



## Indukowane zaburzenie urojeniowe

*Induced psychotic (shared paranoid) disorder*

MAŁGORZATA DOSIAK, EWA WOJTYNA, TOMASZ UNDERMAN, MARCIN BOJAROWSKI

Z Oddziału Psychiatrycznego SPZOZ – Szpital Miejski Nr 2 w Rudzie Śląskiej

### STRESZCZENIE

**Cel.** Przedstawiono rzadki zespół psychopatologiczny, znany jako indukowane zaburzenie urojeniowe, inaczej *folie à deux*.

**Przypadek.** Opis dotyczy przypadku, w którym wielkościowe, religijne urojenia syna były podzielane przez ojca.

**Komentarz.** Rozpoznanie *folie à deux* umożliwia wdrożenie skutecznej strategii leczenia, prowadzącej do szybkiego ustąpienia objawów po rozdzieleniu osoby indukującej i zdrowej.

### SUMMARY

**Objective.** A rare psychopathological syndrome is presented, known as shared paranoid disorder, or *folie à deux*.

**Case.** In the reported case grandiose and religious delusions of the son were shared by his father.

**Commentary.** The diagnosis of *folie à deux* allows to implement an effective treatment strategy resulting in a fast abatement of symptoms after the inducing patient is separated from the healthy partner.

---

**Słowa kluczowe:** indukowane zaburzenie urojeniowe / *folie à deux* / urojenia religijne / urojenia wielkościowe

**Key words:** induced psychotic disorder / shared paranoid disorder / *folie à deux* / religious delusions / grandiose delusions

---

Indukowane zaburzenie urojeniowe, zwane także *folie à deux*, jest rzadkim zjawiskiem psychopatologicznym, którego pierwsze opisy pojawiły się m.in. w pracach Lasegue'a, Falreta czy Charcota [1, 2]. W historycznych doniesieniach można znaleźć m.in. słynne przypadki „opętania przez diabła” siedemdziesięciu dziewcząt w żeńskim sierocińcu w Rzymie w 1555 r., opętania sióstr urszulanek w Loudun w latach 1632–1639, czy też zbiorowego opętania sióstr elżbietanek w Louviers w latach 1642–1647 [2].

Według klasyfikacji ICD-10 indukowanym jest takie zaburzenie urojeniowe, które podzielane jest przez dwie lub przez więcej osób blisko powiązanych ze sobą emocjonalnie, ale tylko jedna z tych osób wykazuje objawy pierwotnego zaburzenia psychotycznego, natomiast u drugiej, bądź drugich urojenia są tylko wzbudzane i zwykle ustępują, gdy osoby te są od siebie oddzielone [3].

Można wyróżnić cztery kliniczne podtypy tego zaburzenia: *folie imposée*, gdy osoba psychotyczna przenosi swoje urojenia na psychicznie „zdrową” osobę; *folie simultanée*, gdy identyczne zaburzenia psychotyczne rozwijają się jednocześnie u dwóch predysponowanych osób; *folie communiquée*, gdy niezależne urojenia rozwijają się u osoby poddanej indukcji po znaczącym okresie odporności; i wreszcie *folie induite*, gdy u osoby uprzednio psychotycznej dochodzi do wzbogacenia objawów poprzez urojenia innej osoby [1, 4, 5].

Piśmiennictwo podkreśla duże znaczenie w powstawaniu tego zaburzenia takich czynników, jak: silny związek emocjonalny dotkniętych osób, dominacja intelektualna osoby pierwotnie psychotycznej i względna izolacja społeczna. W 95% zaburzenie to rozwija się u członków rodziny [6, 7, 8].

### OPIS PRZYPADKU

18 grudnia 2002 r. na Oddział Psychiatryczny Szpitala Miejskiego Nr 2 w Rudzie Śląskiej jedną karetką Pogotowia Ratunkowego przywieziono dwóch mężczyzn, ojca i syna: 56-letniego, żonatego, emerytowanego górnika oraz 29-letniego studenta ekonomii, kawalera, bezrobotnego. Powodem interwencji pogotowia było dziwaczne, agresywne i niszczyielskie zachowanie obu pacjentów w miejscu zamieszkania. Mężczyźni wspólnie niszczyli umeblowanie i inne przedmioty wyposażenia domowego, po czym wyrzucali je przez okna domu. Aktom tym towarzyszyły urojeniowe wypowiedzi o tematyce religijnej. Pacjenci twierdzili, że została im objawiona przez Matkę Boską prawda o zakłamaniu i niegodziwości świętych, jedynie św. Antoni był wg nich godny czci. Mężczyźni dewastowali liczne obrazy świętych i krzyże, które były w domu. Pani A, zaniepokojona agresywnym zachowaniem męża i syna, wezwała pogotowie. Wobec obu mężczyzn zastosowano

przymus bezpośredni w postaci kaftana bezpieczeństwa. W relacji lekarza pogotowia zachowanie i wypowiedzi pacjentów w miejscu zdarzenia były niemal identyczne.

Z wywiadu wiadomo, że obaj pacjenci zamieszkiwali razem i byli mocno związani z życiem swojej parafii, pełniąc tam role kościelnych. Nie utrzymywali kontaktów towarzyskich poza najbliższą rodziną i osobami pracującymi na stałe w kościele. Do chwili incydentu nie byli hospitalizowani ani leczeni psychiatrycznie. Nigdy nie nadużywali środków psychoaktywnych.

Badanie stanu psychicznego syna wykazało: zachowanie dziwaczne, chwilami brak kontaktu logicznego, nastrój obojętny, osobowość o cechach rozszczepienia, wyraźną potrzebę izolacji od otoczenia, zaburzoną orientację allopsychiczną, rozkojarzenie, omamy wzrokowe i słuchowe o treści imperatywnej, urojenia o treści religijnej, urojenia oddziaływania, posłannictwa, ksobno-prześladowcze, odsłonięcia, urojeniowa interpretacja trafnych spostrzeżeń, popędy agresywno-niszczycielskie. Całość obrazu klinicznego pozwoliła na postawienie diagnozy wstępnej w postaci ostrego wielopostaciowego zaburzenia psychotycznego z objawami schizofrenii.

Natomiast u ojca stan psychiczny przy przyjęciu przedstawiał się następująco: zachowanie spokojne, okresowo niepokój manipulacyjny, mimika żywa, afekt napięty, dysforia, gadatliwość, trudność skupienia uwagi, urojenia o treści religijnej, posłannictwa i oddziaływania, elementy myślenia magicznego, bez zaburzeń spostrzegania. Obraz kliniczny pozwolił postawić wstępną diagnozę jako ostre wielopostaciowe zaburzenie psychotyczne bez objawów schizofrenii do różnicowania z zaburzeniem urojeniowym indukowanym.

Po badaniu laboratoryjnym u obu mężczyzn wykluczono stosowanie substancji psychoaktywnych.

W badaniach psychologicznych nie znaleziono wskaźników zaburzeń organicznych. Wykazano natomiast dominację intelektualną syna (IQ = 121) nad ojcem (IQ = 91). W badaniu osobowości z wykorzystaniem Diagnostycznego Kwestionariusza Osobowości (DKO) u syna zwracała uwagę dominacja skal psychopatii (P = 27) i psychastenii (P = 26) oraz obniżenie skal hipomanii (P = 12) i depresji (P = 14). Profil osobowości charakteryzował się łatwością zdobywania zaufania. Był osobą z rysem psychopatycznym, który może ujawnić się w sytuacji szeregu niepowodzeń lub trudności nie do przezwyciężenia, na które mógł reagować agresją lub wycofaniem się i racjonalizacją swoich niepowodzeń. Wysoki wynik w skali psychopatii mógł stanowić wyraz urojeń pacjenta, który uważał się za osobę grzeszną i niegodziwą, zasługującą na potępienie. Natomiast wysoki wynik w skali psychastenii wiązał się ze skłonnością do wewnętrznych zachowań kompulsywnych – niezdolności pozbycia się pewnych myśli. Mogły występować wygórowane reakcje, jednak zasadniczo odpowiednie dla działających na pacjenta podniet. Osoba taka jest pod pewnym względem skłonna do perfekcjonizmu i sztywności w zachowaniu, natomiast pod

innymi względami może zachowywać się w sposób zdecydowanie poprawny. Kompilacja skal profilu osobowości ukazywała osobę pewną siebie, wymowną, skłoną do impulsywnego wyrażania słowem lub gestem własnych myśli. W stosunkach z innymi jest jednocześnie domagająca się i zależna. Wykazuje tendencje bierno-agresywne oraz brak stałości emocjonalnej. Pacjenta charakteryzują cykliczne okresy zachowania typu *acting-out*, po których wzmagają się poczucie winy, żal i wyrzuty sumienia. Potrafi oceniać aspekt społeczny swych postaw i motywów, nie jest jednak w stanie ich kontrolować. Wykazuje sztywność w myśleniu i skłonność do uporczywego i niepotrzebnego rozważania tych samych problemów, jest zaabsorbowany myślami o sensie życia i wieczności.

U ojca w profilu osobowości dominują skale paranoi (P = 28) i schizofrenii (P = 26), co wskazuje na skłonność do urojeń prześladowczych, wielkościowego obrazu własnego ja, podejrzliwości, nadwrażliwości i egotyzmu. Pacjent zrywa związki między życiem wewnętrznym a rzeczywistością, jest osobą dziwaczną, preferującą życie w odosobnieniu, w pewnej izolacji od swego środowiska, wystarczającą sama sobie. Ma skłonność do autystycznego zagłębiania się w siebie i wykazuje trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów międzyludzkich poza obrębem wąskiego kręgu najbliższych sobie osób. U pacjenta spotyka się nadproduktowność myślenia i działania, impulsywność, wzmożenie i niestałość nastroju, podniecenie psychoruchowe oraz gonitwę myśli. Dominuje u niego labilność emocjonalna, a emocje oscylują pomiędzy przeciwstawnymi, skrajnymi biegunami. Zmiany te dokonują się często nawet wówczas, gdy w otoczeniu brak jest jakichkolwiek przyczyn uzasadniających te gwałtowne przeskokki. Pacjentowi brakuje poczucia krytycyzmu wobec niestosowności swoich zachowań w różnych sytuacjach. Kompilacja skal wskazuje na skłonność do bezkrytycznego ulegania różnym wpływom w zakresie różnych sfer ludzkiego życia oraz na skłonność do zamyślenia się i myślenia w sposób niezwykle, urojeniowy. Pacjent nie potrafi w sposób dostosowany wyrażać swoich emocji. Jest podejrzliwie nastawiony wobec innych, egocentryczny, nadmiernie aktywny i posiada skłonność do dziwacznych przekonań i postaw.

W trakcie hospitalizacji u syna, zaraz po przyjęciu na oddział zastosowano jednorazowo 150 mg octanu zuklopentyksolu w iniekcji domięśniowej, a następnie podawano 4 mg risperidonu oraz 300 mg karbamazepiny doustnie w dawce wieczornej. Obserwowano szybkie wycofanie się objawów psychotycznych, w ósmej dobie hospitalizacji całkowicie ustąpiły zaburzenia spostrzegania, a w jedenastej dobie ustąpiły zaburzenia treści myślenia.

Od początku hospitalizacji zastosowano izolację ojca od syna, pacjenci przebywali w oddalonych od siebie salach, z ograniczoną możliwością spotykania się. W momencie rozdzielania obu mężczyzn, jeszcze przed podaniem leków, zaobserwowano gwałtowne uspokojenie się

ojca, a następnie bardzo szybką stabilizację jego stanu psychicznego pacjenta, z wyraźną regresją objawów psychotycznych od drugiej doby hospitalizacji. Całkowite ustąpienie zaburzeń treści myślenia pod postacią urojeń i myślenia magicznego miało miejsce w dziesiątym dniu pobytu na oddziale. Stosowano risperidon w dawce 2 mg/die.

Od 14 dnia hospitalizacji u obu pacjentów zaczęto stosować przepustki terapeutyczne, początkowo jedno-, a następnie trzydniowe. Podczas pobytu poza oddziałem stan psychiczny obu mężczyzn nie pogarszał się. W dwudziestej czwartej dobie hospitalizacji w stanie zadowolającym, bez objawów psychotycznych, wypisano do domu zarówno ojca, jak i syna z zaleceniem kontynuowania terapii w warunkach ambulatoryjnych.

W leczeniu ambulatoryjnym u syna utrzymano leczenie ustalone podczas hospitalizacji, natomiast ojciec nie wymagał dalszej farmakoterapii. W trakcie dalszej obserwacji nie odnotowano ponownego wystąpienia zaburzeń psychotycznych u żadnego z opisanych mężczyzn.

## KOMENTARZ

Obraz kliniczny zaburzeń psychicznych u obu pacjentów, stopień powiązania emocjonalnego, względna izolacja społeczna oraz wyniki przeprowadzonych badań umożliwiły postawienie diagnozy końcowej u ojca,

zdefiniowanej jako indukowane zaburzenia urojeniowe, wywołane zaburzeniem psychicznym syna, odpowiadającym obrazowi ostrego wielopostaciowego zaburzenia psychotycznego z objawami schizofrenii. Rozpoznanie *folie à deux* umożliwia wprowadzenie skutecznej strategii leczenia i szybkie ustąpienie objawów po rozdeleniu osoby indukującej i indukowanej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Çuhadaroglu Cetin F. Folie à deux and separation-individuation. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10 (3): 194–9.
2. Szumowski W. Historia medycyny. Warszawa: Sanmedia; 1994.
3. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Kraków: Uniw Wyd Med „Vesalius”; 1994.
4. Gralnick A. Folie à deux – the psychosis of association. A review of 103 cases and entire English literature: with case presentations. Part I. *Psychiatr Q* 1942; 16: 230–63.
5. Sanjurjo Hartman T, Weitzner MA, Santana C, Devine C, Grendys E. Cancer and folie à deux. *Cancer Pract* 2001; 9 (6): 290–6.
6. Grzywa A. Omamy i urojenia. Wrocław: Urban & Partner; 2000.
7. Grzywa A. Zaburzenia urojeniowe. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Wrocław: Urban & Partner; 2002: 325–41.
8. Kaplan HI, Sadock BJ. *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Urban & Partner; 1998.