
M.A. Corral y Alonso (1); A. Pelaz Antolín (2); M.A. Assiel Rodríguez (3).

(1) Psiquiatra del Centros de Salud Mental de Alcalá de Henares, Madrid.

(2) Psiquiatra Infantil del Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares, Madrid.

(3) Psiquiatra Infantil del Hospital de Día-Centro Educativo Terapéutico de Alcalá de Henares, Madrid.

Correspondencia:

M^a Ángeles Corral y Alonso
Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento
“Francisco Díaz”. Centro de Salud Mental.
C/ Octavio Paz s/n
28806 Alcalá de Henares. Madrid. España
Mail: acorrel.scsm@salud.madrid.org

Folie à deux: A propósito de un caso

Folie à deux: a case report

RESUMEN

La “folie à deux”, o trastorno de ideas delirantes inducidas o trastorno psicótico compartido, es un trastorno poco frecuente, que se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos, habitualmente ideas delirantes, en dos o más personas, que suelen ser miembros de una misma familia con cierto aislamiento social, y sólo uno de los pacientes presenta un verdadero trastorno psicótico. En la planificación terapéutica generalmente es necesaria la separación física de los pacientes. Presentamos un caso en el que sujeto inductor primario es una chica de 17 años que padece una esquizofrenia paranoide y el sujeto inducido secundario es su madre.

PALABRAS CLAVE

Niños, folie à deux, trastorno de ideas delirantes inducidas, trastorno psicótico compartido.

ABSTRACT

The “folie à deux” or induced delusional disorder or shared psychotic disorder is a rare disorder characterized by the presence of psychotic symptoms, delusions usually, in two or more persons, often members of a family with social isolation, and only one patient has a genuine psychotic disorder. Treatment planning usually requires the physical separation of patients. We present a case in

which the primary inductor is a 17-years-old girl who suffers paranoid schizophrenia and induced secondary subject is her mother.

KEY WORDS

Children, folie à deux, induced delusional disorder, shared psychotic disorder

INTRODUCCIÓN

Las clasificaciones actuales describen el trastorno de ideas delirantes inducidas¹ o trastorno psicótico compartido² como un trastorno poco frecuente que se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos, habitualmente ideas delirantes, en dos o más personas. Suelen ser miembros de una misma familia con cierto aislamiento social, y sólo uno de los pacientes presenta un verdadero trastorno psicótico.

Estas clasificaciones profundizan poco en sus características psicopatológicas, por lo que resulta más interesante recurrir a las primeras descripciones que de este trastorno realizaron Lasègue y Falret en 1877, y al que denominaron “folie à deux”³. Estos autores determinaron que en condiciones normales la “locura” no se contagia a menos que se den unas circunstancias concretas y excepcionales: el sujeto activo, más inteligente y con una superioridad psicológica, crea el delirio (que debe tener

cierta verosimilitud, y, por tanto, poder de convicción) y lo impone al sujeto pasivo. Este sujeto pasivo, después de cierta resistencia, termina por intervenir sobre el delirio, rectificándolo, enmendándolo o coordinándolo y haciéndolo más presentable y creíble todavía. Consideraban estos autores que era necesario para su génesis que ambos sujetos mantuvieran una relación muy estrecha y con cierto aislamiento social; por tanto, la indicación terapéutica básica consistiría en la separación física de los pacientes.

Posteriormente a los trabajos de Lasègue y Falret, se han descrito distintas categorías del trastorno que permiten una mayor comprensión de los mecanismos de transmisión de las ideas delirantes⁴ y que van a tener su importancia en cuanto a determinar el pronóstico y el tratamiento más idóneo de ambos sujetos:

- *Psicosis impuesta*: las ideas delirantes de una persona psicótica son transferidas a un individuo “sano” que a menudo elabora sobre ellas (“Folie à deux”).
- *Psicosis simultánea*: Dos individuos con una predisposición mórbida, viviendo juntos, desarrollan al mismo tiempo una psicosis paranoide.
- *Psicosis comunicada*: El delirio es inducido de una persona a otra, pero, a diferencia de la psicosis impuesta, el delirio se mantiene en el receptor aunque se le separe del inductor.
- *Psicosis inducida*: En un paciente ya previamente psicótico aparecen nuevas ideas delirantes bajo la influencia de otro enfermo psicótico.

En la tabla 1 se muestran las características clínicas más frecuentes⁵, entre las que destacan que el trastorno suele ocurrir en el seno familiar, el paciente inductor es de mayor edad que el inducido, los síntomas predominantes son las ideas delirantes, y que el diagnóstico más frecuente en el inductor es la esquizofrenia y en el inducido la psicosis reactiva breve.

En la planificación terapéutica, además del tratamiento farmacológico específico de cada uno de los sujetos, todas las recomendaciones pasan por la separación de los pacientes como medida imprescindible para lograr una mejoría⁶⁻⁸. Sin embargo, el efecto deseado con la separación no siempre se logra, y son frecuentes las recaídas cuando vuelven a convivir ambos pacientes, a menos que se establezcan modificaciones en la dinámica de la pareja delirante⁹.

Presentamos un caso en el que sujeto inductor primario

es una chica de 17 años que padece una esquizofrenia paranoide y el sujeto inducido secundario es su madre.

CASO CLÍNICO

Mujer de 17 años que convive con sus padres y con su hermano mayor. La madre no trabaja fuera de casa y el padre trabaja en una fábrica a turnos. Las relaciones sociales de la familia son muy escasas, limitándose básicamente a contactos con la familia de origen materno, y existe una gran conflictividad entre los padres. Entre sus antecedentes personales sólo cabe destacar un déficit de factor V de la coagulación. Su rendimiento académico durante la educación primaria y los primeros cursos de la secundaria ha sido bueno.

La paciente ha sido derivada al Centro de Salud Mental en dos ocasiones. La primera de ellas en Octubre de 2006, cuando tenía 12 años, por problemas de comportamiento relacionados con la transición del colegio al ins-

Entorno	Familiar (90-92%) No familiar (8-10%)
Edad del caso primario	Mayor que el secundario (51-58%) Menor que el secundario (41-44%)
Síntomas compartidos	Ideas delirantes (78-88%) Delirios de persecución (51-75%) Delirios religiosos (27%) Delirios de grandeza (2-13%) Quejas delirantes (2%) Estupor y confusión (2%) Agitación (2%) Delirios de infestación (1%) Hipocondría (1%) Obsesiones y compulsiones (1%) Miedo a emitir olor corporal (1%) Alteración de la conciencia (1%)
Diagnósticos	Caso inductor • Esquizofrenia (60%) • Reacción paranoide (18%) Caso inducido • Reacción paranoide (54%) • Esquizofrenia (22%)

tituto. Según referían los padres, con el paso al instituto la paciente se había separado de su mejor amiga y progresivamente se fue encontrando triste, con alteraciones de conducta, negativa a acudir a clase, con amenazas de auto y heteroagresividad, hiporexia con pérdida de peso y episodios de agitación ante la presión de los padres para que acudiera al instituto. Ante la dificultad en el manejo ambulatorio y la falta de contención se indicó un ingreso urgente, pero los padres se negaron, y también se intentó una coordinación con el equipo de orientación del centro escolar, pero los padres no permitieron que se mantuviera contacto alguno. Dejó de acudir a la segunda cita.

En Marzo de 2010, con 16 años de edad, es derivada nuevamente a demanda del Centro Escolar. En el informe de solicitud de derivación a Salud Mental se relata que desde su incorporación al instituto ha presentado problemas de adaptación e integración al centro, llegando a somatizar sus dificultades en forma de dolor abdominal y vómitos. Más adelante comenzó a denunciar que estaba siendo acosada por parte de sus compañeros, justificando así sus ausencias. La familia en todo momento alegó que su hija no estaba siendo atendida correctamente y que todos los problemas que presentaba estaban relacionados con el mencionado acoso. Desde el Centro se investigaron los hechos, llegando a la conclusión de que no eran ciertos, y se recomendó a la familia que acudieran a los servicios de Salud Mental, pero se negaron a acudir. En el último año han aparecido problemas similares de quejas de acoso, pero en esta ocasión la alumna se refería a 20 ó 30 personas que la acosaban, la grababan en video en su casa, la insultaban por los pasillos del instituto e incluso la esperaban escondidos en las proximidades de su domicilio para continuar insultándola. El IES solicitó a la policía que investigara los hechos denunciados por la alumna y se llegó a la conclusión de que no eran ciertos. En este contexto el padre se convence de que todo es una “obsesión” de su mujer y de su hija, ya que él no ha visto ni oído nada de lo referido por ambas, y acepta la derivación a los servicios de Salud Mental.

La primera entrevista se mantiene con la paciente y su padre. La madre, aunque les acompaña, prefiere quedarse fuera del despacho. La niña relata que todo empezó al enamorarse un chico de ella, y que al no poder mantener una relación estable con él, éste se enfadó y comenzó a insultarla por las ventanas (“puta y guarra”) y a amenazarla con poner fotos de ella en Internet. Explica también que a sus amigos les preguntan por su amiga “la puta”.

Dice escucharle a él y a sus amigos a través de un aparato que han puesto en su casa para poder comunicarse con ella. Insiste mucho en que su madre también ha oído estos insultos para intentar aclarar la veracidad de los mismos. Comenta también que en alguna ocasión han llegado a perseguirla hasta un pueblo de Asturias donde la familia veranea para seguir insultándola y amenazándola. En ningún momento los ha visto, pero reconoce sus voces. Durante la entrevista se muestra angustiada, abordable, colaboradora, llorosa y con nula conciencia de enfermedad. El padre, en esta primera entrevista, comenta que nunca ha visto u oído nada de lo relatado por su hija. Menciona además, como algo a destacar, el aislamiento social de su hija y la relación tan estrecha que mantiene con su madre, pasando la mayor parte del día juntas encerradas en una habitación. Explica que esta relación es tan intensa que se refuerzan mutuamente en estas ideas de perjuicio, aunque cree que es su hija la que las ha inducido, considerando que su mujer se encuentra en ese momento peor que su hija, motivo por el cual ha solicitado cita urgente en Salud Mental para su mujer. Se pautó tratamiento antipsicótico, y a las pocas semanas se derivó a tratamiento intensivo e integral al Hospital de Día de zona ante la dificultad del manejo ambulatorio, la negativa a acudir al instituto y el hecho de permanecer la mayor parte del tiempo junto a su madre.

En este dispositivo siempre se ha mostrado muy angustiada y muy reticente a acudir y a participar en las actividades terapéuticas. A pesar de la falta de colaboración y abordabilidad que presentaba, a lo largo de su estancia fue reconociendo su sintomatología y se puso de manifiesto que sus ideas delirantes de referencia y perjuicio, así como sus alucinaciones auditivas, pasaron a un segundo plano y que era su madre, sobre todo, quien las mantenía y reforzaba en ella.

La madre es una mujer de 44 años sin antecedentes psiquiátricos, aunque refiere que presentó episodios de bajo ánimo tras los dos partos que ha tenido, pero que no acudió a salud mental; sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, tabaquismo activo; en su familia de origen, una hermana estuvo en tratamiento psiquiátrico por un síndrome depresivo.

Inicialmente se encuentra muy disgustada y disconforme con la consulta en psiquiatría, a la que acude “engañada” y traída por su marido, que es el que pide la interconsulta al médico de Atención Primaria. Conforme avanza la entrevista va disminuyendo el grado de hosti-

lidad y reticencia y se muestra más colaboradora y abordable. Admite tener “depresión” y “ansiedad”, y lo pone en relación con hechos ocurridos durante los seis meses previos a la consulta: unos compañeros del Instituto de su hija comenzaron a burlarse y a insultar a la misma. En principio sólo sucedía en el Instituto y alrededores, y posteriormente también pasaron a hacerlo en las cercanías del domicilio familiar, de tal forma que la paciente “también puede oír los insultos”. Desde el último mes, la paciente dice que ella misma también es insultada (“me dicen de todo: hija de puta, guarra, golfa”). Las burlas e insultos alrededor de la casa siempre ocurren por la noche o en la madrugada, con lo que la primera repercusión ha sido en el ritmo sueño/vigilia de la paciente y de su hija, que desde hace meses padecen insomnio mixto importante, pasando largas horas ambas en la habitación angustiadas “por lo que escuchan” y en vigilia, pendientes de dichos “insultos y amenazas”. También refiere que “le han avisado de que en el cuarto de baño de casa han colocado cámaras, y que la tienen a ella grabada desnuda” y amenazan con “colgar las imágenes en una página de internet”.

Durante el día presenta un progresivo y consecuente cansancio, al que se van añadiendo apatía, desidia y retraimiento, limitando progresivamente sus salidas fuera de casa, ya que “...estos chicos la acaban encontrando...”, por ejemplo en casa de su madre o de su hermana, e incluso en la casa habitual de veraneo “estaban allí de nuevo”. En las últimas semanas ya no sale de casa, alegando cansancio y apatía, a lo que se añade bajo ánimo, mucha angustia, anhedonia, una fuerte tendencia al encamamiento (fundamentalmente diurno) y retraimiento sociofamiliar, de tal forma que sólo se relaciona con su hija. Según el marido de la paciente, desde hace seis meses madre e hija “pasan horas en la habitación hablando de este tema y sin hacer nada más... la hija abandona el instituto y la madre las tareas de la casa...”. Derivadas de la angustia y bajo ánimo, se van produciendo otras alteraciones conductuales graves, como el abandono de su autocuidado básico: por ejemplo, deja de asearse evitando así entrar en el baño, sin cambiarse de ropa para que ninguna cámara pueda grabarla desnuda, comienza a pasar la mayor parte del tiempo encamada, mutista, abandona tareas domésticas que realizaba con regularidad y no sale de casa.

La paciente “no ha intentado hablar con estos chicos en el Instituto, ni con sus padres... “porque no serviría

de nada, ya me lo han dicho”; además en cierta forma le “alivia” el hecho de que conforme han comenzado a “meterse con ella, han dejado en paz a su hija”, y así en el último mes ésta ya “puede pasar del tema... sólo se meten conmigo”. Cree que por esta razón no les ha denunciado, “para no cabrearles... y que no se vuelvan a meter con mi hija”.

Madre e hija han excluido de dicho tema tanto al marido como al hermano, alegando que “cuando han intentado contárselo” han sido tachadas de locas o de mentirosas, y que “ellos no entienden nada de lo que está pasando”. Cuando el marido de la paciente comienza a verbalizar las ideas y comentarios que “obsesionan” a su mujer e hija, la paciente se enfada y amenaza con marcharse de la consulta, por lo que se continúa entonces el resto de la entrevista a solas con la paciente.

Por su parte, el marido de la paciente, al igual que explicó al psiquiatra de la hija, ha hecho todo tipo de investigaciones y averiguaciones (él mismo ha permanecido durante horas por las noches atento a conversaciones en la calle, tanto en la puerta de su vivienda como bajo la ventana del dormitorio, con el fin de poder escuchar las cosas que cuentan su mujer y su hija, con resultado negativo (tampoco su hijo, que en ocasiones le ha acompañado en estas investigaciones). En sus intentos constantes y desesperados desde hace varios meses para verificar los hechos relatados por su mujer y su hija, se ha puesto en contacto tanto con autoridades docentes del Instituto como policiales, y se abrió una exhaustiva investigación sin hallarse ninguna prueba de lo que relatan ambas mujeres. Nos cuenta que viven en una zona lúdica y de frecuentación nocturna por los jóvenes del barrio, por lo que es habitual escuchar las voces de éstos en la madrugada.

Ante la dificultad para poder compartir con su mujer y con su hija la preocupación, miedo y angustias de éstas, ha sido excluido por éstas, inicialmente en sus conversaciones, y progresivamente casi de la totalidad de sus vidas, pasando a convertirse en “extraños” que “viven bajo el mismo techo”. El padre dice que su hija “tiene mucho carácter, es caprichosa... la madre siempre le ha consentido y se ha salido con la suya... y que todo esto es una comedura de coco de la madre a la hija”.

La paciente presenta escasa conciencia de enfermedad, y sólo admite “estar muy angustiada... perdiendo peso y durmiendo mal... y que por culpa de estos chicos, mi hija y yo vamos a caer en una depresión...”, aceptando así tratamiento psicofarmacológico con ansiolítico y an-

tipsicótico.

En las tres primeras sesiones sólo es posible hablar de síntomas de tipo depresivo (apatía, dificultad para dormir, pérdida de apetito, abulia, anhedonia, tristeza, desmotivación vital, sentimientos de rabia y de impotencia...) con el objeto de fortalecer la alianza terapéutica y que siga aceptando tratamiento psicofarmacológico. En la cuarta sesión, la paciente acude acompañada de su hijo. Éste se muestra muy angustiado por el deterioro físico y funcional de su madre: apenas duerme ni come, no se mueve de la cama, no se asea y verbaliza con frecuencia ideación autolítica (al parecer la hija evitó un intento autolítico medicamentoso de la madre en el último viaje al lugar familiar de vacaciones, donde de nuevo se repitieron “los insultos y amenazas”). Ante el grave empeoramiento psicopatológico, se propone el ingreso psiquiátrico y la paciente lo acepta con cierta reticencia, alegando que “su hija lo va a pasar muy mal separada de ella”. Durante el ingreso la paciente habló abiertamente de la ideación delirante de perjuicio y de las alucinaciones auditivas de carácter amenazador e insultante, así como del motivo por el que estaría sucediendo esto: “... los chicos comentan entre ellos que me están castigando por haber fastidiado una relación de mi hija con uno de estos muchachos...”. A lo largo del ingreso fueron desapareciendo las continuas interpretaciones delirantes autorreferenciales y de perjuicio de sonidos y voces. Se prescribió además del tratamiento psicofarmacológico la separación de su hija temporalmente, consiguiéndose una paulatina mejoría de la clínica psicótica. Además, la paciente ha podido ir tomando conciencia de la gravedad del deterioro vital y funcional al que llegaron tanto ella como su hija, y en este sentido ve la conveniencia de que ambas sigan tratamiento psiquiátrico. Se confirma entonces el diagnóstico de trastorno de ideas delirantes inducidas (*folie à deux*) en la madre. Al alta, mantiene con regularidad tanto la adherencia a citas como al tratamiento psicofarmacológico prescrito. Progresivamente se objetiva la mejoría tanto de los síntomas psicóticos como de los de tipo ansioso-depresivo, y la recuperación de su funcionalidad habitual. Mantiene sin embargo convicción de certeza respecto a los hechos vividos, y apoya sin cuestionamientos a su hija en todo lo que esta decide, incluso cuando sea inadecuado; en este sentido, se muestra desjerarquizada.

En una entrevista familiar para tratar el tema de las vacaciones familiares, en la que participaron los cuatro

miembros de la familia y los tres psiquiatras que atendían el caso, se detecta:

- Una disfunción de pareja desde hace años, incluso previa a la aparición del trastorno, que se agrava en los últimos meses. Dice la madre que “...no llevo bien que no me crea... y no soporto que nos trate como a dos locas”.
- Una grave dificultad en el subsistema parental para poner límites a su hija, especialmente en la madre, que apoya casi incondicionalmente cualquier idea, conducta o proyecto de la hija e independientemente del criterio del padre, el cual manifiesta su impotencia en este sentido.
- Marcada tendencia de la hija a manifestar de forma pueril y regresiva su importante baja tolerancia a la frustración.
- Mala calidad y alta desviación comunicacional que, entre otras repercusiones, ha supuesto la división de la familia en dos equipos: los chicos (“sanos”) y las chicas (“locas”).

Se comienza entonces desde los diferentes lugares y focos terapéuticos a rejerarquizar el subsistema parental, y a fijar y mantener unos límites básicos en el subsistema filial, especialmente respecto a la hija. Todo ello está muy dificultado por la falta de conformidad de la madre en las medidas que se proponen, concretamente en las relacionadas con la separación de madre e hija: admite que su “hija está mal... y necesita ayuda”, pero no cree que sea beneficioso el que se separen, o que haga cosas que no quiere hacer (como por ejemplo acudir al Hospital de Día), y así de forma directa o indirecta madre e hija van boicoteando dichas medidas, con el consiguiente agravamiento en la disfunción del subsistema conyugal. De hecho, al poco tiempo de la reunión conjunta solicitaron el alta voluntaria del Hospital de Día.

Se trabaja el que la madre permita y colabore en una mínima separación entre ella y su hija, y así comienza a salir a pasear sin ésta o acude a Taller en el Centro Asesor de la Mujer (una vez por semana). Psicopatológicamente se encuentra estabilizada y mantiene una funcionalidad prácticamente similar a la premórbida, y admite la “pérdida de la normalidad” de lo que le pasa a su hija, sin aceptar claramente que se trate de una patología.

Por su parte, la hija permanece prácticamente asintomática, y con una conciencia parcial de enfermedad. Ha dejado de acudir al IES con intención de retomar en el curso próximo. Aunque persiste el aislamiento social,

asiste a una academia para estudiar idiomas y dedica mucho tiempo a estudiar técnicas de maquillaje, pasión que mantiene desde muy niña.

El padre se encuentra decaído y “desgastado” por todo lo sucedido, así como progresivamente más distanciado de su mujer.

El hijo mayor ha mantenido su vida normal en todo momento.

DISCUSIÓN

Presentamos el caso de una “Folie à deux” con la mayoría de las características clínicas descritas, como la aparición en el seno de una familia con cierto aislamiento social y la transmisión de ideas delirantes, pero en el que los elementos inductor e inducido no son los habituales⁵.

Las clasificaciones actuales profundizan poco en la conexión delirante, el mecanismo de transmisión y la evolución posterior de los delirios en cada uno de los pacientes implicados. Su descripción coincidiría exclusivamente con la “psicosis impuesta” de los autores clásicos⁴, y no todos los casos mantienen el mismo patrón. De hecho, el caso que presentamos estaría mejor encuadrado en una “psicosis comunicada”, en el que la hija induce las ideas delirantes a la madre y posteriormente ésta las mantiene y elabora sobre ellas, ejerciendo un efecto reforzador sobre el delirio. Esto provoca, a su vez, que el elemento primario (inductor) también esté inducido por el elemento secundario (inducido), pudiendo decir que la hija (inductora-elemento primario) también padece, en cierto modo, una psicosis compartida⁹.

Otro hecho a destacar, y con relevancia en cuanto a la planificación terapéutica, es el efecto de la separación sobre la evolución de los casos. La mayor parte de la bibliografía refiere la separación como condición necesaria para la mejoría^{3,6-8}, pero no siempre se logra este beneficio; por otro lado, en otros casos habrá que valorar también el posible efecto traumático de la separación⁹. En el caso que presentamos se produce cierta mejoría con el ingreso hospitalario de la madre, pero también cierta recaída al reiniciarse la convivencia. Este hecho pone de manifiesto la necesidad de una intervención conjunta que logre entender el significado que el delirio tiene en la vida de cada una de ellas, y que permita modificaciones estructurales en la dinámica familiar (relación entre el matrimonio, relación padre-hija, relación madre-hijo, relación entre los hermanos), y no sólo en la pareja delirante, pues, de lo contrario, la recaída se producirá con

mucha probabilidad.

CONCLUSIÓN

El trastorno por ideas delirantes inducidas es un trastorno poco frecuente que conviene tener presente en la práctica clínica diaria por las implicaciones terapéuticas que conlleva.

Su frecuencia es difícil de determinar, porque en muchas ocasiones desconocemos qué hay detrás de un paciente delirante.

La separación temporal de los pacientes no siempre logra la remisión sintomática, y se requiere una intervención conjunta más profunda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima edición (CIE 10). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1992.
2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición Texto Revisado (DSM IV-TR). Asociación Americana de Psiquiatría. Washington, 2000
3. Crespo LF, Onrubia G. La folie a deux. Revisión histórica y conceptos actuales. Madrid: Rhone-Poulenc; 1983.
4. Swanson DW, Bohnert PJ, Smith JA. El paranoide y su familia. En: Swanson DW, Bohnert PJ, Smith JA, editores. El paranoide y su familia. Ed. Labor; 1975 (p. 311-315).
5. Wehmeier PM, Barth N, Remschmidt H. Induced delusional disorder. A review of the concept and an unusual case of folie a famille. *Psychopathology* 2003; 36: 37-45.
6. Galnick A. Folie à deux - the psychosis of association. *Psychiatr Q* 1942; 16: 230-236, 491-520.
7. Silveira JM, Seeman MV. Shared psychotic disorder: a critical review of the literature. *Can J Psychiatry* 1995; 40: 418-420.
8. Arnone D, Patel A, Tan GM. The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature. *Ann Gen Psychiatry* 2006; 5: 11.
9. Mouchet-Mages S, Gourevitch R, Loo H. Folie a deux: actualités d'un concept ancien, a propos de deux cas. *L'Encephale* 2008; 34: 31-37.