

e-ISSN: 2345-0592 <b>Online issue</b> Indexed in <i>Index Copernicus</i>	<b>Medical Sciences</b>  Official website: <a href="http://www.medicosciences.com">www.medicosciences.com</a>	
--	--	---

## Induced delusional disorder: clinical case

Skaidra Bieliūnaitė<sup>1</sup>, Gabija Balandytė<sup>1</sup>, Vigintas Vilkas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Faculty of Medicine, Kaunas, Lithuania

<sup>2</sup>Lithuanian University of Health Sciences, Department of Psychiatry, Kaunas, Lithuania

### Abstract

**Background.** induced delusional disorder is the sharing of delusional ideas and/or abnormal behavior from one person to one or more others who are closely related to the patient who is primarily affected. The incidence of this disorder ranges from 1.7 to 2.6% among psychiatric hospital patients, the baseline prevalence is still difficult to estimate due to underreporting and often underdiagnosis.

**Case presentation.** There is described a clinical case of a 46-year-old woman, who developed an induced delusional disorder while living with a husband diagnosed with schizophrenia. The mental condition of the patient's husband worsened especially after joining a religious community. In the same year the patient's mental condition began to deteriorate - thoughts of self-blame and self-loathing appeared, she was consulted by a psychiatrist. The patient experienced the isolation caused by the pandemic, fell ill with the COVID-19 disease, when her mental condition worsened, delusional symptoms intensified.

**Conclusions.** Induced delusional disorder develops in socially isolated individuals who are in close contact with the patient and who experience changes and challenges in their lives. The effects of induced delusional disorder include social, physical and psychological components, therefore a thorough identification of risk factors, detailed diagnosis and treatment, which depends on the prognosis, are required.

**Keywords:** delusions, induced delusional disorder, psychotic disorder.

## Indukuotas kliedesinis sutrikimas: klinikinis atvejis

Skaidra Bieliūnaitė<sup>1</sup>, Gabija Balandytė<sup>1</sup>, Vigintas Vilkas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Medicinos fakultetas, Kaunas, Lietuva

<sup>2</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, Psichiatrijos klinika, Kaunas, Lietuva

### Santrauka

**Įvadas.** Indukuotas kliedesinis sutrikimas yra kliedesinių idėjų ir (arba) nenormalaus elgesio dalijimasis iš vieno asmens vienam ar keliems kitiems, kurie yra glaudžiai susiję su pacientu, kuris pirmiausia yra paveiktas. Šio sutrikimo dažnis svyruoja nuo 1,7 iki 2,6 % tarp psichiatrijos ligoninių pacientų, pradinį paplitimo rodiklį vis dar sunku įvertinti dėl pranešimų trūkumo ir dažnai nepakankamai diagnozuotų atveju.

**Klinikinio atvejo pristatymas.** Aprašomas 46 m. pacientės klinikinis atvejis, kuriai pasireiškė indukuotas kliedesinis sutrikimas gyvenant su vyru, kuriam diagnozuota šizofrenija. Pacientės vyro būklė ypač pablogėjo prisijungus prie religinės bendruomenės. Tais pačiais metais pradėjo blogėti pacientės psichikos būklė - pasireiškė savikaltos, savigraužos idėjos, buvo konsultuota gydytojo psichiatro. Pacientė patyrė pandemijos sukeltą izoliaciją, persirgo COVID-19 liga, kada dar labiau pablogėjo psichikos būklė, suintensyvėjo kliedesinė simptomatika.

**Išvados.** Indukuotas kliedesinis sutrikimas išsivysto socialiai izoliuotiems, artimai bendraujantiems su sergančiuoju asmenims bei patiriantiems gyvenime pokyčius bei iššūkius. Indukuoto kliedesinio sutrikimo poveikis apima socialinius, fizinius ir psichologinius komponentus, todėl reikalingas nuodugnus rizikos veiksnių nustatymas, išsami diagnostika bei gydymas nuo kurio priklauso prognozė.

**Raktažodžiai:** kliedesiai, indukuotas kliedesinis sutrikimas, psichozinis sutrikimas.

## **Įvadas**

Kliedesys yra fiksuotas klaidingas įsitikinimas, pagrįstas netiksliu išorinės tikrovės aiškinimu, nepaisant priešingų įrodymų. Įsitikinimas nesutampa su žmogaus kultūra ar subkultūra, ir beveik visi kiti žino, kad tai klaidinga [1]. Kliedesinis sutrikimas yra psichozinis sutrikimas, kuriam būdingas vienas ar daugiau kliedesių, kurie išlieka bent vieną mėnesį asmeniui, kurio simptomai niekada neatitiko šizofrenijos [2]. Šiuo metu tiek Tarptautinėje ligų klasifikacijoje (TLK-10), tiek 5-ajame psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovo leidime (DSM-5) kliedesinis sutrikimas laikomas atskiru sutrikimu, turinčiu savo įtraukimo ir atmetimo kriterijus, kad būtų galima atskirti jį nuo kitų psichozijų [3]. Manoma, kad kliedesinio sutrikimo paplitimas yra apie 0,03 %, jis yra laikomas nedažnu, tačiau neretu psichoziniu sutrikimu [4].

Indukuotas kliedesinis sutrikimas yra apibūdinamas kaip kliedesinių idėjų ir (arba) nenormalaus elgesio dalijimasis iš vieno asmens vienam ar keliems kitiems, kurie yra glaudžiai susiję su pacientu, kuris pirmiausia yra paveiktas [5]. Iš pradžių jį aprašė Lasègue ir Falret Prancūzijoje 1877 m. Sukelto kliedesio sutrikimo partneriai buvo skiriami kaip „induktorius - indikuotasis“ arba „pagrindinis - asocijuotas asmuo“ arba „pirminis - antrinis“ [6]. Indukuoto psichozinio sutrikimo dažnis svyruoja nuo 1,7 iki 2,6 % tarp psichiatrijos ligoninių pacientų, pradinį paplitimo rodiklį vis dar sunku įvertinti dėl pranešimų trūkumo ir dažnai nepakankamai diagnozuotų šių atvejų [7].

Aprašome klinikinį atvejį moters, kurios vyrui diagnozuota šizofrenija ir kuriai išsivystė indukuotas kliedesinis sutrikimas.

## **Klinikinis atvejis**

Pacientė, 46 metų moteris, augo keturių asmenų šeimoje. Psichomotorinė raida savalaikė. Lankė

darželį, baigė mokyklą, po to pasirinko buhalterės specialybę. Moteris ištekėjusi jau daugiau kaip 20 metų, turi santuokinę dukrą.

Pacientės vyrui diagnozuota paranoidinė šizofrenija. Pacientės teigimu jis visada buvo kitoks, uždaras, atsiskyres, jam buvo sunkiau bendrauti su kitais, nesuprasdavo, kad reikia rūpintis kitais. Vyro būklė ypač pablogėjo prieš kelis metus, kai jis susipažino su religine bendruomene, po kurios tapo itin pamaldus, nuolat meldavosi, net naktimis. Tuomet jis teigė įsimylėjęs tos pačios religinės bendruomenės nario žmoną, norintis gyventi su ja. Pacientė vyro neapleido, nuolat rūpinosi juo, užtikrino gydymą, stengėsi išlaikyti jo darbą, kitas veiklas.

Pacientės psichikos būklė pradėjo blogėti tais pačiais metais, kai vyras prisijungė prie jau minėtos religinės bendruomenės. Ji teigė pajutusi sąžinės graužimą, kaltės jausmą bei esanti nepakankamai gera mama, pernelyg reikli žmona, per mažai bendraujanti su tėčiu. Po kelių mėnesių pacientė buvo konsultuota gydytojo psichiatro, paskirtas gydymas Buspironu, tačiau dėl šalutinių reiškinių (pacientė jautėsi apsvaigusi), vaistas buvo nutrauktas. Savikaltos mintys išliko, pacientė jautėsi kalta. Pacientė visą COVID-19 pandemijos laikotarpį stengėsi laikytis karantino taisyklių, saugotis COVID-19 ligos, dėl ko net nėjo į vyro motinos laidotuves. Tačiau pacientei susirgus COVID – 19 liga psichikos būklė dar labiau pablogėjo: moteris pasakojo, kad naktį susapnavo savo artimus žmones ir Jėzų, kuris atėjo jos teisti už padarytas nuodėmes. Pabudusi pradėjo verksti ir išsiuntė visiems artimiesiems bei kolegoms atsiprašymo žinutes, jautėsi kalta prieš visus.

Pirmojo stacionarizavimo metu pacientė skundėsi padidėjusia įtampa dėl blogos vyro psichikos būklės, išsakė, jog vargina baimė, įtampa, nerimas, panika, o dėl vyro ligos jaučia kaltę. Pacientės mama ragino ją išsiskirti su vyru, tuomet pacientei

tai pasirodė įtartina, netikra. Po ligos grįžus į darbą sustiprėjo nerimas, atsirado galvos bei galūnių tirpimas, buvo sunku išbūti darbo vietoje, vargino neramios mintys, kad visi apie ją kalbą. Darbo metu, pacientei atrodė, jog kiti žmonės susikalba „ženkla“, kad žino kažką daugiau apie ją, o artimieji vengia sakyti tiesą, slepia dalį informacijos. Pacientės teigimu visi į ją žiūri, tuomet ji ima tikrintis ar nėra nuoga, ar viskas gerai su jos išvaizda, jaučiasi taip, tarsi visi ją smerktų, kaltintų, net nusuka vaikus nuo jos, kad jie nematytų jos.

Dėl psichikos būklės pablogėjimo pacientė buvo skubos tvarka stacionarizuota į psichiatrijos kliniką antrą kartą, siekiant atlikti psichologinį – psichiatrinį ištyrimą, patikslinti diagnozę ir paskirti tinkamą gydymą. Dabartinės hospitalizacijos metu psichikos būseną: mąstymas vidutinio tempo, klampokas, stokoja nuoseklumo, kryptingumo, logikos. Dėmesio koncentracija blaški. Išsakė kliesdinę simptomatiką: jautėsi visų stebima („kartais pagalvoju, jog esu šventoji ir jie mato aureolę, arba dėl to, kad esu išpuikėlė ir man plunksnos ant galvos“), jog aplinkiniai į ją žvelgė kaltinančiu, žeminančiu, nuvertinančiu žvilgsniu, aplinkinių frazės atrodė tarsi skirtos jai pažeminti. Buvo skirtas gydymas: citalopramu iki 20 mg, lorazepamu iki 1 mg, olanzapinu iki 5 mg. Dinamikoje įtampa, nerimas redukavosi, kliesdinę simptomatikasumažėjo.

### Diskusija

Indikuotas psichozinis sutrikimas yra unikali psichiatrinė diagnozė, kai du ar daugiau žmonių dalijasi kliesdinėmis idėjomis [8]. Tik vienas žmogus kenčia nuo tikro, nustatyto psichozinio sutrikimo, dažniausiai šizofrenijos arba kliesdinio sutrikimo. Kitas asmuo dažnai yra labai įtaigus, jaunesnis, mažiau protingas, pasyvesnis ir žemesnės savigarbos. Abu paprastai gyvena tam

tikroje izoliacijoje nuo kitų žmonių, kartu su ilgalaikiais ir labai artimais santykiais vienas su kitu [9].

Tiksli indukuoto psichozinio sutrikimo priežastis vis dar nežinoma. Tačiau yra išskiriami tam tikri su juo susiję rizikos veiksniai: santykių trukmė, santykių pobūdis (dauguma praneštų atvejų yra tarp šeimos narių), socialinė izoliacija, asmenybės sutrikimas, negydytas psichikos sutrikimas anamnezėje, kognityvinis sutrikimas, kitos gretutinės ligos, gyvenimo įvykiai (įtempti įvykiai, turintys įtakos santykiams), bendravimo sunkumai, lytis (sutrikimas dažniau pasitaiko tarp moterų) [10].

Vertinant etiologinius sutrikimo veiksnius, atrodo, kad svarbiausia yra šeimos ir tarpasmeninė dinamika [11]. Svarbu tai, kad socialinis atsiribojimas ir karantinas, patirtas per COVID-19 pandemiją, gali paveikti psichinę sveikatą. Be to, ir šiame atvejyje izoliacija galėjo sustiprinti nesveikus santykius, kai santykiai buvo itin artimi viename namų ūkyje, sukurdamą optimalią aplinką vystytis indikuotam psichoziniam sutrikimui [12].

Literatūros duomenimis, paveikti asmenys dažniausiai dalijasi persekiojimo, išankstinio nusistatymo, didybės ir religiniais kliesdėmis [9].

Indikuotas psichozinis sutrikimas yra įtrauktas į DSM-V kategoriją „Kitas nurodytas šizofrenijos spektras ir kiti psichoziniai sutrikimai“ kaip „kliesdinio simptomai asmens, sergančio kliesdiniu sutrikimu, partneriui“. TLK-10 tai nurodoma kaip sukeltas kliesdinis sutrikimas [8,10]. Šis atvejis atitinka indukuoto kliesdinio sutrikimo (TLK-10 kodas F24, DSM-IV kodas 297.3) kriterijus, susijusius su glaudžiu pacientės ir jos vyro ryšiu, kliesdinių turinio bendrumu (religiniai) ir nebuvimą organinės priežasties.

Pacientai, su indukuotu kliesdiniu sutrikimu, retai identifikuojami kaip tokie, dažnai neatitinka priverstinės psichiatrinės hospitalizacijos kriterijų ir

grįžta į aplinką, kuri palaiko ir stiprina simptomus [13]. Išskirtinai retai pastebimas indukuotas kliesesinis sutrikimas ligoninėje gulintiems pacientams, ir net tada tai gali būti atsitiktinis atvejis. Hospitalizuoti pacientai beveik visada laikomi atskirais individais ir retai atkreipiamas dėmesys į šeimos kontekstą, todėl diferencinėje diagnozėje retai atsižvelgiama į indukuotus kliesesinius sutrikimus [8].

Gydymas turi būti pritaikytas individualiai. Atskyrimas nuo „induktoriaus“ žymiai pagerina būklę [10]. Dauguma autorių sutinka, kad atskyrimas yra labai svarbus bet kokios intervencijos į šio sutrikimo valdymą pagrindas [14]. Tačiau verta paminėti, kad naujausi duomenys rodo, kad atskyrimas savaime gali būti nepakankamas arba gali pabloginti būklę. Induktoriaus ir recipiento gydymui taip pat reikia psichofarmakologinio požiūrio su antipsichoziniais vaistais [15]. Literatūroje aprašomas papildomas gydymas vaistais ar jų deriniais plačiau: atskirai (antipsichoziniais vaistais ar antidepresantais) arba kartu (nuotaikos stabilizatoriais ir antipsichoziniais vaistais arba antidepresantais ir antipsichoziniais vaistais), kurie gali padėti pagerinti būklę [10,16,17].

Tolesni tyrimai, leidžiantys geriau suprasti patogenezę, gali padėti sukurti veiksmingesnius gydymo metodus. Dėl sudėtingo ligos pobūdžio labai sunku nustatyti tikslų mechanizmą, pagal kurį gali atsirasti indukuotas kliesesinis sutrikimas [12]. Indukuoto kliesesinio sutrikimo prognozę sunku įvertinti, nes ji priklauso nuo daugelio rizikos veiksnių, įskaitant pirminį psichikos sutrikimą (jei yra) ir dabartinio arba antrinio sutrikimo biopsichosocialinius polinkius. Abiejų partnerių gydymo plano laikymasis greičiausiai duos gerus rezultatus. Kliesesio poveikio pobūdžio ir trukmės įvertinimas gali suteikti užuominų apie galimus sutrikimo padarinius. Esant ligoms būdingiems

asmenybės bruožams arba rizikos veiksniams, kurie gali sukelti polinkį, būklę gali komplikuoti, todėl gali tekti apsvarstyti alternatyvią diagnozę [10]. Prognostinius ir terapinius indukuotojo kliesesinio sutrikimo veiksnius apsunkina tai, kad daug pacientų prarandami stebėjime. Daugelis pacientų pasireiškia tik individualiai, o tai gali dar labiau apsunkinti atpažinimą ir gydymą. Be to, šis gana retas sutrikimas neturi sistemingo gydymo režimo [14].

Taigi, kartu su artumu ir intymumu kai kurios svarbios prielaidos, pvz.: socialinė izoliacija, patirta COVID-19 karantino metu, gali būti galingas indukuoto kliesesinio sutrikimo vystymosi katalizatorius.

### **Išvados**

Indukuotas kliesesinis sutrikimas išsivysto socialiai izoliuotiems, artimai bendraujantiems su sergančiuoju asmenims bei patiriantiems gyvenime pokyčius bei iššūkius. Indukuoto kliesesinio sutrikimo poveikis apima socialinius, fizinius ir psichologinius komponentus, todėl reikalingas nuodugnus rizikos veiksnių nustatymas, išsami diagnostika bei gydymas nuo kurio priklauso prognozė.

### **Literatūros šaltiniai**

1. Joseph SM, Siddiqui W. Delusional Disorder. 2022 Jul 20. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–.
2. Ertekin E, Ercis M, Aliyeva G, Gürşahbaz OC. Clinical profile of delusional disorder and its subtypes: a descriptive study from Turkey. Riv Psichiatr. Riv Psichiatr; 2021;56:328–33.
3. Skelton M, Khokhar WA, Thacker SP. Treatments for delusional disorder. Cochrane database Syst Rev. Cochrane Database Syst Rev; 2015;2015.
4. Mews MR, Quante A. Comparative efficacy and

acceptability of existing pharmacotherapies for delusional disorder: a retrospective case series and review of the literature. *J Clin Psychopharmacol*. *J Clin Psychopharmacol*; 2013;33:512–9.

5. Shailaja B, Gupta N, Davis S, Dhamija S, Chaudhury S. Induced delusional disorder: A case series. *Ind Psychiatry J*. *Ind Psychiatry J*; 2021;30:S263–6.

6. Liu Y, Zhang J, Sun L. Who Are Likely to Attempt Suicide again? A Comparative Study between the First and Multiple Timers. *Compr Psychiatry*. NIH Public Access; 2017;78:54.

7. Saragih M, Amin MM, Husada MS. Shared Psychotic Disorder (Folie À Deux): A Rare Case with Dissociative Trance Disorder That Can Be Induced. *Open Access Maced J Med Sci*. Scientific Foundation SPIROSKI; 2019;7:2701.

8. Bhutani S, Huremovic D. Folie a Deux: Shared Psychotic Disorder in a Medical Unit. *Case Rep Psychiatry*. *Case Rep Psychiatry*; 2021;2021.

9. Lew-Starowicz M. Shared psychotic disorder with sexual delusions. *Arch Sex Behav*. *Arch Sex Behav*; 2012;41:1515–20.

10. Al Saif F, Al Khalili Y. Shared Psychotic Disorder. 2022 Jul 21. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 31095356.

11. Sharma V, Arora H. Folie à Deux: A Case of Husband and Children. *Prim care companion CNS Disord*. *Prim Care Companion CNS Disord*; 2021;23.

12. Baez Nuñez M, Rodriguez E, DeLuca M, Chirimunj K, Dhingra M. Folie à Deux in the Setting of COVID-19 Quarantine. *Case Rep Psychiatry*. 2022 Apr 20;2022:2046436.

13. Guivarch J, Piercecchi-Marti MD, Poinso F. Folie à deux and homicide: Literature review and study of a complex clinical case. *Int J Law Psychiatry*. *Int J Law Psychiatry*; 2018;61:30–9.

14. Haqqi S, Ali N. Folie a deux: A case report.

F1000Research. Faculty of 1000 Ltd; 2012;1.

15. Balducci PM, Gobbicchi C, Moretti P, Tortorella A. Delusional sharing: a history focus-on and case report of folie à deux. *Riv Psichiatr*. *Riv Psichiatr*; 2017;52:168–71.

16. Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, Baba H. Folie à deux and shared psychotic disorder. *Curr Psychiatry Rep*. *Curr Psychiatry Rep*; 2007;9:200–5.

17. Nagdive AB, Bhainsora RS, Fernandes R, Behere PB, Sethi S. Pseudocyesis Leading to Folie-à-Deux. *J Neurosci Rural Pract*. 2021 Apr;12(2):419-423.