

Folie A Trois: Olgu Sunumu

Özcan Uzun¹, Ali Ceran², Aytekin Özşahin³

ÖZET:

Folie a trois: Olgu sunumu

Paylaşılmış psikotik bozukluk, aynı özellikteki sanrıları kişilerin birbirlerine aktararak paylaşılmaları ile ortaya çıkan, nadir izlenen bir tablodur. Çoğunlukla, yakın ilişki içinde bulunan, sosyal ve fiziksel olarak izole yaşayan kişiler arasında görülür. Folie a trois, sanrıların yakınlıkları bulunan üç kişi arasında paylaşıldığı durumdur. Bu yazıda erkek çocuk, anne ve babadan oluşan bir folie a trois olgusunun öyküsü ve tedavisi sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: paylaşılmış psikotik bozukluk, folie a trois, tedavi

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005;15:27-30

ABSTRACT:

Folie a trois: A case report

Shared psychotic disorder is a rare psychiatric syndrome in which a symptom of psychosis is transmitted from one individual to another. This syndrome is most commonly diagnosed when the two or more individuals live in close proximity and may be socially or physically isolated and have little interaction with other people. Folie a trois is a condition manifesting in three close or related individuals. Here, a case report of a folie a trois involving a son, his father, and mother is presented.

Key words: shared psychotic disorder, folie a trois, treatment.

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005;15:27-30

GİRİŞ

Paylaşılmış psikotik bozukluk (PPB), yakın ilişki içinde bulunan en az iki kişinin aynı özellikteki sanrıları paylaşması sonucu ortaya çıkan bir tablodur (1). İlk kez 1877 yılında Laségue ve Falret tarafından tanımlanmıştır. Daha sonra, Dewhurst ve Todd, PPB'un ölçütlerini çok yakın ilişkisi içinde olan kişilerin benzer içeriği olan sanrıları kabul edip paylaşması ve desteklemesi olarak belirlemiştir (2). Bu tanımlama, bozukluğun DSM-IV tanı ölçütlerinin de temelini oluşturmuştur.

Bozukluk, sanrıları paylaşan kişi sayısına göre adlandırılır (3). Folie a trois sanrıların yakın ilişki içinde bulunan üç kişi tarafından paylaşıldığı durumdur. Bilinen en kalabalık olgu on iki kişiden (folie a douze) oluşmaktadır (4).

Yaygınlığı hakkında kesin bilgi yoktur. Az görülen bir bozukluk olmakla birlikte, ayırıcı tanımlar arasında düşünüldüğünde daha sık bir fenomen olduğu nu öne süren yayınlar vardır (5). Kadın-

larda ve düşük sosyoekonomik gruplarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (3,5). Silveira ve Seeman ise, 1942-1993 yılları arasında yayınlanan olguları gözden geçirdiği incelemede, kadın ve erkeklerin eşit oranda etkilendiğini rapor etmiştir (4).

Olguların yaklaşık %95'inde bozukluğun aynı ailenin iki üyesi arasında geliştiği görülmüştür (folie a deux) (4,5). Sanrıları ilk geliştiren kişiye başat (başın, birincil birey), etkilenen kişi veya kişilere ise edilgen (boyun eğen, ikincil birey) adı verilir. Başat kişide genellikle şizofreni veya başka bir psikotik bozukluk bulunur. Genellikle başat olan etkilendiği kişilere göre daha yaşlı, zeki, iyi eğitilmiş ve güçlü kişilik özellikleri taşımaktadır. Edilgen kişilerin ise telkine yatkın, bağımlı ve ayrışmaya dirençli olduğu görülmektedir (5,6). Ancak, son zamanlarda, PPB'un ayrışmaya karşı bir savunma olarak gelişen sembiyotik ilişkisi sonucu ortaya çıktığı; kişilerde başat ve edilgen özelliklerin her zaman görülmediği bildirilmiştir (4,7). İşlevsel-likte bozulma başat kişide daha yaygın-

¹Doç. Dr., ²Prof. Dr., GATA Psikiyatri AD, Ankara-Türkiye, ³Uzm. Dr., Hava Hast., Eskişehir-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Doç. Dr. Özcan Uzun, GATA Psikiyatri AD, 06018 Etlik Ankara-Türkiye

Telefon / Phone: +90-312-304-4501
Faks / Fax: +90-312-304-4507

Elektronik posta adresi / E-mail address: ouzun@gata.edu.tr

Kabul Tarihi / Date of acceptance: 22 Şubat 2005 / February 22, 2005

dır. Sanrısız inanışların dışında edilgen kişilerin davranışlarında belirgin bir patoloji görülmez (6).

Etyolojisinin genetik veya çevresel-psikososyal bir temeli olduğu kabul edilmektedir. Kişilerin %95'inden fazlasının aynı aileden olması söz konusu bozukluğun genetik yanının bir kanıtı olarak görülmektedir (8,9). Ayrıca, başat ve edilgen kişilerin birinci derecede akrabalarında şizofreni sıklığının yüksek olması da genetik yatkınlık düşüncesini desteklemektedir (10). Öte yandan eşler arasında ve sosyal toplumlarda izlenmesi, etyolojisinde çevresel-psikososyal etkenlerin de rolü olduğunu göstermektedir (11).

Hastalığın gidişi, tedavi edilmezse, genellikle kroniktir. Tedavide genel ilke, edilgen kişilerin sanrıların kaynağı başat kişiden ayrılmasıdır. Başat olanın tedavisinde antipsikotikler kullanılmaktadır. Edilgen kişilerin sanrıları bir iki hafta içinde ortadan kalkmazsa, antipsikotik tedavisine alınmaktadır (2,3).

Bu yazıda erkek çocuk, anne ve babadan oluşan bir folie a trois olgusu sunulmuştur.

OLGU

Başat kişi; erkek çocuk S., 24 yaşında, bekar, halen üniversitede yüksek lisans eğitimi yapmaktadır. Edilgen kişilerden baba B., 52 yaşında, lise mezunu ve emekli memurdur. Anne Z., 41 yaşında, ev hanımı ve ilkokul mezunudur. Anne, baba ve S. iki yıldan beri aynı ortamda yaşamaktadır. S. ve ailesi izlendiklerinden ve kendilerine kötülük yapılmak istendiğinden yakınmaktadır.

Öykü:

Bulantı ve kusma ile dahiliye polikliniğine başvuran annenin yakınmalarını açıklayacak organik bir neden saptanamamış ve psikiyatrik değerlendirmesi istenmiştir. Görüşmede Bayan Z., ailesinin birileri tarafından yaklaşık dört aydır izlendiğini, kendilerine kötülük yapılmak istendiğini, telefonlarının dinlendiğini ve bu nedenlerle çok huzursuz olduğunu söylemiştir. Bu durumdan eşi ve oğlunun da etkilendiklerini bildirmiş, bunun üzerine diğer aile üyeleri de değerlendirmeye alınmıştır. Birlikte yaşayan S. ve babada da aynı yakınmalar görülürken, başka bir şehirde yaşayan kızlarında psikiyatrik bir belirti saptanamamıştır.

Belirtiler ilk kez S.'de başlamıştır. Görüşmede S.,

üniversitede görevli iki bayanın kendisiyle uğraşmaya başladığını, beynini okuduklarını, aile sırlarını öğrendiklerini ve kendisini izlediklerini söylemiştir. Ayrıca, kendisine armağan edilen şiir kitabının her mısrasında kendisinden söz edildiğini ve yazarının A. Cengizhan olması dolayısıyla bir "Ali Cengiz oyunu" oynandığını net bir biçimde anladığını belirtmiştir. Bu yüzden çok rahatsız olduğunu, uykusuzluğunun başladığını ve iştahsızlığının arttığını bildirmiştir.

S.'nin düşüncelerine ilk katılan annesi olmuş, sonra bu düşünceleri babası da paylaşmaya başlamıştır. Baba, oğlunun üniversitede görevli iki bayan tarafından hipnotize edildiğini, başlangıçta oğlunun yanılabilceği düşündüğünü, ancak daha sonra olup bitenlerin kendisinin de farkına vararak inandığını ve kendilerini korumaya yönelik önlemler almaya çalıştıklarını söylemiştir.

Ailenin başka şehirde oturan kızları ise ailesinin düşünce ve davranışlarını garip, tutarsız bulduğunu; psikiyatri polikliniğine başvurmalarını önerdiğini, ancak kabul ettiremediğini anlatmıştır.

Öyküden, ailenin S.'den büyük beklentiler içinde olduğu; yaşantılarını merkezde onu düşünerek ve ona önemli roller vererek planlandıkları anlaşılmıştır. Ruhsal değerlendirmelere göre; S., premorbid olarak arkadaşlık ilişkileri sınırlı, kuşkucu, içine kapanık bir kişi olup aile içinde baskın bir yapıya sahiptir. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Ölçeğinde (MMPI) ilgi, sevgi gereksinimi duyduğu; bastırma, yadsıma, akla uygun hale getirme ve yansıtma savunma düzeneklerini kullandığı saptanmıştır. Baba soğuk, içine kapanık, sınırlı arkadaşlık ilişkileri olan ve emekli olduktan sonra dış dünya ile ilişkisi oldukça azalan birisidir. MMPI değerlendirmesinde esneklikten yoksun, benlik algısı düşük, psikolojik açıdan bağımlı olduğu; bastırma, yadsıma ve yansıtma savunma düzeneklerini kullandığı belirlenmiştir. S. ile babası arasındaki ilişki üniversite bitimine kadar oldukça sınırlı olmuş, ancak aynı ortamı paylaşmaya başladıktan sonra iletişimlerinin arttığı ve birbirlerine bağlandıkları dikkati çekmiştir. Anne ise eşine ve çocuklarına çok bağlı, kolayca etkilenen, titiz, sosyal ilişkileri kısıtlı ve duygularını dışa vurmayan bir insandır. Annenin MMPI profili geçersiz bulunmuştur. Ailenin diğer birinci derecede akrabalarında bilinen bir psikiyatrik bozukluk belirlenememiştir. Olguların fizik, nörolojik muayene bulguları ve laboratuvar inceleme sonuçları normal sınırlarda olup fiziksel bir hastalıkları yoktur.

Tedavi ve izlem:

İzlemde, bozukluğun şiddetindeki değişimler Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği [KPDÖ, (12)] ile değerlendirilmiştir. Başlangıçta, S.'nin KPDÖ puanı 34, annenin 32 ve babanın 30 olarak değerlendirilmiştir. Tedavide ilk adım olarak bireyler birbirlerinden ayrılmış; anne ile baba psikiyatri kliniğinde ayrı bölümlerde yatırılmış, S. ise ayaktan izlenmiştir. Yatırılan kişilere ilk günlerde ilaç tedavisi verilmemiştir. Ancak klinik içi uyumlarının bozulması üzerine her ikisine de düşük doz antipsikotik başlanmış (trifluperazin 10 mg gün) ve tedaviye yanıt alınmıştır. Ayaktan izlenen S.'nin de tedavisinde trifluperazin (10 mg gün) kullanılmıştır. Bir ay sonra anne ve babada psikotik belirtiler yatışmış, (KPDÖ puanları; annenin 7, babanın 5) ve 6. ayda ilaç tedavileri sonlandırılmıştır. Halen S.'de kalıntı belirtiler sürmektedir (KPDÖ puanı 18) ve ilaç tedavisi devam etmektedir.

TARTIŞMA

Sunulan, yakın ilişkisi içinde olan aile üyelerinin benzer içeriği olan sanrıları kabul edip paylaştığı bir folie a trois olgusudur.

Genellikle başat kişinin daha yaşlı, eğitilmiş ve zeki olduğu, sanrıları paylaşan kişilerin edilgen özellikler taşıdığı bildirilmektedir (4,6). Oysaki, psikotik belirtilerin ilk ortaya çıkan kişi olan S., diğer aile üyelerine göre eğitilmiş, ancak daha gençtir. Benzer şekilde, Kashiwase ve Kato 97 Japon olguyu incelemiş; başat kişilerin çoğunlukla gençlerden oluştuğunu rapor etmiştir (7).

Son yayınlarda, kişilerde başatlık ve edilgenlik özelliklerinin bulunmasının gerekli olmadığı belirtilmektedir. Sanrıların paylaşılmasında cinsiyet, zeka düzeyi veya yaşın önemli olmadığı; alışılmışın dışında yakın bir ilişkinin olmasının belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (3,4,7). Bu bağlamda, bozukluk çoğunlukla çekirdek yapıdaki ailelerde gelişmektedir. Ayrıca, yakın ilişki dışında dil ve kültürel izolasyon gibi özel koşulların da gerekliliği üzerinde durulmaktadır (13). Örneğin, Silveira ve Seeman olguların %76.3'ünde sosyal izolasyon saptandığını bildirmiştir (4). Becker, PPB'un ortaya çıkmasında ortak gereksinim ve beklentiler olmasının da önemli olduğuna değinmiştir (14). Wikler'a göre, bu koşullarda ailenin birbirine bağlılığının sürmesi ve bütünlüğünün korunması, ancak PPB gelişmesiyle sağlanabil-

mektedir (15).

Bu bilgiler ışığında olgumuz değerlendirildiğinde (3,4,7,13-16), annenin sosyal çevresinin zayıf olması, babanın ise emeklilikle birlikte dış dünya ile ilişkilerinin azalması sonucu izolasyon geliştiği anlaşılmıştır. Anne ve baba gelecekle ilgili beklentilerini S.'nin üzerine yapmıştır. Bu beklenti, S.'nin sanrılarının kabul edilip paylaşılmasında etkili olmuştur. İzolasyon, beklentiler ve bireylerin kişilik özellikleri yakınlaşmayı arttırmış ve ego sınırlarını kaybederek aileyi sembiyotik bir bütün haline getirmiştir. İlk başlarda S.'nin ruhsal durumu anne ve babası tarafından garip karşılanmış ve endişe yaratmıştır. Ancak, zamanla bilinçdışı bir özdeşimle başat kişinin sanrıları edilgen olanlar tarafından paylaşılmıştır (Folie imposée).

PPB olan kişiler, hastalıkları ile ilgili içgörüyü sahip değildirler. Bu nedenle tedavi arayışı içinde olmazlar. Bu olgular da önce kızlarının psikiyatrik değerlendirme önerisini reddetmiş, ancak anne somatik yakınmalar nedeniyle dahiliye polikliniğine başvurmuş ve psikiyatriye yönlendirilmiştir. Klinik incelemede, PPB'ta genellikle perseküsyon, grandiyöz ve somatik sanrılar görülmektedir (4-6). Genel bilgi ile uyumlu olarak, olgularımızda referans ve perseküsyon sanrıları, annede ayrıca somatik yakınmalar olduğu saptanmıştır.

Tedavi sürecinde, edilgen kişilerin başat olandan ayrılması ve sadece başat kişiye farmakolojik tedavi verilmesi önerilmektedir. Son zamanlarda yayınlanan olgu raporlarında ise, tedavide bu yaklaşımın yeterli olmadığı; sanrılara katılan bütün kişilerin antipsikotik tedaviye alınmasının daha yararlı olduğu vurgulanmıştır (3,7). Farmakolojik tedavide klasik ve atipik antipsikotiklerin etkili olduğu bulunmuştur. Tedavi süresi ile ilgili açık bilgiler bulunmamaktadır, ancak özellikle başat kişinin tedavisinin erken sonlandırılmasının yeniden alevlenmeye yol açabileceği bildirilmiştir (17). Bu veriler ışığında başat kişiden ayrı tutulan anne ve babaya da kısa süreli antipsikotik tedavi uygulanmıştır. Tedavi sonucunda edilgen kişiler bozukluk öncesi işlevselliklerini tekrar kazanmıştır. Başat kişide ise kalıntı belirtiler devam etmekte olup tedavisi sürdürülmektedir.

Sonuç olarak, folie a trois gelişmesinde başat kişinin her zaman daha yaşlı olmasının gerekli olmadığı; yakın ilişki, izolasyon ve kişilik özelliklerinin ise önemli etkenler olduğu görülmüştür.

Kaynaklar:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manuel Of Mental Disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994
2. Enoch D, Ball H. Folie à deux (et Folie à plusieurs). In: Enoch D, Ball H (editors). Uncommon Psychiatric Syndromes (Fourth edition). London: Arnold, 2001:181
3. Sharon I, Eliyahu Y. Shared psychotic disorder. In: Albucher RC (editor). Psychiatry, San Francisco:CME, 2002
4. Silveira JM, Seeman MV. Shared psychotic disorder: a critical review of the literature. Can J Psychiatry 1995; 40:389-395
5. Sacks MH. Folie a deux. Compr Psychiatry 1988; 29:270-277
6. Manschreck TC. Delusional disorder and shared psychotic disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ (editors). Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed, Baltimore: Williams &Wilkins, 2000:1243-1264
7. Mentjox R, van Houten CA, Kooiman CG. Induced psychotic disorder: clinical aspects, theoretical considerations, and some guidelines for treatment. Compr Psychiatry 1993; 34:120-126
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. White TG. Folie simultanée in monozygotic twins. Can J Psychiatry 1995; 40:418-420
10. Lazarus A. Folie a Deux: psychosis by association or genetic determinism? Compr Psychiatry 1985; 26:129-135
11. Soni SD, Rockley GJ. Socio-clinical substrates of folie a deux. Br J Psychiatry 1974; 125:230-235
12. Soykan C. Institutional differences and case typicality as related to diagnosis system severity, prognosis and treatment. Master Tezi. Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara, 1989
13. Maizel S, Knobler HY, Herbstein R. Folie a trois among two Soviet immigrant families to Israel. Br J Psychiatry 1990; 157:290-292
14. Becker EP. Induktion af vrangforestillinger folie a deux. Ugeskr Laeger 1993; 155:2779-2782
15. Wikler L. Folie a famille: a family therapists prospective. Fam Proc 1980; 5:1-19
16. Bankier RG. Role reversal in folie a deux. Can J Psychiatry 1998; 33:231-232
17. Fernando FP, Frieze M. A relapsing folie a trois. Br J Psychiatry 1985; 146:315-316