

Schroeder van der Kolk en de waan van Capgras

H.N. Sno

- Achtergrond** Ongeveer 100 jaar eerder dan Capgras' beschrijving van de naar hem vernoemde misidentificatiepsychose is dit ziektebeeld beschreven door Schroeder van der Kolk. Deze publicatie heeft tot op heden ten onrechte nauwelijks aandacht gekregen.
- Doel** De casusbeschrijving van Schroeder van der Kolk onder de aandacht brengen en een link leggen tussen heden en verleden, met name wat betreft psychiatrisch behandelbeleid.
- Methode** Bestudering van de oorspronkelijke ziektegeschiedenis tegen de achtergrond van de drie publicaties van Capgras en presentatie van een gemoderniseerde bewerking.
- Resultaten** De door Capgras benadrukte pathogenetische factoren – vervreemding, overspannen affect, paranoïde hyperalertheid en onbewuste oedipale conflicten – zijn ook aanwijsbaar bij de door Schroeder van der Kolk beschreven patiënte. Zijn behandelbeleid vertoont waarschijnlijk meer overeenkomsten dan verwacht met de werkwijze van hedendaagse psychiaters.
- Conclusie** De oorspronkelijke casusbeschrijving kan een inspiratiebron zijn voor de ontwikkeling of verfijning van de klinische intuïtie bij wijze van intervisie op papier.

Begin vorige eeuw beschreven de Franse psychiater Jean Marie Joseph Capgras (1873-1950) en enkele medewerkers in drie publicaties een misidentificatiepsychose, die zij 'illusion des sosies' noemden.¹⁻³ Het Franse woord 'sosie' betekent 'dubbelganger' en is afgeleid van de naam Sosie, een personage in het toneelstuk *Amphitryon* van Molière (1668). Op voorstel van twee van zijn directe collega's in het Hôpital Sainte-Anne te Parijs werd de misidentificatiepsychose vervolgens als syndroom vernoemd naar Capgras.^{4,5} In Nederland is het syndroom van Capgras meerdere malen beschreven.⁶⁻¹¹ In dit artikel vraag ik aandacht voor een 'Waarneming eener krankzinnigheid',¹² die J.L.C. Schroeder van der Kolk (1797-1862) publiceerde in 1826, bijna honderd jaar vóór de publicaties van Capgras. Zo men überhaupt zijn naam nog kent, wordt Schroeder van der Kolk nu vooral herinnerd als de 19de-eeuwse hervormer van de krankzinnigenzorg in Nederland en mede-initiatiefnemer van de eerste krankzinnigenwet van 1841.^{13,14} Om die reden is hij ook wel de Nederlandse Pinel genoemd.¹³ De navolgende casus is een gemoderniseerde bewerking van de oorspronkelijke ziektegeschiedenis.¹² In de bespreking ga ik, na een beknopte toelichting op de achtergrond van het eponiem Capgras en de pathogenese, nader in op enkele opvallende details van het door Schroeder van der Kolk gehanteerde psychiatrische behandelbeleid.

J.L.C. Schroeder van der Kolk



(Fotoreproductie van Alex Bratsch van schilderij van Jan Hendrik Neuman uit 1856.)

CASUSBESCHRIJVING

Patiënte A, een 21-jarige vrouw, werd omschreven als nerveus en gevoelig. Zij woonde bij haar ouders en was lichamelijk altijd gezond geweest. Zij had de gewoonte om haar oren schoon te maken met naalden en andere harde voorwerpen. Op een gegeven moment was hierdoor een otitis media acuta ontstaan, met een loopoor na perforatie van het trommelflies. Ongeveer 5 weken na behandeling met zelfzorgmiddelen leek patiënte hiervan hersteld te zijn. Volgens haar familie was zij alleen nog wat mat en in zichzelf gekeerd. Dit werd toegeschreven aan verzwakking als gevolg van haar ziekte. In deze lichamelijk verzwakte toestand droomde patiënte op een nacht dat zij haar vader, broer en zus had vermoord en hun lichamen onder het bed had verborgen. De volgende ochtend werd zij volledig in beslag genomen door haar droom. Haar familie merkte wel dat zij verdrietig en onrustig was, maar begreep niet waarom. Toen een vriendin haar twee dagen later vroeg waarom zij zo stil was, stond het voor patiënte vast dat iedereen wist wat ze had gedaan.

Vanaf dat moment was zij ervan overtuigd dat haar vader, broer en zus eigenlijk vreemde mensen waren, die de kleren droegen die zij van de lijken hadden geroofd. Hun zorgzaamheid was alleen maar bedoeld om al haar bezittingen te kunnen bemachtigen. Daarnaast werd zij steeds banger om gearresteerd te worden door de politie. Haar stemming was afwisselend angstig, geagiteerd en dysfoor.

De aanwezigheid van haar vader vond zij onverdraaglijk, omdat zijn gezicht haar steeds herinnerde aan de misdadigers. 's Nachts was zij met name onrustig wanneer zij wilde opstaan, maar niet durfde vanwege de onder het bed verborgen lichamen.

De dienstdoende huisarts stelde vast dat er sprake was van slaapgebrek. Patiënte weigerde echter slaapmedicatie uit angst vergiftigd te worden als straf voor haar misdaad. Lichamelijk ging zij steeds meer achteruit. Omdat zij niet durfde te eten, vermagerde zij sterk. Uiteindelijk raakte ze zodanig uitgeput dat voor haar leven werd gevreesd. Na 8 weken werd uiteindelijk een psychiater ingeschakeld. Een anamnese was niet mogelijk. Op basis van de heteroanamnese met een oorontsteking, loopoor en hoofdpijn werd de mogelijkheid van meningitis overwogen en een gerichte behandeling ingezet.

Tegen haar zus, die haar steeds met een bewonderingswaardig geduld verzorgde, was patiënte doorgaans uiterst kwetsend. Zij herkende wel de kleren van haar zus, maar meende dat die kleren gedragen werden door een vreemdeling. Wanneer de psychiater op een meelevende toon met haar sprak, reageerde zij kalm, maar licht verward. Na drie weken was de situatie evenwel aanmerkelijk verbeterd. Zij keek helderder uit haar ogen en had lucide momenten, waarin zij coherent sprak en leek te twijfelen of zij haar zus herkende.

Na verloop van tijd was er sprake van enige contactgroei in de gesprekken met de psychiater. Op een gegeven

moment vroeg zij hem echter niet meer langs te komen. Na haar herstel vertelde patiënte dat ze toen eigenlijk haar misdaad had willen opbiechten, maar dat de aanwezigheid van de vreemdeling (haar zus) haar daarvan had weerhouden. Doordat hij haar geen gelegenheid had gegeven om alleen met haar te spreken, dacht zij dat de psychiater samenspande met de vermeende bedriegers. Geleidelijk verbeterde haar lichamelijke toestand en herstelde haar eetlust. Omdat de aanwezigheid van haar familie haar wanen en nachtmerries steeds opnieuw aanwakkerde, werd besloten tot opname in een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Dit had direct resultaat: al in de eerste nacht sliep patiënte rustig. Na enige tijd activiteitentherapie bemerkte de psychiater enkele rode striemen op haar onderarm, maar schonk hier verder geen aandacht aan. Na haar herstel bekende patiënte dat zij zo wanhopig was geweest dat zij geprobeerd had een einde aan haar leven te maken.

In de gesprekken met de psychiater bleef patiënte ervan overtuigd dat haar familieleden niet meer leefden. De zekerheid dat zij hen vermoord zou hebben, verbleekte echter gaandeweg. En op een dag gaf patiënte aan dat zij haar zus graag zou willen zien. Toen haar zus en broer daadwerkelijk voor haar stonden, omhelsden zij elkaar in tranen. De volgende dag vertelde zij dat haar broer en zus zeer ongelukkig waren. Zij had de ontmoeting met die vreemdelingen als zeer pijnlijk ervaren. Hierop besloot de psychiater dat zij voorlopig geen bezoek meer mocht ontvangen.

In de gesprekken die volgden, sprak patiënte vaak over haar vader. Zij wilde aanvankelijk niet geloven dat hij nog leefde. Langzamerhand begon zij toch te twijfelen en uiteindelijk gaf zij aan hem te willen zien. Om haar nieuwsgierigheid te bevorderen, stelde de psychiater de afspraak voor een ontmoeting bewust een aantal weken uit. Uiteindelijk stond haar vader op een afgesproken tijdstip plotseling voor haar. Hierop barstte patiënte in tranen uit. Vervolgens maakte zij samen met haar vader een wandeling, waarbij patiënte aarzelend begon te spreken. Geleidelijk herkende ze haar vader en voelde haar verstand terugkeren. Toen haar broer en zus haar opnieuw bezochten, stortte patiënte zich in hun armen, nu overtuigd dat haar dierbaren nog leefden.

BESPREKING

De waan van Capgras

In het eerste artikel beschreven Capgras en Reboul-Lachaux een 53-jarige patiënte met grootheids- en achtervolgingswanen.¹ Sinds ongeveer tien jaar was zij ervan overtuigd dat elke persoon uit haar omgeving, inclusief haar man en dochter, was vervangen door steeds andere dubbelgangers. De auteurs meenden een klinisch beeld met specifieke kenmerken te kunnen definiëren. Het was volgens hen overigens niet een zintuiglijke illusie, maar het resultaat van een affectief oordeel (*'conclusion d'un jugement affectif'*). Het oor-

deelsvermogen is verstoord in reactie op een gevoel van vervreemding in combinatie met overspannen affect en een paranoïde hyperalertheid. Strikt genomen, gaven zij hiermee impliciet aan dat het een waan betrof.

In het tweede artikel beschreven Capgras en Carette een 33-jarige patiënte met een verstandelijke beperking en somatisch een polyglandulair syndroom met hyperthyreoïdie, ovariële insufficiëntie en hirsutisme.² Haar overtuiging dat haar vader een dubbelganger was, werd toegeschreven aan onbewuste incestueuze wensen in het kader van het oedipuscomplex. De mogelijkheid van een somatische verklaring werd wel vermeld, maar niet verder uitgewerkt.

In het derde artikel beschreven Capgras, Lucchini en Schiff een 30-jarige patiënte met neuroloes.³ Zij was ervan overtuigd dat eerst haar partner en later ook haar familie waren vervangen door dubbelgangers. Haar intellectuele functies waren nog niet aangetast. De misidentificatie werd geïnterpreteerd als afweermechanisme tegen een gevoel van vervreemding.

In de discussie naar aanleiding van de laatste casus benadrukte Capgras nog eens dat de *'illusion des sosies'* berust op een stoornis in de oordeelsfunctie door een stoornis van het affect en niet primair op een cognitieve of psychosensorische functiestoornis. Latere auteurs concludeerden evenwel overwegend dat het een specifiek symptoom betreft, voortkomend uit een denkstoornis. Om die reden geniet de omschrijving 'waan van Capgras' tegenwoordig in het algemeen de voorkeur.¹⁵

Pathogenese

De door Capgras benadrukte pathogenetische factoren – vervreemding, overspannen affect, paranoïde hyperalertheid en onbewuste oedipale conflicten – zouden ook bij patiënte A een rol gespeeld kunnen hebben. Voor de pathogenese zijn in de loop der jaren diverse hypothesen naar voren gebracht vanuit psychodynamisch, neuropsychologisch dan wel neurobiologisch perspectief.¹⁰ Bij alle verklaringen werd een veranderd affect en een vorm van splitsing verondersteld.¹⁰ Bij psychodynamische verklaringen veronderstelt men een pathologische splitsing van objectrepresentaties wat betreft motivatie of betekenisgeving. Bij neuropsychologische verklaringen gaat men uit van een splitsing in een snelle globale en een trage analytische informatieverwerking. Bij neurobiologische verklaringen gaat men uit van splitsing van neuroanatomische trajecten, met name in de rechter hemisfeer of bilateraal.

De oorspronkelijke ziektegeschiedenis

In de oorspronkelijke ziektegeschiedenis wordt patiënte A door Schroeder van der Kolk beschreven als *'een meisje van een en twintig jaren van een zeer prikkelbaar en gevoelig gestel'*.¹² De zelfzorggeneesmiddelen betroffen *'Spaansche vliegen'*. De dienstdoende huisarts is in de oorspronkelijke tekst *'een geneesheer hierbij geroepen zijnde'*. Het slaapmiddel dat hij voorschreef, was opium en een *'vrij ruime hoeveelheid wijn'*. De behandelend psychiater was

Schroeder van der Kolk zelf, die als inwonend geneesheer in het Buitengasthuis van de stad Amsterdam verantwoordelijk was voor ongeveer 150 krankzinnigen.¹⁴ De gerichte behandeling bestond uit een soort trekzalf (*'Authenrietsche zalf'*), een braakmiddel (*'tartarus emeticus'*) en een purgeermiddel (crotonolie). Daarnaast werd patiënte behandeld met dropbaden en warme voetbaden.

Het psychiatrisch behandelbeleid

Het behandelbeleid van Schroeder van der Kolk is een concreet praktijkvoorbeeld van Pinels *'traitement moral'*. Zijn *'menschlievende'* en klinisch-anatomische benadering verschilt waarschijnlijk minder dan verwacht met de werkwijze van hedendaagse psychiaters, zoals die naar voren kwam in het proefschrift van Ralston.¹⁶ Uit de resultaten van diens kwalitatieve onderzoek bleken psychiaters pragmatisch en soms strategisch een veelheid van verklaringsmodellen en theorieën te hanteren, gericht op medische verbetering. Hoe deze verbetering werd gedefinieerd, was mede afhankelijk van persoonlijke voorkeuren, waarden en oordelen.

Voor de moderne lezer zou het interessant kunnen zijn om na te gaan hoe de aanpak van Schroeder van der Kolk zich verhoudt tot de multidisciplinaire richtlijn Psychosespectrum.¹⁷ In zijn aanpak is zowel de pragmatische insteek als het methodisch dualisme van het medisch model herkenbaar met aandacht voor zowel biologische als psychosociale factoren. Hij veronderstelde een biologische etiologie, waarbij hij overwoog dat *'de oorontsteking een ontsteking der hersenen of van derzelver vliezen had te weeggebragt'*. Hierbij baseerde hij zich onder andere op een preparaat in zijn pathologisch-anatomische verzameling. Een andere overweging was waarschijnlijk zijn overtuiging dat *'krankzinnigheid'* niet anders dan een lichamelijke aandoening kan zijn, omdat de ziel zelf niet ziek kan zijn.¹⁴

Met de kennis van nu is het voorschrijven van braaken purgeermiddelen (*'drastica'*) uiteraard volslagen onzinnig. De indicatie van deze interventies was nog gebaseerd op de galenische humorenleer. Schroeder van der Kolk veronderstelde dat opgehoopte *'drekstoffen'* als gevolg van een *'trage alvus'* via prikkeling van de nervus sympathicus kunnen leiden tot *'hersencongestie'* door inwerking op de circulatie in de hersenen en door directe invloed op de hersenen. Dit zou opgevat kunnen worden als een vroege variant van wat tegenwoordig de darm-breinas wordt genoemd. Hij rechtvaardigt de toepassing van braak- en purgeermiddelen voorts als een vorm van *Verelendung*:

'zij worden door de walging, welke hierdoor veroorzaakt wordt, gewoonlijk bedaarder; dit doet hen over hun lichaam nadenken, waardoor zij niet zelden den draad hunner denkbeelden verliezen.'

Toch past ons ook hier enige bescheidenheid. Het is niet ondenkbaar dat er over 200 jaar met vergelijkbare bevreemding besmuikt zal worden teruggekeken op de behandeling met antipsychotica.

De aandacht voor psychosociale factoren blijkt onder andere uit zijn besluit tot opname om patiënte uit het systeem te halen, het bezoekverbod en de plotselinge confrontatie met haar vader als therapeutische interventie. Naar aanleiding van de striemen op de onderarm ('eene ligte roodheid aan de voorarm') signaleerde hij het suïciderisico en benadrukte 'hoe voorzigtig men dergelijke lijdens moet gadeslaan, en op de geringste omstandigheden acht geven.' Uit zijn omgang met patiënte, 'haar op een deelnemende, zachte toon aansprekende' blijkt het belang dat hij hechtte aan de arts-patiëntrelatie. Naar aanleiding van haar angst dat de behandelaar zou samenspannen met de vermeende bedriegers en zij bijna op het punt had gestaan hem in vertrouwen te nemen, merkte Schroeder op:

'een bewijs, met welk eene voorzigtigheid men zich in den omgang met dergelijke ongelukkigen moet gedragen, (zoo lang ten minsten het verband van hunne denkbeelden ons onbekend is) en van hoeveel gewigt het is, hetgeen mij de ondervinding meermalen geleerd heeft, door een afgezonderd gesprek vertrouwen in te boezemen; en den loop en het verband hunner denkbeelden en voorstellingen uit te vorschen. Indien wij bij krankzinnigen eenmaal het vertrouwen verliezen, is dit niet gemakkelijk te herwinnen; hetgeen mij ook in dit geval bleek.'

CONCLUSIE

Hoewel 200 jaar geleden geschreven, is Schroeder van der Kolks 'Waarneming' ook nu nog lezenswaardig, onder andere als casus *avant la lettre* van een misidentificatiepsychose en als vroeg praktijkvoorbeeld van een pragmatische aanpak met aandacht voor zowel biologische als psychosociale factoren. Een casusbeschrijving kan dienen als een papieren vorm van interview. Beschreven ervaringen uit de praktijk kunnen enerzijds illustreren hoe boeiend en bevredigend het werken met patiënten kan zijn.¹⁸ Anderzijds kunnen deze ervaringen een aanzet vormen tot reflecteren over de pathogenese en over bepaalde persoonlijke voorkeuren, waarden en oordelen bij psychiatrische diagnostiek en behandeling. Het lezen van de oorspronkelijke publicatie kan zo een inspiratiebron zijn voor de ontwikkeling of verfijning van de klinische intuïtie.¹⁹

AUTEUR

Herman Sno, psychiater.

Correspondentie

Dr. H.N. Sno (hnsno-psychiater@ziggo.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

LITERATUUR

- 1 Capgras J, Reboul-Lachaux J. L'illusion des sosies dans un délire systématisé chronique. Bull Soc Clin Med Ment 1923; 11: 6-16.
- 2 Capgras J, Carette P. Illusion des sosies et complexe d'oedipe. Ann Med Psychol (Paris) 1924; 2: 48-68.
- 3 Capgras J, Lucchini P, Schiff P. Du sentiment d'étrangeté à l'illusion des sosies. Bulletin de la Soc Clin Med Ment 1924; 121: 210-7.
- 4 Halberstadt G. Syndrome d'illusion des Sosies. J Psychol Norm Path 1923; 20: 728-33.
- 5 Levy-Valensi J. L'illusion des sosies. Gaz Hop 1929; 55: 1001-3.
- 6 De Jonghe F, Markx, O. Het verschijnsel van Capgras. Over l'illusion des sosies. Tijdschr Psychiatr 1979; 21: 600-14.
- 7 van Zelst WH, Backer HS, van Balkom AJLM, e.a. Heeft het syndroom van Capgras bestaansrecht? Een casus en literatuuroverzicht van een dubbelgangerswaan bij ouderen. Tijdschr Gerontol Geriatr 1993; 24: 24-8.
- 8 Vinkers DJ, van der Lubbe N., de Reus R, e.a. Een 67-jarige vrouw die haar dochter voor een dubbelganger hield: de differentiële diagnostiek van misidentificatiewanen. Ned Tijdschr Geneesk 2007; 151: 2841-4.
- 9 Blom JD. Het syndroom van Capgras en het primaat van de neurobiologie. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 1019-20.
- 10 Scholte-Stalenhoef AN, van den Bosch RJ. Het syndroom van Capgras: convergerende modellen. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 1011-7.
- 11 van Deudekom FJA, van den Hanenberg F, Goudsmit M. e.a. Misidentificatiewanen herkennen. Ned Tijdschr Geneesk 2022; 166: D6283.
- 12 Schroeder van der Kolk JLC. Waarneming eener krankzinnigheid, ten gevolge van oorontsteking, met eene verklaring der waanzinnige denkbeelden, door de lijdere na hare herstelling opgegeven. In: van der Hoeven P, Logger CJ, Reinwardt CGC, e.a., red. Geneeskundige bijdragen Delft: J. Allart; 1826. p. 147-70. https://books.google.nl/books?id=1k4swklAyfoC&printsec=frontcover&hl=nl&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- 13 van Gijn J, Gijssels JP. Schroeder van der Kolk en de krankzinnigenzorg. Ned Tijdschr Geneesk 2010; 154: A1414.
- 14 Vijselaar J, Bolt T. J.L.C. Schroeder van der Kolk en het ontstaan van de psychiatrie in Nederland. Amsterdam: Boom; 2012. p. 112-8.
- 15 Enoch D, Ball H. Uncommon psychiatric syndromes. 4de ed. Londen: Arnold; 2001. p. 1-19.
- 16 Ralston ASG. Philosophy in psychiatric practice (proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit; 2019.
- 17 Multidisciplinaire werkgroep Psychosespectrum. Multidisciplinaire richtlijn Psychosespectrum. Utrecht: Richtlijndatabase. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychosespectrum/startpagina_-_psychosespectrum.html
- 18 Williams DDR. In defence of the case report (Correspondence). Br J Psychiatry 2004; 184: 84.
- 19 Van HL. Herwaarding van klinische intuïtie. Tijdschr Psychiatr 2025; 67: 5-7.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-6-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(9):527-530