

KAPGRASOV SINDROM U SKLOPU ORGANSKOG POREMEĆAJA SA SUMANUTOŠĆU

Zoran Jovanović¹, Jasmina Lazarević¹, Srđan Milovanović², Vesela Radonjić³, Dušan Đurić⁴, Sladan Stojilković⁵

¹Opšta bolnica, Šabac

²Klinika za psihijatriju, Klinički centar Srbije, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd

³Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac; Agencija za lekove i medicinska sredstva Srbije, Beograd

⁴Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac; Institut za rehabilitaciju, Beograd

⁵Apoteka „Otho-Medicalpharm“, Kragujevac

CAPGRAS SYNDROME AS PART OF DELUSIONAL ORGANIC DISORDER

Zoran Jovanovic¹, Jasmina Lazarevic¹, Srdjan Milovanovic², Vesela Radonjic³, Dusan Djuric⁴, Sladjan Stojilkovic⁵

¹Department of Psychiatry, General Hospital, Sabac, Serbia

²Clinic of Psychiatry, Clinical Center of Serbia, Belgrade, Serbia

³Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, Kragujevac; Medicines and Medical Devices Agency of Serbia, Belgrade, Serbia

⁴Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, Kragujevac; Institute for Rehabilitation Belgrade, Serbia

⁵Retail Pharmacy "Otho-Medicalpharm", Kragujevac, Serbia

SAŽETAK

Kapgrasov sindrom je sadržajni poremećaj mišljenja koji se karakteriše pogrešnim prepoznavanjem bliskih osoba (zamena identiteta), tj. nepokolebljivim ubeđenjem da se u obličju poznatog krije dvojniki, varalica.

U radu je prikazana bolesnica stara 81 godinu, opozicionog stava, povremeno psihomotorno agitirana, verbalno agresivna prema dvojniku i deci jer su joj „zamenili muža“. Verbalizovala je suicidalne ideje i tendencije jer nije mogla da podnese zajednički život sa strancem. Nesigurna temporospacijalna orijentacija, distrakcija pažnje, mnestički deficit, disforničnost, labilan afekat i globalna redukcija dinimizama registrovali su se kao pridruženi simptomi. Bolesnica i njena porodica su odbili hospitalizaciju zbog čega su sprovedene ambulante dijagnostičke procedure (CT pregled glave, psihološka eksploracija i laboratorijske analize) i uvedena je farmakoterapija (risperidon, lorazepam), sa kontrolama u petodnevni intervalima. Uz primenu terapije došlo je do poboljšanja u prepoznavanju supruga, sa povremenom, kratkotrajnom ambivalencijom i sledstvene redukcije anksioznosti ali uz perzistiranje spatiotemporalne dezorijentacije, distrakcije pažnje i memorijskog deficita. Razmatrano je i uvodjenje lekova za terapiju demencije.

Heteroanamnestički podaci, neurološki i psihijatrijski status ukazivali su na to da se deluzija zamene identiteta kod bolesnice razvila u sklopu složenog psihoorganskog sindroma. Potrebna su dalja istraživanja ovog oboljenja kako bi se došlo do efikasnijih mera lečenja ali i potpunijih saznanja o neuropsihološkim modelima facijalne rekognicije.

Ključne reči: Kapgrasov sindrom; sumanutosti; delirijum, demencija, amnestički, kognitivni poremećaji.

ABSTRACT

Capgras syndrome is a substantial disorder of thought which is characterized by wrong identification of close persons (mistaken identity), i.e. resolute conviction that there is a double, a cheater, in the form of a familiar person.

This paper presents an 81-year-old female patient, with an oppositional attitude, occasional psychomotor agitation, verbally aggressive towards the double and the children because they have "replaced her husband". She verbalized suicidal intentions and tendencies because she could not stand living with a stranger. Uncertain temporal-spatial orientation, distraction of attention, cognitive deficit, dystrophy, labile affect and global reduction of dynamism were recorded as associated symptoms. The patient and her family refused hospitalization because the ambulatory diagnostic procedures were conducted (CT scan of the head, psychological screening tests and laboratory analyses) and pharmacotherapy was introduced (risperidone, lorazepam), with check-ups in five-day intervals. Within the application of therapy, there was a correction in the identification of the husband, with occasional, short-term ambivalence and the consequent reduction of anxiety, but with persistent spatiotemporal disorientation, distraction of attention and memory deficit. The introduction of drugs for the treatment of dementia was considered, too.

Hetero-anamnestic data, neurological and psychiatric status indicated that this patient suffered from a delusion of mistaken identity due to a complex psycho-organic syndrome. Further research of this disease is needed in order to obtain more effective treatment strategies and more complete knowledge of neuropsychological models of facial recognition.

Key words: Capgras syndrome; delusions; delirium, dementia, amnestic, cognitive disorders.

UVOD

Kapgrasov sindrom predstavlja entitet čiji je najprominentniji simptom sadržajni poremećaj mišljenja koji se karakteriše pogrešnim prepoznavanjem bliskih osoba (zamena identiteta) tj. nepokolebljivim ubedenjem da se u obličju poznatog krije dvojniki, varalica (1, 2). Opisao ga je Žozef Kapgras (Joseph Capgras, 1873–1950), francuski psihijatar, koji je 1923. godine sa kolegom Rebul-Lašaoim (Rebul-Lachaux) objavio prikaz slučaja gospođe koje se žalila da su suprug i osobe iz njenog okruženja zamenjeni „dvojniciima”. Tada je ovaj sindrom nazvan „iluzija dvojnika” (l'illusion des „sosies”) (2).

Kao poseban nozološki entitet, prema MKB-10, svrstava se u nespecifikovane poremećaje sa sumanutošću (F 22.9) (3). Navedeni paranoidni fenomen najčešće se javlja u sklopu shizofrenog ali i psihoorganskog ili afektivnog poremećaja, kao dominantni ili sporedni simptom, a izuzetno kao poremećaj per se (4). Relativno se retko dijagnostikuje, a češće je zastupljen kod žena i kod osoba starije životne dobi, mada su opisani slučajevi i u mlađoj populaciji (5–7).

Iako je etiologija Kapgrasovog sindroma nepoznata, dosadašnja istraživanja ukazuju na to da je neurobiološka osnova krucijalna, a pre svega disfunkcija desne hemisfere (8–10). Psihodinamski faktori, pre svega mehanizmi projekcije i *splitting*-a, ne mogu se zanemariti, posebno kada se navedeni poremećaj javlja u sklopu paranoidne forme shizofrenije i afektivnih poremećaja (10, 11).

PRIKAZ BOLESNIKA

Bolesnica, stara 81 godinu, na prvi psihijatrijski pregled dolazi na insistiranje sina. Domaćica, nepotpunog osnovnog obrazovanja, udata, ima dvoje punoletne dece, živi sa suprugom u seoskom domaćinstvu. Heteroanamnestički podaci ukazuju na to da su se prve psihičke izmene javile postepeno, godinu dana pre pregleda, u vidu zaboravnosti, pretežno za novije sadržaje, otežanog upamćivanja, povremeno nesigurne orijentacije u vremenu, promena raspoloženja, epizoda nervoze, bezvoljnosti, zapostavljanja lične higijene i povlačenja u sebe. Opšte funkcionisanje je, uz pomoć supruga, bilo zadovoljavajuće do dva dana pre pregleda, od kada je verbalno agresivna jer su joj deca „zamenila muža nekim drugim čovekom”. Agresivnost je potencirana razuveravanjima članova porodice.

Pri pregledu, navodi da će se ubiti jer ne želi da živi sa osobom koja nije njen muž, nego dvojniki, a deca hoće da je na to primoraju. Negira druge mentalne i somatske tegobe. Od somatskih oboljenja, sin navodi da je majka imala povišene vrednosti glikemije i arterijsku hipertenziju, uz neredovno uzimanje antihipertenziva iz grupe

ACE inhibitora. U somatskom statusu bez simptoma i znakova akutnog oboljenja, dok se u neurološkom nalazu evidentiraju levostrana pareza i dezinhibicioni fenomeni.

U psihičkom statusu, upadljive spoljašnjosti, bezrazložno nasmejana, otežanog i usporenog hoda, oskudnijih sinkinetskih pokreta. Sa bolesnicom se uspostavlja verbalni kontakt, teže održava i ne produbljuje. Svesna, adekvatno orijentisana auto i alo psihički, uz nesigurnu spaciotemporalnu orijentaciju. Fenomeni depersonalizacije i derealizacije se ne evidentiraju. Na postavljena pitanja daje kratke, uglavnom nelogične odgovore, uz produženo reakciono vreme dok pitanja koji bi deci bio motiv da zamene oca i gde je on sada, ignoriše. Govor disprozodičan. Negira perceptivne obmane niti se aktuelnom psihijatrijskom egzaminacijom stiće utisak da postoje. Pažnja hipovigilna i hipotenacitetna. Misaoni tok povremeno sa blokovima, bez jasne ciljne predstave. U sadržaju mišljenja dominira katatimna sumanuta ideja da je suprug zamenjen dvojnikom, koji je neprijateljski nastrojen prema njoj, nepodložna korekciji. Evidentira se klinički značajan deficit mnestičkih funkcija, dominantno mnestičke retencije i prisećanja novijih sadržaja (MMSE 12). Aplatiranog osnovnog raspoloženja, uz povremene disforične oscilacije, labilnog afekta. Epizode visoke anksioznosti praćene verbalnom agresivnošću, uz aktivni i pasivni negativizam, generisane su tematikom zamene identiteta muža. Globalno izmenjenih timo-hormičkih dinamizama, sa dominacijom hipobulije, hipoapetije, inicijalne i tranzitorne insomnije i restrikcije socijalnih kontakata. Verbalizuje suicidalne ideje i tendencije. Bolesnica je bez adekvatnog uvida i kritičnosti. Odbija predloženu hospitalizaciju i terapiju.

Sin takođe ne pristaje na stacionarno psihijatrijsko lečenje bolesnice, iako su predočene eventualne konsekvence te su dijagnostičke procedure i psihofarmakoterapija nastavljene u ambulantnim uslovima, uz kontrolne preglede u petodnevnim intervalima. Bolesnica je upućena na CT pregled glave, laboratorijske analize i psihološku egzaminaciju i ordiniranu psihofarmakoterapiju risperidonom, sa postepenim povećanjem doze do 3 mg *pro die*, hlorpromazin u dozi od 100 mg *pro die* i lorazepam 2 mg *pro die*, uz savet za nadzor člana porodice nad uzimanjem terapije. Posle pet dana, na prvom kontrolnom pregledu, bolesnica je adekvatnija u verbalnom kontaktu, i dalje nesigurne spaciotemporalne orijentacije, ambivalentna prema deluziji dvojnika („možda on i jeste moj Mića”/muž/), redukovane anksioznosti, ne verbalizuje suicidalnu ideaciju. Sin potvrđuje adekvatnu terapijsku atherencu i redukciju produktivne fenomenologije, ali navodi da se kod bolesnice dan posle prvog psihijatrijskog pregleda a pre administracije psihofarmaka, „lice deformisalo i teško hoda”. Utvrđena je izražena ataksija i intenzivnija

levostrana hemipareza uz ipsilateralnu centralnu parezu n. facijalisa, te je upućena na konsultativni pregled neurologa, koji je ordinirao hemoreološku terapiju – cinarizin u dozi od 75 mg *pro die*.

Posle pet dana, na drugom kontrolnom pregledu, neurološko i mentalno stanje bolesnice: bolje motoričke funkcije i pravilniji hod, sin navodi da veći deo dana prepoznaje muža, povremeno, kratkotrajno „vidi dvostruko muža i njegovog dvojnika”, ali bez afektivnih ispada visoke anksioznosti i verbalne agresivnosti u navedenim intervalima. Daje na uvid nalaz CT pregleda glave, gde su verifikovane supra i infra tentorijalne kortikalne reduktivne promene, znaci aterosklerotske encefalopatije i bilateralne retke stare lakunarne ishemične lezije cerebruma, dominantno u slivovima arterija *carotis mediae*. Hematološke i biohemijske laboratorijske analize su u granicama referentnih vrednosti osim hiperglikemije (8,2 mmol/l), ukupnog holesterola (7,9 mmol/l) i triglicerida (3,2 mmol/l). Psihološka egzaminacija potvrđuje izmene u sferi mišljenja po tipu sumanute ideje zamene identiteta muža – Kapgras sindrom, kognitivno-mnjestički deficit, MMSE skor od 12 i greške na Benton testu, koje ukazuju na psihoorganicitet.

Pri trećem kontrolnom pregledu, heteropodaci dobijeni od sina upućuju na to da se intenzitet sumanute ideacije znatno smanjio. Prisutni su duži periodi kada se u sadržaju mišljenja ne evidentiraju sumanute ideje, ali uz perzistiranje spatiotemporalne dezorijentacije, distrakcije pažnje i kognitivno-mnjestičkog deficita te je u perspektivi planirano uvođenje antidementne terapije. Međutim, bolesnica više nije dolazila na kontrolne psihijatrijske preglede.

DISKUSIJA

Kapgrasov sindrom se najčešće javlja u sklopu nekog drugog psihijatrijskog ili neurološkog poremećaja. Heteroanamnjestički podaci kao i neurološki i psihijatrijski status kod ove bolesnice ukazuju na to da se deluzioni fenomen zamene identiteta razvio u sklopu složenog psihoorganskog sindroma. U ovom slučaju, pretpostavljeni uzroci bili bi: a) mnjestički deficit zbog demencije mogao bi uzrokovati prozopagnoziju, što bi sledstveno rezultiralo opisanom psihopatologijom; b) bilateralna multiinfarktna ognjišta, posebno desne hemisfere, mogla bi dovesti do oštećenja neuralnih veza, što bi dodatno pogoršalo defekt facijalne rekognicije; c) cerebrovaskularne krize tipa tranzitornih ishemičnih ataka (TIA), svakako su značajan patoplastični faktor, koji bi intenzivirao uticaj prethodna dva uzroka.

Na osnovu pretpostavljene etiologije, strategija lečenja bila je uvođenje psihofarmaka, ali i detaljnija neurološka dijagnostika i terapija. U ovom slučaju, pored benzodiazepina, antipsihotik izbora bio je risperidon, zbog manjeg

broja neželjenih dejstava, pre svega ekstrapiramidalnih, jer je psihofarmakoterapija započeta u vanbolničkim uslovima. Bez namere da kritikujemo, neurološka terapija nije bila u skladu sa savremenim preporukama jer cinarizin može dodatno da pogorša demenciju (12).

Aktuelna saznanja o etiopatogenezi ovog oboljenja još uvek su nepotpuna te je u perspektivi neophodno sveobuhvatnije klinički sagledati bolesnika, što je i bio cilj ovog rada. Pored toga, promocijom istraživanja u ovoj oblasti a naročito korišćenjem savremenih neuroimaging metoda, došlo bi se do efikasnijih mera lečenja, ali i potpunijih saznanja o neuropsihološkim modelima facijalne rekognicije.

LITERATURA

1. Sinkman A. The syndrome of Capgras. *Psychiatry* 2008; 71: 371–8.
2. Capgras J, Reboul-Lachaux J. L'illusion des "sosies" dans un délire systématisé chronique. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale* 1923; 2: 6–16. (in French).
3. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
4. Perr IN, Fedoroff JP. Misidentification of self and the riel phenomenon. *J Forensic Sci* 1992; 37: 839–44.
5. Huang TL, Liu CY, Yang YY. Capgras syndrome: analysis of nine cases. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 53: 455–9.
6. Kourany RF. Capgras syndrome variant in an 8 1/2-year-old boy. *J Am Acad Child Psychiatry* 1983; 22: 571–2.
7. Jackson RS, Naylor MW, Shain BN, King CA. Capgras syndrome in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 977–83.
8. Atta K, Forlenza N, Gujski M, Hashmi S, Isaac G. Delusional misidentification syndromes: separate disorders or unusual presentations of existing DSM-IV categories? *Psychiatry (Edgmont)* 2006; 3: 56–61.
9. Madoz-Gúrpide A, Hillers-Rodríguez R. Capgras delusion: a review of aetiological theories. *Rev Neurol* 2010; 50: 420–30.
10. Berson RJ. Capgras' syndrome. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 969–78.
11. Gallego L, Vázquez S, Peláez JC, López-Ibor JJ. Neuropsychological, clinical and social issues in two patients with Capgras Syndrome. *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39: 408–14.
12. Pavlović DM. Farmakološka terapija demencija. *Aktuelnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja* 2009; 17: 72–6.