

## **SINDROMI SUMANUTOG PREPOZNAVANJA – OD PRIPOVEDANJA DOSTOJEVSKOG DO SAGLEDAVANJA KONEKTOMA**

**Nadja P. Marić<sup>1,2</sup>, Sanja Andrić Petrović<sup>2</sup>, Stefan Jerotić<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Medicinski Fakultet Univerziteta u Beogradu

<sup>2</sup>Institut za mentalno zdravlje, Beograd

<sup>3</sup>Klinika za psihijatriju, Univerzitetski klinički centar Srbije

**Apstrakt:** Cilj ovog preglednog rada je da podseti na psihopatološke fenomene koji se nazivaju sindromi sumanutog prepoznavanja, a motiv za izbor teme je 200-godišnjica rođenja Fjodora Mihajloviča Dostojevskog, ruskog književnika koji je među prvima detaljno opisao sindrom *doživljaja sopstvenog dvojnika*. Ovaj sindrom bi s pravom mogao da nosi naziv „Goljatkinov sindrom”, pridružujući se tako Fregolijevom sindromu koji nosi naziv po dramskom umetniku iz Italije, kao i Kapgrasovom sindromu, za čiji naziv je zaslužan francuski lekar. Osim opisa i podele sindroma sumanutog prepoznavanja, u radu su izneta savremena saznanja o neurobiološkim osnovama datih saznajnih distorzija, sa posebnim osvrtom na analize humanog konektoma, diferencijalnu dijagnostiku i aktuelna terapijska razmatranja bazirana na postojećoj evidenciji.

**Ključne reči:** *sumanutost, psihoza, dvojnik, Dostojevski, Kapgras, Fregoli*

## Uvod

Vekovima unazad, duševne smetnje su izazivale interesovanje gotovo jednako kao i diskriminaciju. Zapadna literatura, iz koje savremena medicina crpi najviše informacija, u edukativnim materijalima za nastavu iz psihijatrije često se koristi likovima iz književnog opusa V. Šekspira (Hamlet, Ledi Magbet, Kralj Lir, Ofelija) ili iz filmske umetnosti različitih autora. S druge strane, u tom materijalu ređe je bilo mesta za Ivana Karamazova, Raskoljnikova ili Goljatkina, koji preko 150 godina žive u delima F.M. Dostojevskog. Dostojevskom, koji je rođen pre 200 godina (11.11.1821. - 09.02.1881.), pripisuje se značajno mesto u opisivanju različitih epileptičkih fenomena [1], a uz to delo Dostojevskog zaslužuje i sasvim posebno mesto u dubinskoj psihologiji i deskriptivnoj psihopatologiji (Shema 1).

**Različiti uglovi posmatranja „ludila” u romanima Dostojevskog**  
(prema Beveridge, 2009)

- Dinamičko stanje koje je određeno stavom okoline
- Nesposobnost uklapanja u društvo
- Preveliki pristisci okruženja
- Izgovor za kriminalne radnje
- Posledica nerešenih i nepriznatih ličnih konflikata koji postaju simptomi psihičke bolesti
- Manifestacija sloma porodice i društva
- Moralna, duhovna kriza
- Disfunkcija mozga

**Shema 1.** Različiti uglovi posmatranja „ludila” u romanima Dostojevskog

Za roman Braća Karamazovi S. Frojd je rekao: „Mesto Dostojevskog nije daleko iza Šekspira. Braća Karamazovi su najveličanstveniji roman ikada napisan”. Takođe, zabeleženo je da je F. Niče izjavio: „Dostojevski je bio jedini psiholog od koga sam imao šta da naučim”, dok je A. Ajnštajn napomenuo da mu je Dostojevski dao više od bilo kog drugog mislioca, pružajući inspirativan uvid u relativizam i nestabilnost stvarnosti [3,4].

Iz ugla aktuelnog prikaza posebna pažnja biće posvećena romanu koji je F.M. Dostojevski napisao sa nepunih 25 godina i koji nosi naslov „Dvojnik”.

Ovaj roman nije prošao sasvim neopaženo od strane svetske i domaće stručne javnosti, o čemu govore publikacije *Das Unheimliche* S. Frojda (1911; srp. *Tajnovito*; eng. *Uncanny* – prema [5]) i „Dvojniki“ Dostojevskog i težnja ka moći V. Jerotića [6]. Ipak, utisak je da su bogata psihopatologija opisana kroz ponašanje i doživljaje glavnog junaka ovog romana, kao i progresivno psihotično otuđivanje od realnosti u interakciji sa faktorima neposrednog okruženja i dalje nedovoljno korišćeni u cilju edukacije budućih psihijatara.

Zašto je za psihijatre važan ovaj roman? Razloga ima više, ali najvažniji je da roman sadrži jedan od nabogatijih i ujedno najranijih opisa kliničke slike sumautosti pogrešnog prepoznavanja, koji se danas naziva *doživljaj sopstvenog dvojnika*. Naime, Jakov Petrovič Goljatkin koji je glavni junak romana „Dvojniki“ F.M. Dostojevskog, ujedno je i sopstveni dvojniki. Davne 1846. godine prvi doživljaj sumanutog prepoznavanja svog junaka Dostojevski je opisao na sledeći način: „Onaj koji je sad sedeo preko puta gospodina Goljatkina, bio je sam gospodin Goljatkin, bio je jučerašnji košmar gospodina Goljatkina, jednom reči: bio je glavom gospodin Goljatkin – ne onaj gospodin Goljatkin koji sad sedi na stolici zabezegnut, sa perom koje mu se osušilo u ruci; ne onaj koji je služio kao pomoćnik šefa kancelarije, ne onaj koji je voleo da se pokunji i nestane u gomili sveta; ne onaj, najzad, čiji je hod jasno govorio: „ne dirajte me, jer ja vas ne diram” – ne, to je bio drugi gospodin Goljatkin, potpuno drugi, ali ujedno i vrlo sličan onom prvom, isto onakvoga rasta, isto onakvoga sastava, isto onako odeven, isto onako ćelav – jednom reči, ništa, apsolutno ništa nije bilo zaboravljeno za savršenu sličnost; tako da kad bi njih dvoje stali jedan pored drugoga, niko, apsolutno niko ne bi uzeo na sebe da odredi: koji je pravi Goljatkin a koji lažni; koji je stari a koji novi; ko je original a ko kopija. ... Ne, nije san i kraj. Gospodin Goljatkin oseti kako znoj curi sa njega, kako se s njim dešava nešto nečuveno i dosad neviđeno, i tim samim, za to veću nesreću, i nešto neprilično... najzad počeo sam da sumnja da postoji... Jad ga je davio i mučio. Po katkad bi sasvim gubio svest i pamet...” [7].

U medicinskoj literaturi zasluge za prepoznavanje i opis ovog psihopatološkog fenomena (koga bi psihijatri mogli nazivati i *Goljatkinov sindrom*, uz napomenu da je pre gotovo pola veka nayivanje fenomena po Goljatkinu predložio i *M.Markidis* [8]) pripadaju atinskom psihijatru *G. Christodoulou*. U njegovom radu objavljenom 130 godina nakon objavljivanja „Dvojnika” je opisana mlada pacijentkinja koja je imala doživljaj svoje dvojnice (najpre jedne, zatim i dve dvojnice), uz mnoge druge psihopatološke fenomene i epilepsiju [9]. Za prepoznavanje ostalih sindroma iz grupe sindroma pogrešnog prepoznavanja zasluge su pripisane lekaru *J. Capgras*-u (1873-1950) iz Francuske, koji je (zajedno sa *Reboul-Lachaux*) u medicinskoj literaturi opisao *doživljaj negativnog dvojnika – Kapgrasov sindrom*, i lekarima *Courbon*-u i *Fail*-u koji su prvi opisali *doživljaj pozitivnog dvojnika – Fregolijev sindrom*, nazvavši ga tako

po glumcu *Leopoldo Fregoli*-ju (1867-1936) poznatom po tome što je veoma brzo prelazio iz lika u lik na scenama širom sveta.

Interesantno je da je u romanu „Dvojniki” nakratko bio opisan i doživljaj negativnog dvojnika, i to na samom kraju romana. U trenutku kada je glavni junak postao već sasvim agitiran i nalazio se u psihotičnom rastrojstvu, a po njega dolaze radi prinudne hospitalizuje (dolazi lekar Krestijan Ivanović Rutenšpic – „*vaš stari poznanik, Jakove Petroviću!*”), unutrašnji svet Goljatkina F.M. Dostojevski opisuje na sledeći način: „*Odjednom je premro: dva ognjena oka gledala su u njega iz mraka, i ta dva oka sijala su zloslutnom paklenom radošću. – To nije Krestijan Ivanović! Ko je to? Ili je to on? To je Krestijan Ivanović, ali ne onaj pređašnji, nego drugi Krestijan Ivanović! To je strašni Krestijan Ivanović!...*”. U tom trenutku veliki pisac je opisao još jedan od doživljaja sumanutog prepoznavanja koji će jasnije biti nazvan Kapgrasov sindrom.

Kada je reč o psihopatologiji, razlog zbog koga su dela F.M. Dostojevskog i posle 200 godina od njegovog rođenja jednako vredna počiva velikim delom u odsustvu diskriminacije, tj. u potrebi za širokim, integrativnim sagledavanjem realnosti iz ugla svakog ljudskog bića, svake duše koliko god „ustrojena” ili „rastrojena” ona bila. Naime, prema rečima britanskog autora A. Beveridge [2], a pre toga M. Bakhtin (1984), na Dostojevskog bi trebalo gledati kao na autora koji je svestan relativnosti svake situacije – umesto jednostranog gledišta, on nudi višedimenzionalnu perspektivu, on stvara polifonijski roman gde se čuju i međusobno komuniciraju mnogi nezavisni glasovi i nijednom se ne daje prioritet (Shema 1). Svaki lekar, a najviše psihijatar, uvek bi trebalo da sagledava svoje pacijente iz različitih uglova (porodica, prijatelji, zdravstveno osoblje, sam pacijent kroz vreme) pritom gradeći smislen klinički zaključak iz svih neretko nepodudarnih, suprotstavljenih informacija – upravo kako sam Dostojevski pristupa svojim likovima. Uz to, pisac prikazuje psihozu kao fluidno i promenljivo stanje, što mnogi savremeni „statički” modeli zanemaruju i time vrše – verovatno nehotice – jedan vid diskriminacije. Sasvim suprotno tome, ruski mudrac nas uči da vrlo retko postoji jasno razgraničenje između razuma i psihoze, a o tome najbolje govori jedan od junaka romana „Zločin i kazna”, dr Zosimov, koji u romanu čije prvo izdanje izlazi 1866. godine kaže: „*u tom smislu smo zbilja svi mi, i to veoma često, bezmalo ljudi, s malom samo razlikom što su „bolesnici” malko samo više od nas ljudi, te je stoga potrebno razlikovati graničnu crtu. Duševno potpuno zdravog čoveka nikako skoro i nema, u desetinama, a možda i u mnogim stotinama hiljada po jedan se nalazi, pa i to u dosta slabim egzemplarima...*” [10].

### **Podela, učestalost i opis sindroma sumanutog prepoznavanja**

Sindromi sumanutog prepoznavanja privlače pažnju zbog upečatljive fenomenologije. Uprkos uvreženom mišljenju da se radi o veoma retkim poremećajima, u poslednjih pola veka u literaturi je objavljen veći broj prikaza

slučajeva ovih sindroma. Iako pouzdanih epidemioloških studija nema dovoljno (nisu formalno prepoznati kao zaseban dijagnostički entitet pa se teško mogu precizno evidentirati epidemiološkim metodama), neki podaci ukazuju da bi sindromi sumanutog prepoznavanja mogli biti češći nego što se prvobitno mislilo. Smatra se da približno 4% psihotičnih pacijenata svih uzrasnih grupa ispoljava ove psihopatološke fenomene [11], pri čemu su češći kod žena [12].

Sindromi sumanutog prepoznavanja predstavljaju skup psihopatoloških simptoma koji se retko javljaju izolovano, a češće u sklopu drugih poremećaja (funkcionalnih ili strukturnih poremećaja CNSa). Postoje podaci da je približno 70% opisanih slučajeva bilo udruženo sa *primarnim psihotičnim poremećajima*, i to najčešće sa paranoidnom shizofrenijom, a pored toga ovi fenomeni se povezuju sa depresivnim poremećajem (naročito u involutivnom dobu), kao i sa manijom u sklopu shizoafektivnog ili bipolarnog poremećaja. U podeli poremećaja sa sumanutošću prema Oksfordskom udžbeniku psihijatrije [13] koja se oslanja na bazične potrebe (samoodržanje – somatocentrične sumanutosti, seksualnost – eroticentrične sumanutosti i sumanutosti gde je centralna tema lična sigurnost), sindromi sumanutog prepoznavanja su svrstani u oblast lične sigurnosti (eng. *securocentric delusions* – kategorija u koju je svrstana i persekucija).

Pored primarno psihijatrijskih poremećaja, smatra se da se sindromi pogrešnog prepoznavanja u 25-40% slučajeva javljaju u sklopu oboljenja mozga kao što su demencija, epilepsija, tumori, encefalopatije, intoksikacija psihoaktivnim supstancama (kao i nagli prekid upotrebe) i tako dalje. Interesantan je podatak da čak trećina osoba sa Alchajmerovom bolešću ispoljava ove fenomene tokom njenog trajanja [14], mada ima pokazatelja da je učestalost kod osoba sa neurodegenerativnim bolestima ipak nešto niža (oko 16-17% kod Alchajmerove bolesti i demencije sa Levjevim telima [15]).

Osnovna odlika date grupe poremećaja je sumanuto uverenje o postojanju dvojnika ili njegovih ekvivalenata, pri čemu pacijenti ove umišljene dvojnike obično doživljavaju kao opasne i neprijateljski nastrojene („varalice”). Upravo iz tog razloga sumanutosti pogrešnog prepoznavanja često prate podaci o hostilnosti pacijenata, heteroagresivnosti i fizičkom nasilju prema osobama iz najbliže okoline (uključujući i paricid [16]), što je i razlog zašto sindromi sumanutog prepoznavanja imaju veliki sudsko-medicinski značaj.

U literaturi se spominju različite forme sindroma sumanutog prepoznavanja, među kojima su najznačajniji: Kapgrasov sindrom, Fregolijev sindrom, sindrom intermetamorfoze i sindrom sopstvenog dvojnika (Tabela 1). Bitna zajednička karakteristika ovih sindroma je sumanuto uverenje pacijenta da osoba koja se nalazi pred njim/njom nije ko bi trebalo da bude.

**Tabela 1.** Podela sindroma sumanutog prepoznavanja

Sindrom	Sumanuto uverenje
<b>Kapgrasov sindrom</b>	Bliska osoba je zamenjena identičnim dvojnikom (varalicom)
<b>Fregolijev sindrom</b>	Progonitelji se prerušavaju u poznanike i preuzimaju njihov identitet
<b>Sindrom intermetamorfoze</b>	Osobe u okruženju međusobno zamenjuju uloge/identitete
<b>Sindrom sopstvenog dvojnika (Goljatinov sindrom)</b>	Oboleli/a smatra da neko drugi stiče vlastite fizičke karakteristike, ali ne i psihološke osobine i identitet

**Kapgrasov sindrom** je najpoznatiji, najčešći i najpodrobnije proučen među sindromima sumanutog prepoznavanja. Kod ovog sindroma postoji sumanuto uverenje da je bliska osoba (rođak, prijatelj) zamenjena identičnim dvojnikom – bez imena i identiteta, pri čemu je bliska (prava) osoba iščezla. Pacijent tvrdi da je neko koga dobro poznaje zamenjen varalicom koja je ušla u telo bližnjeg i samo zato mu fizički nalikuje. Kod Kapgrasovog sindroma pacijent je u stanju da identifikuje fizionomiju i spoljašnji izgled bliske osobe, na primer supružnika ili roditelja, ali ima doživljaj da se radi o nepoznatoj osobi – što vodi sumanutom zaključku da je član porodice zamenjen dvojnikom (varalicom). Pacijent najčešće veruje da je dvojnik ujedno i progonitelj, te ova osoba može biti predmet njegove agresije, pa čak i žrtva ozbiljnog nasilja. Autori koji su 1923. godine po prvi put opisali Kapgrasov sindrom prvobitno su upotrebljavali termin „*l'illusion des sosies*“ („iluzija dvojnika“) [17]. Međutim, pomenuti termin je izmenjen u „sumanutost dvojnika“, jer patologiju ovog sindroma čini sumanuta ideja (a ne poremećaj percepcije, kako se prvobitno pretpostavljalo). Kapgrasov sindrom se u literaturi naziva još i hipoidentifikacija ili „*iluzija*“ negativnog dvojnika, jer percepcija nepostojećih razlika rezultuje negacijom identiteta.

Kapgrasov sindrom nekad se opisuje i kao *obrnuta prozopagnozija*, jer za razliku od pacijenata sa prozopagnozijom koji su svesni da im je sposobnost prepoznavanja lica narušena i nemaju sumanute ideje, u slučaju Kapgrasovog sindroma postoji očuvana sposobnost prepoznavanja lica, ali izostaje emocionalni odgovor (familijarnost, doživljaj bliskosti) pri susretu sa poznatim licem. Dakle, osobe sa Kapgrasovim sindromom prepoznaju osobu ali poriču njenu autentičnost, a sumanutost se može shvatiti kao pokušaj racionalizacije mentalne fragmentacije.

**Fregolijev sindrom.** Godine 1927. lekari *Courbon* i *Fail* opisali su slučaj pacijentkinje sa shizofrenijom koja je verovala da se osobe koje progone nju i njenu porodicu prerašavaju i pojavljuju u obliku njenih poznanika ili bolničkog osoblja, preuzimajući njihov identitet [18]. Kod ovog sindroma sumanutog prepoznavanja pacijent svoje umišljene progonitelje vidi u ljudima iz okruženja optužujući ih da menjaju lica i preuzimaju izgled različitih ljudi u različitim periodima – nešto nalik glumcu koji se transformiše u različite uloge. Nasuprot Kapgrasovom sindromu, Fregolijev sindrom se naziva još i hiperidentifikacija ili „*iluzija*” *pozitivnog dvojnika*, jer tu pacijent tvrdi da postoje nepostojeće sličnosti.

**Sindrom intermetamorfoze** prvi su opisali *Courbon* i *Tusques* 1932. godine. Kod ovog sindroma pacijent je uveren da se njemu poznata osoba transformisala u drugu osobu, odnosno da je postala neko drugi i poprimila sve karakteristike te druge osobe (npr. sin obolelog je poprimio izgled i osobine pacijentovog ujaka) [19]. Pacijent veruje da osobe u njegovom okruženju međusobno zamenjuju uloge/identitete, npr. osoba A postaje osoba B, osoba B postaje osoba C, osoba C postaje osoba A i tako dalje.

**Sindrom sopstvenog dvojnika** – radi se o sumanutom uverenju da neko drugi stiče vlastite fizičke karakteristike, ali ne i psihološke osobine i identitet. Drugim rečima, osoba je uverena da u osobama iz okruženja prepoznaje sebi fizički identične dvojnike (npr. komšija se transformisao u nju/njega).

Važno je razlikovati sindrome sumanutog prepoznavanja od sindroma pogrešnog prepoznavanja bez sumanutosti, u koje se ubrajaju *prozopagnozija* (pamćenje imena, ali ne i lica) ili reduplikativna paramnezija (zamena mesta), koji su više neurološki nego psihijatrijski sindromi. Prvobitno se smatralo da osnovu Kapgrasovog sindroma čini prozopagnozija – bilo sama, bilo u kombinaciji sa psihotičnošću [20]. Ipak, ta hipoteza je odbačena s obzirom da se kliničke karakteristike ova dva poremećaja značajno razlikuju, te da pacijenti sa prozopagnozijom ne razvijaju sumanutost tokom vremena. Značajnu razliku čini i to što pacijenti sa prozopagnozijom tragaju za sličnostima, dok oni sa sumanutim poremećajem uporno tragaju za različitostima. Naposletku, opisi slučajeva Kapgrasovog sindroma kod slepih osoba definitivno su odbacili sve dalje pokušaje njegovog dovođenja u uzročnu vezu sa prozopagnozijom. Odnos slepila i razvoja psihoze je intrigantan, naročito imajući u vidu da ne postoji ni jedan slučaj shizofrenije opisan kod osoba sa kongenitalnim slepilom [21]. S druge strane, osobe kod kojih se gubitak vida dogodio nakon rođenja u riziku su od pojave kako shizofrenije, tako i drugih psihotičnih poremećaja, uključujući i sindrome sumanutog prepoznavanja. U kontekstu Kapgrasovog sindroma, u literaturi je opisano nekoliko slučajeva pojave ovog sindroma kod osoba koje su razvile slepilo tokom života, međutim, nije opisan nijedan slučaj kod osoba koje su slepe od rođenja [22,23].

## **Etiološka razmatranja**

Različitim teorijama, od psihodinamskih do neuroloških, pojašnjavani su mehanizmi nastanka ovih specifičnih sindroma koji se nazivaju i monotematske sumanutosti [24]. Faktori koji se razmatraju u etiologiji sumanutih uverenja [25] su sledeći: poremećaj funkcije mozga, interakcija temperamenta i karaktera, održavanje samopoštovanja, uloga afekta, odgovor na poremećaj percepcije ili na depresionalizaciju, smetnje u obradi velikog broja informacija, itd.

U stručnoj literaturi sindromi sumanutog prepoznavanja ranije su više sagledavani u svetlu psihodinamskih teorija (funkcionalni poremećaji), ali su se sa razvojem neuronauka i analizama slučajeva pacijenata kod kojih su se poremećaji pojavljivali nakon traume mozga, hemoragije ili ishemije pojavile i različite hipoteze bazirane na pretpostavci postojanja specifične strukturne lezije. Prema *Devinsky* [26] podelu ovih sindroma na psihijatrijske (primarne) ili neurološke-sistemske (sekundarne) treba uzeti sa oprezom jer je ona veštačka – psihijatrijski poremećaji u kojima se pojavljuju sindromi sumanutog prepoznavanja imaju svoju kako funkcionalnu, tako i strukturalnu moždanu patologiju.

Iz didaktičkih razloga, u narednim pasusima biće ukratko predstavljena psihodinamska razmatranja, teorije kognitivne psihologije i rezultati studija vizuelizacije mozga.

**Prema psihodinamskoj teoriji**, objašnjenje sindroma sumanutog prepoznavanja svodi se na konflikt između ljubavi i mržnje koji se razrešava projekcijom ambivalentnih osećanja na imaginarnog dvojnika – pacijenta preplavljaju jaka ambivalentna osećanja prema značajnom drugom, a činjenica da ne uspeva adekvatno da ih potisne rađa konflikt koji generiše napetost. Ambivalentna osećanja su usmerena ili prema značajnom drugom, ili prema sebi. Dominantni mehanizmi odbrane su cepanje i projekcija, pri čemu se negativna osećanja projektuju na prisutan (loš) objekat – dvojnika, dok se osećanja ljubavi i naklonosti projektuju na idealni, odsutni objekat. Unutar pacijenta istovremeno postoje dva fundamentalno različita pogleda na istu osobu (objekat) – dugogodišnja ljubav i naizgled novonastala mržnja, a sumanutost dvojnika predstavlja rešenje ovog problema ambivalencije. Pacijent otvoreno izražava mržnju i agresivna osećanja prema “dvojniku” odnosno lošem objektu, bez osećanja krivice koje bi nastalo kada bi takva osećanja bila ispoljena prema voljenom i poštovanom objektu. U radu „Tajanstveno” S. Frojd je postavio dvojnika u svetlu projekcije lošeg dela skrivenog ja [27], dok je V. Jerotić [6] dinamiku „Dvojnika” posmatrao bliže Adleru, naglašavajući značaj težnje za moći, bolesnih ambicija i slovoljubnja koje prati gušenje za zajednicu kod obolelog. Ukoliko se ove psihološke promene bile destruktivno potpomognute od strane nepravednog društva, to je onda postajalo sve dublja prepreka individuacije („u bici za Jastvo”) i može imati tragičan kraj [6].

**Kognitivni modeli** – prema kognitivnom modelu pojedine sumanutosti se mogu konceptualizovati kao dvostruki proces koji podrazumeva: 1) *pogrešnu*



percepciju – koja oblikuje specifičan sadržaj date sumanutosti, i 2) *narušeno preispitivanje uverenja* – što omogućava formiranje bilo koje sumanute ideje [28,29]. Prema kognitivnom modelu *Ellis* i *Young* centralni paradoks u doživljaju pacijenta jeste **istovremeno prepoznavanje** lica osobe i **negacija njene autentičnosti**, što nije slučaj kod prozopagnozije, gde dolazi do neprepoznavanja prethodno poznatog lica (bez dodatnih neuroloških deficita). Istraživanja prozopagnozije su pokazala da postoje dva nivoa prepoznavanja lica: nivo koji je svestan (eng. *overt*) i nivo koji je izvan svesnog doživljaja (eng. *covert*) [30,31] i koji se može detektovati posrednim markerima poput aktivacije autonomnog nervnog sistema, promene u sprovodljivosti kože, kao i promena u latenciji P300 evociranih potencijala [32,33]. Utvrđeno je da u prozopagnoziji uz svesnu negaciju pacijenta da prepozna određeno lice, ipak postoji aktivacija detektovana putem gore pomenutih markera. *Ellis* i *Young* su naglasili da prozopagnozija i sindrom sumanutog prepoznavanja predstavljaju dva poremećaja u kojima je, poput ogledala, unakrsno očuvan jedan od dva nivoa prepoznavanja – kod sindroma sumanutog prepoznavanja postoji svesno prepoznavanje lica druge osobe, ali u drugom nivou koji je izvan svesnog doživljaja ne postoji prepoznavanje (izostaje potvrda svesnog doživljaja). Smatra se da je za potpuno prepoznavanje druge osobe kao takve neophodan kontinuitet doživljaja koji uključuje obe ove komponente (svesnu, ali i komponentu koja je izvan svesnog doživljaja). Pošto je celovitost procesa prepoznavanja narušena, aktivira se strategija racionalizacije – traži se „razumno” objašnjenje zbog čega ova osoba nije ona koju pacijent „zaista poznaje”. Rezultat toga bi bio utisak pacijenta da se radi o dvojniku, uljezu, progonitelju i sl. Hipoteza koju su predložili *Ellis* i *Young* je dobila delimičnu empirijsku potvrdu kroz eksperimente koji su koristili pomenute markere prepoznavanja izvan svesnog doživljaja: prilikom opažanja lica „uljeza” nije dolazilo do autonomne aktivacije izražene kroz promenu sprovodljivosti kože, niti promena na nivou evociranih potencijala [30].

**Neurovizuelizacija** – U literaturi se često pominje da je disfunkcija desnog frontalnog korteksa povezana sa oštećenim procesom preispitivanja vlastitih uverenja i to se odnosi na sve poremećaje sa sumanutošću, nezavisno od njihove fenomenologije. Kod sindroma sumanutog prepoznavanja postoji dodatni element koji je izmenjen, a tiče se doživljaja bliskosti/familijarnosti, pa se ovi sindromi mogu posmatrati u ravni *poremećen doživljaj familijarnosti – poremećeno preispitivanje datog uverenja* (što implicuje poremećaj same veze). Kao mogući neuroanatomski korelati sumanutog prepoznavanja razmatrani su različiti regioni – dorzalni vizuelni put, amigdale, fuziformna regija zadužena za percepciju lica, levi retrosplenijalni korteks itd. Relativno skoro, istraživači koje predvodi *M. Fox* su predložili teoriju jedinstvene *lezije funkcionalnog konektiviteta* (veze) [34]. Koristeći sofisticirane meta-analičke metode u obradi više studija funkcionalnog neuroimidžinga detaljno obrađenih kliničkih slučajeva, istraživači su najpre formirali originalan uzorak – svi ispitanici su

imali sindrom sumanutog prepoznavanja, ali su etiologije bile različite. U daljim ispitivanjima mozga tj. mogućih mehanizama disfunkcije, autori su utvrdili da centralni deficit nije u jednom anatomskom regionu – strukturi, već smetnje postoje u funkcionalnom konektivitetu između levog retrosplenijalnog korteksa – regiona poznatog kao sedište procesiranja „poznatosti” (eng. *familiarity*) opaženog objekta i desne hemisfere i regiona koji odgovaraju desnom ventralnom frontalnom korteksu/prednjoj insuli (navedene zone desnog mozga su od ranije dovođene u vezu sa stanjima narušenog testiranja realnosti [24]). Dakle, autori nove studije *Darby, Fox* i saradnici tvrdili su da je mehanizam pomoću kojeg određena lezija može izazvati sindrom sumanutog prepoznavanja njen simultani uticaj na dve funkcije: familijarnost i preispitivanje uverenja, tj. uticaj na vezu između njih (mrežu). Smetnja simultanim aktivnostima navedenih zona levog i desnog režnja trajale bi dok se ne sanira lezija koja je uticala na taj deo konektoma, a nakon toga smenje se mogu povući bez posledica.

Pristup *Darby, Fox* i saradnika ponudio je potencijalne neuroanatomske korelate opisanih kognitivnih modela, i to koristeći koncept konektoma. Prema definiciji *Sporns* sa saradnicima [35], konektom predstavlja sveobuhvatnu mapu veza između različitih elemenata nervnog sistema i mogao bi da bude fundamentalna mapa za mehanički prikaz funkcionalne aktivnosti mozga na mikro i makro-planu (da bi se razumelo i kako se neuroni i regioni umrežavanju, kao i gde i kako se razgranični). Takve strukturne i funkcionalne mreže ljudskog mozga postale bi kandidati i za poseban „organ”, a taj organ neuronačnici danas nazivaju „humani konektom” [36]. Da li će sagledavanje dinamike konektoma konkretnije pojasniti mehanizme nastanka smetnji sindroma sumanutog prepoznavanja i olakšati pronalaženje njihove molekularne osnove, pa samim tim i ciljanju terapiju, ostaje pitanje za buduća istraživanja.

### **Terapijski pristup**

Malo je podataka u literaturi koji se odnose specifično na lečenje izolovanog sindroma sumanutog prepoznavanja i (očekivano) nema randomizovanih kontrolisanih studija koje bi poredile efikasnost različitih psihofarmaka niti zvaničnih preporuka za lečenje ovih poremećaja. U perspektivi, ukoliko neurobiološki mehanizam nastanka sindroma sumanutog prepoznavanja bude shvaćen, otvoriće se mogućnost da intervencije budu specifičnije. Do tada, osnovni principi zbrinjavanja i lečenja slučajeva sa *Kapgasovim*, ali i ostalim sindromima porešnog prepoznavanja podrazumevaju:

- 1) Detekciju organskog uzroka – s obzirom da se oko 1/3 slučajeva može dovesti u vezu sa organskom komponentom, imperativ je uzeti podatke o eventualnim povredama, drugim bolestima, uraditi EEG i neuro-vizuelizaciju (CT/NMR pregled).
- 2) Terapiju osnovnog poremećaja.

Antipsihotici se propisuju kao trenutno najpogodnija terapija kada se radi o psihijatrijskim dijagnozama kod kojih postoji sindrom sumanutog prepoznavanja. Analiza dokumentacije lečenih pacijenata u *Maudsley* bolnici u Londonu počev od 2008. godine je utvrdila da su pacijenti najčešće lečeni antipsihoticima druge generacije – olanzapinom i risperidonom [37].

Kod pacijenata sa sindromom sumanutog prepoznavanja podaci o efikasnosti primene EKT-a su oprečni – od povoljnih [38,39] do nepovoljnih ishoda (u literaturi je čak opisan slučaj pacijentkinje kod koje je primena EKT-a precipitala pojavu Kapgrasovog sindroma, premda je ona već imala pseudohipoparatiroidizam – stanje za koje je poznato da je već samo po sebi povezano sa nastankom ovog sindroma).

Kod osoba sa demencijom, preporučuju se različiti pristupi – ako su smetnje blage, nema agitacije, agresivnosti, nema upadljivijeg distresa, dovoljne su nefarmakološke intervencije i savetodavni rad sa negovateljima. U slučaju izraženijih smetnji preporučuju se antipsihotici i po potrebi izolacija do stabilizacije [40].

Uz farmakološke intervencije, preporučuju se i psihosocijalna podrška i drugi vidovi pomoći članu porodice/bližnjem koji predstavlja umišljenog „dvojnika” (najčešće se radi o supružniku/partneru), jer okolina može biti pod visokim rizikom od nasilja pacijenta. Procena rizika od heteroagresivnosti je važna kod svakog pacijenta, a naročito kada se sindromi sumanutog prepoznavanja jave udruženo sa patološkom ljubomorom. Relativno česta povezanost sa slučajevima nasilja prema članovima porodice i drugim bliskim osobama (više o forenzičkom aspektu videti u [41]) naglašavaju potrebu za boljom detekcijom i pažljivim zbrinjavanjem osoba kod kojih se pojavljuju opisani sindromi. U romanu „Dvojnik” je, između ostalog, jasno prikazan tok poremećaja kod osobe koja nije prihvatila medicinsku pomoć i izgubila je svaki vid psihosocijalne podrške.

## **DELUSIONAL MISIDENTIFICATION SYNDROMES – FROM THE NARRATION OF DOSTOEVSKY TO EXPLORATION OF THE CONNECTOME**

**Nadja P. Maric<sup>1,2</sup>, Sanja Andric Petrovic<sup>2</sup>, Stefan Jerotic<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Faculty of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

<sup>2</sup>Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

<sup>3</sup>Clinic for Psychiatry, University Clinical Centre of Serbia

**Abstract:** The aim of this review paper is to recapitulate psychopathological phenomena called delusions of misidentification, ie. delusional misidentification syndromes. Current review is inspired by the 200th anniversary of the birth of Fyodor Mikhailovich Dostoevsky, and especially by the contribution of this Russian writer to the description of the syndrome of experiencing someone's own double, which could be called „Goliadkin's syndrome”, and could be joining to Fregoli's syndrome (the name is belonging to an actor from Italy), and also to Capgras syndrome (the name belongs to French doctor who first described the syndrome it in the medical literature). In addition to the description and classification of the phenomena of irrational, delusional recognition, the paper presents modern knowledge about the neurobiological basis of this dysfunction, with special reference to human connectome research, as well as differential diagnosis and general therapeutic approaches.

**Key words:** *Delusion, Psychosis, Double, Dostoevsky, Capgras, Fregoli*

## **Literatura**

1. Martinović Ž. Epilepsija i struktura romana Dostojevskog. *Psihijat. danas.* 2002;34(1-2):77-95.
2. Beveridge A. 'Is everyone mad?' The depiction of mental disturbance in the work of Dostoyevsky. *Adv Psychiatr Treat.* 2009;15(1):32-9.
3. Gide A. Dostoyevsky. Peregrine Books; 1967.
4. Leatherbarrow WJ. The Cambridge Companion to Dostoevski. Cambridge University Press; 2002.
5. Zvedeniuk M. "Doubling, dividing and interchanging of the self": The 'uncanny' subjectivity in Dostoevsky's *The Double*. *Facta Univ Ser Linguist Lit.* 2012;10(2):109-24.
6. Jerotić V. „Dvojniki” Dostojevskog i težnja ka moći. *Zb za slavistiku.* 1982;21-31.
7. Dostojevski FM. *Dvojniki*. Narodna Prosveta; 1933.
8. Markidis M. Ego, my double (The Golyadkin phenomenon). *Bibl Psychiatr.* 1986;164:136-42.
9. Christodoulou GN. Syndrome of subjective doubles. *Am J Psychiatry.* 1978;135(2):249-51.
10. Dostojevski FM. *Zločin i kazna*. Narodna Prosveta; 1933.
11. Kirov G, Jones P, Lewis SW. Prevalence of delusional misidentification syndromes. *Psychopathology.* 1994;27(3-5):148-9.
12. Oyebo F, Sargeant R. Delusional misidentification syndromes: A descriptive study. *Psychopathology.* 1996;29(4):209-14.
13. Marneros A. Delusional disorders. In: Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM, editors. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. 3 edn. Oxford University Press; 2020.
14. Enoch D, Ball H. *Uncommon psychiatric syndromes*. 4th ed. Arnold Publication, London; 2001.
15. Harciarek M, Kertesz A. The prevalence of misidentification syndromes in neurodegenerative diseases. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2008;22(2):163-9.
16. Dunjić B, Marić N, Jašović-Gašić M, Dunjić D. Paricid-psihijatrijski morbiditet. *Srp Arh Celok Lek.* 2008;136(11-12):635-9.
17. Capgras J. L'illusion des sosies dans un delire systematique chronique. *Bull Soc Clin Med Ment.* 1923;2:6-16.
18. Courbon P, Fail G. „Syndrome d'illusion de Frégoli” et schizophrénie. *Bull la société Clin médecine Ment.* 1927.
19. Courbon P, Tusques J. Illusions d'intermétamorphose et de charme [Illusions of intermetamorphosis and of magic spell]. *Ann Médico-Psychol.* 1932;90(4).
20. Shraberg D, Weitzel WD. Prosopagnosia and the Capgras syndrome. *J Clin Psychiatry.* 1979.
21. Morgan VA, Clark M, Crewe J, Valuri G, Mackey DA, Badcock JC, et al. Congenital blindness is protective for schizophrenia and other psychotic illness. A whole-population study. *Schizophr Res.* 2018 Dec 1;202:414-6.

22. Hermanowicz N. A blind man with Parkinson's disease, visual hallucinations, and Capgras syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2002;14(4):462-3.
23. Dagalarrondo P, Fujisawa G, Banzato CEM. Capgras syndrome and blindness: against the prosopagnosia hypothesis. *Can J Psychiatry.* 2002;47(4):387-8.
24. Gurin L, Blum S. Delusions and the right hemisphere: a review of the case for the right hemisphere as a mediator of reality-based belief. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2017;29(3):225-35.
25. Oyeboode F. Sims' symptoms in the mind: Textbook of descriptive psychopathology. 5th ed. Elsevier Saunders; 2015.
26. Devinsky O. Right cerebral hemisphere dominance for a sense of corporeal and emotional self. *Epilepsy Behav.* 2000;1(1):60-73.
27. Freud S. Das unheimliche [The uncanny]. *Imago.* 1919;5(5-6):297-324.
28. Coltheart M, Langdon R, McKay R. Schizophrenia and monothematic delusions. *Schizophr Bull.* 2007;33(3):642-7.
29. Coltheart M. The neuropsychology of delusions. *Ann N Y Acad Sci.* 2010;1191(1):16-26.
30. Ellis HD, Lewis MB. Capgras delusion: a window on face recognition. *Trends Cogn Sci.* 2001;5(4):149-56.
31. Ellis HD, Young AW. Accounting for delusional misidentifications. *Br J Psychiatry.* 1990;157(2):239-48.
32. Renault B, Signoret J-L, Debrulle B, Breton F, Bolgert F. Brain potentials reveal covert facial recognition in prosopagnosia. *Neuropsychologia.* 1989;27(7):905-12.
33. Tranel D, Fowles DC, Damasio AR. Electrodermal discrimination of familiar and unfamiliar faces: A methodology. *Psychophysiology.* 1985;22(4):403-8.
34. Darby RR, Laganieri S, Pascual-Leone A, Prasad S, Fox MD. Finding the imposter: brain connectivity of lesions causing delusional misidentifications. *Brain.* 2017;140(2):497-507.
35. Sporns O, Tononi G, Kötter R. The human connectome: a structural description of the human brain. *PLoS Comput Biol.* 2005;1(4):e42.
36. Sporns O. The connectome. In: Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM, editors. *New Oxford Textbook of Psychiatry.* Oxford University Press; 2020.
37. Bell V, Marshall C, Kanji Z, Wilkinson S, Halligan P, Deeley Q. Uncovering Capgras delusion using a large-scale medical records database. *BJPsych open.* 2017;3(4):179-85.
38. Rapinesi C, Kotzalidis GD, Casale A Del, Ferri VR, Di Pietro S, Scatena P, et al. Treatment-resistant, five-year long, postpartum-onset Capgras episode resolving after electroconvulsive therapy. *Int J Psychiatry Med.* 2015;49(3):227-34.
39. Yiğman F, Bulut SD, Efe C. Side Effects, Treatment Resistance and Reverse Intermetamorphosis Syndrome: A Case Report and Theoretical

- Review. *Isr J Psychiatry*. 2020;57(2):59-62.
40. Cipriani G, Vedovello M, Ulivi M, Lucetti C, Di Fiorino A, Nuti A. Delusional misidentification syndromes and dementia: a border zone between neurology and psychiatry. *Am J Alzheimer's Dis Other Dementias*®. 2013;28(7):671-8.
41. Carabellese F, Rocca G, Candelli C, Catanesi R. Mental illness, violence and delusional misidentifications: The role of Capgras' syndrome in matricide. *J Forensic Leg Med*. 2014;21:9-13.

---

***Prof. dr Nadja P. MARIC***, Institut za mentalno zdravlje, Milana Kašanina 3, Beograd, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija

***Professor Nadja P. MARIC***, Institute of Mental Health, Milana Kasanina, Belgrade, Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia Serbia,

**E-mail:** nadja.maric-bojovic@med.bg.ac.rs

IN PRESS