

Folie à Deux, Uma Entidade em Mudança: A Propósito de Um Caso Clínico^{a)}

Folie à Deux, A Dynamic Clinical Entity: Concerning a Clinical Case

Carolina Ribeiro Machado*, Cristina Fragoeiro*, Margarida Passos*

RESUMO

Introdução: O termo *folie à deux* (FAD) surgiu pela primeira vez, em 1877, com Lasègue e Falret. Posteriormente, surgiram conceitos mais abrangentes do fenómeno de “contágio psiquiátrico”, como a classificação de Gralnick.

Objetivos: Apresentação de um caso clínico de um casal correspondendo a um subtipo de FAD designado por *folie imposée*.

Métodos: Descrição do caso clínico e pesquisa na base de dados MEDLINE com o termo MeSH: *folie à deux*, selecionando-se os artigos que abordavam a evolução na classificação desta entidade clínica.

Resultados e Conclusões: Desde as suas origens, até à integração nos manuais de diagnóstico atuais, como o DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), os critérios de diagnóstico de FAD foram-se tornando progressivamente mais restritos.

Palavras-Chave: *Folie à Deux*; Classificação de Gralnick; DSM 5.

ABSTRACT

Background: The term *folie à deux* (FAD) was first used in 1877 by Lasègue and Falret. Subsequently, more comprehensive conceptualizations of the phenomenon of psychiatric contagion have emerged, such as Gralnick's classification.


Aims: Presentation of a clinical case of a couple corresponding to a subtype of FAD called *folie imposée*.

Methods: Description of the clinical case and research in the MEDLINE database with the MeSH term: *folie à deux*, selecting the articles that best examined the evolution of the classification of this clinical entity.

Results and Conclusions: From its origins to integration into current diagnostic manuals, such as DSM 5, diagnostic criteria for FAD have become progressively more restricted.

Key-Words: *Folie à Deux*; Gralnick classification; DSM5.

* Hospital Magalhães Lemos; ✉ carolinaarmachado@gmail.com.

 <https://orcid.org/0000-0002-7021-8780>

a) Baseado no poster: “Folie à deux, psicose partilhada, psicose induzida: revisão de conceitos a propósito de um caso clínico”, exposto no 12º Congresso Nacional de psiquiatria, novembro 2016.

Recebido / Received: 01/08/2018 • Aceite / Accepted: 18/10/2018

INTRODUÇÃO

O termo *folie à deux* (FAD) surgiu pela primeira vez, em 1877, com Lasègue e Falret¹. No entanto, Bairrager, em 1860, já havia descrito o fenômeno de “*folie communiquée*”². Lasègue e Falret publicaram um longo artigo designado “*La folie à deux ou folie à communiquée*”, onde estavam incluídas detalhadas descrições e os pressupostos subjacentes ao contágio psiquiátrico¹:

- 1) Um indivíduo mais ativo e inteligente produz as ideias delirantes, enquanto que um mais passivo, menos inteligente, gradualmente assimila as ideias;
- 2) Ambos vivem em proximidade, partilhando emoções, interesses e opiniões, enquanto vivem em relativo isolamento social;
- 3) As ideias delirantes estão de algum modo ligadas à realidade e são suportadas por experiências comuns, expectativas e ansiedades. Portanto, o recetor é apenas o “reflexo” do indutor, que é um verdadeiro paciente e se estes são separados, o delírio irá desaparecer espontaneamente no recetor.

Na discussão deste artigo, conclui-se que nesta patologia está subjacente um mecanismo de “psicose reativa”, não endógena ou geneticamente pré-determinada.

Na escola alemã, o termo FAD foi transformado por Lehman e Scharfetter e literalmente significa psicose induzida. Jaspers³, em 1953, admitiu que a reação psicogénica é possível em indivíduos com esquizofrenia, mas por outro lado, admitiu que o “contágio” de delírio é sempre psicogénico. Assim, os estudos sobre FAD na Alemanha focaram-se nas fronteiras entre psicose reativa/endógena e nas hipóteses etiológicas (psicogénica *vs* genética), em

contraste com os estudos realizados em França, que se basearam na descrição fenomenológica.

Em 1942, Gralnick⁴ redefiniu FAD, como “uma entidade caracterizada pela transferência de ideias delirantes ou comportamentos anormais de uma pessoa para 1 ou mais, que estiveram em contacto direto com a pessoa primariamente afetada”. Este psiquiatra adotou um sistema de classificação com quatro subtipos, adotando os conceitos históricos europeus²:

Folie imposée (Lasègue e Falret): subtipo em que o delírio de um indivíduo psicótico é transferido para um indivíduo sem patologia psiquiátrica;

Folie simultanée (Régis): psicoses idênticas caracterizadas por depressão e ideias persecutórias surgem simultaneamente em dois indivíduos predispostos à doença Psicótica;

Folie communiquée (Marandon de Montyel): subtipo em que existe um contágio do delírio, mas após um período longo de tempo de resistência por parte do recetor. Após este último adotar a ideia delirante, ambos a mantêm, o que demonstra que ambos têm verdadeira doença psicótica;

Folie induite (Lehman): neste subtipo um indivíduo previamente psicótico, é influenciado através do contacto com outro paciente, adotando as suas ideias delirantes e juntando-as às suas previamente existentes.

OBJETIVOS

Apresentação de um caso clínico e sua discussão, através da pesquisa bibliográfica efetuada.

MATERIAL E MÉTODOS

As informações do caso clínico foram obtidas por entrevista clínica e consulta do processo clínico. Efetuámos igualmente uma pesquisa na base de dados MEDLINE com o termo MeSH: *folie à deux*. Foram selecionados apenas artigos de revisão, sem exclusão por data de publicação, obtendo-se um total de 37 artigos. Destes foram selecionados os que mais abordavam a evolução na classificação da FAD nos manuais de diagnóstico em Psiquiatria.

RESULTADOS

Elemento Indutor:

Mulher, 44 anos, com grau académico de licenciatura, desempregada e a viver em união de facto (relação desde 2004), sem filhos.

Motivo de referência ao serviço de urgência: ideação delirante paranoide em relação aos vizinhos: “dores musculares e nas articulações que atribuí a ataques de radiações por magnetrons que existiram na casa dos vizinhos” (sic).

História de vida: Descreve-se como tendo sido uma criança extrovertida e sociável. Pelo início da adolescência, relata maior dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais, sentindo-se frequentemente a ser “prejudicada pelos outros” (sic). Atualmente relata escasso contacto com familiares e refere, apenas, uma relação de amizade.

Em relação ao percurso académico, sempre obteve bom rendimento. Teve empregos de curta duração por incompatibilidade com padrões ou colegas de trabalho, encontrando-se desempregada há cerca de 10 anos.

Relativamente à história sexual, a doente define a sua orientação como heterossexual. Refere algumas relações conjugais, mas a atual é a mais estável e duradoura.

Personalidade prévia: Descreve-se como autónoma e independente, prefere trabalhar sozinha, admite dificuldades em estabelecer relações interpessoais, pois “já fui tantas vezes injustiçada que fico sempre de pé atrás com os outros” (sic).

Antecedentes psiquiátricos: teve acompanhamento em consulta de Psiquiatria no contexto de síndrome depressivo reativo a problemática laboral entre 2011 e 2013, com diagnóstico principal de Perturbação da Personalidade Paranoide. Desde então com acompanhamento psiquiátrico irregular em regime privado, com diagnóstico recente de Perturbação delirante, subtipo paranoide (297.1, DSM 5), sem cumprir medicação há vários anos. Sem antecedentes de internamentos.

A doente não apresentava antecedentes médicos de relevo ou medicação habitual e negava consumo de tabaco ou drogas, referindo consumo de álcool esporádico.

Na colheita de história clínica no Serviço de Urgência, referiu: “Em janeiro deste ano, eu tive o alerta por uma pessoa vizinha, que pessoas que habitam o mesmo prédio tinham magnetrons apontados à nossa casa através dos seus micro-ondas. O governo russo em 1974 proibiu a venda do eletrodoméstico micro-ondas à população e explicaram porque... Quem está por trás disto são pessoas com muito dinheiro, são pessoas muito poderosas, raptam pessoas, traficam órgãos, traficam droga e o meu ex-padrão também está envolvido no tráfico de drogas” (sic); “Eu e

o meu namorado já apresentamos queixa na PJ, na câmara e na polícia, mas não nos ligam, o meu ex-patrão é poderoso”; “Mas a verdade é que estas dores que eu tenho nas articulações e músculos são efeitos dos magnetrons e também morreu este ano o meu gato e foi desse efeito. E noutra dia tentei entrar na casa do vizinho para confirmar, mas ele não me deixou” (sic).

Ao exame do estado mental: doente com idade aparente inferior à real, aspeto cuidado. Vígil, orientada em todas as dimensões e colaborante. Bom contacto ocular. Humor neutro, afetos ansiosos e, por vezes, chorosa. Ressonância emocional preservada. Discurso prolixo, com vocábulo rico e gramaticalmente correto. Taquipsiquismo, sem alterações da continuidade, forma ou posse do pensamento. Ideias delirantes de conteúdo paranoide, com múltiplas interpretações delirantes. Sem alterações da senso-percepção. Sem ideação auto ou heteroagressiva. Sem alterações dos ritmos biológicos. Sem crítica para a sua situação, mas aceitando tratamento.

A doente foi admitida para internamento (em regime voluntário) e medicada com risperidona 1 mg de manhã e 4 mg ao jantar, mais lorazepam 2.5 mg ao deitar. O estudo analítico (incluindo ácido fólico, vitamina B12, função tiroideia, cobre, ceruloplasmina, serologias víricas, sífilis e borrelia), pesquisa de drogas de abuso na urina e tomografia axial computadorizada crânio encefálica (TAC-CE) não apresentavam alterações.

Teve alta clínica, ao fim de 17 dias, com pouca crítica para a implausibilidade das suas ideias, embora com menor reatividade emocional face a estas, admitindo que iria procurar nova

casa. O diagnóstico de saída foi de Perturbação delirante, subtipo paranoide (297.1, DSM 5). Ficou medicada com risperidona: 1mg de manhã e 2mg ao deitar, tendo sido encaminhada para consulta externa de Psiquiatria no hospital da sua área de residência.

Elemento Recetor:

Homem de 40 anos, completou o 8º ano de escolaridade, desempregado e a viver em união de facto (desde 2004), sem filhos.

Motivo de referenciação ao serviço de urgência: semelhante ao do indutor.

História de vida: Da infância recorda, pelos 9 anos, o divórcio dos pais, referindo sentimentos de revolta nesse contexto. Quanto à adolescência refere: “faltava muitas vezes às aulas, andava com más companhias, consumia haxixe” (sic). Completou o 8º ano com 2 reprovações, negando, contudo, dificuldades de aprendizagem. Pelos 16 anos, começou a trabalhar como ajudante em oficina, ficando desempregado há 4 anos. O doente mantém contacto esporádico com familiares e, desde que ficou desempregado não identifica contactos sociais.

Relativamente à história sexual, o doente define a sua orientação como heterossexual.

Personalidade pré-mórbida: descreve-se como “úmido e reservado, só emito a minha opinião se questionado diretamente, prefiro trabalhar sozinho” (sic).

Antecedentes psiquiátricos: sem acompanhamento pela especialidade. Teve acompanhamento por psicologia pelos 9 anos de idade, após divórcio dos pais.

O doente não apresentava antecedentes médicos de relevo ou medicação habitual. Negava

consumo de drogas atual e referia consumir cinco a seis cervejas por dia.

Na colheita da história clínica no serviço de urgência com as mesmas queixas da companheira, referindo: “sei que os vizinhos têm os magnetrons apontados para nossa casa e por causa da radiação já nos morreu o gato e não nos sentimos bem de saúde; já fui à PJ várias vezes e tentei várias vezes entrar nas casas dos vizinhos” (sic).

Ao exame do estado mental: doente com idade aparente superior à real, aspeto pouco cuidado, desinvestido. Sonolento, orientado em todas as dimensões, moderadamente colaborante. Sem sinais de privação de álcool. Humor irritável, postura querelante. Discurso em tom elevado, débito normal. Sem alterações do curso, forma ou posse do pensamento. Ideias delirantes de conteúdo paranoide, com interpretações delirantes. Sem alterações da senso-percepção. Sem ideação auto ou heteroagressiva. Sem alterações dos ritmos biológicos. Sem crítica para a sua situação, mas aceitando tratamento.

Admitido para internamento (em regime voluntário) em Hospital diferente da companheira, tendo sido medicado com lorazepam 1+1+2.5 mg. Dos exames de diagnóstico efetuados apresentava alterações das enzimas hepáticas: aspartato aminotransferase 122 U/L e alanina aminotransferase 201 U/L, com níveis etanol e drogas de abuso, ambos negativos. A TAC CE não apresentava alterações.

Decorridos três dias de internamento, o doente referiu espontaneamente em entrevista clínica: “era ela (companheira), começou com essas ideias, passava o dia com isso então eu comecei a ir bater às portas dos vizinhos, mas

eles bem diziam que não tinham nada” (sic). Teve alta com diagnóstico de “Outras perturbações do espectro esquizofrénico especificadas e outra perturbação psicótica” (298.8, DSM 5). O paciente foi encaminhado para o médico de família, com indicação de reduzir os consumos de álcool.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O caso clínico apresentado enquadra-se na definição de *folie imposée* de Lasègue e Falret, sendo o elemento feminino do casal o elemento indutor, com mais características de liderança e com maior grau de formação académica, enquanto o elemento recetor apresenta características de maior passividade e introversão. Como os pressupostos dos dois autores franceses indicam, ambos vivem em proximidade e estão em relativo isolamento social, com pouco convívio com familiares e com rede de amigos quase nula.

Lasègue e Falret, bem como Gralnick verificaram que o género feminino era mais suscetível à FAD. No entanto, análises atuais não apoiam qualquer diferença de género, tanto para indutores, como para recetores⁵. Também não foi suportada a hipótese de o indutor ter maior probabilidade de ter idade superior ao recetor. Relativamente ao grau de parentesco entre recetor e indutor, dados atuais demonstram, como neste caso clínico, uma maior percentagem entre casais⁶.

As ideias de conteúdo paranoide enquadram-se na personalidade pré mórbida da indutora, tendo adquirido características delirantes. Como esperado, o conteúdo do delírio é centrado em conviventes comuns aos dois elementos, os vizinhos e o patrão do indutor. Com

a separação dos elementos deste casal, ocorreu no recetor o desenvolvimento de crítica para a implausibilidade destas ideias, enquanto que o elemento indutor, apesar da medicação antipsicótica instituída e da menor reatividade emocional face às ideias, manteve-se sem crítica para a sua implausibilidade, admitindo que iria mudar de casa.

A FAD na DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) III (1980) foi designada de “perturbação paranoide partilhada”, apresentando critérios de diagnóstico que permitiam diagnosticar a *Folie imposée, simultanée* ou *induite*. Na DSM III-R foi redefinida para “perturbação psicótica induzida”, adicionando-se um novo critério: o recetor não pode ter doença psicótica prévia à indução do delírio, eliminando-se definitivamente a *Folie induite*. Já na DSM IV, foi renomeada para “perturbação psicótica partilhada” e incluía critérios ainda mais restritos, só englobando a *Folie imposée*². Na DSM 5, mantém-se apenas este último subtipo, estando agora na seção “Outras perturbações do espectro esquizofrénico especificadas e outra perturbação psicótica”⁷. Por sua vez, na Classificação Internacional de Doenças, 10^a edição, surge como “perturbação delirante induzida”, não contendo critérios tão estritos sobre a presença de comorbilidade psicótica no recetor, mas mantendo a visão de transferência passiva do indutor para o recetor⁸.

Assim, ao longo dos tempos, a classificação da FAD foi restringindo os seus critérios diagnósticos, incluindo-se nas classificações atuais, maioritariamente, os casos de FAD psicogénica, apesar de se verificar a publicação de vários casos clínicos, em que o recetor apresenta comorbilidade psicótica.

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 realização deste artigo.

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

Bibliografia / *References:*

1. Lasègue C, Falret J. La folie à deux ou folie communiquée. *Ann Med Psychol.* 1877;18: 321–355.
2. Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, Baba H. Folie à Deux and Shared and Psychotic Disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2007;9(3): 200–205.
3. Jaspers K. *Psicopatologia Geral.* 8^a edição. São Paulo, Brasil: Atheneu Editora; 2000.
4. Gralnick A. Folie à deux — the psychosis of association. *Psychiatr Q.* 1942;16(2): 230–236, 491–520.
5. Arnone D, Patel A, Tan GM. The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature. *Ann Gen Psychiatry.* 2006; 5:11.
6. Sharon R, Eliyahu Y, Shteynman S. Shared psychotic disorder. *Medscape.* Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/293107-overview#a1> [Accessed December 2018].
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders.* 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
8. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.* 10th Revision. Geneva: World Health Organization; 1992.