

Het syndroom van Cotard

Een herwaardering aan de hand van twee patiënten met een onsterfelijkheidswaan

door J. A. C. Bleeker en H. Sno

Inleiding

Een eeuw geleden heeft de Franse psychiater Jules Cotard (1840-1887) een ziektebeeld beschreven, waaraan hij de naam 'Le Délire des Négations' gaf. Het artikel omvatte de ziektegeschiedenissen van elf patiënten. Sindsdien is zijn naam verbonden aan een van de weinige naar personen genoemde ziektebeelden in de psychiatrie. In de loop van de tijd is de inhoud van het ziektebeeld dat men met de naam 'Cotard' aanduidde veranderd.

Cotard meende een specifieke vorm van depressie geïntroduceerd te hebben, gekarakteriseerd door nihilistische wanen: '... , on peut dire que le délire des négations est un état de chronicité spécial à certains mélancoliques intermittents dont la maladie est devenue continue'. (Cotard, 1882).

Dat hij het beeld ook opvatte als syndroom voorkomend bij naar oorzaak verschillende ziektebeelden, blijkt uit de indeling die hij maakt van zijn gevallen in drie categorieën: ten eerste primaire gevallen (tabel I, nrs. I t/m VIII), ten tweede symptomatische (IX) (hij noemt het voorkomen bij een patiënt met *dementia paralytica*) en ten derde samen met achtervolgingswanen (X en XI). De mening van Cotard, dat hij een nieuw type depressie had beschreven, is door tijdgenoten en door latere vakgenoten herhaaldelijk bestreden (Séglas, 1897; Ey, 1950; Enoch, 1979). Zo men het bestaan van het ziektebeeld al aanvaardde, was men niet bereid het te beschouwen als een ziekte-eenheid, maar was men meer geneigd het te zien als een syndroom: Het syndroom van Cotard.

De discussie over het syndroom van Cotard werd van meet af aan gecompliceerd door onduidelijkheid omtrent de omschrijving van het symptomencomplex. In zijn in 1897 gepubliceerde monografie over de *Délire des Négations* constateerde Séglas, dat deze ondui-

Schrijvers zijn resp. psychiater, als chef de clinique, en arts-assistent, destijds als zodanig verbonden aan het Psychiatrisch Centrum van het Academisch Ziekenhuis te Amsterdam.

delijkheid mede te wijten was aan het inconsequente gebruik van de term *délire des négations* door Cotard zelf: '... et cela d'autant plus que Cotard lui-même emploie le terme *délire de négations* pour désigner tantôt les seules idées de négation, tantôt l'affection dans tout son ensemble'. In Frankrijk is het syndroom van Cotard in de loop der tijd in het klinisch spraakgebruik vrijwel tot synoniem van chronische depressie geworden (Ey, 1950) cf. Baruk (1959) en Tremin (1982). In de Nederlandse literatuur is het syndroom enige malen besproken. Carp wijdde er in 1932 een klinische les aan in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Hij beschouwde het als 'een bijzonderen vorm der manisch-depressieve psychosegroep'. In zijn proefschrift 'Hypochondrische syndromen' beschreef La-dee (1966) het beeld als een hypochondrisch-depersonalisatie syndroom. Kuiper (1973) noemt het de kwellende onsterfelijkheidswaan zonder er een bepaalde etiologie aan te verbinden.

In de Verenigde Staten onderkent men het syndroom in het algemeen niet als afzonderlijk symptomencomplex. Ariëti (1974) brengt het beeld onder bij het 'paranoid type of involutional psychosis'. Freedman en Kaplan (1980) schrijven: 'Patients with this syndrome do not appear to differ from those who manifest what psychiatrists usually call nihilistic delusions, although Cotard described patients in whom these delusions were particularly intense'. In het moderne psychiatrische spraakgebruik, waarin het syndromale denken een overheersende plaats heeft gekregen, lijkt de naam Cotard nog maar met een bijzonder symptoom geassocieerd geraakt: in de USA de nihilistische wanen, in Nederland de waan niet meer te kunnen sterven.

Symptomatologie volgens Cotard

Teneinde uit te kunnen maken of en in hoeverre de ziektebeelden van de hieronder beschreven patiënten lijken op het door Cotard beschrevene, volgen hier de verschijnselen van de '*délire des négations*' met een korte toelichting waar nodig:

1. stemmingsanomalie: depressief-angstig (*mélancolie anxieuse*), depressief-geremd (*mélancolie avec stupeur*);
2. nihilistische wanen: idées de négation;
3. onsterfelijkheidswanen: idées d'immortalité;
4. depressieve wanen: *délires mélancoliques*;
5. sensibele stoornissen: troubles de la sensibilité;
6. hallucinaties;
7. gedragsanomalie: la folie d'opposition.

Het in veel publikaties genoemde 'idée d'énormité' (onmetelikeidswaan) werd door Cotard in de oorspronkelijke publikatie (1882) niet vermeld. Hij voegde dit pas in 1888 aan het syndroom toe. (Séglas, 1897).

Ad 2. De idées de négation hebben als inhoud een ontkenning van het bestaan van zichzelf en/of anderen op psychisch, sociaal, somatisch en/of metafysisch niveau. Aanvankelijk kan dit zich uiten in

depersonalisatie-achtige verschijnselen. Cotard sprak hier van 'hypochondrie morale'. Vervolgens wordt ook het lichaam in het waansysteem betrokken. De patiënten menen dat organen of ledematen niet meer functioneren dan wel verdwenen zijn. Uiteindelijk kunnen ook de buitenwereld (familie, vaderland) en het metafysisch bestaan (God, eigen existentie) ontkend worden.

Ad 3. De idées d'immortalité komen voort uit de overtuiging dat het lichaam zich in een bijzondere zijnstoestand bevindt. De onsterfelijkheidswanen hebben dus een hypochondrisch karakter. De patiënten menen dat zij reeds lang overleden zouden zijn, wanneer zij niet onsterfelijk waren geweest. Zij verkeren in een toestand, die tussen leven en dood in staat. Zij beschouwen zich als levende doden. (Cotard, 1880).

Cotard (1882) meende dat de kwellende onsterfelijkheidswaan vooral optrad, wanneer er sprake was van een angstige geagiteerdheid. De patiënten, bij wie de geremdheid meer op de voorgrond stond, zouden zich veeleer inbeelden dood te zijn. Deze beelden zouden ook afwisselend kunnen optreden, zodat de patiënten nu eens beweren dood te zijn, om vervolgens te verklaren nooit te zullen sterven.

Ad 4. De délires mélancoliques betreffen met name verdoemenissen en possessiewanen in combinatie met zelfdepreciatie en eventueel gepaard gaande met schuld- of armoedewanen. Cotard (1880) formuleerde: 'Il est remarquable que tous les malades chez lesquels j'ai trouvé mentionné le délire hypochondriaque avec idée d'immortalité, étaient dominés par des idées de damnation de possession diabolique, en un mot présentaient les caractères de la démonomanie ou la folie religieuse'.

Ad 5. Cotard stelde dat er bij patiënten met een angstige geagiteerdheid een hyperalgesie aangetroffen kon worden, terwijl bij de geremde vorm een analgesie kon voorkomen. De analgesie zou een verklaring kunnen vormen voor de bij verschillende patiënten geobserveerde automutilatie (Cotard, 1882).

Ad 6. Deze waarnemingsstoornissen zijn niet specifiek of obligaat. Het betreft meestal auditieve en visuele hallucinaties, die de actuele preoccupaties van de patiënten representeren (Cotard, 1882).

Ad 7. Het gedrag van de patiënten omschreef Cotard, in navolging van Guislain, die een dergelijke houding reeds in 1852 beschreven had, als la folie d'opposition. Deze gedragsanomalie wordt gekenmerkt door een gesystematiseerde verzetshouding, die gepaard kan gaan met:

- (a) mutisme: zelden totaal. Het gesproken woord kan zich beperken tot het antwoord 'nee' (Séglas, 1897);
- (b) voedselweigering: is vaak totaal (Cotard, 1882);
- (c) neiging tot suïcide: het tentamen kan opgevat worden als een uiterste en wanhopige poging van de patiënten om zichzelf te bevrijden van de ondragelijke kwellingen en beproevingen. Daarnaast kunnen de patiënten menen de mensheid te moeten verlossen van een rampspoed en verderf zaaiend individu. Het mislukken van hun pogingen tot zelfdoding kan door de patiën-

ten beleeft worden als een bevestiging van hun onsterfelijkheid en ze ontmoedigen verdere pogingen te doen. . . 'et cette idée, qu'il ne peut mourir, le fait quelquefois renoncer à de nouvelles tentatives, de l'inutilité desquelles il ne doute pas'. (Séglas, 1897);

- (d) automutilatie: volgens Séglas terug te voeren op dezelfde denkstoornissen, die kunnen leiden tot een tentamen suïcidii;
- (e) verandering van taalgebruik: deze kan bestaan uit het gebruik maken van de derde persoon enkelvoud of een aanwijzend voornaamwoord, wanneer de patiënten over zichzelf praten. Sommige patiënten praten nog uitsluitend in de ontkennende vorm: 'Leur montre-t-on une rose par exemple; ils disent: ce n'est pas une rose'. (Séglas, 1889; 1897).

Séglas (1897) wees er tenslotte op, dat de omschrijving 'négations' niet alleen verwijst naar de loochening van het bestaan inherent aan de nihilistische wanen, maar ook naar de oppositionele en gesystematiseerde verzetshouding van de patiënten, alsmede het taalgebruik in de ontkennende vorm.

Etologie

Beschouwde Cotard het als een specifieke vorm van depressie, Séglas (1897) meende dat het door eerstgenoemde auteur beschreven symptomencomplex kan optreden als gevolg van een groot aantal ziektebeelden, waaronder depressie. Hij baseerde dit op eigen observaties. Zijn opvatting werd later bevestigd door verschillende publikaties, waarin het beeld werd beschreven bij onder andere schizofrenie, dementia paralytica, epilepsie, alcoholisme, involutie-psychosen, (pre-)seniele demantie, verwardheidstoestanden, encephalitis epidemica en cerebraal-organische psychosen. Nog onlangs publiceerde Cambell (1981) een ziektegeschiedenis, waarbij het syndroom van Cotard optrad bij een patiënt met typhus. Het is opmerkelijk dat het merendeel van de aandoeningen, waarmee het syndroom van Cotard in verband gebracht is, symptomatische of organische psychiatrische beelden zijn (Enoch, 1979). Over het optreden van het syndroom van Cotard bij schizofrenie schreef Ey (1950), dat het hierbij meestal zou gaan om geïsoleerde nihilistische wanen. Het volledige syndroom zou zeldzaam zijn bij schizofrenie. Daarnaast benadrukte Ey de analogie van la folie d'opposition en het katatone negativisme.

Naast het door Cotard beschreven symptomencomplex, wees Séglas op het bestaan van varianten van het syndroom. Hij doelde hiermee onder meer op het voorkomen van formes frustes met een onvolledige symptomatologie. Bij de formes frustes zouden met name de depressieve en onsterfelijkheidswanen kunnen ontbreken. Séglas meende, evenals Ladee (1966) na hem, dat deze formes frustes veel vaker voorkomen dan het syndroom van Cotard met een volledige symptomatologie, dat door het merendeel der auteurs (Enoch, 1979; Leger, 1971; Ariëti, 1974) als een zeldzaam verschijnsel wordt beschouwd. Het ziektebeeld zou voornamelijk

waargenomen kunnen worden bij patiënten, die de middelbare leeftijd reeds gepasseerd zijn en meer bij vrouwen dan bij mannen (Séglas, 1897; Enoch, 1979). Leger (1971) veronderstelde, dat het beeld nog zeldzamer is geworden dan in de tijd dat Cotard zijn inzichten publiceerde. Dit zou terug te voeren zijn op de toegenomen medicamenteuze therapiemogelijkheden en de toegenomen intellectuele en culturele ontwikkeling van de patiënten.

Pathogenese

Over de pathogenese van het syndroom van Cotard is veel geschreven en niet minder gehypothetiseerd. Veel negentiende-eeuwse auteurs trachtten het beeld te verklaren als een stoornis in de coenesthesie. Onder coenesthesie werd verstaan de totaliteit van het normale lichaamsbeleven. (Duits: 'Gemeingefühl'). Het is de vage en diffuse totaliteit van de tesamen niet of nauwelijks bewuste orgaan- en lichaamsgebaarwordingen, krachtens welke de normale mens een als het ware fundamenteel beleven heeft er lichamelijk te zijn (Ladee, 1976). Cotard meende in 1884 dat er een verlies van voorstellingsvermogen (vision mentale) aan het ziektebeeld ten grondslag zou liggen. Hij doelde hiermee op het onvermogen van patiënten om in hun gedachten een niet aanwezig object te zien: 'l'incapacité de voir mentalement les objets absents'. Daarnaast verklaarde hij het syndroom als een gevolg van een pathologische interpretatie van sensibele verschijnselen ('une interprétation malade d'un phénomène sensible'.) (geciteerd door Ey, 1950). Séglas meende dat er een stoornis in de coenesthesie was opgetreden als gevolg van een stoornis in de lichaamsperceptie: 'Nous avons vu tout à l'heure les modifications survenues dans la perception interne ou corporelle par suite des troubles du sens coenesthetique'. (Séglas, 1897). Daarnaast zou er een stoornis in de perceptie van objecten in de buitenwereld optreden op basis van een gestoorde mentale synthese. Tijdgenoten van Cotard en Séglas verklaarden de stoornissen in de coenesthesie wel als gevolg van een laesie in een 'coenesthetisch centrum', dat zich in de hersenschors zou moeten bevinden (Ey, 1950).

Auteurs uit het begin van de twintigste eeuw verwierpen de coenesthopathische theorie; zij veronderstelden een stoornis in het lichaamsschema, een agnosie op basis van een laesie in de pariëtale schors (Ey, 1950). Ey merkte hierover op dat deze meer modern gevonden verklaring van de coenestopathische theorie slechts verschilde wat betreft naamgeving. Een niet gering aantal auteurs meenden ook een erfelijke factor bij het ontstaan van het syndroom van Cotard niet uit te kunnen sluiten (cf. Enoch, 1979). Psychoanalitici gingen bij hun psychopathogenetische verklaringen uit van de hypochondrie en het depersonalisatiebeleven. Zij benadrukten de rol van het nihilisme als afweermechanisme, als ontkenning (Ey, 1950; Dietrich, 1971).

De paranoische ontkenning dient gezien te worden als een extra, zij het ondoelmatige, versterking van de afweer, wanneer de hypo-

chondrie en depersonalisatie daarin tekort geschoten zijn (Ladee, 1966).

Dat men de mogelijke ziekmakende invloed van de sociale omstandigheden reeds aan het eind van de vorige eeuw onderkende, moge blijken uit een opmerking van Séglas (1897): '... il en existe peut-être une autre due à l'éducation, au milieu social. Car c'est là encore une particularité digne de remarque, que, si on peut observer des cas de ce délire des négations (type Cotard) dans les asiles publics, il s'agit, dans la plupart des observations, de malades internés dans des pensionnats ou des asiles privés'. De invloed van het sociale milieu wordt ook besproken door Van der Spek (1972) en Tremin (1982).

Ziektegeschiedenissen

Patiënte A

Patiënte A is een 48-jarige gehuwde vrouw, die bij ons werd opgenomen in verband met depressiviteit, slapeloosheid, de angst om de straat op te gaan en angstige dromen, veroorzaakt door een paranormaal complot. Bij opname werd een tengere, bedeesde en modieus gekleed gaande vrouw gezien. Het bewustzijn was helder en de oriëntatie intact. Haar stemming was somber met vitale kenmerken. Zij werd op dat moment niet suïcidaal bevonden.

Speciële anamnese—Medio 1978, vertelde zij, had zij voor het eerst paranormale belevenissen gehad. Kijkend in de spiegel had zij zichzelf met spierwit haar gezien. Ook had zij op een herfstige dag, tijdens een wandeling, een vliegende schotel zien landen. Enige weken later had zij op een dag midden in de winter de zon hoog aan de hemel zien staan, terwijl de zonnestrallen vreemde reacties in haar huid opwekten. Door al deze vreemde ervaringen was patiënte zeer angstig geworden. Op advies van haar huisarts werd zij opgenomen in een psychiatrische inrichting. Na drie weken was zij weer weggegaan, omdat zij het idee had dat er met haar geëxperimenteerd werd.

Na deze opname maakte zij wederom enkele angstaanjagende voorvallen mee. Zij zou bestraald zijn vanuit een radiowagen en haar telefoon zou zijn afgeluisterd. Zij kreeg boodschappen via de radio en had op de televisie beelden gezien, die alleen door haar waargenomen konden worden. De boodschappen waren afkomstig van een reeds overleden familielid en behelsden onder meer de voorspelling dat zij wanstaltig dik zou worden. Ook was zij getuige geweest van een reeks afschuwelijke ongelukken, waarbij haar man en vier zonen achtereenvolgens waren omgekomen.

Na een tentamen suïcidii werd patiënte wederom in een psychiatrische inrichting opgenomen. Ook deze opname werd door patiënte zelf beëindigd, omdat toch niemand haar kon helpen en niemand haar geloofde.

Na deze periode had patiënte geen buitenaardse belevenissen meer. De gedachte dat haar gezin eigenlijk dood was, maakte haar het leven tot een ondraaglijke beproeving. Zij kon haar gezin niet

meer als echt beschouwen.

Biografie – Patiënte komt uit een streng rooms-katholiek gezin met drie zonen en drie dochters. Zij was de vierde in de rij. Haar vader was inpakker van beroep en een stille en rustige man, die altijd partij voor zijn vrouw had gekozen. Toen patiënte dertig jaar oud was, overleed hij na een jaar opgenomen te zijn geweest in een psychiatrische inrichting, in verband met een 'godsdienstwaan'. Haar moeder was een onaangename, stugge en moeilijke vrouw. Patiënte had vaak slaande ruzie met haar. De sfeer in het ouderlijk huis was slecht en patiënte voelde zich regelmatig achtergesteld bij de andere kinderen. Zij doorliep de lagere school zonder problemen. Zij was in die tijd een stil en verlegen meisje, maar had wel vriendjes en vriendinnetjes. Op acht- of negenjarige leeftijd had zij enige tijd slaapproblemen. De aanleiding hiertoe zou een boekje zijn geweest, dat zij bij haar eerste communie had gekregen. Dit boekje bevatte een plaatje waarop een duivel en een engel stonden afgebeeld.

Gedurende de hongerwinter verbleef zij in Overijssel, waardoor zij haar zojuist aangevangen Mulo-schooltijd moest afbreken. Na de oorlog is zij gaan werken.

Op achttienjarige leeftijd maakte zij een angstperiode door, die veroorzaakt werd door een droom, waarin haar verteld was, dat zij beter achter de kloostermuren kon gaan zitten. Zij werkte in die tijd als serveerster in een koffiekamer. Hier leerde zij haar huidige man kennen. Mede om het ouderlijk huis te kunnen verlaten traden zij na zes jaar verkering in het huwelijk. De eerste vijftien jaar waren vrijwel wolkeloos verlopen. Wel waren de seksuele relatie en de opvoeding van de kinderen altijd bronnen van onenigheid geweest. Na de geboorte van hun jongste zoon waren zij periodieke onthouding als anticonceptie gaan toepassen, hetgeen met de nodige spanningen gepaard ging. Haar man zocht zijn heil steeds meer in het verenigingsleven.

Decursus – Aanvankelijk gedroeg patiënte zich zeer passief en zonderde zich af van haar omgeving. De gestarte behandeling met amitriptyline (150 mg/dd) beïnvloedde haar toestand nauwelijks. Na drie weken behandeling werd uitgebreid met clopenthixol (3x10 mg/d).

Hierop leek patiënte wel te reageren, maar helaas ontstonden er na ongeveer een maand tekenen van een hepatitis en werd de clopenthixol gestaakt.

Zij vertelde dat er sinds de visioenen iets geestelijks bij haar afgestorven was. Ze voelde zich nu een soort 'levende dode', die eeuwig zo zou blijven.

Over haar gedrag op de afdeling, dat inmiddels zeer vriendelijk en sociaal was geworden, vertelde zij dat als zij bijvoorbeeld een spelletje kaart speelde, alleen de buitenkant van haar meedeed. Ze voelde zich steeds meegezogen door dit levende dode gevoel.

Na een bezoek van twee van haar zonen, waarvan ze ogenschijnlijk genoten had, zei ze: 'Ze zijn het, maar ze zijn het niet. Ik moest doen alsof ik het leuk vond, maar eigenlijk vond ik het verschrikkelijk'.

De mogelijkheid van een tentamen suïcidii doorkruiste regelmatig haar gedachten, maar zij werd er van weerhouden door de overtuiging dat haar leven niet zou ophouden na de dood. Gedurende opname bleek patiënte nauwelijks te eten en sterk te vermageren. Ondanks herhaalde pogingen om haar te bewegen haar eetgedrag te veranderen, volhardde zij. Uiteindelijk bekende zij bang te zijn om wanstaltig dik te worden. Behoudens een episode met gestoorde leverfunctie-waarden, werden er op somatisch terrein geen afwijkingen geconstateerd.

Patiënt B

Patiënt B is een 82-jarige gehuwde man, die bij ons werd opgenomen in verband met een tentamen suïcidii door middel van gas. Een maand eerder was hij in redelijke toestand uit onze kliniek ontslagen, nadat hij was behandeld wegens een melancholisch syndroom. Bij opname werd een magere, matig verzorgde oude man gezien, die sterk gepreoccupeerd was met lichamelijke klachten. Het bewustzijn was helder en de oriëntatie intact. Het geheugen en de inprenting waren licht gestoord. De stemming was depressief, het affect vlak.

Speciële anamnese – In 1978 onderging patiënt een hemi-colectomie op verdenking van een carcinoom. Bij PA-onderzoek werden geen tekenen van maligne groei gevonden. Na de operatie was patiënt niet meer de oude. Hij ging niet meer uit wandelen, biljarte niet meer en dacht ernstig ziek en stervende te zijn. Het laatste half jaar voor opname meende hij dat zijn telefoon werd afgeluisterd en was hij bang dat zijn vrouw bij zijn overlijden beschuldigd zou worden van vergiftiging.

Biografie – Patiënt is de jongste uit een gezin van zes kinderen. Zijn vader verliet het gezin nog voordat patiënt geboren was, zodat deze zonder vader opgroeide. Hij doorliep de lagere school zonder problemen. Hierna ging hij werken en woonde nog lange tijd bij zijn moeder. Zijn moeder was Luthers en ging in tegenstelling tot haar zoon, veel naar de kerk. In de oorlog werkte hij in Duitsland en daarna in de algemene dienst van een horecabedrijf. Hier leerde hij zijn 9 jaar jongere vrouw kennen, die toen in een echtscheidings-procedure was verwickeld met haar eerste man.

Na de oorlog zijn patiënt en zijn vrouw gaan samenwonen en acht jaar later getrouwd. Inmiddels werkte patiënt bij de spoorwegen, waar hij tot zijn pensionering is gebleven. Het echtpaar bleef kinderloos zonder dat dit een probleem leek te vormen. Door zijn echtgenote wordt patiënt beschreven als een stille en gesloten man.

Decursus – In de loop van zijn verblijf in de kliniek bleek patiënt waandenkbeelden te hebben met een hypochondere inhoud. Hij meende dat er tijdens zijn operatie een apparaatje bij hem was ingeplant, waardoor hij niet meer zou sterven. De chirurg had hem dood laten gaan en een slangetje ingebracht, dat regelmatig heen en weer schoof, zodat hij eeuwig zou blijven vegeteren. Dit beangstigde hem ontzettend, want niemand kon hem helpen of zijn bijzondere pijn doen verminderen. Hij vond wel dat de chirurg drastische

maatregelen had genomen en dat hij dit niet verdiend had: '... en daarom moet ik nog miljoenen jaren lijden'.

Eenmaal vertelde hij ervan overtuigd te zijn dat de kliniek alleen voor hem opgezet was en dat de patiënten en verpleging uitzendkrachten waren, die gestuurd waren om hem te martelen. Zijn gedrag op de afdeling was afwerend, negativistisch en hij was moeilijk te activeren. Soms was hij daarentegen uiterst meegaand en deed hij alles wat hem gezegd werd. Het grootste deel van de tijd was hij echter niet bereid om uit eigen beweging uit bed te komen, verwaarloosde zichzelf en weigerde meerdere malen te eten, omdat hij dacht vergiftigd te zullen worden. Ook waren er perioden waarin hij dagen tot weken achtereen weigerde te praten. Eenmaal vertelde hij na een lange tijd van stilzwijgen door bovenbeschreven overtuiging erg gekweld te worden. Het was erger dan de hel en gevolg van vroegere zonden.

Aanvankelijk werd de behandeling medicamenteus ondersteund met clopentixol (3x10 mg/dd). Na een tensiedaling werd overgegaan op perazine (50 mg/d), in combinatie met achtereenvolgens nomifensine (4x25 mg) en maprotiline (2x50 mg/dd).

Behoudens een urineretentie waarvoor hij op voorschrift van de uroloog een catheter à demeure kreeg en een hardnekkige obstipatie, waardoor zelfs een ileus ontstond, beide ten gevolge van de anticholinerge werking van de psychofarmaca, waren er geen lichamelijke afwijkingen van betekenis; het intraveneus pyclogram was normaal.

Discussie

Cotard beschreef een syndroom van 7 symptomen. Geen van zijn elf patiënten vertoonde alle 7 symptomen, één 6, vijf 5, drie 4, en twee 3. Gemiddeld ongeveer 4. Bijna alle patiënten waren depressief of hadden depressieve wanen. Bijna alle patiënten hadden nihilistische wanen (*idées de négation*). 6 van de 11 hadden een onsterfelijkheidswaan. 7 van de 11 hadden symptomen van verzetshouding. De niet-depressieven (3) hadden wel nihilistische wanen of een onsterfelijkheidswaan.

De beschrijving van patiënt IV doet het vermoeden rijzen dat er mogelijk sprake zou kunnen zijn van sensibiliteitsstoornissen, maar volledige zekerheid hieromtrent is uit de tekst niet te verkrijgen. Slechts bij een patiënt (IX) wordt een verandering in taal beschreven.

Wanneer men het profiel van de patiënten van Cotard vergelijkt met onze patiënten, dan blijken deze laatsten voor wat betreft volledigheid van symptomatologie niet onder te doen voor de eersten. In het licht der klassieke diagnostiek zou de diagnose syndroom van Cotard bij de patiënten A en B zeker gerechtvaardigd zijn.

De overtuiging van patiënte A dat de haar bezoekende personen wel op haar kinderen lijken, maar het toch niet helemaal zijn en de overtuiging van patiënt B dat de patiënten en de verpleging uitzend-

Tabel 1: Symptomen aanwezig bij de patiënten van Cotard (I-XI) en onze patiënten (A en B)

patiënten	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	A	B
geslacht	V	V	V	V	V	V	M	M	M	V	V	V	M
leeftijd	54	63	53	51	58	43	53	48	45	42	51	48	82
1. depressief-angstig	X	X	X		X	X				X		X	
depressief-geremd						X	X		X				X
2. nihilistische wanen	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X
3. onsterf.wanen niet kunnen sterven			X		X	X			X	X	X	X	X
4. depressieve wanen	X	X	X		X	X	X	X		X	X		X
5. sensibiliteitsst.				?									
6. hallucinaties	X		X	X					X	X	X	X	
7. verzetshouding (negativisme)	X	X	X	X	X			X	X				X
-mutisme	X	X	X			X							X
-voedselweigering	X	X	X	X	X			X	X	X		X	X
-tentamen suïcidii	X		X		X		X	X		X		X	X
-automutilatie								X		X			
-taalverandering									X				

□ = niet vermeld

? = mogelijk aanwezig

krachten zouden zijn, zouden wij alsnog afzonderlijk onder uw aandacht willen brengen.

Deze paranoïsche denkbeelden kunnen gekenschetst worden als negatieve misidentificaties (De Jonghe, 1979 I). Het waandenkbeeld van patiënte A roept daarnaast nog associaties op met het verschijnsel van Capgras (De Jonghe, 1979 II). Op de relatie van dit verschijnsel werd reeds door verschillende auteurs gewezen (Leger, 1977; Enoch, 1979). De Jonghe benadrukte in dit verband, dat bij het syndroom van Cotard het bestaan van de ander wordt ontkend, en niet diens identiteit.

Conclusie

Het klassieke syndroom van Cotard wordt gekenmerkt door nihilistische en/of onsterfelijkheidswanen, al of niet gepaard gaand met depressie en/of negativisme. Na bestudering van de literatuur menen wij ons achter de opvatting van Freedman en Kaplan (1980) te moeten scharen. Wij beschouwen het syndroom van Cotard derhalve niet als een specifiek en op zichzelf staand ziektebeeld, maar als een syndroom zonder specifieke etiologie.

Nihilistische wanen kunnen onder meer voorkomen bij primair

organische, primair affectieve en primair cognitieve stoornissen. De begeleidende symptomen en de inhoud en uitingsvorm van deze wanen worden sterk beïnvloed door de oorzakelijke aandoening. De kwellende onsterfelijkheidswaan is een bijzondere vorm van nihilistische waan, die verdient te worden herkend als extra belastend psychopathologisch verschijnsel. Het is dan ook wellicht aan te bevelen de kwellende onsterfelijkheidswaan in de toekomst aan te duiden als het 'Symptoom van Cotard'. Voor de behandeling is de oorzakelijke aandoening richtinggevend.

Literatuur

- Ariëti S., (1974), *American Handbook of Psychiatry*. New York Basic books vol. III, 716.
- Baruk H., (1959), *Traité de Psychiatrie*. Masson et cie. Paris, 221-223.
- Cambell S., (1981), Cotard's Syndrome and the Psychiatric Manifestations of Typhoid Fever. *Am. J. of Psychiatry* 138: 10, 1377-1378.
- Carp E. A. D. E., (1932), Het 'Délire des Négations'. *Ned. Tijdschr. v. Geneesk.* 76.111.31, 3720-3726.
- Cotard J., (1880), Du Délire Hypochondriaque dans une forme grave de la Mélancolie. *Ann. Med. Psychol.* 38, 168-174.
- Cotard J., (1882), Du Délire des Négations. *Arch. Neurol.* (Paris) 4, 152-170/282-296.
- Dietrich H., (1971), Eines Falles von 'Délire des négations' (Cotard) bei einen Nervenarzt. *Der Nervenarzt* 42, 140-143.
- Enoch M. D., e.a., (1979), *Uncommon Psychiatric Syndromes*. Wright, second edition, 116-133.
- Ey H., (1950), *Etudes Psychiatriques*. Paris, Desclée de Brower, 427-452.
- Freedman A. N., e.a., (1980), *Comprehensive Textbook of Psychiatry III*, Vol. 2. Williams Wilkins, Baltimore, 1994.
- Jonghe F. de, e.a., (1979), Misidentificatie: over het foutief identificeren van personen. *Tijdschr. Psychiat.*, 21, 583-599 (I).
- Jonghe F. de, e.a., (1979), Het verschijnsel van Capgras: over 'L'illusion des Sosies'. *Tijdschr. Psychiat.*, 21, 600-615 (II).
- Kuiper P. C., (1973), *Hoofdsom der Psychiatrie*. Bijleveld Utrecht, 93.
- Ladee G. A., (1966), *Hypochondrische syndromen*. Elsevier, Amsterdam, 40-42, 319-335.
- Ladee G. A., (1976), *Encyclopedie van de Psychiatrie en Psychotherapie*. Winkler Prins Paperbacks.
- Leger J. M., (1971), Peut-on parler de formes intermittentes du syndrome de Cotard? *Ann. Med. Psychol.* (Paris) 2/4, 545-552.
- Leger J. M., e.a., (1977), La reconnaissance d'autrui et sa pathologie: à propos d'un cas clinique d'illusion de sosie. *Ann. Med. Psychol.* 135, 454-461.
- Ségla J., (1889), Séméiologie et Pathogenie des Idées de Négation. *Ann. Med. Psychol.* 47, 5-26.
- Ségla J., (1897), *Le Délire des Négations*. Paris Masson.
- Spek P. v. d., (1972), Pathogenese van de nihilistische waan Zelf dood te zijn. *Ned. T. v. Geneesk.* 116, nr. 11, 436-442.
- Tremine TH., (1982), 1880-1980: Centenaire du syndrome de Cotard, *L'Evolution psychiatrique*. 47: 4 Oct-Dec., 1021-1032.