

Het syndroom van Capgras en het primaat van de neurobiologie

J. D. BLOM

Elders in dit nummer geven Scholte-Stalenhoef en Van den Bosch (2012) een overzicht over het syndroom van Capgras. Zij bieden een boeiende gevalsbeschrijving en beschrijven drie convergerende modellen van waaruit deze monothematische waan kan worden begrepen.

Moderne classificatiesystemen zoals de DSM en de ICD hebben ons grote voordelen gebracht, waaronder de eenheid van taal en uniforme diagnostische criteria, maar klassieke nosologische parels zoals het syndroom van Capgras hebben daarin helaas nooit een plek gekregen. Met de DSM in de hand is de verleiding groot om dit syndroom van het algemene etiket 'waan' te voorzien en het te beschouwen als onderdeel van een waanstoornis of schizofrenie. Dit geldt voor meer psychiatrische syndromen uit de klassieke literatuur, zoals de katatonie, de coenesthesiopathie en het incubusfenomeen. Deze krijgen in het wetenschappelijk onderzoek gelukkig weer de aandacht die ze verdienen (zie onder andere Blom e.a. 2010; Cheyne & Girard 2004; Fink e.a. 2010), maar zijn voor klinici nog altijd relatief onbekend. Dit terwijl ze in de praktijk vaak een andere behandeling behoeven dan de psychotische stoornissen in engere zin. Hetzelfde geldt voor het syndroom van Capgras. Om deze reden alleen al is het toe te juichen dat dit syndroom in dit nummer opnieuw onder de aandacht wordt gebracht.

Een tweede – en minstens zo belangrijke – reden om deze publicatie toe te juichen is het benoemen van de verschillende invalshoeken waaronder dit syndroom kan worden geconceptualiseerd. Met de 'atheoretische' benadering van de DSM en de huidige nadruk op biologische verklaringenmodellen zouden wij haast vergeten dat cognitieve en andere neuropsychologische benaderin-

gen even vruchtbaar kunnen zijn of op zijn minst aanvullende, relevante facetten kunnen belichten.

Casus Hoe indrukwekkend het syndroom van Capgras is en hoe verstrekkend de gevolgen ervan kunnen zijn, leerde ik van een 48-jarige patiënte die meende dat haar echtgenoot en kinderen waren vervangen door dubbelgangers. Intelligent en welbespraakt als zij was, verwees zij naar haar echtgenoot als 'die man die zich mijn echtgenoot noemt' en vertelde zij op school dat 'die kinderen' niet de hare waren. Ons behandelteam had diep respect voor de echtgenoot, die een scheiding weigerde en alles deed om het leven van zijn gezin in zo normaal mogelijke banen te leiden. De aanhoudende confrontatie met haar aantijgingen had hem er echter toe gebracht om haar in een bijgebouw te doen verblijven en haar alleen toe te staan in huis te komen voor de maaltijd en op enkele andere door hem bepaalde momenten. Het psychiatrisch onderzoek leverde behoudens de genoemde dubbelgangerswaan geen afwijkingen op. Cognitief uitdagen bleek desondanks maar ten dele mogelijk. De gedachte dat haar eigen brein verantwoordelijk zou kunnen zijn voor dit fenomeen kon zij volgen, maar niet verdragen. Zij weigerde dan ook haar medewerking aan bloedonderzoek, een eeg, een MRI-scan en helaas ook aan een farmacotherapeutische proefbehandeling. Toen haar rechterlijke machtiging na een halfjaar verliep, keerde zij in onveranderde toestand terug naar huis.

Aanvullend onderzoek Wat deze casus illustreert, is hoezeer het syndroom van Capgras verschilt van de beelden die wij onder de noemer 'schizofrenie' plegen te vangen, hoe pluriform

deze ook mogen zijn. Daarnaast onderstreept de casus het belang van aanvullend onderzoek. Zoals Scholte-Stalenhoef en Van den Bosch terecht benadrukken, berust 25 tot 40% van de gevallen op een geïsoleerde neurologische aandoening. Hun opsomming van anatomische structuren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van de kenmerkende onderidentificatie van personen zouden voldoende reden moeten zijn om zelfs bij patiënten die voldoen aan de diagnostische criteria van schizofrenie een MRI-scan en een eeg aan te vragen.

Daar komt bij dat het syndroom van Capgras niet alleen voorkomt in het kader van de door Scholte-Stalenhoef en Van den Bosch genoemde schizofrenie en neurodegeneratieve aandoeningen. Terecht noemen zij ook neurologische en interne aandoeningen als mogelijke oorzaken, maar daaraan kunnen worden toegevoegd: het postictaal delier (Joshi e.a. 2010), parkinsonisme en de ziekte van Parkinson (Cercy & Marasia 2012; Chiu 2009), de obsessieve-compulsieve stoornis (Melca e.a. 2012), ketaminegebruik (Corlett e.a. 2010), morfinegebruik (Bekelman 2006), benzodiazepinegebruik (Stewart 2004) en de lithiumintoxicatie (Nagasawa e.a. 2012). Kortom, aandoeningen en intoxicaties die in de psychiatrische praktijk niet zeldzaam zijn.

Conclusie Deze opsomming wijst er eens te meer op dat het syndroom van Capgras zich niet houdt aan de grenzen van de in de DSM voorkomende stoornissen. Kennelijk gaat het om een uiterst specifieke stoornis in de identificatie van personen die – zoals zoveel neuropsychiatrische aandoeningen – meerdere etiologische en pathofysiologische correlaten kent. Het is goed om daar vanuit meerdere, elkaar aanvullende perspectieven naar te kijken. Maar gezien de zwaarwegende consequenties voor de behandeling zou het primaat in dit geval bij de neurobiologie moeten liggen.

LITERATUUR

Bekelman DB. Capgras syndrome associated with morphine treatment. *J Palliat Med* 2006; 9: 810-3.

- Blom JD, Neven A, Aouaj Y, Jonker B, Hoek HW. De coenesthesio-pathieën. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 695-704.
- Cercy SP, Marasia JC. Combined delusional misidentification syndrome in a patient with Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2012; 24: E3-4.
- Cheyne JA, Girard TA. Spatial characteristics of hallucinations associated with sleep paralysis. *Cogn Neuropsychiatry* 2004; 9: 281-300.
- Chiu NM. Repeated electroconvulsive therapy for a patient with Capgras syndrome and parkinsonism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009; 33: 1084-5.
- Corlett PR, D'Souza DC, Krystal JH. Capgras syndrome induced by ketamine in a healthy subject. *Biol Psychiatry* 2010; 68: e1-2.
- Fink M, Shorter E, Taylor MA. Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature. *Schizophr Bull* 2010; 36: 314-20.
- Joshi D, Koirala S, Lamichhane S, Paladugu A, Johal R, Lippman S. Capgras syndrome in postictal delirium. *Psychiatry* 2010; 7: 37-9.
- Melca IA, Rodrigues CL, Serra-Pinheiro MA, Pantelis C, Velakoulis D, Mendlowicz MV, Fontenelle F. Delusional misidentification syndromes in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Q* 2012 [Epub ahead of print; online gepubliceerd op 26 augustus 2012].
- Nagasawa H, Hayashi H, Otani K. Capgras syndrome occurring in lithium toxicity. *Clin Neuropharmacol* 2012; 35: 204.
- Scholte-Stalenhoef AN, van den Bosch RJ. Het syndroom van Capgras: convergerende modellen. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 1011-17.
- Stewart JT. Capgras syndrome related to diazepam treatment. *South Med J* 2004; 97: 65-6.

AUTEUR

JAN DIRK BLOM, plaatsvervangend opleider psychiatrie en opleider klinische geriatrie, Parnassia Groep, Den Haag, en universitair docent, vakgroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentieadres: dr. Jan Dirk Blom, Parnassia Groep, Kiwistraat 43, 2552 DH Den Haag. Telefoon: 088 357 02 32.

E-mail: jd.blom@parnassia.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-9-2012.

TITLE IN ENGLISH The syndrome of Capgras and the primacy of neurobiology