

UM CASO DE DELÍRIO DE NEGAÇÃO DE COTARD

JULIETA CHAINHO, JACINTO ANTÓNIO, ANTÓNIO PAIVA, FILIPE REIS
Departamento de Psiquiatria do Hospital Distrital do Barreiro. Barreiro

RESUMO

Os autores apresentam o caso clínico de um homem de 66 anos de idade, internado no Departamento de psiquiatria do HDB, com um quadro de melancolia de involução, com delírios de negação, de ruína e de prejuízo. O quadro clínico foi interpretado como Delírio de Negação de Cotard. A propósito deste caso, os autores fazem uma breve revisão sobre os aspectos psicopatológicos, clínicos e nosológicos desta síndrome.

SUMMARY

A case of Cotard's Delusion

The authors present a clinical case of a 66 year old man with melancholy of involution with delusion negation, ruin and damages of. The clinical case was interpreted as Cotard's Delusion. To the purpose of this case, the authors make a brief examination of the psychopathological, clinical and nosological aspects of this syndrome.

INTRODUÇÃO

Os temas delirantes de um doente deprimido são fundamentalmente três: delírio de culpabilidade, delírio hipocondríaco e delírio de ruína. Assim a relação do doente com o seu corpo traduz-se em delírio hipocondríaco, a relação com o mundo em delírio de ruína e a relação consigo próprio em delírio de culpabilidade¹.

O termo *Síndrome de Cotard* ou delírio de negação foi inicialmente descrito por Jules Cotard, em 1880. Na sua forma típica, o delírio de negação (forma especial de delírio hipocondríaco) reúne ideias de negação de órgãos, de familiares, da morte, do tempo ou mesmo negação do mundo, associadas a ideias de imortalidade e enormidade^{2,3}.

Considerado actualmente uma entidade psiquiátrica rara, classicamente observada em adultos de idade avançada, é mais frequentemente encontrada em depressões agitadas, podendo aparecer, também, em episódios esquizofrénicos agudos e síndromes orgânicas cerebrais^{3,4}.

Um dos aspectos que caracterizam o síndrome de Cotard são as ideias delirantes de negação de órgãos e morte corporal, tal como já foi dito. Cotard chegou mesmo a descrever o delírio de imortalidade como característico de um subgrupo desta melancolia delirante. Numa perspectiva de análise antropológica, a noção de imortalidade constitui um arquétipo que fundamenta grande parte das religiões monoteístas. Ser imortal é perpetuar a existência para além da vida terrena, corporalmente substanciada.

Aceitar a morte de um ou vários órgãos corporais é em certo sentido um aspecto mitigado da morte física, já marcado pela ideia delirante da possibilidade de vida com partes do todo (corpo) mortas.

Como se o doente antes de negar a totalidade do corpo, começasse por negar algumas das suas partes.

A vida para além da morte é uma vida espiritual, imutável e perene. O espírito possui características que são próprias da sua natureza: não substância, intemporalidade e não espacialidade. No delírio de imortalidade de Cotard algumas dessas propriedades mantêm-se, não na sua forma espiritual plena, mas numa forma mista corporeo-espiritual, culturalmente designada por *zumbi*. O corpo está morto, é visível, mas possui a espiritualidade dos imortais.

A existência delirante destes doentes é vivida com forte anestesia afectiva e as emoções apagam-se numa vida vegetativa reduzida ao mínimo.

CASO CLÍNICO

M.R. é um homem de 66 anos, casado, operário corticeiro, reformado, internado pelo Serviço de Urgência de Psiquiatria do HDB, em Julho de 93, devido a uma síndrome depressiva, ideação suicida e insónia.

O início das queixas data de há aproximadamente três anos (meados de 89), altura em que na sequência de diverticulose intestinal é reformado antecipadamente. Pouco tempo depois começa a referir exacerbação das queixas gastrintestinais e queixas genito-urinárias, ambas de tona-

lidade hipocondríaca (obstipação e perturbações da micção). Nessa altura começa a recorrer a inúmeros urologistas, efectuando vários exames complementares que revelaram *ligeira hipertrofia benigna da próstata*. Foi-lhe proposto tratamento conservador, mal aceite pelo doente, que pretendia uma intervenção cirúrgica *para parar de sofrer*.

Por esta altura o doente recorre pela primeira vez a consulta de Psiquiatria, tendo-lhe sido diagnosticada síndrome depressiva, medicada com terapêutica anti-depressiva, que o doente abandona pouco depois. Nos últimos dois anos começa a verificar-se um marcado retraimento social; fica mais triste e fechado consigo mesmo e começa a falar insistentemente em morte. Faz então duas tentativas de suicídio, a primeira por jejum total durante uma semana, logo seguida de tentativa de enforcamento, não consumada por a corda se quebrar.

Nos últimos meses antes do internamento surgem ideias de grande culpabilidade (culpa-se de não ter prevenido a sua doença, de não procurar o médico mais cedo e não seguir os seus conselhos), bem como ideias de ruína, de prejuízo (afirma repetidamente encontrar-se na penúria e ser o mais miserável do seu bairro).

Na altura do internamento, MR apresenta-se com aspecto envelhecido, emagrecido, apático, por vezes revelando a sua ansiedade com um torcer de mãos. Começa por nos referir que o seu pénis e testículos estão mortos há já dois meses, considerando ser este facto *uma desonra* para a sua família. Continua referindo que o seu sangue *está estragado* e consequentemente as veias estão secas e os rins pararam há muito tempo, urinando água desde então. Chega a negar a própria existência afirmando: *já não existo, já não sou ninguém, fui o único culpado da minha morte!* Alguns dias após o internamento, menos ansioso, acrescenta que, ao reformar-se sentiu uma grande tristeza... *só queria morrer!* No entanto, continua a negar os seus órgãos: *os intestinos estão podres, não evacuo há anos*. O seu discurso é marcado pela convicção da extensão e envolvimento dos seus familiares mais próximos na sua doença, estando todos *condenados*.

MR, natural de uma zona rural, é o primeiro de uma frataria de quatro (1 homem de 56 anos, saudável e 2 mulheres, uma de 50 anos, saudável e outra falecida aos 40 anos de doença cardíaca). Aos 11 anos conclui a instrução primária, iniciando 2 anos depois a actividade de operário corticeiro, que desempenhará até à sua reforma aos 62 anos. Casa-se aos 28 anos, mantendo um bom relacionamento conjugal, tendo uma filha, única, saudável.

Nas doenças anteriores refere tumor da língua, há cerca de 40 anos, curado com radioterapia, sem sequelas psicopatológicas aparentes.

O seu pai, trabalhador rural, saudável, faleceu aos 86 anos (Fev./89) de doença cardíaca. Os últimos 14 anos da sua vida são passados em casa da filha, após ter recusado uma proposta de internamento num lar de idosos, idealizada por MR. Este fundamentava-se na escassez do espaço físico da sua casa, mas daquela intenção resultou um esfriamento da relação entre os dois. Ao ser abordado sobre este assunto, MR deixava transparecer sentimentos de culpabilidade. O relacionamento com o seu pai foi sempre marcado por ambivalência. O pai, com hábitos de jogo, demitia-se do seu papel de chefe de família, o que fazia com que MR assumisse o papel de *pater familiae* substituto. A mãe de MR, comerciante, saudável, faleceu há

aproximadamente 20 anos, com 75 anos de idade, de morte súbita. Era uma pessoa carinhosa e calma, de acordo com a descrição do doente. *Era uma mulher sempre disponível para os seus filhos*.

MR é descrito pelos familiares como uma pessoa ansiosa, trabalhadora, cumpridora e escrupulosa.

Na observação psiquiátrica apura-se:

Idade aparente superior à real, aspecto descuidado, muito emagrecido (perdeu cerca 13 Kg nos últimos dois anos). Tipo morfológico leptosómico; marcada lentificação psico-motora, olhar fugidio e cabisbaixo, facies triste, postura corporal retraída, aspecto geral de grande sofrimento. Orientado temporo-especialmente, auto e alo-psiquicamente. Discurso pobre, lentificado e monótono, de baixa tonalidade. Humor muito deprimido, com inquietação ansiosa; afectos depressivos; angústia melancólica permanente, sem ritmo circadiano. Pensamento revelando ideias de suicídio, de negação e morte de órgãos (pénis e testículos mortos, intestinos podres, veias secas), assim como das funções excretoras e por vezes da própria vida, com convicção delirante. Restrição do campo do pensamento, apenas centrado nas preocupações somáticas; ausência de antecipação do futuro; ideias delirantes de prejuízo e ruína. Sem alterações da percepção ou da memória, quer recente quer remota. Anorexia racionalizada na ausência de actividade do aparelho gastrointestinal e genito-urinário. Insónia.

Exame somático e neurológico sem alterações.

Os exames auxiliares de diagnóstico de rotina, EEG, VDRL, e TAC-CE não revelaram alterações. A ecografia prostática era sobreponível às efectuadas anteriormente.

Medicado com antidepressivos tricíclicos e ansiolíticos (Clomipramina 225 mg/d, Diazepam 15 mg/d e Flurazepam 30 mg/d), verificou-se uma melhoria franca do estado do doente: estabilização do humor, remissão das ideias de suicídio e da actividade delirante, melhoria do apetite com aumento de peso e regularização do sono. O internamento durou três semanas e teve alta melhorado. Após a alta o doente tem sido observado regularmente em Consulta Externa. Constatamos contudo, que embora tenha havido uma remissão da sintomatologia depressiva major, persistem queixas de colorido hipocondríaco e mantem-se o isolamento social prévio.

DISCUSSÃO

Depois da descrição inicial do quadro clínico de delírio de negação, acima referido, Jules Cotard introduz, em 1888, a noção de *delírio de enormidade*. Os doentes com esta forma de delírio sentem o seu corpo de tal forma transformado que poderia preencher o universo³.

Seglas, em 1897 retoma as ideias de Cotard, e organiza-as num quadro clínico posteriormente denominado Síndrome de Cotard.

Actualmente encontramos o delírio de negação muito raramente na sua forma completa, frequentemente associado a outros sintomas (alucinações, mutismo, auto-mutilações)⁵.

Podemos encontrar o Síndrome de Cotard nas formas graves de melancolia, mas também nas demências senis e pré-senis, paralisia geral e esquizofrenia.

Os delírios hipocondríacos da esquizofrenia são vivenciados frequentemente por sentimentos de estranheza do corpo e perturbações cenestésicas, mais frequentemente

fenómenos de demonopatia e zoopatia, de metamorfose sexual ou mesmo de fragmentação do corpo⁶.

A. Beley⁶, citado por P. Bernard e S. Trouvé considera que os temas hipocondriacos são vivenciados pelos esquizofrênicos como experiências delirantes estranhas, misteriosas, inefáveis, de causa persecutória, mas cuja origem o doente não procura conhecer.

Ao tentarmos enquadrar nosologicamente este caso pensamos serem necessárias algumas considerações acerca da melancolia de involução, inicialmente descrita por Kraplin em 1896. Com efeito, para alguns autores⁵ existiriam algumas características particulares das melancolias neste grupo etário que permitiriam fazer a distinção da depressão unipolar de início tardio. Assim, o facto do nosso doente não possuir antecedentes psiquiátricos anteriores, apresentar traços de carácter pré-mórbidos rígidos, obsessivos e escrupulosos, a crise ter início pouco tempo após a morte de seu pai (perda afectiva importante) e após situação vital difícil (reforma), o quadro clínico ser caracterizado por marcada angústia e auto-acusação, aponta no sentido de uma melancolia de involução. Características sugestivas de psicose maníaco-depressiva de início tardio seriam: história familiar de depressão unipolar e personalidade pré-mórbida com características ciclotímicas⁵.

A melancolia de involução responde habitualmente de forma favorável á terapêutica antidepressiva farmacológica (antidepressivos tricíclicos). Nos casos de insucesso aconselha-se terapia electroconvulsiva, a qual se tem demonstrado eficaz^{5,7}.

No caso que descrevemos, o doente não apresenta alterações da memória sugestivas de quadro demencial, nem apresentar doenças orgânicas de natureza consumptiva. Apesar de manter algumas queixas de colorido hipocondríaco, verificou-se a remissão da sintomatologia depressiva major e do quadro delirante. Contudo, tanto o início tardio do quadro clínico, insidioso e sem remissões durante 3 anos, como as queixas hipocondriacas residuais e a coartação da sua vida social, são provavelmente indícios de uma evolução menos favorável (cronicidade) e de prognóstico mais reservado.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - VALLEJO: Introduccion a la Psicopatologia y la Psiquiatria, Salvat 1991, 182-3.
- 2 - ROCHARD L, LE-ROUX A: Actualisation clinique du delire de negation globale. *Ann Méd Psychol -Paris*, 1986; 144: 971-85.
- 3 - HALFON O, MOUREU-SIMEONI MC, DUGAS M: Le Syndrome de Cotard chez le adolescent. *Annales Médico-Psychologiques*, 1985; 143, 9: 876-9.
- 4 - KAPLAN HI, SADOCK BJ: *Compêndio de Psiquiatria*. Editora Artes Médicas Sul, Ltda. 1990, 5ª edição, 302.
- 5 - HENRY EY, BERNARD P, BRISSET C: *Manual de Psiquiatria*. Manson 5ª edição, 933-5.
- 6 - BERNARD P, TROUVÉ S: *Semiologie Psychiatrique*. Manson, 1977; 177-8.
- 7 - VALLEJO: Introduccion a la Psicopatologia y la Psiquiatria. Salvat 1991; 709.