

Paylaşılmış Psikotik Bozukluk ve Adli Yönleri; Vak'a Sunumu

Vesile Altınyazar, Mehmet Eskin, Ferhan Dereboy, Çiğdem Dereboy

Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın.

Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. Vesile Altınyazar,
Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın.
Tel: +902564441256 E-mail: valtynyazar@adu.edu.tr

ÖZET

Paylaşılmış psikotik bozukluk (folie à deux), psikotik semptomların bir kişiden diğerlerine aktarıldığı ender görülen bir klinik sendromdur. Bu yazıda anne ve kızından oluşan folie à deux vak'ası ve yaşanan adli süreç sunulmaktadır. Birincil vak'a belirgin perseküsyon hezeyanları olan paranoid şizofrendir ve hezeyanları kızına yüklemiş ve daha sonra da paylaşılmıştır. Birincil vak'anın antipsikotik (risperidon 4 mg/g) tedavisi sonrası iyileşmesini takiben, ikincil vak'aya herhangi bir tedavi uygulanmaksızın paylaştığı hezeyanların kaybolduğu görülmüştür. Paylaşılmış psikotik bozukluğun önemli ve az bilinen komplikasyonlarından biri de adli sorunlardır. Bu bağlamda paylaşılmış psikotik bozukluğun hukukî durumu ve adli yönleri ve hastaların kısıtlanmaları tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: folie à deux, paylaşılmış psikotik bozukluk, adli yönleri

ABSTRACT

SHARED PSYCHOTIC DISORDER AND FORENSIC ASPECTS; CASE REPORT

Shared psychotic disorder (folie à deux) is a fairly uncommon clinical syndrome in which a symptom of psychosis is transmitted from one individual to another. Here, a case report of a folie à deux involving a mother and her daughter and forensic process, is presented. The primary patient was suffering from paranoid schizophrenia with prominent delusions of persecution that were imposed upon and later shared by her daughter. After improvements of primary patient with antipsychotic treatment (risperidone 4 mg/day), her daughter's shared delusions disappeared. Forensic complications in shared psychotic disorder are important and little known. Legal status and forensic aspects of shared psychotic disorder and restriction of patients are discussed under this topic.

Keywords: folie à deux, shared psychotic disorder, forensic aspects

GİRİŞ

Paylaşılmış psikotik bozukluk veya folie à deux, ilk kez Lasague ve Falret tarafından 1873'de hezeyanî düşüncelerin birincil etkilenen bireyden yakın ilişki içindeki bir veya birden fazla bireye aktarımı olarak tanımlanmıştır (Saddock ve Saddock 2004). Bu fenomen ICD-10'da "etkilenme ile oluşan psikotik bozukluk" ve DSM-IV'de "paylaşılmış psikotik bozukluk" olarak yer almaktadır (WHO 1992, APA 1994). Paylaşılmış psikotik bozukluğun Enoch ve Ball (2001) tarafından modifiye edilen ana kriterleri şu şekildedir: (1) hezeyanî içeriğin büyük oranda paylaşımı, (2) birincil ve ikincil hastada fark-

lı hastalık gruplarına âit açık psikopatolojik sendromun bulunmaması, (3) birincil hastanın uzaklaştırılmasını takiben ikincil hastanın semptomlarının yoğun bir antipsikotik tedavisi olmaksızın önemli oranda iyileşmesi, (4) bir arada yaşamak ve yakın ilişki içinde bulunmak, (5) birincil bireyin bazı alanlarda dominant olması. Destekleyici kriterler arasına ikincil kişideki mental retardasyon veya bağımlı kişilik yapısı, çiftlerin yoksulluk veya toplumdan izolasyon içinde yaşaması ve hezeyanları paylaşan ikincil bireyin bazı avantajları sayılabilir (Enoch ve Ball 2001). Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda birincil vak'alarda tesbit edilen en sık tanı şizof-

reni, ikincil vak'alarda en sık tanı paylaşılmış psikotik bozukluktur (Doğanavşargil ve ark. 2009).

Paylaşılmış psikotik bozukluk sıklıkla ebeveyn-çocuk, kardeş-kardeş veya karı-koca çiftlerinde görülmektedir ve vak'aların %50'sini anne-kız veya kız kardeş-kız kardeş çiftleri oluşturmaktadır (Enoch ve Ball 2001). Ülkemizde Doğanavşargil ve arkadaşları tarafından yapılan bir derlemede hem birincil ve hem de ikincil vak'alarda kadınlara daha sık rastlandığı, vak'aların %19'unun anne çocuk olduğu, en büyük risk faktörünün sosyal yalıtılmışlık olduğu saptanmıştır (Doğanavşargil ve ark. 2009). Risk faktörleri içinde psikotik çiftin çok yakın ilişkisi, ikincil hastanın mental retardasyonu, pasif kişilik, bilişsel bozulma, dil güçlükleri ve yaşam olayları da sayılabilir (Arnone ve ark. 2006). Ayrıca literatürde birincil vak'anın daha yaşlı, eğitilmiş ve zeki olduğu, hezeyanları paylaşan kişilerin edilgen özellikler taşıdığı belirtilmektedir (Silveira ve Seeman 1995). Evlâtlar %73.7 oranında ikincil vak'adır ve bu durumu, çocuklarda etkilenebilirliğin daha muhtemel olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir (Arnone ve ark. 2006). Paylaşılmış psikozun %70 oranında birinci derece akrabalarda görülüyor olması bu bozukluğun genetik temelini bulduğu kuşkularını da uyandırmaktadır (Enoch ve Ball 2001).

Paylaşılmış psikotik bozuklukla ilgili önemli problemlerden biri de adli komplikasyonlarıdır. Bunlar arasında mistik ve persekütif hezeyanların paylaşıldığı durumlarda toplu suç işleme potansiyelleri, homisid, vak'aların intihar amaçlı sözleşmeleri (suicide pacts), güvenlik altına alma amaçlı zorunlu hastâne yatışları, güvenlik güçleriyle psikotik defansif mücadele sayılabilir (Bourgeois ve ark.1992, Kraya ve Patrick 1997, Rosen 1991, Brown ve ark. 1995, Mela 2005, Joshi ve ark. 2006). Bu yazıda anne ve kız çocuktan oluşan iki kişilik bir âilede paylaşılmış psikotik bozukluk vak'asının sunumu ve bu bağlamda yaşanan adli sorunların ve sürecin tartışılması amaçlanmıştır.

VAK'A

Birincil vak'a: Anne SG, 63 yaşında, ev hanımı, dul, ilkokul mezunu, kızı HG ile beraber yaşıyor. İkincil vak'a: HG, 23 yaşında, bekâr, lise mezunu, herhangi bir işte çalışmıyor. Anne SG ve kızı HG yaklaşık 2 yıldır yeni taşındıkları apartmandaki komşularının onlarla uğraştığı, kötülük yaptığı, kasıtlı olarak komşuları tarafından rahatsız edildikleri ve mahkeme kararı ile kısıtlanmalarına sebep olduklarından yakınmaktadır.

Öykü: Anne SG'nin erkek kardeşinden alınan bilgiye göre, SG önceden de içine kapanık ve kuşkucu bir yapıya sâhipmiş. İlk evliliğinden geçimsizlik nedeniyle bo-

şanmış ve yaklaşık 25 yıl kadar önce ikinci eşi ile tanışıp her ikisi de ikinci evliliklerini yapmışlar. SG'nin birinci evliliğinden bir oğlu ve ikinci evliliğinden bir kızı (HG) mevcut; SG'nin birinci evliliklerinden olan oğlu uzun süredir ayrı yaşıyor. SG'nin şüpheli tutumu ikinci evliliğinden sonra giderek artmış, sinirlilik ve ajitasyonların da eklenmesi sonrası ikinci eşi tarafından Bakırköy RSHH'ne götürülmüş ve yatırılarak tedavi edilmiş. Aynı hastânenin poliklinik kontrollerine bir süre devam etmiş, bu dönemde şikâyetleri büyük oranda düzelmiş. Yaklaşık 15 yıl önce eşinin kâlb hastalığı nedeniyle ölümden sonra SG tedaviyi sürdürmemiş, kızı HG ile beraber yaşamaya devam etmiş ve eşinden kalan emekli maaşı ile geçimlerini sağlamış. Bu dönemde SG, kendine ve kızına bakabilmiş, kızının ilköğretimi ve liseyi bitirmesine yardımcı olmuş ve bir kooperatife katılarak ev sâhibi olmuş. HG liseyi bitirdikten sonra üniversiteyi kazanamamış ve pek çok iş başvurusunda bulunmasına rağmen çeşitli sebeplerle kendisine uygun herhangi bir iş bulamamış. Bu arada anne ve kızı akrabalarından hemen hemen hiç kimseyle uzun yıllardır görüşmüyorlarmış ve hiç yakın arkadaşları yokmuş. SG'nin birinci evliliğinden olan oğlu ise şehir dışında yaşıyormuş ve sadece yılda birkaç kez telefonla görüşüyorlarmış.

SG ve kızı yeni evlerine 2 yıl önce taşınmışlar ve akabinde apartman komşuları ve mahâlle sâkinleri ile sorunlar yaşamaya başlamışlar. Komşularının kendilerine kasıtlı olarak zarar vermeye çalıştığını düşünme, onlarla sık sık kavga etme, evlerinin balkonundan çöp atma, dışarıdaki insanlara küfür etme, dolmuşta karşılaştıkları bazı insanlardan şüphelenme ve onlarla kavga çıkarma gibi olaylar nedeniyle, oturdukları bölge belediyesine mahâlle sâkinlerinin şikâyeti üzerine, belediye tarafından kısıtlanma talebiyle savcılığa başvurulmuş. Savcılık aracılığıyla anne ve kızı Manisa RSHH'ne gönderilmiş, burada 18 gün boyunca takip edilen anne SG ve kızı için psikotik bozukluk tanısı ile kısıtlanmalarının uygun olduğuna karar verilmiş. Mahkeme kararı ile vasî tâyini yapılmış.

Mahkemece tâyin edilen vasî tarafından istismar edildiklerini düşünen SG ve kızı HG mahkemeye başvurarak kısıtlılık hâllerinin kaldırılması talebinde bulunmuşlar. Savcılık tarafından ruhsal durumlarının tekrar değerlendirilmesi ve kısıtlılık hâllerinin devam edip etmemesine karar verilmesi amacıyla üniversitemize sevk edilen SG ve kızı HG klinikte yatırılarak gözlem altına alındı.

Alınan bilgiye göre SG ve HG'nin özgeçmişlerinde (anne SG'nin şizofreni tanısı ve tedavi öyküsü hâric) ve soy geçmişlerinde herhangi bir tıbbi hastalık veya bir psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu.

Klinik Takip ve Tedavi: SG ve kızı HG yatışlarından

itibâren hasta olmadıklarını, kendilerine iftira atıldığını ve herkesin onlarla uğraştığını belirtmekteydiler. SG kliniğe uyumda sorunlar yaşamakta, diğer hastalara perseküte olmakta, referansiyel hezeyanlar geliştirmekte, sürekli savunucu tarzda konuşmakta ve tekrarlayıcı sorular sormaktaydı. Kızıyla birlikte diğer hastalardan izole bir hayat içerisinde oldukları gözlemlendi. Gerçeği değerlendirme yetisinin bozuk olduğu ve çağrışımların zaman zaman koptuğu gözlemlendi. Klinikte yatan diğer hastalara karşı servis huzurunu bozucu tarzda konuşma ve davranışları oldu, sık sık onlarla kavga ettiği görüldü. Kızının kendisini yönlendirmesiyle davranışlarını kontrol edebiliyordu. Mini Mental Durum İncelemesi Testi'nden düşük puan aldı (23/30), Wechsler Zekâ Ölçeği'nde ise zekâ düzeyleri normal sınırlardaydı (IQ=81). SG'nin MMPI testi (L78 F42 K71) geçerli sayılmamıştır. Yapılan Roschach Mürekkep Testi'nde hastanın kartlara verdiği cevaplar tepki süreleriyle birlikte dikkate alındığında gösterilen lekeleri insan vücudundaki çeşitli organlara benzettiği ve cevaplarında organize olamadığı gözlenmiştir. Hastanın EEG'si, hemogramı, biyokimyasal değerleri, B12 ve folik asid kan düzeyleri normal sınırlardaydı. SG'nin öyküsü, mevcut klinik durumu ve yapılan psikometrik değerlendirmeler de göz önüne alındığında tanısının Şizofreni, paranoid tip olduğuna karar verilerek risperidon 2 mg/g başlandı ve 4mg/g'e yükseltildi. Kısıtlılık hâlinin devam etmesine karar verildi.

HG'nin kliniğe uyumu annesinden daha iyi olmakla birlikte, annesi dışında klinikte yatan diğer hastalarla ilişkilerinde alıngan ve persekütif düşünme eğiliminde olduğu, hastaların hiç biriyle iletişime girmediği, konuşmalarının sürekli savunucu tarzda olduğu ve annesini sürekli klinikteki diğer hastalarla olan çatışmaları sırasında sâkinleştirmeye ve yönlendirmeye çalıştığı gözlemlendi. HG, annesinin persekütif ve referansiyel hezeyanlarını paylaşmakla birlikte, bu konuda tartışmaya açtı ve fikirlerini sorgulayabiliyordu. HG'de annesinin hezeyanları dışında herhangi bir hezeyan veya hezeyan taslağına rastlanmadı. Düşünce içeriği hezeyanları dışında olağandı ve çağrışımları amacına varıyordu, ayrıca başka bir pozitif veya negatif psikotik bulguya rastlanmadı. HG, Mini Mental Durum İncelemesi Testinden tam puan almıştı (30/30) ve Wechsler Zekâ Ölçeği'nde zekâ düzeyi normal sınırlardaydı (IQ=96).Yapılan MMPI testinde (L73 F40 K87; 132455-50, 789649-43, 5035-32) soruları oldukça katı ve savunucu bir tutum içerisinde cevaplamıştı. Kendisini olduğundan daha iyi göstermeye çalıştığı, sıkıntılarını inkâr etme yoluna girdiği gözlenmiştir. Yapılan Rorschach Mürekkep Testi'nde hastanın kartlara verdiği cevaplar tepki süreleriyle birlikte dikkate alındığında gösterilen lekeler beklenen cevapları verebildiği tesbit edilmiştir. HG'nin

hezeyanî inançlarının çok yoğun olmaması, annesi ile paylaştığı hezeyanları dışında pozitif ve negatif herhangi bir psikotik bulgunun bulunmaması nedeniyle paylaşılmış psikotik bozukluk tanısı düşünüldü. Paylaşılmış psikotik bozukluk tedavisinde iki vak'ının birbirinden ayrılması, ikincil vak'a için başlı başına bir tedavi yöntemi olarak önerilmektedir ve ikincil vak'aların yarıya yakını bu şekilde antipsikotik tedavi almadan düzelebildiği tesbit edilmiştir. Bizim vak'alarımızda iki hastanın bir birinden ayrılması teknik olarak klinik şartları nedeniyle mümkün olmamıştı. İkincil vak'anın antipsikotik tedavi verilmeksizin izlenmesine ve kısıtlılık hâlinin psikotik semptomlar düzeline kadar sürdürülmesine karar verilerek poliklinik takiplerine alındılar. Poliklinik izlemlerinde anne SG'nin ilâç uyumunun ve tedaviye cevabının iyi olduğu gözlemlendi ve toplam PANNS skorlarının giderek iyileştiği saptandı. HG'nin ise persekütif hezeyanî içeriğinin annesinin iyileşmesiyle birlikte kaybolduğu ve takip eden 6 ay içinde tedavisiz olarak iyilik hâlini koruması nedeniyle kısıtlılık hâlinin kaldırılmasına karar verildi.

TARTIŞMA

Sunulan, yakın ilişki içinde ve sosyal olarak izole yaşayan iki kişiden oluşan bir ailede görülen ve her iki bireyin ortak hezeyan içeriğini paylaştığı, paylaşılmış psikotik bozukluk vak'asıdır. İkincil hasta ile ilgili en büyük tanısal sorun, gerçekten paylaşılmış psikoz mu yoksa bağımsız endojen bir psikoz mu bulunduğuydur. Akraba olmayan hastalarda genetik komponent dışlanabilir. Bu vak'ada birincil vak'a olan anneye yaklaşık 20 yıl önce şizofreni tanısı konmuş ve eşi ölene kadar tedavi ve takipleri yapılmıştı. Eşinin ölümünden sonra tedaviyi bırakan SG, başlıca persekütif ve referansiyel hezeyanları doğrultusunda ailenin yakın akrabaları, arkadaşlar ve komşularla ilişkisini kesmişti. Annenin oluşturduğu sosyal yalıtılmışlık, okulla sınırlı akran ilişkilerinin bitmesiyle daha da artmış ve ikincil vak'anın realiteyi test etme şansı azalmıştı. Kızı, anneye bağımlı ve onu destekler hâle gelmiş, annenin hezeyanî sistemini pasif olarak kabûl etmiş ve paylaşmıştı. İkincil vak'a HG'nin hastalık süresi tam olarak bilinmemekle birlikte, son 2 yıldır annenin hastalığının alevlenmesiyle birlikte o da semptomatik hâldeydi. İkincil vak'anın başka herhangi bir primer psikiyatrik tanısı mevcut değildi ve anne ile paylaştığı hezeyanları dışında pozitif ve negatif psikotik bulguya sahip değildi. İçgörüsü yoktu ve pek çok paylaşılmış psikoz vak'asında olduğu gibi tedaviyi reddediyordu (Srivastava ve Borkar 2010). Sunduğumuz ikincil vak'ada paylaşılan hezeyanî içeriğin aynı olması, başka psikotik bulguya rastlanmaması, düşünce sisteminin hezeyanları tartış-

maya izin vermesi, psikopatolojinin ağır olmaması ve projektif testlerde düşünce organizasyonunun nispeten korunduğunun görülmesi nedeniyle, endojen veya primer bir psikozdan çok, paylaşılmış psikotik bozukluk düşünülmüştür. Anneye antipsikotik tedavisi başlanması sonrası hezeyanî inançların yoğunluğu azaldı ve annenin hezeyanî sisteminin zayıflamasıyla birlikte kızının da hezeyanlarının kaybolduğu görüldü. Vak'amız Gralnick (1942) tarafından tanımlanan paylaşılmış psikotik bozukluğun dört tipinden (imposée, simultane, communiqué, induite) folie imposée tipini yansıtmaktadır. İkincil vak'anın hastalık süresinin nispeten kısa olması, psikopatolojinin ağır olmaması, hezeyanların hasta için psikolojik değer taşıyan özel bir yapısının bulunmaması, antipsikotik tedavi almaksızın iyileşmesine katkıda bulunan faktörler olarak düşünülmüştür.

Adli makamlarca üniversitemize sevk edilen vak'alar da yaşanan adli sorun, vak'aların hezeyanları doğrultusunda komşuları ve mahalle sâkinleriyle yaşadıkları çatışmalar ve kavgalar nedeniyle kısıtlanmış olmalarıydı. Bu çatışmalar sözlü tâcizlerdi ve henüz şiddet içermiyordu. Birincil vak'anın şizofreni tanısının kesin olması nedeniyle kısıtlılık hâlinin devamına karar verilirken, ikincil vak'a ile ilgili net karar vermede bâzı güçlükler yaşandı. Öncelikle birincil vak'anın tedavisi sonrası ikincil vak'anın hezeyanlarının kaybolması, iyileşmenin yaklaşık üç ay gibi bir sürede görülmesi, ikincil vak'anın kurban konumunu düşündürdü ve kısıtlanmasının kaldırılması yönünde düşünmemize neden oldu. Bununla birlikte ikincil vak'a, yaşadığı zorlukları inkâr etme ve klinik bulguları gizleme eğilimiydi. Bu güçlüğü aşmanın bir yolu, hastanın yaşadığı çevrede sosyal hizmet uzmanlarınca da değerlendirilmesidir. Fakat üniversite hastanemizin sosyal hizmet uzmanının bu dönemde izinli olması bu açıdan bilgi sağlama olanağımızı kısıtlamıştır. İkincil vak'anın şizofreniye genetik yatkınlığı, anne kızıdan oluşan birincil ve ikincil vak'alarımızın bundan sonra beraber yaşamaya devam edecek olmaları, ikincil vak'anın daha sonra birincil vak'a tarafından geliştirilebilecek farklı hezeyan sistemleri tarafından etkilenebilirliğinin ortadan kalkmamış olması da kısıtlılık kararı verilirken göz önünde bulundurulması gereken durumlardı. Bununla birlikte, şu an için DSM-IV'e göre herhangi bir Eksen-I tanısını karşılamayan bir bireyin kısıtlanmasının taşıdığı etik sorunlar da mevcuttur. İkincil vak'a, bir iş edinmemesine ve sosyal izolasyonunun devam etmesine rağmen, diğer alanlarda fonksiyonel olarak iyilik hâlini korumakta, annesinin bakımını ve tedavisini üstlenmekte ve yeterli bir şekilde sürdürebilmekteydi. İkincil vak'anın, paylaşılmış psikotik bozukluk nedeniyle oluşan geçici bir psikotik epizod olarak da değerlendirilebileceği düşünüldü (Joshi ve ark. 2006). Geçici

psikotik epizod tedavi edilebilen ve geçici diğer sebepleri olan deliryum, kısa reaktif psikoz, tıbbî duruma bağlı psikozlar gibi düşünülebilir. Şizofreni gibi kalıcı ruhsal bozukluklarla, ruh sağlığının geçici kaybıyla oluşan durumlar (örn. paylaşılmış psikotik bozukluk) arasındaki farklılığın adli kısıtlanma kararı verilirken ne oranda dikkate alınması gerektiği ülkemizde ve diğer ülkelerde halen tartışmalı bir konudur (Joshi ve ark. 2006). Bu nedenlerden ötürü ikincil vak'anın adli kısıtlılık hâlinin kaldırılması ve takip eden 2 yıl boyunca ilk yıl üçer ay ve daha sonra altışar aylık aralıklarla poliklinik takipleri ile ilâsız olarak izlenmesi kararı verildi. Hastanın önümüzdeki iki yıl boyunca iyilik halini koruması durumunda bu nedenle daha fazla izlenmesinin gerekmediği, fakat psikotik bulgulara tekrarlama olması durumunda, tedavi ve takip planının yeniden oluşturulması ve kısıtlanması için tekrar değerlendirilmesine karar verildi.

SONUÇ

Sonuç olarak paylaşılmış psikotik bozukluk ve geçici psikozların diğer formlarında adli ve yasal süreçlerle ilgili kararlar sâdece ülkemizde değil, diğer ülkelerde de hâlen tartışmalı bir konu olmaya devam etmektedir (Joshi ve ark. 2006). Ülkemizde henüz bulunmayan koruyucu ve toplum temelli psikiyatrik yaklaşımların, psikoza yatkınlık açısından genetik ve çevresel risk faktörleri fazla olan ve tam bir bozulma sergilemeyen hastalar için faydalı ve gerekli olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington DC: American Psychiatric Association,
- Arnone D, Patel A, Tan GMY (2006) The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature. *Ann Gen Psychiatry*; 5: 11.
- Bourgeois ML, Duhamel P, Verdoux H (1992) Delusional parasitosis: folie à deux and attempted murder of a family doctor. *Br J Psychiatry*; 161:709–711.
- Brown M, King E, Barraclough B (1995) Nine suicide pacts: a clinical study of a consecutive series 1974–93. *Br J Psychiatry*; 167: 448–451.
- Doğanavşargil Ö, Eryılmaz M, Cinemre B, Metin Ö (2009) Türkiye'de paylaşılmış psikotik bozukluk (folie à deux). *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 1: 215-228.
- Enoch D, Ball H (2001) Uncommon Psychiatric Syndromes. London, UK: Arnold
- Gralnick A (1942) Folie à deux: a psychosis of association—a review of 103 cases in the entire English literature, Part I. *PsychQ*; 16: 230–263.
- Joshi KG, Frierson RL, Gunter TD (2006) Shared psychotic disorder and criminal responsibility: a review and case report of folie à trois. *J Am Acad Psychiatry Law*; 34: 511-517.
- Kraya NAF, Patrick C (1997) Folie à deux in a forensic setting. *AustNZ J Psychiatry*; 31: 883–888.
- Melà M (2005) Folie à trois in a multilevel security forensic treatment center: forensic and ethics-related implications. *J Am Acad Psychiatry Law*; 33: 310-316.
- Rosen BK (1981) Suicide pacts: a review. *Psychol Med*; 11: 525–533
- Sadock BJ, Sadock VA, editors (2004) Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eight Edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 1260-1263.
- Silveira JM, Seeman MV (1995) Shared psychotic disorder: a critical review of the literature. *Can J Psychiatry*; 40: 389-395
- Srivastava A, Borkar HA (2010) Folie à famille. *Indian J Psychiatry*; 52: 69-70
- World Health Organisation (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: WHO.