

# Hezeyanları ve Hallüsinasyonları Altı Aile Üyesi Tarafından Paylaşılan Bir Paranoid Şizofreni Vak'ası

E. Müjgan Özen Şahin\*, Meltem Efe Sevim\*, Ali Belene\*, Erdal Yurt\*\*

\* Uzm. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Uzman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

\*\* Uzm. Dr., Adana Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Yazışma Adresi:

Müjgan Özen Şahin

Prof. Dr. Mazhar Osman Uzman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Telefon: +902125436565/1602

GSM: +905054509764

E-posta: mujkan76@yahoo.com

## ÖZET

Paylaşılmış psikotik bozukluk (PPB), ilk kez Lasegue ve Falret tarafından "folie a deux" olarak da adlandırılmış bir bozukluktur. Klinikte nâdiren tanınan ve genellikle paranoid bozukluklarla birlikte anılan bu sendrom, endüklenmiş psikoz (endüklenmiş paranoid bozukluk), endüklenmiş psikotik bozukluk, endüklenmiş hezeyanlı bozukluk, çifte delilik olarak da bilinmektedir. O sırada yerleşik bir hezeyanı olan kişi ya da kişilerle yakın ilişki çerçevesindeki bir bireyde hezeyan gelişmesi olarak tanımlanır. Sıklıkla biri dominant (aktif), diğeri pasif iki kişide görülür, ancak esas öznenin üç, dört, beş kişiye (*folie á trois*, *folie á quatre*, *folie á cinq*) ve hatta bütün aileye (*folie á famille*) genişleyebilir.

Paylaşılmış psikotik bozukluğun nâdir görüldüğü bilinmekle beraber, insidans ve prevalansına dair bilgiler azdır ve konuyla ilgili literatür bilgileri vak'a sunumlarıyla sınırlıdır. Bununla birlikte bu sendromun yazarların belirttiklerinden çok daha sık görüldüğü de kesindir. DSM-IV-TR ve ICD tanı kriterleri paylaşılmış psikotik bozukluk için hezeyanların paylaşımını zorunlu kılmakta, hallüsinasyonların paylaşımı ise tanıda göz önüne alınmamaktadır.

Bu yazıda hezeyan ve hallüsinasyonları altı aile üyesi tarafından paylaşılan bir paranoid şizofreni olgusu literatür ışığında tartışılmakta, tanıda sıkça atlanabilen bu tablonun daha geniş belirtiler yelpazesinde değerlendirilebileceği öne sürülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** paylaşılmış psikotik bozukluk, folie a deux, folie a famille, DSM-IV TR, endüklenmiş psikoz

## ABSTRACT

### A Case of Paranoid Schizophrenia Whose Delusions and/or Hallucinations are Shared By Six Family Members

Shared psychotic disorder is a rare condition also known as "folie à deux". This rarely diagnosed clinical entity is usually associated with paranoid syndromes and sometimes named as induced psychosis (induced paranoid disorder), induced psychotic disorder, induced delusional disorder. It is characterized by the development of a delusion or hallucinations in an individual in the context of a close relationship with another person, who already has an established delusion. The disorder is characterized by the transfer of delusions from one person to another and most commonly involves two people, a dominant and a submissive one. Both people are usually in close relationship for a long time and typically live together in relative social isolation. Cases involving more than two individuals are considered to be extremely rare and have been called folie a trois, folie a quatre, folie a cinq, folie famille and so on. The case to be presented here is about a female patient diagnosed as schizophrenia (paranoid type) according to the DSM-IV diagnostic criteria and whose delusions and hallucinations are shared by six family members.

We suggest that delusions are not the only symptom cluster to be shared in "shared psychotic disorder"... it should be kept in mind that a broader symptom scale might be involved in such disorders as well as a wider number of people.

**Keywords:** shared psychotic disorder, folie a deux, folie a famille, DSM-IV TR, induced psychosis

## GİRİŞ

Paylaşılmış psikotik bozukluk, bir kişide daha önceden var olan hezeyanların onunla yakın ilişki içerisinde olan kişi veya da kişilerde de ortaya çıkması şeklinde tanımlanabilir (Saddock ve Saddock 2004).

Lasegue ve Falret bu fenomeni ilk kez, "birincil" bir kişinin hezeyanlı düşüncelerinin yakın ilişkide olduğu bir veya daha fazla "ikincil(ler)" e aktarımı olarak tanımlamışlar ve "Folie a deux" olarak isimlendirmişlerdir (Arnone ve ark. 2006). İlk tanımlandığı dönemden beri ilgi çekici bir kavram olarak değerlendirilen Folie a deux (Arnone ve ark. 2006) kimilerine göre insan psikopatolojisini anlayabilme yolunda merak uyandıran bir rehber, kimilerine göre ise patolojik insan ilişkisinin en etkileyici örneklerindedir (Mansfield 2005).

Klinikte nâdir görülen ve genellikle paranoid bozukluklarla birlikte anılan bu sendrom, Folie á deux, endüklenmiş psikoz (endüklenmiş paranoid bozukluk), endüklenmiş psikotik bozukluk, endüklenmiş hezeyanlı bozukluk, çifte delilik olarak da bilinmektedir. ICD-9'da endüklenmiş psikoz (folie á deux, endüklenmiş paranoid bozukluk), DSM-III'te paylaşılmış paranoid bozukluk, DSM-III-R'de endüklenmiş psikotik bozukluk olarak geçen isimler, DSM-IV'te paylaşılmış psikotik bozukluk olarak değiştirilmiştir. Bu değişiklik paranoid terimini kullanmamak ve böylelikle durumu herhangi bir öngörülen neden veya mekanizmayla ilişkilendirmeden tanımlamak için gösterilen çabanın sonucudur. Buradaki amaç nâdiren görülen bu sendromla, daha sık görülen diğer psikotik bozukluklar, psikotik özellikli duygudurum bozuklukları ve genel tıbbî duruma bağlı psikotik bozukluklar arasındaki sınırı belirlemektir (Saddock ve Saddock 2004, Enoch ve Ball 2002).

Folie á deux, kısaca ruhsal semptomların, özellikle paranoid hezeyanların bir veya daha çok kişiye aktarıldığı birkaç sendromu içerir. Aktarılan, yâni semptomları paylaşan aktarıcıyla, yâni hasta kişiyle çok yakın bir ilişki içindedir, öyle ki o veya onlar da aynı hezeyanî fikirleri paylaşmaya başlar(lar) (Enoch ve Ball 2002, Köroğlu ve Güleç 1998). Aktarılanın, endüklenmiş hezeyanının ortaya çıkmasından önceki dönemde psikotik bir bozukluğunun olmaması şarttır. Burada önceleri görel olarak sağlıklı bir kişinin, çok yakın ilişki içerisinde bulunduğu bir hasta kişinin etkisinde kalarak hastalanması ve etkilendiği kişinin hezeyanlarına benzer hezeyanlar geliştirmesi, bu hezeyanları sorgulamadan kabul etmesi söz konusudur (Saddock ve Saddock 2004). Durum genellikle iki kişiyi ilgilendirir, ancak esas öznenen üç, dört, beş kişiye (*folie á*

*trois, folie á quatre, folie á cinq*) ve hatta bütün âileye (*folie á famille*) genişleyebilir (Köroğlu ve Güleç 1998, Kaustubh ve ark. 2006).

Literatürde bu bozukluğu belirtmek için kullanılan diğer isimler "bulaşıcı çılgınlık, bulaştırılmış çılgınlık, birliktelik psikozu, çifte çılgınlık"tır. Marandon de Montyel "Folie á deux"yü, *folie simultanée, folie imposée, folie communiquée* gibi üç alt gruba ayırmış, daha sonra bu alt gruplara *folie induite* dördüncü bir grup olarak eklenmiştir (Köroğlu ve Güleç 1998, Kaustubh ve ark. 2006, Wehmeir ve ark. 2003). "Kabûl ettirilmiş, dayatılmış delilik" olarak da bilinen, *folie imposée en* sık görülen tiptir. Primer psikozu olan kronik hasta, yakın ilişki içerisinde olduğu daha kolay etkilenen kişiye hezeyan ya da hezeyanlarını bulaştırır. Primer hasta ilişkide baskın olan kişiyken, sekonder vak'a çoğunlukla ona bağımlı yaşayan, daha az zeki, daha pasif ve kendine daha az güvenen birisidir. Sekonder vak'a, baskın olan bireyden ayrıldığı zaman sıklıkla hezeyanlarından da kurtulur. Daha nadir görülen bir alt tip olan *folie simultanée* eş zamanlı delilik olarak da bilinir ve uzun süre yakın ilişkide bulunmuş iki kişinin eşzamanlı, fakat birbirlerinden bağımsız ve benzer hezeyanlarla giden psikotik atak geçirmeleriyle karakterizedir. Baskın bir eş gerekliliği yoktur ve ayrılık çoğunlukla terapötik etkili değildir (Sachs 1998). *Folie communiquée*, (aktarılmış, bulaştırılmış) delilik de yakın ilişki içindeki iki kişide ortaya çıkar, fakat hezeyanların içeriği her ne kadar ilk dönemde aynısı da ilerleyen süreçte bunlar birbirlerinden bağımsız hale gelerek, taze bir sanrısız içerik kazanırlar. *Folie communiquée*'nin bir varyantı olarak kabul edilen, *folie induite* zâten hezeyanları olan bir kişinin, yakın ilişkide bulunduğu ve hezeyanları olan bir diğer kişinin hezeyanlarıyla, hezeyanlarını zenginleştirmesidir. Nâdiren görülmekle birlikte, özellikle hospitalize edilmiş hastalarda dikkat edilmesi gereken bir nokta olabilir (Enoch ve Ball 2002).

Paylaşılmış psikotik bozukluğun nâdiren görüldüğü bilinmekle beraber, insidans ve prevalansına dâir bilgiler azdır ve konuyla ilgili literatür bilgileri vak'a sunumlarıyla sınırlıdır. Kadınlarda erkeklerden, alt sosyoekonomik gruplarda üst sosyoekonomik gruplardan daha sık görülür. Paylaşılmış psikotik bozukluğun etiyojisi ile ilgili kalıtımsal, biyolojik, psikodinamik pek çok etmen ortaya atıldıysa da etiyojisi ile ilgili kesin bilgiler ve bu doğrultuda ayrıntılı çalışmalar yoktur (Köroğlu ve Güleç 1998, Mentjox ve ark. 1993). Yaşlılık, düşük zekâ, duyuşsal özürlü, serebrovasküler hastalıklar, serebral disfonksiyon (Christodoulou ve ark. 1995, Wehmeir ve ark. 2003 ) ve alkol

kötüye kullanımı bu özel psikotik bozukluk türüyle ilişkili bulunmuştur. İdiyopatik psikozlara genetik yatkınlık da muhtemel bir risk faktörü olarak öne sürülmüştür (Saddock ve Saddock 2004). Bununla birlikte, bu bilgileri doğrulayan çalışma sonuçları yoktur. Hollanda’da, 1974–1993 tarihleri arasında yayınlanan Folie á deux vak’aları üzerinde yapılan bir literatür taramasında dominant (primer, endükleyen) vak’anın genellikle “şizofren” olduğu sonucuna varılmış, ancak bunun dışında eşlikçiyle (sekonder, endüklenen vak’a) ilgili bir genetik yatkınlığın söz konusu olmadığı belirtilmiştir. Bunlara ek olarak, paylaşılmış psikotik bozukluğun sirküler karakterine ve ilişkilerdeki rol değişimine bağlı olarak dominant vak’a ile eşlikçi ayrımının zor olduğu, DSM-III-R kriterlerinin bu anlamda tekrar gözden geçirilmeleri gerektiği öne sürülmüştür (Mentjox ve ark. 1993).

### KLİNİK ÖZELLİKLER

Sendromun klinik özellikleri şöyle sıralanabilir:

● Birbirlerine çok yakın ve sıklıkla dış ortamdan yalıtılmış olarak yaşayan iki veya daha fazla kişinin paylaştıkları hezeyanlar vardır.

● Hezeyanlar genellikle kötülük görme ve hipokondriyak içeriklidir.

● Kişilerden sâdece birinde tanı konulabilecek psikiyatrik bir hastalık vardır ve bu genellikle şizofreni olmakla birlikte affektif bir bozukluk, hezeyanlı bozukluk da olabilir. Bu kişi, “birincil hasta”, “asıl”, “başlatıcı” olarak ifâde edilirken etkilenen kişiye “ortak”, “alıcı” veya “eşlikçi” denir.

● Yeterince uzun süre ayrılıp görüşmediklerinde ikinci kişinin yâni eşlikçinin hezeyanları ortadan kalabilir.

● Sıklıkla aralarında kan bağı bulunan kişilerde görülür (American Psychiatric Association 2000, Silveira ve ark. 1995, Kaustubh ve ark. 2006). Vak’aların %95’inden fazlası aynı âilenin iki bireyidir. Özellikle iki kız kardeş tutulumu çoktur. Bunun dışında, anne-çocuk birlikteliğinin, baba çocuk birlikteliğinden daha sık olduğu bilinmektedir. Kan bağı olmayanlar arasında karı-koca birlikteliği en yaygındır. Yine baba oğul, iki erkek kardeş, kız ve erkek kardeşler, kan bağı olmayan hastalar ve dostlarda görülen paylaşılmış psikotik bozukluğa dâir vak’a sunumları da vardır (Becer 1993, Enoch ve Ball 2002).

1942–1993 yılları arasında paylaşılmış psikotik bozuklukla ilgili yayınlı değerlendiren bir gözden geçirme yazısında ilginç sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bu verilere göre sâdece “birincil hasta” veya “başlatıcının” değil, aynı zamanda “eşlikçinin” yâni hezeyanla-

rı paylaştığı düşünülen ve temelde psikopatolojisi olmadığı varsayılan kişinin de psikiyatrik morbidite düzeyi ve psikiyatrik hastalık açısından âilevi yükünlüğü yüksektir. Bu bağlamda birincil hasta, zâten hayatının herhangi bir döneminde herhangi bir nedenle psikotik bir hecme geçirecek olan “eşlikçi” de “geçici psikotik bir hecme” gelişimi için tetikleyici rol oynamaktadır (Arnone ve ark. 2006). İkiliyi ayırmanın her zaman “eşlikçi” olduğu düşünülen vak’ada iyileşme ile sonuçlanmadığını gösteren vak’a sunumları bu görüşü desteklemektedir (Patel ve ark. 2004). Yine bu görüş psikotik bozukluğun paylaşılması durumlarında dahi genetik bir yatkınlığın söz konusu olduğu iddialarıyla paraleldir (Patel ve ark. 2004).

Yine sağlıklı annenin oğlu ve kızı arasında hezeyan paylaşımını tetikleyici bir rol oynadığını öne süren vak’a sunumu paylaşılmış psikotik bozukluk etiolojisinin ve klinik görünümünün güncel bilgilerimizin ötesine taşıdığı işaret etmektedir. Bu vak’a sunumunda hezeyanların doğru olduğuna inanmasa da kızının hezeyanlarına inanmış ve onları destekler gibi davranan annenin etkisinde yoğun paranoid hezeyanlar geliştiren 23 yaşında bir erkek hasta anlatılmaktadır. Anneden ve abladan ayrıldıktan sonra hezeyanlarında hızla toparlama görülmüş, özellikle annenin davranış tarzı değiştikten sonra hatanın belirgin olarak düzeldiği tespit edilmiştir. Bu vak’a baskın özellikleri olan psikotik hastaya bağımlı yaşayan birinin onun hezeyanlarını paylaşmasından farklı olarak, çok da baskın olmayan psikotik hastanın hezeyanlarının baskın anne tarafından paylaşılmasında desteklenmesi sonucu, hezeyanları kardeşine aktarmasını anlatmaktadır (Salganık ve ark. 2006).

Kanada’da yapılan bir çalışmada, a) erkeklerle kadınların eşit oranda etkilendikleri, b) yaşlı ve genç vak’alarda eşit prevalansın olduğu, c) paylaşılmış psikoz vak’alarının çoğunlukla (%90.2) evli çiftler, kardeşler ve anne-çocuk ikilileri arasından çıktığı, d) komorbid demans, depresyon ve mental retardasyonun sık olduğu, e) hallüsinasyonların sık olduğu, f) eşlerin büyük kısmının sosyal olarak izole edilmiş oldukları sonuçlarına varılmıştır (Porter ve ark. 1993). DSM-IV-TR tanı kriterlerinde yakın ilişkide bulunan iki kişide hezeyan gelişmesi paylaşılmış psikotik bozukluk için tanı kriteri olarak yer alırken, sözü edilen çalışmadaki hallüsinasyonların paylaşımı konusuna değinilmemektedir (American Psychiatric Association 2000).

Etkilenen çiftlerin ilişkileri hemen her zaman hükmetme ve boyun eğme tarzındadır. Baskın olan genellikle ilk hastalanandır. Baskın oluşu dışında daha zorlayıcı bir kişiliği vardır, daha zekidir, daha eğitilidir,

**Tablo1: Aile Bireylerince Paylaşılan Psikotik Bulgular**

	İşitsel hallüs.	Görsel hallüs.	Taktıl hallüs.	Perseküsyon hezeyanı	Hezeyanlı idrak	Kontrol edilme hezeyanı	Mistik hezeyan	Hezeyanlar doğrultusunda davranışlar
Hasta	+++	+++	+	+++	+++	+++	+++	+++
Anne	++	+++	++	+++	++	---	+++	+++
Baba	---	+++	++	+++	++	---	+++	++
İkiz kardeşler	---	++	---	++	++	---	++	---
Halakızı	---	+	---	+	++	---	+	---
Halakızının oğlu	---	+	---	+	++	---	+	---

boyun eğen ortağın daha üstün gördüğü biridir. Boyun eğen ortak ise, hastalık öncesi bozuk bir kişilik yapılanmasına ilişkin örnekler gösteren, aşırı bağımlı ve telkine yatkın, önceki yıllarda nörotik özellikler gösteren, sıklıkla içe kapanık, kuşkucu, utangaç ve bâzen kolay sinirlenebilir ve çökkün yapıdadır (Enoch ve Ball 2002, Patel ve ark. 2004).

Bozukluğun doğası, psikotik bozukluğu paylaşan boyun eğen eşliğin (ikinci kişi), dominant vak'adan (primer kişi), ayrıldığında psikotik semptomlarının geçmesini gerektirir. Sıklıkla semptomları paylaşan vak'anın da psikotik bulguları için primer vak'a gibi antipsikotiklerle tedaviye ihtiyacı vardır. %10-%40 civarında remisyon oranlarından söz edilebilir. Genellikle vak'alar aynı evde yaşayan aile bireyleri olduklarından, hospitalizasyon sonrası evde bir araya geldiklerinde sık sık relapslar görülmektedir. Aynı yaşadıkları sürece psikotik semptomları paylaşan kişi çoğunlukla remisyona girerken, birliktelik sürecinde büyük olasılıkla asıl vak'aya benzer bir prognozu da paylaşacaktır. Etkilenen kişinin dominant ve hasta olan vak'adan ayrılmasıyla, ikinci vak'ada ortaya çıkan iyilik hâli sâdece terapötik açıdan değil, diyagnostik açıdan da önemlidir. Ayrılmadan sonra, etkilenen olduğu düşünülen vak'ada psikotik bulguların kaybolması, paylaşılmış psikotik bozukluk tanısını güçlendirir (Enoch ve Ball 2002, Köroğlu ve Güleç 1998).

Bağımlı ilişkilerde, zaman zaman psikoza paylaşan eşin bağımlılığının psikotik kişiden bir başkasına kaydırılması terapötik etki yaratsa da, tercih edilen genellikle eşin bağımsızlığıdır. Bir vak'a sunumunda, karısının hezeyanlarını paylaşan bir adamın, bağımlı olduğu kişi artık eşi değil de annesi olmaya başlayınca psikotik bulgularının tamamıyla geçtiği bildirilmiş-

tir (Porter ve ark. 1993).

#### VAK'A SUNUMU

29 yaşında, bekâr, yüksekokul mezunu, âilesi ile birlikte Fransa'da yaşayan, 2 yıldır çalışmayan bayan hasta. 10 aydır kendisine büyü yapıldığını, üzerine cinlerin yollandığını, bu cinlerin içine girerek vücudunu kontrol ettiklerini söylemesi ve özellikle dilinde, boynunda olmak üzere tüm vücudunda kasılma şikâyetlerinin olması nedeniyle başvurduğu bir medyumun yönlendirmesi ile âilesi tarafından getirilen hasta, tetkik ve tedavi amacıyla hospitalize edilerek servisimizde 3 ay takip edildi.

Hastadan alınan ilk anamnezde 10 ay önce banyoda suyun içinde gölgeler gördüğünü, "annene vur, burnunu kır" diyen tanımadığı erkek ve kadın sesleri duyduğunu, bu gölgelerin ve seslerin cinlere âit olduğunu düşündüğünü belirtiyordu. Daha sonra sol elinin sertleştiğini, boynunda ağrı olduğunu, ayaklarını hissetmediğini, vücudunda yaygın kasılmalar olduğunu belirten hasta, bir yere gitmek istediğinde cinlerin kendisini yönlendirdiklerini, hareketlerini yönettiklerini, kendi vücudunu kullanarak farklı dillerde konuştuklarını söylüyordu. Bu cinlerin 10 ay önce kendisi ile evlenmek isteyen bir akrabasını reddettiği için, kendisi ve âilesini öldürmek amacı ile gönderildiğini, 13 tâne iken bir medyum tarafından 12 tânesinin çıkarıldığını, kalan diğer cinin mavi cin olarak kendisini öldürmek üzere vücudunda bulunduğunu ifâde ediyordu. İhtiyar bir erkek sesinin kendisini ölümle tehdit ettiğini ve bu sesin içinde var olan cine âit olduğunu söylüyordu. Cinler Fransa'daki evlerinde tüm aile bireylerinin gördüğü tuhaf sinek ve örümcekler şeklinde vücuduna yaklaşmışlar ve içine girmişlerdi.

## Âile ile görüşme

**Anne** ifâdesinde “kızlarının evlenmesine izin vermedikleri akrabalarının onlara büyü yaptıklarını, tüm âileyi öldürmek üzere cinler yolladıklarını” belirtti. “En soğuk havalarda bile camlarda tuhaf sinekler, örümcekler beliriyor, bunlar eve girerek kızının vücudunu istilâ ediyordu. Bu cinler kızının vücudunu kontrol altına alarak 15 dilde ve değişik seslerde konuşuyor, yazılar yazdırıyorlardı. Farklı dinlerden olan bu cinlerin kendisini ve eşini geceleri uyumayıp dua ettikleri için etkileyemediklerini ifâde ediyordu. Bir gece oğlu ve eşi ile birlikte kızlarının vücuduna bir cinin girişine tanık olmuşlar, kızlarının yatar hâlde yerden 20–30 cm yükseldiğini görmüşlerdi. Cinlerden kurtulmanın Fransa’da yaşadıkları bölgede mümkün olmadığını bilen âile, kızlarını Türkiye’ye getirmiş, ünlü bir medyum cinlerden kurtulmalarına yardımcı olmuştu. Medyumun bu cinleri çıkarttığı sırada 12 cin sırayla kızının vücudundan çıkarak kendi elini tutmuş, kendisinden yemek istemiş, o da dua ile onları cinler âlemine uğurlamıştı. Ancak 13. Mavi cin içeride kalmıştı.”

**Baba** ifâdesinde “akrabalarının kendilerine papaz büyü yaptığını, bir mezarlıkta dinî olduğunu düşündükleri bir törenle 13 kedi keserek kanını akıttıklarını, böylelikle cinleri yönetebildiklerini söylüyordu. Ayrıca evi saran tuhaf sinek ve örümcekleri kendisinin de gördüğünü belirtiyor, sürekli olarak kulağına bir şeyler sokulup çıkarıldığından, omuzlarında yılan geziyormuş gibi hissettiğinden, tüm kıyafetlerinde domuz yağı olduğundan” bahsediyordu.

Hasta ve ebeveyni o sırada Fransa’da bulunan çift yumurta ikizi erkek ve kız kardeşlerin de örümcek ve sinekleri gördüklerini, hastanın vücudunu kullanarak cinlerin konuşmalarını duyduklarını, hastanın yerden yükselişini gördüklerini ifâde ediyorlardı. Türkiye’de buldukları kısa süre içerisinde âile ile iletişimde olan halakızı ve onun oğlunun da büyü yapıldığına inandıkları, cinlerin hastayı kullanarak değişik dillerdeki konuşmalarına tanık oldukları, çizilen şekilleri ve tuhaf örümcekleri gördükleri öğrenilmiştir.

Hospitalizasyon süreci içerisinde yapılan psikiyatrik muayenesi, gözlemleri, uygulanan Rorschah, IQ ve Bender Gestalt testlerinin değerlendirilmesi sonucunda hastaya “Paranoid Şizofreni” tanısı konmuştur. Ayrıca genel tıbbî durumun dışlanması amacıyla yapılan nörolojik muayene ve tetkiklerinde, dâhilî muayene ve rutin tetkiklerinde herhangi bir patoloji tesbit edilmemiştir.

Âileden alınan öyküde âilenin diğer bireylerinde primer psikiyatrik hastalık öyküsü belirtilmemiştir.

Annenin hastalığı çok yoğun ve uzun bir süre paylaşması nedeniyle anne de psikiyatrik değerlendirmeye alındı. Yapılan zekâ testinde annenin IQ sonucu 67 olarak bulundu. Ancak kızının hastalığını reddettiği gibi, ziyaret yasağını da çoğu kez delen anne kendisi için önerilen tedaviyi kabûl etmedi, kızı ile görüştüğü sürece semptomları daha çok hezeyan düzeyinde devam etti.

Anne dışındaki hastalık paylaşımı olan diğer üyelerde, hastadan ayrıldıktan kısa süre sonra semptomlarda belirgin bir düzelme görüldü ve içgörüsü gelişti.

Âile bireyleri arasındaki etkileşime bakıldığında, hastamız âiledeki tek yüksek okul mezunu olup, evin geçimini de sağlayan asıl kişiydi. Bütün âilenin hastaya hayranlık derecesinde sevgileri vardı. Diğer yandan, hastamızın da âilede anneye yakınlığı diğer üyelerden daha fazla idi. Âile yabancı bir ülkede kendi kültürlerini değiştirmeden kapalı bir şekilde yaşıyordu. Dış yaşamla tek bağlantıları hastamız idi.

Âile bireylerince paylaşılan psikotik semptomlar Tablo 1’de özetlenmiştir.

## TARTIŞMA

Yukarıda da belirttiğimiz gibi, “Folie á deux” ile ilgili bilgilerimiz daha çok vak’a sunumlarıyla sınırlıdır. Bununla birlikte bu sendromun yazarların belirttiklerinden çok daha sık görüldüğü de kesindir. Birçok vak’anın tanınmadan geçildiği görüşü gittikçe daha fazla desteklenmektedir. Bunun nedeni, bu tür hastaların nâdiren tedavi arayışına girmeleri ve psikotik olduğu fark edilen hastaların âilelerinin değerlendirilmesinin ihmâl edilmesidir (Cantürk ve ark. 2005, Enoch ve Ball 2002).

DSM-IV diyagnostik kriterlerini de kapsayan klinik özelliklerde dikkati çeken belirgin unsur, paylaşılan psikotik semptomların hezeyanlardan ibâret olduğunun kabûl görmüş olmasıdır. DSM-IV-TR ve ICD tanı kriterleri paylaşılmış psikotik bozukluk için hezeyanların paylaşımını zorunlu kılmakta, hallüsinasyonların paylaşımı ise bu tanıda göz önüne alınmamaktadır (American Psychiatric Association 2000, World Health Organisation 1992, Köroğlu 2001).

Polonya’da yıllardır birlikte yaşayan üç kardeşten ikisinin aynı görsel hallüsinasyonları paylaştığına dâir yayınlanan bir vak’a sunumu genel paylaşılmış psikotik bozukluk tanı kriterlerinin dışına çıkmaktadır. Bu, bizim vak’amızda belirttiğimiz hallüsinasyon ve hezeyanların birlikte paylaşımına dâir verileri desteklemektedir. Polonya’da yayınlanan vak’ada ilk olarak hallüsinasyonları ortaya çıkan kız kardeşin muhtemelen organik kaynaklı görme hallüsinasyonları mevcut-



ken, ikinci kız kardeşin “endüklenmiş” hallüsinasyonları olduğu düşünülmüştür (Kujawski 2000). Yine Macaristan’da yayınlanan bir yazıda alkolik hallüsinozu olan bir vak’anın eşinde ortaya çıkan “endüklenmiş” hallüsinasyonlardan söz edilmekte ve “Folie á deux hallucinatoire” (endüklenmiş halusinatuvar psikoz)’un nozolojik yeri tartışılmaktadır (Tenyi ve ark. 1999). Avusturya’dan yayınlanan bir vak’a sunumunda da paranoid hallüsinatuvar psikozu olan bir hastanın karısında ortaya çıkan benzer semptomatolojiden söz edilmektedir. Literatürde söz edilen pek çok vak’adan farklı olarak, burada eşlikçi primer hastanın yorum yapan sesler ve karşılıklı konuşan sesler gibi işitme hallüsinasyonlarını da paylaşmaktadır (Danderfer ve ark. 1997). Var olan DSM-IV ve ICD-10 tanı kriterlerine göre her iki vak’anın da işitme hallüsinasyonlarının doğası gereği şizofreni tanısı almaları gerekirdi. Bu nedenle hallüsinasyonların varlığı bu tip tanı sistemlerinde belirli bir tanıya özgü olmamalı, nozolojik olarak da spesifik olmayan semptomlar arasında değerlendirilmelidir. Tartışmaların sonunda, hallüsinasyonların çok boyutlu bir tanısal süreçten geçirilmeleri gerektiği öne sürülmekte ve sunulan vak’a’ya benzer vak’aların “Folie á deux hallucinatoire” (endüklenmiş hallüsinatuvar psikoz) başlığı altında incelenmesi gerektiği iddia edilmektedir (Danderfer ve ark. 1997).

## SONUÇ

1) DSM-IV, DSM-IV-TR ve ICD-10 tanı sistemlerinde paylaşılmış psikotik bozukluk tanı kriterleri primer olarak hezeyanların paylaşımını zorunlu kılmaktadır. Ancak literatürdeki vak’alar ve bizim vak’amızda olduğu gibi, hallüsinasyonların da paylaşımı klinik olarak gözlenmektedir. Bu tür vak’aların varlığı göz önüne alındığında paylaşılmış psikotik bozukluk tanı kriterlerinin tekrar gözden geçirilmesi ve “Folie á deux hallucinatoire”ın nozolojik yerinin tartışılması gerektiği,

2) Folie á deux’nün diğer psikotik bozukluklarla sıkça birlikte görüldüğünü bildiren vak’a sunumlarında özellikle Capgras ve Fregoli sendromlarının paylaşıldığı (Christodoulou ve ark. 1995), hâttâ obsesif kompulsif semptomların paylaşıldığı (Becker 1993) göz önüne alındığında, paylaşılmış psikotik bozukluk alt tiplerinin de tekrar değerlendirilmesinin önemli olduğu,

3) Âile bireylerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan vak’aların ve âilelerinin paylaşılmış bir psikotik bozukluk açısından ileri değerlendirmeye alınabileceği,

4) Baskın kişinin relapsı ile eşlikçilerin de (özellik-

le hasta ile aynı evi paylaşıyorlarsa) relapsını engellemek için çok boyutlu tedavi stratejilerinin kullanılması gerektiği,

5) Uzun süreli hospitalizasyonların özellikle yakın ilişkiler kuran hastalar arasında semptom paylaşımına neden olabileceği,

6) Bu vak’aların özellikle mistik hezeyanların ve persekütif hezeyanların paylaşıldığı durumlarda toplu suç işleme potansiyellerinin göz önüne alınarak adli boyutunun da değerlendirilmesi gerektiği düşünülmüştür (Kaustubh ve ark. 2006).

## KAYNAKLAR

- American Psychiatry Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) Fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 334.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2001) Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) Köroğlu E, çeviren. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 385-387.
- Arnone D, Patel A, Ming Yee-Tan G (2006) The nosological significance of Folie a Deux: a review of the literature. *Annals of General Psychiatry*; 5:11.
- Becker EP (1993) Induction of obsessions-folie a deux. *Ugeskr Laeger*; 155: 2779-2782.
- Cantürk G, Aliustaoğlu S, Ergezer Y, Oral G (2005) İki Olgu Nedeniyle Paylaşılmış Psikotik Bozukluk. *Adli Psikiyatri Dergisi*; 2: 17-21.
- Christodoulou GN, Margariti MM, Malliaras DE, et al (1995) Shared delusions of doubles. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 58: 499-501.
- Danderfer K, Maierhofer D, Musalek M (1997) Induced hallucinatory psychosis (folie a deux hallucinatoire). *Pathogenesis and Nosological position. Psychopathology*; 30: 309-315.
- World Health Organisation - Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzu. İstanbul: Hekimler Yayın Birliği, 95-96.
- Enoch D, Ball H, editörler (2002) Az Rastlanr Psikiyatrik Sendromlar. Büyükkal B, çeviren. 1. Baskı, İstanbul: Okyanus Yayınları, 250-260.
- Kaustubh GJ, Joshi, MD, Richard L, et al (2006) Shared psychotic disorder and criminal responsibility: a review and case report of Folie à Trois. *J Am Acad Psychiatry Law*; 34: 511-517.
- Köroğlu E, Güleç C, editörler (1998) Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, Cilt 1, 385-386.
- Kujawski R (2000) Psychosis induction in sisters. *Psychiatr Pol*; 34: 819-829.
- Mansfield M (2005) Folie a trois in a multilevel security forensic treatment center: forensic and ethics-related implications. *J Am Acad Psychiatry Law*; 33: 10-16.
- Mentjox R, van Houten CA, Kooiman CG (1993) Induced psychotic disorder: clinical aspects, theoretical considerations, and some guidelines for treatment. *Compr Psychiatry*; 34: 120-126.
- Mitsue S, Yasutaka K, Calabrese RJ, et al (2006) Analysis of delu-

- 
- sional statements from 15 Japanese cases of 'Folie a Deux'. *Psychopathology*; 39: 92-98.
- Patel AS, Arnone D, Ryan W (2004) Folie a deux in bipolar affective disorder: a case report. *Bipolar Disorder*; 6: 1-4.
- Porter TL, Levine J, Dineen M (1993) Shifts of dependency in the resolution of folie a deux. *Brit J Psychiatry*; 162: 704-706.
- Sacks MH (1988) "Folie a deux". *Compr Psychiatry*; 29: 270-277.
- Sadock BJ, Sadock VA, editors (2004) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Eight Edition, New York: Lippincott Williams & Wilkins, 1260-1263.
- Salganik I, Shinkarenko E, Perelroyzen G (2006) Facilitation in inducing Folie a Deux through healthy precipitator. *Am J Psychiatry*; 163: 1453.
- Silveira JM, Seeman MV (1995) Shared Psychotic disorder: a critical review of the literature. *Can J Psychiatry*; 40: 389-395.
- Sims A, Salmons P, Humphreys P (1997) "Folie a quatre". *Brit J Psychiatry*; 130: 134-138.
- Tenyi T, Tamas L, Pasztor A et al (1999) "Folie a deux hallucinatoire" a new case of induced hallucinatory psychosis: a new entity. *Orv Hetil*; 140: 1417-1418.
- Wehmeier MP, Barth N, Remschmidt H (2003) Induced delusional disorder. A review of the concept and an unusual case of folie à famille. *Psychopathology*; 36: 37-45.