

FOLIE À DEUX: CONCEITO E RELATO DE CASO

FOLIE À DEUX: CONCEPT AND CASE REPORT

Resumo

Folie à deux é uma síndrome rara definida como o compartilhamento de sintomas psicóticos entre dois ou mais indivíduos. Este relato descreve o caso de um paciente do sexo masculino, com 15 anos de idade, diagnosticado com transtorno delirante induzido (*folie à deux*, subtipo *folie imposée*). Além do relato de caso, o artigo descreve e classifica a *folie à deux* segundo critérios clínicos e diretrizes diagnósticas atuais (DSM-5 e CID-10), informando os profissionais de saúde sobre a importância diagnóstica e seguimento terapêutico dessa síndrome.

Palavras-chave: *Folie à deux*, transtorno delirante induzido, diagnóstico.

Abstract

Folie à deux is a rare syndrome in which psychotic symptoms are shared by two or more individuals. The present report describes the case of a male patient, aged 15 years, diagnosed with induced delirium (*folie à deux*, subtype *folie imposée*). In addition to the case report, the article describes and classifies *folie à deux* according to clinical criteria and current diagnostic guidelines (DSM-5 and CID-10), informing health professionals about the diagnostic importance and therapeutic follow-up of this syndrome.

Keywords: *Folie à deux*, induced delirium, diagnosis.

INTRODUÇÃO

Folie à deux é uma síndrome rara¹, classicamente descrita por Lasègue & Falret em 1877 como sendo o compartilhamento de sintomas psicóticos entre dois ou mais indivíduos². Entretanto, referências prévias dessa patologia já haviam sido feitas nos estudos de Ideler (1838), Baillager (1860) e De Saule (1870)³. Todavia, foi a partir de Lasègue que essa síndrome obteve importância clínica⁴.

Naliteraturacientífica, pode-se encontrar essa síndrome com várias denominações: insanidade compartilhada, insanidade contagiosa, loucura infecciosa, psicose de associação e dupla insanidade⁵.

Em 1942, Galnick reuniu descrições de diversos autores, ampliou e subdividiu o conceito de *folie à deux* em quatro tipos básicos quanto às formas de apresentação^{3,6}, mostrados na Tabela 1.

Nas classificações modernas – por exemplo, a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)⁸ e a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)⁹ –, a *folie à deux* é descrita em outro transtorno do espectro da esquizofrenia e em outro transtorno psicótico com especificador de sintomas delirantes, em parceiro de pessoa com transtorno delirante ou em transtorno delirante induzido, respectivamente.

Os objetivos desse relato de caso são descrever e classificar a *folie à deux* segundo critérios clínicos e

Tabela 1 - Subtipos de *folie à deux* segundo Galnick

<i>Folie imposée</i>	Os delírios de uma pessoa psicótica são transferidos para outra pessoa mentalmente saudável. Os delírios do indivíduo que ficou secundariamente psicótico desaparecem após a separação.
<i>Folie simultanée</i>	Ocorre um aparecimento simultâneo de uma psicose idêntica em indivíduos predispostos que estão intimamente associados.
<i>Folie communiquée</i>	O indivíduo secundariamente psicótico desenvolve os sintomas após um longo período de resistência e mantém esses sintomas mesmo depois da separação do indivíduo primariamente psicótico.
<i>Folie induite</i>	Novos delírios são adotados por um indivíduo psicótico sob influência de outro indivíduo psicótico.

Extraído de Machado et al.⁷.



¹ Médico estagiário de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Santo Amaro, Santo Amaro, SP. ² Médica psiquiatra, Faculdade de Medicina, Universidade de Santo Amaro, Santo Amaro, SP. ³ Residente de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de Santo Amaro, Santo Amaro, SP. ⁴ Coordenadora, Serviço de Psiquiatria Infantil, Faculdade de Medicina, Universidade de Santo Amaro, Santo Amaro, SP.

diretrizes diagnósticas atuais (DSM-5 e CID-10), a fim de que possamos alertar os profissionais de saúde sobre a importância diagnóstica e seguimento terapêutico dessa síndrome, ainda que seja rara.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 15 anos, atualmente no 9º ano do ensino fundamental, foi encaminhado em 2010 a psiquiatra infantil pela psicóloga da mãe (46 anos), pois, durante consulta de rotina desta, o filho referiu “alucinações auditivas” com vozes de comando, posteriormente descritas.

Em 2006, o pai (40 anos) relatou mudanças no comportamento do filho após início das aulas, apresentando quadro de isolamento social, medo intenso, desinteresse pelas atividades diárias e dificuldade para iniciar e manter amizade, principalmente na escola, associadas a ideias persecutórias e alterações do sono, com agitação e pesadelos.

Em 2010, o pai informa piora dos sintomas anteriores e quadro de alucinação auditiva com vozes de comando desconhecidas e com conteúdo destrutivo (“se mata”, “se joga no barranco”) associado a episódios de agressividade, de agitação psicomotora e de autoagressão física (“batia a cabeça na parede”). O genitor informou que o paciente, com 9 anos de idade, ainda recebia lactação materna e apresentava sintomas alucinatórios semelhantes aos referidos pela mãe durante tratamento desta para esquizofrenia, no ambulatório de psicoses da Universidade de Santo Amaro (UNISA).

Nesse período, optou-se pela introdução de risperidona 2 mg e seguimento ambulatorial no setor de psiquiatria infantil. Após essa intervenção farmacológica, o paciente evoluiu com melhora significativa da maioria dos sintomas relatados, mas ainda apresentava episódios de alucinação auditiva intermitentes, acrescidos do comprometimento de aprendizagem, sendo este último fator descrito em relatório de acompanhamento pedagógico como “desatenção”, “desinteresse pelas atividades escolares”, “preocupação excessiva com questões alheias”, desenvolvimento insatisfatório das habilidades e capacidades previstas na escola e, conseqüentemente, a reprovação no 4º ano do ensino fundamental.

Em 2011, a mãe, após confirmação diagnóstica de segunda gestação, permaneceu em acompanhamento

regular de pré-natal e de consulta ambulatorial com psiquiatria e psicologia devido à esquizofrenia. O processo de lactação materna ofertada pela mãe ao paciente foi interrompido, desencadeando frouxidão no vínculo afetivo entre genitora e seu filho, caracterizada pela redução da “superproteção” e dos cuidados intensos e exclusivos desse paciente.

A partir desses últimos eventos, o paciente evoluiu com redução gradual e progressiva dos episódios alucinatórios, da irritabilidade e agressividade, contudo persistindo com dificuldade de aprendizagem associada a episódios depressivos moderados.

Nesse período, foi realizado rastreamento para retardo mental leve (CID-10: F70) por meio do perfil neuropsicológico avaliando as funções intelectuais: teste de quociente de inteligência (Wechsler Intelligence Scale for Children III – WISCIII), com pontuação total de 82 (médio), assim como quociente de inteligência verbal (QIV), com pontuação total de 87 (médio), e quociente de inteligência de execução (QIE), igual a 81 (médio). Tendo isso em vista, optou-se pela associação de antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) (sertralina 50 mg pela manhã) e manutenção com antipsicótico (risperidona 2 mg/dia), devido aos sintomas depressivos, com uma evolução satisfatória inicialmente.

Em 2014, o paciente já negava sintomas psicóticos (mesmo que ainda referidos por sua mãe), com persistência de sintomas depressivos moderados e deficiência de aprendizagem associados a episódios de *bullying* recorrente. A risperidona foi suspensa, e o ISRS foi mantido. Aventou-se a hipótese de transtorno delirante induzido (*folie à deux*, subtipo *folie imposée*).

No ano de 2016, o paciente ainda apresentava deficiência de aprendizagem relatada pelos pais, ratificada por meio de relatório de acompanhamento pedagógico e associada a episódios depressivos moderados.

Tendo em vista a persistência do primeiro sintoma, foi realizado rastreamento para transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) com o questionário de Swanson, Nolan e Pelham-IV (SNAP-IV), com pontuação máxima para desatenção sem hiperatividade.

Nesse período, optou-se pela introdução de metilfenidato em associação com o ISRS, atualmente com evolução satisfatória e controle dos sintomas relatados.