

Obłęd we dwoje. Objawy i psychospołeczne uwarunkowania indukowanych zaburzeń urojeniowych

Insanity of two. Clinical symptomatology and psychosocial factors of induced paranoid disorder

Katarzyna Prochwicz

Instytut Psychologii UJ
Kierownik: dr hab. n. hum. W. Łosiak

Summary

Aim. The primary aim of the research was to identify factors which are associated with the appearance of induced psychotic disorders. The psychological and social factors and cultural diversity of symptoms and course of folie à deux were taken into account.

Method. The author's review of literature on the topic of folie à deux.

Results. Folie à deux was first described in the 19th century. Since then the concept has been elaborated, and several psychosocial and demographical factors which favour a development of folie à deux have been described. Those involved are often isolated from society and have a close emotional relationship. Folie à deux has occurred most often in relationships within a nuclear family, especially between sisters, spouses, mother and child. The primary partner has been noted as being older, more intelligent and better educated. In most cases, the person in whom the delusions are induced is dependent on or submissive to the person with the psychotic disorder.

Conclusion. Psychological, social and demographical factors play an important role in emergence of shared paranoid disorders.

Słowa kluczowe: indukowane zaburzenie urojeniowe, indukowane zaburzenie psychotyczne, folie à deux

Key words: induced psychotic disorder, induced paranoid disorder, folie à deux

Definicja i kryteria diagnostyczne

Indukowane zaburzenie urojeniowe definiowane jest jako zaburzenie urojeniowe podzielane przez dwie osoby lub więcej osób blisko powiązanych ze sobą emocjonalnie, z których tylko jedna wykazuje objawy pierwotnego zaburzenia psychotycznego, u drugiej (drugich) zaś urojenia są tylko wzbudzane i zwykle ustępują, gdy osoby te zostaną od siebie oddzielone [1, 2, 3].

W roku 1651 angielski lekarz William Harvey opisał przypadek dwu sióstr, u których rozwinęły się urojenia cięży. Opis ten powszechnie uznaje się za pierwszy

omówiony w literaturze medycznej przypadek indukowanych zaburzeń urojeniowych. Znane są jednak wcześniejsze doniesienia o zjawiskach przypominających to zaburzenie [4]. Pierwsze próby nazwania i sklasyfikowania indukowanych zaburzeń urojeniowych zostały podjęte w XIX wieku. W 1860 r. francuski lekarz Baillarger na określenie zjawiska przejmowania urojeń wprowadził nazwę folie communiquée [5], w 1877 roku Laségue i Falret [6] po raz pierwszy użyli nazwy folie à deux, zastępując nią termin używany przez Baillagera [5, 7]. Od czasów Laségue'a i Falreta francuski termin folie à deux znalazł się w powszechnym użyciu i do dziś jest stosowany jako synonim terminu „indukowane zaburzenie urojeniove”.

Laségue i Falret zaproponowali kryteria diagnostyczne folie à deux i opisali warunki sprzyjające indukowaniu zaburzeń urojeniowych. Zdefiniowali folie à deux jako przejmowanie idei urojeniowych osoby, u której początkowo się one pojawiły, przez inną lub więcej osób pozostających z nią w bliskim związku [5, 6, 8, 9]. Osoby „indukująca” i „indukowana” dzielają wspólne emocje, zainteresowania i opinie, a także żyją w izolacji społecznej. Osoba, u której urojenia są wzbudzone, jedynie odzwierciedla objawy indukującego, o czym świadczy obserwacja, że rozdzielenie ich zazwyczaj powoduje u niej spontaniczne ustąpienie objawów [3]. Zdaniem Laségue i Falreta jedynie osoba indukująca powinna być uznawana za „prawdziwego” pacjenta i poddawana leczeniu, natomiast osobie indukowanej nie można przypisać psychozy na podstawie objawów, które ujawnia, pozostając w relacji z indukującym partnerem [6, 10]. Późniejsi autorzy rozważali możliwość występowania indukowanych zaburzeń urojeniowych u dwóch osób mających dziedziczne predyspozycje do zaburzeń psychicznych. Regins [za: 5] dopuszczał diagnozowanie folie à deux w przypadku, gdy urojenia rozwijają się równolegle u dwóch genetycznie obciążonych partnerów. Wspólna obydwu osobom predyspozycja genetyczna powoduje, że separacja nie zawsze prowadzi do ustąpienia objawów u osoby, u której pojawiły się one w drugiej kolejności. Nazwał opisany przez siebie podtyp folie à deux: folie simultanée, podkreślając równoległość pojawiania się objawów psychotycznych u dwu jednakowo podatnych na nie osób. W 1894 r. Maranon de Montyel wyróżnił kolejny rodzaj indukowanych zaburzeń urojeniowych, które zdefiniował jako przekazywanie urojeń osobie zdrowej nie mającej genetycznej podatności na zaburzenia psychiczne. Urojenia rozwijają się u osoby poddanej indukcji po długim okresie odporności, a rozdzielenie obydwu osób zazwyczaj nie powoduje ustąpienia objawów u żadnej z nich, co pozwala na postawienie obydwu osobom niezależnej diagnozy zaburzeń urojeniowych. Na określenie opisanego przez siebie zaburzenia Maranon de Montyel zaadaptował używaną wcześniej przez Baillarger nazwę folie communiquée, natomiast opisany przez Baillarger oraz Laségue'a i Falreta klasyczny podtyp folie à deux nazwał folie imposée [za: 5]. Obserwacja, że treść urojeń osoby, u której zdiagnozowano zaburzenia psychotyczne, może ulegać przekształceniom pod wpływem treści urojeń innej chorej osoby, pozwoliła wyróżnić jeszcze jeden typ indukowanych zaburzeń urojeniowych. Został on po raz pierwszy opisany przez Lehmana w 1885 roku pod nazwą folie induite [5, 11, 12, 13]. Ta forma folie à deux wydaje się najrzadziej spotykana [14].

W klasyfikacjach zaburzeń psychicznych folie à deux uwzględniane jest jako oddzielna jednostka nozologiczna. Współczesne kryteria diagnostyczne pozwalają

potwierdzić występowanie folie à deux jedynie w warunkach, w których u osoby indukowanej nie występuje genetyczna podatność i nie obserwuje się u niej urojeń w okresie poprzedzającym indukcję objawów. Tym samym grupa indukowanych zaburzeń urojeniowych została ograniczona do folie imposée. Kryteria diagnostyczne sformułowane w ICD-10 dodatkowo podkreślają konieczność stwierdzenia wzbudzenia objawów u jednej z diagnozowanych osób, czyli odwołują się do indukcji jako mechanizmu powstawania zaburzenia, podczas gdy kryteria DSM-IV akcentują przede wszystkim podobieństwo treściowe urojeń [1, 5]¹.

Objawy indukowanych zaburzeń urojeniowych

Osoba indukująca objawy zazwyczaj relacjonuje doświadczenia o charakterze paranoidalnym [2, 14]. W większości przypadków folie à deux potwierdza się u niej występowanie zaburzeń z grupy schizofrenii [15], ale wielu autorów wskazuje na możliwość indukowania objawów wytwórczych pojawiających się w przebiegu zaburzeń nastroju. Z zestawień opracowanych przez Silveirę i Seemana [16] wynika, że diagnoza schizofrenii u osoby indukującej była najczęściej stawianym rozpoznaniem w latach 1942–1993 i pojawiała się częściej niż diagnoza zaburzeń nastroju i zaburzeń urojeniowych. W odniesieniu do opisów z lat 1993–2005 zanotowano zmianę w proporcjach poszczególnych diagnoz na korzyść zaburzeń urojeniowych, które w tym okresie diagnozowano częściej niż schizofrenię i zaburzenia nastroju [17]. Torch [18] oraz Grover i Gupta [19] opisali także przypadki indukowania zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.

W przedstawianych obrazach klinicznych folie à deux, począwszy od lat 40 XX wieku aż do 2005 roku, dominowały urojenia prześladowcze i wielkościowe [16, 17]. Opisywane były także przypadki wzbudzenia urojeń religijnych, depresyjnych, somatycznych i o treści erotycznej [9, 14, 20]. Notowano przypadki folie à deux u osób z diagnozą syndromu Capgrasa (osoby żyjące w bliskim związku emocjonalnym są przekonane o zamianie partnera na sobowtóra [9, 21]), u osób cierpiących na zespół Cotarda [14, 21] i zespół Fregoliego [21]. Folie à deux stosunkowo często występuje w diadach, w których jedna z osób cierpi na obłąd pasożytniczy [9, 22, 13] – częstość występowania indukowanych zaburzeń urojeniowych ocenia się w tym przypadku na 25% [23]. W literaturze medycznej można także odnaleźć opisy indukowanych urojeń ciąży [24], a także urojeń nadużyć seksualnych [20]. Wielu autorów podkreśla, że indukcji objawów sprzyja sytuacja, w której urojenia zawierają element rzeczywistości [15], a osoba, u której stwierdza się pierwotne zaburzenie psychotyczne, znajduje się na wczesnym etapie rozwoju choroby [9]. Urojenia indukowane w przebiegu folie à deux mają zazwyczaj charakter chroniczny; są z reguły dobrze usystematyzowane [15]. Dotyczy to zwłaszcza objawów stwierdzanych u osoby z pierwotnym zaburzeniem psychotycznym, natomiast urojenia przejmowane przez osobę odzwierciedlającą objawy mogą cechować się słabszą organizacją i mniejszą intensywnością [15]. Salih [25] zauważa także, że kiedy urojenia zostaną przyswojone przez osoby pierwotnie nie

¹ Warto wspomnieć, że w klasyfikacji DSM-IV na określenie folie à deux używa się terminu shared psychotic disorder (podzielane zaburzenie psychotyczne).

cierpiące na schizofrenię lub zaburzenia urojeniowe, to ich treść wydaje się bardziej uzasadniona i brzmi prawdopodobniej niż wtedy, gdy są one wypowiedane przez osobę indukującą.

Diagnoza folie à deux wymaga potwierdzenia treściowego podobieństwa urojeń występujących u obydwu osób tworzących diadę [1, 3, 5, 15]. W warunkach, gdy u obydwu partnerów występują urojenia o odmiennej treści, zazwyczaj mamy do czynienia z zaburzeniami rozwijającymi się niezależnie [15]. Sam fakt istnienia bliskiej relacji emocjonalnej między wypowiadającymi urojenia osobami nie upoważnia wtedy do postawienia diagnozy folie à deux.

Współczesne kryteria diagnostyczne indukowanych zaburzeń urojeniowych wprowadzają kryterium pojawiania się urojeń w kontekście bliskiej relacji lub podzielenia przez dwie osoby tego samego systemu urojeniowego. Kryteria te nie mówią wprost o możliwości indukowania objawów innych niż zaburzenia myślenia. Wielu autorów zwraca jednak uwagę na względnie częste występowanie omamów jako objawu podlegającego indukcji [5, 8, 17], co powinno skłonić do poszerzenia kryteriów diagnostycznych [8]. Współwystępowanie omamów z urojeniami w przebiegu indukowanych zaburzeń urojeniowych dotyczyło 29% przypadków opisanych przez Silveirę i Seemana [16] i 52% przypadków relacjonowanych przez Arnone'a i wsp. [17]. Autorzy ci odnotowali także pojedyncze przypadki doświadczania omamów przez osoby indukowane w sytuacji, gdy nie występowały one u partnera z pierwotnym zaburzeniem psychiatrycznym [17]. W przebiegu folie à deux najczęściej występują omamy wzrokowe, w dalszej kolejności somatyczne i słuchowe [5, 17]. Obecność omamów odnotowuje się szczególnie często wtedy, gdy indukowanym zaburzeniem jest obłęd pasożytniczy [4].

Współczesne kryteria definicyjne indukowanych zaburzeń urojeniowych dopuszczają możliwość wzbudzania urojeń u więcej niż jednej osoby, choć jest to zjawisko występujące niezwykle rzadko [2, 26, 27]. Dla przypadków, w których identyczne objawy ujawnia troje ludzi pozostających w bliskiej relacji, stosuje się nazwę folie à trois [11, 28, 29], natomiast folie à quatre diagnozuje się, gdy identyczne urojenia wypowiadają jednocześnie cztery osoby [26]. Szczególnym rodzajem indukowanych zaburzeń urojeniowych występujących u większej liczby osób jest folie à famille, w którym urojenia jednego członka rodziny przejmują wszyscy zamieszkujący z nim krewni [2, 11]. Salih [25] wskazuje także na możliwość wywołania urojeń w większych grupach społecznych. Zdaniem tego autora przypadek zbiorowego samobójstwa dokonanego w 1978 roku przez ponad 1000 członków religijnej sekty Świątynia Ludu można wyjaśnić przejmowaniem przez nich urojeniowego systemu przywódcy sekty w warunkach skrajnej izolacji. Salib [30] proponuje ten sam mechanizm zbiorowej indukcji urojeń dla wyjaśniania działań członków niektórych grup terrorystycznych.

Spoleczne i psychologiczne czynniki sprzyjające powstawaniu indukowanych zaburzeń urojeniowych

Podstawowe czynniki sprzyjające powstawaniu indukowanych zaburzeń urojeniowych to rodzaj relacji łączącej osobę indukującą i indukowaną oraz względna izolacja społeczna, w której dochodzi do rozwoju tej relacji [2]. Konieczność bliskiego emo-

cyjonalnego związku łączącego osoby akceptujące i podtrzymujące wzajemnie swoje urojenia była traktowana jako jedno z kryteriów definicyjnych folie à deux już przez Laségue'a i Falreta [6]. Autorzy ci zauważyli, że osoby, u których dochodzi do rozwoju zaburzenia, zazwyczaj doświadczają podobnych emocji, dzielają wspólne zainteresowania i opinie. W przeważającej większości przypadków osoby te to członkowie bliskiej rodziny, u których więzy pokrewieństwa i wspólne mieszkanie dodatkowo ułatwiają wytworzenie się silnego związku i sprzyjają wyizolowaniu społecznemu.

O ile indukowane zaburzenie urojeniowe dotyczy zazwyczaj osób będących w bliskich relacjach stosunkowo długo, o tyle okres, w którym dochodzi do właściwej indukcji urojeń, nie przekracza zazwyczaj jednego roku [12, 15, 20], a w niektórych przypadkach może ograniczać się do kilku godzin [12]. Arnone i wsp. [17], powołując się na opisy przypadków folie à deux opublikowanych w literaturze medycznej w latach 1993–2005, podają, że średni czas trwania znajomości między osobą indukowaną a indukującą mieści się w granicach od 0,5 miesiąca do 81 miesięcy i wynosi średnio 72,98 miesiąca [17]. Wyniki podobnych obliczeń dokonanych dla przypadków folie à deux z lat 1942–1993 wskazują, że okres ten może być dłuższy i wynosić nawet 80 lat.

Izolacja społeczna uznawana jest za kolejny istotny czynnik ryzyka indukowanych zaburzeń urojeniowych [2, 9, 7, 8, 15, 17]. Przez izolację rozumie się tutaj wyraźne ograniczenie lub nawet zupełny brak zewnętrznych wpływów osób innych niż te, które dzielają wspólne urojenia. Może ona także przybierać formę izolacji językowej i kulturowej [15] wywołanej np. emigracją. W takich przypadkach poczucie bycia wyobcowanym sprzyja tendencjom do wzmacniania więzi rodzinnych i dystansowania się od otoczenia, które uznawane jest za nieprzychylnie [31]. Tak ukształtowane środowisko sprzyja wzajemnemu akceptowaniu i potwierdzaniu urojeń przez członków rodziny i utrudnia adekwatną ocenę rzeczywistości. Z drugiej strony w literaturze medycznej odnotowuje się także przypadki, w których dochodziło do indukowania urojeń u osób nie wyizolowanych i nie znajdujących się w nieprzychylnym środowisku społecznym. Sugeruje to, że siła relacji może spełniać ważniejszą rolę niż izolacja i poczucie wyobcowania [32]. Izolacja społeczna należy także do cech charakterystycznych dla rodzin, w których dochodzi do rozwoju folie à famille [2, 33]. Przejmowaniu urojeń wypowiedzianych przez jednego członka rodziny sprzyjają także zależne lub ambiwalentne relacje w rodzinie, poniżanie lub przemoc, stabilna, niezmienna liczba osób w rodzinie utrzymująca się przez dłuższy czas oraz dominująca pozycja osoby indukującej [29].

Do czynników sprzyjających rozwojowi indukowanych zaburzeń urojeniowych wielu autorów zalicza także cechy i dyspozycje osób, których zaburzenie to dotyczy. Podkreśla się przede wszystkim psychologiczną przewagę osoby indukującej. Przewaga ta wyraża się jej dominacją nad osobą, u której wzbudzone są urojenia, a także wyższym poziomem zdolności intelektualnych i wyższym poziomem wykształcenia. Na wymiar dominacja – submisyjność w relacjach między indukującym a indukowanym zwrócili już uwagę Laségue i Falret. W swojej definicji folie à deux zaznaczali, że urojenia pojawiają się w pierwszej kolejności u osoby aktywnej i inteligentnej, a przejmowane są przez partnera pasywnego i mniej inteligentnego [6]. Wniosek ten sformułowali na podstawie analizy siedmiu przypadków folie à deux, w których zazwyczaj potwierdzali obecność upośledzenia fizycznego, umysłowego lub jakiejś formy deprywacji

społecznej u osoby indukowanej [6]. Na znaczenie tendencji do dominacji jako cechy charakteryzującej osobę indukującą wskazywali także inni autorzy [9, 11, 14, 34, 35, 36]. Signer i Isbister [9] podkreślali, że osoba indukująca jest często dla indukowanego autorytetem lub obiektem identyfikacji, co sprzyja jego submisyjności, pasywności i podatności na sugestię. Uzyskaniu tej przewagi sprzyja także fakt, że zdecydowana większość przypadków folie à deux występuje wśród członków najbliższej rodziny, a jedną z najpowszechniejszych diad, w których dochodzi do indukowania urojeń, jest relacja matka–dziecko. Signer i Isbister [9] zwracają uwagę, że dzieci zazwyczaj identyfikują się z chorym rodzicem, łatwo ulegają jego sugestiom i charakteryzują się niższym poziomem inteligencji i wykształcenia niż osoba dorosła [15]. Rola wymiaru dominacji – submisyjności w wywoływaniu indukowanych zaburzeń urojeniowych była także dyskutowana w kontekście patologicznych relacji zależności w małżeństwie [37] oraz nierozwiązanej potrzeby zależności od matki z okresu niemowlęctwa [36]. Wymiar dominacji – submisyjności ma kluczowe znaczenie przede wszystkim w chwili powstawania zaburzenia. W przypadku, gdy objawy osiągnęły już znaczny stopień zaawansowania, trudno niejednokrotnie stwierdzić, który z partnerów interakcji był osobą dominującą w chwili indukcji urojeń. Salih [25] podkreśla, że układ zależności w relacji między osobą indukującą a indukowaną może ulegać zmianom, w tym także odwróceniu wtedy, gdy objawy występują u obydwu osób, tak że charakter pierwotnej relacji staje się trudny do odtworzenia. Rozstrzygnięć dokonuje się zazwyczaj na podstawie subiektywnych odczuć osób chorych, które nie zawsze muszą odzwierciedlać rzeczywisty charakter relacji [15]. Pewne znaczenie należy także przypisać możliwym błędom w ocenach klinicystów, którzy często szacują względną psychologiczną przewagę jednej z osób nad drugą na podstawie własnego systemu wartości, a nie specyfiki konkretnej relacji [15].

Wielu autorów zwraca uwagę na znaczenie obniżonego poziomu inteligencji jako czynnika zwiększającego podatność na przyswajanie cudzych urojeń [7, 9, 15, 38, 39, 40, 41]. Występowanie indukowanego zaburzenia urojeniowego wielokrotnie notowano w związkach, w których u przejmującego urojenia partnera stwierdzano demencję [7, 42], upośledzenie umysłowe [7, 39, 40] lub obniżenie inteligencji określane jako pogranicze upośledzenia umysłowego [17, 38, Gralnick za: 38]. Demencję i upośledzenie uznano za cechy szczególnie sprzyjające pasywności i podatności na sugestię [7, 9, 38]. Podatność taka może się także przejawiać w formie deficytów funkcjonalnych: osoby, u których wzbudzone są urojenia, zazwyczaj charakteryzują się obniżoną zdolnością zaspokajania własnych potrzeb, trudnościami językowymi, tendencją do wycofywania się z relacji społecznych, mniejszą niezależnością i brakiem umiejętności dbania o własne dobro [15, 17]. Typowy dla tych osób jest także brak poczucia bezpieczeństwa i obniżona samoocena [7], skłonność do ucieczki w fantazjowanie [8] oraz niekorzystne doświadczenia życiowe [17].

Czynniki demograficzne

Indukowane zaburzenia urojeniowe zazwyczaj występują wśród członków najbliższej rodziny. Mahgoub i Hossain [35] oceniają, że 95% wszystkich przypadków folie

à deux dotyczy krewnych lub osób pochodzących z tego samego środowiska psychospołecznego. Prawdopodobieństwo wystąpienia indukowanych zaburzeń urojeniowych wydaje się także większe w przypadku rodzin nuklearnych. Osoby przejmujące i wzajemnie podtrzymujące swoje urojenia to zazwyczaj diady mąż–żona, rodzic–dziecko lub rodzeństwo [14, 15, 20]. Za szczególnie powszechne uznawano pary siostra–siostra, obecnie jednak zwraca się uwagę na rosnącą częstotliwość indukowania urojeń w relacjach między małżonkami oraz matką a dzieckiem [20]. Również opisywane, choć rzadziej występujące, są urojenia między dwoma braćmi, bratem a siostrą, ojcem a dzieckiem [15]. Istotny dla rozwoju indukowanych zaburzeń urojeniowych wydaje się także fakt wspólnego mieszkania krewnych. Incorvaia i Helmes [15] zwracają uwagę, że w diadach rodzic–dziecko zachodzi większe prawdopodobieństwo, że to dziecko będzie osobą indukowaną. W odniesieniu do urojeń indukowanych w rodzeństwie szczególne miejsce przypada rodzeństwom bliźniaczym. Pierwsze przypadki folie à deux u sióstr bliźniaczek notowano już w XIX wieku [41]. W tego typu parach dochodzi do kumulowania się czynników środowiskowych i genetycznych sprzyjających rozwojowi folie à deux w większym stopniu, niż ma to miejsce u rodzeństw niebliźniaczych. Ważna rola wydaje się przypadać także szczególnej relacji, jaka wiąże osoby o identycznym wyglądzie fizycznym, porównywalnych cechach psychologicznych i podobnych doświadczeniach życiowych [10]. W przypadku diad bliźniaczych ważną rolę wydaje się pełnić także płeć rodzeństwa, Lazarus [10] podaje, że wśród 16 opisów folie à deux u bliźniąt monozygotycznych dwanaście to diady siostra–siostra, a jedynie cztery to diady złożone z braci.

Wielokrotnie przywoływane w literaturze przekonanie o większej częstotliwości występowania indukowanych zaburzeń urojeniowych u kobiet, w porównaniu z mężczyznami, odzwierciedla pogląd wielu autorów o większej submisyjności kobiet i ich pasywnej roli w tradycyjnych rodzinach [15]. Przekonanie to wspierały analizy przypadków publikowanych w starszej literaturze medycznej. Większą częstotliwość występowania folie à deux u kobiet stwierdzili między innymi Laségue i Falret [6] na podstawie 7 przypadków zaobserwowanych pod koniec XIX wieku, Gralnick [za: 5] na podstawie obserwacji z lat 1879–1942 oraz Silveira i Seeman [16], których zestawienia odnoszą się do lat 1942–1993. Należy jednak podkreślić, że o ile w przypadku badań Laségue’a, Falreta oraz Gralnicka przewagę kobiet zanotowano zarówno w grupie indukujących, jak i indukowanych, o tyle w badaniach Silveiry i Seemana dotyczyła ona jedynie indukujących, natomiast wśród osób przejmujących urojenia nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic ze względu na płeć. Wyniki bardziej współczesnych zestawień opracowanych przez Arnone’a i wsp. [17] ujawniły całkowity zanik wspomnianej różnicy w latach 1995–2005. Autorzy ci odnotowali porównywalną liczbę kobiet i mężczyzn zarówno wśród osób przekazujących, jak i przejmujących urojenia.

Indukowane zaburzenie urojeniowe może dotyczyć osoby w różnym wieku, zdecydowana większość przypadków dotyczy jednak ludzi dorosłych, tylko nieliczne opisy folie à deux odnoszą się do dzieci i osób w podeszłym wieku. W nowszych

opracowaniach podawane jest w wątpliwość powszechne do niedawna przekonanie, że osoba indukująca urojenia jest zazwyczaj starsza od osoby, u której objawy są wzbudzane [5, 17]. Przeprowadzone przez Silveirę i Seemana [16], a następnie przez Arnone'a i wsp. [17] szczegółowe porównania wieku osób z folie à deux nie ujawniły istotnych różnic między grupami osób indukujących i indukowanych w okresie od 1942 do 2005 roku. Różnice takie wykazali Laségue i Falret [6], a także Gralnick [za: 17] w opracowaniach odnoszących się do lat wcześniejszych.

Różnice kulturowe

Indukowane zaburzenie urojeniowe nie jest zjawiskiem, którego występowanie byłoby ograniczone geograficznie lub kulturowo. Pomimo iż zdecydowana większość opisanych w literaturze przypadków została zaobserwowana w ramach kultury Zachodu, istnieją także doniesienia o występowaniu folie à deux w Afryce, Azji i krajach Środkowego Wschodu [28, 33, 42, 43, 44, 45]. Interesujące wydają się zwłaszcza badania Kashiwase, Kato, w których autorzy skupili się na porównaniu przebiegu i objawów przypadków folie à deux opisywanych przez autorów japońskich oraz amerykańskich i europejskich. Zanalizowali 97 przypadków indukowanych zaburzeń urojeniowych zdiagnozowanych w Japonii w latach 1904–1994. Wykazali mniejszy odsetek par siostra–siostra wśród japońskich pacjentów w porównaniu z pacjentami zachodnimi, a także nie obserwowaną w krajach zachodnich liczbą przewagę diad matka–dziecko oraz diad mąż–żona nad pozostałymi typami relacji. Zgodnie z ustaleniami Kashiwase, Kato, objawy, które najczęściej podlegały indukcji u pacjentów japońskich, to ostre urojenia religijne, przy czym częściej były one przejmowane od partnera młodszego przez osobę starszą. Incorvaia i Helmes [15] wskazują, że treści urojeń mogą się różnić w zależności od kultury, ale mechanizm indukowania zaburzeń pozostaje niezależny od czynników kulturowych. Odmienne mogą być jednak kryteria tego, co w danej kulturze uznawane jest za zaburzenie [34]. Treści, które zgodnie z kryteriami przyjętymi w kulturze Zachodu, diagnozujemy jako urojeniowe, w innym środowisku socjokulturowym mogą być przekonaniem powszechnie aprobowanym.

Indukowane zaburzenie urojeniowe opisywane jest w literaturze medycznej od XVI w., trudno jednak do dziś o wyczerpującą syntezę wyników badań nad tym zjawiskiem. Trudność ta w dużym stopniu jest konsekwencją metod przyjętych przez autorów większości opracowań. Publikacje poświęcone indukowanym zaburzeniom urojeniowym to opisy konkretnych, pojedynczych przypadków. Nieliczne opracowania, których autorzy prezentują podejście ilościowe, to podsumowania większej liczby pojedynczych studiów publikowanych w dłuższym okresie [12, 16, 17]. Obejmują one zestawienia przypadków diagnozowanych na podstawie różnych kryteriów i zazwyczaj opierają się na niekompletnych danych o cechach demograficznych pacjentów oraz przebiegu choroby. Porównania te nie dają pełnego obrazu przyczyn, przebiegu i mechanizmów powstawania indukowanych zaburzeń urojeniowych.

Inny problem stanowi stosunkowo niewielka liczba analiz. Całkowita liczba przypadków folie à deux opisanych w literaturze medycznej do roku 2000 nie przekraczała 300 [8]. Dokładne oszacowanie rozpowszechnienia indukowanych zaburzeń urojeniowych utrudnia fakt, że po pomoc medyczną zazwyczaj zgłasza się tylko jedna z chorujących osób – ta, u której urojenia pojawiły się w pierwszej kolejności, natomiast objawy występujące u indukowanego partnera nie zawsze zostają ujawnione.

Бред вдвоем. Психосоциальные симптомы и обусловливания индуцированных бредовых нарушений

Содержание

Задание. Заданием статьи было определение факторов, способствующих появлению индуцированных бредовых нарушений. Принято во внимание психологическое и социальное положение обследованных, имеющее место при индукции бреда. Учтено также культуральное отличие симптомов и течение folie à deux.

Метод. В статье проведен анализ описанных наблюдений folie à deux опубликованных в современной медицинской литературе.

Результаты. Folie à deux впервые описано в XIX веке. С того времени описано много социальных, психологических и демографических факторов, которые имеют существенное значение для появления этого нарушения. Лица, у которых диагностируется folie à deux, связаны близкими эмоциональными реакциями, как правило, живут в относительной изоляции в обществе.

Folie à deux чаще относится к семейным людям, особенно связь брат–сестра, супругов, а также дети и матери. Лицо, индуцирующее бредовые симптомы, как правило старше от лица, у которого бред возбуждается, а также превалирует над лицом своим интеллектом. Индуцированное лицо, как правило, характеризует подчиненность и зависимость от индуцирующего лица.

Выводы. Психологические, социальные и демографические факторы играют существенную роль в появлении индуцированных бредовых симптомов.

Wahn zu zweit. Symptome und psychosoziale Bedingungen der induzierten wahnhaften Störungen

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel des Artikels war die Bestimmung der Faktoren, die die Entstehung der induzierten wahnhaften Störungen fördern. Man nahm in Betracht die psychologischen und sozialen Faktoren, die einen Einfluss auf die Induktion der Wahnvorstellungen haben. Man berücksichtigte auch die kulturelle Differenzierung der Symptome und des Verlaufes von Folie à deux.

Methode. Im Artikel wurde die Analyse der Fälle von Folie à deux durchgeführt, die in der zeitgenössischen medizinischen Literatur veröffentlicht wurden.

Ergebnisse. Folie à deux wurde zum ersten Mal im 19. Jahrhundert diagnostiziert. Seit dieser Zeit wurden viele soziale, psychologische und demografische Faktoren bestimmt, die eine signifikante Bedeutung für die Entstehung dieser Störung haben. Die Personen, bei denen Folie à deux diagnostiziert wurde, verbindet eine enge emotionale Beziehung, sie leben in einer relativen sozialen Isolation. Folie à deux betrifft vor allem nukleare Familien, besonders Diaden Schwester – Schwester, Eheleute und Kinder und Mütter, die Person, die die Symptome induziert, ist meist älter als die Person, bei der die Wahnvorstellungen induziert werden und sie ist auch ihr intellektuell überlegen. Die induzierte Person dagegen charakterisiert Submissivität und Abhängigkeit vom Induzierenden.

Schlussfolgerungen. Die psychologischen, sozialen und demografischen Symptome spielen eine bedeutende Rolle bei der Entstehung der induzierten wahnhaften Störungen.

La folie à deux. Les symptômes et les facteurs psychosociaux des troubles paranoïdes induits

Résumé

Objectif. Définir les facteurs favorisant l'apparition des troubles paranoïdes induits. On prend en considération les facteurs psychologiques et sociaux influant sur le début de ces troubles et la différenciation culturelle des symptômes et du cours de la folie à deux.

Méthode. On analyse les cas de la folie à deux décrits dans la littérature en question.

Résultats. La folie à deux est diagnostiquée pour la première fois en XIX siècle. Depuis ce temps-là on a défini plusieurs facteurs psychologiques, sociaux et démographiques qui jouent le rôle important dans le développement de ce trouble.

Les personnes qui sont diagnostiquées « la folie à deux » sont unies de très fortes relations émotionnelles et elles vivent en isolation sociale relative. La folie à deux touche avant tout les familles nucléaires – sœur et sœur, époux, mères et enfants. La personne qui induit les symptômes est plus âgée, la personne qui subit l'induction est soumise et dépendante.

Conclusion. Les facteurs psychologiques, sociaux et démographiques jouent le rôle important dans le développement des troubles induits.

Piśmiennictwo

1. *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius; 1994.
2. Grzywa A. *Zaburzenia urojeniowe*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*, t. 2. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban and Partner; 2003, s. 325–341.
3. Grzywa A. *Omamy i urojenia*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban and Partner; 2000.
4. Dosiak M, Wojtyna E, Underman T, Bojarowski M. *Indukowane zaburzenie urojeniowe*. Post. Psychiatr. Neurol. 2005; 14: 30–32.
5. Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, Baba H. *Folie à deux and shared psychotic disorder*. Curry. Psychiatry Rep. 2007; 9: 200–205.
6. Laségue C, Falret J. *La folie à deux ou folie communiquée*. Ann. Méd.-Psychol. 1877; 18: 321–355.
7. Chuleung K, Jinmi K, Mounghoon L, Minhee K. *Delusional parasitosis as 'folie à deux'*. J. Kor. Med. Sc. 2003; 18: 462–465.
8. Patel AS, Arnone D, Ryan W. *Folie à deux in bipolar affective disorder: a case report*. Bipol. Disord. 2004; 6: 162–165.
9. Signer SF, Isbister SR. *Capgras' syndrome, de Clerambault's syndrome, and folie à deux*. Brit. J. Psychiatry 1987; 151: 402–404.
10. Lazarus A. *Folie à deux in identical twins: Interaction of nature and nurture*. Brit. J. Psychiatry 1986; 148: 324–326.
11. Cuhadaroglu Cetin F. *Folie à famille and separation – individuation*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2001; 10: 194–199.
12. Sanjurjo-Hartman T, Weitzner M, Santana C, Devine Ch, Grendys E. *Cancer and folie à deux*. Cancer Pract. 2001; 6: 290–294.
13. Pacan P, Szepietowski J. *Oblęd pasożytniczy*. Post. Psychiatr. Neurol. 2005; 14: 118–119.
14. Hart J, McClure GMG. *Capgras' syndrome and folie à deux involving mother and child*. Brit. J. Psychiatry 1989; 154: 552–554.

15. Incorvaia D, Helmes E. *Shared psychotic disorder: A psychosocial psychosis?* Curr. Psychiatry Rev. 2006; 2: 353–360.
16. Silveira JM, Seeman MV. *Shared psychotic disorder: A critical review of the literature.* Can. J. Psychiatry 1995; 40: 389–395.
17. Arnone D, Patel A, Ming-Yee Tan G. *The nosological significance of folie à deux: a review of the literature.* Ann. Gen. Psychiatry 2006; 5: 11.
18. Torch EM. *Shared obsessive-compulsive disorder in a married couple: A new variant of folie à deux?* J. Clin. Psychiatry 1996; 57, 489.
19. Grover S, Gupta N. *Shared obsessive-compulsive disorder.* Psychopathol. 2006; 39: 99–101.
20. Reif A, Pfuhlmann B. *Folie à deux versus genetically driven delusional disorder: Case reports and nosological considerations.* Comprehens. Psychiatry 2004; 45: 155–160.
21. Wolf G, McKenzie K. *Capgras', Fregoli and Cotard's syndromes and Koro in folie à deux* [letter]. Brit. J. Psychiatry 1994; 165: 842.
22. Hart J, McClure GM. *Capgras's syndrome and folie à deux in mother and child.* Brit. J. Psychiatry 1989; 154: 552–554.
23. Macaskill ND. *Delusional parasitosis: Successful non-pharmacological treatment of folie à deux.* Brit. J. Psychiatry 1987; 150: 261–263.
24. Milner GL, Hayes GD. *Pseudocyesis associated with folie à deux.* Brit. J. Psychiatry 1990; 156, 438–440.
25. Salih MA. *Suicide pact in a setting of folie à deux.* Brit. J. Psychiatry 1981; 139, 62–67.
26. Sims A, Salmons P, Humphreys P. *Folie à quatre.* Brit. J. Psychiatry 1977; 130: 134–138.
27. Katsigiannopoulos K, Pazarlis P, Zamboglou G, Papadimitriou M, Dinas V, Gollia I, Skaropoulos Ch, Sevriz D, Kanistras A, Karastergiou A. *Induced delusional disorder: a case report of folie à famille.* Ann. Gen. Psychiatry 2006; 5: 276–277.
28. Maizel S, Knobler HY, Herstein R. *Folie à trois among two Soviet-Jewish immigrant families to Israel.* Brit. J. Psychiatry 1990; 157: 290–292.
29. Fernando FP, Frieza M. *A relapsing folie à trois.* Brit. J. Psychiatry 1985; 146: 315–324.
30. Salib E. *Suicide terrorism: a case of folie à plusieurs?* Brit. J. Psychiatry 2003; 182: 475–476.
31. London M. *Mental illness among immigrant minorities in the United Kingdom.* Brit. J. Psychiatry 1986; 149: 265–273.
32. Bankier RG. *Role reversal in folie à deux.* Can. J. Psychiatry 1988; 33: 231–232.
33. Glassman JNS, Magulac M, Dakko DF. *Folie à famille: shared paranoid disorder in Vietnam veteran and his family.* Am. J. Psychiatry 1987; 144: 658–660.
34. Pande NR, Gulabani DM. *Folie à deux: A socio-psychiatric study.* Brit. J. Psychiatry 1990; 156: 440–442.
35. Mahgoub N, Hossain A. *A 28-year-old woman and her 58-year-old mother with a shared psychotic disorder.* Psychiatr. Ann. 2006; 36: 306–309.
36. Porter TL, Levine J, Dinneen M. *Shifts of dependency in the resolution of folie à deux.* Brit. J. Psychiatry 1993; 162: 704–706.
37. Lidz T. *The person.* New York: Basic Books; 1968.
38. Meakin CJ, Renvoize EB, Kent J. *Folie à deux in Down's syndrome. A case report.* Brit. J. Psychiatry 1987; 151: 258–260.
39. Mazzoli M. *Folie à deux and mental retardation.* Can. J. Psychiatry 1992; 37: 278–279.
40. Ghaziuddin M. *Folie à deux and mental retardation. Review and case report.* Can. J. Psychiatry 1991; 36: 48–49.
41. Draper B, Cole A. *Folie à deux and dementia.* Austr. New Zel. J. Psychiatry 1990; 24: 280–282.

42. Ilechukwu ST, Okyere E. *Folie à deux in two sisters. Case report from Nigeria*. Can. J. Psychiatry 1987; 32: 216–218.
43. Kashiwase H, Kato M. *Folie à deux in Japan. Analysis of 97 cases in the Japanese literature*. Acta Psychiatr. Scand. 1997; 96: 231–234.
44. Shimizu M, Kubota Y, Calabrese J, Toichi M, Kato S, Baba H. *Analysis of delusional statements from 15 Japanese cases of folie à deux*. Psychopathol. 2006; 39: 92–98.
45. Goduco-Agular C, Wintrob R. *Folie à famille in the Philippines*. Psychiatr. Quart. 1964; 32: 278–291. Abstrakt.

Adres: Katarzyna Prochwicz
Instytut Psychologii UJ
31-120 Kraków, al. Mickiewicza 3

Otrzymano: 25.02.2008
Zrecenzowano: 07.04.2008
Otrzymano po poprawie: 02.07.2008
Przyjęto do druku: 30.09.2008