

COMPRENSIÓN PSICOANALÍTICA DEL SÍNDROME DE COTARD. REVISITANDO EL CASO SCHREBER

Pablo Santander T.¹

pablosantander1234@gmail.com

Resumen

En el presente artículo se hace una pequeña revisión del síndrome de Cotard, describiendo sus características psicopatológicas, para posteriormente realizar un análisis psicoanalítico del contenido delirante de este. Con este objetivo se utiliza el caso Schreber, en el que aparecen evidentes características del mencionado síndrome. Para ello se revisan aportes de Freud, Klein y Bion, siguiendo la reinterpretación del caso que hace John Steiner.

→ Palabras Clave

Síndrome de Cotard, Caso Schreber, Psicopatología psicoanalítica.

Abstract

In this article, a brief review of Cotard's syndrome is made, describing its psychopathological characteristics, to later carry out a psychoanalytic analysis of its delusional content. For this purpose, the Schreber case is used, in which evident characteristics of the syndrome appear. To this end, contributions from Freud, Klein and Bion are reviewed, following the reinterpretation of the case by John Steiner.

→ Key words

Cotard's Syndrome, Schreber's case, Psychoanalytical Psychopathology.

Introducción

El llamado síndrome de Cotard es un diagnóstico que pertenece a la psiquiatría clásica, que, al no estar presente en las clasificaciones psiquiátricas actuales, cayó en desuso. Esto en parte porque se prefirió no usar nombres propios en las clasificaciones diagnósticas y por los cambios paradigmáticos en los sistemas clasificatorios. Sin embargo lo anterior, la posibilidad de que las descripciones antiguas se mantengan influyendo en nuestra mirada actual aparece como algo deseable, ya que aportan un conocimiento antiguo, que puede colaborar a una nueva comprensión al unirse con nuestros conocimientos actuales.

Por la razón de que este síndrome no está presente en los sistemas diagnósticos contemporáneos, cada vez existen menos artículos sobre este tema, sumado a que, como mencionan varios autores (Martínez Pardo 1982, Porot 1977, Alonso Fernández 1988), su presentación clínica se ha hecho mucho menos frecuente. En este sentido, cabe recordar que Cotard describía que aproximadamente un 10 % de los cuadros depresivos tenían esta evolución, y se veía en cuadros crónicos y reiterativos (Seglàs 2009 [1897]). Quizás el hecho de la implementación de tratamientos eficaces a los cuadros graves y crónicos también ha influido en la disminución de su presentación. En esto, sin duda resulta importante el desarrollo

1 Psiquiatra. Psicoanalista. Miembro Titular Asociación Psicoanalítica Chilena.

psicofarmacológico de los antidepresivos, como el mucho mayor acceso a establecimientos de salud.

El objetivo del presente artículo es realizar una comprensión psicoanalítica del mencionado síndrome, con la idea de que, si bien esta presentación clínica es hoy infrecuente, ciertas manifestaciones de él si son frecuentes y su comprensión colabora en el entendimiento de elementos encontrados en cuadros depresivos de hoy en día. Los conocimientos psicoanalíticos contemporáneos permiten una comprensión de este cuadro, que da luz a ciertos síntomas que vemos en nuestros pacientes.

Sobre el síndrome de Cotard

Jules Cotard fue un médico francés que vivió entre 1840 y 1889¹⁵ y que tuvo una importante presencia en el pensamiento psiquiátrico de su época. Él opinaba que el conocimiento que se tenía sobre el cerebro era insuficiente como para que las clasificaciones psicopatológicas se fundaran en propuestas etiológicas, proponiendo más bien, clasificaciones sintomáticas. De la misma forma, proponía que los cuadros delirantes no se clasificaran según su contenido, sino según el afecto que lo generaba.

En el año 1880, en una comunicación titulada "Sobre el delirio hipocondríaco en una forma grave de la melancolía ansiosa", Cotard documentó el caso de una mujer de 43 años que creía que "no tenía cerebro, nervios, pecho ni entrañas y que solo era hueso y piel" y que no necesitaba alimentarse porque "era eterna y viviría por siempre". Había pedido que la quemaran e hizo varios intentos de suicidio. Murió de hambre porque se negaba a comer. (Berrios).

Posteriormente, en 1882, Cotard presentó otro trabajo titulado "El delirio de negación" (que ha sido traducido como delirios nihilistas) en el que plantea "deseo aventurar el término delirio des negations para referirme a esos casos [...] en los que los pacientes presentan una marcada tendencia a negarlo todo." (Cotard, 1882 en Berrios) describiendo la negación de la propia existencia y del mundo.

En 1893, Emmanuel Regis acuñó el epónimo de delirio de Cotard y Jules Seglas, en 1897, popularizó el término. Este último, contrariamente a Cotard, propuso que estos cuadros no constituían una entidad clínica diferente, sino una forma severa de melancolía ansiosa (que hoy llamaríamos depresión). Un autor posterior, Cristiani (1892), apoyó la idea de que existía una asociación entre el síndrome de Cotard y la paranoia crónica.

En los desarrollos posteriores del síndrome, ha existido una relación de asociación permanente entre este y cuadros depresivos severos, siendo esta manifestación considerada como una orientación a posibles elementos depresivos.

El cuadro clínico

Al ser denominado síndrome, se incluye a diferentes cuadros que pueden presentar esta sintomatología, sin embargo, lo más habitual es en relación con cuadros depresivos graves. German Berrios, en su libro "Historia de los síntomas de los trastornos mentales" comenta en este sentido que "...Cotard optó por la idea de que el delirio *des negations* era un subtipo de enfermedad depresiva. En el debate posterior a la muerte de su autor, se concluyó que era un síndrome, o sea, una colección de síntomas que podía encontrarse asociada con otras enfermedades tales como la depresión agitada, (melancolía ansiosa) o parálisis general. Pero se convino que las características centrales eran la ansiedad y los delirios de negación, condenación y enormidad". (pág. 392).

La descripción clínica dada por el mismo Cotard orienta a que los pacientes llegan a creer que sus órganos internos han paralizado toda función, que sus intestinos no funcionan, que su corazón no late, que no tienen nervios, ni sangre ni cerebro e incluso que se están pudriendo, llegando a presentar algunas alucinaciones olfativas que confirman su delirio (olores desagradables, como a carne en putrefacción), incluso pueden llegar a decir que tienen gusanos deslizándose sobre su piel.

Los contenidos delirantes son descritos como la certeza de la falta de órganos internos o de orificios como boca o ano. Estar muerto o tener la certeza de no existir. Además, y paradójicamente se describe la certeza de inmortalidad, o de ser un muerto viviente (cadáver andante). En este sentido, se describen los delirios de negación (de carácter hipocondríaco, de estar vacío por dentro o en estado de putrefacción), delirio de inmortalidad y delirio de cadáver viviente.

De esta forma, en sus formas más complejas, el paciente llega a defender la idea de que en realidad él mismo está muerto e incluso que han fallecido personas allegadas a él. Junto con esta creencia de muerte el paciente mantiene una idea de inmortalidad, como si se hubiera convertido en un «alma en pena».

Aportes desde el psicoanálisis:

A continuación, haremos una revisión teórica de elementos psicoanalíticos que permiten comprender elementos de este síndrome, usando como ejemplo el conocido caso de Schreber, el magistrado que publicó sus memorias, y que Freud realizó una interpretación de este. En este caso se visualizan los elementos del síndrome de Cotard, los que han sido en general pasados por alto, pero que son propuestos por John Steiner (2017) en una reinterpretación de este, del cual este artículo solo busca desarrollar mayormente los elementos del síndrome de Cotard. En ese trabajo, Steiner hace una reinterpretación del caso en su globalidad. Acá nos centramos específicamente en los elementos de este

15 Su temprana muerte se debió a un ataque de difteria contagiado por su hija.

síndrome del caso, con el fin más bien de comprender la psicopatología de estos síntomas e ideas delirantes desde el punto de vista psicoanalítico, más que reinterpretar el caso Schreber.

Para comenzar, es importante mencionar, que este (el síndrome de Cotard) no es un tema mayormente desarrollado en particular por el psicoanálisis. De hecho, Freud nunca utilizó este concepto, pero, al leer el famoso análisis de "Sobre un caso de paranoia descrita autobiográficamente" (1911), más conocido como el caso Schreber, nos encontramos con claros síntomas descritos en este síndrome:

"Sostiene haber experimentado en los primeros años de su enfermedad destrucciones en diversos órganos de su cuerpo, que a cualquier otro hombre le habrían provocado indefectiblemente la muerte desde mucho tiempo atrás, pero él ha vivido un largo periodo sin estómago, sin intestinos, sin pulmones casi, con el esófago desgarrado, sin vejiga, con las costillas rotas, muchas veces se ha comido parte de la laringe al tragar, etc." (pág. 17).

El texto de Freud hace un análisis de la segunda hospitalización del magistrado, lamentablemente se conoce poco del primer episodio, sin embargo, el relato del propio Schreber describe que estaba tomado por intensas ideas de muerte haciendo repetidos intentos suicidas. Steiner (2017) comenta que de la lectura de las notas de hospitalización (recuperadas en 1956 por Baunmeyer) se hace evidente los síntomas y el afecto depresivo que es descrito. En este se describe que Schreber rehusaba la comida, y pasaba largos periodos inmóvil, pareciendo permanecer en un estado de estupor. Se creía muerto y podrido, por lo que quería pagar para que le cavaran una fosa. Posteriormente, la hipocondría va adquiriendo cada vez más rasgos paranoides (en esto recordamos la descripción de Cristiani en 1892, descrita previamente).

Recordemos que este juez, que alcanzó a ocupar importantes cargos, presentó un primer episodio de descompensación posterior a presentarse como candidato a la cámara del parlamento que le hizo requerir una hospitalización por unas semanas, siendo un episodio no bien descrito de síntoma hipocondríacos, del cual se recuperó, volviendo a su vida normal. Posteriormente, unos siete años después, luego de enterarse de su designación para el tribunal superior, tiene una recaída, en que el cuadro varía, con contenidos delirantes de emasculación, en que siente que su cuerpo está transformándose en un cuerpo de mujer, y un delirio de ser fecundado por Dios y de generar una nueva especie humana. El análisis que hace Freud de este caso rebasa el sentido de este escrito, sin embargo, quisiera resaltar que se propone que el delirio es un intento de restitución de un mundo interno que se encuentra en destrucción, esto es, que el mundo externo que está destruyéndose sería una proyección de su mundo interno, y se encuentra en un esfuerzo de reestablecerlo. En este sentido, podemos subrayar la idea de un primer episodio y la etapa temprana del segundo, con síntomas hipocondríacos tipo Cotard en que los elementos del mundo interno son atacados y

destruidos, siendo proyectados en órganos corporales que dan origen a los síntomas hipocondríacos. Posteriormente en el curso del segundo episodio, se hace un esfuerzo omnipotente, intentando la restitución delirante y evitando un colapso similar al primer episodio. Creo importante decir que, para Cotard, los síntomas paranoides eran frecuentes en estos cuadros nihilistas, y Regis pensaba que el Cotard podría ser una etapa intermedia entre lo depresivo y lo paranoide/persecutorio.

Freud en el texto mencionado, en general se aboca a dar explicación a los elementos proyectivos, y en general a la fase paranoide del cuadro, usando este caso como ejemplo de la explicación que sostiene estaría a la base de la paranoia. En el texto de Duelo y melancolía (1917), Freud describe la identificación que sufre el yo del paciente melancólico con el objeto perdido ("la sombra del objeto cae sobre el yo"), en la que describe una escisión interna al yo, en la que un aspecto emite quejas y juicios deplorables a otro aspecto, que está identificado con el objeto perdido.

Posteriormente, Melanie Klein, propuso las posiciones esquizoparanoide y depresiva. La primera sería una escisión del objeto y del yo en aspectos buenos y malos, y la segunda se trataría de la dolorosa integración de estos aspectos. Propone que, si no hay un yo suficiente, o las condiciones externas son más difíciles, esta escisión se intensifica y se dificulta la necesaria integración posterior. Posteriormente describió el mecanismo de la identificación proyectiva, en el que aspectos del self son depositados en el objeto, en el cuerpo o en el mundo externo. Este mecanismo produce un sentimiento de ser vaciado internamente. También describió la regresión posible desde el intento doloroso de integración depresiva a la posición esquizoparanoide, con los mecanismos propios y ansiedades de esta.

En esta línea de pensamiento, podemos proponer las fantasías del objeto dañado o muerto con el cual el niño se identifica como defensa frente a la culpa y pérdida del objeto. Este pecho es para el infante el representante del mundo externo, por lo que su destrucción es sentida como la destrucción del mundo. Al mismo tiempo, la identificación con esta destrucción genera los síntomas hipocondríacos como los órganos dañados o destruidos. También la sensación delirante de estar muerto en vida. Es lo intolerable de estas angustias lo que provoca una regresión a la posición esquizoparanoide, con elementos maníacos que buscan aliviar el dolor.

Esta regresión descrita, implica que la preocupación por el objeto sea más bien una crítica de un superyo crítico proyectado en Dios o en el Dr. Fleshsig, con los subsecuentes delirios que incluyen la emasculación de su cuerpo, que da cuenta de la identificación con la madre.

Por otra parte, posteriormente, Bion describió cómo se produce en cierto tipo de pacientes en que predominan aspectos psicóticos, lo que llamó un ataque al vínculo. En estos se ataca por ejemplo la palabra misma. El ataque genera que el contenido simbólico de esta se pierde, quedan-

do la palabra en su concreitud, sin su significado simbólico. Paralelamente a este ataque, Bion describió que en casos como estos existiría lo que llamó un super-super yo, como una instancia interna sádica y cruel, que actúa atacando al yo despiadadamente.

Ninguno de estos tres autores menciona en su fecunda producción el concepto al que nos estamos refiriendo, no aparece mencionado el síndrome de Cotard en ninguna ocasión, sin embargo, con estas ideas vertidas, podemos plantear una comprensión psicoanalítica de los fenómenos descritos en este.

En primer término, hay que considerar que se trata de un cuadro psicótico, en la que se desarrollan contenidos delirantes. En este sentido, la renegación, en el sentido de mecanismo de negación de la realidad, es importante. En este caso, no es solo que se evacue de la conciencia, sino del aparato mental en sí mismo, a través del tipo de mecanismos descritos previamente, en donde primero se escinde y luego se expulsa a través de identificación proyectiva, dejando una sensación de vacío interno, o por identificación con la fantasía de objeto dañado, sintiendo los órganos internos dañados. Si bien, son fenómenos psicóticos, la propuesta es continuadora de lo propuesto por Freud, en el sentido de que este tipo de mecanismos se encuentran también en pacientes en que su predominio no es psicótico. También, en el sentido de que los contenidos delirantes son posibles de comprender, como dando cuenta de una verdad que ha sido sometida a una transformación en alucinosis (Bion).

Decía que se expulsa a través de la identificación proyectiva elementos indeseados o sentidos como "reprobables" del sí mismo. Producto de los mecanismos de ataque al pensamiento, en donde lo simbólico se pierde, se vivencia que lo criticado interno, o lo dañado es olido como putrefacto, y las sensaciones de vacío son sentidas concretamente. La instancia crítica es particularmente hostil y crítica, siendo una instancia temida. Esta instancia actúa como un objeto interno malo que ataca sádicamente y para evitar ese ataque, se utilizan defensas maniacas que rescaten de este ataque severo y cruel. En este sentido, el contenido delirante de Schreber, de reconstrucción del mundo, es secundario a la destrucción ejecutada por este super superyo crítico, el que es sacado y la reconstrucción del mundo externo de su delirio sería un intento de salir de estos intensos ataques iniciales a un estado de unión con un Dios con el que generará una nueva especie de hombres, en identificación con la madre, la que como objeto desaparece del mundo interno, solo quedando en la identificación.

Aparece en este sentido interesante la propuesta sindromática hecha por Cotard, y que no corresponde a un cuadro etiológico, sino, más bien, ser parte de un proceso evolutivo, como fue el caso del caso citado.

Dos elementos interesantes incluidos en este síndrome son, por un lado, el mencionado ataque al vínculo, en el sentido de generar un concepto que queda desprovisto

de su simbolismo, generando una cierta concreitud, un ejemplo de esto es el paciente citado por Resnik (1954), en un trabajo sobre una paciente con este síndrome, en que esta le comenta que sabe que el agua está formado por hidrógeno y oxígeno, pero no puede entender cómo estas moléculas se unen, a lo que este analista, le interpreta que no logra entender cómo se produce la unión de una pareja (incluyendo la pareja terapéutica). El otro elemento es la idea delirante de inmortalidad; en general la concepción del paso del tiempo es uno de los hechos de la vida dolorosos de aceptar (Money-Kyrle), pero en este caso se ve incrementado por el vaciamiento emocional, y de intereses, que le genera una sensación de vida sin sentidos, en vacío. Por otra parte, es la idea de alma en pena, en la que la inmortalidad es sentida como un purgatorio, como un castigo del que nunca podrá salir.

Estos elementos descritos propios del síndrome con relación a un castigo eterno, e inmortal, recuerdan el mito de Prometeo, en cuanto a modelo de persona que osa desafiar a los dioses, robándoles el fuego y la luz, y recibiendo de ellos el castigo eterno de que este encadenado fuera atacado por un águila y que le comiera su hígado, siendo este inmortal, su hígado se regeneraba cada noche. Siendo este un castigo eterno. Este mito es de interés en el poder pensar un modelo que permite dar elementos a la fantasía descrita.

Dos aspectos finales que deseo aludir vienen de la experiencia de psiquiatras clínicos:

Uno, es la asociación descrita del síndrome de Cotard con cuadros orgánicos cerebrales, como infartos cerebrales u otros (Weiss, 2013). En este sentido podemos pensar que el intento reparatorio que implica el contenido delirante puede ser desde la pérdida de simbolización generada por el daño orgánico concreto, como el daño psicológico del ataque descrito por Bion.

También en este sentido, es coherente pensar que los cuadros más manifiestos son mucho menos frecuentes hoy en día, ya que hoy la evolución en general es de tratamientos durante el curso, y la evolución más crónica necesaria para algunos de estos síntomas es menos frecuente.

Conclusión

En el presente breve artículo, he intentado recordar este síndrome, ya que me parece que aporta elementos clínicos de importancia, que, aunque no tiene la misma frecuencia que antaño, existen en él elementos que se encuentran en la clínica actual.

Dentro de esta formulación, se proponen elementos comprensivos al recordado caso Schreber, proponiendo elementos depresivos en relación con un superyo severo, y un intento de reparación de lo difícil de aceptar sobre su imposibilidad de tener hijos, y las dificultades en vivir los éxitos de su carrera, derivados de una crítica severa a sí mismo. No se realiza una reinterpretación completa del caso, sino, solamente se analizan los elementos descritos por Cotard del caso, no abordados por Freud. Los elementos paranoides y la posterior conformación de refugio delirante (descrito por Steiner) no es abarcado en este trabajo.

En este mismo sentido, aparece importante la consideración de los cuadros dentro de una evolución y no como cuadros fijos, sino la posible variabilidad o defensas que se pueden generar en torno a evitar ciertas experiencias previas, formándose neo ilusiones, que en el caso visto sería delirante. Lo que se plantea en este sentido es que existe un dinamismo psicopatológico que es importante de mantener en mente, las que se correlacionan dentro de elementos afectivos que en el caso mencionado generan un posterior refugio psíquico delirante, que ha sido lo que ha generado más atención psicopatológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Fernández F. [1988]. La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Ed Labor. Barcelona; pp 67-74.
2. Berrios, G. [2008]. Historia de los síntomas de los trastornos mentales. Fondo de cultura económica. México.
3. Bion W. [1952]. Ataque al vínculo. En: Volviendo a pensar. Paidós. Buenos Aires.
4. Bion, W. [1962]. Aprendiendo de la experiencia. Paidós. Buenos Aires.
5. Cotard, J. [1880]. Du delire hypocondriaque dans une forme grave de melancolie anxieuse. Annales Medico-Psychologiques: 4: 168-174.
6. Cotard, J. [1882]. Du delire de negations. Archives de neurologie. 4 pp152-170.
7. Cristiani, A. [1892]. Delirio di negazione. Nuova Rivista. Roma.
8. Freud, S. [1911 [1910]]. Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia [Dementia paranoides] descrito autobiográficamente. Obras completas. Amorrortu. Buenos Aires.12.
9. Freud, S. [1917]. Duelo y melancolía. Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires. 14.
10. Klein, M. [1935]. Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. Obras completas. Amorrortu. 2.
11. Klein, M. [1940]. El duelo y su relación con los estado maniaco depresivos. Obras completas. Amorrortu.3.
12. Klein, M. [1946]. Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. Obras completas. Amorrortu. 3.
13. Martínez Pardo F. [1982]. El Síndrome de Cotard, un siglo después. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1982; 10, 3: 127-136.
14. Money-kyrle, R. [1968]. Cognitive development. The collected papers of Roger Money-kyrle. Clunie Press. London.
15. Porot A. [1977]. Diccionario de Psiquiatría. 3.a edición. Ed Labor. Barcelona.
16. Régis E. [1893]. Note historique et clinique sur le delire des negations. Gazette medicale de Paris, 2. pp 61-64.
17. Resnik, S. [1954]. Síndrome de Cotard y dispersión. Aportaciones al problema de la negación. Revista de psicoanálisis. Buenos Aires. pp. 81-101.
18. Schreber, D.P. [1903]. Memoirs of my nervous illness. MacAlpine& R.A. Hunter. London. [ed. And trad.].1955.
19. Séglas, J. [1897] Le délire des negations. Masson. Paris.
20. Steiner, J. [2017]. La mirada, el dominio y la humillación en el caso Schreber. En: Ver y ser visto. Saliendo de un refugio psíquico. Ed. MPPSM. Madrid. Cap.2. pp 71-96.
21. Weiss, C. Santander, J. Torres R. [2013]. Catatonia, Neuroleptic Malignant syndrome, and Cotard syndrome in a 22-year-old woman: a case report. Hindawi Publishing corporation. Vol.2013. article id 452646.