

## Folie a deux: conceito e relato de caso

Folie a deux: a review of the concept and case report

Leonardo Rodrigo Baldaçara<sup>1</sup>, Luciana Porto Cavalcante da Nóbrega<sup>2</sup>, Ana Paula Marques<sup>3</sup>,  
Marsal Sanches<sup>4</sup>

### Resumo

*Folie à deux consiste em um transtorno mental no qual idéias delirantes são transferidas de um paciente primariamente afetado para um ou mais indivíduos intimamente a ele relacionados. Tal quadro é também conhecido como transtorno psicótico induzido (CID-10) e transtorno psicótico compartilhado (DSM-IV-TR). Trata-se de um fenômeno razoavelmente incomum, principalmente quando associado a transtornos afetivos. Este artigo traz uma revisão do conceito e descreve um caso de folie à deux entre parentes de primeiro grau – mãe e filha. Foi diagnosticado quadro de depressão psicótica no indivíduo primariamente afetado.*

**Descritores:** Transtorno paranoide compartilhado, Transtornos psicóticos, Transtornos psicóticos afetivos, Transtornos mentais.

### Abstract

*Folie à deux is a mental disease with delusion ideas are transferred by a primer committed patient for one or more people intimate related. This disorder is too knowed as induced psychotic disorder (ICD-10) and shared paranoid disorder (DSM-IV-TR). Folie à deux is uncommon mainly when associated with affective disorders. This article shows a review of the concept and a folie à deux case report in close relatives (mother and daughter). In this report, the primarily affected patient was diagnosed with psychotic depression.*

**Keywords:** Shared paranoide disorder, Psychotic disorder, Psychotic affective disorders, Mental disorders

### Introdução

*Folie à deux* é um termo de origem francesa que significa insanidade a dois. Segundo Reif e Pfuhlmann (2004), trata-se de uma rara condição no qual um “indutor” (ou paciente primário) que é originalmente o paciente primariamente acometido, transmite suas crenças delirantes para outro indivíduo (ou paciente secundário). Nas modernas classificações (DSM-IV-TR e CID-10), a *folie a deux* é denominada *transtorno psicótico compartilhado* (Associação Americana de Psiquiatria, 2002) ou *transtorno psicótico induzido* (Organização Mundial de Saúde, 1993).

Este artigo realiza uma revisão do conceito referente ao tema e apresenta um caso de *folie à deux* entre parentes de primeiro grau – mãe e filha, no qual foi diagnosticado quadro de depressão psicótica no indivíduo primariamente afetado.

### Conceito e aspectos históricos

Turecki e Mantovani (1991), fazem um relato histórico sobre folie a deux:  
- 1651 - a primeira descrição de quadros de delírio

<sup>1</sup>Médico psiquiatra do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Membro do Laboratório Interdisciplinar de Neurociências do Comportamento (LiNC) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>2</sup>Médica residente do 3º ano em psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>3</sup>Médica, Mestre em psiquiatria pela Universidade de São Paulo (USP) e Psiquiatra do Instituto de Psiquiatria (Ippq) da Universidade de São Paulo.

<sup>4</sup>Professor Assistente Doutor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Chefe da Divisão de Psiquiatria Geral de Adultos do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Instituição: Trabalho realizado na Divisão de Psiquiatria Geral de Adultos do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Correspondência: Leonardo Rodrigo Baldaçara. Rua Major Maragliano, 241 – Vila Mariana – São Paulo – SP. Tel. 3466-2100 e-mail leonardobaldassara@terra.com.br

- compartilhado coube a Harvey<sup>a</sup>;
- 1838 - Ideler<sup>b</sup>, descreveu a “insanidade infecciosa”;
  - 1846 - Hoffbauer<sup>c</sup> introduziu a expressão “contágio psíquico”;
  - 1877 - Lasegue e Falret<sup>d</sup>, utilizaram pela primeira vez o termo *folie à deux*, sendo que a partir daí o quadro obteve importância clínica.

Diversos sinônimos foram utilizados para designar *folie à deux*, entre eles: insanidade dupla, contagiosa, coletiva, recíproca, conjugal e associada (Wehmeier et al, 2003). Outros termos encontrados são psicose de associação, simultânea, comunicada, imposta e induzida (Wehmeier et al, 2003). Christodoulou (1970) discutiu os termos gregos *dyadic psychosis* e *epacti psychosis*. Scharfetter (1972) sugere o emprego do nome psicose simbiótica e Lazarus (1986) referiu a distúrbio paranóide compartilhado.

A Organização Mundial de Saúde adotou em 1992 o termo transtorno delirante induzido, hoje incluído na 10ª Edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), publicada na língua portuguesa em 1993. Já a Associação Americana de Psiquiatria adotou, em 1994, o termo transtorno paranóide compartilhado para o Manual Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM-IV), publicado na língua portuguesa em 1995.

### Classificação e quadro clínico

Segundo Galnick (1942) a *folie à deux* pode ser dividida em quatro tipos:

- a. *Folie imposée* (conceito de Laségue e Falret<sup>e</sup> de 1877), no qual os delírios de uma pessoa psicótica são transferidos para uma outra mentalmente sadia e tendem a desaparecer no indivíduo receptor quando separado do indutor.
- b. *Folie simultanée* (conceito de Regis<sup>f</sup> de 1880), no

qual duas pessoas de predisposição mórbida desenvolvem um quadro psicótico idêntico, caracterizado por depressão e idéias persecutórias. Ambos devem ter uma longa história de convivência e o quadro deve estar relacionado a casos acidentais de natureza depressiva.

- c. *Folie communiquée* (conceito de Marandon e Montye<sup>g</sup> de 1881), no qual há resistência às idéias delirantes pela segunda pessoa por longo período porém após adotá-las o receptor as mantém mesmo separado do indutor.
- d. *Folie induite* (conceito de Lehmann<sup>h</sup> de 1885), no qual novos delírios são adicionados a um paciente previamente psicótico sob a influência de um outro paciente.

Algum tempo depois, Otatman (1947) listou os achados necessários para o diagnóstico de *folie à deux*: 1) presença de semelhança de grau considerável entre os quadros; 2) isolamento social; 3) desenvolvimento inicial do quadro no indivíduo dominante; 4) características de personalidade no indivíduo passivo ou receptor que permitam que este desenvolva um quadro psicótico.

Entretanto, certos autores como Dewhurst e Todd (1956), criticaram a validade e utilidade da classificação de Galnick (1942). Esses ignoraram a *folie induite* e questionaram a validade da *folie simultanée*. Não acreditaram haver suficiente justificativa para distinguir entre as formas *folie imposée* e *folie communiquée* pelo critério da permanência ou não do delírio após a separação, posto que ambas poderiam ser entendidas como diferentes estágios do mesmo quadro. Por fim, além das críticas citadas acima, outro argumento contrário à utilização da classificação em subgrupos estaria ligado ao escasso valor prático da mesma, já que, uma vez instalado o quadro é muito difícil determinar-se com certeza o parceiro dominante (Turecki e Mantovani, 1991).

Dewhurst e Todd (1956) propõem os seguintes

<sup>a</sup> Harvey, 1651 APUD Turecki G, Mantovani S. Folie a deux: histórico, conceito e descrição de um caso em gêmeas dizigóticas. Rev ABP-APAL 1991; 13:122-8.

<sup>b</sup> Ideler, 1838 APUD Turecki G, Mantovani S. Folie a deux: histórico, conceito e descrição de um caso em gêmeas dizigóticas. Rev ABP-APAL 1991; 13:122-8.

<sup>c</sup> Hoffbauer, 1846 APUD Turecki G, Mantovani S. Folie a deux: histórico, conceito e descrição de um caso em gêmeas dizigóticas. Rev ABP-APAL 1991; 13:122-8.

<sup>d</sup> Lasegue e Falret, 1877 APUD Turecki G, Mantovani S. Folie a deux: histórico, conceito e descrição de um caso em gêmeas dizigóticas. Rev ABP-APAL 1991; 13:122-8.

<sup>e</sup> Laségue e Falret, 1877 APUD Galnick A. Folie à deux: the psychosis of association: a review of 103 cases and the entire English literature. Psychiatr Q 1942; 16:230-63.

<sup>f</sup> Regis, 1880 APUD Galnick A. Folie à deux: the psychosis of association: a review of 103 cases and the entire English literature. Psychiatr Q 1942; 16:230-63.

<sup>g</sup> Marandon e Montye, 1881 APUD Galnick A. Folie à deux: the psychosis of association: a review of 103 cases and the entire English literature. Psychiatr Q 1942; 16:230-63.

<sup>h</sup> Marandon, Montye, 1881 APUD Galnick A. Folie à deux: the psychosis of association: a review of 103 cases and the entire English literature. Psychiatr Q 1942; 16:230-63.

critérios para o diagnóstico de *folie à deux*: 1-) evidência de que os parceiros tiveram estado intimamente associados; 2-) temas delirantes idênticos ou praticamente idênticos; 3-) aceitação, suporte e compartilhamento do delírio entre ambos. Outros critérios que aparecem na literatura são semelhantes e complementares.

Atualmente, a classificação atual envolve os critérios adotados pela CID-10 e DSM-IV. Ambas assemelham-se no aspecto de envolver indivíduos próximos, diferenciando-se a CID-10 por referir remissão após a separação dos indivíduos envolvidos.

Diversas variáveis influenciam nos sintomas de cada caso de *folie à deux*. Wehmeier et al (2003) condensaram alguns achados de pesquisas como citados na Tabela 1. Alguns casos citados na literatura envolveram marido e mulher, mãe e filha, entre outras combinações, sendo que a presença entre familiares é mais comum. Em relação às características psicopatológicas, a grande maioria dos casos apresenta delírios persecutórios (Turecki e Mantovani,

1991). Outros tipos de delírio descritos são, em ordem decrescente de frequência: de conteúdo religioso, depressivo, de grandeza e de infidelidade, sendo que aproximadamente metade dos casos apresenta alucinações (Soni e Rockley, 1974).

Quanto ao diagnóstico individual, a grande maioria pertence à linhagem da esquizofrenia (Turecki e Mantovani, 1991). Um autor associa o diagnóstico de *folie à deux* com que chama de espectro paranóide (Munro, 1986). Há também relatos de psicose afetiva (Cristodoulou, 1970), de psicose induzida por droga (Gralnick, 1942) e de psicose por demência (Dewhurst e Todd, 1956). Quanto ao indivíduo receptor, o diagnóstico varia entre uma gama de distúrbios de personalidade, quadros endógenos, orgânicos e deficiências físicas tais como surdez parcial e distúrbios da comunicação (Soni e Rockley, 1974).

A *folie à deux* também já foi associada a entidades clínicas psiquiátricas tais como as síndromes de Capgras (Hart e McClure, 1989), de De Clérambault (Signer e Ibister, 1987), e de Munchausen (Janofsky, 1986), além de quadros transculturais, como Koro (Westermeyer, 1989) e Santeria (Alonso e Jeffrey, 1988). Outras relações foram encontradas com o luto patológico (Boughton e Popkin, 1989) e psiquiatria forense (Bankier, 1988).

Várias teorias abordam a etiologia da *folie à deux*, apesar de todas ainda se mostrarem inconclusivas. Alguns autores ressaltam a importância de fatores genéticos, incluindo casos relatados entre gêmeos e parentes próximos (Wehmeier et al, 2003). Outros fatores atribuídos a etiologia foram a identificação inconsciente, a convivência próxima e conjunta, a interdependência e mecanismos de defesa tais como a deflexão da hostilidade e culpa (Turecki e Mantovani, 1991). Algumas co-morbidades também foram relevantes como depressão e demência no caso primário e traços anormais de personalidade no caso secundário (Reif e Pfuhlmann, 2004). Entretanto transformos nas relações interpessoais são os fatores mais importantes especialmente quantos às crenças delirantes, pois as mesmas tendem a desaparecer no caso secundário quando separado do primário.

## Tratamento e prognóstico

O manejo da *folie à deux* pode ser dificultado porque freqüentemente apenas um dos parceiros se apresenta para o tratamento. Quando se detecta uma relação de dominância entre um parceiro primariamente delirante e um segundo altamente sugestível (*folie imposée*), o tratamento usualmente consiste na separação de ambos (Teixeira et al, 1992; Sanjurjo-Hartman et al, 2001). Quando a separação é insuficiente para a remissão do quadro, ambos parceiros pro-

Tabela 1

### Achados clínicos comuns da folie á deux

Presença de envolvimento de familiar
Casos com familiar (90-92%)
Casos sem envolvimento de familiar (8-10%)
Idade do caso primário e secundário
Caso primário mais velho do que o secundário (51-58%)
Caso primário mais novo do que o secundário (41-44%)
Sintomas compartilhados
Delírios (78-88%)
Delírio persecutório (51-75%)
Delírio religioso (27%)
Delírio grandioso (2-13%)
Querelância (2%)
Delírio de infestação (1%)
Hipocondria (1%)
Confusão e estupor (2%)
Compulsão e obsessão (1%)
Medo de exalar cheiro do corpo (1%)
Alteração da consciência (1%)
Diagnóstico do caso primário
Esquizofrenia (60%)
Reação paranóide (18%)
Diagnóstico do caso secundário
Reação paranóide (54%)
Esquizofrenia (22%)

**Fonte:** Wehmeier PM, Barth N, Remschmidt H. Induced delusional disorder. *Psychopathology* 2003; 36:37-45.

vavelmente elaboraram um estado verdadeiramente delirante e devem ter o quadro psicótico e a patologia de base especificamente abordados (Sanjurjo-Hartman et al, 2001).

Segundo Teixeira et al (1992) há consenso no que se refere a abordagem do quadro psicótico com as terapêuticas usuais (eletroconvulsoterapia e neurolépticos). Já a separação dos parceiros como meio terapêutico é bastante controversa (Reif e Pfuhmann, 2004), embora tradicionalmente sempre tenha sido recomendada (Wehmeier et al, 2003). Diversos relatos de casos clínicos referem remissão do quadro após separação e pelo menos um que descreve uma piora após esta conduta (Teixeira et al, 1992). Alguns pesquisadores sugerem que após hospitalização de um dos parceiros, o outro possa visitá-lo frequentemente, o que reduziria o potencial efeito traumático da separação e permitiria ao médico melhor entender a relação entre os mesmos (Sanjurjo-Hartman et al, 2001).

Além do processo psicopatológico, a susceptibilidade da relação entre os parceiros afetados deve ser considerada, através da psicoterapia, terapia familiar e recursos da comunidade se fazem necessárias (Wehmeier et al, 2003). A meta de tais intervenções é prevenir a recorrência, promovendo incremento na autonomia e estímulo à formação de novas relações (Reif e Pfuhmann, 2004).

Quanto ao prognóstico na *folie à deux*, com base nos relatos de caso disponíveis, considera-se reservado (Wehmeier et al, 2003).

## Caso clínico

Paciente do sexo feminino, 46 anos, casada, dona de casa, com 6 anos de estudo, sem história familiar para transtorno psicótico. Há 4 anos evoluía com isolamento e diminuição de atividades (de início interrompeu atividades prazerosas, depois passou a deixar de cuidar do lar e por fim de sua saúde e higiene), porém nunca havia passado por qualquer tratamento psiquiátrico. Sua filha tinha 18 anos, era estudante do 2º grau, solteira e sem antecedentes de doença psiquiátrica. Ambas eram evangélicas.

Após a filha terminar um noivado a mãe convenceu a filha que “alguém” poderia ter planejado o rompimento do relacionamento e que o ex-noivo da filha poderia estar sendo influenciado por forças malignas. Ambas, sob iniciativa da mãe, passaram a frequentar um Centro de Umbanda a fim de que a filha recuperasse o rapaz e que ele ficasse livre de um provável feitiço.

Passado um mês iniciaram comportamento este-reotipado, caracterizado por agitação, caminhadas a esmo e atitudes ditas “estranhas e sem sentido”, como

quebrar uma janela, juntar os cacos de vidro em um saco de papel e sair correndo. Todos os comportamentos realizados sempre em conjunto.

Foram então levadas ao pronto socorro psiquiátrico, onde a mãe mostrou-se muito ansiosa e desconfiada, tentou fuga e não colaborou, impossibilitando exame psíquico adequado. A filha em entrevista contou que frequentavam o centro de Umbanda para fazer feitiços para recuperar seu namorado. Há 15 dias estava ouvindo vozes que condenavam a sua atitude. Fazia gestos como se removesse algo de sua genitália. Pediu várias vezes para não contar o que dizia na sala para sua família.

Após um dia de observação no pronto socorro a paciente de 46 anos (a mãe) contou estar com sintomas depressivos já há cinco anos. Chorosa, mostrou-se temerosa que contássemos sobre o que dizia ao marido. Mostrou-se com pensamento lentificado e incoerente, com frouxidão de laços associativos entre os temas do discurso. Relatou alucinações auditivas e disse que um espírito estava controlando ela e a filha. Foi efetuada internação para a mãe e alta para a filha para acompanhamento ambulatorial.

Após um dia de internação, a irmã da paciente relatou que a mesma há 5 anos vinha mostrando-se mais lentificada, sem iniciativa e com grande perda do auto-cuidado. Contou que o marido era etilista e que a paciente era vítima de violência doméstica.

Após 15 dias no lar em uso de haloperidol (5mg ao dia) a filha teve melhora total dos sintomas. Por outro lado a mãe, após 30 dias de internação em uso de fluoxetina 20mg ao dia e haloperidol 5mg ao dia, recebeu alta com melhora parcial dos sintomas. A mesma foi encaminhada então para Unidade Básica de Saúde a fim de manter o seguimento e a família foi então encaminhada para seguimento psicológico.

## Discussão do caso

O caso apresentando preenche os critérios diagnósticos exigidos pela CID10: proximidade emocional entre mãe e filha; apenas a mãe apresentou um transtorno psicótico autêntico (depressão com sintomas psicóticos); e delírios induzidos na filha que remitiram após sua separação da mãe. Considerando-se o DSM-IV, os dois critérios são observados: relação próxima entre mãe e filha (sã) e a mãe (primariamente psicótica); conteúdo persecutório e místico semelhante; no entanto, neste caso, ocorre no contexto de um transtorno afetivo (depressão psicótica, na mãe).

De acordo com os critérios de Galnick (1942) esse caso poderia corresponder a uma forma de *folie imposée*, uma vez que os delírios da pessoa psicótica foram transferidos para uma outra, provavelmente

mentalmente sadia e, tenderam a desaparecer no indivíduo receptor quando separado do indutor.

Entretanto também poderia tratar-se de um caso de *folie simultanée*, pois ambas poderiam já ter uma predisposição mórbida e desenvolveram um quadro psicótico quase idêntico, caracterizado por depressão e idéias persecutórias. Ambas apresentaram uma longa história de convivência e o quadro relacionou-se a violência doméstica e sintomas de natureza depressiva, principalmente na mãe (indutor).

Em relação aos sintomas psicóticos temos o desenvolvimento de delírio de perseguição (cujo tema central é o de que a pessoa ou alguém próximo esteja sendo atacada, molestada, enganada ou perseguida) e místico-religioso (cujo tema central envolve idéias de comunhão com o divino, missões místicas, mensagens religiosas fundamentais, entre outros).

Quanto ao diagnóstico individual, provavelmente a mãe já apresentava um transtorno depressivo pré-mórbido, que apresentou piora nos últimos anos e por não estar em tratamento, iniciou sintomas psicóticos próximos a separação da filha e seu namorado. Alguns pacientes com depressão podem cursar com tal sintomatologia, sendo que muitos casos são confundidos com transtorno afetivo bipolar ou outros transtornos psicóticos, tais como esquizofrenia. A filha por sua vez, recebeu apenas o diagnóstico de transtorno psicótico compartilhado, pois não apresentava história de doença psiquiátrica prévia e apresentou rápida remissão com o tratamento.

A etiologia do *folie à deux* é muito discutida, pois não pode ser apenas explicada por mecanismos biológicos. No caso em questão, a história pré-mórbida da mãe, envolvendo o transtorno depressivo não indentificado e não tratado, a história de violência familiar e as características de personalidade dependente da filha foram fatores cruciais para o desenvolvimento do transtorno.

Algumas teorias falam sobre o mecanismo psicodinâmico dos delírios no doente primário, que poderia envolver desde tentativas de lidar com as emoções da homossexualidade inconsciente, como deficiências na confiança básica na infância, dinâmica narcisista ou traços exagerados de personalidade como a hipersensibilidade (Siris e Lavin, 1999). Já no indivíduo induzido o delírio poderia ser transferido devido a identificação inconsciente (no caso acima o abandono da filha pelo namorado poderia ter sido sentido como a mesma agressão e abandono afetivo que a mãe sofria do marido), associado a proximidade das pessoas envolvidas e a traços dependentes na personalidade do indivíduo (no caso em questão a filha sempre teve sua mãe como referência para tomada de pequenas decisões e inclusive para cuidar-se).

A agressão da mãe pelo pai foi facilmente assimi-

lada pela filha devido a proximidade e dependência. Além disso, o delírio também poderia no caso em discussão ter sido usado pela filha como mecanismo de desvio e direcionamento da impotência, raiva e culpa das agressões do pai com relação a mãe.

Quanto ao tratamento a primeira medida é identificar o contexto em que se desenvolveu os sintomas delirantes e tentar medidas para que o comportamento de ambos indivíduos torne mais funcionais. Não há preferência quanto ao tipo de medicação, exceto pelo fato de que o foco não só deve ser apenas os sintomas psicóticos, mas também os transtornos psiquiátricos de base ou co-mórbido (no caso em questão foi necessária medicação antidepressiva para a mãe).

O tratamento por separação tem sido bastante discutido na literatura, uma vez que poucos casos foram bem sucedidos nesse procedimento. No caso acima o benefício foi evidente uma vez que foi possível através desse procedimento a individualização do atendimento de cada paciente. Um terceiro fator foi deixado para ser abordado em ambulatório: a relação familiar. Vimos nesse caso a necessidade do envolvimento de uma terceira pessoa no enfoque, uma vez que foi identificado um agente estressor (violência doméstica) e caso não resolvido seria um fator de manutenção da doença, em especial para o indivíduo primário.

Gostaríamos de reforçar a complexidade que envolve o atendimento de um caso de *folie à deux*, que deve ser manejado de forma minuciosa e multidisciplinar. Apesar de não haver consenso quanto ao tratamento, a abordagem medicamentosa em si não é suficiente e a abordagem familiar e ou social é essencial.

## Referências bibliográficas

- Alonso L, Jeffrey WD. Mental illness complicated by Santeria belief in spirit possession. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39:1188-91.
- Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV. 4ª ed. Trad. Dayse Baptista. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4ª ed. Trad. Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
- Bankier RG. Role reversal in folie à deux. *Can J Psychiatry* 1988; 33:231-2.
- Boughton DP, Popkin MK. Mumification and folie à deux. *Comp Psychiatry* 1989; 30:26-30.
- Christodoulou GN. Two cases of "folie à deux" in husband and wife. *Acta Psychiatr Scand* 1970; 46:413-9.
- Dewhurst K, Todd J. The psychosis of association: folie à deux. *J Nerv Ment Dis* 1956;124:451-9.
- Gralnick A. Folie à deux: the psychosis of association: a review of 103 cases and the entire English literature. *Psychiatry Q* 1942;16:230-63.
- Hart J, McClure MG. Capgras' syndrome and folie à deux involving

- mother and child. Br J Psychiatry 1989; 154:552-4.
- Janofsky JS. Munchausen syndrome in a mother and daughter: an unusual presentation of folie à deux. J Nerv Ment Dis 1986; 174:368-70.
- Lazarus A. Folie a deux in identical twins: interaction of nature and nurture. Br J Psychiatry 1986;148:324-6.
- Munro A. Folie à deux revisited. Can J Psychiatry 1986; 31:233-4.
- Oatman JG. Folie à deux: report of a case in identical twins. Am J Psychiatry 1947; 98:842-5.
- Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. 10ª ed. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Reif A, Pfuhmann B. Folie a deux versus genetically driven delusional disorder: case reports and nosological considerations. Compr Psychiatry 2004; 45:155-60.
- Sanjurjo-Hartman T, Weitzner MA, Santana C, Devise C, Grendys E. Cancer and folie à deux – Case report, treatment and implications. Cancer Pract 2001; 9:290-4.
- Scharfetter C. Studies of heredity in symbiotic psychoses. Int J Ment Health 1972;1:116-23.
- Signer SF, Ibister SR. Capgras syndrome, de Clérambault's syndrome na folie à deux. Br J Psychiatry 1987;151:402-4.
- Siris SG, Lavin MR. Outros transtornos psicóticos. In: Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de psiquiatria. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 1105-22.
- Soni SD, Rockley GJ. Socio-clinical substrates of folie à deux. Br J Psychiatry 1974; 125:230-5.
- Teixeira PJR, Araújo GC, Rocha. Folie à deux – revisão crítica da literatura. J Bras Psiquiatr 1992; 41:61-5.
- Turecki G, Mantovani S. Folie à deux: histórico, conceito e descrição de um caso em gêmeas dizigóticas. Rev ABP-APAL 1991; 13:122-8.
- Wehmeier PM, Barth N, Remschmidt H. Induced delusional disorder. Psychopathology 2003; 36:37-45.
- Westermeyer J. A case of koro in a refugee family: association with depression and folie à deux. J Clin Psychiatry 1989; 50:181-3.
- 

Data de recebimento: 14/05/2006

Data de Aprovação: 10/08/2006