



Síndromes de Falsa Identificação Delirante e Esquizofrenia Paranóide: A Propósito de um Caso Clínico

Delusional Misidentification Syndromes and Paranoid Schizophrenia: Case Report

Teresa Sousa-Ferreira*[✉], Tânia Moreira*, Márcia Mendes*, Sérgio Ferreira*

RESUMO

Introdução: As síndromes de falsa identificação delirante dividem-se em Síndrome de Capgras, Síndrome de Fregoli, Síndrome de Duplos Subjetivos e Síndrome de Intermorfose. A característica principal é um erro na identificação de si próprio e/ou de outras pessoas. Tratam-se de fenómenos relativamente raros e etiológicamente heterogêneos, que ocorrem principalmente no cenário da doença esquizofrénica, perturbações afetivas e doenças orgânicas.

Objetivos: Descrever um caso clínico que cursou com três síndromes de falsa identificação delirante, bem como realizar um breve revisão sobre a etiologia e a psicopatologia das síndromes presentes.

Métodos: Recolha da história clínica e revisão não sistemática em inglês, através da pesquisa na PubMed com as expressões: “delusional misidentification syndromes”, “Capgras syndrome”, “Fregoli syndrome”, “Subjective Double syndrome”. Realizou-se igualmente uma revisão da literatura.

Resultados e Conclusões: Foi descrito um caso clínico de um homem com esquizofrenia paranóide que apresentava síndrome de Capgras, síndrome de Fregoli e síndrome de Duplos Subjetivos. Parece tratarem-se de fenómenos sub-diagnosticados, cuja pesquisa ativa poderá permitir uma compreensão mais completa dos quadros clínicos nos quais surgem.

Palavras-Chave: Esquizofrenia paranóide, síndromes de falsa identificação delirante, Síndrome de Capgras, Síndrome de Fregoli, Síndrome de Duplos Subjetivos.

ABSTRACT

Background: *Delusional misidentification syndromes are divided into Capgras syndrome, Fregoli syndrome, subjective double syndrome and intermetamorphosis syndrome. The main feature is a failure to identify itself and/or others. These phenomena are relatively rare, etilogically heterogeneous and occur mainly in the setting of schizophrenic disorder, affective disorders and organic diseases.*

* Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE ✉at_sousa_9@hotmail.com.

Recebido / Received: 04.06.2015 - Aceite / Accepted: 23.02.2016.

Aims: *Present a case report of a patient with three delusional misidentification syndromes and review the etiology and psychopathology of these conditions.*

Methods: *Clinical case and a non-systematic review in English through research in PubMed was conducted with the expressions: “delusional misidentification syndromes”, “Capgras Syndrome”, “Fregoli Syndrome”, “Double Subjective Syndrome”. A literature review of the theme was shortly performed.*

Results and Conclusions: *We report a case of a man with paranoid schizophrenia with three delusional misidentification syndromes associated (Capgras syndrome, Fregoli syndrome and subjective double syndrome). It seems that they are underdiagnosed phenomena and their active research may allow a more complete understanding of the clinical conditions in which they arise.*

Key-Words: *paranoid schizophrenia, delusional misidentification syndromes, Capgras Syndrome, Fregoli Syndrome, Subjective Double Syndrome.*

INTRODUÇÃO

As síndromes de falsa identificação delirante têm como tema básico o conceito do “duplo” (*sosie*). Foi-lhes atribuído o rótulo coletivo de *delusional misidentification syndromes*¹, não estando esta categoria contemplada no CID-10 ou DSM-V. A característica principal dos síndromes de falsa identificação delirante é um erro na identificação de si próprio e/ou de outras pessoas^{2,3}. São considerados quatro tipos: síndrome de Capgras, síndrome

de Fregoli, síndrome de Intermetamorfose e síndrome de Duplos Subjetivos². Tratam-se de fenômenos psicopatológicos que ocorrem principalmente no cenário de esquizofrenia, podendo também ocorrer em outras perturbações psicológicas e orgânicas^{4,7}. Apesar de serem considerados muito raros, existem indícios de que serão sub-reportados⁸. Os autores apresentam a seguir um caso de esquizofrenia de início tardio associada a três destes síndromes: síndrome de Capgras, síndrome de Fregoli e síndrome dos Duplos Subjetivos.

O síndrome de Capgras⁹ é um delírio monotemático caracterizado pela crença de que alguém conhecido, normalmente um membro familiar próximo, foi substituído por impostores com aparência idêntica aos originais⁵.

Foi originalmente descrito por Joseph Capgras (1873-1950), um Psiquiatra francês, juntamente com Reboul-Lachaux em 1923. Usaram o termo *l’illusion des sosies* (delírio de sócias) o qual foi substituído pelo termo *Síndrome de Capgras*, e subsequentemente reportado em vários doentes psiquiátricos e neurológicos, de todas as idades, em várias culturas¹⁰ apresentando uma prevalência superior no sexo feminino numa razão de 2:1⁵.

O síndrome de Capgras é o mais comum de todos os síndromes de falsa identificação delirante, ocorrendo em mais de 4% dos pacientes com psicose^{10,11}. Encontra-se estatisticamente associado com esquizofrenia de tipo paranóide⁵. Apesar de se terem considerado conflitos psicodinâmicos na sua origem, estudos recentes têm mostrado que entre 25 e 40% dos casos estão associados a distúrbios orgânicos⁵. Edelstyn e Oyeboode (1999) apontam outras causas para a síndrome de Capgras, para além da esquizo-

fenia paranóide, tais como: Perturbação esquizoafetiva, perturbações afetivas, demências (de Alzheimer, corpos de Lewy e demência por multientenfartes), epilepsia, doença cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, patologia do lobo frontal, esclerose múltipla, patologia oncológica (tumor da pituitária e mieloma múltiplo) e viral (SIDA e encefalite viral)⁵.

A síndrome de Fregoli é um dos síndromes de falsa identificação delirante menos conhecidos, no qual existe a crença delirante de que um perseguidor se faz passar por outras pessoas, cuja aparência ele/ela assume nas diferentes alturas¹². A característica essencial da síndrome de Fregoli é que os pacientes que apresentam os sintomas sentem-se capazes de ver através da aparência exterior de alguém, conseguindo no seu entender identificar a pessoa que acreditam estar a persegui-los¹³. Encontra-se comumente ligada à esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva e outras doenças orgânicas^{6,7}. A frequência de violência na síndrome de Fregoli não é clara e encontra-se pouco estudada¹⁴. Foi pela primeira vez descrita por Courbon e Fail em 1933¹⁵, com o nome de “*illusion de Frégoli*” em honra a um ator italiano, Leopoldo Fregoli, conhecido pela sua habilidade em fazer trocas rápidas na sua aparência durante os seus espetáculos de palco¹⁰.

O síndrome de Duplos Subjetivos é um conceito desenvolvido por Christodoulou em 1978, no qual o paciente tem a crença delirante de que outra pessoa foi fisicamente transformada em si próprio, mas tem uma identidade psicológica diferente¹⁶.

A investigação neurobiológica sobre estes síndromes aponta para lesões em

ambos os lobos frontais e/ou hemisfério direito. Lesões hemisféricas direitas têm sido particularmente associadas com a Síndrome de Fregoli. A hipoatividade no córtex perirrinal parece ser responsável pela perda de familiaridade no síndrome de Capgras, enquanto que a hiperatividade parece explicar a hiperfamiliaridade vista no síndrome de Fregoli, Intermittentemorse e no síndrome de Duplos Subjetivos. Alterações na conectividade entre o fusiforme direito e áreas parahipocâmpais direitas também têm sido implicadas em défices na recuperação da memória visual, reconhecimento da face e em processos de identificação¹⁷.

CASO CLÍNICO

Um homem de 43 anos é trazido ao Serviço de Urgência do Hospital, com mandado de condução por ameaças de morte e heteroagressividade em relação aos vizinhos e família.

A alteração do comportamento terá tido início há cerca de 3 anos e 8 meses após o paciente ter ido emitir o cartão de cidadão: “*Não fui eu que fui tirar o cartão de cidadão. Foi uma vizinha minha que se fez passar por mim. Quem está na fotografia não sou eu*” (Síndrome do Duplo Subjetivo).

Nesse dia, queimou todos os seus documentos de identificação, não foi mais trabalhar, havendo uma interrupção das suas rotinas e dos hábitos de higiene. Iniciou a verbalização de que os vizinhos o perseguiam e lhe queriam fazer mal, mostrando-se com um comportamento desorganizado, ameaças frequentes e episódios de violência para com os vizinhos e familiares. Apresentava insónia e solilóquios. Sem antecedentes médicos ou psiquiátricos. Sem hábitos tóxicos, com hábitos tabágicos

ligeiros e etílicos moderados. Sem medicação em ambulatório.

Completo o 1º ano de escolaridade. Até aos 40 anos (2009) trabalhou numa pedreira. Paciente solteiro e sem filhos. É o 8º de uma fratria de 8. Sem história de relacionamentos afetivos anteriores. Refere comportamentos de risco anteriores a 2009. Avó materna terá tido alterações graves e continuadas do comportamento, interpretadas pela família como patologia psiquiátrica.

Reside em casa da mãe, com esta e com o seu irmão gémeo. Bom ambiente familiar. Personalidade pré-mórbida com traços esquizóides. Durante os cerca de quatro anos de evolução da sintomatologia, o paciente recusou qualquer tipo de ajuda. Portanto, dada a gravidade do quadro clínico e a ausência de juízo crítico sobre o mesmo e seu tratamento, verificou-se necessidade de internamento compulsivo, tendo sido internado em Psiquiatria para esclarecimento clínico e compensação psicopatológica.

Apresentava-se com maus cuidados de higiene. Defensivo inicialmente. Orientado no tempo, espaço e pessoa. Humor neutro. Aplanamento afetivo. Discurso ligeiramente circunstanciado, ficando mais acelerado aquando do relato das suas crenças delirantes. Sem neologismos. Evidenciou pensamento concreto, sem outras alterações formais evidentes. Debilidade intelectual ligeira. Apresentava alienação do pensamento, acreditando convictamente que algumas das suas ideias são colocadas pelo exterior (inserção do pensamento). Quanto ao conteúdo evidenciava atividade delirante de cariz persecutório, de envenenamento e de grandiosidade. Relato de outras crenças e

memórias delirantes, nomeadamente de identificação delirante. Atividade alucinatória não evidenciada no momento da entrevista. Relato de anterior atividade alucinatória. Sem ideação auto ou heterodestrutiva estruturada. Sem *insight* sobre a sua doença ou necessidade de tratamento.

Na entrevista clínica, referia: *“Eles (os vizinhos) querem-me matar para poderem ficar com a minha casa e fazerem outra fábrica de cerveja com dinamite (...) A minha casa fica lá no fundo e é um bom sítio para eles construírem outra fábrica e passarem despercebidos (...)”* (sic).

Para além do delírio persecutório marcado apresentava também delírio de grandiosidade: *“...deram-me 2 tiros de caçadeira e eu pedi ajuda à Judiciária pelo cérebro, eles disseram que iam-me socorrer mas nada, então eu cuspi os tiros e fiquei bem”, “eu consigo virar as pessoas de pernas para o ar, sem lhes tocar, só pelo cérebro, para confessarem crimes”* (sic).

Relatava episódios passados de alucinações cenestésicas com delírio zoopático: *“com a varinha mágica puseram um bicho na minha cabeça e eu sentia-o a mexer lá dentro”*; alucinações gustativas/interpretações delirantes *“a cerveja tinha um sabor estranho por causa da dinamite em pó misturada”*; Alucinações olfativas/interpretações delirantes *“eles com a varinha mágica põem cheiro a fossa nas paredes de minha casa e no meu corpo que nem o melhor sabão consegue fazer desaparecer”*; alucinações auditivas organizadas *“eu ouço eles do outro quarto ao lado durante a noite a pedirem-me o meu código do banco mas eu não digo...”*

não me deixam dormir". As alucinações auditivo-verbais são por vezes imperativas ou interpelativas, dirigidas diretamente ao doente e outras vezes apenas comentadoras do seu comportamento. A maioria das vezes são agressivas, insultando-o e ameaçando-o de morte. Ocorriam ainda alucinações visuais organizadas: por vezes fala com os quadros da sala porque diz quem está lá retratado se está a mexer, e via os vizinhos a atravessar as paredes para roubar a sua casa "(...) *também usam a varinha mágica para roubarem a casa atravessando as paredes, roubaram-me dinheiro que eu tinha em casa*".

Tem a convicção irrefutável que uma vizinha se faz passar ocasionalmente pela sua irmã, mostrando uma aparência idêntica (Síndrome de Capgras) "*tenho uma vizinha que se faz passar pela minha irmã, para vir pedir dinheiro à minha mãe, para enganá-la, eu já a chamei à atenção*".

Tem também a crença irredutível de que outros vizinhos seus modificam a sua aparência e passam a ocupar certos postos para o prejudicar e perseguir (Síndrome de Fregoli) "*a médica onde fui não era verdadeira era uma vizinha minha que se estava a fazer passar por médica e pôs-me soro com veneno para tentar acabar comigo*"; "*o da GNR que me veio buscar para ser internado também não era GNR era um vizinho meu que se fez*

passar por GNR, para eu ficar aqui preso e eles agora fazem o que querem".

Apresenta várias interpretações delirantes da realidade "*a caixa da medicação tinha dois códigos de barras, quer dizer que aquilo tinha veneno lá dentro, por isso cheguei a casa e queimei a caixa da medicação*", "*os focos da luz da casa dos vizinhos são câmaras de filmar*".

Os exames clínico e neurológico não apresentavam alterações. Drogas na urina negativas e nível de álcool no sangue de 0,05 g/L (neg <0,1g/L). Os exames laboratoriais, hemograma, VDRL, HIV1/2, função renal, hepática e tiroideia, dosagem de ácido fólico, vitamina B12 e cálcio não apresentavam alterações. Obteve-se um valor positivo de TPHA tendo sido realizada uma Punção Lombar mostrando VDRL e reação FTA Abs negativos no líquido. Os exames de imagens realizados, para despiste de organicidade, TAC craneoencefálica e Resonância Magnética Cerebral, não apresentaram alterações. O electroencefalograma não reportou atividade elétrica fora do normal. Foi igualmente realizada uma avaliação neuropsicológica, cujos resultados encontram-se na tabela 1.

Durante o internamento o paciente foi medicado com olanzapina 20mg/dia, lorazepam 10mg/dia, rosuvastatina 10 mg/dia e haloperidol 5mg/dia.

Tabela I. Avaliação neuropsicológica.

Teste	Resultado
TONI-2 [teste de desempenho intelectual]	Debilidade ligeira QI-65
DRS-2 [escala de demência]	Desempenho muito abaixo do esperado para idade e nível de escolaridade (avaliação de atenção e velocidade psicomotora, orientação, linguagem, percepção, construção, memória, funções executivas)
Conclusão da Avaliação	Paciente com disfunção cognitiva e funcional, revela défices em todas as áreas avaliadas. Não esquecer a possível interferência da medicação nos resultados da avaliação.

Não ocorreram episódios de agitação ou heteroagressividade com outros pacientes, equipa de enfermagem ou médicos. Manteve sempre tendência ao isolamento social. Evoluiu com a atenuação da atividade alucinatória e delirante. Mantém algumas memórias delirantes.

O paciente tem sido acompanhado regularmente em consulta de Psiquiatria após ter tido alta do internamento. Na última consulta de seguimento apresentava-se integrado do ponto de vista funcional, participando nas tarefas agrícolas da família. Apresentava expressão mímica mais relaxada e confiante, sem atividade psicótica, manifestando, no entanto, alo-gia, avolição e anedonia.

Relativamente ao diagnóstico multiaxial, o paciente apresenta no Eixo I: Esquizofrenia de tipo Paranóide; Eixo II: Perturbação de personalidade esquizóide; Eixo III: Dislipidemia; Eixo IV: Dificuldades económicas; Eixo V: GAF 70 (atual) – 21 (anterior ao internamento). O prognóstico é considerado reservado.

DISCUSSÃO

A coexistência de três dos quatro síndromes de falsa identificação delirante existentes é muito rara. Com base na literatura disponível até ao momento, parece que o caso descrito é o único reportado acerca da coexistência de síndrome de Capgras, síndrome de Fregoli e síndrome de Duplos Subjetivos.

Em síntese, o caso apresentado trata-se de quadro psiquiátrico iniciado em idade acima dos 39 anos, marcado por actividade delirante de cariz persecutório, acompanhada de actividade alucinatória relacionada com o conteúdo delirante e associada a síndromes de falsa identificação delirante. Houve uma persistência da sintomatologia superior a seis meses antes da procura por ajuda médica.

O paciente não apresentou em nenhum momento alteração do humor. Também não foram identificados pensamentos de desvalia, morte ou ideação suicida. Na perturbação delirante usualmente não ocorrem alucinações proeminentes ou delírios bizarros. Portanto,

esse diagnóstico é também pouco provável. A manutenção dos sintomas psicóticos por longo período afasta os diagnósticos de perturbação psicótica breve e de perturbação esquizofreniforme.

A evolução do paciente, marcada por rutura na sua biografia, com progressiva e persistente modificação da personalidade, comprometimento da volição e da afetividade, isolamento social, alucinações, delírios bizarros, incluindo síndrome de Capgras, síndrome de Fregoli e síndrome de Duplos Subjetivos, para além de sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider, tornam a hipótese diagnóstica de esquizofrenia a mais indicada. A preocupação inaugural com as ideias delirantes e alucinações auditivas frequentes, bem como a presença de comportamento desorganizado com afeto embotado, em que nenhum destes três sintomas é dominante, permite classificar a esquizofrenia em tipo paranóide.

Relativamente aos síndromes de falsa identificação delirante, o diagnóstico diferencial inclui várias condições, as mesmas que para um diagnóstico de esquizofrenia: (a) perturbações relacionadas com substâncias/estados físicos gerais; (b) perturbação esquizoafetiva ou perturbação do humor com características psicóticas; (c) perturbação esquizofreniforme; (d) perturbação delirante; (e) perturbação psicótica breve; (f) *delirium*; (g) processos demenciais diversos (Alzheimer, vasculares, outros); (h) esquizofrenia.

No caso apresentado, conforme exames laboratoriais, imagiológicos, história e exame clínicos, descarta-se a possibilidade de os sintomas psicóticos serem decorrentes de patologia orgânica, abuso de substâncias e/ou *delirium*.

As alterações verificadas na avaliação neuropsicológica, nomeadamente a disfunção cognitiva e funcional, estarão provavelmente relacionadas com a interferência da medicação e com o nível sociocultural prévio do paciente. Não se verificaram alterações neurológicas mas, contudo, a possibilidade de uma forma ainda precoce de demência não pode ser inteiramente excluída.

A apresentação deste quadro de esquizofrenia paranóide com síndromes de falsa identificação concomitantes não é típica, em virtude da ausência de perturbações psiquiátricas anteriores, uso de substâncias ou doenças orgânicas.

Um aumento da investigação nesta área é desejável para uma melhor compreensão destes síndromes, dada a escassez de informação relativa às mesmas.

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. Ellis, H.D., Young, A.W. Accounting for delusional misidentification. *British Journal of Psychiatry*. 1990. 160, 293-303.
2. Oyeboode, F. *Sintomas da Mente*, Elsevier, 4ª edição. Lisboa: Libri-Faber; 2011.

3. Christodoulou, G. The delusional misidentification syndromes. *Br J Psychiatry*. 1981. 158 (Suppl 14):65-9.
4. Semple, D., Smyth, R., Oxford handbook of Psychiatry. 3th edition. Oxford: Oxford University Press; 2013.
5. Edlestyn NM, Oyeboode F. A review of the phenomenology and cognitive neuropsychological origins of the Capgras syndrome. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999.
6. A. Sinkman, The syndrome of Capgras. *Psychiatry*. 2008 vol. 71, no. 4, pp. 371–378.
7. Christodoulou, G. N., M. Margariti. The delusional misidentification syndromes: strange, fascinating, and instructive. *Current Psychiatry Reports*. 2009 vol. 11, no. 3, pp. 185–189.
8. Atta, K. Delusional Misidentification Syndromes: Separate Disorders or Unusual Presentations of Existing DSM-IV Categories?. *Review Psychiatry*. 2006 Setembro, 56-61.
9. Capgras J, Reboul-Lachaux J. Illusion des sosies, dans un délire systematize chronique. *Bul Soc Clin Méd Ment* 1923, 2:6–16.
10. Ellis HD. Misidentification Syndromes. Troublesome disguises. Underdiagnosed psychiatric syndromes. Blackwell : Science Oxford; 1997.
11. Kirov G, Jones P, Lewis SW: Prevalence of delusional misidentification syndromes. *Psychopathol*. 1994;27:148-9.
12. Forstl H: Psychiatric, neurological and medical aspects of misidentification syndromes: a review of 260 cases. *Psychological Medicine*. 1991, vol. 21, no. 4, pp. 905–910.
13. Enoch MD, Trethowan WH. *Uncommon Psychiatric Syndromes*. 2nd edition. Bristol, UK: John Wright; 1979.
14. Ashraf N: Case Report Fregoli Syndrome: An Underrecognized Risk Factor for Aggression in Treatment Settings. *Case Reports in Psychiatry*. 2011, Article ID 351824.
15. Courbon P, Fail G. Syndrome d'illusion de Fregoli et schizophrénie. *Bulletin de la Société de Médecine Mentale*. 1927, 15, 121-124.
16. Christodoulou G. Course and prognosis of the syndrome of doubles. *J Nerv Ment Dis*. 1978, 166:68-72.
17. Hudson A, Grace G. Misidentification syndromes related to face specific area in the fusiform gyrus. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*. 2000, vol. 69, no. 5, pp. 645–648.