

Reduplicatieve paramnesie: neuroanatomisch perspectief op een psychiatrisch fenomeen

J. Broekmeulen, R.A.P. Borghans, R. Beekman, E.I. Hoff

We beschrijven een bijzondere casus van een 76-jarige man die plots zijn huis niet meer herkende als het zijne. Deze reduplicatieve paramnesie bleek het gevolg te zijn van een herseninfarct in de anterieure nuclei van de rechter thalamus. Reduplicatieve paramnesie, een misidentificatiwaan, is vaak het gevolg van een neurologische aandoening en daarmee een neuropsychiatrisch fenomeen bij uitstek. Aan de hand van deze casus gaan we in op de klinische elementen en onderliggende neuroanatomische mechanismen die aan dit fenomeen ten grondslag liggen.

In dit artikel beschrijven wij een bijzondere casus van een patiënt met een acuut ontstane misidentificatiwaan als gevolg van een herseninfarct. Misidentificatiwaan zijn symptomen die het gevolg van zowel een psychiatrische als een neurologische aandoening kunnen zijn, en daarmee een neuropsychiatrische stoornis bij uitstek. De door ons beschreven misidentificatiwaan, de reduplicatieve paramnesie, is eerder beschreven in dit tijdschrift.¹ Aan de hand van de casusbeschrijving gaan we dieper in op de klinische kenmerken en de correlerende neuroanatomische structuren.

CASUSBESCHRIJVING

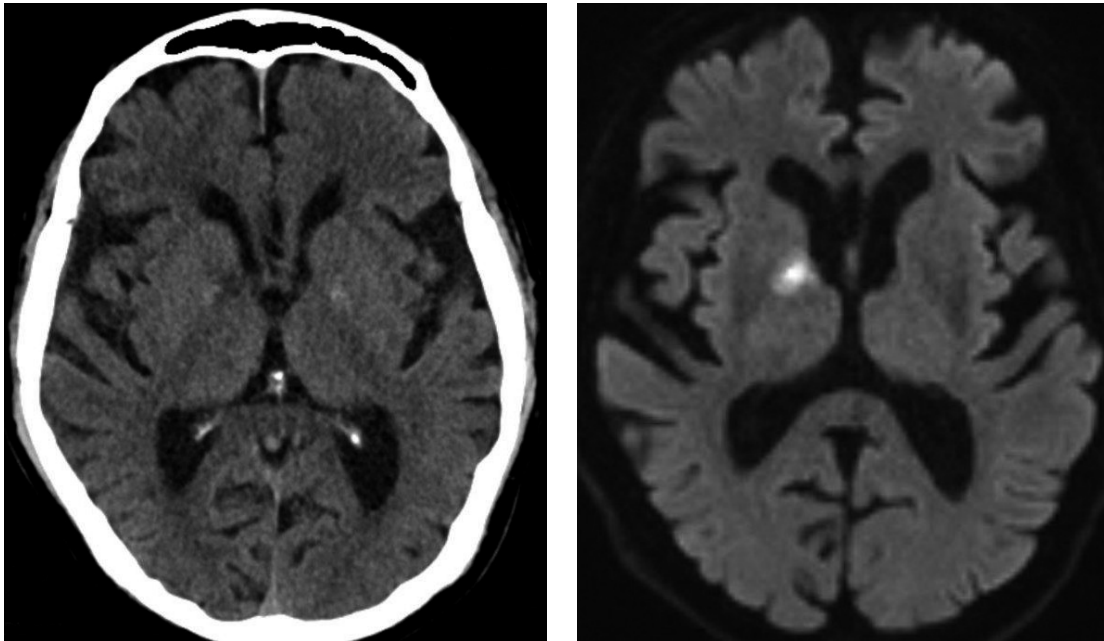
Patiënt A, een 76-jarige man, kwam bij ons in consult op de afdeling Geriatrie in verband met 'plotse verwardheid'. De avond tevoren was familie met hem naar het ziekenhuis gekomen omdat hij zijn eigen huis, waar hij al bijna meer dan 50 jaar woonde, niet meer herkende. Patiënt dacht in een soortgelijk huis te zijn, maar dan in een nabijgelegen stad en niet in zijn eigen woonplaats. Hij vroeg waarom zijn vrouw de koelkast van een vreemde openmaakte en wanneer ze naar huis zouden gaan. Patiënt herkende wel zijn eigen meubels, de foto's en de namen van de (klein)kinderen. Ook kon hij de weg goed vinden binnen en buiten het huis. Hij ging bij de burens kijken om te verifiëren of zij nog dezelfde waren. Hoewel dit klopte, bleef patiënt ervan overtuigd dat hij niet in zijn eigen huis was.

De medische voorgeschiedenis vermeldde hypertensie en een recente operatie aan de prostaat. Patiënt had een blanco psychiatrische voorgeschiedenis en gebruikte geen medicijnen.

Bij het onderzoek van de mentale status zagen we een normaal verzorgde man, jonger ogend dan kalenderleeftijd. Hij was coöperatief en er was sprake van contactgroei. Het bewustzijn was helder. De aandacht was goed te trekken en te behouden. Hij was georiënteerd in tijd en plaats. De inprenting was intact, patiënt kon goed navertellen wat er was gebeurd. Het denken was (licht) bradyfreen. Inhoudelijk was patiënt gepreoccupeerd met de overtuiging dat hij in een ander huis was geweest dan het zijne. Er waren geen hallucinaties. De stemming was normofoor en patiënt was psychomotor rustig. Neurologisch waren er verder geen tekenen van focale uitval. Patiënt herkende op de aan hem getoonde foto's nog wel zijn eigen huis.

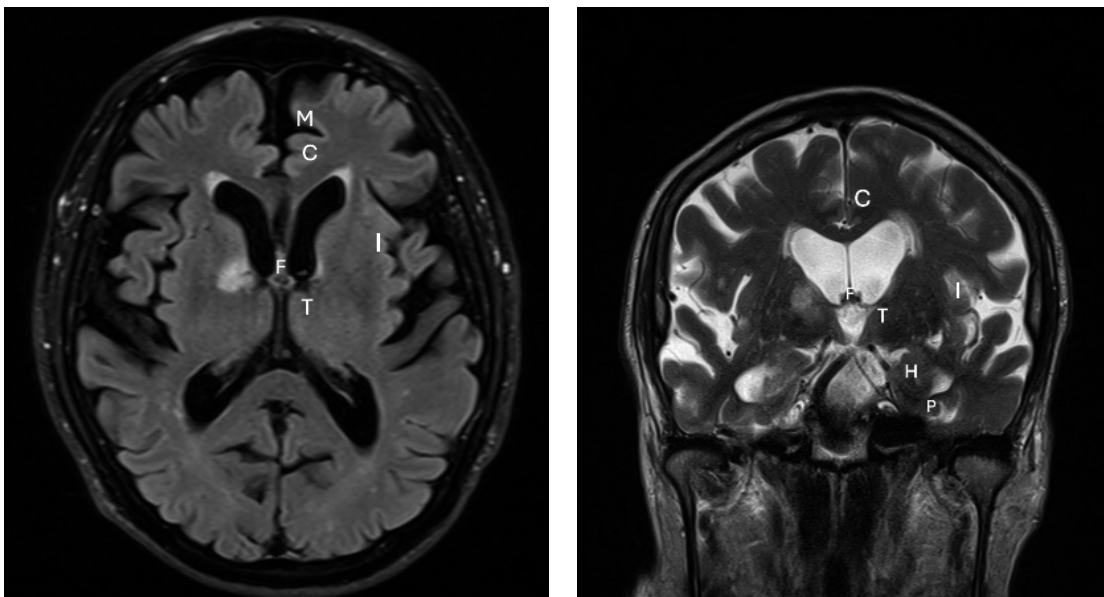
Als werkd Diagnose dachten we aan een reduplicatieve paramnesie, vermoedelijk als gevolg van een herseninfarct in de anterieure nuclei van de thalamus. Het abrupte ontstaan zonder fluctuaties, bij intacte aandacht en oriëntatie, maakte klinisch het onderscheid met een delier of psychose in het kader van een depressie of schizofrenie. De acute verandering van de mentale status deed aan een vasculaire cerebrale oorzaak denken.² Bloed- en urineonderzoek was zonder verklarende afwijkingen. De CT-scan van de hersenen die reeds was verricht, toonde een hypodens gebied in de genu van de capsula interna rechts (in het overgangsgedebied tussen de thalamus en nucleus caudatus). Een MRI-scan van de hersenen bevestigde het vermoeden van een herseninfarct, gelokaliseerd in de anterieure nuclei van de thalamus rechts (zie **figuur 1**).

Figuur 1. Patiënt A: links een CT-scan van de hersenen en rechts een MRI-scan met DWI-sequentie



De CT-scan toont een hypodens gebied aan de anteriore zijde van de thalamus rechts; de MRI-scan toont een hyperintensiteit op dezelfde locatie. Dit paste bij diffusierestrictie en bevestigde recente ischemie; DWI: diffusiegewogen opname.

Figuur 2. MRI-scan van de hersenen van patiënt A



Links de transversale coupe ('van boven'), T2-gewogen FLAIR-opname (*fluid attenuated inversion recovery*), en rechts de coronale coupe ('van de voorzijde') T2-gewogen. Op de T2-opnamen is – in tegenstelling tot de T1-opnamen – de grijze stof lichter van kleur dan de witte stof. Op een T2-opname zijn ook de liquorroimten hyperintens (wit). Op de T2-FLAIR is het hyperintense signaal van de liquorroimten onderdrukt. Er is een hyperintense signaal zichtbaar in de rechter thalamus. Dit is een hersenkern (grijze stof) die centraal gelegen is in de hersenen en een belangrijk schakelpunt vormt met overige hersengebieden. De relevante structuren, die veelal onderdeel zijn van het limbisch systeem, staan aangegeven met een letter: M: mediale prefrontale cortex (gemarkeerde gebied is van overgang tussen dorsaal en ventraal), C: gyrus cinguli anterior, I: insula, T: thalamus, F: fornix, H: hippocampus (anteriure zijde ter plaatse van de overgang met de amygdala), P: parahippocampale gyrus (ter plaatse van de entorinale cortex)

DISCUSSIE

Een reduplicatieve paramnesie is een ruimtelijke misidentificatiewaan waarbij de patiënt ervan overtuigd is dat een locatie is gerepliceerd of verplaatst.^{3,4} Het fenomeen werd in 1788 voor het eerst beschreven door Charles Bonnet.⁵ In 1903 werd de term geïntroduceerd door Arnold Pick. *Reduplicare* is Latijn voor ‘opnieuw verdubbelen’ en *paramnesia* is Grieks voor ‘herinnering naast elkaar’.⁶ Reduplicatieve paramnesie vertoont qua klinische en neuroanatomische elementen grote gelijkenissen met andere misidentificatiewanen (*‘delusional misidentification syndromes’*).^{7,8} Een misidentificatiewaan is een vorm van agnosie van persoon, voorwerp of plaats in combinatie met de valse overtuiging van een gedaanteverwisseling. Een intacte herkenning, maar gestoorde identificatie is het basisprincipe van de misidentificatiewanen, wat al is beschreven door Capgras en Pick (*‘Bekanntheitsgefühl’*).^{6,9,10} Misidentificatiewanen ontstaan meestal als gevolg van schizofrenie, een (ernstige) depressie, bipolaire stoornis of neurodegeneratieve ziekte van Alzheimer of met *Lewy bodies*.^{10,11} De meest voorkomende misidentificatiewanen gaan over gedaanteverwisseling van een ander persoon (syndroom van Fregoli of van Capgras, intermetamorfose of subjectieve dubbelganger) of van zichzelf (syndroom van Cotard of ‘gespiegelde zelfmisidentificatie’). Reduplicatieve paramnesie heeft bij uitstek een gelijkennis met het syndroom van Capgras. Dit syndroom, voor het eerst beschreven door de Franse psychiater Joseph Capgras en Jean Reboul-Lachaux in 1923, is een vorm van agnosie waarbij de patiënt in de waan is dat een persoon is gerepliceerd (‘dubbelgangerfenomeen’).⁹ In tegenstelling tot het syndroom van Capgras, heeft reduplicatieve paramnesie meestal een aantoonbaar neuropathologisch correlaat, overwegend gelokaliseerd in de rechter hemisfeer.^{8,12,13} De variëteit aan laesies die tot een reduplicatieve paramnesie kunnen leiden, is groot, wat doet vermoeden dat de oorzaak stoelt op een disconnectieprincipe. Onderliggende oorzakelijke neurologische ziekten kunnen onder andere zijn: een encefalitis, hersentrauma, hersentumor, neurodegeneratieve ziekte en een herseninfarct.⁴ Kenmerkende klinische elementen van een reduplicatieve paramnesie zijn: een gestoorde allocentrische oriëntatie, een verstoring in de mate van vertrouwdheid (*‘familiarity’*) en een verminderde conflictmonitoring.^{12,13} We bespreken deze kenmerken en het bijbehorend neuroanatomisch correlaat, zoals weergegeven in **figuur 2**. Bij onze patiënt is de ‘allocentrische’ oriëntatie gestoord (patiënt denkt dat zijn huis zich ergens anders bevindt) en de ‘egocentrische’ oriëntatie gespaard (patiënt kan wel zijn weg vinden binnen zijn ‘gerepliceerde’ eigen huis). Neuroanatomisch vertaalt deze discrepantie zich in een verstoring van de ventrale visuele route enerzijds (het ‘wat’), en behoud van de dorsale route anderzijds (het ‘waar’).^{8,12} De parahippocampale gyrus en retrospleniale cortex zijn als onderdeel van de ventrale visu-

ele route geassocieerd met herkenning van visuospatieële context en topografische oriëntatie. De parahippocampale gyrus, waar ook de gyrus fusiformis toebehoort, speelt een belangrijke rol in visueel geheugen en herkenning van objecten en plaatsen. De retrospleniale cortex is gesitueerd in de gyrus cinguli posterior en maakt onderdeel uit van het *default-moden* netwerk. Het heeft als schakelstation (*hub*) van dorsale én ventrale visuele route, een grote rol in navigatie. Een ventrale disconnectie van de retrospleniale cortex en de parahippocampale gyrus leidt tot een gestoorde allocentrische lokalisatie.^{8,12}

Net als bij andere misidentificatiewanen is er bij reduplicatieve paramnesie sprake van overmatige vervreemding (*hypofamiliarity*), of juist een overmatige vertrouwdheid (*hyperfamiliarity*). Een voorbeeld van dit laatste is als een patiënt het ziekenhuis aanziet voor zijn eigen huis. De anterieure temporaalkwab – waar de insula, amygdala en entorinale cortex toebehoren – is samen met de ventromediale prefrontale cortex belangrijk voor het koppelen van een emotionele waarde aan een stimulus. De vervreemding die patiënten ervaren bij misidentificatiewanen is mogelijk het gevolg van een disconnectie van de ventrale visuele route enerzijds (de elementen van het huis zijn herkenbaar), en de anterieure temporaalkwab en ventromediale prefrontale cortex anderzijds (de vertrouwdheid ontbreekt).^{3,12,13}

Bij een reduplicatieve paramnesie is de herkenning van het huis intact door een normaal functioneren van de posterieur gelegen parahippocampale gyrus, maar is de identificatie gestoord door ontbreken van een emotionele koppeling door de anterieur gelegen temporaalkwab en prefrontale cortex.^{3,12,13}

Een derde belangrijk element dat bijdraagt aan het ontstaan van een misidentificatiewaan, is een verminderde conflictmonitoring en foutdetectie. Een laesie van de ventromediale prefrontale cortex of gyrus cinguli anterior leidt tot een verminderde conflictmonitoring. Dit verhoogt de vatbaarheid voor confabuleren en de totstandkoming van een waan.^{3,12,13}

In onze casus is sprake van een herseninfarct van de anterieure nuclei van de thalamus. Deze nuclei maken deel uit van het limbische systeem. Ze hebben sterke verbindingen met de hippocampus, retrospleniale cortex, gyrus cinguli anterior en ventromediale prefrontale cortex.¹⁴ Via de fornix maakt de anterieure thalamus ook onderdeel uit van het ‘circuit van Papez’, dat een belangrijke schakel vormt in de vorming van episodisch geheugen. Voorts heeft een laesie van de anterieure thalamus veelal een anterograde amnesie tot gevolg, zoals we dat ook kennen bij een wernicke-encefalopathie. Een laesie van de anterieure nuclei van de thalamus kan naast (episodisch of visuospatieel) geheugen ook een stoornis geven in de oriëntatie en/of executieve functies.^{14,15} De reduplicatieve paramnesie bij patiënt in onze casus is waarschijnlijk gebaseerd op het beschreven disconnectieprincipe.

Op basis van de klinische kenmerken die minder pleiten voor een psychiatrische aandoening én vanwege het (per)acute ontstaan, werd een neurologische diagnose meer waarschijnlijk geacht. Ontbreken van psychiatrische ziekte in de voorgeschiedenis of aanwezigheid van neurologische focale uitvalsverschijnselen is ook een indicatie voor beeldvorming.

Een reduplicatieve paramnesie ten gevolge van een herseninfarct is in het merendeel van de gevallen binnen drie weken hersteld.^{4,16} Bij persisterende klachten is een positieve therapeutische respons beschreven bij behandeling met onder andere quetiapine, risperidon en haloperidol.⁴

VERVOLG CASUS

We startten secundaire medicamenteuze vasculaire profylaxe met trombocytenuitstroomremming (clopidogrel 75 mg 1 dd 1 en acetylsalicylzuur 80 mg 1 dd 1) en een statine (atorvastatine 20 mg 1 dd 1). Duplexonderzoek toonde geen significante stenose van de halsvaten. Bij ritmemonitoring waren er geen aanwijzingen voor atriumfibrilleren als mogelijke cardiale emboliebron. Patiënt had bij thuiskomst nog steeds de overtuiging in een ander huis te zijn. Na een week was deze overtuiging verdwenen en vond zijn familie hem weer 'de oude'. Wel merkte patiënt sindsdien meer moeite te hebben om zijn pincode en namen te onthouden.

CONCLUSIE

Reduplicatieve paramnesie is een variant van een misidentificatiewaan, die het gevolg kan zijn van zowel een psychiatrische als neurologische aandoening. Neuroanatomische mechanismen rond het limbisch systeem zijn veelal verklarend voor dit fenomeen. Ten eerste is er waarschijnlijk sprake van een disconnectie van de parahippocampale gyrus met enerzijds de retro-

spleniale cortex, en anderzijds de ventromediale prefrontale cortex en anterieure temporaalkwab. Dit leidt respectievelijk tot allocentrische desoriëntatie en hypofamiliariteit. Ten tweede kan een laesie van de ventromediale prefrontale cortex of de gyrus cinguli anterior leiden tot een verminderde conflictmonitoring. Bij een (per)acut ontstaan staat een cerebrale vasculaire oorzaak hoog in de differentiaaldiagnose. Wanneer andere focale neurologische uitvalsverschijnselen ontbreken, is een neurologische oorzaak van een reduplicatieve paramnesie moeilijk te herkennen. Laagdrempelige beeldvorming van de hersenen met een CT- of MRI-scan is daarom aangewezen.

LITERATUUR

- 1 Beg MI, Aben HP, van Asseldonk JTH, e.a. Een patiënt die dacht dat zijn huis in een ander land stond; reduplicatieve paramnesie. *Tijdschr Psychiatr* 2022; 64: 470-3.
- 2 Berkowitz AL. Vascular diseases of the brain and spinal cord. In: Berkowitz AL, red. *Clinical neurology & neuroanatomy: A localization-based approach* (2nd ed). New York: McGraw Hill; 2022. p. 195-226.
- 3 Politis M, Loane C. Reduplicative paramnesia: a review. *Psychopathology* 2012; 45: 337-43.
- 4 Borghesani V, Monti A, Fortis P, e.a. Reduplicative paramnesia for places: A comprehensive review of the literature and a new case report. *Clin Neurol Neurosurg* 2019; 181: 7-20.
- 5 Förstl H, Beats B. Charles Bonnet's description of Cotard's delusion and reduplicative paramnesia in an elderly patient (1788). *Br J Psychiatry* 1992; 160: 416-8.
- 6 Pick A. Clinical studies. *Brain* 1903; 26: 242-67.
- 7 Darby RR, Laganier S, Pascual-Leone A, e.a. Finding the imposter: brain connectivity of lesions causing delusional misidentifications. *Brain* 2017; 140: 497-507.
- 8 Rolls ET, Feng J, Zhang R. Selective activations and functional connectivities to the sight of faces, scenes, body parts and tools in visual and non-visual cortical regions leading to the human hippocampus. *Brain Struct Funct* 2024; 229: 1471-93.
- 9 Capgras J, Reboul-Lachaux J. Illusion des sosies dans un délire systématisé chronique. *Bull Soc Clin Méd Ment* 1923; 2: 6-16.
- 10 Barrelle A, Luauté JP. Capgras syndrome and other delusional misidentification syndromes. *Front Neurol Neurosci* 2018; 42: 35-43.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Jasper Broekmeulen, aios neurologie, afd. Neurologie, Zuyderland MC, Heerlen.

Rob Borghans, neuroradioloog, afd. Radiologie, Zuyderland MC, Sittard-Geleen.

Roy Beekman, neuroloog, afd. Neurologie, Zuyderland MC, Heerlen.

Erik Hoff, neuroloog, afd. Neurologie, Zuyderland MC, Heerlen.

Correspondentie

Jasper Broekmeulen (j.broekmeulen@zuyderland.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-1-2026.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2026;68(04):195-198