

Folie à Deux – Um Caso de *Folie Imposée* numa Díade Mãe/Filho

Folie à Deux – A Clinical Case of Folie Imposée in a Mother/Child Relationship

Marta Nascimento*[✉], Jorge Ramos *, Vera Dindo *, Raquel Ribeiro*

RESUMO:

Introdução: Embora a paternidade do conceito de delírio partilhado não seja consensual, a designação de *folie à deux* foi introduzida em 1877 por dois investigadores franceses – Lasègue e Falret. Segundo o conceito original, um indivíduo (indutor), cognitivamente dominante, desenvolve uma ideia delirante que progressivamente impõe a um segundo elemento (induzido), com quem mantém uma relação próxima. Os quatro subtipos psicopatológicos conhecidos – *folie imposée*, *folie simultanée*, *folie communiquée* e *folie induite* foram sendo descritos ao longo do final do séc. XIX, mas a sua classificação e respetiva conceptualização foi atribuída ao investigador americano Gralnick (1942).

Objetivos, material e métodos: Pretende-se com a apresentação de um caso clínico e respetiva revisão não sistemática da literatura, salientar algumas particularidades da entidade, perturbação delirante partilhada, relativamente à sua clínica, aspetos epidemiológicos e psicopatogénicos e abordagem terapêutica.

Resultados: Reportou-se um caso de delírio partilhado do tipo *folie imposée* numa díade mãe/filho. O elemento indutor (filho), afeto de perturbação bipolar e síndrome de Asperger, partilha com a mãe, sua cuidadora e elemento induzido, um delírio de conteúdo persecutório.

Conclusões: Realça-se a importância do isolamento social e do contacto próximo entre os dois elementos na génese da doença; discute-se a questão da dominância cognitiva entre indutor e induzido e as implicações da separação da díade mãe/filho enquanto principal ação terapêutica preconizada.

Palavras-Chave: *Folie à Deux*; Delírio Partilhado; Perturbação Bipolar; Síndrome de Asperger; ICD-10; DSM-IV-TR.

ABSTRACT:

Background: *Even though the origin of the concept of shared delusion is not consensual, the term folie a deux was introduced in 1877 by two french researchers – Lasègue and Falret. According to the original concept, a person (inductor), cog-*

* Serviço de Psiquiatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. ✉ marta.cmn@gmail.com

Recebido / Received: 27/11/12 · Aceite / Accepted: 27/12/12

nitively dominant, develops a delusional idea that progressively imposes to a second person (induced), with whom he keeps a close relationship. The four psychopathologic subtypes known – folie imposée, folie simultanée, folie communiquée and folie induite, were described in the final of the XIX century, but its classification and conceptualization was assigned to the american researcher Gralnick (1942).

Aim, materials and methods: *It is intended to highlight some clinical aspects of the shared delusion disorder, its epidemiological and psychopathogenic characterization and therapeutical approach. In order to achieve it, the authors presented a clinical case report and respective non systematic literature review.*

Results: *It is a case of shared delusion of the type folie imposée in a pair mother/son. The inductor (son) suffers from bipolar disorder and asperger syndrome and shared with his mother (induced and carer) a persecutory delusion.*

Conclusions: *It is highlighted the importance of a social isolation context and close contact between both members in the genesis of the disease; it is discussed the subject of the cognitive dominance between the inductor and the induced and the implications of the separation of the pair mother/son, as primary therapeutic action.*

Key-Words: *Folie à Deux; Shared Delusion Disorder; Bipolar Disorder; Asperger Syndrome; ICD-10; DSM IV TR.*

OBJECTIVOS

Pretende-se, através do relato de um caso clínico realizar uma reflexão crítica sobre a perturbação delirante partilhada, enquanto entidade nosológica.

Propomo-nos elaborar uma revisão não sistemática da literatura, com o intuito de sustentar a discussão do caso clínico apresentado, assim como das suas particularidades diagnósticas e prognósticas, à luz do conhecimento atual.

Pretende-se adicionalmente, tecer algumas considerações sobre as possíveis abordagens terapêuticas, a sua eficácia e os vários fatores que devem ser considerados na sua seleção.

MATERIAL E MÉTODOS

Os autores efetuaram uma revisão não sistemática da literatura através da consulta das bases de dados eletrónicas – Pubmed e B-on. Foram pesquisados estudos escritos em inglês, português, espanhol e francês. Incluíram-se relatos de caso e artigos de revisão, sistemática ou não, subordinados às seguintes palavras-chave: *folie à deux, shared delusion disorder, induced delusion disorder*. Não foram aplicados critérios restritivos relativamente à data de publicação dos artigos pesquisados.

Foi igualmente reportado um caso clínico, de uma perturbação psicótica partilhada entre mãe e filho, do tipo *folie imposée*.

RESULTADOS

1. Conceito de *Folie à Deux*

Embora a paternidade do conceito não seja consensual; o termo *folie à deux*, usual e atualmen-

te empregue na gíria psiquiátrica, foi atribuído a dois investigadores franceses – Lasègue e Falret, em 1877. Através da revisão de sete casos clínicos descritos na literatura, os autores caracterizam semiologicamente uma nova entidade nosológica – *Le délire communiqué*¹.

De acordo com o conceito original, o fenómeno da transmissão de uma ideia delirante entre dois indivíduos era explicado pela presença de um conjunto de condições excepcionais e indispensáveis¹:

- Um dos indivíduos, afeto de uma perturbação psicótica (“alienado”) é o elemento ativo, “mais inteligente”, que exerce uma relação de dominância perante um segundo indivíduo, saudável, mas “fraco de espírito” – o elemento passivo;
- Os dois indivíduos mantêm uma relação próxima e duradoura;
- Os dois convivem em relativo isolamento, face a influências exteriores;
- Para que o “contágio” da ideia delirante possa ocorrer, esta deve possuir um carácter verosímil e manter-se dentro dos limites do possível;
- O elemento induzido, frequentemente mulher e mais novo que o indutor, possui uma hereditariedade favorável ao desenvolvimento psicótico;
- A psicopatologia exibida pelo elemento passivo é menos severa que do elemento ativo.
- O tratamento indicado consistiria na separação física dos dois elementos. Tal deveria conduzir, necessariamente, à remissão do delírio por parte do elemento induzido. O induzido é um reflexo do indutor que possui uma perturbação psicótica verdadeira.

Posteriormente foram sendo descritas várias variantes do conceito inicial². Regis, em 1880, demonstrou que a partilha de uma ideia delirante pode emergir simultaneamente em dois indivíduos com predisposição hereditária para perturbação psicótica. Esta nova variante foi por ele designada de *folie simultanée*. Régis rejeita o pressuposto da dominância do elemento ativo sobre o elemento passivo e esclarece que a separação dos dois nem sempre permite a dissolução do delírio partilhado em ambos os elementos³. Um ano depois, Montyel descreve um novo subtipo de *folie à deux* e reformula a designação proposta por Lasègue e Falret. Isolou assim três mecanismos de transmissão do delírio: a *folie imposée*, correspondente à *folie communiquée* descrita por Lasègue e Falret; a *folie simultanée* proposta por Regis e, por fim um terceiro subtipo que se distinguia da descrição inicial de Lasègue e Falret pelo facto de a separação dos dois elementos não se associar à remissão do quadro psicótico – *folie communiquée*⁴.

Finalmente, o psiquiatra alemão Lehman, em 1883, deixa igualmente o seu contributo ao definir a *folie induite*; um subtipo de delírio partilhado no qual são transmitidas novas ideias delirantes a um indivíduo afeto de perturbação psicótica prévia, por influência de um segundo indivíduo, também com doença mental⁵.

Outras variantes e mecanismos de “contágio” foram descritos por diversos autores, muitos deles redundantes e com poucas implicações práticas – *folie transformée* (Kieron), *folie épidémique* (histeria colectiva), *folie gémellaire*, entre outros².

Na década de 40, Gralnik, um investigador americano reuniu 103 casos de *folie à deux* descritos na literatura (Quadro I). Na sua publicação: “*folie à deux – the psychosis of*

association” define as quatro formas de apresentação, adotando os conceitos europeus detalhados anteriormente e determina as respectivas prevalências⁶.

Quadro I: Folie à deux segundo Gralnik.

1. **Folie Imposée (64%):** Um indivíduo afeto de uma perturbação psicótica impõe a outro indivíduo saudável, mais novo e mais submisso, as suas ideias delirantes. Os dois mantêm uma relação próxima, sendo que as ideias delirantes do induzido desaparecem com a separação dos dois.
2. **Folie Simultanée (6%):** Surgimento simultâneo de um sistema delirante que ocorre em dois indivíduos intimamente relacionados, com pré disposição para morbidade psiquiátrica.
3. **Folie Communiquée (25%):** O elemento induzido desenvolve uma sintomatologia psicótica compartilhada com o elemento indutor. A separação dos dois não permite a remissão dos sintomas, pelo que, ambos possuem uma perturbação psicótica verdadeira.
4. **Folie Induite (5%):** Novas ideias delirantes são adotadas por um indivíduo afeto de uma perturbação psicótica, sob influência de um outro indivíduo psicótico.

Apesar da sua validade teórica ter sido questionada e criticada por diversos autores, esta classificação, com mais de 50 anos é, ainda hoje, aceite na prática clínica, descrevendo os padrões de transmissão do delírio entre os indivíduos⁵.

As classificações internacionais mais recentes – DSM-IV e ICD 10 apoiam-se fundamentalmente no conceito original proposto por Lasègue e Falret no século XIX (Quadro II). Com efeito, ambas relevam que a perturbação delirante partilhada

(DSM IV) ou induzida (ICD 10) é um diagnóstico do elemento secundário. O sujeito indutor não goza mais do que o seu próprio diagnóstico⁷. Por outro lado, ambas realçam a inexistência, no elemento induzido, de outro diagnóstico psiquiátrico que não se resume à psicopatologia induzida pela proximidade com o indutor⁸. Deste modo, as classificações rejeitam todas as formas de indução delirante, descritas no séc. XIX, com exceção da *folie imposée*⁵.

Quadro II: Folie à Deux: Critérios Internacionais.

ICD – 10: Perturbação Delirante Induzida	DSM–IV-TR: Perturbação Psicótica Partilhada
<p>A. O indivíduo desenvolve um delírio ou um sistema delirante originalmente produzido por outro indivíduo, afeto de uma perturbação psicótica classificada em F2 – F23;</p> <p>B. Os dois mantêm uma relação involuntariamente próxima e convivem em ambiente de isolamento social relativo;</p> <p>C. O indivíduo não pode possuir a crença em questão antes do contacto com o indivíduo indutor e não pode padecer ou ter padecido de qualquer outra perturbação psicótica classificada em F20 – F23.</p>	<p>A. O delírio desenvolve-se num indivíduo no contexto de uma relação próxima com outros indivíduos que possuem um delírio pré-estabelecido;</p> <p>B. O conteúdo do delírio é semelhante ao do indutor;</p> <p>C. A perturbação não é melhor explicada por outra perturbação psicótica (p.ex. esquizofrenia) ou perturbação do humor com sintomas psicóticos e não se deve a um efeito fisiológico direto de uma substância (p.ex. droga de abuso ou medicação) ou a uma patologia orgânica.</p>

Adaptado de: Gralnick A. 1942⁶

No entanto, a maioria dos relatos de caso adota a classificação proposta por Gralnik, descrevendo também a existência frequente de co-morbilidade psiquiátrica no elemento induzido. Alguns autores vão mais longe ao sugerir que os critérios internacionais para o diagnóstico de *folie à deux* deveriam ser revistos, de modo a admitir a existência de co-morbilidade, psicótica ou não, no elemento induzido⁹.

2. Epidemiologia

Poucos dados epidemiológicos são conhecidos no que concerne à incidência de *folie à deux* uma vez que a literatura publicada neste âmbito quase se resume a relatos de caso. A *folie à deux* é uma entidade rara cuja incidência foi estimada em 1,7 – 2,6%¹⁰. Na verdade, o número de novos casos está provavelmente subavaliado em virtude de vários fatores – tolerância familiar; estudo dos casos primários

sem identificar os casos secundários; ausência de necessidade de hospitalização⁷.

Embora apenas um indivíduo assuma um papel de elemento ativo/indutor nas diádes de *folie à deux*, foram relatados vários casos onde existe mais do que um elemento induzido¹¹. O termo *folie à famille* é utilizado quando estão envolvidos mais de dois elementos da mesma família¹².

O **perfil epidemiológico** dos casos de perturbação psicótica partilhada foi estudado por vários autores. No entanto, a heterogeneidade de critérios utilizados entre os vários estudos dificulta o seu estabelecimento. Com efeito, foram encontradas diferenças relevantes entre os estudos mais antigos e os mais recentes⁸. Os primeiros apoiaram-se predominantemente nos pressupostos originais enunciados por Lasègue e Falret, que se inscreviam nos valores sociais tradicionalmente aceites na sociedade da altura¹³. Os segundos reservaram menos

importância às teorias dos dois investigadores (não testadas, nem comprovadas) apoiando-se fundamentalmente na medicina baseada na evidência^{8,10,13,14}.

Estas diferenças refletem-se fundamentalmente nas **características demográficas** das díades de *folie à deux*. A questão da dominância cognitiva do indutor – induzido em função da idade (mais jovem) e sexo (feminino) do elemento secundário não foi corroborada pelos estudos publicados após a década de 90⁷. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao **sexo e idade do elemento indutor/induzido**, contrariando a suposição original de que as mulheres e os indivíduos mais jovens são mais suscetíveis ao fenómeno da transmissão de uma ideia delirante^{8,13,14}. Na literatura mais recente, a evidência da “dominância” do elemento indutor sobre o elemento induzido, foi exclusivamente demonstrada, pela frequente presença de **comorbidade psiquiátrica no elemento secundário** nomeadamente: síndrome demencial^{8,13,15}, défice cognitivo^{8,13,15,16} e perturbações da personalidade^{15,17}. Adicionalmente, nos familiares de elementos induzidos é frequente a história de doença psiquiátrica e é frequentemente relatada patologia do Eixo I^{8,13,14}.

Mais de 90% das díades de *folie à deux* foram encontradas em elementos pertencentes a uma **família nuclear** com preponderância dos pares marido-mulher e irmã-irmã^{6,8,13}. Com efeito, em mais de 60% dos casos o elemento indutor é parente em primeiro grau do elemento induzido¹⁵.

A **perturbação psicótica** mais frequentemente encontrada nos elementos indutores foi a esquizofrenia (28,9 – 60%) seguida da per-

turbação delirante (13 – 33%). A perturbação bipolar e a depressão major foram menos frequentemente encontradas entre os elementos indutores^{8,13,14,15}.

Quanto à **natureza do delírio partilhado** destaca-se a predominância de delírios de conteúdo persecutório, místico e grandioso¹⁰. No entanto, todos os tipos de conteúdo de delírio secundário foram descritos nas díades de *folie à deux*, inclusive delírios de mal identificação¹⁸.

Por fim, a **intensidade psicopatológica do quadro clínico** do induzido tende a ser menos exuberante que a do indutor, como já tinha sido demonstrado nos primeiros relatos de Lasègue e Falret. As alterações da percepção, por exemplo, são mais proeminentes e mais frequentes no elemento indutor^{8,13}.

As díades de *folie à deux* constituídas por **gémeos** exibem algumas particularidades. Na revisão efetuada por Gralnick, em 103 casos de *folie à deux*, 8 casos (7,8%) constituíam pares de gémeos⁶. Um estudo americano, que efetuou uma revisão de 16 casos de delírio partilhado em gémeos, encontrou um predomínio do subtipo *folie simultanée* (69%) e de díades irmã/irmã¹⁹. Por outro lado, o diagnóstico mais frequentemente encontrado em ambos os elementos foi a perturbação delirante²⁰.

3. Mecanismos psicopatológicos

A semelhança do que se verifica em outras entidades nosológicas, a psicopatogenia da perturbação delirante partilhada apoia-se num modelo que resulta da consonância da contribuição genética e ambiental/sociológica. Na verdade, esta problemática foi prontamente salientada por Lasègue e Falret já no séc. XIX.

Para os autores, nem todos os indivíduos eram passíveis de desenvolver um delírio partilhado, mesmo quando as condições favoráveis ao seu surgimento estavam presentes¹ – apenas aqueles com predisposição hereditária para esquizofrenia^{1,21}. Por outro lado, a separação dos dois elementos nem sempre conduz à remissão do quadro, o que é muito sugestivo de uma contribuição biológica ou genética importante⁸. Com efeito, em mais de metade dos casos, o elemento indutor é parente em primeiro grau do(s) elemento(s) envolvido(s). Paralelamente, é frequente a existência de perturbações de eixo I e história familiar psiquiátrica por parte do elemento induzido o que remete para uma grande similaridade entre indutor/induzido, no que diz respeito à predisposição para doença mental^{8,21}. Por fim os gémeos representam uma população particularmente suscetível ao fenómeno do delírio partilhado, sobretudo os gémeos monozigóticos¹⁹.

A elevada incidência de *folie à deux* nos gémeos, comparativamente a outras populações, não pode ser apenas explicada pela presença de um património genético comum. A contribuição de fatores ambientais é igualmente relevante. As relações entre gémeos evidenciam um carácter simbiótico que traduz uma dependência mútua e contato contínuo. Este aspeto cria condições favoráveis ao desenvolvimento da doença. Na verdade, o fenómeno da partilha de um delírio é mais igualitário em pares de gémeos, comparativamente a outras díades. Kendler e colaboradores postularam que “qualquer tendência”, geneticamente determinada, para o desenvolvimento de pensamento delirante num dos gémeos tenderá a ser reforçada pelo irmão (...) os dois juntos

desencadeiam um mecanismo de retrocontrolo positivo que favorece a ocorrência de delírio partilhado”²².

Por outro lado, a exclusão social e o isolamento do exterior, em virtude da língua, cultura ou geografia, assume uma importância fundamental na génese da doença. O isolamento compromete a chamada “comparação social” por parte do elemento secundário, inviabilizando eventuais correções exteriores que ponham em causa a convicção delirante do indutor¹³.

Outros autores defendem ainda que os elementos secundários, ao aderir à ideia do indutor, garantem a coesão relacional do grupo e asseguram a conservação do isolamento exterior; o que pode ser benéfico para ambos²³. Na verdade, o mecanismo do “contágio” do delírio não é unidirecional. Uma vez incorporadas as ideias delirantes do elemento primário, o próprio elemento induzido reforça-as, estabelecendo-se uma “causalidade circular”²⁴.

A influência do meio na génese da doença pode ser demonstrada por vários aspetos. As díades marido-mulher ou vice-versa ocorrem em frequência semelhante às díades consanguíneas. Por outro lado, não existem diferenças qualitativas, na apresentação da doença, entre pares consanguíneos e não consanguíneos¹⁵, dados que sustentam a contribuição sociológica/ambiental para o desenvolvimento da doença.

4. Terapêutica

A indicação terapêutica principal, enunciada por Lasègue e Falret e que ainda hoje prevalece, consiste na separação física dos dois elementos envolvidos na perturbação delirante partilhada¹. Habitualmente, a separação dos

dois é obtida através da admissão do elemento indutor em internamento hospitalar; a admissão psiquiátrica do elemento induzido é infrequente¹⁵. O período mínimo de separação recomendável é de seis meses¹⁷.

A separação dos dois indivíduos é frequentemente insuficiente para a dissolução dos sintomas²⁵, induzindo a remissão do quadro psicótico em apenas 60% dos casos²⁶. Habitualmente, esta é utilizada em combinação com terapêutica neuroléptica^{8,13,15}. No entanto não foi estudada qualquer terapêutica antipsicótica particular que demonstrasse eficácia superior na resolução do quadro clínico⁷.

Outros autores propõem abordagens psicoterapêuticas, quer individuais, quer familiares²⁷ contudo, permanece por demonstrar a sua eficácia terapêutica.

5. Prognóstico

A resposta à terapêutica dos doentes afetos de perturbação delirante partilhada depende de vários fatores. Constituem fatores de mau prognóstico, os seguintes:

- Díades constituídas por indivíduos idosos¹⁵ ou gémeos²⁰, em razão da frequente dependência mútua existente entre estes indivíduos. No caso dos gémeos, acresce ainda, o facto de o principal diagnóstico encontrado ser a perturbação delirante, afeção particularmente refratária à terapêutica²⁰;
- Induzidos com o diagnóstico prévio de perturbação psicótica²⁵;
- Delírio partilhado de temática religiosa ou mística²⁸, uma vez que se associa a maior heteroagressividade e a práticas e rituais por vezes letais – suicídio coletivo ou pactos suicidários⁷.

6. Caso Clínico

Trata-se de um caso de uma doente de 65 anos, engenheira civil de profissão e divorciada; mãe de um filho de 39 anos, com quem reside. Este indivíduo, afeto de síndrome de Asperger e perturbação bipolar estava internado noutra hospital por episódio maníaco com sintomatologia psicótica, no dia em que a doente foi admitida no serviço de urgência de psiquiatria do nosso hospital.

A doente vivia com o seu único filho desde que este nasceu. Era, na verdade, a sua cuidadora, mantendo com este uma relação peculiar. Com efeito, apurou-se uma forte dependência afetiva do filho, o que levou progressivamente a mãe a restringir o seu círculo social e a reorganizar toda a sua rotina diária, despendendo à data do internamento, quantidades apreciáveis do seu tempo na prestação de cuidados ao filho. A doente descrevia-se como uma pessoa “alegre, interventiva e de ideias fortes” (sic). Exibia interesses culturais diversos e nutria o gosto pela convivência social, particularmente com colegas de trabalho, embora reconhecesse fortes limitações decorrentes da prestação de cuidados ao filho. Segundo os colegas de trabalho, a doente apresentava um “perfil de trabalho desajustado para as necessidades de hoje” (sic); apesar de minuciosa tinha dificuldade em ser objetiva ou sintética. Não se apuraram antecedentes pessoais ou familiares psiquiátricos relevantes com exceção da presença de um irmão que se suicidou.

No dia do internamento, a doente terá recorrido à urgência de psiquiatria do hospital onde o filho estava internado, exigindo a alta do mesmo e opondo-se ao tratamento. Nesse esta-

belecimento, à entrada, verbalizou ideação delirante persecutória envolvendo o ex-marido, de conteúdo similar à psicopatologia exercida pelo filho. Os dois possuíam a convicção delirante de que o ex-marido da doente prejudicava o sucesso académico do filho e intercedia junto dos júris de exame a fim de inviabilizar a sua progressão universitária.

Foi efetuado o diagnóstico de perturbação delirante partilhada, pelo que se procedeu à transferência de hospital, a fim de separar a díade mãe-filho. À observação, no nosso serviço de urgência, a doente estava orientada, colaborante, com contacto sintónico. Apresentava discurso prolixo focado na sua relação com o filho e desvalorizando a doença deste. Exibia ideação delirante de conteúdo persecutório dirigida ao ex-marido. Apurou-se ainda uma discreta elação do humor e ausência de crítica para o estado mórbido, MMSE (*Mini Mental State Examination*): 30/30; MoCA (*The Montreal Cognitive Assessment Scale*): 24/30.

Realizou exames complementares de diagnóstico em conformidade, nomeadamente ressonância magnética crânio-encefálica, que revelou a presença de doença cerebrovascular e incipiente atrofia cerebral cortical. A avaliação laboratorial realizada foi inocente.

No internamento, o projeto terapêutico centrou-se na separação física e relacional do filho, proibindo contactos telefónicos entre os dois. Adicionalmente, a doente foi medicada com risperidona 4mg por dia.

Ao longo da evolução a doente manifestou um distanciamento progressivo em relação à temática delirante e, inclusivamente crítica para a mesma; embora não tenha sido obtido *insight* total para a patologia do filho.

Estabeleceu como projetos futuros a delimitação de espaços físicos e emocionais com o filho.

7. Comentário/Discussão:

À luz das classificações internacionais – DSM-IV-TR e ICD-10, estamos perante um caso de perturbação delirante partilhada numa díade mãe/filho (Quadro II). O elemento indutor (filho), afeto de perturbação bipolar e síndrome de Asperger, partilha com a mãe, elemento induzido e sua cuidadora, um delírio de conteúdo persecutório.

Segundo a classificação proposta por Galnick o diagnóstico em questão, corresponde a uma “*folie imposée*”⁶, uma vez que:

- O elemento indutor (filho) impõe à sua mãe (o elemento induzido), previamente saudável, a convicção delirante de que o pai prejudica o seu sucesso académico e intercede entre os júris de exame no sentido de inviabilizar a sua progressão universitária – os dois indivíduos mantêm uma relação muito próxima, convivendo em ambiente de isolamento social relativo;
- A separação dos dois elementos conduziu à remissão da sintomatologia psicótica exibida pela doente;
- Não existe evidência de que a doente possuía a falsa crença, em questão, antes do contacto com a ideação delirante produzida pelo filho;
- A ideia delirante partilhada possui um carácter verosímil, mantendo-se dentro dos limites do possível;
- A doente não apresentava qualquer outra perturbação psicótica, para além, da perturbação delirante induzida.

No entanto, não foi possível estabelecer uma evidência temporal segura da transmissão da

ideia delirante do elemento indutor para o elemento induzido.

No âmbito do diagnóstico diferencial, foi ainda colocada a hipótese de se tratar de uma perturbação delirante. Esta hipótese era apoiada, pelo facto de a ideia delirante persecutória descrita, não apresentar um carácter bizarro, assim como por não terem sido demonstradas alterações importantes do comportamento ou funcionamento psicossocial e laboral, fora do contexto do delírio. Contudo, a hipótese foi refutada, uma vez que, se demonstrou que a separação dos dois elementos desta díade patológica, conduziu à remissão do delírio por parte do elemento induzido, assim como ao desenvolvimento de crítica, ainda que parcial. Contrariamente ao inicialmente postulado por Lasègue e Falret¹ no seu conceito original, não se verificou dominância cognitiva do indutor em relação ao induzido. Com efeito, a doente (elemento secundário), diferenciada e pós graduada em engenharia, apresenta maior sucesso académico e profissional do que o seu filho. No entanto, a doente exibe algumas particularidades, que a tornam mais suscetível de desenvolver a doença. Constatou-se que a doente demonstrava uma incompreensão para algumas convenções da interação social, assim como alguma desadequação afetiva. Por outro lado, foi descrita pelos colegas de trabalho como sendo excessivamente teórica e com pouca capacidade em se adaptar às exigências práticas da sua atividade laboral. Estes aspetos permitiram levantar a hipótese diagnóstica de perturbação do espectro do autismo, por parte do elemento secundário. Contudo, a ausência de atraso na linguagem ou no desenvolvimento cognitivo restringiram as hipóteses diagnós-

ticas nesse âmbito, ao diagnóstico de síndrome de Asperger. Apesar de se poder especular sobre a presença de uma componente hereditária que apoiasse a presença da doença, vários fatores refutaram esta hipótese de diagnóstico. Verificou-se, contrariamente ao descrito nos indivíduos com síndrome de Asperger, que a doente possuía interesses sociais, culturais e ocupacionais variados. A doente explica o seu isolamento social, pela necessidade de prestação de cuidados ao filho. Também não se verificaram padrões de comportamento restritivo, estereotipado ou repetitivo, habituais nos indivíduos com perturbações do espectro do autismo.

A hipótese de diagnóstico de síndrome demencial foi igualmente colocada, uma vez que foi encontrado um discreto compromisso da capacidade de retenção e evocação (MoCA: 24/30), bem como, evidência de doença cerebrovascular e incipiente atrofia cortical na RMN – CE. Contudo, a função da linguagem encontrava-se preservada, não se apuraram agnósia ou apraxia, nem alterações da capacidade de abstração. A função executiva, assim como, a capacidade visuo-espacial encontravam-se igualmente preservadas. Por fim, as perturbações mnésicas não provocavam interrupção do funcionamento social ou ocupacional. Infelizmente não foi realizada avaliação neuropsicológica formal que permitisse documentar estes défices com fidelidade, mas é possível inferir a presença de um défice cognitivo ligeiro (MoCA: 24/30). Com efeito, entidades nosológicas como síndrome demencial e défice cognitivo ligeiro foram frequentemente reportadas na literatura, entre elementos induzidos^{8,13,15,16}.

Embora o elemento secundário seja do sexo feminino, a idade do elemento induzido é superior à do elemento indutor, contrariando a suposição original, fruto da sua época, segundo a qual as mulheres e os indivíduos mais jovens seriam mais suscetíveis ao fenómeno da transmissão de uma ideia delirante. De facto, à luz da atual evidência científica, não se encontram diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao sexo e à idade dos dois elementos^{8,13,14}.

Habitualmente, a separação dos elementos participantes na *folie à deux* é obtida através da admissão do elemento indutor em internamento hospitalar, sendo rara a admissão psiquiátrica do elemento induzido, como ocorreu neste caso. É importante realçar ainda que, o diagnóstico de perturbação delirante partilhada foi efetuado de forma acidental, não tendo ocorrido uma procura deliberada dos serviços de saúde por parte da doente, nem uma sinalização do caso, pela medicina geral e familiar, por familiares ou mesmo por colegas de trabalho. Com efeito, a *folie à deux* é uma entidade raramente encontrada, cuja incidência está provavelmente subavaliada⁷, uma vez que, habitualmente não é realizada uma investigação diagnóstica junto dos familiares mais próximos dos indivíduos com perturbações psicóticas, com o intuito de identificar os casos secundários. Tal como evidenciado pelo presente caso clínico, a psicopatologia apresentada pelo indivíduo induzido tende a ser menos severa que a do elemento indutor^{8,13}, o que dificulta igualmente o diagnóstico, dado que perpetua o ambiente de tolerância familiar face aos sintomas psicóticos e diminui a necessidade destes indivíduos recorrerem aos serviços de saúde.

Como ocorre em cerca de 90% dos casos descritos na literatura, também neste caso, a díade indutor-induzido é constituída por elementos pertencentes a uma família nuclear. Adicionalmente, o conteúdo persecutório do delírio vai ao encontro das temáticas mais frequentemente encontradas nos delírios partilhados. As perturbações psicóticas que mais frequentemente afetam os indutores incluem a esquizofrenia e a perturbação delirante. O elemento indutor do presente caso clínico, é afeto de perturbação bipolar, entidade que foi raramente reportada nos elementos primários^{8,13,14,15}.

A separação dos dois elementos, enquanto principal terapêutica preconizada conduz à remissão do quadro psicótico em apenas 60% dos casos²⁶. Por este motivo, esta medida é habitualmente combinada com a utilização de terapêutica neuroléptica. No presente caso clínico, para além do necessário afastamento dos dois elementos, a doente foi medicada com 4 mg de Risperidona, tendo ocorrido rápida melhoria da sintomatologia psicótica, com o surgimento de crítica parcial para o seu estado mórbido.

O prognóstico da doença é negativamente comprometido pela relação de dependência do indivíduo indutor face ao induzido, em virtude da co-morbilidade psiquiátrica do primeiro (síndrome de Asperger e perturbação bipolar) e consequente necessidade de receber cuidados. Este aspeto contribui, por um lado, para a manutenção do isolamento social por parte desta família nuclear; por outro, inviabiliza a separação ou afastamento por um período prolongado, dado o prejuízo que tal representaria para o filho da

doente, enquanto doente mental. Na verdade, alguns autores contemplaram este aspeto¹⁶ salientando que os benefícios e os riscos da separação devem ser ponderados em função da severidade do conteúdo delirante, do potencial de risco envolvido, da realidade socioeconómica, do grau de dependência entre os elementos, bem como, em função do suporte emocional decorrente da relação entre os dois indivíduos.

CONCLUSÕES:

A perturbação delirante partilhada é uma entidade cuja definição e pressupostos em que se apoia, não se encontram uniformemente padronizados; sendo que os seus critérios de diagnóstico propostos pelas classificações internacionais (DSM-IV-TR e ICD-10) merecem, segundo alguns autores, uma reformulação à luz dos casos clínicos mais recentemente reportados;

O conceito original descrito por Lasègue e Falret, imbuído dos constructos sociais e culturais do século XIX foi posto em causa pela literatura mais recente que rejeitou a hipótese da dominância cognitiva indutor/induzido em função do sexo e idade do elemento secundário.

A abordagem terapêutica de primeira linha continua a ser a separação física e relacional entre os dois indivíduos, hoje suplementada pela terapêutica com neurolépticos e, por vezes, por psicoterapia familiar ou de grupo.

Os benefícios da separação da díade indutor/induzido devem ser ponderados individualmente;

A relação simbiótica e de dependência, bem como o ambiente de isolamento face ao ex-

terior, por parte dos pares de *folie à deux*, compromete o acesso destes indivíduos aos cuidados de saúde e, consequentemente à sua detecção, levando a que esta entidade permaneça sub-diagnosticada.

Conflitos de Interesse / *Conflicting interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*

1. Lasègue D, Falret J: La folie a deux ou folie communiquée. Annales of Medical Psychology 1877; 18:321 – 355.
2. Londoño DE: La Folie à deux, une entité confuse. L' Evolution psychiatrique 2010; 75: 533 – 548.
3. Régis E: La Folie à deux ou Folie simultanée avec observations recueillies à la Clinique de Pathologie mentale. Paris: Ballière; 1880.
4. Marandon de Montyel E: Contribution à l'étude de la Folie à deux. Annales Medico-psychologiques 1881; 5: 28 – 52.
5. Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, Baba H: Folie a deux and Shared psychotic disorder. Current Psychiatry Reports 2007, 9:200 – 205.
6. Gralnick A: Folie a deux – the psychosis of association: a review of 103 cases and the entire English literature, with case presentation. Psychiatric Q 1942; 16: 230 – 63.

7. Mouchet – Mages S, Gouveritch R, Lôo: Folie a deux: actualités d'un concept ancien à propos de deux cas. *L'Encéphale* 2008; 34: 31 – 37.
8. Arnone D, Patel A, Tan G: The nosological significance of Folie a deux: a review of the literature. *Annals of General Psychiatry* 2006; 5: 11.
9. Patel AS, Arnone D, Ryan W: Folie a deux in bipolar affective disorder: a case report. *Bipolar Disorders* 2004; 6: 162 – 165.
10. Wehmeier PM, Barth N, Remschmidt H: Induced delusional disorder: a review of the concept and an unusual case of folie à famille. *Psychopathology* 2003; 36(1): 37 – 44.
11. Fernando FP, Frieze M. A relapsing folie à trois. *British Journal of Psychiatry* 1985; 146: 315 – 316.
12. Srivastava A, Borkar HA: Folie à famille. *Indian Journal of Psychiatry*. 2010 Jan-Mar; 52(1): 69–70.
13. Silveira JM, Gorman MV: Shared psychotic disorder: a critical review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry* 1995; 40: 389 – 395.
14. Kashiwase H, Kato M: Folie a deux in Japan – analysis of 97 cases in the Japanese literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 96: 231 – 234.
15. Mentjox R, Houten CAG, Kooiman CG: Induced psychotic disorder: clinical aspects, theoretical considerations and some guidelines for treatment. *Comprehensive psychiatry* 1993; 34 (2): 120 – 126.
16. Zaakir yoonas, Akintan O, Sandson N: Shared Psychotic disorder and mental retardation. *Journal of Psychiatric practice* 2007; 13 (4): 273 – 277.
17. Lew-Starowicz M. Shared psychotic disorder with sexual delusions. *Archives of sexual behaviour* 2012; 41(6): 1515 - 20.
18. Wolff G, McKenzie K: Capgras, Fregoli and Cotard's syndromes and Koro in folie à deux. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165(6): 842.
19. White TG: Folie Simultanée In monozygotic twins. *Canadian Journal of Psychiatry* 1995; 40: 418 – 420.
20. Shiwach RS, Sobin PB: Monozygotic twins, folie a deux and heritability: a case report and critical review. *Medical Hypotheses* 1998; 50: 369 – 374.
21. Scharfetter C: Studies of heredity in symbiotic psychosis. *International Journal of Mental Health* 1972; 1:116 – 123.
22. Kendler KS: Late-onset folie simultanée in a pair of monozygotic twins. *British Journal of Psychiatry* 1986; 148: 463 – 465.
23. Trémine T. Folie à deux et fonctions du délire pour l'autre. *L'évolution Psychiatrique*. 1983; 48(1): 133 – 128.
24. Minuchin S: *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1974.
25. Brooks SA: Folie à deux in the aged: variations in psychopathology. *Canadian Journal of Psychiatry* 1987; 32: 61 – 63.
26. Howard R: Induced psychosis. *British Journal of Hospital Medicine* 1994; 51:304-307.
27. Salgani, I, Soifer P: Folie a Deux – a Social-Psychological Approach. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 2006; 10 (1): 141-151.
28. Kraya NA, Patrick C. Folie à deux in forensic setting. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997; 31(6): 883 – 888.