

Keyifli Okumalar Dileriz

Binlerce kategoride milyonlarca PDF e-kitap, ders kitapları, dergiler ve romanlara platformumuz üzerinden ücretsiz ulaşabilirsiniz.

RESMİ WEB SİTEMİZ

<https://rantey.org>

Yedek ve Duyuru Kanallarımız

Sitemize erişim engeli gelmesi veya adres değişikliği durumunda aşağıdaki kanallardan güncel giriş adresine erişebilirsiniz:

- Telegram: <https://t.me/birkitapbir>
- WhatsApp Kanalımız : <https://whatsapp.com/channel/0029VbDHv8uE50Us4lvMoc0Y>

Türkiye’de Paylaşılmış Psikotik Bozukluk (Folie à Deux) *Shared Psychotic Disorder (Folie à Deux) in Turkey*

Özge Doğanavşargil¹, Mehmet Eryılmaz²
Buket Cinemre¹, Özmen Metin¹

¹ Yrd. Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Antalya

² Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Antalya

ÖZET

Paylaşılmış psikotik bozukluk ya da Folie à deux nadir görülen ve az bilinen bir sendromdur. Değişik toplumlar ve kültürlerden paylaşılmış psikoz olgularını birbirleriyle kıyaslayarak görüngüyü netleştirmeye ve etiyolojik nedenleri aydınlatmaya çalışan olgu serilerine ihtiyaç vardır. Bu derlemede 1962 yılından bu yana Türkiye’de bildirilmiş tüm PPB olgularının gözden geçirildi. Bu amaçla PubMed, Science Direct, Medline, Google Scholar, Ulakbim Türk Tıp Dizini, Türk Psikiyatri Dizini; poster bildirilere ulaşmak için kongre özet kitapları tarandı. Olgular birincil ve ikincil olgular ayrı ayrı olmak üzere kişi sayısı, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, paylaşılan sanrı tipi, paylaşılan varsanı tipi, tanı, uygulanan tedavi, hastalık başlangıcı, aile öyküsü, IQ, sosyal yalıtılmışlık, ilişkinin doğası, sınıflandırma sistemi değişkenleri açısından değerlendirildiler. Bu değerlendirme sonucunda bozukluğun en sık kadınlarda, aynı ailenin üyelerinde ve kız kardeşlerde görüldüğünü, en sık görülen risk faktörünün sosyal yalıtılmışlık olduğunu, bazı ikincil olgularda antipsikotik tedavinin gerekli olduğu ve varsanların genellikle olgular arasında paylaşıldığını belirledik. Bu bulgular güncel literatürle benzerdi. Ancak elde edilen bulgular literatürle tüm aile üyelerinin etkilendiği olguların fazla olması, büyüklük sanrılarının görülmemesi, koku varsanlarının görülmesi açısından farklılık gösteriyordu. Bu gözden geçirmede bazı bulgular diğer çalışmalarla farklılıklar göstermesine karşın, bütünü göz önüne alındığında batıdaki tartışmaları desteklemektedir. Kişilerarası ilişkinin bu en patolojik şeklini anlamada psikodinamik formülasyonlar, biyolojik faktörlerin araştırılması, yalıtılmışlık gibi risk faktörlerinin belirlenmesi, prognozla ilgili bilgiler için uzun izleme çalışmalarına gereksinim vardır. Bu nedenle toplumlarda görülen her olgunun bildirilmesi, izlenmesi, benzer çalışmaların toplanması, ortaya konması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: paylaşılmış psikotik bozukluk, etkilene ile oluşan sanrılı bozukluk, folie à deux, psikoz

ABSTRACT

Shared psychotic disorder or folie à deux is a rare and relatively unknown syndrome. Large case series are needed to find out and clarify the etiological factors and the phenomenology of shared psychotic disorder by comparing the cases from different society and cultures. In this study, we reviewed all reported cases of shared psychotic disorder that had been published or presented in Turkey since 1962. To reach this aim, we have searched PubMed/Medline, ScienceDirect, Google Scholar, Ulakbim Turkish Medical Index, Turkish Psychiatric Index databases for published records originating from Turkey. We have also manually searched poster abstract books of congresses held in Turkey between 1962 and 2009. All cases eligible for inclusion into this study have been evaluated one by one and grouped as primary or secondary cases. The features of these cases were investigated for a number of variables including age, sex, educational level, occupation, the presence of

shared delusion and hallucinations, diagnosis, management, onset of illness, family history, IQ, social isolation, the nature of the relationship and classification system used for diagnosis. The results have showed that the syndrome is more frequently observed among women, within same family members and between sisters. Social isolation was the most common risk factor in these patients and most patients shared hallucinations with their partners along with their delusions. Several secondary cases required antipsychotic drugs for the treatment of their symptoms. Though these features were inline with literature findings, the present findings from Turkish population were different from previous studies with regards to the presence of olfactory hallucinations, absence of grandiose delusions and the number of affected family members. The results mostly supported the challenges and discussions in western countries. To understand this most pathological form of interpersonal relationships; longitudinal prospective studies evaluating the psychodynamic formulations , biological factors, risk factors as social isolation, prognostic factors are definitely essential.

Keywords: Shared psychotic disorder, induced delusional disorder, folie à deux, psychosis

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2009; 1: 215 - 228

Çevrimiçi adresi/ Available online at : www.cappsy.org/archives/vol1/

Çevrimiçi yayım tarihi / Online publication date: 17 Eylül 2009 / September 17, 2009

Yazışma Adresi / Correspondence

Dr. Özge Doğanavşargil, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Antalya, Turkey

E-mail: oavsargil@hotmail.com

Paylaşılmış psikotik bozukluk psikotik bozukluklar arasında yer alan patolojik ilişkinin en uç örneklerinden biridir. Nadir olması ve kültürel farklılıklardan dolayı her toplumda sanrıların içeriği ve görünümünün farklı olabilmesi nedeniyle kişilerarası ilişkilerle ilgili bilinmeyenlerin aydınlatılması konusunda bu olguların bildirilmesi önemli ipuçları sağlayacaktır. Paylaşılmış psikotik bozukluk aile bireylerinin otonomisinin sınırlı olduğu ve kişisel sınırların belli olmadığı aile tipinde sık görülmektedir. Doğu ve batıyı birbirine bağlayan kültürel coğrafyası ve kırsal kesimlerinde hala hüküm süren geleneksel aile yapısından dolayı ülkemizdeki olguların bildirilmesi önem taşımaktadır. Bu yazıda genel olarak paylaşılmış psikotik bozukluğun (Folie à deux) 'un tanımı ve klinik özellikleri aktarıldıktan sonra, 1962 yılından bu yana ülkemizde yayımlanmış paylaşılmış psikotik bozukluk olgu bildirimlerinin gözden geçirilmesi güncel literatür doğrultusunda tartışılması amaçlanmıştır.

Bu amaca ulaşabilmek için ülkemizde yayınlanmış ya da kongrelerde bildirilmiş paylaşılmış psikotik bozukluk olgularına ulaşmak için Pubmed, ScienceDirect, Medline, Google Scholar, Ulakbim Türk Tıp Dizini, Türk Psikiyatri Dizini, Ulusal Psikiyatri Kongreleri kongre kitapları, Türk Psikiyatri Derneği Bahar Sempozyumları kongre kitapları, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi kongre kitapları taranmıştır. Anahtar sözcük olarak; paylaşılmış psikotik bozukluk, etkilenme ile oluşan sanrılı bozukluk, folie à deux, folie à trois, folie à quatre, folie à cinq, folie a famille kullanılmıştır. Aynı yazarlar tarafından aynı olguya ait poster bildirisi yapılan ve daha sonra dergilerde makale olarak yayınlanmış olgular makale hali dikkate alınarak tek bir olgu olarak değerlendirmeye alınmıştır.

Tanımlaması

Paylaşılmış psikotik bozukluk ya da Folie à deux adıyla bilinen bozukluk literatürde ilk kez 1877 yılında Lasègue ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır.[1] İlk tanım birincil olarak etkilenen bireyin sanrılarının yakın ilişkide olduğu bir veya daha fazla ikincil kişilere aktarımı sonucunda ortaya çıkmış bir görüngü olduğu şeklindedir. 'Folie à deux' birçok benzer adlandırmalar için de en yaygın kullanılan terimdir. İlişki psikozu, paylaşılmış psikotik bozukluk, aktarılmış delilik, enfeksiyöz delilik, ikiz delilik gibi başka terimler de kullanılmaktadır. Gralnick 1942 yılında bu tabloyu ilişki psikozu olarak adlandırmış, yakın ilişki sonucunda sanrısız düşünce ve/veya anormal davranışların bir kişiden diğerine aktarılması olarak tanımlamıştır.[2-4]

Lasègue ve arkadaşlarının tanımına göre folie à deux az ya da çok yalıtılmış yaşayan kadınlarda sıktır. Ailenin hastayla birlikte yaşayan üyelerinde şans eseri olarak psikotik belirtiler görülür. Bu belirtiler ailenin iki yakın üyesi arasındadır ve hasta kişiden sağlıklı bir ya da daha fazla kişiye taşınır.[1]

Paylaşılmış psikotik bozukluk sanrıya katılan kişi sayısına göre adlandırılmıştır. En sık iki kişi arasında görülmesi rağmen, iki, üç, dört, beş kişiye genişleyebilir (folie à trois, folie à quatre, folie à cinq), ve hatta tüm aileyi içine alabilir (folie à famille). [1,4]

Sınıflandırması ve Alt tipleri

Geçerli kabul edilen bu ilk tanısal ölçütlerden sonra görüngünün tanımında önemli bir değişiklik olmamıştır. Psikiyatride kullanılan sınıflandırma sistemleri, ICD-9'da 'endüklenmiş psikoz', DSM-III'de 'Paylaşılmış paranoid bozukluk', DSM-III-R'de 'Endüklemiş Psikotik Bozukluk' başlıkları altında bozukluğu tanımlarken son olarak iki ana terimi benimsemişlerdir: 1. ICD-10 'etkilenme ile oluşan sanrılı bozukluk', [5] 2) DSM-IV "paylaşılmış psikotik bozukluk" [6]. ICD-10'a göre etkilenme ile oluşan sanrılı bozukluk tanısı konulabilmesi için iki ya da daha fazla sayıda kişinin aynı sanrı veya sanrı sistemini paylaşıyor ve bu inançla birbirlerini destekliyor olmaları, bu kişilerin birbirine çok yakın kişiler olmaları, edilgen kişideki sanrının etkin kişi ile yakın temas sonucu oluştuğuna ilişkin veri olması gerekir. Birlikte yaşayan kişilerde birbirinden bağımsız psikotik bozukluk olması durumunda bu tanı konulmamalıdır. ICD-10'da ayrıca bu kişilerden etkilenen kişi asıl psikotik olandan ayrıldığında sanrılarının söndüğü bildirilmiştir. DSM-IV'e göre ise 'O sırada yerleşik bir sanrısı olan başka bir kişi ya da kişilerle yakın ilişki çerçevesinde bireyde benzer bir sanrı gelişir. Bu sanrı o sırada yerleşik sanrısı olan kişininkiyle içerik olarak benzerdir. Bu bozukluk başka bir psikotik bozukluk ile daha iyi açıklanamaz ve bir maddenin veya genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir'.

Bozukluğa ilişkin ilk tanımlar geçen yüzyıldaki psikodinamik görünüm ve sosyal değerler ortamında formüle edildikleri ve sonrasında da fazlaca değişime uğramamış olduklarından kısıtlıdır. Ayrıca; tanımların sadece görüngüsel olması, etyolojik açıklamalara ilişkin varsayımların test edilme-

sinde güçlülere neden olmaktadır. Bu nedenle paylaşılmış psikotik bozukluk Marandon de Monyel ve Lehman tarafından alt tiplere ayrılmıştır. [7]

1. Folie Imposée: Psikotik bir kişinin sanrılarının, psikotik olmayan birisine aktarılmasıdır. İkincinin sanrıları birinciden ayrıldıktan sonra kaybolur.
2. Folie simultanée: Genetik yatkınlığı olan iki kişide paranoid ve depresif sanrılarının eş zamanlı ortaya çıkışıdır.
3. Folie commune: Sanrılarının psikoza genetik yatkınlığı olan birine aktarılması ve bu kişide diğerlerinden ayrıldıktan sonra sanrılarının sürmesidir.
4. Folie induite: Bu terim zaten hezeyanları olan bir kişinin, yakın ilişkide olduğu diğer bir kişinin hezeyanlarıyla hezeyanlarını zenginleştirmesini ifade eder.

Etyolojisi

Paylaşılmış psikotik bozukluğun etyolojisine ilişkin açıklamalar kalıtım, biyolojik etmenler ve psikodinamik etmenler, çevresel etmenler eksenlerinde yoğunlaşmıştır. Kalıtsal etmenler aile içi olguların çok olması ve ikiz olguların olmasından yola çıkmaktadır. Ailelerde psikoza genetik yatkınlığın göz önüne alınması ve bu nedenle tanının aralarında kan bağı olan kişileri içermemesi gerektiğini vurgulanmıştır. Bu görüşün ailenin yakın ilişkili bireylerden oluşan küçük bir grup olduğunu ve bu gruptaki özel insan ilişkilerini göz ardı ettiğini öne süren yazarlarda bulunmaktadır. [19] Ayrıca kalıtım karıkoca arası olgular veya kan bağı olmayanlarda hastalık oluşmasını açıklayamamaktadır. Biyolojik etmenler olguların üçte birinde organik beyin sendromu olan yaşlı bireylerde rahatsızlığın görüldüğünden yola çıkılarak düşünülmüştür. [7] Bunun dışında risk faktörleri olarak bildirilen ikinci kişinin mental retardasyonu, yaşlılık, duyuşal özürler, serebrovasküler hastalık, serebral disfonksiyon ve alkol kullanımı da diğer biyolojik etmenler arasında sayılabilir.[3,4]

Psikodinamik olarak ise Brill özdeşimin folie à deux 'da en önemli bilinç dışı süreç olduğunu ilk kez vurgulamıştır. Deutsch ise başlangıçtan itibaren içli dışlı yaşamının daha sonra her iki tarafı da benzer sanrısız fikirlere yönelten bilinçdışı formların bir dışavurumu olduğunu; ortak sanrının nesneyle veya onun sanrısız sistemiyle özdeşim kurmak yoluyla onu kurtarma girişiminin önemli bir parçası gibi durduğunu vurgulamıştır. Özdeşim bir hayranlık ve sevgi ifadesini barındırır. Sonraki dönemde bu hayranlık ve sevgi yanı sıra sevgi ve nefret içeren iki değerlilik içeren bir ilişkiden söz edilir. İkinci kişi hem son derece bağımlıdır, hem de bu bağımlılık yüzünden kendisinden ve diğerinden nefret eder. Buna karşın ortağının gözünden düşmeme gereksinimi duyar.[7] Gralnick'e göre belirgin özdeşim nesnesi annedir ve kızkardeşler arasındaki sanrı paylaşımı vakalarında dominant olan kızkardeş annenin yerine geçen kişi olmaktadır.[2]

Bazı yazarlar ise folie à deux 'nın gizil bir eşcinsellik durumuyla bağlantılı olduğunu ve ödipal fantezilerle ilgili olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu iddialara karşı olan yazarlar da bulunmaktadır. Sonuçta psikodinamik açıklamalar

kişilerin yetersiz psikolojik gelişimi üzerinde durmuşlardır. Çevresel etmenler ise büyük bir etyolojik rol oynamaktadırlar. Küçük kapalı topluluklarda yaşama, yalıtılmışlık bir süre sonra paranoid bir tepkinin gelişmesine zemin hazırlar. folie à deux bu tür bir düşmanlık ve saldırganlıkla başa çıkma yolu haline gelir. Katı otoriter tutucu aile yapısının da güçlü bir etmen olduğunu vurgulanmıştır.[7] Wickler'e [13] göre bu tür ailelerde bireylerin aileye bağlanmasının sınırların paylaşılması ile sağlandığı bildirilmiştir. Schmidt ise öğrenme kuramı temelinde bozukluğu açıklar. Buna göre alıcı daha baskın daha zorlayıcı yapıdaki başlatıcıdan anormal davranışı öğrenir ve psikotik hale gelir ve bu şekilde davranır.[7] Görüldüğü gibi paylaşılmış psikotik bozukluk etyolojisi halen kesin saptanmış değildir. Ancak sosyal yalıtılmışlık bilinen en önemli neden gibi görünmektedir.

Lasèque ve arkadaşlarının tanımından bu yana çeşitli olgu serileri yayınlanmış ve serilerde bozukluğun başlangıçtaki orijinal tanımından farklı özellikler taşıdığı bulunmuştur. Bu kaçınılmaz olarak durumun yalnızca güncel varlığının değil, orijinal tanımının da sorgulanmasına yol açmıştır. Değişik toplumlar ve kültürler özgü olarak paylaşılmış psikotik bozukluk olgularını birbirleriyle kıyaslayan ve görüngüyü netleştirmeye, altta yatan etiyolojik nedenleri aydınlatmaya çalışan olgu serilerine ihtiyaç vardır. Japonya'dan bildirilen 97 olgudan oluşan bir çalışma [8] dışında yapılan çalışmaların ise daha çok batıda [2,6] yoğunlaştığı görülmektedir. Bunun dışında İngiliz literatüründe 103 olguluk, İsviçre literatüründe ise 240, 109, 75 ve 64 olguluk seriler bulunmaktadır. [2,9-12]

Türkiye'de Yayınlanmış Olgular

Ülkemizde paylaşılmış psikotik bozukluk ile ilgili ulaşabildiğimiz en erken olgu 1962 yılında yayınlanmıştır. Bu derlemede 16'sı makale 5'i poster olmak üzere toplam 21 olguya ulaşılmıştır. (Tablo.1.) Olgular birincil ve ikincil olgular ayrı ayrı olmak üzere kişi sayısı, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, paylaşılan sanrı tipi, paylaşılan varsanı tipi, tanı, uygulanan tedavi, hastalık başlangıcı, aile öyküsü, IQ, sosyal yalıtılmışlık, ilişki biçimi, sınıflandırma sistemi değişkenleri açısından değerlendirilmişlerdir.

Ulaşılan 21 olgunun % 76.2'si makale (n=16) %23.8'i poster (n=5) bildirilerinde yer alan olgulardır. Tüm olguların %66.7 si iki kişiden oluşmuşken (n=14) %33.3'ü (n=7) ikiden fazla kişiden oluşmaktadır. En geniş olgu 7 kişilikti. Birincil olguları sayısı 21, ikincil olguların sayısı 38'di. Paylaşılmış psikotik bozukluk olgularının (n=14) %19'unda (n=4) birincil olgu ikincil olgudan yaşça büyük, %19'unda (n=4) birincil olgu ikincil olgudan yaşça küçüktü. Aynı yaşta olanların oranı % 14.3'di (n=3). Olguların % 14.3'ünde (n=3) birincil olgu veya ikincil olgunun yaşı bilinmiyordu.

Bireylerin arasında ilişki incelendiğinde sanrıların en sık aynı ailenin üyeleri arasında olduğu görüldü (%85.7, n=18). Olguların %33.3'ünün (n=7) kardeşler arasında, %19.0'unun (n=4) anne çocuk arasında, %9.5'inin (n=2) eşler arasında, %4.8'inin (n=1) arkadaşlar arasında, %33.3'ünün (n= 7) ikiden fazla aile üyesi arasında olduğu belirlendi. Yaş ortalaması birincil olgularda 33.1±15.8 (aralık=16-72), ikincil olgularda 30±14.1 (aralık=13 -62) yılıdır.

Birincil ve ikincil olguların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($P>.05$). Birincil olguların %61.9'u ($n=13$) kadın, %38.1'i ($n=8$) iken; ikincil olguların %71.1'i kadın ($n=27$), %28.9'u erkek ($n=11$)'ti. Birincil ve ikincil olguların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>.05$). Olguların sosyodemografik özellikleri Tablo.1. de özetlenmiştir.

Gözden geçirdiğimiz 21 olguda toplam 10 çeşit sanrı belirlendi. Bu sanrılarının tümü ikincil olgular tarafından paylaşılmıştı. Perseküsyon sanrıları %45.9 ($n=17$), referans sanrıları %16.2 ($n=6$), mistik sanrılar %8.1 ($n=3$), bizar sanrılar %8.1 ($n=3$), Capgras sendromu %5.4 ($n=2$), Ekbom sendromu %5.4 ($n=2$), likantropi %2.7 ($n=1$), büyüsel sanrılar %2.7 ($n=1$), somatik sanrılar %2.7 ($n=1$) ve jaluzik sanrılar %2.7 ($n=1$) görüldü. Birincil olguların 12'sinde varsanı yoktu. Dokuz birincil olgudaki varsanılar, 8 ikincil olgu tarafından paylaşılmıştı. İşitsel varsanı %47.1 ($n=8$), görsel varsanı %23.5 ($n=4$), koku varsanı %11.8 ($n=2$), taktıl varsanının %5.9 ($n=1$) yanı sıra, depersonalizasyon %5.9 ($n=1$), derealizasyon %5.9 ($n=1$) oranında görüldü.

Tablo.1. Türkiye'den Bildirilmiş Paylaşılmış Psikotik Bozukluk Olguları

	Yayın Tipi	Yıl	Olgu Sayısı
Songar ve Adam [17]	makale	1962	2
Adam ve Akkök [18]	makale	1972	4
Özbay ve ark. [19]	poster	1988	4
Alpay ve ark. [20]	makale	1991	4
Zileli ve ark. [21]	makale	1992	4
Özmen ve ark. [22]	makale	1993	2
Kıvırcık ve ark. [23]	poster	1996	2
Akyüz ve ark. [13]	makale	2001	2
Özkan ve ark. [24]	poster	2005	2
Kocabıyık ve ark. [25]	makale	2004	2
Mercan ve ark. [26]	makale	2005	5
Uzun ve ark. [27]	makale	2005	3
Cantürk ve ark. [28]	makale	2005	4
Kayım [29]	poster	2008	2
Erol ve ark. [30]	makale	2008	4
Varma ve ark. [31]	makale	2008	2
Gönül ve ark. [32]	makale	2008	2
Şahin ve ark. [33]	makale	2009	7
Doğanavşargil ve ark. [34]	poster	2009	2

Birincil olguların aldıkları tanılar sırasıyla: şizofreni %38.1 ($n=8$), paylaşılmış psikoz %28.6 ($n=6$), sanrısız bozukluk %9.5 ($n=2$), hafif tip şizoid reaksiyon %4.8 ($n=1$), akut paranoid sendrom %9.5 ($n=2$), paranoid tip psikoz %4.8 ($n=1$), psikotik bozukluk BTA %4.8 ($n=1$) iken; ikincil olgularda şizofreni %7.89 ($n=3$), paylaşılmış psikoz %78.94 ($n=30$), sanrısız bozukluk %5.26 ($n=2$), akut

paranoid sendrom %5.26 (n=2), başka türlü adlandırılmayan (BTA) psikotik bozukluk %2.63 (n=1) tanılarına rastlandı.

Hastaların zeka düzeyleri değerlendirildiğinde, birincil olguların %71.4'üne (n= 15) ait veri yoktu. Sınır zeka düzeyine sahip olanların oranı %14.3 (n=3) iken, %14.3'ü (n=3) zeka düzeyi normal sınırlardaydı. İkincil olguların ise zeka düzeyleri ile ilgili veri olmayanların oranı % 86.8 (n= 33) iken; sınır zeka düzeyine sahip olanlar %2.6 (n=1), mental retardasyonu olanlar %5.3 (n=2)'du. İkincil olguların %7.9'u (n= 3) normal zeka düzeyine sahipti. Birincil olguların %33.3'ünde (n=7) aile öyküsü hakkında bilgi elde edilememiştir. %19'unda (n=4) olguda aile öyküsü var iken, %47.6'sında aile öyküsü bulunmamaktadır.

Olguların %14.3'ünde (n=3) hastalığın paylaşılmış psikoz ortaklarından hangisinde daha önce başladığı hakkında bilgi elde edilememiştir. Olguların %71.4'ünde (n=15) birincil olguda belirtiler daha önce başlamış, %14.3'ünde ise belirtiler eş zamanlı başlamıştır.

Birincil olguların %33.3'ünde (n=7) tedaviye ilişkin bilgi bulunmamaktadır. %4.8'inde (n=1) antipsikotik tedavi olmadan düzelme, %14.3'ünde (n=3) antipsikotik tedavi ile tam düzelme, %33.3'ünde (n=7) antipsikotik tedavi ile kısmi düzelme, %4.8'inde (n=1) antipsikotik tedaviye yanıtızlık, %9.5'inde (n=2) ise tedavi reddi olduğu bulunmuştur. İkincil olguların %21.1'inde (n=8) tedaviye ilişkin bilgi bulunmamaktadır. %42.1'inde (n=16) antipsikotik tedavi olmadan düzelme, %13.2'sinde (n=5) antipsikotik tedavi ile tam düzelme, %2.6'sında (n=1) antipsikotik tedavi ile kısmi düzelme, %2.6'sında (n=1) antipsikotik tedaviye yanıtızlık, %18.4'ünde (n=7) ise tedavi reddi olduğu bulunmuştur.

Olguların bildirildiği dönemdeki psikiyatrik sınıflandırma sistemleri incelendiğinde; %61.9'u DSM-IV, %14. 'ü DSM-III-R'yi kullanmaktayken %23.80'inin ise hangi tanısal sistemin kullanıldığı bilinmemektedir.

Olguların Dünya Literatürü ile Karşılaştırması

Epidemiyolojik ve Sosyodemografik özellikler

Önceden de belirtildiği gibi paylaşılmış psikotik bozukluğun sıklık ve yaygınlığına ilişkin veriler çok azdır.[13] Olgu bildirileri giderek artmaktadır. Bozukluğun bilindiğinden daha yaygın olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır. Ülkemizdeki vakaların elbette sadece 21 olgudan ibaret olduğunu düşünmüyoruz. Bunun nedenleri karşılaşılan olguların bildirilmemesi, psikotik olguların ailelerinin değerlendirilmediği durumlarda bozukluğun atlanılma olasılığı ve bu tür hastaların daha nadir tedavi arayışına girmeleri olabilir. Karışan kişilerin sayısı arttıkça durumun görülme sıklığı azalmaktadır. Glassman ve ark. [7] bütün ailenin karıştığı yalnızca 20 olgu bulabilmişlerdir. Araştırmamızda ise olguların üçte biri folie a famille'ydı. Bunun nedeni, tüm aileyi kapsayan olguların daha az görülmelerinden dolayı daha fazla bildirilme eğiliminde olunması olabilir. Otoriter tutumun baskın olduğu geleneksel aile yapısı ülkemizin kırsal kesimlerinde hala yaygındır. Buna rağmen bu kadar az

olguyla folie a famille sıklığı ve geniş aile arasında bağlantı kurmamız şu an için mümkün görünmese de dikkate değer bir konudur.

Literatürde birincil olgunun daha yaşlı, eğitilmiş ve zeki olduğu, sanrıları paylaşan kişilerin edilgen özellikler taşıdığı bildirilmiştir. [11,15] Buna rağmen büyük olgu serilerinde birincil ve ikincil olgular arasındaki yaş farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. [11,12] Kanada’da yapılan bir çalışmada erkeklerle kadınların eşit oranda etkilendikleri, yaşlı ve genç vakalarda yaygınlığın eşit olduğu bulunmuştur. [14] Bizim derlemimizde de birincil ve ikincil olgular arasında yaş farkı anlamlı bulunmamıştır.

Tablo.2. Birincil ve ikincil olguların sosyodemografik özellikleri

	Birincil olgu N=21	İkincil olgu N=38
Yaş (ort±SD) (yıl)	33.1±15.8	30±14.1
Cinsiyet		
Kadın	%61.9 (n=13)	%71.1 (n=27)
Erkek	%38.1 (n= 8)	%28.9 (n=11)
Öğrenim Durumu		
İlköğretim	%38.09 (n= 8)	%34.21 (n= 13)
Lise	%14.28 (n= 3)	%21.05 (n= 8)
Üniversite	%19.04 (n= 4)	%5.26 (n= 2)
Bilgi yok	%28.57 (n= 6)	%36.84 (n= 14)
Meslek		
İşsiz,	%14.3 (n= 3)	%5.29 (n= 2)
Öğrenci	%19.0 (n= 4)	%23.64 (n= 9)
İşçi	%9.5'i (n= 2)	%7.89 (n= 3)
Memur	%14.3 (n= 3)	%2.63 (n= 2)
Serbest meslek	%9.5 (n= 2)	%2.63 (n=2)
Emekli	%4.8 (n= 1)	%2.63 (n= 2)
Ev hanımı	%9.5 (n= 2)	%21.05 (n=8)
Bilgi Yok	%19.0 (n= 4)	%34.23 (n= 13)

Lasègue ve arkadaşları bozukluğun yalıtılmış olarak yaşayan kadınlarda sık olduğunu bildirmiştir.[1,2] Kashiwase ve arkadaşları [8] kadın sayısının hem birincil hem de ikincil olgu olarak daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Mentjox ve arkadaşları [16] cinsiyet bilgisi veren olgular arasında birincillerin %72’sinin, ikincil olguların % 54’ünün kadın olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda da hem birincil hem ikincil olgularda kadın sayısı daha fazla olduğu için bu tanıma uymaktadır. Birincil ve ikincil olgular arasında cinsiyet farkı açısından fark bulunmamıştır. Gralnick [2] bunu kadınların toplumsal rollerinin daha kısıtlı olmasına, Mentjox [16] ise kadınların bakıcı kollayıcı rollere daha yatkın olmasına bağlamıştır. Bu iki durum ülkemiz için de geçerli olabilir. Gelişmekte olan ülkemizde kırsal alanlarda okuryazar olmayan geleneksel aile yapısı içinde sosyal açıdan yalıtılmış olarak yaşayan kadınlar olduğu bilinmektedir. Oysaki eğitilmiş kadınlarda da rahatsızlığın görülmesi bu durumla ilişkilendirilmektedir. Ayrıca en son geniş olgu bildirimlerinde ikincil kişinin

etkilenebilirliğini sadece cinsiyet farkıyla açıklamanın de istatistiksel olarak destek bulmamıştır.[11,12]

Risk Faktörleri ve Aile Öyküsü

Yakın ilişki, sosyal yalıtılmışlık, pasif kişilik, bilişsel bozulma, dil güçlükleri ve yaşam olayları risk faktörleri olarak bildirilmiştir.[7] Çalışmamızda olguların zeka düzeyleri ile ilgili veriler yetersizdi. Bu nedenle sadece klinik olarak şüphe edilen hastaların zeka düzeylerinin değerlendirilmiş olduğu kanısına vardık. Silveira ve arkadaşları [11] birincil ve ikincil olgularda aile öyküsünü %54.1 olarak bildirmiştir. Arnone ve arkadaşları [12] ise birincil ve ikincil olgularda ailesel yüklülük arasında fark olmadığını bildirmiştir. Çalışmamızda olguların üçte birinin aile öyküsü hakkında bilgi elde edilemedi. Olguların yaklaşık beşte birinde aile öyküsü olduğunu tespit ettik. Ancak üç bildirim dışında diğer tüm bildirimler aynı ailenin üyeleri olduğu için bu verilerle çalışmamızı önceki çalışmalarla karşılaştıramadık. Çalışmadaki olguların %38.1'inde (n=8) sosyal yalıtılmışlık risk faktörü olarak bildirilmişti. Bu sonuç değerlendirilen olgularda en fazla görülen risk faktörü olarak literatürle uyumludur. [8] Bu çalışmada olgularda duyuşsal özürler, serebrovasküler hastalık, serebral disfonksiyon ve alkol kullanımı gibi risk faktörlerine rastlamadık.

İlişkinin Doğası

Gralnick [2] en çok iki kız kardeş arasında görüldüğünü %34 oranında bildirmişken, 1942-1993 yılları arasındaki gözden geçirmede [11], anababa ve çocuk ikilisi daha fazla bulunmuştur (%31). Yazarlar evlatların %73.7 oranında ikincil olgu olmalarının, çocuklarda etkilenebilirliğin daha mümkün olmasından kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir. 1993-2005 arasındaki olguları içeren bir çalışmada [12] en geniş popülasyonun yasal olarak evli olan veya beraber yaşayan karı kocalar arasında olduğunu bildirilmiştir. Kashiwase ve arkadaşlarının [8] yaptıkları çalışmada, aile içindeki olguların %33'ünün eşler, %30'unun anne çocukta oluştuğu dikkati çekmektedir. Bunu %16 ile erkek kardeşler, %13 ile kız kardeşler izlemektedir. Japonya'da sadece bir baba-çocuk olgusu yayınlanmıştır. Tüm çalışmalarda olgular genellikle aynı aile içinden çıkmışlardır.[8] Aile üyeleri arasında daha yoğun görülmesi genetik yatkınlık olasılığını güçlendirirken, eşler arasında da fazla görülmesi bozukluğun çoğul etiyolojisi olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada olguların % 85.7'si aynı ailenin üyeleridir. Bu durum önceki çalışmaları desteklerken, diğer yanda da aile içinde kızkardeşler arasında en fazla görülmesi Gralnick'in [2] sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Ona göre belirgin özdeşim nesnesi annedir ve kızkardeşler arasındaki sanrı paylaşımında baskın olan kızkardeş annenin yerine geçen kişi olmaktadır. Ayrıca ülkemizdeki bildirimlerin üçte biri folie famille olgularından oluşmaktadır. Bu sonuçlar ülkemizdeki geleneksel aile yapısı içinde çok sayıda kardeş olması ve kimi zaman bir kardeşin diğerini büyütme yoluyla annenin yerine geçmesi gerçeğiyle uyum sağlamaktadır. Ülkemizdeki geleneksel aile yapısının kendine özgü kuralları vardır ve sıklıkla ayrılaşma bireyleşmeye yeterince izin vermez. Dolayısıyla başarılı bir tedavi için Akyüz ve

arkadaşlarının [13] önerdiği gibi fiziksel ayrımlaşmadan önce psikolojik ayrılmanın gerçekleşmesi önemlidir.

Klinik Belirtiler

Bu çalışmadaki 21 olgudan 8'inde varsanların paylaşıldığı bulunmuştur. Bunlar sırasıyla işitsel, görsel, taktıl ve koku varsanlarıdır. Klasik tanımlara algı bozuklukları dahil değildir. Oysa olgu bildirimlerini gözden geçiren çalışmalarda varsanlarında bildirilmesi, tanı ölçütlerinin yetersizliği tartışmasını güçlendirmiştir. Bu çalışmalarda, en sık işitsel sonra sırasıyla görsel ve somatik varsanların sık görüldüğü bildirilmiştir. [8,11,12] Somatik varsanların nadir görülen bir formu olan delüzyonel parazitoza (Ekbon Sendromu) ait olgu bildirimleri bulunmaktadır. [7] Bu nedenle çalışmamız tanı ölçütlerinin yetersizliği tartışmalarını desteklemektedir. Koku varsanlarının saptanmış olması az görülen bir bulgu olduğu için önemlidir.

Çalışmamızdaki tüm olguların yaklaşık yarısında (%45.9) perseküsyon sanrılarının paylaşıldığı belirlenmiştir. Bunu sırasıyla referans sanrılar, mistik sanrılar ve bizar sanrılar izlemektedir. Paylaşılmış psikotik bozuklukta en yaygın görülen psikotik belirtiler sanrılardır. En sık görülen sanrılar olarak da perseküsyon sanrıları ve grandiyöz sanrılar bildirilmektedir. [11,12] Kashiwase ve arkadaşları [8] ise en sık görülen sanrılar perseküsyon sanrıları ve dinsel sanrılar olarak bildirmişlerdir. En sık perseküsyon sanrılarının görülmesi diğer çalışmalarla uyumluyken, grandiyöz sanrıya rastlanmaması açısından diğer çalışmalardan farklılık göstermiştir. Folie à deux olgularına nadir görülen bazı sanrılar eşlik ettiği bilinmektedir. Örneğin Cotard sendromu, Capgras sendromu, Fregolisendromu, Koro, De Clerambault's, Ekbon sendromu gibi. [7] Çalışmamızda da, az sayıda olguda Capgras sendromu, Ekbon sendromu, büyüsel sanrılar, somatik sanrılar ve jaluzik sanrılarının paylaşıldığı belirlenmiştir.

Tanı

Bu gözden geçirmede, birincil olgular en sık olarak şizofreni tanısı (%38) alırken ikinci sırada paylaşılmış psikotik bozukluk tanısı (%28.6) gelmiştir. Silveira ve arkadaşları [11] tarafından 1942-1993 yılları arasında yapılan tüm literatürü kapsayan çalışmada en yaygın tanı şizofreni olup, onu affektif bozukluklar ve sanrısız bozukluk izlemektedir. Aynı çalışmanın devamı niteliğindeki 1993-2005 yıllarında yapılan olgu serisinde Arnone ve arkadaşları, birincil olgularda en yaygın tanının sanrısız bozukluk olduğu, onu şizofreni ve affektif bozuklukların izlediği bildirilmiştir.[12] Japonya'da Kashiwase ve arkadaşları [8] birincil olgularda en yaygın olarak görülen tanıları şizofreni (%60), paranoid reaksiyon (%18), akut psikotik bozukluk (%6) olarak bildirmişlerdir. Sonuçlarımız, Kashiwase ve arkadaşları [8] ile Silveira ve arkadaşlarının [11] sonuçları ile benzerdir.

Güncel tartışmalar, ikincil olgularda yüksek oranda psikopatoloji görüldüğünü oysa bozukluğun tanımında, ikincil olguda psikopatoloji olmaması gerektiği üzerine yoğunlaşmıştır.[11,12] Bizim çalışmamızda da ikincil olguların en sık paylaşılmış psikotik bozukluk (%78.9) ikinci sırada ise

şizofreni tanısı aldıkları dikkati çekmiştir. 1942-1993 arası olguları derleyen çalışmada ikincil olgularda ilk tanı %88.5, 1993-2005 arası olguları derleyen çalışmada ise %71.4 oranında folie à deux'dü.[11,12] Buna rağmen, diğer tanılar da hayli fazla görüldüğü bildirilmiştir. Örneğin, Arnone ve arkadaşlarının çalışmasında şizofreni 6 kat fazla bildirilmiştir. Onu depresyon, bilişsel bozukluk ve bipolar affektif bozukluk izlemektedir.[12] Benzer şekilde Silveira ve arkadaşlarının çalışmasında da ikincil olguların %89'unda ek tanı bildirilmiştir. Bu tanılar depresyon, demans ve mental retardasyon olarak bildirilmiştir.[11] Kashiwase ve arkadaşları ikincil olgularda birincil olgudan etkilenmeyle ortaya çıkan en yaygın tanıyı paranoid reaksiyon (%54) olarak bildirmiş, bunu şizofreni (%22) ve akut psikoz (%10) izlemiştir. [8] Porter ve arkadaşları ise [14] demans, depresyon ve mental retardasyonun ek tanısının sık olduğunu bildirmiştir. Bizim sonucumuz ikincil olgunun ruhsal açıdan normal olduğu iddiasını desteklememekte, Silveira ve arkadaşlarının [11] çalışmasına uymaktadır.

Tedavi

Tanı ölçütlerinin ışığında, yaygın tedavi olarak ikincil olgunun ayrılması tek ve yeterli yaklaşımdır. Ancak giderek biriken olgularda ikincil kişinin yalnızca birincil kişiden ayrılmasının yeterli olmadığına ilişkin kanıtlar artmaktadır.[12] İkincil olgular sıklıkla ayrılma ve diğer tedavi yaklaşımları ile birlikte birincil olgular kadar yoğun ilaç tedavisi almışlardır. Ayrılma çoğu zaman ikincil olgular için yeterli tedavi seçeneği olamamıştır. Enoch ve arkadaşları [7] olguların ayrılmasıyla ikincil olgudaki sanrılarının ortadan kalkmasını belirleyen faktörleri durumun süresi, sanrılarının doğası (ikincil kişi için psikolojik açıdan değer taşıyanlardan daha zor vazgeçilir), ikincil kişinin telkine yatkınlığı olarak bildirmişlerdir.

Çalışmamızda değerlendirilen bildirimlerde birincil olguların üçte birinde ikincil olguların ise beşte birinde tedavi ilişkin bilgiye rastlanmamıştır. Birincil olgularda, sadece bir olgu dışında tüm olgularda antipsikotik tedavi gerekli olmuş, ikincil olgularda ise olguların yaklaşık yarısı antipsikotik tedavi almadan düzelmişlerdir. Geri kalan ikincil olgularda antipsikotik tedavi gerekli olmuştur. Bu haliyle çalışmamızda antipsikotik tedavinin gerekli olup olmadığına yanıt vermek zordur. Ektanısı olmayan hastalar ayrılmaya daha iyi yanıt vermişlerdir.

Kısıtlılıklar

Bildirilen olgu sayısının azlığı gerekli karşılaştırmaları yapmak için engel oluşturmıştır. Geriye dönük değerlendirilen bildirimlerde bazı bilgilerin eksik olması veri kayıplarına neden olmuştur. Bildirimlerin yapıldığı yıla göre kullanılan farklı sınıflandırma sistemlerinin kullanılması bir diğer tanı güçlüğüdür. Örneğin psikotik bozukluklar şizofreni, hafif tip şizoid reaksiyon, akut paranoid sendrom, paranoid tip psikoz gibi ayrı tanılarla değerlendirilmiştir. Ayrıca ülkemizdeki olgulara ait bu sonuçlar sadece yayımlanmış olgulara ait olduğu için genellenemez.

Sonuç

Türkiye’den bildirilmiş paylaşılmış psikotik bozukluk olgularını değerlendiren bu gözden geçirme çalışmasının en önemli bulguları; bozukluğun kadınlarda daha sık görülmesi, olguların çoğunluğunun aynı ailenin üyeleri olması, en çok kız kardeşler arasında görülmesi, tüm aile üyelerinin etkilendiği olguların nispeten sık olmasıdır. Bu çalışmada en sık saptanan risk faktörü sosyal yalıtılmışlıktı. Olguların hiçbirinde grandiyoz sanrıların görülmemesi, sanrıların yanısıra varsanlarında olgular arasında paylaşılması ve bazı ikincil olgularda antipsikotik tedavinin gerekli olduğu şeklindeki bulgular diğer önemli saptamalardır. Bu gözden geçirmenin bazı bulguları diğer çalışmalardan farklılıklar göstermesine karşın, bütünü göz önüne alındığında batı ülkelerindeki tartışma ve saptamaları desteklemektedir.

Geleneksel aile yapısı, farklı aile içi dinamikler nedeniyle paylaşılmış psikotik bozukluk gelişiminde zemin yaratabilir. Paylaşılmış psikotik bozukluk psikososyal açıdan önemli değişim içinde olmakla birlikte tartışmalı konumda durmaya devam etmektedir. Kişiler arası ilişkinin bu en patolojik şeklini anlamada psikodinamik formülasyonlar, biyolojik faktörlerin araştırılması, yalıtılmışlık gibi risk faktörlerinin belirlenmesi, prognozla ilgili bilgiler için uzun izleme çalışmalarına gereksinim vardır. Bu nedenle her toplumda görülen her olgunun bildirilmesi, izlenmesi, benzer çalışmaların toplanması birikmesi bu sorulara bir ölçüde açıklık kazandırabilmek için önem taşımaktadır. Bu çalışmada bozukluğun toplumumuzdaki görünümünü gözden geçirerek mevcut literatüre katkıda bulunduğumuzu ve konuyla ilgili olgu bildirimlerinin önemine dikkat çekmiş olduğumuzu düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. Lasègue C, Falret J. La folie à deux (ou folie communiquée). Ann Med Psychol, 1877, 18: 321-355.
2. Gralnick A. Folie a deux- the psychosis of association: a review of 103 cases and the entire English literature, with case presentation. Psychiatr Quart 1942; 16:230-260.
3. Reif A, Pfulmann B. Folie a deux versus genetically driven delusional disorder: case reports and nosological considerations. Compr Psychiatry 2004; 45:155-160.
4. Wehmeier MP, Barth N, Remschmidt H. Induces delusional disorder. A review of the concept and an unusual case of folie a famille. Psychopathology 2003; 36:37-45.
5. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. (Çev. Ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev.: F. Çuhadaroğlu, İ.Kaplan, G.Özgen, MO Öztürk, M. Rezaki, B. Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını,1993 Ankara.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manuel Of Mental Disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
7. Enoch D, Ball H. Az rastlanır psikiyatrik sendromlar. (Çev. Büyükkal B). IX: Bölüm, 2002; s.235. Okuyan Us Yayınları İstanbul.

8. Kashiwase H, Kato M. Folie a deux in Japan: analysis of 97 cases in the Japanese literature. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96:231-234.
9. Scharfetter C. Symbiotische psychosen. Berne: verlag hans huber 1970.
10. Soni SD, Rockley GJ. Socio-clinical substrates of folie a deux. *Br J Psychiatry* 1974; 125:230-235.
11. Silveira JM, Seeman MV. Shared psychotic disorder: a critical review of the literature. *Can J Psychiatry* 1995; 40:389-395.
12. Arnone D, Patel A, Tan GMY. The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature. *Ann Gen Psychiatry* 2006; 5:11.
13. Akyüz G, Kuğu N, Doğan O. Paylaşılmış Psikotik Bozukluk: Bir olgu sunumu. *3P Dergisi* 2001; 9: 404-407.
14. Porter TL, Levine J, Dinen M. Shifts of dependency in the resolution of folie a deux. *Br J Psychiatry* 1993; 162:704-706.
15. Manschreck TC. Delusional disorder and shared psychotic disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ (editors). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed, Baltimore: Williams & Wilkins, 2000:1243-126.
16. Mentjox R, van Houten CA, Kooiman CG. Induced psychotic disorder: clinical aspects, theoretical considerations, and some guidelines for treatment. *Comp Psychiatry* 1993; 34:120-126.
17. Songar A, Adam E. Şizofren ikiz kardeşler. *Symposium* 1962; 1:40-45.
18. Adam E, Akkök İ. Telkinle ortaya çıkan psikotik tablolar (Folie a deux). *Nöropsikiyatri Arşivi* 1972; 9:28-36.
19. Özbay H, Öztürk E, Göka E . Folie Á famille: Çok ender rastlanılan bir sanrıya katılma bozukluğu. 24. Ulusal ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Serbest Bildiriler Kitabı 10-23 Eylül 1988 GATA-Ankara.
20. Alpay N, Saygılı S, Hanoğlu L, Şuvağ M, Beyazyürek M. Bir olgu nedeniyle folie a famille. *Düşünen Adam* 1991; 4:20-21.
21. Zileli L, Çuhadaroğlu F, Orhon A. Folie a famille ve ayrışma-bireyselleşme. *Türk Psikiyatri Derg* 1992; 3:3-8.
22. Özmen M, Cığeroğlu B, Ertan T, Tanman Ç, Arıcı A, Eker E. Bir vak'a dolayısıyla folie a deux. *Yeni Symposium* 1993; 31:33-38.
23. Kıvrıkcı B, Alptekin K, Akın T, Tunca Z (1996) 32. Ulusal Psikiyatri Kongresi. 25-28 Eylül 1996 GATA- Ankara Kongre Özet Kitabı, s.115.
24. Özkan M, Kıvrak A, Özkan S. Paylaşılmış psikotik bozukluk; Bir "folie a deux" olgusu. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Psikosomatik Tıp* 2002-2004. (ed). Sedat Özkan. Serbest bildiriler 2004, 2005 İstanbul, s.653-655.
25. Kocabıyık A, Karşıdağ Ç, Çiğirli G, Kükürt R, Alpay N. Bir olgu nedeniyle folie a deux. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2004; 17:228-233.
26. Mercan S, Ögütçen Ö, Altunay İK, Karamustafaloğlu O. Folie á famille ve delüzyonel parazitöz: olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2005; 15:71-78.
27. Uzun Ö, Ceran A, Özşahin A. Folie a trois: olgu sunumu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2005; 15:27-30.
28. Cantürk G, Aliustaoglu S, Ergezer Y, Oral G. İki olgu nedeniyle paylaşılmış psikotik bozukluk. *Adli Psikiyatri Dergisi* 2005; 2:17-21.
29. Kayım M. Folie a' deux: Bir olgu sunumu. 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Anksiyete Sempozyumu, 14-19 Ekim 2008 Antalya, Kongre özet kitabı s:154.
30. Erol A, Ersoy B, Gülpek D, Mete L. Paylaşılmış psikozu olan bir aile: Olgu sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9: 261-264.

31. Varma G, Duvar H, Karadağ F. Monozigot ikiz kardeşlerde paylaşılmış psikotik bozukluk (Folie a Deux). Türkiye'de Psikiyatri 2008; 10:131-134.
32. Gönül M, Kılıç A, Soylu S, Gül Ü, Aydemir Ç, Koçak O. Folie a deux, diagnosed by delusional parasitosis. Eur J Dermatol 2008; 18:95.
33. Şahin EMÖ, Sevim ME, Belene A, Yurt E. Hezeyanları ve halüsinasyonları altı aile üyesi tarafından paylaşılan bir paranoid şizofreni vak'ası. Yeni Symposium 2009; 47:45-51.
34. Doğanavsargil Ö, Cinemre B, Şimşek Ş, Birsöz S. Folie á deux: bir olgu sunumu. Poster bildirisi. 1-5 Nisan 2009 Gazi İnteraktif Günleri Kıbrıs.