

# Het syndroom van Cotard

## Een overzicht

F. VAN DEN EYNDE, H. DEBRUYNE, M. PORTZKY, S. DE SAEDELEER,  
K. AUDENAERT

**ACHTERGROND** De categorische indeling van psychiatrische ziektebeelden komt steeds meer ter discussie te staan, onder meer doordat men specifieke psychopathologische ziektebeelden er niet genuanceerd mee kan beschrijven. Het syndroom van Cotard wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van een nihilistische waan die betrekking heeft op het eigen lichaam en valt niet eenduidig onder te brengen in de geldende categorische indeling. Beschreven wordt een 88-jarige man met het syndroom van Cotard, die herstelde na farmacotherapie.

**DOEL** Een overzicht geven van de karakteristieken van het syndroom van Cotard, inclusief historische en fenomenologische aspecten, pathogenese en behandeling.

**METHODE** Een literatuuronderzoek werd verricht aan de hand van de zoekterm 'Cotard\$' in Medline, over de periode 1980-2006. Dit resulteerde in 68 publicaties, waarvan er 18 niet werden geïncludeerd. Kruisreferenties werden gebruikt.

**RESULTATEN** Het syndroom van Cotard kon niet eenduidig ingedeeld worden in de huidige categorische classificatiesystemen. De huidige kennis is gebaseerd op hoofdzakelijk gevalsbeschrijvingen en daardoor kon geen duidelijkheid worden geschapen aangaande de verschillende aspecten (voórkomen, pathogenese en behandeling) van het syndroom.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)2, 89-98]

**TREFWOORDEN** syndroom van Cotard, overzicht, classificatie

De ontwikkeling van de opeenvolgende versies van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) heeft geresulteerd in een categoriële diagnostische indeling van psychiatrische ziektebeelden. De klinische praktijk confronteert de psychiater echter nog steeds met zeldzame psychopathologische toestandsbeelden die niet duidelijk te plaatsen zijn binnen de huidige classificatiesystemen. Deze ziektebeelden worden bijgevolg meestal ondergebracht bij de restcategorieën van de DSM (Niet Anderszins Omschreven, NAO).

Het syndroom van Cotard is een voorbeeld van een dergelijk zeldzaam psychopathologisch ziektebeeld met karakteristieke symptomen,

namelijk de aanwezigheid van een nihilistische waan die betrekking heeft op het eigen lichaam (Berrios & Luque 1995a en b; Enoch & Trethowan 1991). De aanwezigheid van het syndroom bij één van onze patiënten gaf aanleiding tot de exploratie van de bestaande literatuur.

In dit artikel schetsen wij een beeld van de verschillende aspecten van het syndroom van Cotard. Eerst komen de historische aspecten en de classificatie aan de orde, waarna de klinische karakteristieken toegelicht worden. Ook gaan wij in op de etiologische aspecten, de behandeling en de prognose.

## GEVALSBESCHRIJVING

Een 88-jarige man bij wie geringe cognitieve stoornissen gediagnosticeerd waren, werd opgenomen wegens een ernstige depressieve stoornis. Hij was ervan overtuigd dat hij dood was en presenteerde zich angstig omdat hij nog niet begraven was. Dit zorgde voor een ernstige lijdensdruk en de hiermee gepaard gaande agitatie maakte het onmogelijk de patiënt in de thuissituatie verder op te vangen. Een behandeling met sertraline 50 mg en risperidon 1 mg resulteerde in een volledige remissie van de depressieve stoornis en de nihilistische waan. Hij werd ontslagen uit het ziekenhuis en verder ambulantly gevolgd; de medicamenteuze behandeling werd gecontinueerd.

## METHODE

In Medline werd gezocht met de zoekterm 'Cotard.\$' voor de periode 1980-2006, met de beperking 'humans'. Deze zoekmethode leverde 68 resultaten op. Deze werden verder gescreend op relevantie, waarna 18 publicaties niet werden geïncludeerd omdat ze het syndroom van Cotard niet als onderwerp hadden, ze in een andere taal dan Engels, Duits, Frans of Nederlands geschreven waren, of geen nieuwe relevante informatie bevatten. Kruisreferenties werden eveneens gebruikt. Verder werd in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* gezocht aan de hand van de zoekterm 'Cotard' via de zoekmachine op de website [www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl).

## RESULTATEN

### *Historische aspecten en classificatie*

Het syndroom van Cotard is een eponiem dat verwijst naar de Franse neuroloog Jules Cotard (1840-1889), die als eerste dit ziektebeeld beschreef in 1880. Een overzicht van de biografie van Cotard is te vinden in Pearn & Gardner-Thorpe (2003).

Cotard noemde dit een nieuw type van depressie, dat gekenmerkt werd door symptomen

van een angstige melancholie, ideeën van verdoemenis of verwerping, ongevoeligheid voor pijn, 'nonexistentie'-wanen betreffende het eigen lichaam, en wanen van onsterfelijkheid, een *délire de négation* (Cotard 1880, 1882). Cotard plaatste het ziektebeeld onder de noemer *lypémanie*, een vorm van een psychotisch depressieve episode die reeds beschreven was door Esquirol (Berrios & Luque 1995b; Cotard 1880). Later introduceerde Cotard de term *délire des négations* (Garrabé 2005). Régis (1893) gebruikte als eerste de term *délire de Cotard* (Hansen & Bolwig 1998) en stelde dat het syndroom niet louter met een depressieve stoornis samenhangt, maar ook met andere ziektebeelden. In zijn boek *Le délire de négation* gebruikte Séglas (1887) voor het eerst de benaming *le syndrome de Cotard*.

Tissot (1921) onderscheidde twee componenten in het syndroom van Cotard, namelijk een affectieve component die samenhangt met angst en een cognitieve component die bestond uit de aanwezigheid van een waan. Loudet & Martinez (1933) probeerden de kijk op het ziektebeeld te verduidelijken en definieerden twee verschillende types. Ten eerste vermeldden zij een geïsoleerde niet-gegeneraliseerde *délire de négation*, welke samenhangt met paralyse, alcoholische psychose of dementie. Het 'echte' cotardsyndroom daarentegen zou alleen bij een angstige melancholie en een chronische hypochondrie aangetroffen worden (Hansen & Bolwig 1998).

Saavedra (1968) baseerde zich op tien gevalstudies om een nieuwe classificatie met drie types voor te stellen: het depressieve type (waarbij de depressie op de voorgrond staat), het schizofrene type (waarbij de angst domineert) en het gemengde type. Bovendien onderscheidde hij ook een 'echt' cotardsyndroom, dat samenhangt met een depressief toestandsbeeld, en het 'pseudo-cotardsyndroom'. Deze laatste toestand beschreef hij ook als 'co-anesthetische schizofrenie'.

Gebaseerd op hun retrospectieve studie van 100 patiënten maakten ook Berrios & Luque (1995a) een indeling met drie types. Ten eerste beschreven zij een vorm van een psychotische depressie, gekenmerkt door de aanwezigheid van angst,

melancholie, schuldwanen en auditieve hallucinaties. Nihilistische wanen kwamen slechts in beperkte mate voor bij dit type. Ten tweede onderscheiden zij het cotardsyndroom type I. De aanwezigheid van hypochondrische en nihilistische wanen, in afwezigheid van een depressieve stoornis, is kenmerkend voor dit type. Ten slotte beschreven zij een type waarbij angst, depressie, auditieve hallucinaties, wanen van onsterfelijkheid, nihilistische wanen en suïcidaal gedrag karakteristiek waren: het cotardsyndroom type II.

Het syndroom van Cotard wordt noch in de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000), noch in de ICD-10 (World Health Organization 1992) vermeld als ziektebeeld. Het werd in verband gebracht met een stoornis in de lichaamsbeleving (Van de Koolwijk-Van Bentum & Wilmick 2002). Er wordt echter niet voldaan aan de DSM-criteria voor een somatoforme stoornis wegens de psychotische kenmerken van het symptomenbeeld. Bij het syndroom van Cotard gaat het immers om bizarre wanen betreffende het eigen lichaam. Het is echter ook geen waanstoornis, omdat daarbij de aanwezigheid van niet-bizarre wanen wordt verondersteld. Verder dient het gedifferentieerd te worden van anosognosie en asomatognosie. Het syndroom van Cotard heeft een psychotisch karakter en er is geen sensorieel verlies (Gardner-Thorpe & Pearn 2004). Bijgevolg kan deze psychopathologische ziekte toestand eigenlijk alleen als een 'psychotische stoornis door' de respectievelijke (somatische of psychiatrische) aandoening óf als een bepaalde psychiatrische aandoening 'ernstig, met psychotische kenmerken' gediagnosticeerd worden.

Volgens meer beschrijvende psychopathologische diagnostiek behoort het syndroom van Cotard tot een grotere groep van ziektebeelden waarbij wanen over tijd, plaatsen, objecten, personen, het 'zelf' of lichaamsdelen aanwezig zijn: *delusional misidentification syndromes* (DMS) of *content specific delusions* (CSD) (Davies e.a. 2001; Silva & Leong 1996). Hiertoe behoren onder meer ook het syndroom van Capgras en Frégoli.

Er is steeds discussie geweest of het syndroom van Cotard als een syndroom, dan wel als een symptoom beschouwd dient te worden (Berrios & Luque 1995b). Er is tot op heden in de literatuur nog geen eenduidigheid over de te hanteren indeling. Het onderbrengen van het syndroom van Cotard in een diagnostische klasse van een categorische indeling zoals de DSM-IV-TR en de ICD-10 resulteert vaak in een te sterke vereenvoudiging van het complexe symptomenbeeld.

#### Klinische karakteristieken

**Vóórkomen** Over de prevalentie en de incidentie van het syndroom van Cotard is er weinig consensus, vooral wegens een gebrek aan gegevens. Retrospectief onderzoek in een psychogeriatrische setting in Hongkong toonde aan dat het syndroom bij 2 van de 349 patiënten aanwezig was (Chiu 1995). Dit suggereert een prevalentie van 0,57% in een psychogeriatrische populatie, maar de prevalentie was 3,2% wanneer alleen de patiënten met een ernstige depressie werden geïncludeerd. Het syndroom van Cotard lijkt zich vaker te manifesteren op middelbare leeftijd (Berrios & Luque 1995a), maar werd ook beschreven bij kinderen (Allen e.a. 2000; Baeza e.a. 2000) en adolescenten (Cohen e.a. 1997; Degiovanni e.a. 1987; Fillastre e.a. 1992; Halfon e.a. 1985). Een overzicht van de gevalsbeschrijvingen bij jongeren suggereert in de meeste gevallen (93%) een samenhang met een bipolaire stoornis (Soutanian e.a. 2005). Gerichte aandacht voor de psychopathologische afwijkingen die het syndroom kenmerken, is wellicht nodig teneinde het te (h)erkennen in de kliniek.

Het syndroom van Cotard kan zich manifesteren bij psychiatrische (Enoch & Trethowan 1991; Hansen & Bolwig 1998) en somatische ziektebeelden (Gardner-Thorpe & Pearn 2004). Het vóórkomen ervan werd beschreven in het beloop van onder meer een depressieve stoornis (Chiu 1995; De Risio e.a. 2004; Enoch & Trethowan 1991; Kondo e.a. 2003; Madani & Sabbe 2007), postnatale depressie (Hamon & Ginetet 1994), een bipolaire stoornis

(Cohen e.a. 1997; Enoch & Trethowan 1991; Kondo e.a. 2003; Nejad & Toofani 2005), een dementieel beeld (Hansen & Bolwig 1998), schizofrenie (Enoch & Trethowan 1991; Hansen & Bolwig 1998), uit-hongering (Silva e.a. 2000) en een schizofreniforme stoornis (Caliyurt e.a. 2004). Verder werd de aanwezigheid van het syndroom van Cotard vermeld bij uiteenlopende psycho-organische aandoeningen, zoals migraine (Bhatia e.a. 1993), een pariëtale neoplasie (Bhatia 1993), trauma capitis (Butler 2000; Paulig e.a. 1998; Young e.a. 1992), epilepsie en cerebrovasculaire aandoeningen (Drake 1988), postictale depressie (Mendhekar & Gupta 2005), de acute toxische fase van tyfus (Campbell e.a. 1981), multiple sclerose (Gardner-Thorpe & Pearn 2004; Pearn e.a. 2002), cerebrale arterioveneuze malformatie (Gardner-Thorpe & Pearn 2004) en de ziekte van Parkinson (Cannas e.a. 2002; Factor & Molho 2004). Ook na een neurochirurgische behandeling voor een pineocytoom zagen Paulig e.a. cotardsyndroom (1998). Greenberg e.a. (1984) beschreven dat temporale of limbische epileptische insulten samenhangen met een gevoel (bijna) dood te zijn. De symptomen van het primaire ziektebeeld beheersen vanzelfsprekend sterk het klinische beeld. De bestaande literatuur laat echter niet toe fenomenologische verschillen te duiden in de presentatie op basis van de onderliggende aandoening.

In de literatuur worden ook vele uitzonderlijke presentaties beschreven, waarbij men zich kan afvragen of deze bijdragen tot een beter inzicht in het syndroom. Zo wordt het samen vóórkomen ervan beschreven met lycantropie (Nejad & Toofani 2005) en het syndroom van Laurence-Moon-Bardet-Biedl (Lerner e.a. 1995).

**Fenomenologie en beloop** Cotard beschreef de aanwezigheid van hypochondrische ideeën, zoals het ontkennen van het eigen bestaan, de destructie van verschillende organen, het volledige lichaam of van de geest als een van de belangrijkste karakteristieke elementen (Cotard 1880, 1882). Sommige patiënten zijn er dan ook van overtuigd dat zij niet meer hoeven te eten

of wanen zich zelfs dood (Bourgeois 1980; Cotard 1880). Anderen stelden vast dat bij meer dan de helft van de patiënten met het syndroom klachten voorkwamen zoals depressie (89%), nihilistische wanen betreffende het eigen lichaam (86%) en/of het bestaan (69%), angst (65%), schuldwanen (63%), onsterfelijkheidswanen (55%) en hypochondrische wanen (58%) (Berrios & Luque 1995a).

Initieel wordt het syndroom van Cotard meestal gekenmerkt door een vaag gevoel van angst, waarvan de duur kan variëren van weken tot jaren. Deze angsttoestand neemt progressief toe en kan uiteindelijk resulteren in het ontstaan van een nihilistische waan waarbij een ontkenning van de functie van bepaalde organen of lichaamsdelen of zelfs ontkenning van het leven op de voorgrond komt te staan. Hierbij verliest de patiënt dan ook de band met de werkelijkheid (Enoch & Trethowan 1991).

Deze cognitieve stoornissen kunnen leiden tot hopeloosheid omdat de patiënt ervan overtuigd is zich in een uitzichtloze toestand te bevinden omdat hij/zij reeds dood is, maar nog niet begraven. Patiënten met een immortaliteitswaan vertonen desondanks de neiging tot automutilatie en suïcidaal gedrag (Enoch & Trethowan 1991). Deze wanen gaan soms gepaard met een *délire d'énormité*, dat is de overtuiging van een massieve toename in de grootte van het lichaam (Enoch & Trethowan 1991). Sommigen hebben naar deze toestand verwezen als het 'manische' cotardsyndroom (Henne e.a. 1961).

Diverse gevalsbeschrijvingen met zeldzame en specifieke presentaties van het syndroom van Cotard zijn voorhanden. Reife.a. (2003) beschreven een patiënte met de waan dat zij verlamd was, terwijl zij psychomotorisch geagiteerd was. Nejad (2002) beschreef hydrofobie als onderdeel van de symptomen.

Het syndroom van Cotard kan in duur variëren van dagen tot jaren. De duur lijkt hoofdzakelijk samen te hangen met het beloop van de onderliggende aandoening (Hansen & Bolwig 1998).

Na een pleidooi voor het belang van 'stadiëring' van psychiatrische aandoeningen (Fava &

Kellner 1993) gebeurde dit ook voor het syndroom van Cotard door Yamada e.a. (1999). Aan de hand van één patiënt werden drie ziektestadia gedefinieerd: het prodromale, het *blooming* en het chronische stadium. Het prodromale stadium wordt gekenmerkt door een belangrijke mate van hypochondrie, cenesthopathie (een gevoel van ongemak en een gebrek aan welbevinden dat niet samenhangt met een bepaald lichaamsdeel) en een depressieve stemming. Volgens de auteurs kan de diagnose van het syndroom van Cotard echter pas vanaf het intreden van de *blooming* fase gesteld worden. Hierin ontwikkelen zich de kenmerkende symptomen, *délusions de négation* en onsterfelijkheidswanen met angst en negativisme. In de chronische fase onderscheidt men een vorm met persisterende emotionele beperkingen (het depressieve type) en een vorm met veralgemeende wanen waarbij de depressieve symptomen op de achtergrond staan (het paranoïde type). Bij vergelijking met de drie types volgens Berios & Luque (1995) stemt het prodromale stadium overeen met de psychotische depressie, het *blooming* stadium met het cotardsyndroom type II, en de chronische fase met type I.

#### Etiologie en psychopathogenese

**Psychologische factoren** Volgens Séglas (1887) is depersonalisatie een essentiële stap in het ontstaan van het syndroom. Alheid (1968) verklaarde depersonalisatie aan de hand van de termen 'Leib' (lichaam voor mij) en 'Körper' (lichaam op zich). Als 'Körper' een steeds belangrijker plaats inneemt en het lichaam dus minder of niet geassocieerd wordt met het 'ik', ten koste van 'Leib', kan depersonalisatie optreden (Alheid 1968).

Het syndroom van Cotard is echter veel meer dan depersonalisatie; subjectieve ervaringen van de patiënt spelen hierbij een fundamentele rol. Bij depersonalisatie geeft de patiënt aan dat het voelt alsof hij dood is ('*indifference of affect*'), terwijl de patiënt met het syndroom van Cotard ervan overtuigd is dood te zijn ('*lack of feeling*') (Alheid 1968).

Als psychopathogenetische verklaring wijst

Critchley (1964) op een aangeboren weerstand van het organisme een verlies van functie te aanvaarden of te erkennen. Zo worden er cognities gehanteerd waarbij de handicap geheel of gedeeltelijk vermeden, ontkend of verbloemd wordt, onder meer door rationalisering. Premorbide persoonlijkheidskarakteristieken zijn hierbij van belang (Enoch & Trethowan 1991). Patiënten die meer interne attributies hanteren, hetgeen veelal samengaat met de aanwezigheid van een depressieve stoornis, zouden eerder het syndroom van Cotard krijgen. Patiënten met meer externe attributie – wat vaak leidt tot paranoïde ideaties – hebben een grotere kans op het syndroom van Capgras (waan dat bepaalde personen vervangen zijn door identieke plaatsvervangers) (Gerrans 2000). Volgens Young & Leafhead (1996) ontstaat de abnormale ervaring door schade aan het informatieverwerkend cerebraal subsysteem dat een affect van 'familiariteit' associeert met gezichtsherkenning, gebeurtenissen of objecten. Wanneer het normale gevoel van familiariteit afwezig is, ervaart de patiënt een ongewoon gevoel van derealisatie en depersonalisatie. Dit mechanisme is hetzelfde voor zowel patiënten met het syndroom van Cotard als die met het syndroom van Capgras, maar de wijze waarop zij ermee omgaan vanuit hun attributiestijl verschilt essentieel (Young e.a. 1994; Young & Leafhead 1996). Echter, verschillende auteurs berichtten over het samen of sequentieel voorkomen van beide syndromen (Butler 2000; Joseph 1986; Shiraishi e.a. 2004; Wolff & McKenzie 1994; Wright e.a. 1993).

**Neuropsychologische bevindingen en hersenbeeldvorming** De beperkte gegevens uit neuropsychologisch testonderzoek wijzen op een rechter hemisferisch disfunctioneren. Young e.a. (1992) noteerden een slechtere score op visuospatieële tests, maar niet op verbale tests.

Joseph en O'Leary (1986) hebben getracht met structurele beeldvorming (computertomografie) aard en lokalisatie van cerebrale afwijkingen op te sporen. Hun resultaten suggereerden alleen een mogelijke samenhang met multifocale hersen-

atrofie en vergroting van de interhemisferische fissuur. Een vergroting van de derde en de laterale ventrikel werd eveneens beschreven (Caliyurt e.a. 2004). Gardner-Thorpe & Pearn (2004) richtten de aandacht op de potentiële rol van een specifieke focale afwijking ter hoogte van de temporopariëtale gebieden. Temporopariëtaal gelokaliseerde afwijkingen in de niet-dominante hemisfeer werden ook in andere gevalsbeschrijvingen vermeld, soms in samenhang met schade aan de frontaal-kwab (Young e.a. 1992). De rol van de frontopariëtale regio's in de pathofysiologie van het syndroom van Cotard werd benadrukt door Duggal e.a. (2002).

Het gebruik van nucleaire functionele beeldvorming is een andere benaderingswijze om meer inzicht te verwerven in de pathogenese. 'Single photon'-emissiecomputertomografie (SPECT), met de radioligand  $^{123}\text{I}$ -iodobenzamide, toonde een asymmetrische striatale  $\text{D}_2$ -receptorbinding ten nadele van rechts, die persisteerde na remissie van het syndroom (De Risio e.a. 2004). Een vergelijkbare asymmetrische striatale  $\text{D}_2$ -receptorbinding werd ook beschreven bij schizofrene patiënten met depressieve symptomen. Bij deze patiënten konden geen perfusieafwijkingen aangetoond worden. Anderen rapporteerden echter wel perfusiestoornissen (met SPECT) bij een onderliggende schizofreniforme stoornis, namelijk een linkszijdige hypoperfusie in de temporale, frontale en pariëtale kwabben (Caliyurt e.a. 2004). Een succesvolle behandeling resulteerde in een herstel van de hypoperfusie in de frontale cortex (Hashioka e.a. 2002) en temporale cortex (Lohmann e.a. 1996) bij onderliggende depressieve stoornissen. Petracca e.a. (1995) beschreven vergelijkbare bevindingen voor de frontopariëtale, mediale en dorsolaterale frontale cortex, de basale ganglia en de thalamus.

### Behandeling en prognose

De wetenschappelijke gegevens over de behandeling zijn beperkt. Uiteraard is de meest essentiële stap het herkennen van het syndroom. Een onderliggende organische aandoening dient

uitgesloten dan wel behandeld te worden (Enoch & Trethowan 1991).

Er zijn rapportages van succesvolle psychofarmacologische behandelingen, met o.a. antidepressiva, antipsychotica en combinaties van beide, afhankelijk van het begeleidende of onderliggende ziektebeeld (Chiu 1995; Cohen e.a. 1997; De Risio 2004; Enoch & Trethowan 1991; Ko 1989; Kondo e.a. 2003; Kozyan 2005; Silva e.a. 2000). Ook werd gerapporteerd over een effectieve behandeling van het syndroom met sulpiride bij een patiënt met schizofrenie (Shiraishi e.a. 2004). Toevoeging van bromocriptine aan clomipramine en lithium had een gunstig effect bij een patiënte met een bipolaire stoornis type I (Kondo e.a. 2003). Deze laatste illustreren de diversiteit in de behandelingsstrategieën die gehanteerd worden.

Madani & Sabbe (2007) suggeren – gebaseerd op de indeling volgens Berrios & Luque – dat elektroconvulsieve therapie (ECT) een belangrijke behandeloptie is voor het cotardtype met psychotische depressie, terwijl een behandeling met antipsychotica aangewezen lijkt voor cotardtype I. Ook verschillende gevalsstudies suggereren een gunstig effect van ECT, vooral bij patiënten met een onderliggende stemmingsstoornis. ECT-behandeling wordt meestal gevolgd door een medicamenteuze onderhoudsbehandeling.

Soultanian e.a. (2005) benadrukten het gebruik van stemmingsstabilisatoren bij jongeren met het syndroom van Cotard omdat vaak een bipolaire stoornis de onderliggende aandoening is in deze leeftijdsgroep. De prognose lijkt afhankelijk te zijn van de behandelbaarheid van de onderliggende aandoening, bijvoorbeeld een antibiotica-kuur bij syfilis (Campbell e.a. 1981).

### CONCLUSIE

De literatuur over het syndroom van Cotard bestaat vooral uit gevalsbeschrijvingen. Het is een zeldzame ziekte met een specifiek psychopathologisch beeld. De conceptualisatie ervan maakt het niet mogelijk het onder te brengen in een categorisch classificatiesysteem zoals DSM of ICD-10

zonder aan het complexe psychopathologische beeld voorbij te gaan. Dit draagt wellicht bij tot de relatieve onbekendheid van het syndroom. Ondanks pogingen om een classificatie op te stellen (Berrios & Luque 1995b) blijft de diversiteit in de gevalsbeschrijvingen groot. Het is dan ook de vraag of dit een apart ziektebeeld is, of veeleer een vorm van comorbiditeit bij somatische, psychoorganische en andere psychiatrische ziektebeelden. De belangrijkste classificaties en fenomenologische beschrijvingen vermelden een psychotische component, een waanachtige component en een stemmingscomponent.

Neuropsychologische gegevens en resultaten van beeldvormend onderzoek zijn te beperkt om conclusies mogelijk te maken, maar suggereren hoofdzakelijk disfunctioneren van de rechter hemisfeer. Er is beter pathofysiologisch inzicht nodig om een gerichte behandeling te kunnen aanbieden; deze dient bij voorkeur afgestemd te worden op de onderliggende somatische of psychiatrische aandoening. Prospectief onderzoek is noodzakelijk om beter zicht te krijgen op de verschillende aspecten van het syndroom van Cotard, anders dreigt het zelf genegeerd te worden.

## LITERATUUR

- Alheid, A. (1968). Considerazioni sull' esperienza nichilistica e sulla sindrome die Cotard nelle psicosi organiche e sintomatiche. *Il Lavoro neuropsichiatrico*, 43, 927-945.
- Allen, J.R., Pfefferbaum, B., Hammond, D., e.a. (2000). A disturbed child's use of a public event: Cotard's syndrome in a ten-year-old. *Psychiatry*, 63, 208-213.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4de, herziene versie). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Baeza, I., Salvà, J., & Bernardo, M. (2000). Cotard's syndrome in a young male bipolar patient. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12, 119-120.
- Bhatia, M.S. (1993). Cotard syndrome in parietal lobe tumor. *Indian Pediatrics*, 30, 1019-1021.
- Bhatia, M.S., Agrawal, P., & Malic, S.C. (1993). Cotard's syndrome in migraine (a case report). *Indian Journal of Medical Sciences*, 47, 152-153.
- Berrios, G.E., & Luque, R. (1995a). Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 185-188.
- Berrios, G.E., & Luque, R. (1995b). Cotard's delusion or syndrome?: a conceptual history. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 218-223.
- Bourgeois, M. (1980). Jules Cotard et son syndrome cent ans après. *Annales Médico-Psychologiques*, 138, 1165-1180.
- Butler, P.V. (2000). Diurnal variation in Cotard's syndrome (copresent with Capgras delusion) following traumatic brain injury. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 684-687.
- Caliyurt, O., Vardar, E., & Tuglu, C. (2004). Cotard's syndrome with schizophreniform disorder can be successfully treated with electroconvulsive therapy: case report. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 29, 138-141.
- Campbell, S., Volow, M.R., & Cavenar, J.O. (1981). Cotard's syndrome and the psychiatric manifestations of typhoid fever. *The American Journal of Psychiatry*, 138, 1377-1378.
- Cannas, A., Spissu, A., Floris, G.L., e.a. (2002). Bipolar affective disorder and Parkinson's disease: a rare, insidious and often unrecognized association. *Neurological Sciences*, 23, S67-S68.
- Chiu, H.F.K. (1995). Cotard's syndrome in psychogeriatric patients in Hong Kong. *General Hospital Psychiatry*, 17, 54-55.
- Cohen, D., Cottias, C., & Basquin, M. (1997). Cotard's syndrome in a 15-year-old girl. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 164-165.
- Cotard, J. (1880). Du délire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse. *Memoire à la Société médico-psychologique dans la Séance du 28 juin 1880. Annales Médico-Psychologiques*, 4, 168-174.
- Cotard, J. (1882). Du délire des négations. *Archives of Neurology*, 4, 282-296.
- Critchley, M. (1964). Psychiatric symptoms and parietal disease: differential diagnosis. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 57, 422-428.
- Davies, M., Coltheart, M., Langdon, R., e.a. (2001). Monothematic delusions: towards a two-factor account. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 8, 133-158.
- Degiovanni, A., Faure, M., Léveque, J.P. e.a. (1987). [Cotard syndrome in young people: apropos of 2 cases]. *Annales Médico-Psychologiques*, 145, 874-876.
- De Risio, S., De Rossi, G., Sarchiapone, M., e.a. (2004). A case of Cotard syndrome: 123I-IBZM SPECT imaging of striatal D2 receptor binding. *Psychiatry Research*, 130, 109-112.
- Drake, M.E.J. (1988). Cotard's syndrome and temporal lobe epilepsy. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 13, 36-39.
- Duggal, H.S., Jagadheesan, K., & Nizamie, H. (2002). Biological basis and staging of Cotard's syndrome. *European Psychiatry*, 17, 108-109.

- Enoch, D., & Trethowan, W. (1991). *Uncommon psychiatric syndromes*. (3de druk.) Oxford: Butterworth & Heinemann.
- Factor, S.A., & Molho, E.S. (2004). Threatening auditory hallucinations and Cotard syndrome in Parkinson disease. *Clinical Neuropharmacology*, 27, 205-207.
- Fava, G.A., & Kellner, R. (1993). Staging: a neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 225-230.
- Fillastre, M., Fontaine, A., Depecker, L., e.a. (1992). [5 cases of Cotard's syndrome in adolescents and young adults; symptoms of bipolar manic-depressive psychosis]. *L'Encéphale*, 18, 65-66.
- Garrabé, J. (2005). Dictionnaire biographique de psychiatrie par des membres de la Société Médico-Psychologique. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 95-96.
- Gardner-Thorpe, C., & Pearn, J. (2004). The Cotard syndrome. Report of two patients: with a review of the extended spectrum of 'délire des négations'. *European Journal of Neurology*, 11, 563-566.
- Gerrans, P. (2000). Refining the explanation of Cotard's delusion. *Mind & Language*, 15, 111-122.
- Greenberg, D.B., Hochberg, F.H., & Murray, G.B. (1984). The theme of death in complex partial seizures. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1587-1589.
- Halfon, O., Mouren-Simeoni, M.C., & Dugas, M. (1985). The Cotard syndrome in adolescents. *Annales Médico-Psychologiques*, 143, 876-879.
- Hamon, J.M., & Ginetet, D. (1994). [Delusions of negation: 4 case-reports]. *Annales Médico-Psychologiques*, 152, 425-443.
- Hansen, S.E., & Bolwig T.G. (1998). Cotard syndrome: an important manifestation of melancholia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, 459-464.
- Henne, M., Tonnel, M., & Henne, S. (1961). [Apropos of mixed states. A case of manic Cotard's syndrome]. *Annales Médico-Psychologiques*, 119, 318-324.
- Hashioka, S., Monji, A., Sasaki, M., e.a. (2002). A patient with Cotard syndrome who showed an improvement in single photon emission computed tomography findings after successful treatment with antidepressants. *Clinical Neuropharmacology*, 25, 276-279.
- Joseph, A.B. (1986). Cotard's syndrome in a patient with coexistent Capgras' syndrome, syndrome of subjective doubles, and palinopsia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 605-606.
- Joseph, A.B., & O'Leary, D.H. (1986). Brain atrophy and interhemispheric fissure enlargement in Cotard's syndrome. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 518-20.
- Ko, S.M. (1989). Cotard's syndrome – two case reports. *Singapore Medical Journal*, 30, 277-278.
- Kondo, S., Hayashi, H., Equchi, T., e.a. (2003). Bromocriptine augmentation therapy in a patient with Cotard's syndrome. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 27, 719-721.
- Koolwijk-van Bentum, A.M.E. van de, & Wilmlink, F.W. (2002). 'Niet om aan te zien'. Ontstaansgeschiedenis en plaatsbepaling van de stoornis in de lichaamsbeleving. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 677-686.
- Kozian, R. (2005). [Brief case report. Duloxetine in Cotard syndrome]. *Psychiatrische Praxis*, 32, 412-413.
- Lerner, V., Bergman, J., Greenberg, D., e.a. (1995). Laurence-Moon-Bardet-Biedl syndrome in combination with Cotard's syndrome. Case report. *The Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 32, 291-294.
- Lohmann, T., Nishimura, K., Sabri, O., e.a. (1996). [Successful electroconvulsive therapy of Cotard syndrome with bitemporal hypoperfusion]. *Nervenarzt*, 67, 400-403.
- Loudet, O., & Martinez, D.L. (1933). Sobre la psicogénesis y el valor pronóstico del síndrome de Cotard. *Archives Argent Neurologie*, 1, 1-12.
- Madani, Y., & Sabbe, B.G.C. (2007). Het Cotardsyndroom. Differentiële behandeling volgens subclassificatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 49-53.
- Mendhekar, D.N., & Gupta, N. (2005). Recurrent postictal depression with Cotard delusion. *Indian Journal of Pediatrics*, 72, 529-531.
- Nejad, A.G. (2002). Hydrophobia as a rare presentation of Cotard's syndrome: a case report. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 156-158.
- Nejad, A.G., & Toofani, K. (2005) Co-existence of lycanthropy and Cotard's syndrome in a single case. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 250-252.
- Paulig, M., Böttger, S., Sommer, M., e.a. (1998). [Depersonalization syndrome after acquired brain damage. Overview based on 3 case reports and the literature and discussion of etiological models]. *Nervenarzt*, 69, 1100-1106.
- Pearn, J., & Gardner-Thorpe, C. (2002). Jules Cotard (1840-1889): his life and the unique syndrome which bears his name. *Neurology*, 58, 1400-1403.
- Pearn, J., & Gardner-Thorpe, C. (2003). A biographical note on Marcel Proust's professor Cottard. *Journal of Medical Biography*, 11, 103-106.
- Petracca, G., Migliorelli, R., Vázquez, S., e.a. (1995). SPECT findings before and after ECT in a patient with major depression and



- Cotard's syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 7, 505-507.
- Régis E. (1893). Notre historique et clinique sur le délire de negations. *Gazette médicale*, 2, 61-64.
- Reif, A., Murach, W.M., & Pfuhmann, B. (2003). Delusional paralysis: an unusual variant of Cotard's syndrome. *Psychopathology*, 36, 218-220.
- Saavedra, V. (1968). El síndrome de Cotard. Consideraciones psicopatológicas y nosográficas. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 11, 175-211.
- Séglas, J. (1887). Mélancholie anxieuse avec délire des negations. *Progrès médical*, 46, 417-419.
- Shiraishi, H., Ito, M., Hayashi, H., e.a. (2004). Sulpiride treatment of Cotard's syndrome in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 28, 607-609.
- Silva, J.A., Leong, G.B., Weinstock, R., e.a. (2000). A case of Cotard's syndrome associated with self-starvation. *Journal of Forensic Sciences*, 45, 188-190.
- Silva, J.A., & Leong, G.B. (1996). The relation of Cotard's syndrome to delusional misidentification. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 33, 188-193.
- Soultanian, C., Perisse, D., Révah-Levy, A., e.a. (2005). Cotard's syndrome in adolescents and young adults: a possible onset of bipolar disorder requiring a mood stabilizer? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, 706-711.
- Tissot, F. (1921). Délire des negations terminé par guérison. Considérations sur l'hypochondrie et la mélancholie. *Annales Médico-Psychologique*, 79, 321-328.
- World Health Organization (1992). *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Yamada, K., Katsuragi, S., & Fujii, I. (1999). A case study of Cotard's syndrome: stages and diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 396-399.
- Young, A.W., Robertson, I.H., Hellawell, D.J., e.a. (1992). Cotard delusion after brain injury. *Psychological Medicine*, 22, 799-804.
- Young, A.W., Leafhead, K.M., & Szulecka, T.K. (1994). The Capgras and Cotard delusions. *Psychopathology*, 27, 226-231.
- Young A.W., & Leafhead, K.M. (1996). Betwixt life and death: case studies of the Cotard delusion. In P.W. Halligan, & J.C. Marshall (Red), *Method in madness: case studies in cognitive neuropsychiatry*. Hove, East Sussex: Erlbaum (UK) Taylor & Francis, 147-171.
- Wolff, G., McKenzie, K. (1994). Capgras, Fregoli and Cotard's syndromes and Koro in folie à deux. *The British Journal of Psychiatry*, 165, 842.
- Wright, S., Young, A.W., & Hellawell, D.J. (1993). Sequential Cotard and Capgras delusions. *The British Journal of Clinical Psychology*, 32, 345-349.

## AUTEURS

F. VAN DEN EYNDE is arts-assistent in opleiding tot psychiater werkzaam in het Universitair ziekenhuis te Gent en in het Maudsley Hospital, London, Verenigd Koninkrijk.

H. DEBRUYNE is arts-assistent in opleiding tot psychiater in het Universitair ziekenhuis te Gent.

M. PORTZKY is psycholoog in het Universitair ziekenhuis te Gent.

S. DE SAEDELEER is arts-assistent in opleiding tot psychiater in het Universitair ziekenhuis, Gent.

K. AUDENAERT is hoogleraar psychiatrie en kliniekhoofd van de Universitaire Dienst Psychiatrie, Universitair ziekenhuis te Gent.

Correspondentieadres: dr. F. Van den Eynde, Institute of Psychiatry, Section of Eating Disorders, Box PO59, De Crespigny Park, London SE5 8AF, United Kingdom.

E-mail: frederique.vandeneynde@iop.kcl.ac.uk.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-8-2007.

## SUMMARY

The syndrome of Cotard: an overview – F. Van den Eynde, H. Debruyne, M. Portzky, S. De Saedeleer, K. Audenaert –

**BACKGROUND** There is increasing controversy about whether psychiatric illnesses should be divided into categories. One of the reasons is that such a categorial system, by its very nature, cannot provide a detailed description of specific psychopathological symptoms. A patient with Cotard's syndrome, for instance, is characterised by a nihilistic delusion relating to his own body and the syndrome does not fit into any one category. We report on a case of Cotard's syndrome encountered at our clinic.

**AIM** To provide an overview of the characteristics of Cotard's syndrome, including its history, phenomenology, pathogenesis and treatment.

**METHOD** A Medline search was conducted for the period 1980-2006 using the search term 'Cotard\$'. This resulted in 68 publications, of which 18 were not used. Cross-references were used as well.

**RESULTS** Cotard's syndrome cannot be fitted unambiguously into any one category of the current classification system. Current evidence regarding Cotard's syndrome is based mainly on case studies and therefore no clarity can be obtained about the various aspects of the syndrome, such as prevalence, pathogenesis, treatment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)2, 89-98]

**KEY WORDS** Cotard's syndrome, review, classification