

SUMANUTI SINDROMI POGREŠNOG PREPOZNAVANJA

DELUSIONAL MISIDENTIFICATION SYNDROMES

ELVIRA KOIĆ, LJUBOMIR HOTUJAC

Županijska opća bolnica Virovitica, psihijatrijski odjel (Elvira Koić, dr.med.), Klinika za psihijatriju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, KBC Rebro (prof.dr.sc. Ljubomir Hotujac, dr.med.)

Adresa za dopisivanje: Prof. dr.sc. Lj. Hotujac, Klinika za psihijatriju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, KBC Rebro, Kišpatićeva 12, 10 000 Zagreb

Primljeno 8. siječnja 1998., prihvaćeno 22. travnja 1998.

Deskriptori: Sumanuti poremećaji; Identifikacija (psihologija)

Sažetak: Prema ICD-10 i DSM-IV klasifikaciji bolesti, sumanuti sindromi pogrešnog prepoznavanja (SSPP) specifična su podskupina nespecificiranoga perzistirajućeg sumanutog poremećaja. Za njih je karakteristično sistematsko pogrešno prepoznavanje uz bazičnu sumanutu ideju – koncepciju dvojnika, iluziju dvojnika. U radu se daje pregled najčešćih sumanutih sindroma pogrešnog prepoznavanja, najčešći elementi kliničke slike i etioloških hipoteza. S obzirom na malu učestalost pojavljivanja i bitnu značajku da uglavnom dolaze kao dio nekog drugog poremećaja, naglašena je važnost pažljiva diferencijalnodijagnostičkog postupka, što ima terapijske implikacije.

Descriptors: Delusiones; Identification (psychology)

Summary:

According to ICD-10 and DSM-IV classifications, delucional misidentification syndromes are a specific subgroup of unspecified persistent delusional disorders. They are characterized by systematic incorrect identification and the basic delucional idea – the concept of a double, illusion of a double. The authors present the most frequent delusional misidentification syndromes, and the most frequent elements of the clinical picture and etiological hypotheses. Because of their small frequency and the basic characteristics of these syndromes to appear mostly as a part of some other disturbance, the authors emphasize the importance of a careful differential diagnostic procedure, which has therapeutic implication.

Liječ Vjesn 1998;120:236-239

Sindromi pogrešnog prepoznavanja skupina su specifičnih poremećaja prepoznavanja i sadržajnog poremećaja mišljenja.

Razlikujemo opće sindrome pogrešnog prepoznavanja (OSPP) i sumanute sindrome pogrešnog prepoznavanja (SSPP). Opći, kao što su na primjer, prozopagnozija (pamćenje imena, ali ne i lica) te reduplikativna paramnezija (zamjena mjesta) više su neurološki nego psihijatrijski poremećaji, premda dolaze zajedno s nekim od suptipova sumanutog sindroma pogrešnog prepoznavanja.¹ Sumanute sindrome pogrešnog prepoznavanja prema ICD-10 svrstavamo u kategoriju F22.9 Perzistirajuća sumanutost, nespecificirana.² Prema DSM-IV, pripadaju nespecificiranom tipu sumanutog deluzijskog) poremećaja, 297,17, a ako su udruženi s nekim drugim tipom specifičnih sumanutih poremećaja, miješanom tipu 297,16.³

Tipovi sumanutog poremećaja po DSM-IV jesu:

- Erotomanski tip (De Clerambault): sumanuta ideja da su druge osobe, obično višeg statusa, zaljubljenje u bolesnu osobu.⁴
- Grandiozni tip: sumanutost pretjerane, goleme vlastite vrijednosti, snage, moći, znanja, identiteta, osobnosti ili specijalnog odnosa sa slavnim osobama, nekom važnom osobom ili božanstvom.
- Ljubomorni tip (Othellov sindrom): sumanutost o nevjernosti bolesnikova seksualnog partnera.
- Proganjački tip: sumanutost da je osoba omrzuta ili zlobno tretirana (ili netko blizak bolesniku), da se prema osobi ili nekomu komu je osoba bliska na neki način zlonamjerno ponašaju.
- Somatski tip (Ekbomov sindrom): sumanutost da osoba ima neku tjelesnu manu, psihičke defekte ili defekte općeg fizičkog stanja, npr. sitne životinjice ili ličinke insekata pod kožom, parazitoza.⁵
- Miješani tip, sumanutost s obilježjima više od jednog prethodno navedenog tipa, ali nijedna od ideja ne prevladava
- Neodređeni, nespecificirani tip (sumanuti sindrom pogrešnog prepoznavanja koji imaju različita imena u literaturi).³ SSPP prema Joseph su:⁶
 - a) Capgrasov sindrom: bolesnik pogrešno identificira poznate bliske osobe (rođake, prijatelje). To je hipoidentifikacija, "iluzija negativnog dvojnika» (muž=Mr. X). Bolesnik pogrešno prepoznaje i tvrdi da su znanci zamijenjeni dvojnikom, varalicom, koji je ušao u tijelo poznate osobe i zato joj samo fizički nalikuje.
 - b) Fregolijev sindrom: bolesnik pogrešno identificira strane osobe (npr. prolaznike na ulici), pogrešno ih prepoznaje i tvrdi da se poznata osoba maskirala tako da izgleda drukčije. (Mr. X=rođak Filip), «iluzija pozitivnog dvojnika», tj. hiperidentifikacija. Ovaj sindrom nazvan je po Leopoldu Fregoliju, talijanskom glumcu i pantomimičaru koji je dvadesetih godina ovog stoljeća bio poznat o izuzetnoj sposobnosti prerašavanja i maskiranja (Corubon & Fail, 1927.).⁷
 - c) Sindrom unutrašnje preobrazbe (intermetamorfoze)(Courbon & Tusqea, 1932.) u kojem bolesnik vjeruje da se poznata osoba pretvorila u neku drugu, koja stvarno posjeduje fizičke karakteristike identične obitelji bolesnika (npr. lokalni doktor nalikuje na ujaka Marija).⁶
 - d) Sindrom osobnog dvojnika (Cristodoulou, 1978.) jest sumanuto uvjerenje da netko drugi stječe naše fizičke, ali ne i psihološke, karakteristike i identitet; tj. osoba je uvjerena da prepoznaje fizički identične dvojnike sebe samoga u osobama oko sebe (autoskopski, deuterokopski, heautoskopski tip, "doppelganger») (npr. susjed se transformirao u nas).⁸

e) Pogrešno prepoznavanje sebe, tj. svog zrcalnog lika (Self misidentifikacija) (Foley i Breslau, 1982.). Naša bolesnica koja je pokazivala znakove tog sindroma bila je 72-godišnja prognanica, u koje se nakon nekoliko uzastopnih tranzitornih ishemičkih ataka razvila lijevostrana hemipareza, te je nakon ponovljenog cerebrovaskularnog infarkta umrla. Obitelj je imala velike probleme, jer se gospođa prvo svađala s likom u zrcalu, zatim razbijala zrcala i prozorska stakla na večer čim bi ugledala «tu zločestu ženu...». Pokušali su se zaštititi tako što su sva prozorska stakla na večer prekrivali novinama!

f) Capgrasov sindrom neprepoznavanja neživih objekata (Rastogi, 1990).^{9,10}

g) SSPP u kojem se zamjena uloga smatra zamjenom osoba. Tako npr. bolesnik tvrdi da osoba iz obitelji preuzima različit identitet, ulogu, zavisno od posla koji obavlja, premda se uvijek radi o istoj osobi (npr. ova kći nije moja jer priprema doručak drukčije od kćeri koja to bolje radi...)

h) Tip dezorijentacije u mjestu (Fisher, 1982.), kada bolesnik zamjenjuje mjesta gdje živi (npr. tvrdi da je s aerodroma).

i) Tip dezorijentacije u vremenu (Weinstein et al., 1952.) jest uvjerenje da je osoba koja nije iz obitelji identična nekome iz prošlosti (npr. liječnik je stari školski prijatelj).

j) Podvostručenje (reduplikacija) u vremenu (Joseph, 1986.): osoba egzistira u sadašnjosti i duplikatu vremena.

k) Podvostručenje (reduplikacija) dijelova tijela (Weinstein et al., 1954.). Bolesnik vjeruje da ima više nego obično dijelova tijela (tri ruke, srca...).

l) «Mignon delusions», kada bolesnik vjeruje da njegovi roditelji to nisu, već da su to neki drugi, obično višeg socijalnog podrijetla.¹¹

m) Prozopagnozija je pamćenje imena, ali ne i lica (grč. prosopon=lice).¹²

n) Reduplikativna paramnezija (Pick, 1903.) jest sumanuto uvjerenje pri kojem bolesnik vjeruje da se nalazi u mjestu koje je točna kopija aktualne lokacije, ili da živi simultano u oba (npr. nije ovo Zagreb, već kopija identičnog mjesta u Londonu.)¹²

o) Sindrom kućnog duha (fantom boards) naziv je za sumanutost u kojoj bolesnik vjeruje da u stanu ima «kućnog duha», čiju prisutnost osjeća.

p) Incubus je bolesnikovo uvjerenje da ga tijekom noći guši «nešto čupavo i dlakavo», mora, zbog čega se budi i tumači pojavu postojanjem demona ili fantomskog ljubavnika.⁵

r) Sindrom Dorian Gray je sindrom u kojem bolesnik vjeruje da svi ostali stare, samo on ostaje u istim godinama, bez mijenjanja.⁵ Bolesnica koju smo opservirali je u dobi od 60 godina, upravo otpuštena iz psihijatrijske bolnice, gdje je bila unatrag godinu dana u ponovnom boravku. Odlazi kući u nadi da će ponovno biti «ozračena» kako bi zadržala dvadesetogodišnju mladost koju sada ima i osjeća, u odnosu na sve druge koji su ostarjeli. Naravno, prvi put je «ozračena» u dvadesetoj godini života, kada se bolest počela razvijati.

q) Sindrom vukodlaka (lycanthropy, werewolfism) sumanuta je ideja da se bolesnik povremeno pretvara u vuka, vukodlaka ili neku drugu životinju.⁵

Sumanuti sindromi pogrešnog prepoznavanja uglavnom nisu samostalni psihijatrijski dijagnostički entitet, već su dio nekog drugog poremećaja. Najčešći su u shizofreniji, gdje u kliničkoj slici dominira uglavnom persekutorna komponenta, te u depresivnim stanjima, npr. u involutivnoj depresiji, kao prolazni u maniji, u konfuznim stanjima te u brojnim organskim poremećajima. Stoga je naglašeno potrebno razlikovati osnovnu bolest, tj. dominantni sindrom u sklopu kojeg se javio sumanuti simptom pogrešnog prepoznavanja, a zbog terapijskih implikacija dijagnoze. Zato se u engleskoj literaturi predlaže termin simptom umjesto klasičnog naziva sindrom pogrešnog prepoznavanja.¹³

Etiopatogeneza: Pitanje etiologije SSPP povod je brojnim diskusijama i spekulacijama, tako da postoji nekoliko hipoteza koje pokušavaju razjasniti nastanak i razloge javljanja.

SSPP isprva su smatrani funkcionalnim poremećajem, međutim postepeno se uviđa da se najčešće javljaju u sklopu organskih poremećaja, često pridruženi lezijama ili žarišnim abnormalnostima mozga. Zapravo, u gotovo svim slučajevima nađeno je preklapanje somatskih, neuropsiholoških i psihodinamskih čimbenika, pa se upravo interakcija između organskih i neuropsiholoških te psihodinamskih mentalnih procesa može pretpostaviti kao osnovni uvjet za nastanak poremećaja.

Do takvog stava došlo se postepeno. Na primjer, već sam Capgras u opisu slučaja Carrete (1924.) prvo smatra nesvjesnu incestuoznu želju odgovornom za mehanizam nastanka poremećaja, međutim ta je bolesnica bolovala i od Mb Basedow pa se tako i organski elementi uključuju kao mogući etiološki čimbenici.²⁰

Današnja klinička i laboratorijska istraživanja upozoravaju važnu ulogu organske komponente u patogenezi SSPP, uz jaku komponentu sumanutosti progona. Promjena emotivnog odnosa prema osobama u bliskim relacijama precipitira stav, ali nije nužna za produkciju sindroma pogrešnog prepoznavanja. Moderne tehnike prikaza (brain-imaging) u manjem broju slučajeva jasno identificiraju abnormalnosti i lezije mozga. U dvije trećine bolesnika nađena je značajna kortikalna atrofija, bilateralno frontalno, parijetalno ili temporalno, najčešće desno parijeto-okcipitalno. Veća deterioracija kognitivnih funkcija podrazumijeva i bizarnije forme sumanutosti.²¹

Joseph (1986.) smatra SSPP rezultantom poremetnje integracije između lijeve i desne moždane hemisfere, tj. gubitkom povezanosti između hemisfera u kortikalnim areama (tzv. «disconnection» sindromi). Naime, svaka hemisfera posebno prikazuje sliku vanjskog svijeta, npr. postoje dva facijalna lika jedne i druge hemisfere, pa ako nije dobra kortikalna integracija, ti se likovi ne fuzioniraju u središnjoj prezentaciji i formiraju se dva odvojena psihički identična lika osobe ili mjesta, vremena, objekta itd., tj. stvara se iluzija dvojnika.²¹

Bauer (1986.) pretpostavlja dva puta za prepoznavanje lica: ventralni, koji je odgovoran za svjesno prepoznavanje i dorzalni, koji je odgovoran za nesvjesno prepoznavanje, tj. za emotivnu značajnost, bliskost lica, koji daje više od bazičnih informacija o liku. Potonji bi bio oštećen u SSPP sindromima, a ventralni u npr. prozopagnoziji (pamćenje mena, ali ne i lica). Pretpostavlja se prekid povezanosti nedominantnog vidnog asocijativnog korteksa i limbičkih struktura pridruženih memoriji. Tako bi se primale odvojene primjerene semantičke informacije, ali bi izostala njihova afektivna potvrda.²⁰

Cuting naglašava da mispercepcija pojačava sumanutu misidentifikaciju, jer je percepcija izraza lica blisko povezana s emotivnim iskustvom. Objekt se pogrešno pamti i biva doživljen drukčijim nego istiniti original (false recollection, false recognition - pogrešno prisjećanje, pogrešno prepoznavanje). Desnu hemisferu drži odgovornom za procesiranje lica, te uz pogrešnu selekciju senzornog imputa i grešku u kratkoj epizodičnoj memoriji tu pronalazi početak zbivanja u SSPP.²²

Ellis i Joung konstruiraju «model facijalne rekognicije», teorijski model puta ljudskog procesa fiziognomičkih informacija, koji predstavlja diferentni stupanj procesiranja informacija. Prepoznavanje lica uključivalo bi sljedeće sekvencijalne stupnjeve:

- I. stupanj: informacije se koncentriraju u strukturi viđenja lica i enkodiraju rabeći deskripciju centriranu viđenjem ili ovisu o ekspresiji. Npr. reprezentacija objekta koji aktualno ne vidimo, u mraku na primjer. Taj opis donosi informaciju koja se analizira.

II. stupanj je FRU (face recognition units), zapažanje bliskosti, familijarnosti ili sličnosti na promatranom liku. U SSPP poremećaj bi bio na tom stupnju.

III. stupanj je PIN (person identity nodes) koji stimuliraju poznati, bliski likovi, u kojem se uskladištene semantičke i biografske informacije o njima, npr. facijalna ekspresija, prepoznavanje glasa ili hoda osobe i drugih znakova koji signaliziraju i služe za determinaciju individualnog identiteta.

Informacije o imenu osobe skladište se neovisno o biografskim detaljima.

Postoje studije o «svakodnevnim» greškama u identifikaciji, kao što je npr. dnevno neprepoznavanje lica koje izgledaju poznati, ali nemamo pristup biografskim informacijama, ili češće ne znamo ništa više osim da je lica poznato i ne možemo identificirati ime niti osobu lokalizirati u vremenu i prostoru.¹³

U sumanutim sindromima pogrešnog prepoznavanja osjećaj stranosti je veći nego onaj familijarnosti, bliskosti, pripadanja («belonging» Damasa Mora), kada greška emocionalnog prosuđivanja producira neprepoznavanje lica i ego-distonični realitet. Zato se razvija hiperbolična pažnja («agnosia through too great attention») i sumanutost kao strategija racionalizacije i obrana od potpune depersonalizacije.²⁰

Bolesnici koji pokazuju SSPP katkad slične onima s epileptičkim psihozama ili psihotičnim skupinama u epilepsiji. Te dvije skupine blesnika često pogrešno prepoznaju i griješe u sjećanju, pamćenju bliskosti potipu *déjà vu*, *déjà vecu*, *jamais vu*, *jamais vecu*.²⁰

Osnova psihoanalitičke hipoteze nastanka SSPP polazi od gledišta da se pozitivni osjećaji prema važnim i bliskim osobama mijenjaju poslije neke konfrontacije (npr. u gnjevu, strahu, krivnji) te se od akutne ambivalencije stvara patogena. Subjekt sada simultano voli i mrzi objekt, dolazi do cijepanja (splitting) objekta na dobar (stari) i loš (novi). Negativne emocije ugrađuje, premješta (displaced) u dvojnika, dok original kontinuirano postoji kao dobar objekt. Tako štiti pravednost svoje projekcije, odbacivanja, mržnje ili nasilničkog ponašanja kao konačnog rezultata neprepoznavanja. Mržnja tako nije direktna prema originalu, već prema uljezu (imposters). Postoji stalan prateći osjećaj krivnje, a katkad je uključena i seksualna želja.²³

U taj proces uključeni su i ostali primitivni misaoni procesi i mehanizmi obrane (nijekanje, grandioznost...), parcijalno testiranje realiteta te izostanak stabilnog osjećaja identiteta, što sve uvjetuje kontradiktorna i meladaptivna, impulzivna i potencijalno opasna ponašanja, nestabilnost emocionalnih stanja, separacijsku anksioznost i povremene panične atake.⁴

Klinička slika: SSPP najčešće dolaze kao čisti tip, monosumanuti, čija je nozologija bliža sumanutom poremećaju, tj. paranoji, zatim kao miješani tip sa sumanutošću, slušnim halucinacijama, anksioznošću i depresivnim raspoloženjem te kao tipična agitirana melankolija, tj. psihotična depresija s nihilističkim i hipohondrijskim sumanutostima te sumanutim sindromom pogrešnog prepoznavanja.¹⁴ Uvijek se osjeća blaga depresivna kvaliteta raspoloženja, često sukladna sadržaju sumanutosti, premda u čistom tipu SSPP raspoloženje nije sukladno i ne prati sumanutosti.

Bolesnici su obično neupadni, dobro držeći i dobro odjeveni, bez vanjskih znakova velikog poremećaja, dezintegracije ličnosti ili većeg zakazivanja u svakodnevnim aktivnostima.¹⁵ Opisuju redukciju osjećaja realiteta koji postaje egodistoničan, tj. osjećaju stranost vanjskog svijeta («sentiment d'etrangete»). Osim derealizacijskih, opisuju i depersonalizacijske fenomene koji se izražavaju kao sistematsko pogrešno prepoznavanje ili razumijevanje osobnog identiteta, identiteta ostalih, fizičkih statusa tijela ili autobiografske povijesti («meconnaissances systematiques»).

Bazična je sumanutu ideja koncepcija dvojnika ili njegovih ekvivalenata. Umišljene dvojnike doživljavaju obično opasne i neprijateljski raspoložene, što rezultira bazičnim nepovjerenjem, sumnjičavošću te persekutornim idejama interpretacijom odnosa.¹³ Upravo zato većina proučavanih slučajeva ima u povijesti bolesti fizičku nasilnost, hostilno raspoloženje i agresivnost prema osobama iz najbliže okoline uključujući i homicid. SSPP su često studirani iz psihijatrijsko-legalne perspektive s naglaskom na problem opasnosti značajnih konzekvencija pri određivanju kaznene odgovornosti.¹⁶⁻¹⁹

Diferencijalnodijagnostički najvažnije je isključiti organski faktor te utvrditi osnovnu bolest. To su zaključci koji potom služe kao premise na osnovi kojih se odlučujemo zaprimjenu terapije.²⁴

Na primjer, slučajevi sumanutog sindroma pogrešnog prepoznavanja opisani su kod bolesnice podvrgnute mijelografiji metrazamidom, u pacijenata koji su inhalirali velike doze bronhodilatatora s adrenalinom i adropinepinemetonitratom.²² Hay opisuje Capgrasov sindrom kod primjene EKT-a²².

SSPP nađeni su pridruženi hipotiroidizmu, pneumoniji, povredi glave, cerebrovaskularnom inzultu, senilnoj demenciji Alzheimerova tipa, migreni s aureom, frontalnom meningeomu.²⁹⁻³² Dijabetička retinopatija s posljedičnom sljepoćom,³³ terminalni stadij AIDS-a³⁴ mogu se komplicirati metaboličkom encefalopatijom uz javljanje sumanutih sindroma pogrešnog prepoznavanja. Sumanuti sindromi pogrešnog prepoznavanja koegzistiraju s manijom, u shizoafektivnoj psihozi, bipolarnom afektivnom poremećaju, u puerperalnoj psihozi, uz lažnu trudnoću (pseudocyesis), poslije traumatskih iskustava, a opisan je i slučaj koegzistencije bolesti "koro" i Capgrasova sindroma u nekineskih subjekata. U tom se slučaju SSPP klasificira na prvu os multiaksijalnog sustava, kao simptom psihoze, a ne kao kulturno određeno vjerovanje specifično za određeni dio svijeta (u slučaju bolesti koro za Daleki istok, vjerovanje da će zbog genitalne, tj. penilne retrakcije umrijeti).²³

Zaključak

Sumanuti sindromi pogrešnog prepoznavanja ili simptomi su poremećaji prepoznavanja i sadržajnog poremećaja mišljenja koje često srećemo kao dio nekog drugog, većeg poremećaja, najčešće u funkcionalnim psihozama ili organski uvjetovanim psihotičkim procesima.

Važno je utvrditi osnovnu bolest u kojoj se javljaju i svakako isključiti organski proces, što bitno utječe na odluke o terapijskim djelovanjem.

L I T E R A T U R A

1. Evans JJ, Hegg AJ, Antoun N, Hodges JR. Progressive prosopagnosia associated with selective right temporal lobe atrophy. A new syndrome? *Brain* (1995);118:1-12.
2. WHO. International classification of disease. 10. revizija. Geneve: WHO, 1992.vol.X.
3. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. ed. Washington DC: APA, 1994.
4. O'Dwyer JM. Coexistence of the Capgras and de Clerambault's Syndromes. *Brit J Psychiatry* 1990;156:575-7.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI, volume 1. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
6. Cutting J. Delusional Misidentification and the Role of the Right Hemisphere in the Appreciation of Identity. *Brit J of Psychiatry* 1991;159(suppl 14):70-5.
7. Pauw C, Szulecka C. Fregoli transformed. *Am J Psychiatry*. 1992, May 149:5:730-1.
8. Vartzopoulos DA. Variant of the Syndrome of Subjective Doubles. *Am J Psychiatry* 1991;148:3:394-5.
9. Rastogi SCA. Variant of Capgras Syndrome with Substitution of Inanimate Objects. *Brit J Psychiatry* 1990;157:915-7.
10. Abed RT, Fewtrell WD. Delusional Misidentification of Familiar Inanimate Objects. *Brit J Psychiatry* 1990;157:917-9.
11. Sanati M, Mojtabai R. Capgras's Syndrome and the Mignon Celusion, *Am J Psychiatry* 1992;149:5:709-10.
12. Förstl H, Beats B. Charles Bournet's Description of Cotard's Delusion and Reduplicative Paramnesia in an Elderly Patient (1988). *Brit J Psychiatry* 1992;160:416-8.
13. Ellis HD, Young AW. Accounting for Delusional Misidentification syndr. *British J of Psychiatry* 1990;157:239-48.
14. Barrios GE, Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand*. 1995:185-8.
15. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*. 7 edition. Baltimore-Maryland: Williams-Wilkins, 1994:493-507.
16. *Journal of Forensic Sciences* 1992. May;37(3):830-8.
17. Silva JA, Leong GB, Weinstock, Ferrari MM: Misidentified political figures: an underappreciated danger: *J of Forensic Sciences* 1991 Jul; 36(4):1170-8.
18. Perr IN, Fedoroff JP. Misidentification of self and the Riel Phenomenon. *J of Forensic Sciences* 1992 May;37(3):839-44.
19. Bruce-Jones W, Coid J. Identity Diffusion Presenting as Multiple Personality Disorder in a Female Psychopath. *Brit J of Psychiatry* 1992;160:541-4.
20. Christodoulou GN. The delusional misidentification syndromes. *The British J of Psychiatry* 1991;159:(suppl 14):65-70.
21. Ellis HD, Pauw KW, Cristodoulou GN, Papageorgopi L, Milue AB, Josphe AB. Responses to facial and non facial stimuli presented tachistoscopically in either of both visual fields by patients with the Capgras delusion and paranoid schisophrenies. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1993;56:215-9.
22. Silva JA, Leong GB, Saabs, Wine DB. Misidentification syndroma, Facial misrecognition, and dysmorphism symptoms. *Psychosomatics* 1992;33(4):471-2.
23. Motopf M, Mullen R. Koro and Capgras Syndrome in a non-Chinese Subject. *British J Psychiatry* 1990;157:57.
24. Poro A. *Enciklopedija psihijatrije*. 6. izdanje. Bgd: Nolit 1984:271.
25. O'Sullivan D, Dean C. The Fregoli Syndrome and Puerperal Psychosis. *Brit J of Psychiatry* 1991;159:274-7.
26. Tueth MJ, Cheong JA. Successful treatment with pimozide of Capgras syndrome in an elderly male. *J of Geriatric Psychiatry, and Neurology* 1992 oct-dec;5(4):217-9.

27. *Mendez MF*. Delusional Misidentification of Persons in Dementia. *Brit J of Psychiatry* 1992;160:414-6.
28. *Canagasabay B, Katona CLE*. Capgras Syndrome in Association with Lithium Toxicity. *British J of Psychiatry* 1991;159:879-81.
29. *Förstl H, Ahmedia O, Owen AM, Burns A, Howard R*. Psychiatric, neurological and medical aspects of misidentification syndromes a review of 260 cases. *Psychological medicine* 1991;21:910.
30. *Fleminger S, Burns A*. The Delusional Misidentification Syndromes in Patients with and without Evidence of Organic Cerebral Disorder: A Structured Review of Case Reports. *Biol Psychiatry* 1993;33:22-3.
31. *Bhatia MS*. Capgras Syndrome in a Patient with Migraine. *British J Psychiatry* 1990;157:917-8.
32. *Fuller GN, Marshall A, Flint J, Lewis S, Wise RJS*. Migraine madness: recurrent psychosis after migraine. *J Neurology Neurosurgery, and Psychiatry* 1993;56:416-8.
33. *Rojo V, Caballero L*. Capgras' Syndrome in a Blind Patient. *Am J Psychiatry* 1991;148:9:1271-2.
34. *Crichton P, Lewis S*. Delusional Misidentification, AIDS, and the Right Hemisphere. *British J Psychiatry* 1990;157:608-10.