou menos avançado de sua doença, exibirem a fisionomia dos monomaniacos tristes.

Por trás dessas manifestações exteriores, que variam do estupor à agitação ansiosa, quase maníaca, há, sem dúvida, disposições doentias mais profundas que guardam em si a diferença essencial entre os perseguidos e os outros melancólicos. Talvez devêssemos procurar a manifestação mais imediata dessas disposições íntimas que constituem o verdadeiro fundo da doença nas tendências acima referidas, que levam os doentes quer a acusar a si mesmos, quer a acusar os outros.

Essas tendências, muitas vezes, existem vários anos antes da evidência do delírio aparecer; encontram-se, em grau muito atenuado, em muitos homens são de espírito, entre os quais estabelecem duas categorias absolutamente distintas.

Muito antes de se tornarem realmente alienados, os perseguidos são receosos e desconfiados, mais severos com os outros do que consigo mesmos; durante muito tempo também, antes de sofrerem um surto francamente vesânico, certos ansiosos são escrupulosos, tímidos, desejosos de não aparecer, mais severos consigo mesmos do que com os outros.

Insisto nesta divisão dos delírios melancólicos, que a maior parte dos autores confunde. Marcé parece admiti-la implicitamente, ao elencar apenas, para a verdadeira melancolia, as idéias de ruína, de culpa etc., ao mencionar o delírio hipocondríaco consecutivo e ao relacionar as idéias de perseguição com a monomania; ele não insiste, porém, sobre esta distinção, que, por sinal, parece absoluta demais, uma vez que certos perseguidos apresentam as características da melancolia verdadeira e que outros doentes com idéias de ruína e de culpa lembram monomaniacos.

Examinemos agora a evolução delirante que leva os melancólicos que acusam a si mesmos ao delírio de negação; resumamos primeiro as principais características de seu estado mental. Em sua forma mais atenuada, essas características são as da forma de melancolia designada com os nomes de melancolia simples ou sem delírio e, de maneira mais precisa, com o nome de hipocondria moral, pelo Sr. J. Falret, que a descreveu com minuciosa exatidão.

Os melancólicos ditos sem delírio são, de fato, acometidos por um delírio triste que afeta o estado de suas faculdades morais e intelectuais, e já apresentam uma forma negativa evidente. “Sentem vergonha ou mesmo horror por sua própria

pessoa e se desesperam ao pensar que nunca conseguirão reencontrar suas faculdades perdidas... Sentem falta da inteligência esvaecida, dos sentimentos apagados, da energia desaparecida. Julgam não ter mais coração, nem afeição por seus parentes e amigos, nem mesmo por seus filhos”.

Idéias de ruína surgem com freqüência, e parecem ser um delírio negativo da mesma natureza: junto com as riquezas intelectuais e morais, o doente acredita ter perdido sua fortuna material; não lhe resta mais nada do que faz o orgulho de um homem, nem inteligência, nem energia, nem fortuna.

É o avesso do delírio de grandeza em que os doentes se atribuem imensas riquezas, bem como todos os talentos e habilidades. Esta hipocondria moral fundamenta-se sobre o fundo comum da melancolia e sobre um estado de ansiedade vaga e indeterminada, “se os doentes sentem que tudo mudou dentro e fora deles e se afligem por não mais perceber as coisas através do mesmo prisma de antigamente”. (J. Falret)

Nesses casos menos graves, já existe uma espécie de véu através do qual o doente não percebe mais a realidade senão de maneira confusa; tudo lhe parece transformado. À medida que seu estado doentio se torna mais intenso, esse véu ganha espessura, e, nos casos de estupor, acaba ocultando o mundo real por inteiro. O doente encontra-se então, como o Sr. Bailiarger observou justamente, num estado próximo ao sonho.

Não apenas nesse ponto de vista, mas sob todos os aspectos, parece não ter senão uma diferença de grau entre esses estados de hipocondria moral e as afecções melancólicas com idéias de culpa, de ruína, de danação e negação sistematizada. A hipocondria moral é um esboço e bastaria acentuar os traços e caprichar nas sombras para completarmos o quadro dessas últimas formas de melancolia.

A repugnância por si mesmo chega ao delírio de culpa e de danação, os temores viram terrores; a realidade exterior transformada e percebida de modo confuso acaba por ser negada. Certas negações surgem muito cedo nos hipocondríacos morais. Eles negam a possibilidade de cura, de um alívio qualquer para seu estado de sofrimento. Esta é uma das primeiras negações nesses doentes

entre os quais alguns chegarão, mais tarde, à negação do mundo exterior e da própria existência.

É importante deixar clara a distinção entre esse estado de hipocondria moral e a hipocondria comum.

Embora tenhamos, segundo o Sr. Bailarger, de admitir casos de melancolia sem delírio, é importante desconfiar de certos hipocondríacos que oferecem, aparentemente, muita semelhança com os melancólicos referidos aqui. O verdadeiro melancólico apresenta um estado de depressão geral: nada disso ocorre com o hipocondríaco, que uma disposição pode tirar momentaneamente de sua pretensa prostração, incompetência, impotência etc.

A hipocondria comum, à qual o Sr. Baillarger se refere aqui, tem muitas características em comum com o delírio de perseguição do qual constitui geralmente o primeiro período, mas é essencialmente a evolução diversa das duas hipocondrias que justifica a distinção do Sr. Baillarger. De modo geral, pode-se dizer que a hipocondria moral está para o delírio de ruína, de culpa, de perdição e de negação, assim como a hipocondria comum está para o delírio de perseguição.

Constituído o delírio de negação, ele incide quer sobre a personalidade mesma do doente, quer sobre o mundo exterior. No primeiro caso, ele reveste uma forma hipocondríaca análoga ao delírio especial que o Sr. Baillarger descreve nos paralíticos: os doentes não têm mais estômago, nem cérebro, nem cabeça, não se alimentam mais, não digerem mais, não trocam mais de roupa e, de fato, recusam energicamente os alimentos e algumas vezes retêm as matérias fecais. Alguns, como indiquei em nota apresentada à *Société médico-psychologique*, imaginam que não irão morrer nunca. Esta idéia de imortalidade encontra-se sobretudo nos casos em que a agitação ansiosa predomina; no estupor, os doentes imaginam antes estar mortos. Já pudemos observar quem apresentasse em alternância a idéia de estar morto e a idéia de não poder morrer, segundo seus estados alternativos de agitação ansiosa ou de depressão estúpida.

O delírio hipocondríaco, essencialmente moral no início, torna-se, num estágio mais avançado, e particularmente quando a doença passa ao estado crônico, ao mesmo tempo moral e físico. Doentes que começam por não ter mais coração, nem inteligência, acabam por não ter mais corpo. Alguns, como a doente

de Leuret, só falam de si mesmos na terceira pessoa. Os perseguidos trilham o caminho inverso. No início, a hipocondria é essencialmente física; num período mais avançado, entretanto, os doentes preocupam-se com suas faculdades intelectuais: estão sendo embrutecidos, impedidos de pensar, dizem-lhes asneiras, tiram-lhes a inteligência, etc.

Essas duas hipocondrias não diferem apenas pelo seu curso; a hipocondria dos ansiosos traz o selo da humildade; eles não têm nada, não são nada que valha; são podres, acometidos por um mal desprezível; alguns crêem ter sífilis, e Fodéré já havia evidenciado a conexão entre esta última idéia delirante e o que chama de *danomania*.

Os outros são todos hipocondríacos perseguidos. Têm, via de regra, uma opinião muito boa de si mesmos e de sua organização resistente o bastante para suportar tantos males; culpam as influências exteriores, o ar, a umidade, o frio, o calor, os alimentos e, mais ainda, os remédios. Se sofrem de sífilis, não é na sífilis, mas no mercúrio que encontram a causa de todo o seu sofrimento. Acabam por acusar o médico e chegam ao delírio de perseguição confirmado (14).

Dessas influências prejudiciais, pelas quais o perseguido se sente ameaçado e que, de fora, convergem em sua pessoa, o angustiado imagina, ao contrário, ser a fonte que as espalha ao seu redor; na sua fantasia, ele dá azar às pessoas de quem se aproxima; ao médico que o trata, aos empregados que o servem vai transmitir doenças mortais, comprometê-los ou desonrá-los; a casa onde mora será uma casa amaldiçoada; ao passear pelo jardim, faz perecer árvores e flores.

O delírio hipocondríaco de negação está freqüentemente relacionado às alterações da sensibilidade. A anestesia é menção freqüente em todos os autores, e encontra-se também em alguns melancólicos ansiosos; outros, pelo contrário, parecem apresentar hiperestesia, e não permitem aproximação; gritam assim que encostamos a mão neles e não param de repetir: "Não me façam mal"!

Em que medida essas alterações da sensibilidade contribuem para o desenvolvimento do delírio hipocondríaco de negação? É uma questão de patogenia que não quero me propor a elucidar. Limito-me a mencioná-las enquanto característica diferencial dos dois delírios hipocondríacos; são freqüentes nos negadores, raríssimas nos perseguidos.

Quando o delírio incide sobre o mundo exterior, os doentes imaginam não ter mais família, nem país, que Paris foi destruída, que o mundo não existe mais etc. As crenças religiosas, e em particular a crença em Deus, desaparecem com freqüência, algumas vezes desde cedo. Griesinger assinalou as idéias lúgubres, negativas pela quais se sentem tomados os doentes cuja agitação irrequieta deixa incapazes de recolhimento e de preces.

Uma descrição rápida do delírio de negação e de suas diversas formas não seria suficiente para fazer deste delírio uma espécie particular de melancolia. Eu gostaria de mostrar que junto com este delírio existem numerosos sintomas estreitamente associados entre si, de tal forma a constituir uma verdadeira doença, diferenciada por suas características e sua evolução.

O delírio de perseguição pode nos servir de modelo. Procuro essencialmente retratar o negador pelos contrastes e diferenças que apresenta em relação ao perseguido.

Já comecei a traçar esse paralelo ao marcar a diferença entre a hipocondria moral e a hipocondria comum, entre o melancólico ansioso que acusa a si próprio e o perseguido que põe a culpa no mundo exterior. Quando a doença se toma mais intensa, ou apresenta desde o início uma forma mais grave, acrescentam-se aos sintomas delineados na hipocondria moral e ao delírio trivial de ruína e de culpa, alguns fenômenos novos que merecem atenção especial em razão de suas características especiais: as alucinações.

Essas alucinações são freqüentes, sobretudo nos estados de estupor, mas igualmente na forma ansiosa. Os doentes acreditam estar envolvidos em chamas, vêem precipícios a seus pés, imaginam que a terra vai engoli-los ou que a casa vai desabar, vêem as paredes cambalear e pensam que a casa está minada. Escutam os preparativos de seu suplício: arma-se a guilhotina, escutam o rufar de tambores, tiros - serão fuzilados. Vêem a corda destinada a enforcá-los, escutam vozes que os censuram por seus crimes, lhes comunicam sua sentença de morte ou lhes repetem que foram danados. Alguns têm alucinações gustativas ou olfativas e imaginam-se podres, pensam que seus alimentos são transformados, que lhes apresentam lixo, matérias fecais, carne humana etc.

Via de regra, as alucinações nos doentes com idéias de culpa pertencem à categoria de alucinações, definida pelo Sr. Baillarger, que reproduzem as preocupações atuais dos doentes. Uma melancólica, diz esse autor, que se acusava de crimes imaginários, estava obcecada dia e noite por uma voz que lhe comunicava sua sentença de morte e descrevia os suplícios a ela reservados. Outra, cuja história é relatada por Michéa, acredita-se culpada, perseguida pela polícia e ameaçada de morte. Internada numa casa de saúde, alguns dias depois, a lipemania alcança seu auge, e ela vislumbra quase que constantemente a seus pés, a corda destinada a estrangula-la e o caixão preparado para receber seu cadáver.

Alguns doentes acreditam-se danados e vêem as chamas do inferno, escutam tiros de fuzil, acreditam que serão fuzilados. Guislain ressaltou a estreita conexão que existe entre a demoniofobia, o suicídio e esse tipo de alucinações em que os doentes vêem chamas e incêndios por todos os lados.

O estado alucinatório dos melancólicos ansiosos, estúpidos ou agitados difere fundamentalmente daquele dos perseguidos, primeiro pelas alucinações visuais, que são raras nos perseguidos, mas também pelas características das alucinações auditivas. Assim como as alucinações visuais, não passam de confirmações das idéias delirantes, sendo, às vezes, bastante difícil distinguir umas das outras. Nos ansiosos, o fenômeno alucinatório não apresenta essa independência que, nos perseguidos, confere muita nitidez bem como uma evolução toda especial.

Aos poucos, o perseguido chega a um diálogo; ele passa a escutar, a responder a seus interlocutores imaginários com impaciência ou cólera. Não se observa nada parecido nos ansiosos: só falam para repetir incessantemente as mesmas palavras, as mesmas frases, as mesmas lamentações; sua loquacidade tem um caráter de monólogo, de ladainha, ao passo que a do perseguido é dialogal.

A repercussão do pensamento, o eco e o vocabulário característico que permitem identificar os perseguidos crônicos após poucos instantes de conversa, também não são observados no ansioso.

No início deste trabalho, aponte a oposição e a resistência sistemáticas nos doentes acometidos por delírios de negação; neles, encontramos freqüentemente uma rigidez e uma tensão musculares, sinais de que sua inércia é apenas aparente e sua resistência não é simplesmente passiva. Assim que quisermos mudar sua

atitude, imprimir algum movimento a seus membros, eles contraem energicamente os músculos para resistir e manter sua posição habitual.

Não me deterei nos tremores relatados em alguns ansiosos, nem nos acidentes cataleptiformes dos estúpidos, mas não posso deixar de falar nos impulsos suicidas e nas mutilações tão freqüentes nos ansiosos, sobretudo quando são dominados por idéias religiosas, pois esses constituem mais uma diferença para com os perseguidos nos quais o suicídio é muito menos freqüente e as mutilações raríssimas.

Os ansiosos com idéias de danação são os doentes mais propensos ao suicídio; o fato de acreditarem já ter morrido, ou na impossibilidade de morrer, não os impede de tentarem se destruir. Alguns vêm no fogo a única solução e tentam se queimar; outros querem ser cortados em pedaços e procuram por todos os meios possíveis satisfazer essa necessidade doentia de mutilação, de destruição e de aniquilamento total. Alguns se mostram violentos para com as pessoas ao seu redor; parecem querer demonstrar que são realmente os seres mais perversos e mais desprovidos de sentimentos morais; não raro, xingam, blasfemam: os danados e diabos não têm outra alternativa.

A recusa de alimentos, tão estreitamente ligada à loucura de oposição, apresenta também algumas características especiais nos negadores. Via de regra, essa recusa abrange indistintamente todos os alimentos; os doentes recusam-se a comer por não terem mais estômago e porque “a carne e outros alimentos caem na pele da barriga”, porque danados nada comem, ou por não terem como pagar. Alguns, entretanto, tomados por um delírio de culpa ou de ruína menos intenso, escolhem seus alimentos: como penitência, comem apenas pão seco, ou se privam de sobremesa.

O perseguido, pelo contrário, examina cuidadosamente seus alimentos, procura o que lhe parece bom e rejeita o que lhe parece suspeito; quando encontra, por acaso, alimentos que supõe isentos de qualquer veneno, come com voracidade. Geralmente, a recusa de alimentos é parcial nos perseguidos.

Terminarei este paralelo pelo estudo do curso da doença. O delírio de perseguição é essencialmente remissório ou, antes, contínuo com paroxismos: geralmente a doença começa muito cedo, desenvolve-se lenta e progressivamente e

dura a vida inteira. Na hipocondria, esse curso remissório já é patente desde o início, inclusive nos casos em que o mal não parece evoluir além dessa forma esboçada.

A doença tem uma aparência bem diferente nos negadores: ela irrompe bruscamente, geralmente na meia idade, em pessoas cuja saúde moral sempre parecera boa até então; nos casos com cura, esta é tão brusca quanto o início da crise. Rompe-se o véu e o doente desperta, como se fosse de um sonho.

Não preciso dizer que as formas mais brandas são também as mais curáveis. A melancolia dita sem delírio, a hipocondria moral, os estados ansiosos com idéias de ruína são habitualmente curáveis. Mas a doença está sujeita a recaídas, em intervalos mais ou menos distantes, e adquire um caráter de vesânia intermitente. Essa característica intermitente manifesta-se, às vezes, nos casos incuráveis inclusive, por um despertar de curta duração quando o doente parece ter reencontrado toda sua lucidez.

Já vi, diz Griesinger, numa doente acometida por melancolia profunda (imaginava ter perdido toda a fortuna e se sentia ameaçada de morrer de fome), um intervalo perfeitamente lúcido, de cerca de quinze minutos, que surgiu sem motivo aparente e desapareceu da mesma forma brusca.

Nas formas em que o estupor predomina de saída, a cura é bastante comum, apesar da intensidade e do absurdo do delírio. Não raro, entretanto, observamos os doentes, após uma agitação ansiosa intensa e prolongada, com alucinações, delírio panofóbico etc., caírem numa espécie de estupidez, muitas vezes confundida com a demência, que se prolonga indefinidamente. Esses doentes apresentam geralmente uma loucura de oposição no mais alto grau; ficam mudos e alguns repetem apenas a palavra “Não”.

O prognóstico é igualmente desfavorável quando se vê diminuir a intensidade do distúrbio melancólico geral, enquanto as idéias delirantes e as negações permanecem no mesmo grau. Os doentes chegam ao delírio negativo sistematizado, raramente curável; apresentam inclusive, na maioria dos casos, uma loucura de oposição cujo prognóstico desfavorável foi indicado por Guislain.

Por seu curso, início e término brusco, quando há cura, a loucura de negação relaciona-se ao grupo das vesânias de surto ou intermitentes e à loucura cíclica. Mesmo se reservarmos o nome de delírio de negações aos casos em que esse

delírio alcança o grau que indiquei no início deste trabalho, pode-se dizer que o delírio de negações é um estado de cronicidade especial de certos melancólicos intermitentes cuja doença se tornou contínua.

Quero salientar mais um ponto que me parece estabelecer uma diferença entre os negadores e outros intermitentes que se aproximam dos cíclicos. Informações sobre os antecedentes, o caráter dos doentes, revelam, em geral, que sempre foram um pouco melancólicos, taciturnos, escrupulosos, devotados, caridosos, sempre muito prestativos; alguns são dotados das mais destacadas qualidades morais. Seu estado doentio, seu delírio de humildade não oferece um contraste marcado com sua maneira anterior de ser; parece apenas exagerá-la de maneira mórbida. Em resumo, esses doentes não são francamente alternantes como os cíclicos e alguns intermitentes, cujo estado considerado como sadio contrasta de maneira absoluta com os acessos melancólicos.

Essa característica dos negadores permite ainda distingui-los nitidamente da maior parte dos hereditários, entre os quais formam uma categoria especial; de fato, diferem por um desenvolvimento exagerado, por assim dizer, dessas mesmas qualidades morais que, nos outros hereditários, foram abortadas e explicam a vida desregrada, o profundo egoísmo, o orgulho, o caráter indisciplinável, os delitos e os crimes desses últimos.

Se o delírio de negação parece estar ligado, em muitos casos, às vesânicas intermitentes, devo acrescentar que não é raro vê-lo desenvolver-se sobre um fundo histórico; também não é raro encontrá-lo como sintoma da periencefalite difusa. O delírio de pequenez, que o Dr. Materno observou nessa doença, parece muito próximo do delírio de negação e pode conviver com ele. Veremos um exemplo nas observações abaixo.

Divido essas observações em três categorias: na primeira, coloco os casos em que o delírio de negação se apresenta no estado simples; na segunda, um caso em que o delírio é sintomático de paralisia geral; na terceira, os casos em que, associado ao delírio de perseguição, constitui essas formas de alienação complexas que explicam porque quase tantos autores confundiram na mesma descrição do delírio melancólico as idéias de ruína, de culpa, de desconfiança e de perseguição.

Esses casos mistos mereceriam um estudo especial; creio que apresentam, além de duas ordens de sintomas, algumas características particulares. Mais do que danados, os doentes acreditam estar possuídos e imaginam ter animais ou diabos no corpo. Esquiro (15) relatou casos desse gênero; Fodéré diferenciava o delírio de culpa e de danação, ou danomania, da demonomania, ou possessão demoníaca. Esta última forma parece-me estabelecer uma espécie de transição entre delírio de culpa e delírio de perseguição.

Primeira categoria. Delírio de negação em estado simples

Primeira observação - A Sra. E., de cinqüenta e quatro anos, casada, mãe de família, é internada na Casa de Saúde de Vanves em 15 de junho de 1863, após várias tentativas de suicídio.

Ela se encontra num estado de agitação ansiosa com idéias de culpa e delírio hipocondríaco; imagina ter a garganta estreitada e o coração deslocado. Durante os paroxismos de agitação, grita e se lamenta em voz alta, repetindo sempre as mesmas palavras. Todos os seus órgãos estão deslocados, ela nada pode fazer, está perdida, danada.

1864 - Mesmo delírio, mesmos paroxismos ansiosos com repetição contínua das mesmas frases estereotipadas. A Sra. E. está perdida, não tem mais cabeça, não tem mais corpo; está morta. Ela emite gritos agudos, repete, furiosa, as mesmas palavras e diz ter, ela própria, contraído raiva; agarra com as mãos, como que de modo convulsivo, os objetos exteriores e, uma vez que os segura, não quer mais largá-los.

Ela vê fantasmas nas paredes, resiste a suas necessidades naturais, sob o pretexto de que satisfazê-las seria sua morte, grita e se entrega a atos violentos para lutar contra a fatalidade de sua situação, da qual ninguém pode tirá-la; as idéias de suicídio ainda persistem.

O delírio de negação acentua-se cada vez mais. Ela não tem braços nem pernas, todas as partes de seu corpo se metamorfosearam; repete que tudo está perdido, que não consegue mais se mexer sem se expor ao risco de cair em pedaços e se retesa de modo convulsivo na posição sentada em que se encontra habitualmente.

A loucura de oposição está no auge, a Sra. E. recusa-se a comer por não conseguir engolir, recusa-se a andar por não ter pernas; não quer se levantar, nem se deitar, nem se vestir, nem comer, nem andar, nem trocar de roupas; ela se retesa como uma barra de ferro para resistir a todos os atos que querem que realize, ela solta gritos quando se quer tocá-la e afirma que vão estilhaçá-la como vidro.

Os anos passam sem trazer mudança alguma nesse delírio. Ela chegou a um estado de demência com grunhidos, gritos inarticulados e paroxismos de agitação; conserva sempre o mesmo retesamento muscular e opõe igual resistência a tudo que se quer que ela faça.

Ela sofre uma queda do útero e do reto, que não podem ser mantidos por causa dos violentos esforços de expulsão que ela faz desde que se procedeu à correção.

A Sra. E. sucumbe em 1878 num estado de caquexia geral.

Segunda observação - A Sra. E., de sessenta e três anos, internada em Vanves em maio de 1868, está num estado de grande agitação ansiosa; imagina não ter mais nada, ter arruinada a família e que vão prendê-la. Está constantemente em movimento, não consegue parar no lugar; não pára de gemer repetindo estar perdida, arruinada e que, por sua causa, seus filhos vão morrer de fome.

Ela recusa os alimentos sob o pretexto de não poder pagá-los, acredita ser portadora de uma doença contagiosa e imagina exalar um odor infecto; não quer que se aproximem dela e acha que seu contato é mortal; imagina ainda haver veneno e sujeiras em seus alimentos. Diz não conseguir comer nem andar, que seu caso é absolutamente incurável; resiste a todos os cuidados necessários à sua pessoa; é preciso lutar para vesti-la, levantá-la, levá-la para passear, alimentá-la. Em geral, ela permanece encolhida num canto, ora muda, ora emitindo um gemido monótono e repetindo ser um monstro.

Por humildade, aceita apenas comer na mesa dos empregados.

A Sra. E. morre em 1879, sem qualquer modificação do delírio.

Terceira observação - A Sra. S., de cinqüenta e três anos, já teve um surto de melancolia na forma depressiva, que não necessitou internação. Após uma recaída de delírio melancólico, foi trazida para Vanves no fim do ano de 1876.

Está num estado extremo de agitação ansiosa; acredita ser culpada e estar perdida; vão levá-la para a prisão e ela tenta, por todos os meios possíveis, suicidar-se. Escuta vozes que lhe dizem ser culpada, que será danada e levada à prisão; acredita escutar a voz do marido e da filha, que estão presos por causa dela; ela se lamenta sem parar e recusa alimentos.

1880 – Ela continua tomada pelas mesmas idéias melancólicas; passa a maior parte do tempo muda e imóvel e não responde quando lhe dirigem a palavra; por vezes, exprime concepções negativas completamente absurdas. Afirma que ninguém pode mais nada, que ninguém casa mais, que ninguém nasce mais. Não existem mais médicos, prefeitos, escrivãos, nem mesmo tribunais; ela costumava rezar, mas agora é inútil, já que Deus não existe mais. Resiste a todos os cuidados que precisamos lhe dispensar re continua propensa a recusar alimentos, afirmando ainda haver cal e potássio em tudo que lhe é apresentado.

A Sra. S. passa seus dias muda e imóvel. Atualmente, maio de 1882, seu estado permanece absolutamente estacionário.

Quarta observação – A Sra. M de cinqüenta e um anos, casada, mãe de família, parece sempre ter gozado de boa saúde até o ano de 1878. Sofreu então um surto ansioso com terrores; via fogo, incêndios, acreditava estar arruinada e imaginava que iriam torturá-la. Depois de dois meses, curou-se subitamente, mas após umas semanas voltou a sofrer dos mesmos distúrbios e foi trazida para Vanves num estado de agitação ansiosa intenso, com gemidos e terrores contínuos relativos sobretudo ao fogo e aos incêndios.

Ela imagina estar arruinada, que vão torturá-la, que seus alimentos estão envenenados, que foi enfeitiçada. Parece ter alucinações auditivas e visuais, afirma que todas as noites acontecem coisas pavorosas em seu quarto, onde surgem personagens que ela não conhece. Ela não quer reconhecer o marido nem os filhos que vêm visitá-la; afirma nunca ter casado, não ter pai, nem mãe, nem marido, nem filhos. A..., sua cidade natal, não existe mais, Paris não existe mais, nada mais existe, sua filha é um diabo disfarçado. Ela não deixa ninguém se aproximar, recua com terror quando se quer toca-la ou pegar sua mão e repete sem parar: “Não me façam mal”. Nega-se a tudo, resiste a tudo; é preciso lutar para vesti-la, despi-la, alimentá-la, etc. e ela dispõe de uma força de resistência espantosa.

Em agosto de 1881, a Sra. M. é repentinamente acometida por uma hemiplegia esquerda; o delírio em nada se modificou. O membro inferior retoma suas funções de forma incompleta, mas o membro superior permanece e, contração. Ela fica repetindo as mesmas negações, não pára de dizer: “Não me façam mal”, e resiste obstinadamente a tudo o que se quer que ela faça.

Atualmente, maior de 1882, sua situação permanece idêntica em todos os aspectos.

Quinta observação – A Sra. J., de cinqüenta e oito anos, internada em Vanves em agosto de 1879, está num estado de melancolia ansiosa que já data vários meses.

Imagina que vão lhe cortar os nervos, deixá-la surda, muda e cega e submetê-la a todo tipo de torturas; passa dias inteiros gemendo e implorando à Virgem e aos santos.

Paroxismos de agitação muito intensos com tentativas de suicídio. Ela recusa os alimentos; está perdida, danada; está “cheia de petróleo”, vão submetê-la aos mais atrozes suplícios, entretanto, nunca poderá morrer.

Paroxismos freqüentes, durante os quais ela rola pelo chão e faz todo tipo de caretas e contorções. Vive repetindo as mesmas frases, muitas vezes totalmente absurdas e ininteligíveis, mas que se referem a idéias de transformação e de aniquilamento de sua pessoa e de tudo o que está ao seu redor. Vive repetindo: “Não há mais nada, nada mais existe, tudo é de ferro etc.”; ela própria se transformou, virou um galeto, uma mosca, um trapo de lã falante, não é mais nada, não come jamais, não tem mais corpo; as pessoas que a rodeiam não passam de sombras.

A Sra. J. resiste a tudo, retém as matérias fecais e urinas; é preciso lutar para vesti-la, despi-la etc. e, nessas lutas, ela revela uma energia e um vigor muscular surpreendentes. Atualmente, maio de 1882, sua situação continua idêntica, seu delírio absolutamente não se modificou.

Sexta observação - A Sra. C., de quarenta e três anos, casada, mãe de família, foi internada em Vanves em novembro de 1880. Em 1875, em conseqüência da morte súbita do pai e da operação de estrabismo do filho, ela sofrera um ligeiro acesso ansioso com insônia e bocejos contínuos e ficou obcecada pelo temor do

seu pai ter sido enterrado vivo e de seu filho ficar cego em decorrência da operação de estrabismo.

Esse estado ansioso dissipou-se após um mês. No fim de março de 1880, novo acesso, início bastante rápido, preocupações relativas a questões financeiras, perplexidade e indecisão contínuas, insônia. Ela se acusa e pensa ser culpada. Alguns meses depois, delírio hipocondríaco.

Acredita não ter mais estômago, que seus órgãos foram destruídos e atribui essa destruição a um vomitivo que, de fato, lhe foi administrado.

Por ocasião de sua chegada à casa de saúde, a Sra. C. apresentava um estado de melancolia ansiosa com paroxismos de agitação maníaca, durante os quais fazia contorções, caretas, rolava pelo chão e gemia. Estes paroxismos alternam com períodos de imobilidade e de mutismo. Ela afirma ter tido a goela extraída, não ter mais estômago, não ter mais sangue; nunca vai morrer, não é morta nem viva, é uma pessoa sobrenatural, seu lugar não está entre os vivos nem entre os mortos; não é mais nada, suplica que lhe abram as veias, que lhe cortem os braços e as pernas, que lhe abram o corpo para confirmar que ela não tem mais sangue e que seus órgãos não existem mais.

Essa doente deixou a casa de saúde após dois meses de internação, e sem melhora; ignoro o que pode ter acontecido com ela depois.

Sétima observação - O Sr. A., de cinqüenta e três anos, internado na casa de saúde de Vanves, em julho de 1877, foi acometido por melancolia depois de ter passado por grandes dores morais: perdeu quase ao mesmo tempo a mulher e um filho.

Ele se acusa de ser a causa da morte da mulher e do filho; está podre, tem sífilis, está perdido, danado, é o maior criminoso que já existiu, o Anticristo, há de ser queimado em praça pública; permanece mergulhado numa profunda tristeza, chora e geme; queria ter morrido e faz tentativas de suicídio.

1880 - O Sr. A. ainda exprime as mesmas idéias melancólicas de culpa, é um homem danado e destinado a queimar eternamente. Diz ter o corpo inteiro podre, a cabeça vazia, não ter sangue, nem rosto humano. Espera o fim do mundo, que está próximo.

Atualmente, maio de 1882, a situação continua idêntica, o delírio não se modificou em nada.

Oitava observação - O Sr. A., de quarenta e oito anos, internado na casa de saúde de Vanves em março de 1879, após uma tentativa de suicídio, está num estado de agitação ansiosa intenso. Tenta por todos os meios bater em si mesmo, mutilar-se, furar os próprios olhos, chegar à morte; não quer comer, nem tomar remédios, nem receber qualquer cuidado, por considerar-se indigno. Só pensa em expiar seus crimes imaginários; por esse motivo, ele quer se bater e se matar; diz ter caído num abismo de infâmia no qual está se afundando cada dia mais; suplica para que lhes dêem uma corda para se enforcar ou uma dose forte de veneno.

Ele não parece ter alucinações auditivas, mas tem numerosas ilusões de ótica, confere um sentido místico às formas dos objetos exteriores, acredita ver figuras de animais nas formas das árvores etc.

1880 - O Sr. A. imagina que vão torturá-lo, mergulhá-lo em água gelada, alimentá-lo com lixo e excrementos, suplica que se acabe com isso dando-lhe ácido prússico. Seu cérebro está amolecido, sua cabeça, como uma avelã oca; ele não tem sexo, nem testículos, não tem mais nada, não passa de uma “carniça” e pede que se cave um buraco para enterrá-lo como um cachorro; não tem alma; Deus não existe. Por momentos, ele diz não ter mulher nem filhos; em outros, quer vê-los e voltar para junto deles. Repete sempre as mesmas frases e súplicas: “Matem-me, matem-me; não me dêem banho frio etc.” durante horas a fio. Tenta, por todos os meios possíveis, matar-se e mutilar-se; quer furar os próprios olhos, arrancar os testículos etc. Mostra-se igualmente violento e injurioso para com as pessoas que o rodeiam. Por vezes, consegue falar com lucidez; tem prazer em contar diferentes acontecimentos de sua vida passada.

Em maio de 1882, sua situação continua idêntica, o Sr. A. repete incessantemente ser indigno, ignóbil, quer se tornar engraxate, não tem testículos, é preciso matá-lo.

Segunda categoria - Delírio de negações sintomáticas de paralisia geral

Nona observação - O Sr. C., de quarenta e cinco anos, constituição robusta, casado, pai de família, sempre levou uma vida regular e laboriosa, nunca cometeu

outros excessos, dizem, que não de trabalho. Permanecia todas as noites no escritório até às duas horas da manhã e às sete horas estava em pé.

Há vários anos, sofria de enxaquecas violentas com vômitos. Em 1879, queixou-se de distúrbios da vista, de visão turva; foi consultar um oculista que, após um exame de fundo de olho, teria lhe pedido para se equilibrar num pé só, o que não conseguiu fazer.

Por volta dessa época, começou a sofrer quedas freqüentes; muitas vezes, chegava em casa contando à mulher ter quase morrido, ter caído e precisado de ajuda para se levantar. Ao mesmo tempo, seu caráter sofreu alterações: tornou-se sombrio, irritável e pareceu mergulhar numa profunda tristeza. Expressava pressentimentos fúnebres, dava conselhos à mulher e lhe fazia recomendações minuciosas a respeito dos filhos, como se se sentisse ameaçado de uma morte próxima.

No início de dezembro de 1879, tornou a cair na rua, chegou em casa gelado e foi acometido por um tremor intenso com batimento de dentes. O médico chamado não constatou, dizem, nenhum movimento febril decorrente desse calafrio. Outros calafrios análogos teriam se reproduzido de forma irregular, todos os dias durante cinco ou seis horas. O Sr. C. permanecia na cama, coberto com enormes cobertores e bastava descobri-lo um pouco para que fosse novamente tomado pelos tremores com batimento de dentes; o sono desaparecera completamente.

Após algumas semanas, ele saiu da cama, mas não conseguiu retomar suas atividades. Permanecia no escritório, mudo, sem ocupação, imóvel, sem receber ninguém e despachava bruscamente sua mulher quando esta vinha visitá-lo. Às vezes, ficava repetindo: “Sou um cretino”, dizia à mulher. “Então você não quer me devolver minha vida de antigamente”? Ou, ainda: “Eu devia me dar um tiro. Gostaria de pedir a Deus que me fizesse morrer, mas Deus não existe”. Uma noite, repetiu uma mesma série de sílabas incompreensíveis, durante horas afio.

Por volta do mês de março de 1880, começou a manifestar idéias negativas completamente absurdas: dizia não haver mais noite e recusava-se a deitar; passava noites inteiras no escritório e dizia à mulher que não podia se deitar pois ainda era dia. Dizia não comer mais e por mais abundante que fosse a refeição, ficava furioso dizendo nada haver na mesa.

Internado em Vanves em abril de 1880, foi contatado no Sr. C. um distúrbio mental profundo. Ele não tem consciência do lugar onde se encontra, nem do tempo que passou desde que deixou sua residência.

Em geral, encontra-se calmo, silencioso; às vezes, afirma que as pessoas que o rodeiam são assassinos que querem degolá-lo e é tomado de paroxismos ansiosos durante os quais repete continuamente as mesmas palavras numa voz lamentável. Declara não saber onde está, nem, quem é; garante não ser casado, não ter filhos, nem pai, nem mãe, nem nome. Afirma não comer nunca, embora coma com fartura. Está num deserto onde não existe ninguém e de onde não se pode sair, pois não existem ais carros nem cavalos. Se lhe mostram um cavalo, ele diz: “Isso não é um cavalo, isso não pé absolutamente nada”. Resiste a todos os cuidados que devem lhe ser dispensados; recusa-se a deixar que o vistam, pois seu corpo não é maior do que uma avelã; recua-se a comer por não ter boca, a andar por não ter pernas. Puxa as próprias orelhas e diz não ter orelhas, puxa o nariz e diz não ter nariz. Afirma com freqüência estar morto, mas durante os paroxismos ansiosos, diz estar meio morto e nunca poder terminar de morrer; segura o braço, a perna, a barriga da perna e diz: “Isso nunca vai se desprender”.

Em certos momentos, parece ter alucinações visuais; vê personagens, mulheres vestidas de branco descenderem do teto do quarto; outras vezes, vê pequenos cavaleiros com alguns centímetros de altura atravessarem seu quarto em regimentos.

Distúrbio da palavra, incerteza no andar, desigualdade pupilar.

Esses sintomas de paralisia geral vêm se acentuando durante o ano de 1881. A esse quadro somam-se idéias de grandeza que o doente reporta ao passado.

Afirma ter sido imensamente rico, ter sido o primeiro advogado de Paris, membro da Academia Francesa, presidente da República; hoje não passa de um pequeno cretino que, além do mais, vai morrer.

Em maio de 1882, está reduzido a um estado de demência parálítica; caminha com dificuldade e sua fala é quase ininteligível.

Terceira categoria. Delírio de negação associado ao delírio de perseguição

Décima observação – A Sra. G., de quarenta e dois anos, casada, mãe de família, sofreu, há vários anos, violentos ataques de histeria.

Foi internada uma primeira vez em Vanves no final do ano de 1875, à época, vítima de um delírio melancólico com idéias de culpa, idéias místicas e paroxismos de agitação furiosa. Acredita estar possuída pelo diabo, danada; pensa estar grávida de sua empregada, que imagina ser um homem disfarçado.

Ela imagina precisar se transformar num animal imundo, um escorpião, e em seus paroxismos, coloca-se de bruços e realiza todo tipo de contorções para imitar os movimentos do escorpião. Recusa os alimentos, entrega-se a todo tipo de ações desordenadas e de violência para consigo mesma e contra as pessoas ao seu redor: ouve o diabo lhe falar e há de obedecer.

No ano de 1876, ocorreu uma melhora notável em seu estado. A Sra. G. está calma, entrega-se com prazer a trabalhos com agulhas, embora continue dominada por idéias de culpa; diz-se adúltera, indigna de voltar para junto do marido e dos filhos e quer fazer uma confissão pública de seus pecados. Sai desse estado de remissão no fim do ano de 1876.

No ano seguinte uma nova internação se tornou necessária, pois ela insiste em fazer uma confissão pública de seus pecados e crimes, nas ruas e nas igrejas; continua julgando-se culpada, indigna; deseja trabalhar de doméstica e ganhar a vida, pois não merece que gastem dinheiro com ela; mas novas idéias delirantes vêm complicar esse delírio de culpabilidade.

Acredita estar magnetizada, imagina ser possível lerem seus pensamentos e estes poderem ser a causa de desgraças maiores; atribui à empregada um poder sobrenatural: essa moça, por meio de poderes mágicos e de malefícios, fará seu filho entrar na casa de saúde onde sofrerá torturas e mutilações genitais. Ela deixa mais uma vez a casa de saúde em junho de 1879, sendo novamente internada em agosto de 1880; imagina ser perseguida por pessoas com o poder de ler pensamentos, que chama de “carigrafieiros”; essas pessoas se obstinam implacavelmente contra ela e os filhos, e não param de repetir as mais pavorosas calúnias. Chegam ao ponto de fazer com que ela diga besteiras, que são em seguida espalhadas por Paris e pelo mundo inteiro, podendo causar prejuízos enormes à própria família.

Ao mesmo tempo em que acusa seus perseguidores e as pessoas que a rodeiam, acusa a si própria; ela é um monstro, é danada, tem três lacraias dentro do corpo e acabará se transformando em escorpião; já não tem mais nada de humano e parece um animal imundo. Gostaria de estar morta, geme e faz tentativas de suicídio, mas é tarde demais: agora é imortal, poderiam moê-la em pedacinhos que não morreria.

Em maio de 1882, a situação continua idêntica; entretanto, as idéias de perseguição parecem predominar cada vez mais; a Sra. G. acusa os empregados que vociferam e caluniam sem parar; foi danada, é verdade, mas por causa dos médicos.

Décima-primeira observação - A Sra. H., de cinqüenta e um anos, é internada em agosto de 1880.

Há cerca de quinze anos, após uma disenteria grave, sentiu uma sensação de estalo nas costas, “suas costas desprenderam-se”. A partir dessa época, por quatro ou cinco vezes pelo menos, ficou acamada durante nove ou dez meses, e uma vez até mais de ano. Afirmava não poder se levantar, que suas costas desciam para a barriga. Por volta do início do ano de 1880, começou a queixar-se de que todo mundo tinha algo contra ela, e essas idéias de perseguição concentraram-se na pessoa de seu genro; repetia horas a fio: “Por que será que minha filha casou-se com X.”? Internada em Vanves em agosto de 1880, conta que rogaram uma praga contra ela; está danada, tem animais na barriga, macacos, cães etc.; escuta vozes que a incitam, contra a própria vontade, a atos violentos; pede a morte e, no entanto, sabe que jamais poderá morrer. Em setembro do mesmo ano, deixa a casa de saúde, no mesmo estado de alienação crônica, transferida para outro hospício.

Além desses poucos casos, eu podia ter citado, em segunda mão, um número bastante expressivo de observações esparsas aqui e acolá, que trazem menção do delírio de negação, ao menos em sua forma hipocondríaca.

Termino este trabalho com um quadro sinóptico resumindo o paralelo entre delírio de negação e delírio de perseguição.

Delírio de perseguição

O doente não apresenta, via de regra, fácies melancólica.

Hipocondria, sobretudo física, no início.

O doente culpa o mundo exterior, influências nocivas vindas de diversos meios, e especialmente do meio social. Não acusa a si próprio; ao contrário, gaba-se da própria força física e moral e da excelência de sua constituição que lhe permitem suportar tantos males.

Suicídio relativamente raro.

Homicídio mais freqüente.

Delírio de negação

Ansiedade, gemidos, angústia precordial etc.; os doentes são do tipo melancólico ansioso.

Outros caem no estupor. Alguns apresentam alternâncias de estupor e agitação melancólica.

Hipocondria, sobretudo moral, no início.

O doente acusa a si próprio; é incapaz, indigno, culpado, danado. A polícia ou os guardas virão prendê-lo e levá-lo ao cadafalso; fez, contudo, por merecer, com seus crimes.

Suicídios e mutilações muito freqüentes.

Homicídio mais raro.

Delírio de perseguição

Distúrbios da sensibilidade muito raros.

Alucinações auditivas constantes, com a evolução especial já conhecida.

Alucinações visuais muito raras.

Hipocondria moral consecutiva: seus perseguidores atacam suas faculdades morais, os doentes, dizem estar sendo embrutecidos.

Delírio de grandeza

Recusa parcial de alimentos por medo de veneno. Os doentes escolhem alguns alimentos que acreditam não conter veneno e os comem com voracidade. Curso da doença: remitente ou contínuo, com paroxismos.

Delírio de negação

Distúrbios da sensibilidade.

Anestesia.

Ausência freqüente de alucinações. Quando existem, não passam de confirmações das idéias delirantes.

Conseqüentemente, não há antagonismo entre o doente e as vozes que lhe falam, não há diálogo. Quando os doentes falam sozinhos, é para repetir as mesmas palavras ou frases em forma de ladainha, que dirigem às pessoas ao seu redor.

Alucinações visuais bastante freqüentes.

Hipocondria física consecutiva. Os doentes não têm mais cérebro, estômago, coração etc. Estão mortos, ou então nunca morrerão. Transformação da personalidade. Alguns falam de si mesmos na terceira pessoa.

Delírio de negação e de aniquilamento

Os doentes negam tudo; não têm nem parentes, nem família, tudo está destruído, nada mais existe, eles não são mais nada, não têm alma. Deus não existe mais.

Loucura de oposição

Recusa total de alimentos. Os negadores recusam porque são indignos, porque não podem pagar, porque não tem estômago etc.

Curso, de início francamente intermitente, a seguir contínuo.

Notas

1. Texto lido na *Société médico-psychologique*, em 28 de junho de 1880 e publicado nos *Annales Médico-Psychologiques*, set. 1880, tomo IV.

2. Tradução de Alain François. Revisão técnica pelo Prof. Dr. Mário Eduardo Costa Pereira (Laboratório de Psicopatologia Fundamental/ UNICAMP).
3. Esquirol. *Des maladies mentales*. Paris, 1838.
4. Petit. *Archives cliniques*, p. 59.
5. Macario. *Ann. médico-psychologiques*, t. I.
6. Morel. *Etudes cliniques*, t. II, pp. 47 e 118.
7. Krafft-Ebing. *Traité de psychiatrie* (Obs. II e VII).
8. Para maior clareza omiti a menção a casos mistos que, aqui também, estabelecem transições graduais entre as diferentes formas vesânicas. Tais casos são bastante freqüentes.
9. *Encyclopédie des sciences religieuses*, art. Juif Errant. "Pode-se considerar esse destino (a imortalidade), diz o Sr. Gaston Paris, quer como uma recompensa, quer como um castigo..." Essa mesma diferença se repete entre a imortalidade dos megalômanos e a dos hipocondríacos ansiosos, como indiquei acima.
10. Extraído dos *Archives de Neurologie*, n II e 12, 1882.
11. Tradução de Neusa Silva Ribeiro e Maria Vera Pompeo de Camargo Pacheco. Revisão de Alain François. Revisão técnica pelo Prof. Dr. Mário Eduardo Costa Pereira (Laboratório de Psicopatologia Fundamental / UNICAMP).
12. Falret. *Annales médico-psychologiques*, e *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Paris, 1889.
13. Leuret. *Fragments psychologiques*. Paris, 1831.
14. Legrand du Saulle. *Gazette des hôpitaux*, décembre 1881.
15. Esquirol. *Des maladies mentales*, capítulo da Demonomania. Paris, 1838.

Bibliografia

- Archambault, *Annales médico-psychologiques*, 1852, t. IV, p. 146 Petit, *Archives cliniques*, p. 59.
- Bailiarger, *De l'état désigné sous le nom de stupidité*, 1843.
- Cotard, "Du délire hypochondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse". *Annales médico-psychologiques*, 1880.
- Esquirol, *Des maladies Mentales*, chap. "Démonomanie", Paris, 1838.
- Fodéré, *Traité du delire*, t. I, p. 345.
- Krafft Ebing, *Lehrbuch der Psychiatrie*, obs. 11 e VII.

Leuret, *Fragments psychologiques*. Paris, 1831, pp. 121, 407 e segs.

Traitement moral de la folie. Paris, 1840, pp. 274, 281.

Macario, *Annales médico-psychologiques*, t. I.

Materne, Th. de Paris, 1869.

“La théorie de l'automatisme” (*Annales médico-psychologiques*, 1855).

Note sur le délire hypochondriaque (Académie des Sciences, 1860).

Michéa, “Du délire hypochondriaque”, *Annales médico-psychologiques*, 1864.

Morei, *Eludes cliniques sur les maladies mentales*, t. n, pp. 37 e 118.

Perda da visão mental na melancolia ansiosa (1) - (1884)

Jules Cotard

Chamei a atenção (2) sobre um estado psíquico, próprio aos ansiosos crônicos, e caracterizado principalmente pela negação da existência dos objetos exteriores ou mesmo da personalidade do doente.

Limitei-me a uma simples exposição dos fatos, sem outra finalidade a não ser de determinar o valor clínico do sintoma e de seu lugar na patologia mental. Deixei de lado, de propósito, qualquer interpretação dos fenômenos, qualquer pesquisa de fisiologia ou de psicologia patológicas, por medo de me deixar levar a hipóteses, ou muito arriscadas, ou muito banais.

Se volto a escrever hoje sobre o mesmo assunto, se me sinto mais audacioso, é porque acho um ponto de apoio na observação notável do nosso sábio e mestre, Sr. Professor Charcot, publicada por Sr. Bernard. (3)

Neste fato tão curioso e tão finamente analisado, trata-se de um homem instruído e inteligente que, por causa de preocupações, de insônia e de perda de apetite, se deu conta de uma profunda mudança nas suas faculdades mentais.

Havia perdido a memória visual dos objetos; para ele era impossível representar mentalmente as cidades, os monumentos, as paisagens, os objetos que lhe eram familiares; até os rostos de seus pais e de seus amigos não podiam mais voltar a sua lembrança... Enfim, havia perdido o poder, antes muito desenvolvido nele, de ver mentalmente os objetos ausentes.

Bem recentemente, um paciente que eu e Sr. Farlet observávamos havia dez anos, atualmente internado na Casa de Saúde de V..., disse-nos confidencialmente que tinha certos sintomas bem próximos, me pareceu, daqueles que acabei de lembrar.

Eis resumidamente a história deste paciente:

M.P., 68 anos, diabético, foi internado a primeira vez em 1872, naquela época em um estado de melancolia caracterizado por temores, sustos e uma hesitação contínua que o levavam à inação e à recusa de alimentos. Pensava que estava arruinado, incapaz e não queria mais viver. Ou então ficava de pé, imóvel, ou passeava de um lado ao outro no seu quarto, repetindo que era o mais miserável

dos homens, que estava perdido e que nunca iria sarar. M.P. era muito difícil de ser alimentado, de vestir-se para ir passear; era preciso ameaçá-lo para conseguir que executasse atos os mais indispensáveis à vida.

Em torno de fevereiro de 1873, este estado melhorou consideravelmente, e M.P. pode retornar à sua família.

Um novo acesso necessitou de novo internamento em 1881. Os mesmos sintomas de melancolia ansiosa, as mesmas concepções delirantes se reproduziram, mas juntaram-se logo ideais hipocondríacos que, sobretudo durante um paroxismo muito intenso, acontecido em novembro 1882, tornaram-se predominantes.

M.P. pretendia não haver mais sangue, que todo seu corpo estava podre e que iria morrer, que estava morto. O mesmo delírio hipocondríaco persistia ainda hoje, ao mesmo tempo em que as idéias de incapacidade, de indignação e de perdição. M.P. acusa-se sempre, mas também acusa os outros; ele é extremamente difícil de satisfazer, queixa-se do frio, do calor, dos alimentos – uma janela aberta que deveria estar fechada, ou fechada quando deveria estar aberta, bastam para provocar uma crise de desespero. M.P. reconhece que não é capaz de nada, que não tem mais nem energia, nem inteligência, mas são todos os maus procedimentos, todas as contrariedades, todas as misérias que lhe foram infligidas que o levaram a este estado.

M.P. queixa-se que, há alguns meses, é muito difícil para ele representar mentalmente os objetos que lhe são mais familiares. M.P. morou muito tempo em B., conhecia perfeitamente a cidade e, após ter ido embora, havia guardado uma lembrança tão precisa que bastava fechar os olhos e fazer um leve esforço de reminiscência que parecia ver o porto, as ruas, as lojas e a casa onde morava. Hoje, esta operação mental é completamente impossível.

M.P. não consegue mais se lembrar da cidade V., nem da rua, nem da casa onde morava desde que havia saído de B. O rosto de sua esposa lhe aparece às vezes, mas muito confusamente. Ou M.P. nos diz que lembrava de alguns traços, ou nos assegurava que a imagem havia apagado totalmente.

Posso ainda citar outro fato: fui chamado, há algumas semanas, para o caso de um homem de 40 anos, cujo estado mental preocupava seus próximos.

Este paciente – M. – queixava-se de uma diminuição de suas faculdades mentais; ele dizia estar perdido, incapaz de fazer seus deveres profissionais e não queria mais viver. Um primeiro acesso, com sintomas bastante parecidos, havia ocorrido há quatro anos e, dizem, foi perfeitamente restabelecido após um ano de enfermidade. O acesso atual vinha então há seis meses. O doente quase não dorme, passeia à noite em seu quarto, lamentando-se. Pretende ter a maior dificuldade de representar mentalmente os objetos.

Tendo ido ultimamente passar alguns dias no interior com sua família, nos conta que, de volta, no vagão do trem, mesmo com muitos esforços, não lhe foi possível representar os traços de seus filhos, de sua mãe nem de suas irmãs, que acabara de deixar.

M. está na chefia de um escritório de contencioso. Seu trabalho, que exige muita atenção, está atualmente acima de suas possibilidades. M. atribuía sua incapacidade ao fato de não mais poder representar mentalmente e ter em mente os documentos relativos aos seus negócios.

Os dois pacientes, cujas histórias acabei de resumir, podem ser vistos como tipos de melancólicos ansiosos, o primeiro evoluindo para o que chamei de delírio das negações.

Me pareceu interessante notar a coexistência com esta forma vesânica da parte da visão mental. Não se pode impedir de supor que há lá, de fato, outra coisa que uma coincidência fortuita. Se a perda da visão mental fosse um fato ordinário nos ansiosos crônicos, seríamos invencivelmente levados a considerar a negação sistematizada, como um delírio implantado sobre a perturbação psico-sensorial, como uma interpretação doentia do fenômeno. Infelizmente, as pesquisas clínicas capazes de elucidar este problema são muito difíceis. Os ansiosos crônicos são, em sua maioria, incapazes de responder a perguntas que exigem certa dificuldade de análise psicológica.

Não se pode pedir a estes doentes que eles representem mentalmente objetos que negam nunca ter existido; a maioria deles não responde às perguntas que lhes são feitas.

É preciso aproveitar o momento, provavelmente muito fugaz, exceção feita em alguns casos excepcionais, como aqueles que acabei de citar, onde a perda da visão mental sendo efetivada, o delírio correlativo ainda não se organizou.

É preciso estudar se não há alguma coisa análoga à perda de visão mental, um diminutivo deste sintoma nos melancólicos simples que se queixam de não ver mais os objetos senão confusamente, de não mais os reconhecer, e que se sentem separados como que por um véu da realidade objetiva.

Não seria menos interessante de aproximar da perda da visão mental à alteração dos sentimentos afetivos.

A influência das imagens sobre os sentimentos e a inteligência é suficientemente estabelecida pelo seu uso pelas principais religiões e pelo socorro que acharam aí os místicos.

Entre os filósofos, Augusto Comte (4) deu a maior importância ao exercício da visão interior, ao culto das imagens subjetivas como meio de aperfeiçoamento moral.

Um outro filósofo, que tenho grande prazer em citar, Pierre Prevost, avô de nosso amigo Dr. Prevost (de Genebra) não deixou de indicar essas relações entre os sentimentos morais e a representação mental: “O que geralmente se entende por sensibilidade”, disse este excelente psicólogo, “depende em grande parte da faculdade de imaginar” (5). Esses dados empíricos e teóricos achariam, quem sabe, uma confirmação na patologia.

Aqui vai o que escrevia o paciente de Charcot:

“Parece-me que uma mudança completa aconteceu na minha existência, e naturalmente meu caráter modificou-se de jeito notável. Antes era impressionável, entusiasta, e tinha uma fantasia fecunda. Hoje estou calmo, frio, e não consigo mais me perder em fantasia... Estou muito menos acessível a uma tristeza e a uma dor moral. Direi que, tendo perdido um de meus parentes ultimamente, ao qual dedicava uma amizade sincera, senti uma dor bem menor do que eu sentiria se tivesse ainda o poder de representar, pela visão interna a fisionomia deste parente, as fases da sua doença e, sobretudo, se pudesse ver interiormente o efeito produzido, por esta morte prematura, sobre os membros de minha família”.

Os melancólicos, conscientes de seu estado, ao mesmo tempo queixando-se de não mais enxergar nitidamente a realidade objetiva, se acusam de não amar mais nada. Se não se restabelecerem, ou se acessos ulteriores mais graves acabam em

cronicidade, nota-se que seus sentimentos afetivos são gravemente atingidos e que chegam a merecer as acusações que eles mesmos se faziam.

Alguns se tornam acusadores e perseguidores e se identificam com muitos traços de loucura dos outros, cujo delírio é mais caracterizado, chegam em negações e na mais absoluta indiferença, quando não em ódio, por tudo que era antes para eles o mais caro.

Esta alteração afetiva está em relação com o apagamento mais ou menos completo da exposição das representações afetivas? Me limito a fazer a pergunta:

O delírio da enormidade (6) - (1880)

Meus senhores, nosso distinto colega Sr. Dr. Séglas chamou recentemente a atenção sobre as formas vesânicas combinadas; publicou (7) uma observação muito interessante, na qual vejam-se os sintomas da melancolia ansiosa misturar-se àqueles do delírio de perseguição; numa outra observação (8), Sr. Dr. Séglas assinalou a aparição de idéias de grandeza num período avançado da melancolia ansiosa.

Mesmo que a análise de fatos patológicos semelhantes seja delicada e o diagnóstico muitas vezes espinhoso, parece que a dificuldade não deve ser levada sobre a apreciação das idéias delirantes elas mesmas. É difícil conceber que, em frente de uma fórmula delirante, o clínico fique embaraçado e tenha dúvidas se deve qualificar a idéia de perseguição, de idéia melancólica ou de idéia de grandeza. Parece, repito, que a idéia claramente expressa pelo paciente deve se caracterizar bastante nitidamente por ela mesma.

A este respeito não é sempre assim. Certos ansiosos apreensivos, que temem ser queimados, torturados ou cortados em pedaços, chegam freqüentemente a um falso delírio de perseguição no qual as concepções mesmas apresentam caracteres mistos e indecisos que as tornam sem classificação em nossas categorias comuns. Nos casos de outros ansiosos, a idéia de ser um grande culpado, de ter cometido todos os crimes, de ser o diabo, de ter um poder infernal, entre outros, acabam em uma espécie de megalomania.

Peço a vocês a permissão para apresentar algumas considerações deste falso delírio de grandeza.

Se for verdadeiro, como tentei estabelecer numa comunicação anterior (9), que as idéias ambiciosas germinam sobre um estado de eretismo psicomotor, temos o direito de nos perguntar por que na melancolia ansiosa onde este motor é evidente, o delírio toma a forma melancólica e negativa. Aí existe uma dificuldade que não dissimulo de jeito algum, mas que parecerá talvez menos insolúvel se analisarmos com atenção o estado mental dos ansiosos.

Nota-se primeiramente que o seu eretismo motor apresenta um caráter bem particular, ele é automático, violento, impulsivo e acompanhado de fenômenos inibitórios. A excitação franca dos excitados maníacos é absolutamente diferente.

Nos dois estados, tanto nos casos de mania quanto nos de ansiedade, o doente tem o sentimento de uma potência interior, mas nesses últimos casos, é uma má potência, infernal e diabólica. Impotentes para o bem, eles são onipotentes para o mal.

Ora o doente atribui para ele mesmo esta potência, ora recusando de reconhecer os impulsos horríveis que se produzem nele, e dos quais ele tem consciência – então os explica pela teoria da possessão diabólica.

Há somente uma nuance entre os delírios de culpabilidade e de possessão: na confusão mental que leva à agitação ansiosa, os doentes consideram-se ora como criminais, ora como danados, ora como possuídos.

Quando este sentimento de potência interior adquire uma intensidade suficiente, ele dá uma espécie de grandeza às concepções mórbidas.

O doente acredita que ele é a causa do mal todo que existe no mundo; ele é satanás, ele é o anticristo. Alguns imaginam que seus menores atos têm efeitos incomensuráveis; se comer o mundo inteiro está perdido, se urinar a terra será inundada por um novo dilúvio. Serão neste caso idéias de grandeza? Será um delírio ambicioso acreditar que ele é o homem mais infame que jamais existiu e que jamais existirá?

Mesmo que melancólicas no fundo, essas concepções se aproximam por alguns lados da megalomania verdadeira. Os doentes consideram-se seres excepcionais, únicos no mundo e se atribuem uma espécie de onipotência.

Se seguirmos esses doentes na longa evolução de seu delírio, vemos aparecer, num período mais avançado na cronicidade, concepções que se aproximam ainda mais do delírio ambicioso. O tipo dessas concepções nos é fornecido pelas idéias de imortalidade.

Já chamei a atenção da sociedade, há alguns anos, sobre as idéias de imortalidade dos ansiosos crônicos, e tentei demonstrar que elas se ligavam ao delírio hipocondríaco e às disposições negativas que observamos geralmente nesses doentes.

Mas existem outras concepções mórbidas que aparecem com as idéias de imortalidade e que me parecem congêneres.

Se examinarmos com um pouco de atenção os imortais, percebemos que alguns deles não são somente infinitos no tempo, mas que o são também no espaço. Eles são imensos, seu tamanho é gigantesco, sua cabeça vai tocar as estrelas. Uma demonópata imortal imaginava que sua cabeça atingiu proporções tão monstruosas que ela atravessa os muros da casa de saúde e vai até o vilarejo demolir, como um carneiro, os muros da igreja. Algumas vezes, o corpo não tem mais limites, se estende ao infinito e se fundiona com o universo. Estes doentes, que não eram nada, chegam a ser tudo.

Repito a questão que eu fiz agora há pouco; são estas idéias de grandeza? As analogias com a megalomania verdadeira se acentuam mais e é difícil de responder.

Os doentes são no infinito, nos milhões e milhares, na enormidade e o superhumano. No seu exagero e sua enormidade, as concepções guardam sua característica de mostrar idade e horror. Longe desta enormidade, vejo uma compensação no delírio melancólico, ela marca, ao contrário, o xxx mais excessivo.

Também os delirantes por enormidade, eles são sempre aqueles que lamentam, gemem e se desesperam; sua atitude e sua fisionomia são também diferentes dos verdadeiros megalômanos.

Mas precisaria ser um psicólogo bem ingênuo para não adivinhar que até o amor próprio acaba por encontrar vantagem. O hiperbolismo da linguagem, as idéias de enormidade e o sentimento de uma potência maléfica são verdades, mas superhumana concordam mal entre si.

Uma doente que já mencionei (10) e que, em 1882, era um verdadeiro tipo de delírio, chegou hoje a acreditar-se imensa. Ela é tudo, de uma vez, Deus e o diabo, toda poderosa tanto para o mal quanto para o bem, ela é a santa virgem, é a rainha do céu e da terra. Este delírio se manifesta sobretudo por momentos como por acessos e alterna com o antigo delírio melancólico e de negação. Acontece até que os dois delírios coexistem ao mesmo instante e se associam da maneira mais incoerente: ora Sra. X. é precipitada no nada, nos abismos, a mais de 100 mil pés sob a terra, ora ela é mais alta que o Mont Blanc, ela é o Mont Blanc, ela é o trovão,

o raio e os relâmpagos; ora ela não existe mais, ora ela é e está ao mesmo tempo na Índia, na América e em todas as partes do mundo.

Resumo as conclusões seguintes:

- 1) Em um período mais ou menos avançado do delírio ansioso produz-se freqüentemente uma pseudo-megalomania caracterizada principalmente por idéias de imortalidade, de imensidão, entre outros, pseudo-megalomania que eu proponho de designar sob o nome de delírio de enormidade, para distinguí-la do verdadeiro delírio de grandeza.
- 2) Este delírio de enormidade pode acabar, nos casos muito crônicos, em verdadeiras idéias de grandeza.
- 3) A aparição de idéias de grandeza em um período avançado de um delírio crônico não é só do delírio de perseguições.

Da origem psicomotora do delírio (11)

Jules Cotard

Meus senhores, os admiráveis trabalhos de análise nos quais a afasia foi o objeto, nos familiarizaram com os termos de imagens sensoriais, imagens motoras e com a divisão correspondente das faculdades intelectuais relativas à palavra ou à escritura. Mas a linguagem constitui somente uma parte restrita, por mais importante que seja de atividade psíquica. Às imagens das palavras é preciso acrescentar as imagens das coisas e a analogia nos leva a supor que, quando se trata de percepções outras que aquelas da palavra ouvida ou lida, de atos outros que aqueles da palavra articulada ou escrita, o mecanismo cerebral não deve ser absolutamente diferente.

Se esta indução é legítima, nós somos autorizados a atribuir os distúrbios da inteligência como aqueles da linguagem às lesões sensoriais e às lesões motoras: é o caso de procurar no delírio os caracteres que respondem a esta dupla origem.

A ação dos distúrbios da sensibilidade, das alterações das imagens sensíveis sobre o funcionamento cerebral, não pode ser seriamente contestada. As doutrinas sensualistas têm somente exagerado, querendo torná-la exclusiva. Se fosse verdadeiro que não existe nada no entendimento que não provenha dos sentidos, é claro que precisaria procurar nessas a origem das perturbações da inteligência como também de sua atividade normal. Mas o aparelho psíquico não é somente sentindo, ele age sua atividade, mesmo que intimamente ligada às impressões que ele recebe, não é inteiramente desprovida de espontaneidade.

Cada centro nervoso vive sua própria vida e, de um certo modo, independente. Os centros motores podem a esse respeito ser considerados como criadores de uma energia psíquica que pega suas raízes na vida orgânica destes centros e que não é absolutamente subordinada às influências provenientes dos outros centros corticais.

O determinismo puramente psicológico da vontade encontra-se conseqüentemente limitado, contrariado ou aniquilado pela autonomia dos centros motores, desconhecida pelos sensualistas e que é a condição fisiológica do sentimento que nós temos de nossa liberdade interior (12).

A independência relativa dos centros motores e sensoriais se manifesta bem particularmente nos estados patológicos. Os fatos de afasia demonstram que cada um deles pode ser afetado em suas funções sem que as outras o sejam ao mesmo grau.

O estudo das doenças mentais permitiu constatar distúrbios sensoriais, anestésicos ou alucinatórios dos distúrbios motores, inibidores ou espasmódicos, reagindo somente fracamente sobre o conjunto das faculdades psíquicas, ou levando a delírios limitados.

Já em uma época onde ninguém suspeitava da existência dos centros motores corticais, os clínicos tinham sido surpreendidos pela coincidência dos distúrbios da inteligência com aqueles do movimento. Segundo Falret, estes últimos existiriam na maioria dos alienados. “A lesão fundamental da mania”, disse Griesinger, “consiste numa perturbação da força motora da alma. As relações entre as neuroses convulsivas, a histeria, a epilepsia, as coréias, a doença dos tiques convulsivos e certos distúrbios psíquicos correspondentes, relações tais que aqueles puderam ser considerados como o equivalente da convulsão, ligaram mais perto os distúrbios da inteligência com aqueles dos movimentos”.

As expressões *convulsão mental*, *idéia espasmódica* e *impulsão intelectual* (13) são usadas correntemente em nossa ciência.

Numa comunicação à Sociedade Médica-Psicológica (14), procurei apresentar de forma sintética esses apanhados isolados e fragmentários. Tentei determinar os caracteres distintos do delírio, de como ele se implanta sobre lesões psico-sensoriais ou sobre lesões psicomotoras e, conforme a opinião de Destutt de Tracy et de Maine de Biran, de ligar a essas últimas alterações da personalidade.

Gostaria de acrescentar alguma precisão a este ponto de vista do conjunto e, se for possível, determinar mais exatamente o papel dos elementos motores na gênese do delírio.

É preciso, por isso, especificar direito o que se entende por imagens sensoriais e imagens motoras. *A priori* e se referindo ao esquema da afasia, nada parece mais fácil. Na realidade, a questão é das mais árduas.

Do mesmo modo que, com sua independência relativa, as diferentes imagens verbais estão conectadas entre si, e se evocam reciprocamente, o mesmo acontece

com as representações mentais dos objetos do mundo externo e nas imagens motoras de nossos atos. O motor e o sensorial são tão misturados que é extremamente difícil definir a parte que pertence a cada uma dessas duas categorias.

A percepção supõe fenômenos motores cujos resíduos ficam ligados à imagem sensível, e as imagens motoras combinam-se intimamente com a representação dos objetos que esses atos concernem.

Outro elemento de confusão provém do poder motor que exercemos sobre as próprias imagens sensíveis. Nós podemos evocá-las, movê-las, agrupá-las, dispô-las do jeito que quisermos, podemos ampliá-las, diminuí-las e deformá-las, à vontade.

Há, além do mais, uma motilidade automática dessas mesmas imagens, que, independente de qualquer esforço voluntário, aparecem, combinando-se, impondo-se, agem sobre nós e sem nossa vontade, como se fossem dotadas elas mesmas de atividade motora.

Maine de Biran cita uma passagem de Hume, relativa a este poder que a mente instável exerce sobre os pensamentos e sobre o corpo, e ele próprio insiste sobre essas duas forças às quais é submissa a reprodução das idéias, uma, cega e espontânea, a outra, voluntária e livre.

A maioria dos psicólogos – Charles de Bonnet, Ampère, Dugald Stewart – não se expressa menos formalmente a respeito desses movimentos internos do pensamento.

É a esta atividade motora, voluntária ou automática, que devemos as criações brilhantes da imaginação, e graças à mesma faculdade podemos executar essas diversas construções mentais que designamos sob o nome de *raciocínios*. É ainda a mesma faculdade que estabelece uma relação entre o eu e o mundo externo: por ela nos apoderamos do mundo e para ela o mundo externo reage sobre nós.

O sentido ativo e motor dos termos que se aplicam a este exercício do pensamento, visível nas palavras conceber, entender, apanhar, entre outras, indica um sentimento instintivo e espontâneo desta atividade motora que preside as opressões mentais. Dizem da inteligência que ela está viva, ativa, pronta, ou que ela é lenta e preguiçosa; usam dos mesmos termos que qualificam os movimentos de

nosso corpo e de nosso corpo. Dugald-Stewart comparava as idéias brilhantes da mente a manobras de destreza bem executadas. Gratiolet cita uma passagem notável de Engel, na qual os movimentos da marcha, a lentidão embaraçada deles e a parada repentina são colocadas paralelamente com as lentidões e as hesitações do pensamento.

Mais que uma analogia, tem relações tais que as duas ordens de atividade se influenciam reciprocamente; o movimento muscular é um excitante intelectual e o exercício do pensamento reage sobre o exercício muscular.

As experiências do Sr. Féré confirmaram o que a observação empírica havia aprendido a este respeito.

Transportadas na patologia, as considerações que precedem vão ajudar-nos a conceber a natureza de certos distúrbios psíquicos.

Do mesmo jeito que, na ordem dos movimentos aparentes, existem as paralisias, as convulsões, as contraturas, entre outras, pode também produzir-se distúrbios análogos no nosso interior pelos quais nós mexemos nos elementos de nossos pensamentos e que são verdadeiramente os órgãos da inteligência.

Já dissemos anteriormente, o que estabeleceram empiricamente os clínicos. Sabemos qual importância Esquirol dava às lesões da atenção voluntária. Sr. Baillarger não insistiu menos sobre o papel do automatismo mental na loucura. A atividade, que no estado normal preside no movimento do pensamento, é alterada, diminuída ou substituída pelos estados espasmódicos. Ora as imagens se destacam do eu que não pode mais as recuperar. Ora após um automatismo mórbido, elas se apresentam sobre forma de obsessões e extraem um valor objetivo dos elementos espasmódicos pelos quais elas se impõem.

As expressões *paralisia psíquica*, *convulsão intelectual*, *idéia espasmódica* e *reflexo psíquico* não são mais simples metáforas, mas a expressão exata dos fatos.

Eu não quero procurar por quais procedimentos nossa atividade psicomotora age sobre as imagens psico-sensoriais, se é pelos movimentos dos órgãos dos sentidos análogos àqueles que se produzem quando nos percebemos objetos em movimento, ou se é por representações motoras dos atos pelos quais poderíamos pôr em movimento os objetos correspondendo às imagens sensíveis.

Eu queria somente fazer sentir a influência considerável dos distúrbios motores num grande número de fatos patológicos ligados aparentemente a uma origem sensorial.

Se há alguma verdade nas considerações que acabei de expor, deve-se concluir que a impossibilidade de evocar as imagens e a perda da visão mental, sintomas tão freqüentes na melancolia, se explicam pela paralisia psíquica como também pela anestesia à qual somos levados primeiramente a pensar.

Neste caso, como em muitos outros, as duas categorias de distúrbios se confundem de uma maneira inextricável.

Uma conexão mais estreita ainda entre o motor e o sensorial é gerada pelas próprias imagens sensíveis de elementos motores que entram em sua constituição íntima. Indiquei anteriormente como, em certos casos de idéias obsessivas, o impulso automático se fusionava com a imagem e lhe dava uma espécie de vida externa ao eu. Alguma coisa análoga se produz no estado normal. O exame das imagens sensíveis que se aproximam das imagens motoras, o exame das imagens sensíveis dos corpos em movimento, me ajudará, espero, a fazer entender ao que eu faço alusão.

Todos os filósofos estão de acordo em reconhecer a inclinação que nos leva a reproduzir, a imitar os movimentos, os sons, os atos que os nossos sentidos foram atingidos (15). O fenômeno se manifesta com a regularidade de um reflexo nos doentes afetados pela ecolalia ou pela *ecokinesia* (16). Os exemplos mais evidentes se relacionam aos movimentos ou aos atos executados por nossos semelhantes; mas os fenômenos análogos à imitação se produzem para todos os objetos mesmo inanimados, cujo movimento é percebido por nossos sentidos. Estas reações motoras, fracamente aderentes ao eu, em razão do seu caráter automático (até mesmo algumas vezes inconscientes), se relacionam ao contrário pela associação mais estreita com as sensações que se originam delas e as imagens sensoriais que podem renová-las. Elas tendem a objetivar-se ao mesmo tempo que estas últimas.

O pêndulo de Chevreul, as mesas giratórias, os efeitos bem conhecidos de certas formas de vertigem e, sobretudo, um grande número de fatos de patologia mental, demonstram com que facilidade nós somos levados a atribuir aos objetos ou aos seres exteriores os movimentos involuntários que se produzem em nós (17). O

sentimento de potência que acompanha estes movimentos se transporta no mundo externo e assim se realizam fora de nós as idéias de força de causa, de substância e mesmo de existência.

Seria lá a origem das idéias metafísicas. Kant havia bem penetrado o caráter subjetivo delas; Schopenhauer fazia-as derivar da vontade; nós veremos daqui a pouco que elas parecem de fato subordinadas à energia psicomotora e às alterações desta energia, se exaltando ou se apagando na mesma proporção.

Examinemos os mais comuns sintomas das afeições mentais e vejamos se as considerações nas quais acabei de entrar, sobre a natureza essencialmente motora da atividade intelectual, podem nos fornecer alguns socorros para a interpretação dos fenômenos mórbidos.

Não há nenhuma forma de doença mental onde os distúrbios da atividade motora se manifestam com tanta evidência quanto na mania.

Todos os autores descreveram esta sensação patológica relacionada ao mesmo tempo sobre os movimentos exteriores, sobre a palavra e sobre o movimento interior do pensamento. O desenvolvimento consecutivo das idéias de força, de talento, de potência e de grandeza, como também sentimentos de alegria e de felicidade, foram claramente indicados por Pinel e pela maioria dos observadores. O mais freqüente, na franca excitação maníaca, quando não há elementos melancólicos, a *hiperkinesia* é relacionada ao eu como também a atividade voletiva normal. É o eu que quer, é o eu que assume a responsabilidade dos atos e se glorifica daquilo; o sentimento da personalidade se exalta na mesma proporção que a atividade motora.

Do exagero do poder motor pelo qual nós agimos sobre as imagens do mundo externo, pelo qual nós as tornamos nossas e pelo qual nós nos apoderamos do que está em nossa volta, nascem as idéias de riqueza nas quais Destutt de Tracy já colocava a origem da vontade.

O maníaco conhece tudo, possui tudo e pode tudo. Ele vive num milagre perpétuo. Reside aí o absurdo de seu delírio: não há nem razão nem lógica para um ser todo poderoso capaz de manter em equilíbrio e sem esforço aparente as mais estáveis construções mentais.

Ao lado desta exaltação do poder pessoal desenvolve-se aquela dos elementos automáticos de atividade mental, dos elementos motores aderentes às imagens sensíveis.

Nos estados de excitação moderada, naqueles compatíveis com a saúde, que fazem nascer os sentimentos vivos, as paixões expansivas, o amor, a piedade exaltada, ou certas influências tóxicas, o mundo exterior fica singular, a natureza inteira se anima e se veste com as mais sedutoras cores. Tudo é lindo, tudo é bom; o eu não somente se beneficia de sua superatividade própria, mas ele se enriquece de todas as influências dinamogênicas que recebe do automatismo. Ele se deixa levar por essas influências que se fundem em uma espécie de coalescência.

É a inspiração, é o entusiasmo, é o deus que agita e esquentava a alma do poeta, é a graça que enche aquela do cristão por um mecanismo análogo, apesar do contraste aparente àquele da possessão demoníaca. As surpreendentes convicções impostas ao espírito por esta aliança irresistível do automatismo e da vontade justificam, por uma origem toda poderosa, sua consistência sobrenatural. “*Credo quia absurdum*”, dizia Tetullien. Parece de fato que somente Deus pudesse fazer este milagre, que uma idéia contrária à razão se imponha com toda a força da verdade.

Assim, a idéia de grande potência, que o eu se atribui quando a *hiperkinesia* é voluntária, se exterioriza quando torna-se automática. Mas muitas vezes há confusão entre o eu e o não eu. Os inspirados, os místicos, os profetas, os messias em comunhão direta com deus pela convergência da volição e do automatismo, chegam bem facilmente a acreditar que eles são o próprio Deus.

As formas da exaltação maníaca nas quais os diversos elementos psíquicos se associam no mesmo dinamismo sinérgico e onde se produzem, pelo menos momentaneamente, uma harmonia e uma felicidade perfeitas, são todas diferentes de outras formas de mania, nas quais predomina a irritabilidade, as implicâncias, as disposições agressivas, a necessidade de destruição e o furor.

Para designar estes estados tão diferentes, nós usamos indistintamente do mesmo termo unívoco e banal de excitação. Categorizar sob os títulos excitação e depressão todas as lesões da atividade motora, é um procedimento de observação muito sumário. Todas as nuances de caráter correspondem a nuances equivalentes

aos elementos motores que o constituem. As disposições à benevolência, à ruindade, à malignidade, às idéias brilhantes, entre outras, às quais Gall queria designar de *órgãos distintos*, derivam, bem na verdade, de modificações de nossos centros motores, desconhecidas na sua natureza íntima, mas que se manifestam no conflito entre nossa personalidade e os seres subjetivos que constituem as imagens sensíveis animadas elas próprias pelos elementos motores que lhes são anexados.

Há, poderíamos dizer, tantas variedades na mania quanto na maneira de agir das diferentes formas de caráter.

Notamos somente que as formas irritáveis e violentas da mania supõem, no conflito entre os diversos elementos psíquicos, o antagonismo que aproxima essas formas da mania, aos estados impulsivos e alucinatórios, sobre os quais retornarei logo e também da melancolia agitada com a qual elas se confundem por nuances insensíveis.

Os distúrbios da energia motora na melancolia depressiva não são menos evidentes que na exaltação maníaca e foram assinalados pelos melhores observadores. Os próprios doentes se queixam de não ter mais vontade e de ter perdido o poder de dirigir seus pensamentos. Uma diminuição de energia afetando ao mesmo tempo a reação do eu sobre o mundo exterior e a influência do mundo exterior sobre o eu, parecem constituir essencialmente a melancolia depressiva na sua mais simples forma, e o mais constante distúrbio. Estes fenômenos dolorosos aos quais somos tentados a colocar em primeiro lugar, às vezes fazem falta, e nunca foi provado, quando existem, que a depressão psicomotora lhes seja subordinada. A alegria, a jovialidade, a felicidade do maníaco, parecem derivar diretamente da exaltação psicomotora; dos estados inversos de depressão não derivam diretamente de uma disposição moral penosa, um aborrecimento, um abatimento, um desespero que se explica, ao meu entender, pela perda de energia motora, pelo isolamento, pelo empobrecimento que resultam para o eu mais que pelos distúrbios da sensibilidade. Nos casos da melancolia com reação dolorosa intensa, a contribuição dos distúrbios motores é talvez a mais considerável.

Não é pela depressão da energia psicomotora que o doente se sente separado das imagens do mundo exterior, que ele não pode mais evocar porque lhe escapa, do qual ele não é mais o mestre. Ele acredita que nada mais lhe pertence,

que está arruinado e que perdeu tudo o que tinha de mais precioso de mais caro. Sua dor é comparável àquela de um homem são de espírito que teria realmente a infelicidade a que o melancólico se atribui. Para serem subjetivas, as portas deste último não são menos dolorosas e mesmo que, muitas vezes, admitamos que é a dor que gera a idéia delirante, a opinião inversa me parece, em muitos casos, mais verdadeira.

A diminuição da energia psicomotora não se manifesta somente pela depressão do eu e pelas idéias de ruína e de perdição que nascem imediatamente. Os elementos motores, anexados às imagens sensíveis, sofrem, pelo fato da sinergia cerebral, uma alteração análoga. Os doentes não somente são incapazes, perdidos, arruinados, são abandonados por Deus e pelos homens, não são mais amados, os objetos externos não agem mais sobre eles da mesma forma e perdem até sua realidade substancial (devido aos elementos motores). O delírio das negações, no qual acabam as formas graves, se explica também por distúrbios motores como as formas vesânicas de onde ele provém. “Quando a melancolia”, disse Guislain, “é acompanhada de ansiedade, de gemidos, de uma inclinação ao suicídio ou de qualquer outra determinação, ela não é mais ao seu grau de maior simplicidade. Neste caso, um princípio de ação relaxa sua energia, há atividade, anomalia nos impulsos”.

A excitação motora que se manifesta visivelmente no costume exterior dos ansiosos agitados, se traduz freqüentemente, na sua consciência, pelo sentimento de uma força invencível que empurra ou que para, de um espasmo doloroso que paralisa como o fazem as contrações e as câibras musculares, o também sentimento convulsivo que eles não podem dominar. É então que se desenvolvem as idéias de potência infernal, de possessão e de danação. Nós devemos a Sr. Dr. Séglas ter demonstrado as influências das impulsões verbais, chamadas *alucinações psíquicas*, sobre essa forma de delírio. Os outros fenômenos impulsivos se comportam da mesma forma; doentes, com impulsões violentas, acreditam ser criminais, possuídos, danados ou transformados em diabos, outros, levados a urrar ou a morder, acreditam ser lobos. As reações inibitórias que exercem as impulsões doentias, sobre as diferentes regiões da esfera psíquica, se traduzem pela idéia de uma influência destrutiva sobre os objetos externos sobre o universo inteiro.

Assim, enquanto os estados de depressão motora simples conduzem à dúvida e às negações filosóficas e religiosas, os estados de exaltação sugerem a crença em seres sobrenaturais.

As alucinações – é preciso dizer – agem no mesmo sentido. Os perseguidos alucinados enxergam, em todo lugar em volta deles, influências misteriosas e potências sobrenaturais. Mas é preciso ter cuidado ao atribuir uma influência preponderante aos fenômenos sensoriais da alucinação. As idéias de potência provêm sempre de um fenômeno motor. E pelo automatismo que se constituem, perto do eu, de potências ou até personalidades ativas objetivadas no mundo externo. O fenômeno não difere da possessão se não por uma exteriorização mais completa. Os possuídos objetivam o automatismo fora da sua personalidade moral, mas não fora de sua personalidade física. Frequentemente até o eu deles psicológico está invadido e transformado. Os perseguidos objetivam o automatismo no mundo externo, sua personalidade física e moral é atacada, mas resiste mais tempo.

Como é produzido esse automatismo objetivado? Qual é a parte dos elementos sensoriais e motores que o constituem? Está aí o último ponto que eu queria abordar.

No estado normal, vimos agora há pouco, as imagens mentais são compostas de elementos sensoriais e de elementos motores formando pelo seu conjunto um todo coordenado. Segundo as opiniões dos psicólogos e também dos fatos clínicos, tentamos estabelecer que as idéias de força, de causa, de potência e até de existência eram ligadas aos elementos motores.

Pelo automatismo desses elementos motores incorporados às imagens sensíveis ou às idéias abstratas, às palavras, se constituem seres, personalidades, vivendo de certo modo uma vida limpa no cérebro, como o eu, mas ao lado dele. É aqui a condição e o mecanismo desta existência subjetiva, sobre a qual Auguste Comte fundou um dos mais poéticos e comoventes dogmas de seu sistema filosófico religioso.

Mas essas existências que se desenvolvem no cérebro perto de mim são submissas, como ele, aos distúrbios funcionais do órgão. Elas se prostram e

desmaiam nos estados depressivos; elas se animam, nos estados de excitação de irritabilidade moral, de uma atividade congênere.

Seu automatismo nocivo caracteriza muito particularmente o delírio das perseguições. Daí a interpretação dos doentes que vêem, em toda a sua volta, intenções irônicas e malvadas, das potências empenhadas contra a sua pessoa.

As verdadeiras alucinações, como ensina a clínica, aparecem somente em segundo lugar e são verdadeiramente subordinadas ao automatismo motor, ao exercício involuntário da imaginação, assim como os sustentaram os melhores observadores. As alucinações sugeridas se explicam somente por uma reação intelectual. A mesma influência ativa está manifestada nos casos de alucinações provocadas pela vontade (18). O que pode a vontade, se produz sem dúvida bem mais facilmente pelo automatismo já destacado do eu e aderente às imagens.

Assim, continua até nos seus elementos alucinatórios o caráter automático do delírio, das perseguições. Nas fases avançadas da doença pela extensão e a generalização do distúrbio doentio, o eu é atingido na sua vez. “Vão acabar por me enlouquecer”, dizem os doentes. As idéias de grandeza se produzem pela invasão da esfera do eu, do mesmo dinamismo que gera as idéias de força e de potência externa, quando fica limitado à esfera do automatismo. A luta e o conflito não demoram menos até os períodos avançados da doença. O delírio das perseguições se desenvolve raramente sobre um fundo de benevolência e somente a benevolência universal pode estabelecer em nós a harmonia mental e a paz interior.

Notas

(1) Extraído dos *Archives de neurologie*, 1884.

(2) Cotard. “Délires de négations”, *Archives de neurologie*, 1882.

(3) BERNARD, *Progrès médical*, de 21 julho 1883.

(4) Auguste Comte, *Politique positive, passim*. Ver o sumário analítico de Henri D'Olier.

(5) Pierre Prévots, *Essai de philosophie ou Étude de l'esprit humain*, Genève, ano XII I, pp. 298, 301.

(6) Leitura feita na *Société médico-psicológica*, na sessão do 26 de março 1888.

(7) Séglas, *Annales médico-psychologiques*, janvier 1888.

(8) Séglas, *Le progrès médical*, 12 novembre 1887.

- (9) Cotard, *Société Médico-psychologiques*, sessão do 28 de março 1887.
- (10) Séglas, *Les Négations* (obs. V.).
- (11) Congresso Internacional de Medicina Mental, 1888.
- (12) Monouvrier, *Revue philosophique*, 1884, t. XVII, pp. 519 et 520.
- (13) Guinon, *Article Tic convulsif du dic*, Encyclopédique des sciences.
- (14) Ball, *Encéphale*, 1888.
- (15) Cotard, *Ann. Médico psicológico*.
- (16) Féré "Introduction psychomotrice", in *Sensation et mouvement*, p 13.
- (17) Gilles de la Tourette, *Arch. De neurologie*, 1885.
- (18) Pierre Janet, *L'automatisme psychologique*, p 431.
- (19) Maudsley, *Pathologie da mente*, p. 395. *Annales médico-psychologiques*. 1882 VII p. 378.

O Delírio das Negações na melancolia

Jules Séglas

Lição de 25 de fevereiro de 1894 (lição quinze), resumida pelo Sr. H. Meige. *Journal des connaissances médicales*, nºs 30/31/32, 1894.

Sumário. - Resumo histórico. - Opiniões diversas: necessidade de estabelecer divisões nosográficas e uma terminologia precisa.

O Delírio das Negações melancólico no período de estabilização. - A síndrome de Cotard: 1°. idéias de negação, suas variedades; - 2°. idéia de imortalidade; análise desta idéia, seu caráter hipocondríaco; - delírio de enormidade, idéias de grandeza, de satisfação; - 3°. delírio melancólico, idéias de danação e de possessão, sua importância; - 4°. distúrbios da sensibilidade, da percepção pessoal, analgesia, perda da visão mental; alucinações; - 5°. reações gerais e especiais: ansiedade, loucura de oposição, mutismo, recusa de alimentos, suicídio, mutilações, linguagem.

Evolução: desenvolvimento psicológico e curso clínico.

Freqüência; etiologia.

Objeções relativas às variações da sintomatologia e da evolução. - Exame crítico. - Necessidade de distinguir diferentes variedades de Delírio das Negações melancólico. - Importância para o prognóstico.

Algumas indicações de diagnóstico.

Exemplos clínicos.

Senhores.

Vamos nos ocupar hoje de uma questão que se liga estreitamente ao estudo da melancolia. Quero falar desse estado psicopático descrito por Cotard, há alguns anos, sob o nome de Delírio das Negações (1).

Em 1861, Bailyarger (2) chamou a atenção para uma forma especial de delírio hipocondríaco, com idéias de destruição e de não-existência dos órgãos, encontrado na paralisia geral, que ele via como característico, quase exclusivo, dessa doença, podendo ser considerado como um sinal precursor e servir por si só como elemento diagnóstico.

Nos trabalhos de Bailiarger, é preciso, então, distinguir dois pontos: 1°. a existência do delírio hipocondríaco de negação na paralisia geral; 2°. seu valor diagnóstico. Ora, se o primeiro é verdadeiro, o segundo é exclusivo demais.

Muitos autores, desde o início, se empenharam em demonstrar o exagero do alcance assim atribuído a esse sintoma. E o tempo fez justiça, definitivamente, ao que essa asserção tinha de absoluto demais.

Em 1880, Cotard apresentou à Sociedade Médico-Psicológica um relato em que demonstrava a existência desse delírio hipocondríaco particular numa forma grave de melancolia ansiosa e evidenciava o complexo sintomático que se observa em tal circunstância. (3) Algum tempo depois (1882), fez um estudo completo sob o nome de Delírio das Negações e, em seguida, publicou diversos trabalhos sobre pontos particulares da questão.

Nesse meio-tempo, o Sr. Paris publicou um caso, e eu mesmo comuniquei (4) alguns quadros análogos aos de Cotard, ao mesmo tempo que tentei fixar o valor semiológico e a patogenia desse delírio particular. O Sr. Dagonet Filho (5) apresentou, por sua vez, uma nova observação; o Sr. Régis, (6) um estudo diagnóstico. Depois veio a discussão do Congresso de Blois (1892), (7) e, quando eu tiver citado uma nova observação do Sr. Arnaud, (8) uma que publiquei em colaboração com o Sr. Sourdille, (9) duas observações e uma revisão crítica do Sr. Toulouse, (10) uma nova observação do Sr. Paris (11) e uma tese recente do Sr. de Cool, (12) terei esgotado a lista dos documentos no que diz respeito à literatura francesa.

No exterior, há apenas poucas publicações relativas especialmente a esse assunto; assinalarei, contudo, as de João Barreira, (13) Cristiani, (14) Serbsky. (15)

Senhores, a maioria dos autores concorda em reconhecer a existência de casos de melancolia com Delírio das Negações, com o aspecto clínico evidenciado por Cotard; mas há algumas variantes em suas interpretações.

Alguns consideram que o Delírio das Negações constitui, de algum modo, uma forma distinta de melancolia. Outros -a grande maioria - pensam que ele marca apenas um período da doença; trata-se para eles de um estado delirante especial em certas formas graves de melancolia ansiosa que chegam à cronicidade.

Ao lado desses partidários, encontram-se alguns adversários, como se pôde ver no Congresso de Blois.

Alguns reconhecem de bom grado que existem quadros relacionados com a descrição de Cotard; mas, diante de outros casos que diferem, pela sintomatologia ou pela evolução, pensam que o Delírio das Negações deve ser considerado apenas como um episódio, um simples acidente na doença, e que não merece uma descrição à parte.

Outros negam a existência do Delírio das Negações por um motivo algo singular. Ele não existe alegam, porque nunca o observaram. Certamente a coisa é possível, pois os exemplos não são muito numerosos. Mas será que vocês teriam a idéia de negar, suponho, a existência do tifo exantemático, com o pretexto de que nunca encontraram um caso?

Não me dedicarei, senhores, a fazer, agora, a crítica dessas opiniões diversas.

Mas insisto em dizer-lhes que, na minha opinião, as discussões provêm, sobretudo, do fato de não nos entendermos muito bem sobre a significação do termo Delírio das Negações.

O termo, na verdade, é inadequado. Cotard, em seu primeiro relato, limita-se a constatar a existência, em certos melancólicos, de um conjunto de sintomas bastante particular. Mais tarde, estuda sua evolução com relação à melancolia, e propõe para esses casos, encarados em seu conjunto sintomático e evolutivo, a denominação de Delírio das Negações, pelo nome do sintoma que mais sobressai.

Essa denominação, é preciso reconhecer, carece de precisão. Em seus trabalhos, Cotard ora a utiliza apenas para o sintoma delírio, ora para o conjunto da doença. A confusão é lamentável, e aí está, em grande parte, a origem das discussões que ainda separam os alienistas, os que querem ver no Delírio das Negações apenas um sintoma e os que o consideram uma forma vesânica à parte.

A palavra delírio, na verdade (repito de novo hoje), não pode e não deve jamais designar senão um conjunto de idéias delirantes. O Delírio das Negações, da mesma forma que os de auto-acusação, de perseguição, de grandeza, não pode ser suficiente para constituir uma forma mental determinada.

Por isso, para evitar os mal-entendidos, convém definir bem o valor do termo Delírio das Negações.

Quanto a nós, entenderemos como tal apenas um conjunto de idéias delirantes de negação.

Essas idéias de negação podem, por outro lado, ser distinguidas em várias categorias, conforme seu aspecto clínico.

Podem, primeiramente, se apresentar sob a forma de delírio assistemático.

Não se ligam a outras idéias delirantes e também têm pouca coesão entre si. É assim que as observamos na paralisia geral em que todos os delírios, salvo raras exceções, são assistemáticos.

Foram igualmente assinaladas na senilidade, por Krafft-Ebing, Kraepelin, Schuele, na qual eu mesmo as estudei várias vezes do ponto de vista semiológico. São encontradas também nas formas delirantes da confusão mental primitiva, ao lado de idéias de humildade e de auto-acusação, no delírio febril ou alcoólico, na própria mania. Mas, ainda aí, permanecem assistemáticas.

Nos fracos de espírito, nas formas ditas de delírio abrupto ou polimorfo (paranóia primitiva), encontram-se também às vezes, ao lado de idéias de grandeza ou de perseguição, idéias de negação que, sem serem absolutamente assistemáticas, são, contudo, devido ao próprio fundo de debilidade mental, mal coordenadas entre si e com as precedentes, muitas vezes até contraditórias.

Chega-se a outros casos, em que o Delírio das Negações é sistematizado. Assim, nós o observamos sobretudo em certas formas de paranóia primitiva, aguda ou crônica. Pode ser encontrado, por exemplo, no delírio sistematizado depressivo (depressiver Wahnsinn de Kraepelin), na hipocondria sistemática primitiva, que às vezes chega a tomar o aspecto do Delírio das Negações. Alguns perseguidos sistemáticos também evoluem para a negação, em vez de se tornarem megalômanos.

Enfim, e sobretudo na melancolia, observamos esse Delírio das Negações no estado de fixidez e até de sistematização. Esta é a forma especialmente focalizada por Cotard.

É dela, senhores, que vamos nos ocupar hoje. Vejam como foi bom precisá-lo. Para usar uma denominação que não possa mais se prestar a equívocos, creio

ser útil, em tal caso, não empregar mais o termo simples Delírio das Negações, mas dizer, mais exatamente, Delírio das Negações melancólico, ou melancolia com Delírio das Negações ou Delírio das Negações (tipo Cotard).

Para compreender bem os quadros de que se trata, vamos examiná-los primeiro no período de estabilização, escolhendo como exemplo um caso muito completo.

Em seu primeiro trabalho, Cotard realçou um certo número de sintomas cujo agrupamento constituiria a característica do seu Delírio das Negações. Esses sintomas, em número de seis, eram os seguintes:

1. Ansiedade melancólica.
2. Idéia de danação, de possessão.
3. Propensão ao suicídio e às mutilações voluntárias.
4. Analgesia.
5. Idéias hipocondríacas de não-existência ou de destruição de diversos órgãos, do corpo todo, da alma, de Deus etc.
6. Idéia de nunca poder morrer.

Designaremos, se concordarem, esse simples agrupamento de sintomas pelo nome de síndrome de Cotard, proposto pelo Sr. Régis. Vamos passar em revista cada um deles, procedendo por ordem de importância, e com as modificações que a descrição primitiva me parece comportar.

1º O elemento fundamental da síndrome de Cotard, aquele que de algum modo lhe dá sua característica e delírio, as idéias de negação.

Essa denominação geral se aplica a duas ordens de manifestações intelectuais um pouco diferentes.

Às vezes, na verdade, a fórmula negativa da linguagem empregada pelo doente responde simplesmente a uma tendência mórbida à oposição, à contradição sistemática.

Às vezes, e mais freqüentemente, encontramos nessa fórmula uma convicção particular, que corresponde à idéia de mudança, de destruição, de ausência, de inexistência. É isso, falando propriamente, que se pretende designar pelo vocábulo idéias delirantes de negação.

Tomadas isoladamente, podem se apresentar sob quatro aspectos diferentes, conforme seu objeto.

- a. Interessam somente à personalidade moral ou intelectual do sujeito. Ele diz, por exemplo: “que não tem mais coração, que não tem mais sentimentos, que não tem mais inteligência, que não raciocina mais”.
- b. Ou então as idéias de negação incidem sobre a personalidade física: é o delírio hipocondríaco de negação. O doente diz: “Não tenho mais sangue, veias, cérebro, órgãos genitais. Estou vazio como um armário”.
- c. Em outros casos, os objetos do mundo exterior é que são negados pelo doente. Mostra-se a ele uma flor e ele nega que seja uma flor. Não há nada ao redor dele, nem coisas, nem pessoas. Ele está no nada.
- d. A negação, enfim, pode se aplicar a abstrações: não há mais virtude, não há mais Deus etc.

Se apenas uma dessas variedades existe, a negação é parcial.

Mas elas podem ser encontradas todas juntas, e aí se trata da negação universal: nada mais existe, nem o mundo nem o próprio sujeito.

2º Da idéia de negação nasce, às vezes, por uma espécie de dedução lógica, a idéia de imortalidade. Não estando mais nas condições ordinárias de organização e de existência normais, o alienado se crê fora das leis da fatalidade. A negação da morte é para ele apenas o corolário da negação da vida.

Essa idéia de imortalidade é no fundo muito complexa. Quando o negador diz não existir mais, estar morto, isso não deve ser entendido no sentido materialista da palavra. Esses doentes dizem que estão mortos assim como dizem que não têm mais órgãos. Ora, como veremos numa outra lição, essas idéias hipocondríacas de negação traduzem apenas uma mudança no estado dos órgãos, na cinestesia: da mesma forma, os negadores não se acreditam realmente mortos. Eles se crêem fora do mundo, numa existência indefinível, que não é mais a vida real, mas sem o repouso da morte física, numa espécie de sobrevida dolorosa, que para eles não é senão um tipo de morte.

Ao mesmo tempo, suas tendências pessimistas os levam a crer que essa sobrevida se prolongará indefinidamente, por toda a eternidade.

Do acordo estabelecido entre essas duas concepções é que nasce a idéia de imortalidade.

É muito importante conhecer essa idéia; efetivamente, por paradoxal que isso possa parecer, não se, trata aqui de uma verdadeira idéia de grandeza, mas exatamente de uma idéia hipocondríaca.

Os doentes são imortais apenas para suportarem eternamente seus males.

Cotard agrupou, ao lado da idéia de imortalidade, um certo número de concepções delirantes às quais deu o nome de delírio de enormidade.

Os doentes que se dizem imortais não são apenas infinitos no tempo, são também infinitos no espaço. Eles são imensos, gigantescos. Sua cabeça atinge o céu. Seu corpo é colossal.

Eles só contam aos milhões ou bilhões. Vivem no enorme e no sobre-humano.

E, ainda aí, apesar das aparências, trata-se de concepções hipocondríacas que poderíamos chamar de delírio de grandeza pelo avesso; pois, inversamente ao que se observa na megalomania, essas idéias de enormidade expõem sempre um mesmo caráter de horror e de sofrimento.

Se o delírio de grandeza é uma compensação às torturas sofridas pelo perseguido, o delírio de enormidade não o é para o melancólico negador. Trata-se, ao contrário, do grau mais extremo de sua infelicidade, ou do castigo por suas faltas.

Por isso, vocês verão a tristeza dos doentes aumentar à medida que forem crescendo as idéias de enormidade; enquanto o megalomaniaco parece se inflar de orgulho progressivamente, traduzindo, por sua atitude altiva, a alta opinião que tem de sua superioridade, ao contrário, a ansiedade e a aflição aumentam no melancólico ao mesmo tempo que ele se imagina aproximando-se do infinito: quanto mais enorme ele se crê, mais ele é “lamentável, gemedor e desesperado”, conforme a expressão de Cotard.

É preciso conhecer bem essas idéias pseudomegalomaniacas, pois são muito importantes para o diagnóstico.

Além do mais, é preciso evitar confundi-las com as verdadeiras idéias de grandeza, que também podemos encontrar nesses casos.

Eu mesmo chamei a atenção para esse fato e, desde então, Cotard o verificou em vários de seus doentes.

Ele indicou, aliás, que, antes de chegarem a se formular nitidamente, as idéias de grandeza são, de alguma maneira, latentes nesses melancólicos, que se consideram seres excepcionais, únicos no mundo, e se atribuem, para o mal, é verdade, uma espécie de onipotência.

Ao lado das idéias de grandeza, notamos também idéias de satisfação, de aspecto bem especial no sentido de estarem ligadas, em geral, ao passado, relacionadas com a antiga personalidade do doente.

Trata-se de uma forma de delírio retrospectivo. Agora que não é mais nada, o negador sente falta do que era outrora e lembra o tempo todo a excelência de seu ser desaparecido.

O Sr. Dagonet relatou uma observação muito nítida de uma doente desse tipo; ela se tornara menos que nada, um quarto de criatura, um manequim; mas não parava de elogiar a Sra. B., que é graciosa, encantadora, de inteligência superior.

3º Delírio melancólico. Senhores, as diferentes idéias que acabamos de examinar não são as únicas concepções delirantes que esses alienados formulam. Cotard, que de início realçou neles a presença de idéias de danação ou de possessão, insistiu em seguida, sobretudo, no caráter geral de auto-acusação do delírio. Mas vimos em nossas reuniões precedentes que o delírio de auto-acusação podia ser encontrado em formas vesânicas muito variadas. Devemos, portanto, ser mais precisos. Por isso, diremos que o delírio de auto-acusação de nossos negadores reais assume não somente as fórmulas habituais do delírio da melancolia, mas também as diferentes características gerais que reconhecemos nele.

Todavia, convém observar que, então, esse delírio melancólico oferece muitas vezes um matiz místico, traduzindo-se por idéias de danação e de possessão. Os doentes merecem todos os suplícios do inferno; devem sofrê-los por toda a eternidade; estão possuídos pelo demônio, são Satã, o Anticristo, a mulher do Apocalipse etc.

Mas, por outro lado, como creio ter demonstrado no Congresso de Blois, não seria preciso, como certos autores, chegar ao ponto de considerar a presença

dessas idéias como indispensável. Essa maneira de ver é certamente excessiva; o que importa constatar não é tanto a fórmula, a cor da idéia, quanto as características gerais do delírio.

Um melancólico perseguido acha que vão supliciá-lo, guilhotiná-lo, porque ele cometeu crimes abomináveis. No delírio melancólico com idéias de danação, o doente se acusa de ter cometido todo tipo de faltas contra Deus. Trata-se, no fundo, da mesma idéia: a culpa associada ao temor de um castigo. Se, no último caso, ela toma um matiz místico que falta no primeiro, conserva sempre as características fundamentais do delírio melancólico, que nos empenhamos em bem definir e às quais acho inútil voltarmos hoje.

4°. Distúrbios da sensibilidade. Quanto a esse aspecto, Cotard só realçou os distúrbios da sensibilidade à dor, sobretudo a analgesia. Mas eles não são os únicos que podem ser encontrados no campo da sensibilidade.

Vejamos primeiro a sensibilidade geral.

Em primeiro lugar, muitas vezes, como acabei de lhes dizer, há distúrbios da sensibilidade à dor, que pode estar comprometida por falta ou por excesso.

No primeiro caso, os doentes, analgesiados, se mutilam sem motivo; no segundo, o mais leve toque parece provocar o mais vivo sofrimento, e os pacientes apresentam reações vasomotoras ou pupilares indubitáveis; às vezes fazem até movimentos de defesa.

Em outras circunstâncias, é preciso se referir à apreciação totalmente subjetiva das respostas dadas: os doentes experimentam sensações de frio, de calor; têm os ossos partidos, as costas quebradas. Frequentemente, a pressão na coluna é dolorosa. Queixam-se de dores nos membros, vagas ou localizadas, de câimbras musculares, de formigamentos etc.

Quando a sensibilidade ou a sensação muscular são atingidas, o que não é raro, os sujeitos contam que seus membros estão mais leves ou pesados, flácidos ou endurecidos, crescidos ou encurtados. Uma senhora me repetia sempre que “não era mais de carne do mundo, de tão dura que estava”.

É preciso igualmente procurar com muito cuidado os distúrbios da sensibilidade interna, visceral, que constituem muitas vezes o ponto de partida das idéias de negação hipocondríacas: sensações anormais de vazio na cabeça, ou de

inchação do cérebro; de palpitações, de sufocamentos, de angústia; de estrangulamento do tubo digestivo; sensações de hipertrofia ou de vacuidade do abdômen, dos órgãos genitais etc.

O sentimento das necessidades gerais do organismo está muitas vezes alterado: sentimento da fome ou da sede perdido ou exagerado; diminuição do sentimento da fadiga, que se traduz pela perda de sono, pela mobilidade incessante; sentimento da necessidade de movimento, diminuído nos estados apáticos, exagerado nos ansiosos etc.

Do lado da sensibilidade especial, as desordens são menos manifestas.

Realmente encontramos, às vezes, distúrbios, sobretudo uma diminuição, da sensibilidade tátil. Mas muitas vezes é difícil precisá-los e determinar se não interessam mais à percepção pessoal.

Na verdade, a sensação elementar às vezes existe em si, mas o doente não a percebe, não a liga a sua personalidade consciente, por causa do estado de distração em que se encontra, da concentração de seu espírito em suas idéias delirantes, que o torna inacessível às impressões do exterior.

Por outro lado, podemos constatar aqui, na pesquisa dos distúrbios sensitivos, esse mesmo quadro que o Sr. P. Janet evidenciou bem no exame da anestesia histérica.

Quando, por exemplo, examinamos a sensibilidade de uma histérica e pedimos que responda, com sim ou não, se ela sente quando a espetamos, notamos que responde sempre não a cada espetada e que não diz nada se não a espetamos.

Isso prova bem que a sensação elementar foi percebida e que os distúrbios da sensibilidade, na realidade, provêm apenas de um defeito de percepção consciente. Ora, essa é uma constatação que também pude fazer, várias vezes, em nega-dores melancólicos.

Acrescentarei, contudo, que, por seu próprio delírio, esses doentes são levados a negar tudo. Eles podem sentir e perceber a espetada; mas, invariavelmente, afirmarão que nada perceberam. Esse é um ponto que não se deve perder de vista quando procedemos a um exame desse tipo.

Todavia, parece mesmo que na maior parte das vezes os distúrbios da sensibilidade, no negador melancólico, não interessam à sensação elementar, mas

dependem da percepção pessoal. Existe um outro sintoma que endossa essa maneira de ver: trata-se da perda da visão mental, assinalada por Cotard em caso semelhante.

Certos negadores não podem mais representar mentalmente, pela visão, os objetos ou as pessoas que outrora lhes eram familiares. Poder-se-ia supor que se trate aqui de uma espécie de amnésia que incide sobre as imagens visuais. Creio que não é nada disso; muito mais do que as próprias imagens, é a faculdade de evocá-las que está atingida, o poder de assimilá-las a esse conjunto de fenômenos psicológicos que constitui a consciência pessoal.

E o fenômeno que se observa de modo muito mais decisivo a propósito das sensações visuais, na medida em que os doentes declaram “ver, tocar os objetos, mas não mais compreendê-los, não mais reconhecê-los”, prova exatamente que, neles, as desordens que interessam às diversas sensações ou às imagens mentais dependem, sobretudo, de uma falha de síntese psicológica, de um distúrbio da percepção pessoal.

Antes de deixar o campo dos sentidos especiais, quero lhes falar das alucinações.

A síndrome de Cotard estando ligada à melancolia, resulta daí que os doentes podem nunca apresentar alucinações sensoriais, ou tê-las apenas em pequeno número, na maioria das vezes tardias e confirmativas das idéias delirantes.

Mas, se as alucinações sensoriais são raras, o mesmo não acontece com as alucinações motoras comuns ou verbais. Podemos encontrá-las em todos os graus que examinamos, até seu limite extremo, a impulsão verbal, freqüente nos negadores que têm idéias de possessão. Nestes, observam-se também, muitas vezes, alucinações genitais do tipo que encontramos descritas nos antigos relatos sobre a demonomania.

5º Senhores, sob a denominação de reações do doente, já podemos incluir a propensão ao suicídio e as mutilações involuntárias assinaladas por Cotard. Mas essas reações são mais numerosas.

De um ponto de vista geral, direi logo de saída que a síndrome de Cotard evolui sempre - e essa é mesmo uma de suas características - sobre um fundo de ansiedade, que pode aumentar pela própria presença das idéias de negação, mas

que também sempre preexiste a elas. Esse quadro, que está ligado à natureza melancólica do fundo mórbido sobre o qual repousa o delírio, é importante de se notar porque, se em outras doenças as idéias de negação podem se acompanhar de ansiedade, ela não é mais, então, senão puramente reacional.

Essa ansiedade toma aspectos diversos. Às vezes, e mais comumente, ela se traduz por queixas, choros, gemidos, e por uma mímica movimentada que pode chegar à agitação automática, como na doente que verão daqui a pouco.

Outras vezes, ao contrário, a ansiedade assume a máscara do estupor, bem diferente da inércia que se encontra na estupidez ou na confusão mental. Sob essas aparências de indiferença, se esconde sempre um delírio bem manifesto, uma ansiedade interior tão intensa que paralisa qualquer esforço de reação ativa.

Nos casos crônicos, a ansiedade pode desaparecer. Esse é mesmo um elemento de prognóstico que deve ser levado em conta, por sua significação desfavorável.

Por outro lado, existem também reações especiais. Não digo com isso que elas sejam específicas, patognomônicas; mas simplesmente que se trata de reações determinadas, em íntima relação com os sintomas que acabamos de passar em revista.

Dentre elas, a mais notável é o que Guislain já chamara de loucura de oposição, que representa, por assim dizer, o lado moral do delírio de negação. Os negadores são, efetivamente, resistentes sistemáticos no mais alto grau.

Uma das manifestações mais freqüentes dessa tendência à oposição é a recusa dos alimentos. Às vezes os doentes buscam justificá-la dizendo, por exemplo, que não têm mais língua, que não têm mais estômago, ou então que querem expiar as faltas de que são culpados ou, enfim, que a comida lhes é inútil, pois são imortais. Muitas vezes, também, é por puro espírito de contradição, de oposição, que eles recusam a comida. Querem fazê-los comer? Não! Eles não comerão. E nada poderá vencer sua teimosia.

Observem, aliás, que assim que vocês tiverem ido embora, eles se porão a devorar sua refeição, ou então, se recusam os alimentos que lhes dão, roubarão os de seus vizinhos.

Na maioria das vezes, a recusa de alimentos é total, mas às vezes também eletiva. Esses doentes aceitarão certos pratos e nunca outros; mas, fato bem característico, relacionado às características de seu delírio melancólico, só tomarão os alimentos piores.

Pelos mesmos motivos que recusam os alimentos, alguns se recusam a urinar ou a ir à privada: oposição simples ou convicção de que, não sendo mais feitos da mesma essência que os outros homens, não estão submetidos às mesmas exigências. Outros, ao contrário, se sujam constantemente, e às vezes alegam essa deterioração como prova de que seus órgãos estão destruídos, que estão ociosos; outras vezes se espantam e se perguntam como é que, não tendo mais órgãos, podem produzir excrementos. Por isso não querem aceitar que estão sujos.

Podemos ainda aproximar dessa categoria de reações o mutismo, que, fora de todas as causas habituais do mutismo melancólico, pode então ter mais especialmente como origem idéias de negação, de destruição dos órgãos da fonação, ou ser simplesmente apenas uma manifestação da oposição sistemática, como em uma de nossas alienadas, que nunca respondia quando se dirigiam a ela, ao passo que começava a falar assim que se encontrava sozinha.

Entre as outras reações especiais, é preciso incluir as tentativas de suicídio. São muitas vezes numerosas, resultantes de um impulso súbito, ou provocadas pelas idéias delirantes. Neste último caso, é de se notar que os negadores, como todos os melancólicos, são muito desajeitados em seus atentados; no máximo conseguem se ferir, e sua habilidade não aumenta com a experiência. Esses insucessos entram muitas vezes, em grande parte, na gênese de suas idéias de imortalidade. Eles vêm aí a prova de uma organização particular. Como a morte parece fugir deles tantas vezes, logo acreditam que ela nunca poderá vir.

O mesmo acontece com as mutilações voluntárias. Os negadores, que, ainda por cima, são analgesiados, se machucam sem motivo. Aliás, são levados a isso igualmente por seu delírio melancólico; essas mutilações são muitas vezes um tipo de expiação dos crimes de que se crêem culpados. E, por outro lado, como sofrem pouco com isso, a descoberta dessa analgesia ainda os conserva em suas idéias de constituição especial.

Devo também, senhores, chamar sua atenção para certas fórmulas da linguagem. Como podem prever, a fórmula negativa ocupa toda a conversa: “Não tenho mais nome. Não tenho mais amigos. Não existo mais”. Muitas vezes esses doentes falam de si mesmos na terceira pessoa: “ele” ou “ela”, ou se designam por um pronome indefinido: “Isso (eles) está vazio, etc.”, uma longa perífrase: “A pessoa de mim mesmo”. Ou, ainda, só empregam o passado: “Eu outrora me chamava X”. Registremos, enfim, os insultos e as blasfêmias, muitas vezes relacionados a idéias de possessão.

Esse é, senhores, o conjunto sintomático pelo qual se traduz o Delírio das Negações melancólico, no período de estabilização. Vejamos agora seu curso e sua evolução.

Para isso, é útil estabelecer uma distinção entre a evolução no espaço, ou desenvolvimento psicológico, e a evolução no tempo, ou curso clínico. Creio, com efeito, que foi por terem feito confusões nesse aspecto que compreenderam mal o pensamento de Cotard e levantaram contra ele certas objeções.

Cotard insistiu, sobretudo, e magistralmente, na evolução psicológica. Ele ressaltou bem as tendências negativas primeiras, já assinaladas por Griesinger nos melancólicos, e mostrou a gradação progressiva que une essas tendências negativas da hipocondria moral, da melancolia simples, ao delírio melancólico ordinário, para chegar, em última instância, ao Delírio das Negações confirmado.

Por isso, concluiu, o estado inicial de hipocondria moral é apenas um esboço em que basta acentuar os traços e forçar as sombras para completar o quadro dessas formas últimas de melancolia.

Foi desse ponto de vista que Cotard propôs, para todo o conjunto desses fenômenos, o termo loucura das negações.

Justificada do ponto de vista psicológico, essa denominação só tem sua razão de ser, do ponto de vista clínico, se for aplicada apenas aos fenômenos do Delírio das Negações melancólico confirmado, e em oposição àqueles nos quais o Delírio das Negações é encontrado no curso de outras formas mentais que não apresentam desde o início as mesmas tendências negativas.

Seria ir longe demais, na minha opinião, basear-se nas disposições negativas de todos os melancólicos para agrupá-las sob a etiqueta de loucura das negações,

considerando como formas atenuadas os casos em que o delírio de negações não chega a se formular. Não se deve dizer que os diferentes delírios melancólicos sejam formas da loucura das negações, mas, no máximo, que a loucura das negações (Delírio das Negações melancólico) é apenas uma forma da melancolia.

As considerações precedentes, sobre a evolução psicológica, se justificam às vezes pela própria clínica. Determinado doente que, de início, era apenas um melancólico consciente, se tornou pouco a pouco um delirante melancólico ordinário, e mais tarde apresentou todos os sinais da síndrome de Cotard.

Todavia, o curso clínico não é, em todos os casos, tão regularmente progressivo, e nem sempre é possível - assim como fizeram certos autores, exagerando posteriormente as idéias de Cotard - colocá-lo em paralelo com a progressão análoga que se encontra no delírio das perseguições sistemático e progressivo.

É muito mais justo dizer que o conjunto dos sintomas que Cotard descreveu constitui apenas uma síndrome, na qual vários elementos nada têm de característico, e que, na medida em que existam separados, a doença, que começa sob as aparências da melancolia ordinária, assume seu curso habitual, ou seja, é muitas vezes intermitente.

O Delírio das Negações e de enormidade, que dá à síndrome de Cotard seu selo particular, sobrevêm ora no primeiro acesso, ora no segundo. E, quando a síndrome de Cotard está constituída, de intermitente que era, a afecção tende a se tomar contínua, crônica.

Esse Delírio das Negações melancólico não constitui, portanto, uma afecção especial, mas caracteriza somente uma variedade de melancolia na qual ele tem, em geral, uma vez instalado, a significação de uma passagem ao estado crônico. Ele pode, portanto, assimilar-se assim a essas formas de delírio sistematizado que aparecem no período crônico das psiconeuroses e que designamos com o nome de *Verrucktheit*, ou paranóia secundária.

Podemos acrescentar que o delírio de enormidade e as concepções de imortalidade muitas vezes só se manifestam depois das de negação, pelo menos nos casos típicos.

As idéias de grandeza verdadeiras nunca se observam senão nos casos muito crônicos.

Enfim, do ponto de vista do desfecho último, nosso Delírio das Negações se conduz como os delírios sistematizados. Ele pode culminar num estado de demência que apenas sobrevêm, então, após um tempo bastante longo.

Senhores, o Delírio das Negações, tal como Cotard o considerou, parece ser bastante raro. Todavia, sua descrição é recente; e, desde o dia em que a atenção foi despertada para esse ponto, os exemplos já são numerosos o bastante para deixarem de ter o caráter de exceções.

Do ponto de vista etiológico, Cotard ressaltou a importância da hereditariedade. Na maioria dos casos, ela é muito pesada. Além disso, observamos muitas vezes nos futuros negadores, antes da eclosão declarada de seu delírio, tendências especiais que são como o embrião da doença. Do mesmo modo que os perseguidos megalômanos, antes da confirmação de suas idéias delirantes, se mostram sempre desconfiados e orgulhosos, os negadores são tristes, escrupulosos, meticolosos.

É na idade adulta, e próximo à época mediana da vida, que aparece seu delírio.

Ainda é difícil pronunciar-se de modo seguro sobre a influência do sexo. Todavia, a maioria das observações publicadas até agora se refere a mulheres.

A educação, o meio social, parecem desempenhar um certo papel. Raramente observamos os negadores em asilos públicos; são bem mais freqüentes os que encontramos na cidade ou em estabelecimentos particulares.

Senhores, falei, no início, das objeções que foram feitas à concepção de Cotard. As únicas que se prestam a discussão referem-se a dois pontos principais.

Os quadros de Delírio das Negações de Cotard não merecem, dizem, descrição particular, porque, nos casos em que se observam idéias de negação em melancólicos, faltam muitas vezes certos elementos à síndrome característica que acabamos de estudar, particularmente as idéias de danação, de possessão, de imortalidade.

Essa não é, vocês concordarão, uma razão muito peremptória. Ao lado dos casos típicos, em todos os ramos da patologia existem casos frustres ou atenuados

que nem por isso infirmam a existência dos primeiros. Quando vocês têm que diagnosticar um bócio exoftálmico, não exigem que o doente apresente todos os sinais da série de Basedow.

Será que é preciso, então, recusar-se a reconhecer um caso de Delírio das Negações melancólico, sob o pretexto de que a síndrome de Cotard nem sempre está representada por inteiro?

Aliás, será que os sintomas em litígio devem ser considerados como típicos, e sua presença como indispensável?

Que pensar, por exemplo, da idéia de imortalidade? Sem dúvida alguma, quando ela existe, o tipo está completo. Mas, na verdade, sua importância é secundária.

Ela não cala as outras idéias delirantes, em particular as de negação; ela apenas se acrescenta a elas. Poderíamos, desse ponto de vista, assimilá-la à idéia de grandeza do perseguido sistemático. O megalômano perseguido continua sempre sendo um perseguido, e o negador imortal é sempre, e antes de tudo, um negador. Já que a idéia de grandeza não nos parece necessária para fazer o diagnóstico de delírio sistemático das perseguições, será que devemos atrelar à idéia de imortalidade uma tal importância que, em sua ausência, afastemos a idéia de um Delírio das Negações melancólico? Ela pode não existir no momento da observação e se mostrar na seqüência. Com efeito, a idéia de imortalidade, assim como o delírio de enormidade, representava para Cotard uma etapa avançada da evolução que ele tentava descrever. Do mesmo modo, nos perseguidos sistemáticos, se algumas vezes a idéia de grandeza surge muito rapidamente, outras vezes ela pode só aparecer ao final de um longo período delirante.

Enfim, como vimos, da própria análise dessa idéia de imortalidade, resulta que, na realidade, ela é pouco mais do que um equivalente, uma forma, a mais excessiva, da idéia de negação.

Muitas vezes são as idéias de danação ou de possessão que faltam.

Ora, eu já lhes disse, senhores, essas idéias são apenas sintomas de importância totalmente relativa. Elas refletem apenas, com matiz místico, o fundo melancólico da doença e, se há uma idéia de humildade ou de culpa com as mesmas características gerais, a natureza do delírio é por isso mesmo

suficientemente evidente para que não haja necessidade de exigir a presença de uma idéia de danação.

Por um outro lado, não é suficiente firmar um diagnóstico com base nos dizeres do doente. Tanto melhor se ele próprio lhes declara: “Estou danado, tenho o diabo no corpo”, pois lhes evita o trabalho de levar mais adiante as suas investigações. Mas os sintomas nem sempre são tão manifestos que ele próprio os traduza para o exterior, e cabe a vocês pesquisá-los cuidadosamente, por mais dissimulados que possam estar.

Em breve, faremos o estudo das idéias de possessão. Vocês verão então que a origem dessas idéias repousa sempre num desdobramento da personalidade. Ora, esse fenômeno existe freqüentemente sem que o doente formule a palavra possesso. Que ele diga: “O diabo fala por minha boca”, ou então: “Há coisas que digo contra minha vontade, sem saber de onde vêm”, é sempre um desdobramento da personalidade que ele exprime, no primeiro caso por uma imagem mística e antiga, no segundo, por uma frase banal, mas não menos decisiva, pois reflete a presença de um impulso verbal, sintoma muito nítido de automatismo psicológico.

A constatação de alucinações motoras diversas, idênticas em natureza, senão em intensidade, aos impulsos, terá a mesma significação. Assim como, também, a simples conversa mental, essa contradição interior, essas impressões sempre contrárias de que os doentes se queixam e que representam apenas a luta de duas sínteses mentais antagônicas, em oposição constante e se organizando pouco a pouco. Pouco importa a fórmula; a existência do fenômeno em si, de onde ela se origina, deve bastar para confirmar o diagnóstico.

Podemos então, em resumo, descartar a objeção que recrimina a sintomatologia por ser às vezes incompleta.

O segundo ponto em litígio se relaciona com a evolução.

Cotard disse que o Delírio das Negações aparecia em geral depois de vários acessos de melancolia, por vezes até no primeiro acesso. Essas diferenças de evolução são também julgadas incompatíveis, contraditórias em sua descrição.

Observou-se também que as idéias de negação nem sempre aparecem tão tardiamente quanto ele indicou e que, além disso, as idéias de imortalidade muitas vezes as precediam.

Essas objeções não me parecem muito mais graves do que as precedentes.

Depois que Lasègue descreveu em bloco os delírios das perseguições, percebeu-se que a idéia de grandeza, que muitas vezes faz parte do quadro, aparecia às vezes depois, às vezes ao mesmo tempo, às vezes até antes da idéia de perseguição. Mas nem por isso acreditou-se que se devia rejeitar da psiquiatria seu delírio das perseguições; o empenho foi, ao contrário, e com razão, em localizar suas diversas variedades.

Por que não julgar assim o Delírio das Negações? Será que porque existem efetivamente certos casos aparentemente díspares, é preciso vê-los como contraditórios e não levar em conta as primeiras tentativas de análise que foram feitas a esse respeito?

Não o creio, senhores. Em lugar de ver aí um motivo para recusar de saída qualquer valor ao Delírio das Negações melancólico, é melhor analisar com cuidado os casos publicados até hoje, tentar fazer sua classificação racional e (sem pretender de modo algum identificar os delírios das negações aos delírios das perseguições), ao lado dos casos completos do tipo Cotard, agrupar as formas atípicas cujo valor o futuro dará a conhecer.

No presente, devo confessar que uma classificação dessa espécie não é fácil de fazer. Submeto-lhes, contudo, até sabermos mais a respeito, uma moldura provisória que me parece capaz de facilitar a compreensão do Delírio das Negações na melancolia. Ela incluiria seis divisões nas quais poderiam caber todos os casos conhecidos até hoje.

- 1°. Os casos típicos;
- 2°. Os casos frustrados, nos quais faltam um ou vários sintomas (idéia de danação, de possessão ou de imortalidade);
- 3°. Os casos de evolução regular, mas rápida, contínua ou intermitente, e com sintomatologia completa;
- 4°. Os casos cuja evolução é idêntica, mas com sintomatologia frustra (combinação dos casos 2 e 3);
- 5°. Os casos de evolução irregular, ainda mal definidos;
- 6°. Enfim, os casos em que se observam idéias de negação em melancólicos, mas de modo episódico.

Nessa moldura, senhores, vocês podem enquadrar todos os casos até aqui conhecidos de Delírio das Negações melancólico, quaisquer que sejam sua sintomatologia ou sua evolução e, depois do que lhes disse, poderão, espero, diferenciá-los com facilidade.

O estudo dessas variedades poderá talvez, no futuro, nos mostrar a razão das diferenças de prognóstico nos melancólicos negadores. Com efeito, se nos casos típicos, como lhes disse, o Delírio das Negações marca a passagem da intermitência ao curso contínuo e à cronicidade, há outros casos que se mantêm ainda intermitentes e mesmo alguns que se curam.

Qualquer que seja, aliás, sua variedade, o Delírio das Negações melancólico deve ser sempre distinguido das outras formas de idéias de negação que encontramos no curso da paralisia geral, da senilidade etc., assim como da hipocondria sistemática com delírio de negação, e de certos delírios de perseguições sistemáticos. Teremos a ocasião, em nossas próximas reuniões, de estudar alguns pontos desse diagnóstico diferencial, ao mesmo tempo que tentaremos determinar o mecanismo psicológico, a patogenia do delírio de negação melancólico.

Senhores, para fixar bem em seu espírito os diferentes traços da descrição que acabei de delinear muito rapidamente, vou lhes apresentar uma doente do Serviço vítima de melancolia com Delírio das Negações, na qual vocês vão constatar a existência de todos os elementos da síndrome de Cotard.

Poderão encontrar, nos *Annales médico-psychologiques* (março-abril de 1893), todos os detalhes de sua observação, que publiquei com o Sr. Sourdille. Assim, sem insistir nisso, me contentarei de início em fazê-los notar que, evidentemente, essa doente é verdadeiramente uma melancólica ansiosa. Por outro lado, ela se distingue dos melancólicos comuns por um certo número de particularidades clínicas.

É assim que, do ponto de vista sintomático, encontramos hoje na Sra. M., completa e com todos os caracteres clínicos que lhes assinalei, essa associação de sintomas realçada por Cotard e que, como o Sr. Régis, chamamos de síndrome de Cotard: ansiedade, idéias de danação, idéias de negação, idéias de imortalidade e delírio de enormidade, tendência ao suicídio, distúrbios da sensibilidade geral, ausência de alucinações sensoriais, oposição, mutismo a intervalos, desmazelo etc.

Por outro lado, esse caso é um daqueles que nos mostram, às vezes justificada pela observação clínica, essa concepção psicológica que reconhece na evolução do delírio uma gradação contínua, indo da hipocondria moral, da melancolia simples, sem delírio, até o delírio de negação mais excessivo, na qual Cotard tanto insistiu.

Com efeito, nessa doente, os distúrbios intelectuais começaram em setembro de 1891, na forma de melancolia simples, sem delírio. Depois o delírio melancólico habitual de culpa, de ruína etc. apareceu, quase um ano mais tarde, em agosto de 1892. Três meses depois, em outubro, surgiram as idéias especiais que constituem, propriamente falando, o delírio de negação, que, assim, só se revelou tardiamente, num período já avançado da doença. Quando publicamos sua observação (março de 1893), essa mulher tinha chegado a formular as concepções pseudomegalomaniacas agrupadas sob o nome de delírio de enormidade.

Hoje, a afecção não se modificou em nada; o estado mental persiste idêntico, quase estereotipado, e podemos nos crer autorizados a ver a doente como tendo entrado na via da cronicidade. Como traços novos, eu teria a assinalar apenas a acentuação dessas modificações da linguagem, já indicadas na observação. Essa alienada não fala mais de si mesma senão na terceira pessoa, designando-se por seu prenome; ela expressa suas auto-acusações sob a forma de injúrias que endereça a si mesma, entrecorta suas lamentações com insultos e blasfêmias, o que não é a coisa menos curiosa numa melancólica atormentada por idéias de culpa e de danação.

Nela, a síndrome se instalou no curso do primeiro acesso de melancolia. O próprio Cotard disse que esse delírio de negação “às vezes acontece desde o primeiro acesso, muitas vezes é no segundo, no terceiro acesso que se desenvolve o delírio hipocondríaco, e então a doença passa para o estado crônico”. Sem ver uma contradição, como fazem certos adversários das idéias de Cotard, nessas diferenças do começo da afecção, me parece que isso prova simplesmente que, ao lado de casos de curso intermitente, depois contínuo, há outros de curso contínuo desde o início.

Aliás, a significação do Delírio das Negações aqui nos aparece bem como lhes expus.

Enfim, a presença de taras psicopáticas nos ascendentes, o início com a idade de cinqüenta anos, o sexo ainda vêm confirmar as observações que fizemos do ponto de vista da etiologia.

Senhores, agora que estão de posse de um caso que corresponde, tanto quanto possível, ao tipo completo, permitam-me que lhes relate as observações inéditas de duas de minhas antigas doentes. Elas os colocarão na presença de algumas dessas variações que lhes indiquei.

A primeira é relativa à senhora N., com 45 anos, internada, em fevereiro de 1888, por delírio melancólico com ansiedade.

Não pude recolher nenhuma informação sobre os antecedentes hereditários ou pessoais dessa alienada.

Ela tinha adoecido cerca de cinco meses antes, em seguida à perda de um de seus filhos, levado por uma meningite. No começo, dizia apenas que estava muito fraca, que tinha muita dor de cabeça, que sentia como que um grande mal-estar geral. Ao mesmo tempo, estava desanimada, triste e por vezes inquieta; depois apareceram as idéias delirantes que motivaram sua internação.

Em fevereiro de 1888, na admissão, está muito ansiosa; é uma criatura indigna, acusa-se de ser a causa da morte de seu filho. Crê numa influência misteriosa e nefasta que a empurra para o mal; tem escrúpulos imaginários, idéias de culpa incessantes; está desgostosa da vida. Recusa total de alimentos a intervalos; tendência ao suicídio; é preciso que ela morra, e um dia, em sua própria casa, pegara uma faca para executar essas tendências.

Esse estado dura, quase sem mudança, até agosto de 1888. Nesse momento se mostram novas idéias delirantes.

A Sra. N. continua ansiosa, a sobancelha franzida, a cabeça inclinada, permanece imóvel, gemendo incessantemente, de vez em quando tomada por uma ansiedade terrível.

Cianose das extremidades, cheiro de rato, respiração superficial, pulso fraco, menstruação suprimida, flores-brancas.

“Ela fez o mal sem compreender; mas nunca teve apoio. Ao contrário, há como que uma influência funesta, misteriosa, que a leva a entrar no mal. Entrou bem jovem na via do crime, sua primeira comunhão foi sacrílega. Mas, antes do mês de setembro, dormia nos seus crimes; é uma prova

de que não tem consciência. Acreditava, antes dessa época, que seus filhos tinham morrido de doenças, ao passo que na verdade foi ela quem os matou, quem os queimou na febre por seus crimes. Testemunhou contra o Mestre dos Mestres. Não deveria ter vindo ao mundo. Sua pele deveria ter apodrecido há cinqüenta anos, então não teria feito desgraças. É apenas uma culpada; matou seus filhos, seus irmãos, suas cunhadas. Não era capaz de ganhar sua própria vida; roubava sua comida, desonra o governo.

Para puni-la, vão colocá-la no gelo, nas fossas sanitárias, e seus sofrimentos durarão para sempre, para sempre. Não terminarão mais; uma hora durará bilhões de anos e isso não vai passar.

Ela não tem mais coração, não tem mais pulmões, não respira mais, e, com tudo isso, é imortal. Uma existência assim é o impossível. Este é o seu suplício: não respirar, não viver, não morrer! Ficaria feliz demais se pudesse morrer; mas não pode, está condenada ao impossível: a sentir sempre um sofrimento impossível. Ah! Se pudesse ter caído num fosso quando tinha três anos! Não devia ter se casado; enganou seu marido ao se casar; queimou seu último filho por seus pecados.”

A ansiedade é das mais acentuadas, com gemidos, gritos incessantes.

Analgesia e tentativas de mutilações: ela bate com a cabeça nas paredes, arranca os cabelos aos punhados, é insensível às excitações dolorosas.

Recusa total de alimentos, mas somente em uma ou duas refeições seguidas.

Tenta o tempo todo respirar apertando o nariz e fechando a boca: “Não se pode ficar um segundo sem respirar, geme, e eu estou condenada a ficar assim toda a eternidade. Seria melhor poder morrer do que ser assim imortal. Estou condenada ao impossível.”

Alucinações a intervalos; ela diz ouvir seus filhos pedindo socorro; ela os vê queimarem e procura água para ir em sua ajuda.

Mesmo estado ansioso durante todo um ano.

Em março de 1889, o delírio continua o mesmo. A Sra. N. está ainda mais no impossível; o mundo todo está perdido; tudo está acabado; ela é culpada pela ruína do universo. E preciso que morra, e ela é imortal; é preciso tentar queimá-la. O menor de seus atos é causa de desgraças. Quando ela anda, tudo cai em ruínas à sua volta; não há mais nada.

Recusa total de alimentos; alimentação por sonda esofagiana. A doente deve ser vigiada de perto, pois arranca os cabelos, tenta rasgar a pele, bater com a cabeça nas paredes.

Em agosto de 1889, mesmo estado; ainda alimentada por sonda, sem interrupção. Emagrecimento considerável. Ansiedade incessante. Não tem mais nenhuma alucinação. Repetição monótona das mesmas lamentações.

Levada por sua família em novembro de 1889, sempre no mesmo estado de delírio ansioso, é re-internada em janeiro de 1890, sem que o delírio tenha se modificado em nada. No intervalo, tentou se suicidar por afogamento. Os distúrbios intelectuais conservam sempre o mesmo aspecto; a doente continua sendo alimentada por sonda. Morre de peritonite em fevereiro de 1890.

Senhores, vocês vêem que essa observação quase não difere do caso-típico. Do ponto de vista sintomático, encontramos todos os elementos da síndrome de Cotard: ansiedade, analgesia, tendência ao suicídio e às mutilações voluntárias; recusa de alimentos; idéias de negação, idéias de imortalidade com sua estampa hipocondríaca especial em associação com outras idéias delirantes que têm, não só a fórmula, mas ainda as características gerais do delírio melancólico.

Podem julgar também, por esse exemplo, as equivalências que assinalei acerca dessas idéias melancólicas, às quais alguns autores são tentados a atribuir uma importância grande demais.

Assim, as idéias de possessão estão aqui representadas pela crença numa influência nefasta que empurra a doente para o mal, e o temor da danação é substituído pelo temor de suplícios, idéia equivalente, como vimos.

Do ponto de vista do curso, vemos bem aqui a síndrome se constituir ainda durante o primeiro acesso melancólico; mas, assim como o precedente, esse caso nos mostra justificada, até clinicamente, a gradação estabelecida por Cotard. Com efeito, a afecção se instala primeiro sob o aspecto da melancolia simples e dura assim cinco meses; depois aparece o delírio melancólico sob sua forma habitual e é somente ao cabo de um ano de doença que se acha constituída a síndrome de Cotard, assumindo assim, por outro lado, a significação que acreditamos dever lhe atribuir.

A segunda observação é a da senhora L., com 48 anos, admitida em 31 de julho de 1888.

Como antecedentes hereditários, soubemos que o pai era muito nervoso (?) e que a mãe foi acometida de um delírio melancólico com ansiedade; imaginava que iam matá-la.

Um irmão, muito original, ficava “feito louco” de vez em quando.

Nos antecedentes pessoais, notei que o desenvolvimento físico teria sido regular, a inteligência sempre fraca; a doente aprendia com muita dificuldade na escola. Teve suas regras com cerca de catorze anos. Nunca teve ataques de nervos, mas sempre foi emotiva e escrupulosa ao exagero. Teve vários partos muito difíceis, sem acidentes.

O começo da afecção datava de seis meses antes da admissão, isto é, do início do ano de 1888. A doente se queixava então de um mal-estar geral, de não poder cuidar de seus negócios. Estava triste, preocupada, atormentava-se enormemente a propósito de tudo, temia que seus negócios fossem mal. Quando via uma firma fechada, dizia: “Vamos ficar assim”.

As idéias verdadeiramente delirantes só apareceram mais tarde, por volta do fim de junho, cinco a seis semanas antes da internação. Seu marido tinha saído; muito inquieta, essa senhora tinha ido vagar pelo cais para procurá-lo, imaginando que ele queria se jogar n’água. Emitia idéias de culpa: acusava-se de ter feito mal suas contas, mas não era para enganar ninguém; vão entretanto puni-la, fazê-la passar por suplícios, esquartejá-la, arrastá-la na cauda de cavalos. Nessa época, ela tinha perdido completamente o sono.

Na admissão, em 1º de agosto de 1888, o fácies é dos mais ansiosos; gemidos, súplicas; agitação, terrores panofóbicos. Tem medo de tudo, até de um gato. Tem medo dos carros que vão levá-la ao suplício ou esquartejá-la. Os telhadores que estão nos telhados vão estrangulá-la com suas cordas; vão supliciá-la, arrancar suas unhas. “Que infeliz eu sou! Meu Deus! Meus Deus!” Tudo isso porque tinha feito mal as contas, mas sem intenção de prejudicar. Acusa-se também de ter envenenado seu pai, de quem cuidava.

Grande confusão nas idéias, secundária aos distúrbios emocionais. Diz que se passa nela algo “estranho” que não pode explicar, que está muito fraca; não sabe nem o dia, nem o mês, nem o ano; não pode dizer aonde foi quando saiu à procura de seu marido. Sem idéias de suicídio. Sem alucinações.

Sem tremor nem hesitação da fala; pupilas normais.

Em 10 de agosto, ela conta que vão arrancar suas unhas, cortar seus pés, matá-la, queimá-la viva. Interpretações delirantes contínuas. Comportou-se mal, é culpada, mas não a ponto de merecer a morte. Alucinações; chamam-na de envenenadora, mulher suja.

Ansiedade, soluços, lágrimas.

A inteligência parece muito fraca; a cabeça é muito pequena, há deformações auriculares.

A partir dessa época, sobreveio um período de melhora progressiva, e a doente saiu em 30 de setembro, muito melhorada, calma, sem nenhuma idéia delirante, mas sempre impressionável.

Quatro meses depois sobreveio um segundo acesso, que provocou uma segunda internação, em 2 de fevereiro de 1889.

O estado delirante é o mesmo que na primeira admissão: ansiedade muito pronunciada, temores de suplícios imaginários, idéias de culpa, interpretações delirantes, terrores panofóbicos. Recusa de alimentos a intervalos.

A doente saiu em 10 de maio de 1889, muito melhorada, sem delírio, mas menos bem, contudo, do que na primeira saída.

Cinco meses depois, terceiro acesso e internação em 1º de outubro de 1890.

Mesmo estado de ansiedade, mesmas idéias de culpa, mesmos temores de suplícios. Mas, além disso, há idéias hipocondríacas e de negação. “Não sou mais”, diz a doente, “de modo algum como antes; meu ventre está oco e sinto dentro algo que se mexe. Não tenho mais carne, não tenho mais sangue, não tenho mais pulso. Meu coração se abalou, não bate mais. Não tenho mais vigor, não tenho mais estômago, não tenho mais garganta; meus ossos mudaram de forma, minhas orelhas também; não tenho mais sangue nas mãos; meu pescoço está demolido”.

Hiperestesia notável; assim que a tocam, a doente solta gritos assustadores.

Recusa total de alimentos. Alimentação por sonda. Resistência e oposição sistemáticas.

Caquexia progressiva; morte por tuberculose pulmonar em 28 de novembro de 1891, sem que o estado mental tenha se modificado em nada.

Neste caso, senhores, vemos inicialmente dois acessos de melancolia ansiosa comum, depois um terceiro acesso, no curso do qual aparecem idéias hipocondríacas de negação, acompanhadas por idéias de culpa, temores de suplícios, recusa de alimentos. Os distúrbios da sensibilidade assumem a forma hiperestésica, quadro assinalado aliás por Cotard como passível de substituir a analgesia. A síndrome de Cotard está doravante constituída.

Faltam os temores da danação; são substituídos pêlos temores equivalentes de suplícios, pela culpa imaginária. Não há idéias de imortalidade, mas é preciso notar que a doente morreu no curso do acesso em que apareceram as idéias de negação, de modo que essas idéias de imortalidade talvez não tenham tido tempo de se desenvolver.

Bibliografia

- 1 COTARD, J. *Etudes sur les maladies cérébrales et mentales*, 1 vol., Baillière éditeur, 1891.
- 2 BAILLARGER. *Recherches sur les mafadies mentales*, 2 vol., Masson éditeur, 1890.
- 3 N.E. - Publicado acima, pp. 205-211.
- 4 SÉGLAS, J., *Archives de neurologie*, nº 22, 1884; *Progrès medical*, nº 46, 1887; *ibid.*, nº 43, 1888; *Annales médico-psychologiques*, julho de 1889; Congresso de Blois, 1892.
- 5 DAGONET, J. *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1891.
- 6 RÉGIS. *Congres international de médecine mentale*, Paris, 1889.
- 7 Resumo ao Congresso de Blois, 1893.
- 8 AMAUD. *Annales médico-psychologiques*, novembro de 1892.
- 9 SÉGLAS, J. e SOURDILLE, G. *Annales médico-psychologiques*, março de 1893.
- 10 TOULOUSE. *Annales médico-psychologiques*, 1893; *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1893; *Gazette des hôpitaux*, 1892.
- 11 PARIS. *Annales médico-psychologiques*, 1884; Congresso de la Rochelle.1893.
- 12 DE COOL. Tese de Paris, 1893.
- 13 JOÃO BARREIRA. O delírio de negações, Porto, 1892.

14 CRISTIANI. *Nuova rivista di psichiatria*, n° 8, 9, 10, 1892;

Gazetta del manicomio di Macerata. n° 6, 1893.

15 SERBSKY. "Analyse". Em *Arch. neurol.*, novembro de 1893. - Acrescentar como trabalhos publicados desde então sobre o assunto: SÉGLAS, J. *Le delire des négations*, I vol., 234 páginas, Masson Editor, 1894;

FRANCOTTE, X. *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1894;

VAURIOT. Tese de Nancy, 1894.