

Trastorno psicótico compartido en una madre y su hijo de 13 años

Verónica Pérez*
Claudia C. Velásquez**

Resumen

El trastorno de ideas delirantes inducidas, también conocido como trastorno psicótico compartido o *folie a deux*, es una condición psiquiátrica poco común que se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos similares, comúnmente ideas delirantes, en dos o más individuos. Generalmente, sólo uno de los individuos sufre de un auténtico trastorno psicótico; éste es llamado el caso primario y es el que induce en el otro la aparición de síntomas similares. Describimos un caso de trastorno psicótico compartido que involucra a una madre y su hijo, en el que el menor es quien afecta a su madre, contrario al enfoque clínico tradicional y a los casos reportados en la literatura.

Palabras clave: trastorno psicótico compartido, trastorno de ideas delirantes inducidas, *folie a deux*, díada madre-hijo.

Abstract

Shared paranoia disorder, also known as Induced delusional disorder or *folie a deux*, is a fairly uncommon disorder characterized by the presence of similar psychotic symptoms in two or more individuals. Most often the symptoms are delusional. Generally, only one person has a genuine psychotic disorder, usually

with marked delusions, who is thought to induce similar symptoms in the other involved. This person is often referred to as the "primary" case. We describe a case of *folie a deux* involving a mother and child, in which the younger partner affected the older partner contrary to the traditional clinical view and the cases reported

Key words: shared paranoia disorder, induced delusional disorder, *folie a deux*, mother and son dyad, case report.

Introducción

El trastorno de ideas delirantes inducidas[1], también conocido como trastorno psicótico compartido[2] o *folie a deux*, es una condición psiquiátrica caracterizada por la presencia de síntomas psicóticos similares, comúnmente ideas delirantes, en dos o más individuos. Los individuos incluidos en el trastorno son miembros de una misma familia (pareja o hijos) o sujetos que comparten una relación cercana (estrechos lazos emo-

* Médico psiquiatra. Pontificia Universidad Javeriana.

** Residente de III año psiquiatría. Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario San Ignacio.

cionales) y que, en la mayoría de los casos, presentan aislamiento social. Generalmente, sólo uno de los individuos sufre de un auténtico trastorno psicótico, llamado el caso primario y es, el que induce en el otro la aparición de síntomas similares.

Si bien *folie a deux* es el término más ampliamente utilizado para este tipo de trastorno, otros términos han sido usados para señalar la misma clase de condición, como psicosis compartida, insania doble o trastorno paranoide compartido. Gran parte de la literatura ha sido influenciada por las teo-

rías tempranas de *folie a deux*[3] pero un considerable monto de confusión se ha presentado a partir del uso indiscriminado de la terminología. Más allá de los reportes de casos descritos en la literatura que coinciden con el diagnóstico, el concepto se ha extendido cubriendo diagnósticos como el síndrome de Munchausen[4] y la anorexia nerviosa[5]. En la actualidad, se le conoce como trastorno de ideas delirantes inducidas y como trastorno psicótico compartido. Los criterios diagnósticos del CIE-10 y el DSM-IV están resumidos en las tablas 1 y 2, respectivamente.

Tabla 1

CIE-10. Criterios para el diagnóstico de trastorno de ideas delirantes inducidas.

El trastorno de ideas delirantes, poco frecuente, es compartido por dos o más personas que tienen estrechos lazos emocionales. Sólo uno de los afectados padece un auténtico trastorno psicótico. En el otro, o los otros, las ideas delirantes son inducidas y normalmente remiten cuando se les separa. El trastorno psicótico del individuo dominante suele ser una esquizofrenia, pero esto no es algo ni necesario ni constante. Tanto las ideas delirantes originales de la persona dominante como las inducidas en la otra son crónicas, de naturaleza persecutoria o de grandeza. Las creencias delirantes sólo son transmitidas de esta manera en circunstancias extraordinarias poco frecuentes. Casi siempre las dos personas son familiares cercanos, aislados del entorno por su lengua, cultura o por factores geográficos. Las personas en las cuales las ideas delirantes son inducidas suelen ser también dependientes o tienen una relación de servidumbre con la que padece la psicosis genuina.

Pautas para el diagnóstico

- a) Dos o más personas comparten el mismo tema o sistema de ideas delirantes y se apoyan mutuamente en sus creencias.
- b) Ambas comparten una relación extraordinariamente estrecha, del tipo descrito más arriba.
- c) Hay evidencia temporal y circunstancial de que las ideas delirantes son inducidas en la persona pasiva (dominada) de la pareja por el contacto con la persona activa (dominante). Incluye: *folie a deux*, trastorno paranoide inducido y psicosis compartida.

Tabla 2

DSM IV. Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico compartido.

- A.** Se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida.
- B.** La idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante.
- C.** La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (por ejemplo, esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no se debe a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica.

Es una condición psiquiátrica descrita como rara, que podría ser más común que lo previamente conocido. Cientos de casos han sido reportados en la literatura, muchos en niños[6,7]. Sin embargo, las tasas de incidencia y prevalencia son inciertas debido al pobre reconocimiento clínico de esta patología, bien sea por desconocimiento o por el hecho que estos pacientes poco consultan. Algunos estudios han mostrado que el trastorno paranoide compartido se ha encontrado más a menudo en mujeres en todos los rangos de edad, pero también se ha observado en hombres. Desde la época de Lasegue y Falret, cuando se consideraban ciertos grupos de la sociedad, incluyendo pobres, mujeres y niños, como sumisos y sugestionables, se propagó el concepto que el trastorno psicótico compartido se presentaba con mayor frecuencia en mujeres y niños. Sin embargo, no está confirmado un incremento de susceptibilidad en las mujeres, y las revisiones más recientes no muestran diferencias en la distribución del trastorno respecto a sexo y edad[8].

En la mayoría de los casos, el trastorno psicótico compartido incluye sólo a dos individuos. Kashiwase y Kyoto[9] encontraron que en 73% de los casos estaban incluidos sólo dos individuos. Se han reportado grupos más grandes en la literatura, y existe el reporte de una familia de 12 individuos con un trastorno psicótico compartido[10].

En el 90%[11] de los casos los polos involucrados comparten lazos de sangre o una relación cercana; según Mentjox *et al.*[12], 64% de los casos secundarios son familiares en primer grado del polo primario. Las díadas más frecuentes suelen ser la de madre-hijo, padre-hijo, hermano-hermano, esposa-esposo y amigos íntimos. Más allá de la díada se han descrito familias[13] y grupos de personas (guía espiritual-seguidores)[14] que comparten las ideas delirantes.

La distribución del tipo de vínculo en los países occidentales difiere de lo indicado en los datos japoneses[9], de los cuales se extrae que en la mayoría de los casos la pareja joven afecta a la mayor más que la mayor afecte a la más joven. Esto sugiere que la asociación estrecha contribuye más al desarrollo del trastorno que la edad.

La herencia parecería jugar un papel relevante en la etiología del trastorno paranoide compartido; evidencias indirectas, como el antecedente familiar de psicosis en 35 a 60% de los casos y el diagnóstico frecuente de esquizofrenia en los casos primarios de *folie a deux* apuntan a apoyar dicha hipótesis. Los estudios de casos han mostrado que las ideas delirantes y los síntomas psicóticos son raramente transmitidos a una persona sana; sin embargo, la persona que asume el rol pasivo dentro de la díada, podría presentar una predisposición genética a la psicosis sin expresión sintomática y como resultado, desarrollar este trastorno. Scharfetter[15] ha sugerido que los pacientes del polo secundario son "esquizofrénicos potenciales" en términos de predisposición genética.

Se han diagnosticado varios trastornos en los casos del polo primario, pero la esquizofrenia es el diagnóstico más comúnmente encontrado en este grupo y se dice que está presente en 58 a 60%[9, 11, 12] de estos casos. Entre las condiciones mórbidas asociadas, diagnosticadas en el polo primario, además de la esquizofrenia, están los trastornos del afecto, los trastornos delirantes y los procesos demenciales, y en el polo secundario, los trastornos de la personalidad, las reacciones paranoides y la esquizofrenia. Llama la atención que en una revisión de 75 casos[11] de trastorno paranoide compartido encontraron que en 64% de los casos secundarios, el trastorno paranoide compartido era el único diagnóstico y, de éstos, 21% se presumía que habían estado psicóticos antes de la inducción.

El mecanismo mediante el cual se genera la inducción de las ideas delirantes en la persona del polo receptor (caso secundario) es poco entendido. Han surgido varias teorías que intentan explicar el fenómeno, incluidas las ideas originales del ambiente, los procesos adaptativos y la susceptibilidad, los procesos de separación e individuación inadecuados, la perspectiva cognoscitiva y el coeficiente intelectual disminuido pero, hasta el momento, ninguna ha demostrado ser más verosímil que otra.

Algunos autores[2, 6, 11, 16, 17] sugieren que la disfunción de las relaciones interpersonales es por sí sola uno de los factores más importantes implicados en el desarrollo del trastorno paranoide compartido; esto se evidencia en cómo desaparecen rápidamente las ideas delirantes en el polo receptor luego de implementar la separación. Generalmente, la pareja, o díada, experimenta una relación de dominancia y pasividad. La persona dominante, la fuente de la psicosis, comúnmente representa autoridad para la persona pasiva, el receptor de la psicosis, quien es típicamente dependiente, menos inteligente y sugestionable[6, 18,19]. Como Lasegue y Falret señalaban, “la primera condición en él, el receptor del delirio, es que éste sea de menor inteligencia y esté más dispuesto a la docilidad pasiva que a la independencia”. Típicamente, la pareja ha experimentado una relación de larga duración, en relativo aislamiento de los pares y bajo condiciones de pobreza[18]. Los autores coinciden en afirmar que la transferencia del delirio y las alucinaciones en el trastorno paranoide compartido ocurren con el fin de satisfacer las necesidades tanto de la fuente como del receptor, aunque la naturaleza exacta de estas necesidades es tema de actual debate. McClure[6, 20] propone que el trastorno paranoide compartido permite que la persona mentalmente enferma mantenga el contacto con la realidad. Para la persona mentalmente más sana, el trastorno paranoide compartido puede ser una manera de satisfa-

cer necesidades de dependencia, evitando la amenaza y hostilidad por parte del individuo dominante, disfrazándola de psicosis. Debido a la importancia de las necesidades planteadas, se sugiere que en el momento en que la díada se ve amenazada por fuerzas externas, que ponen en peligro la satisfacción de dichas necesidades, los individuos que la componen pueden llegar a suicidarse[21].

A continuación describimos un caso de trastorno psicótico compartido, que involucra a una madre y su hijo de 13 años, en el cual el menor afecta a su madre, contrario a lo descrito por el enfoque clínico tradicional y los casos reportados en la literatura.

Presentación del caso

El cuadro se inicia de manera súbita, un año antes de la admisión, con la aparición de ideación delirante paranoide de tipo megalomaniaco y persecutoria en un niño de 13 años, quien cursaba octavo grado y provenía de una familia de estrato socioeconómico bajo. Éste alegaba que las personas a su alrededor querían “dañarlo” porque él era el hijo del mago Merlín y tenía el poder de “hacer ir a la gente”. El niño, además, refería que una voz le transmitía el mensaje “la hechicería se desencadenará” en una lengua extraña, la cual él no podía identificar pero sí entendía.

Su madre, una mujer de 44 años, con una escolaridad de primero de primaria, dedicada a la casa y a trabajos de confección de prendas a domicilio, refería que su hijo la llevó a ser y sentir cosas extrañas; ella estaba convencida que era “la madre del hijo de Merlín” y que debía seguir las órdenes de un hombre que se hacía llamar Dartayan, quien decía ser el espíritu de su padre muerto y, a través de mensajes de texto en el celular, les indicaba a ella y su hijo cómo debían seguir para convertir al niño en un “mago blanco”.

Durante el período de una semana siguieron las instrucciones dictaminadas por Dartayan, hasta el día en que fueron arrestados por la policía y llevados a urgencias de una clínica psiquiátrica. Ese día, en especial, según recuerda la madre, sucedió una serie de eventos increíbles; su hijo le “hizo” una regresión en el tiempo guiado por Dartayan, la cual la llevó hasta el momento de su nacimiento. Después de la “regresión”, tanto ella como el niño entraron en lo que ella denomina un “trance” en el cual veían la cara del diablo en su hermana y su madre (la tía y la abuela del niño, respectivamente). Se volvieron agresivos y dirigían su agresión, en especial, a los familiares antes mencionados pensando que éstos les querían hacer daño. En vista de que la situación se tornó incontrolable, familiares y amigos acudieron al cura del barrio, alegando una “posesión demoníaca”. A pesar de los esfuerzos conjuntos de contenerlos, fue necesario llamar a la policía, quienes impusieron fuerza e inmovilizaron tanto al niño como a su madre, llevándolos al servicio de urgencias de una clínica psiquiátrica. Durante su estancia en urgencias, los síntomas psicóticos en el niño respondieron a la medicación psicotrópica rápidamente, mientras que el cuadro de la madre se intensificó y requirió de una semana de hospitalización.

Durante los ocho meses siguientes al evento, tanto el niño como su madre fueron manejados por psiquiatras de la EPS, con una impresión diagnóstica de un trastorno afectivo bipolar tipo I. Durante estos meses, el niño recibió manejo farmacológico regular con ácido valproico y tioridazina y mostró una adecuada respuesta de los síntomas psicóticos a la medicación, pero sin retornar a la vida escolar puesto que luego de la hospitalización asistió sólo unas semanas y no volvió debido a la acentuada ansiedad relacionada de manera directa con el inicio del día escolar. Durante este tiempo, permaneció en casa realizando algunos de los oficios domésticos, pero, la mayoría del tiempo,

leyendo libros de magia y buscando en internet escuelas de magia convencido de su potencial para convertirse en “mago blanco”. Así continuó, hasta el día en que reaparecieron las alucinaciones auditivas que el paciente refiere como “una sola voz en un idioma extraño, del cual alcanza a traducir: la hechicería se desencadenará este año”. Además, había ideación suicida estructurada: “me voy a ahorcar con una corbata” asociada a importante ansiedad y a la sensación de “salir corriendo”. Consultó al psiquiatra de la EPS y éste lo remitió para hospitalización en el Hospital Universitario San Ignacio.

Como antecedentes personales de importancia, existía un reflujo vesicoureteral derecho grado III, que requirió de intervención quirúrgica cuando el niño tenía 5 años. La tía materna, con la cual viven, refería que desde ese momento en adelante la madre del niño se preocupaba muchísimo por su salud y lo protegía de manera exagerada, evitando que asistiera al colegio si amanecía con cualquier queja somática, así fuera mínima. Al indagar sobre los antecedentes familiares, niegan enfermedad mental o médica.

En la historia familiar y personal, cabe destacar la figura paterna vivenciada como ausente, la relación estrecha y afectuosa con la madre y el abuelo paterno, y la poca interacción con los demás miembros de la familia (con los cuales convivían) y con sus pares. Tanto el padre como el abuelo paterno murieron en un período de cinco años, primero el padre de manera violenta y luego el abuelo a consecuencia de un cáncer de esófago. Estos eventos fueron descritos por el niño como emocionalmente perturbadores. Siempre se destacó por su excelente desempeño académico. Después de la hospitalización, se vinculó a riñas escolares y golpeó en una ocasión a uno de sus compañeros de clase alegando que éste era un mago negro. La relación con su madre se basaba en un vínculo dominante-dependiente, en el cual el niño jugaba el papel domi-

nante, no aceptaba los límites impuestos por la madre y era él quien decidía cómo funcionaba, basado en lo que él deseaba y quería. Llama la atención que, en el momento de consultar, aún compartía el lecho con su madre. De la relación con la familia (abuela materna, tío materno, tía materna y su esposo e hijo), la madre señaló que nunca los habían incluido y que de alguna manera le habían hecho saber que ella no era hija legítima de su padre.

Al examen mental de ingreso lo describen como un paciente alerta, hipoproséxico, desorientado parcialmente en el tiempo. Tenía una adecuada presentación personal, era colaborador y establecía contacto visual con el examinador. Se mostraba suspicaz. Su expresión era de tono normal y curso lento. Su pensamiento era ilógico, con delirios místicos y paranoides persecutorios y megalomaníacos, y afirmaba: “soy un ser teletransportado, soy el hijo de Merlín y me quieren dañar”. Presentaba ideas de muerte y suicidio no estructuradas. Refería alucinaciones auditivas complejas en las que, según él: “oigo voces que me dicen que me mate, me hablan en idiomas extraños”. Su afecto era ansioso. La actividad motora era normal en conación y volición. El juicio de realidad estaba alterado, la introspección era nula y la prospección incierta. El examen físico estaba dentro de los límites normales para la edad. Los exámenes complementarios realizados durante los primeros días de la estancia hospitalaria, inclusive TC cerebral simple y electrocardiograma, fueron normales.

Se hizo un diagnóstico de ingreso de un trastorno paranoide compartido y un episodio psicótico agudo. Se inició manejo farmacológico con risperidona, a una dosis inicial de 0,5 mg al día, hasta una dosis efectiva de 2 mg al día. Durante la hospitalización mostró una adecuada interacción con el grupo tratante y con los otros pacientes. Los síntomas disminuyeron en intensidad

rápidamente y adquirió conciencia de enfermedad y crítica frente a las ideas delirantes; las alucinaciones auditivas fueron desapareciendo hasta la remisión completa. Su madre, abuela y tía cooperaron con el tratamiento propuesto participando de las reuniones de familia y apoyando la intervención. Sin embargo, la situación cambió cuando el paciente se vio enfrentado a retomar sus actividades escolares. Entonces, reapareció la ansiedad y la inquietud motora asociada a la idea sobrevalorada de que éstas eran señales de que algo malo estaba por suceder. Ingresó nuevamente, se manejó la ansiedad y se planteó la integración escolar progresiva, primero asistiendo de manera regular al hospital día y a consultas semanales con psiquiatría infantil y de adolescentes, que luego se espaciaban a medida que adquiriera los logros planteados en un principio. Durante unos meses asistió de manera regular al hospital día y a las citas programadas, sin presentar crisis o reactivación de la sintomatología. Infortunadamente, no se pudo hacer un seguimiento a largo plazo, puesto que el paciente dejó de asistir al hospital día y a las consultas de control.

Discusión

Los dos individuos presentados en este reporte de caso cumplen los criterios para el trastorno psicótico compartido (DSM IV-TR), así como para el trastorno de ideas delirantes inducidas (CIE-10). Al revisar los datos clínicos, encontramos una díada de una madre y su hijo, en la cual el niño desarrolla una ideación delirante, que posteriormente es compartida por su madre, con contenido y estructura similares, sin encontrarse antecedentes de enfermedad mental ni médica asociada, ni de consumo de drogas u otro tipo de sustancias.

Madre e hijo parecen haber incorporado muchos de los factores reportados que predisponen a desarrollar un trastorno paranoide compartido. El vínculo madre e hijo, insi-

núa un lazo conformado sobre la base de la dominancia-dependencia, en el cual la madre, el polo receptor, se muestra como dependiente y sumisa. Además, esta relación podría describirse como simbiótica, al observarse una línea pobremente delimitada que separa “uno” del “otro” (hablaban todo el tiempo de “nosotros”, cuando querían hablar de manera individual) y en la persistencia de un lecho común. Madre e hijo parecían estar aislados de su núcleo primario y del contacto social externo.

Entre las características premórbidas, cabe destacar a la madre como una persona que impresiona con una inteligencia inferior al promedio y que ha vivido dependiente de su familia, pero paradójicamente aislada del funcionamiento familiar. Llama la atención que, a pesar de considerarse el polo secundario, su funcionalidad se vio más comprometida que la de su hijo.

Revisando la literatura, son pocos los reportes de casos de un trastorno paranoide compartido entre madre e hijo y, entre ellos, sólo uno coincide con el nuestro en describir al niño como el polo psicótico dominante y, a su madre, como el polo receptor, en quien la psicosis fue inducida. Por lo general, los ejemplos de casos reportan parejas madre-hijo, inclusive dos adultos[22] o un adulto que transfiere las ideas delirantes y las alucinaciones a un niño dependiente de él[4,13,23], caracterización ampliamente descrita desde que el término *folie a deux* fue adoptado.

La separación durante la estancia hospitalaria fue la intervención más efectiva con respecto al tratamiento. Esto no es sorprendente, ya que la primera recomendación terapéutica es la separación de la díada psicótica, la cual parecería ser aún más efectiva en niños que en adultos. En el caso reportado en este artículo, la separación fue una medida efectiva. Sin embargo, según los lineamientos de la literatura actual, ante la

reaparición de los síntomas psicóticos fue necesario el mantenimiento de la medicación antipsicótica en ambos pacientes.

Podríamos afirmar que este es un caso de un trastorno psicótico compartido y que, a pesar del corto tiempo de evaluación y seguimiento, se podría intuir un cuadro comórbido en estos dos pacientes dentro del espectro de las psicosis primarias (esquizofrenia) y los trastornos del afecto.

Conclusión

Al evaluar y enfocar un caso de trastorno paranoide compartido, es importante tener en cuenta la condición psiquiátrica de cada una de las personas incluidas. Como los factores asociados y la condición varían entre individuos, la atención debe estar dirigida a la gama de los síntomas clínico, en vez de dirigirla a los múltiples factores y teorías asociadas al término *folie a deux*. Wehmeir *et al.*[13] proponen un número de puntos importantes que se deben tener en cuenta: el diagnóstico psiquiátrico tanto del polo dominante como del secundario, la presencia de alteraciones orgánicas comórbidas, el número de individuos que comparten el delirio, la edad del paciente primario y la del secundario, las características individuales (sexo, rasgos de personalidad), la naturaleza de la relación comprometida y el tipo de vinculación.

La intervención probablemente más efectiva es la separación de la díada o grupo. Se espera que la disminución o remisión de los síntomas en el polo secundario se dé con el simple cese de la interacción. Sin embargo, ésta se instaura en conjunto con la implementación del tratamiento formal a la condición psiquiátrica del polo primario. Generalmente, el manejo integral consiste en la medicación antipsicótica, así como en intervenciones de apoyo, cognitivas y psicoeducación. En la mayoría de los casos,

hay poca adherencia al tratamiento, ya que, como se había mencionado anteriormente, el vínculo de la pareja se ve constantemente amenazado por factores extremos, que en nuestro caso sería la intervención del grupo terapéutico.

A pesar de que el entendimiento del trastorno paranoide compartido se ha visto enriquecido desde el momento en que fue descrito inicialmente, sigue siendo un reto para el clínico que lo enfrenta.

Bibliografía

1. Guía de bolsillo de la clasificación CIE 10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE- 10. Organización Mundial de la Salud - OMS. Madrid, España. Médica Panamericana. 2002.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*. 4th ed. Washington: APA, 1994.
3. Lasegue C, Falret J. *La folie a deux*. Ann Med Psychol, 1877; 18: 321-56.
4. Janofsky JS. *Munchhansen syndrome in mother and daughter: an unusual presentation of folie a deux*. J Nerv Ment Dis 1986; 174: 368-70.
5. Nowlin N. *Anorexia nervosa in twins*. J Clin Psychiatry 1983; 44: 101-5.
6. Hart J, McClure GM. *Capgras' syndrome and folie a deux involving mother and child*. Br J Psychiatry, 1989; 154: 552-4.
7. Solomon JG, Fernando TG, Solomon SM. *Mother-son folie a deux: a case report*. J Clin Psychiatry 1978, 39 (11): 819-20.
8. Silveira JM, Seeman MV. *Shared psychotic disorder: a critical review of the literature*. Can J Psychiatry 1995; 40: 389-95.
9. Kashiwase H, Kato M. *Folie a deux in Japan-analysis of 97 cases in the Japanese literature*. Acta Psych Scand 1997; 96: 231-4.
10. Waltzer H. *A psychotic family-folie a douze*. J Nerv Ment Dis, 1963; 137: 67-75.
11. Sony SO, Rocklely GJ. *Socio-clinical substrates of folie a deux*. Br J Psychiatry 1974; 15: 230-5.
12. Menttjox R, Van Hauten CA, Kooiman CG. *Induced psychotic disorder: clinical aspects, theoretical considerations, and some guidelines for treatment*. Compr Psychiatry 1993; 66 (1): 89-96.
13. Wehmeier P, Barh N, Remschmidt H. *Induced delusional disorder: a review of the concept*. Psychopathology. 2003; 36: 37-45.
14. Bender L, Yarell Z. *Psychoses among followers of Father Divine*. J Nerv Ment Dis 1938; 87-9.
15. Scharfetter C. *Studies of heredity in symbiotic psychosis*. Int J Ment Health 1972; 1: 116-23.
16. Christodoulou GN, et al. *Shared delusion of doubles*. Neurol Neurosurg Psychiatry. 1995; 58: 499-501.
17. Howard R. *Induced psychosis*. Br J Hosp Med 1994; 51: 304-7.
18. Ghaziuddin M. *Folie a deux and mental retardation: review and case report*. Canadian Journal of Psychiatry 1991; 36: 48-9.
19. Glassman JNS, Magulac M, Darko DF. *Folie a famille: shared paranoid disorder in a Vietnam veteran and his family*. Am J Psychiatry 1987; 144: 658-60.
20. Coleman S, Last S. *A study of folie a deux*. Journal of Mental Sciences. 1939; 8: 1212-23.
21. Tishler C, Meltzer J. *Folie a deux in children: an emergency room presentation*. Clinical Case Studies 2004; 3: 49-56.
22. Chuleung K, Jinmi K, et al. *Delusional parasitosis as "folie a deux"*. J Korean Med Sci 2003; 18: 462-465.
23. Sharon I, Sharon R, Eliyahu Y. *Shared psychotic disorder*. www.emedicine.com. 08-03-2005.