

DOI Number: 10.30520/tjsosci.521321

**HEZEYANLI BOZUKLUK HAKKINDA GÜNCEL VE BİLİMSEL BULGULAR**  
*RECENT AND SCIENTIFIC FINDINGS REGARDING DELUSIONAL DISORDER*

Fatih BAL<sup>1</sup>

Beril Zeynep HACIOSMAN<sup>2</sup>

**ÖZET**

Hezeyanlı Bozukluk, 1987 yılında DSM-III'te yer alan ve uluslararası platformda sağlık çalışanları tarafından tanınan psikiyatrik bir bozukluktur. ABD toplumunun genelinde hezeyanlı bozukluğun prevalansı, %0,18'dir. Hezeyanlı bozukluğun birçok alt türü bulunmaktadır. Bu alt türler; perseküsyon, grandiyöz, kıskançlık, somatik, erotomanik ve karma türde sanırlardır. Bu bozukluğun tedavisinde genellikle ilaç ile tedavi yöntemi tercih edilmektedir. Hezeyanlı bozukluğun önemine rağmen hakkında sahip olunan bilimsel veriler sınırlıdır. Bu durumun ana sebebi, bu bozukluğa sahip kişilerin genel işlevselliklerinde kayda değer bir düşüşün meydana gelmemesi ve bu kişilerin tedavi arayışına girmemeleridir. Sahip olunan bilginin sınırlı olması, insan yaşamını ciddi anlamda olumsuz etkileyebilecek bir bozukluk olan hezeyanlı bozukluğun tanı ve tedavi sürecini sekteye uğratabilmektedir. Hezeyanlı bozukluk hakkında mevcut bilimsel ve güvenilir bilginin sınırlı olması, birçok bilim insanını bu bozukluğun doğasını ortaya çıkarmaya yönelik araştırmalar yürütmeye sevk etmiştir. Bu doğrultuda yıllar içerisinde ulusal ve uluslararası düzlemde birçok bilimsel çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmanın amacı; yıllar içerisinde hezeyanlı bozukluğa dair yürütülmüş ve bozukluğun daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunmuş bilimsel literatürü inceleyerek bu bozukluğa sahip hastaların tanı ve tedavi süreçlerinin etkinliğini arttıracak düşünülen bilimsel ve güncel bilimsel bulguların derlenmesidir. En dikkat çekici araştırma bulguları HLA-A-03\* geni ile hezeyanlı bozukluk arasında bir ilişkinin varlığına ve HSV 2 glikoprotein gG2 ile psikotik bozukluklar arasında bir ilişki bulunduğuna işaret eden bulgulardır.

**Anahtar Kelimeler:** Hezeyanlı bozukluk, epidemiyolojik bulgular, etiyolojik bulgular.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, fbal@gelisim.edu.tr,  
ORCID: 0000-0002-9974-2033

<sup>2</sup> Uzman Klinik Psikolog, İç Gözlem Psikiyatrik ve Psikolojik Danışma Merkezi,  
b.zeynehaciosman@gmail.com

## ABSTRACT

Since 1987, delusional disorder is took place in DSM-III and well recognized as a psychiatric disorder by mental health members worldwide. Prevalence of delusional disorder is percentile of 0,18. Delusional disorder has many sub-type. These sub-types are persecution, grandiose, somatic, jealous, mix and erotomanic type. Delusional Disorder is treats by medicine. Even though importance of delusional disorder, scientific knowledge regarding delusional disorder is significantly limited. Main explanation of this downside is that patients' functionality levels remain stable in time and therefore they have not seek for treatment. Because of scientific knowledge is limited, diagnose and treatment process of delusional disorder can be cease which is potentially make severe negative impacts on patients' life. Limited scientific and solid knowlegde regarding delusional disorder urged many scientists for exploration of its nature in years. For this route, many research conducted in years on national and international platforms. Main purpose of this article is to search thoroughly important findings of scientific writings and to compile gathered data for contributing efficiency of diagnose and treatment of delusional disorder. One of the most noteworthy results suggets a connection between HLA-A-03\* gene and delusional disorder. Other result states a link between Herpes Simplex Virus Type 2 Glycoprotein gG2 and psychotic disorders.

**Keywords:** Delusional Disorder, epidemiologicfindings, etiologicfindings.

## GİRİŞ

Kökeni Antik Yunan dönemine dayanan ve Yunancada 'düpedüz delilik' anlamına gelen paranoya kavramı, Yunanca para (yan, dış) ve nous (akıl) kelimelerinin birleşiminden türetilmiştir (Munro,2004: 10). Antik Yunan döneminden günümüze kadar olan süre zarfında edebiyatta, tiyatrodada, şiirde, sinemada, siyaset ve tarih gibi sosyal bilim dallarında paranoya, ilk ve orijinal tanımına uygun bir şekilde sık sık karşılaştığımız sosyal, toplumsal ve psikolojik bir nüans olma özelliğini korumuştur. Paranoya kavramının sağlık bilimlerinin ilgi alanına girmesi, 1863 yılında paranoya kavramının modern tanımını yapan Emil Kraepelin ile gerçekleşmiştir. Psikoloji bilimi tarafından yapılan tanımda paranoya "sistemli, inatçı, kalıcı zulüm veya görkemlilik kuruntuları ve kuruntulu kıskançlık, kuşkuculuk, güvensizlik, kavgacılık vb. özelliklerle tanımlanan ve net, tutarlı düşünme eşliğinde gelişen psikotik bir bozukluk" şeklinde ifade edilmektedir (Budak, 2000: 595). Öncesinde tartışmalı bir kavram olma niteliğini koruyan paranoya, ilk kez Karl Ludwig Kahlbaum tarafından zihinsel temelli olduğunu düşünülerek ve kısmen de olsa delilik olarak nitelendirilerek bir dizi semptomu tanımlamak için kullanılmıştır (Savrun, 2008: 111-112).

Emil Kreapelin tarafından modern tanımı yapılmadan önce paranoya kavramının kapsam ve içeriğine yönelik baskın üç görüş bulunmaktaydı. Bunlardan ilki, paranoyanın şizofreninin bir şekli olduğu, ikincisi duygu-durum bozukluğunun bir şekli olduğu ve üçüncüsü ise şizofreni ve/ya duygu-durum bozukluğundan farklı psikotik bir bozukluk türünü temsil ettiği yönündeydi. Güncel bilimsel veriler üçüncü görüşün diğerlerine nazaran daha doğru ve kabul edilebilir olduğunu desteklemektedir (Kendler,1980: 700).

Paranoya teriminin sadece perseküsyon sınırları kapsadığı, diğer alt türlerini kapsam dışı bıraktığı düşünüldüğü için 'Paranoid Bozukluk' yerine 'Hezeyanlı Bozukluk' terimi kullanılmaya başlanmış ve Emil Kreapelin'in tanı kriterleri baz alınarak 1987 yılında yayımlanan DSM-III'te yerini almıştır (Erben,2008: 8).

### **Hezeyanlı bozukluğun tanı kriterleri**

Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu tarafından 2014 yılında Türkçeye çevrilen Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının beşinci baskısı olan DSM-V-TR'ye göre ruh sağlığı çalışanlarının hezeyanlı bozukluğun tanı sürecinde dikkate alınması gereken tanı kriterleri aşağıdaki gibidir(Köroğlu, 2014: 43-44):

- Bir ay ya da daha uzun süren, bir (ya da daha çok) sanrının varlığı,
- Şizofreninin A tanı kriteri hiçbir zaman karşılanmamıştır,
- Sanrının (sanrılarının) etkileri ya da sonuçları dışarıda tutulacak olursa, işlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır ve davranışlar açıkça veya yadırganacak kadar olağana aykırı değildir,
- Mani ya da majör depresyon dönemleri ortaya çıkmışsa, bunların süresi sanrısız dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur,
- Bu bozukluk, bir maddenin ya da sağlıkla ilgili başka bir durumun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz ve dismorfik bozukluk ya da obsesif-kompulsif bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

### **Hezeyanlı bozuklukta görülen sanrı türleri**

Hezeyanlı bozukluğun tanı ve tedavi sürecini belirlemek için uzmanlar tarafından gerçekleştirilen klinik görüşmelerde hastanın sahip olduğu sanrılarının türünün belirlenmesi ihmal edilmeyecek bir detay niteliği taşımaktadır. Sanrılarının türünün bilinmesi tedavi sürecinin şekillenmesinde hayati öneme sahip olduğu kadar hastanın ve bozukluğun doğası, geçmişi, potansiyel tetikleyicileri vb. hakkında ek bilgi sağlayabilmektedir. Sanrılarının türü, en az içeriği ve şiddeti kadar önem arz eden bir unsurdur. Hezeyanlı bozuklukta görülen sanrılarının, perseküsyon türü sanrılar, somatik tür sanrılar, grandiyöz tür sanrılar, erotomanik tür sanrılar, karma tür sanrılar, kıskançlık türü sanrılar (bu sanrı türü ilk kez 2014 yılında yayımlanan DSM-V-TR'de yer almıştır), kuşku türü sanrılar ve belirlenememiş tür sanrılar olmak üzere toplam sekiz alt türü bulunmaktadır (Köroğlu, 2014:44).

Perseküsyon türü sanrılar kişilerde takip edildikleri, tehdit edildikleri, izlendikleri, kontrol edilmeye çalışıldıkları, haklarında dedikodu yapıldığına dair birtakım sanrısız düşüncelerin oluşmasına sebep olmaktadır. Perseküsyon türü sanrılara sahip olan kişilerde mevcut klinik tablo, başka insanların kendilerini zehirlemeye ve hatta öldürmeye çalıştıklarına dair sanrısız inançlar geliştirmelerine sebep olacak kadar ağırlaşabilir. Perseküsyon türü sanrılarının varlığı, bu kişilerin sürekli, tetikte, kontrolcü, ketum olma gibi davranışsal özellikler göstermelerine neden olmaktadır (Hocaoğlu, 2001: 98).

Kıskançlık türü sanrılar, ortaya elle tutulur ve inkar edilemez bir kanıt olmamasına rağmen eşlerinin(hayat arkadaşlarının veya sevgililerinin) kendilerini aldattıklarından şüphe etmeleri ile karakterizedir. Eşlerinin sadakatlerinin lehine yönelik gösterilen kanıtlara karşı duyarsız ve nötr kalan bu kişiler, inatla ve ısrarla eşlerinin kendilerini aldattıklarına dair sanrısız düşüncelerini koruma eğilimi gösterirler. Bu kişilerin sahip oldukları sanrılar ilaç veya madde kullanımı, ya da başka bir fizyolojik durumla açıklanamamaktadır (Easton, Shackelford and Schipper, 2008: 266).

Grandiyöz (büyüklük) türünde sanrılara sahip kişilerde, diğer insanlardan farklı, üstün, güçlü, güzel veya zeki olduklarına dair sanrısız düşünceler görülür. Bu kişilerin

hayatlarına bakıldığında sanrısız düşüncelerinin şiddetini açıklayabilecek derecede bir başarı öyküsü görülmez veya özel bir yeteneğe sahip olduklarına rastlanmaz. Mantıksal olarak sahip oldukları sanrısız düşüncenin temeli veya kanıtı olmasa dahi kişiler söz konusu sanrısız inançlarına sıkı sıkıya sarılırlar ve kendi bakış açılarından sahip oldukları sanrısız düşüncelerini gerekçelendirmeye çalışırlar. Grandiyöz veya büyüklük sanrıları, genellikle ideolojik, tarihsel veya profesyonel yaşamdaki çıkır açan başarı öyküleriyle karakterize olsa dahi bazı durumlarda dini nitelik kazanabilmektedir. Grandiyöz sanrıların içeriğinin dini nitelik kazanmasının en tipik örneği kişinin, peygamber veya tanrı olduğuna inanmasıdır (Köroğlu, 2016: 33).

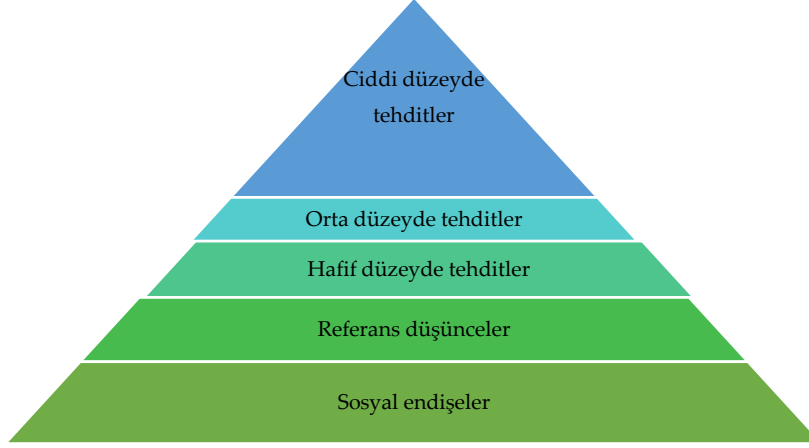
Şizofreni, duygu-durum bozuklukları veya herhangi bir fizyolojik durumla açıklanamayan somatik tür sanrılar, nahoş bedensel duyumlar, deformasyon veya depersonalizasyon ile karakterize özelliklere sahiptir. Bazı durumlarda somatik tür sanrıların varlığı, kişilerin bedenlerine yönelik olabilmektedir. Somatik sanrıların içeriği bu yönde olan kişilerin yönelimi de psikiyatriden ziyade plastik cerrahiye tercih etme şeklinde olmaktadır (Kepska et al., 2011: 194).

Karşılaştırmaya tabi tutulduğunda kendilerinden daha güzel, daha zengin, daha başarılı veya daha ünlü olan insanların kendisine aşık olduklarına, bu insanlarla aşk yaşadıklarına dair sanrısız inançlara erotomanik türü sanrılar adı verilmektedir. Erotomanik tür sanrılara sahip olan insanların sanrılarının hedefi gerçek bir kişi olabileceği gibi hayali kişiler de olabilir. Bazı durumlarda bu kişiler kendilerine aşık olduğuna inandıkları insanla iletişime geçmeyi deneyebilmektedirler. Kişilerin aynı anda birden fazla sanrı türüne sahip olması durumunda karma türünde sanrılar nitelendirmesi altında değerlendirilmektedir. Sanrıların türünün kesin ve net bir şekilde tespit edilememesi durumunda ise kişilerin sanrılarının türünün belirlenmemiş olduğu kabul edilir (Köroğlu, 2014: 33).

### **Klinik görünümü**

Hezeyanlı bozukluk tanısı konulabilmesi için geçmesi gereken en kısa süre bir aydır. Kişilerin semptom olarak sergiledikleri hezeyanlar genellikle non-bizar olup, değişmez ve sistemli görünüme sahiptirler. Kişinin iç görüşü çoğu zaman sorunludur. Birbirini takip eden birçok seri ve ilişkili hezeyan türleri vardır. Bununla birlikte kişinin günlük yaşantısında bir bozukluk olmamakla beraber hezeyanlar görülebilir. Kişinin mizacı hezeyanı ile örtüşmektedir. Eğer grandiyöz tipte bir hezeyanı varsa mizaçta öforik, perseküsyon şeklinde aşırı şüphelilik vardır. Bu kişileri, hekimin dışındaki insanların tanımları oldukça zordur. Bu kişiler tuhaf bir görüntüye sahip olsalar bile çevrelerindeki insanlar bu farklılığı anlamlandıramazlar. Öte yandan görüşü yetersizliği nedeniyle hezeyan bozukluğu olan kişiler tedavi için hekime başvurmamaları gibi tedavileri de kabul etmemektedirler. Hayatlarının gidişatı hezeyan odaklı bir süreç izler. Sürekli, buldukları delilleri, iddiaları destekleyen davranışlar ve düşünceler içindedirler. Bu düşünce ve davranışları çevresindekileri inandırabilir. Diğer taraftan öz bakım becerilerinde sorun bulunmamaktadır. Aşırı dikkatli olup çevresindeki insanlara karşı oldukça mesafeli tiplerdir. Mesafeli olmaları nedeniyle başkalarına zarar verme olasılıkları bulunmamaktadır. Tüm bu sorunlardan dolayı depresyona girme ihtimalleri bulunmaktadır. Depresyondan korumak için duyguların açılması eğitimi almalarının faydası olabilir (Savrun, 2008: 111; Öksüz, 2012: 433). Depresif durumun vermiş olduğu duygu durumu ile yardım alabilme olasılıkları vardır. Öncelikle hekimin hezeyanlı bozuklukta depresyon sorununu mutlaka sorgulaması gerekmektedir. Diğer

tarafından DSM-V iç görünümün yetersizliği nedeniyle obsesif kompulsif bozukluğu ve vücut dismorfik bozukluğu hezeyanlı bozukluktan ayırmanın zorluğuna işaret etmektedir. Bu nedenle her iki bozuklukta da hezeyanlı bozuklukla beraber tanılanmaya olanak vermektedir (Savrun, 2008: 111).



Şekil: Paranoya Hiyerarşisi (Freeman et al., 2013: 1282)

Yukarıdaki şekilde yer alan paranoya hiyerarşisinden anlaşılacağı üzere, bireylerin toplumsal veya sosyal yaşamlarının temelini oluşturan ilişkilerine, diğer insanlara, çevresel etmenlere veya kontrolleri dışında kalan diğer unsurlara yönelik duydukları endişeler, gelecekte sahip olabilecekleri paranoya temel taşı oluşturmaktadır. Gerçekçi olmayan, sürekli ve ısrarlı niteliğe sahip olan, nesnel değerlendirme sürecini aksatarak kişinin kontrolünden çıkan sosyal endişeler bir süre sonra şekil değiştirmek suretiyle referans düşünceler haline dönüşebilmektedir. Başlangıçta referans düşünceler, kişi için hafif düzeydeki tehditlerin algılanması anlamına gelirken zaman içerisinde kontrolden çıkarak referans düşünceler orta ve ciddi düzeydeki tehditler ile özdeşleşme özelliği kazanmaktadır (Freeman et al., 2013: 1282).

Kişinin sahip olduğu olumsuz benlik algısı ve kendi içinde duyduğu güvensizliği dışarıya yansıtıyor olması, paranoyanın yükseldiği temel niteliği taşımakla birlikte depresyon ve anksiyete semptomlarının mevcut klinik tabloya eklenmesi perseküsyon sanrılarının oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Hezeyanlı bozukluğa sahip hastaların dışarıya yansıtıkları içsel güvensizliklerinin temelinde yatan sorun, bir anlamda öz-yeterlilik sorunudur. Öz-yeterlilik, bir kişinin bir etkinliğe dair yapabilirim veya yapamam inancını ifade eder. Bu bakış açısından bakıldığında perseküsyon sanrılarının altında yatan inanç, kişinin kendisini dışarıdan gelecek tehlikelere karşı koruyamayacağına dair sahip olduğu inançtır (Freeman et al., 2013: 1282; Doruk ve Kaplan, 2012: 292).

### **Ayırıcı tanı**

Psikiyatrik tanılama sürecinde ayırıcı tanılarının tespit edilmesi, en az tanının kendisi kadar önem arz eden bir aşamadır. Ayırıcı tanılarının tespit edilmesi, söz konusu vakanın sahip olduğu semptomları en iyi açıklayan tanının tespit edilebilmesi için zorunludur. Hezeyanlı bozukluğun baskın semptomu olan sanrılar, birçok farklı psikiyatrik bozuklukta görülen bir semptomdur. Bu sebeple hezeyanlı bozukluğu, diğer psikiyatrik bozukluklardan ayırt edebilmek ve doğru teşhis koyabilmek önemlidir.



Şizofreni ile hezeyanlı bozukluk arasındaki en temel fark, hezeyanlı bozukluğun şizofreninin A tanı kriterlerini hiçbir zaman karşılamamasıdır. Diğer bir deyişle, hezeyanlı bozuklukta sanrılar görülmekle birlikte, halüsinasyonlar, dağınık konuşma, dağınık davranış veya katatoni hiçbir zaman görülmez. Diğer temel fark ise süre farkıdır. Hezeyanlı bozukluk tanısı için sanrılarının bir aylık bir süre zarfında görülmesi yeterliyken, şizofreni tanısı için semptomların her birisinin bir aylık sürenin büyük bir kısmında görülmesi zorunluluğu vardır (Köroğlu, 2014: 49).

Şizofrenide olduğu gibi kısa psikoz bozukluğu ile hezeyanlı bozukluk arasındaki en temel birinci fark, kısa psikoz bozukluğu semptomları arasında sanrılar, halüsinasyonlar, dağınık konuşma, dağınık davranış veya katatoni yer alırken hezeyanlı bozuklukta sadece sanrılarının görülmesidir. Diğer bir temel fark ise kısa psikoz bozukluğundagörülen sanrılarının niteliğinin kültürel temelli olmasının gerekliliğidir ancak bu gereklilik, hezeyanlı bozukluk tanısında aranmamaktadır (Köroğlu, 2014: 46).

Şizofreniform bozukluk ile hezeyanlı bozukluk arasındaki temel fark, hezeyanlı bozuklukta görülen baskın semptomun sanrılar olması ve halüsinasyon, dağınık konuşma, dağınık davranış veya katatoni ile negatif psikotik semptomların klinik tabloda yer almamasıdır (Köroğlu, 2014: 47).

Şizoaffektif bozukluk, depresyon veya mani nitelikli majör bir duygu-durum dönemi ile kesişen ve eşzamanlı olan sanrılar, halüsinasyonlar, dağınık konuşma, dağınık davranış veya katatoniye ek olarak negatif psikotik semptomlar ile karakterize iken hezeyanlı bozukluk tanısı için sanrılarının öngörülen süre boyunca varlıklarını korumaları yeterli olmaktadır (Köroğlu, 2014: 51).

Bazı klinik vakalarda sanrılar ve halüsinasyonlar, uyuşturucu madde entoksinyonuna veya yoksunluğuna, ilaç kullanımına ya da ilacın yan etkilerine bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Uyuşturucu madde veya ilaç kullanımının yol açtığı psikoz bozukluğu ile hezeyanlı bozukluk arasındaki en temel fark, hezeyanlı bozuklukta görülen sanrılarının herhangi bir uyuşturucu madde veya ilaç kullanımı, yoksunluğu ya da yan etkisiyle açıklanamıyor olması ve sanrılara halüsinasyonların eşlik etmemesidir (Köroğlu, 2014: 53).

Depresif bozukluklar kategorisinde yer alan bozukluklar genellikle duygu-durumun olumsuz yönde değişim göstermesi ile karakterize olup depresif bozukluklara genellikle psikotik semptomlar eşlik etmez. Ancak bazı vakalarda depresif bozukluklara psikotik semptomlar eşlik edebilmektedir. Eşlik eden psikotik semptomlar sanrılar ve halüsinasyonlar ile karakterizedir. Depresif bozukluklara eşlik eden sanrılar genellikle hastanın içinde bulunduğu duygu-durumla uyum içerisindedir ancak hezeyanlı bozuklukta görülen sanrılarının hastanın duygu-durumu ile uyumlu olması zorunluluğu yoktur (Köroğlu, 2014: 109).

Obsesif-kompulsif bozukluk ile hezeyanlı bozukluk arasındaki en temel fark, obsesif-kompulsif bozukluk tanısı almış hastaların iç gözü ve yargılama yetilerinin bozulmamış olması ve sahip oldukları ısrarlı, tekrarlayıcı düşüncelerinin mantıksız olduklarının ve gerçeği yansıtmadıklarının gerçek manada farkında olmalarıdır. Ancak hezeyanlı bozuklukta hastaların sahip oldukları sanrısız düşüncelerin gerçek olduğuna samimi bir şekilde inanmalarıdır (Köroğlu, 2014: 130).

Beden dismorfik bozukluk, kişinin dış görünümüyle alakalı önemsenmeyecek veya başka kişilerin dikkatini çekmeyecek kadar küçük olan bir veya birkaç kusur ile zihinsel

olarak uğraşması ve dış görünümüne dair kaygılarından ötürü yineleyen davranış örüntüleri geliştirmesi ile karakterize bir bozukluktur. Bu bozuklukta genellikle iç görü ve yargılama işlevleri tehlikeye girmez ancak hastanın iç görüşünün tamamen ortadan kalktığı durumlarda kişi dış görünümüne dair inançlarının gerçek olduğuna dair sanrısız bir düşünce geliştirebilir (Köroğlu, 2014: 131-132).

Biriktiricilik bozukluğu, gerçek veya manevi ya da maddi değeri ne olursa olsun, kişilerin eşyalarını elden çıkartmakta veya onlarla ilişkisini kesmekte sürekli olarak bir zorluk yaşamaları ile karakterize bir bozukluktur. Bu bozuklukta yaşayan güçlük, hastaların nesnelere saklamaları algılarından ve onları elden çıkartmanın neden olduğu anksiyeteden kaynaklanmaktadır. Biriktiricilik davranışı klinik açıdan belirgin bir anksiyeteye, toplumsal, profesyonel ve diğer yaşam alanlarında genel işlevsellik düzeylerinde ciddi bir düşüşe sebep olmaktadır. İç görüşü tamamen bozulmuş olan hastalarda biriktirme ile ilgili davranış ve inançların tamamen normal olduğu fikri yerleşmekte ve aksini ispat eden kanıtlara rağmen hasta, biriktiricilik konusundaki sanrısız inançlarını korumakta ısrar etmektedirler (Köroğlu, 2014: 132-133).

Paranoid kişilik bozukluğu, yetişkinlik döneminin başında ortaya çıkan, diğer insanlara yönelik genel bir kuşku ve güvensizlik halinin hakim olduğu, farklı bağlamlarda kişilerin işlevselliklerini olumsuz etkileyen bir kişilik bozukluğu türüdür. Hezeyanlı bozukluk ile ayrıştırılması en zor bozukluk, paranoid kişilik bozukluğudur. Paranoid kişilik bozukluğu ile hezeyanlı bozukluk arasındaki en temel fark, hezeyanlı bozuklukta görülen sanrılar, sadece hedef aldığı alanda bozulmalara sebep olurken paranoid kişilik bozukluğunda ise sanrılar hastaların yaşamlarının tüm yönlerini olumsuz etkileme potansiyeline sahiptirler (Köroğlu, 2014: 328-329).

Bir yeme bozukluğu türü olan anoreksiya nevroza, kişinin vücut ağırlığını ve biçimini algılayış biçimiyle ilgili, kilo almaktan korkma ve kilo almasını aşırı güçleştiren davranışlar kalıplarını edinmesiyle karakterize bir bozukluktur. Anoreksiya nevroza tanısı almış kişiler, düşük vücut ağırlıklarına rağmen kilolu olduklarına dair sanrısız inançlarını ısrarla korurlar ve sağlıkları için hayati tehlike yaratabilecek olsa bile, kilo vermek adına aşırı çaba göstermeye devam ederler (Köroğlu, 2014: 173-174).

## **Tanılamada kullanılacak psikometrik ölçüm araçları**

### **1. Rorschach testi**

1921 yılında Rorschach testini geliştiren İsviçreli bir psikiyatr olan Hermann Rorschach, farklı psikiyatrik bozukluklara sahip insan gruplarının mürekkep lekelerine farklı tepkiler verdiklerini keşfetmiştir. Bu keşiften hareketle H. Rorschach mürekkep lekelerini kişilik dinamiklerini açığa çıkarmanın yanı sıra psikolojik ve psikiyatrik bozuklukların tanınması amacıyla kullanmaya başlamıştır. Her birey mürekkep lekelerini gördüğünde, bu görsel uyarının bireyde birtakım duyuları harekete geçirdiğini, bireyin harekete geçen duyuları ile geçmiş deneyimlerini sentezleyerek imgeler ürettiğini ve birey tarafından üretilen imgelerin kendine has anlamlar taşıdığını ileri süren H. Rorschach, geliştirdiği testin ruhun röntgenini çektiğini ileri sürmektedir (Anastasi, 1970: 495-498; Rorschach, 1969: 17-18).

Rorschach testinin materyalleri, siyah ve kromatik renklerden oluşan on adet planştan meydana gelmektedir. Bireysel olarak uygulanması zorunlu olan testin çocuk, ergen, yetişkin ve yaşlı normlarının mevcut olması, yediden yetmişe her yaşta bireye testin uygulanmasını mümkün kılmaktadır. Her bir planş kendi içerisinde şekil, renk, gölge ve

hareket içermektedir. Planşlar arasında küçük farklılıklar bulunsa da her planş simetrik ve bir eksen etrafında dönmektedir (Anastasi, 1970: 495-498).

Her planşın kendine has bir anlamı ve açığa çıkarmak üzere dizayn edilmiş bir amacı bulunmaktadır. Birinci planş, deneğe sunulan farklı, beklenmedik ilk uyaran olma niteliği taşımaktadır. İkinci planş, dürtü ve duyguların niteliği ve doğası hakkında bilgi verdiği gibi deneğin dürtü ve duygularıyla baş etme yöntemleri hakkında ipuçları sağlamaktadır. Üçüncü planş, deneğin beden imgesinin doğası hakkında bilgi vermektedir. Bu planşta erkek deneklerden erkek tepkisi, kadın deneklerden ise kadın tepkisi beklenir. Baba kartı olarak da adlandırılan dördüncü planş, deneğin otorite/erkek figürüne olan bakış açısı ve bu figürle ilişkisine dair bilgi edinmemize olanak sağlamaktadır. Beşinci planş deneğin dış gerçeklere yaklaşımı, dış uyaranlar ile olan ilişkisi ve realiteyle bağları hakkında bilgi edinmemize yardımcı olmaktadır. Altıncı planş, cinsellik kartı olarak bilinir ve genel anlamda deneğin cinselliğe bakış açısı ve cinsellikle ilişkisi hakkında ipuçları sağlamaktadır. Altıncı planşın alt kısmı kadın cinselliğini, üst kısmı ise erkek cinselliğini sembolize etmektedir. Yedinci planş anne kartı veya kadın kartı olarak tanımlanır ve deneğin kadın/anne figürüne bakış açısı ile bu figürle kurduğu ilişkinin niteliği hakkında bilgi edinmemize olanak tanır. Sekizinci planş, tamamen renkli ilk planş olması sebebiyle ayrı bir öneme sahip olmasının yanı sıra sosyal çevre kartı olarak bilinir ve deneğin sosyal çevreyle ilişkisi hakkında bilgi vermektedir. Dokuzuncu planş, benlik kartı olarak bilinir ve deneğin kendisiyle ilişkisi, kendisine bakış açısı hakkında ipuçları vermektedir. Ayrıca bu planş, savunma mekanizmalarını ortaya çıkaran planştır. Empulsif patlamalar yaşayan denekler, kontrol etmekte zorlandıkları agresif dürtülerini en sık dokuzuncu planş aracılığıyla ifade etmektedirler. Onuncu planş ise bütün tepkisi vermenin en zor olduğu kart olma özelliği taşıdığından çözülme anksiyetesi yaşayan deneklerin tespitinde en işlevsel planşlardan biridir. Çözülme anksiyetesi yaşayan denekler onuncu planşta birleştirme, bağ veya ilişki kurma çabaları sergileyerek sahip oldukları anksiyetenin niteliğini ortaya koymuş olmaktadır (Hacıosman, 2006: 17-22).

## 2. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'nin ilk basımı 1930 yılında Amerikan Psikoloji Birliği tarafından gerçekleştirilmiş olup yazarları Starke Hathaway ile Jovian McKinley'dir. Envanterin geliştirilmesindeki motivasyonun kökeni, 1930'lu yılların sonu ile 1940'lı başı arasındaki dönemde sağlık kuruluşlarında çalışan klinik psikolog ve psikiyatrların klinik vakaları isabetli bir şekilde tanılamak konusunda duydukları ciddi boyuttaki ihtiyacı (Graham, 1996: 1-2).

Bu ihtiyacın harekete geçirdiği uzun soluklu çalışmaların sonucunda 566 maddeden oluşan Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri ortaya çıkmıştır. Envanteri doldurması istenen her kişinin, envanterde yer alan ifadeleri okuyup anlayarak kendisine uygun olup olmadığına göre 'doğru', 'yanlış' veya 'bilmiyorum' şeklinde cevaplandırması gereklidir. Envanterde yer alan ifadeler belirli bir niteliği ölçmek amacıyla sınırlandırılmış olduğundan ve son derece net ve anlaşılır ifadelerden meydana geldiğinden objektif nitelikli bir değerlendirme aracı olarak kabul edilmektedir (Graham, 1996: 1).

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin göze çarpan en önemli özelliği profesyonel klinisyenler tarafından değerlendirilmek şartıyla profesyonel olmayan uygulayıcılar tarafından bireysel veya grup olarak uygulanabilir olmasıdır. Görme engeli veya fiziksel



bir rahatsızlığı olmayan en az 6 yıl temel eğitim görmüş her bireye uygulanabilir olması da bir diğer pratik özelliğidir. 566 maddeden oluşan envanterin tamamlanması birçok insan için can sıkıcı bir süreç olabilmektedir. Bu yüzden envanterin uygulanacağı klinik vakaların doğru ve dikkatli bir şekilde seçilmesi önem taşımaktadır. Anksiyöz bir duygu-durum içerisinde olan veya ajite olan kişiler envanteri tamamlamakta zorlanacaklarından taşkınlık yapma ihtimalleri yüksektir. Konfüze durumdaki vakalar için ise verilen yönergeyi tam anlamıyla idrak edememeleri gibi bir risk söz konusudur. Her ne kadar deneğin envanteri eve götürüp tamamlaması ve tekrar geri getirmesi gibi bir seçeneği bulunsa da envanterin tamamının profesyonel bir ortamda ve bir klinisyenin eşliğinde tamamlanması en doğru yaklaşım olacaktır (Graham, 1996: 6).

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri çok boyutlu bir envanterdir. Bu alt boyutlar, belirli psikiyatrik semptomları açığa çıkarmak, kişilik özelliklerini tespit etmek ve envanteri dolduran kişinin envanter maddelerine dürüst bir şekilde yanıt verdiğiinden emin olmak amacıyla dizayn edilmiştir. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinde yer alan alt ölçekler aşağıdaki gibidir (Graham, 1996: 5-17).

- Bilmiyorum Ölçeği
- F Ölçeği
- L Ölçeği
- K Ölçeği
- Hipokondri
- Depresyon
- Histeri
- Psikopatik sapma
- Erkeklik-kadınlık
- Paranoya
- Psikasteni
- Şizofreni
- Hipomani
- Sosyal içedönüklük

### **Tedavisi**

Psikiyatrik görüşme veya psikometrik testlerden faydalanarak doğru tanının konulmasını takiben hasta için doğru tedavi planının yapılması önem arz etmektedir. Tanı sürecinin ikinci aşaması hezeyanlı bozukluğun niteliğinin birincil nitelik mi yoksa ikincil nitelik mi taşıdığından saptanmasından oluşmaktadır. Hezeyanlı bozukluk tanısı koyulmasına sebep olan semptomlar ana sorundan ziyade, altta yatan gizil sorunun bir sonucu olarak ortaya çıkıyorsa, bu ayrımın yapılmasının tedavi ve tanı açısından önemi yadsınamaz niteliktedir. Tanı sürecinin üçüncü aşamasında ise hezeyanlı bozukluğa eşlik eden semptomların olup olmadığı belirlenmelidir. Literatüre bakıldığında hezeyanlı bozukluğa en sık eşlik ettiği görülen semptomların depresyon ve anksiyete olduğu görülmektedir. Şayet hezeyanlı bozukluğa depresif veya anksiyete eşlik ediyorsa, bu eş tanılara yönelik de psikofarmakolojik tedavi uygulanması gerekmektedir (Roudsari et al., 2015: 157).

Hezeyanlı bozukluğun psikofarmakolojik olarak tedavisinde genellikle SSRIs (Selektif Serotonin Gerisalinım İnhibitörleri) ve SNRIs (Serotonin Noradrenalin Gerisalinım İnhibitörleri) türü ilaçların tercih edilmesinin sebebi, neden olduğu yan etkilerinin diğer

eşdeğerlerine oranla daha az olduğunun rapor edilmesidir. Göreceli olarak daha az olduğu kabul edilen yan etkileri ise cinsel isteksizlik, kiloda değişiklik, uyku düzensizliği ve huzursuzluk hissidir (Roudsari et al., 2015: 159).

1997 - 2007 yılları arasında hezeyanlı bozukluk tanısı sebebiyle yatarak tedavi görmüş 716 hastayla yürütülen araştırma bulgularına göre örneklemin %85,4'ünün ilk kullandığı ilacın antipsikotik türü ilaç olduğu, %83'ünün tipik, %33,7'sinin atipik antipsikotik türü ilaç kullandığı, reçetelendirilen tipik antipsikotik ilaçlarının %50'sinin haloperidol, %19,5'inin pimozid olduğu, depo türü antipsikotik ilaçların kullanımının tüm hastalar içerisinde %22,5 olduğu tespit edilmiştir (Erben vd., 2009: 14).

<b>Antipsikotik türü ilaç</b>	<b>İlacın verildiği vaka sayısı</b>	<b>Tamamen iyileşmenin görüldüğü vaka sayısı</b>	<b>Kısmen iyileşmenin görüldüğü vaka sayısı</b>	<b>Hiç iyileşmenin görülmediği vaka sayısı</b>
<b>Risperidone</b>	12	8	3	1
<b>Olanzapine</b>	9	5	3	1
<b>Amisulpride</b>	7	3	3	1
<b>Quetiapine</b>	5	3	2	0
<b>Aripiprazole</b>	5	4	1	0
<b>Paliperidone</b>	5	4	1	0
<b>Iloperidone</b>	2	2	0	0
<b>Fluoxetine</b>	5	5	0	0
<b>Toplam</b>	50	34	13	3

**Tablo 1:** Farklı antipsikotiklerin hezeyanlı bozukluğun tedavisindeki etkinlik düzeyi (Roudsari et al., 2015: 159)

Hezeyanlı bozukluğun tedavisinde farklı türde antipsikotik ilaçların etkinlik düzeylerini tespit etmek amacıyla 50 vaka ile bir araştırma yürütülmüştür. Araştırmadan elde edilen veriler, yukarıdaki tabloda sunulmuştur. Farklı türde antipsikotik ilaçlarla tedavi edilerek tamamen iyileştiği saptanan vaka sayısı, araştırma örnekleminin %68'sine karşılık gelmektedir. Hiçbir iyileşmenin görülmediği vaka sayısı ise tüm örneklemin sadece %6'sına karşılık gelmektedir. Örneklemin %16'sına risperidone tedavisi uygulanmış ve tedavinin sonucunda tam anlamıyla bir iyileşme sağlanmıştır.

Hezeyanlı bozukluk tanısı almış kişilerin tedavisinde başvurulan yaygın yöntem, ilaçla tedavi yöntemidir. Bu durumun en önemli nedeni, hezeyanlı bozukluk tanısı almış hastaların iç görü ve yargılama yetilerinin psikoterapiye uygunluk kriterini karşılamadıklarına dair geleneksel bir görüşün hakim olmasıdır. Ancak son yıllarda hezeyanlı bozukluk tanısı almış hastalar arasından dikkat çekici miktarda bir azınlığın ilaç tedavisine direnç göstermesi ve nüks riskinin yüksek düzeyde olması, ilaçla tedavi yaklaşımından ayrı bir tedavi yaklaşımının arayışına girilmesine sebep olmuştur. Hezeyanlı bozukluk, şizofreni gibi psikotik bozuklukların tedavisinde etkili bir yöntem olduğu bilimsel kanıtlarla desteklenen üç farklı psikoterapi yaklaşımı söz konusudur. Bunlar, Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT), BDT temel alınarak geliştirilmiş olan Meta-

kognitif egzersizler ve meta-kognisyon yönelimli terapi yaklaşımıdır (Menonet al., 2017: 3).

BDT yöntemi son elli yıldır en fazla başvuru alan psikoterapi yaklaşımı olma özelliğini korumasıyla dikkat çekmektedir. Günümüzde ise neredeyse tüm psikiyatrik bozuklukların psikoterapi ile tedavisinde akla gelen ilk yaklaşım olma niteliğine sahiptir. Son yıllarda şizofreni tanısı almış hastalara uygulanan psikoterapide önemli ve etkili bir rol almıştır. Kronisite kazanmış şizofreni hastaların BDT yaklaşımı kullanılarak ilk kez tedavi edilmesi ise 1950'li yılların başına dayanmaktadır. BDT yaklaşımının öne çıkmasının sebepleri ise kısmen pragmatik oryantasyona sahip olması, etkili teknik ve yöntemleri içinde barındırması, hakkında yürütülen ve birçok saygın dergide yayımlanan bilimsel araştırmaların varlığı ve uygulanabilir egzersiz alternatifleri sunmasıdır (Skodlar et al., 2013: 249-250).

## SONUÇ

Çalışmalardan elde edilen bulgular, hezeyanlı bozukluğun prevelansının %0,18 olduğunu, hezeyanlı bozukluğun kadın deneklerde %0,21 ve erkek deneklerde ise %0,16 oranında görüldüğünü ortaya koymaktadır. Ayrıca hezeyanlı bozukluğun en sık karşılaşılan başlangıç yaşının 45 ila 54 yaş aralığına karşılık geldiği ve hezeyanlı bozukluğun geç başlangıçlı nitelik taşıyabileceği görülmektedir (Peralta et al., 2007: 39).

Katar'da bozukluğun sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla gerçekleştirilen araştırma sonuçlarına göre yaş ile bozukluğun prevelansı arasında pozitif bir ilişki olduğu, bozukluğun prevelansının kadınlara nazaran erkeklerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı araştırma perseküsyon türünde sanrıların %80,4'lük bir oranla en sık karşılaşılan sanrı türü olduğunu ve kadın deneklere nazaran erkek deneklerde daha yüksek bir prevelans ile görüldüğünü ortaya koymuştur. Perseküsyon sanrıları dışındaki sanrı türlerinin ise erkek deneklere oranla kadın deneklerdeki prevelansının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Al Bannave Ibrahim, 1997: 35-38).

Japonya'da ayaktan tedavi gören toplam 10,418 hasta içerisinde hezeyanlı bozukluk tanısı almış 86 kişi ile klinik görüşmeler yürütülmüştür. Süreçte, hezeyanlı bozukluğun erkeklere oranla kadınlardaki prevelansının 3 kat daha fazla, klinik ortamlarda en sık karşılaşılan türünün %64'lük bir yüzde ile perseküsyon türü sanrıları olduğu, bunu %19'lük yüzde ile kıskançlık türü sanrıların takip ettiği ileri sürülmüştür (Hsiao et al., 1999: 674-675).

23,045 mahkum ile yürütülen çalışma sonuçları, cezaevinde hezeyanlı bozukluğun prevelansının %0,24 olduğuna işaret etmektedir. Mahkumların sahip olduğu sanrıların türleri incelendiğinde %63,6'sında perseküsyon türü sanrıların, %14,5'inde grandiyöz türü sanrıların ve %3,6'sında somatik türü sanrıların var olduğu tespit edilmiştir (Tamburello, Bajgier ve Reeves, 2015: 84).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen bir çalışmadan elde edilen bulgulara göre Sanrısız Bitlenme (Delusional Infestation) isimli sendromun prevelansı %1,9'dur. Sanrısız bitlenmeye yönelik yürütülen bir başka bilimsel çalışma 50 yaşından genç kişilerde bu sendromun prevelansının cinsiyetler arasında normal dağılım gösterdiğini ancak 50 yaşını geçen kadınlarda, 50 yaşını geçen erkeklere nazaran söz konusu sendromun prevelansının 2,5 kat daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Vulink, 2016: 58-59).

Ekbom sendromuna yönelik yürütülen çalışmalardan elde edilen bulgular, 50 yaşın altındaki kadın ve erkeklerde bu sendromun prevalansının aşağı yukarı aynı düzeyde, ancak 50 yaşın üstündeki hastalarda prevalansın ise kadın deneklere oranla erkek deneklerde 3 kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Ekbom sendromuna yakalanan hastaların yaşlarının genellikle 58 – 68 arasında değiştiği ve bu sendromun ilk belirtilerinin ergenlik döneminde ortaya çıkabildiği belirtilmektedir (Lutfi,2016: 1-3).

Hezeyanlı bozukluğun etiyojisine yönelik sahip olunan bilimsel bilgi birikiminin sınırlı olmasının en önemli nedeni, hezeyanlı bozukluğu olan hastaların genel işlevsellik düzeylerinde tedavi arayışına girmelerine sebep olacak kadar bir düşüş meydana gelmemesi ve bu sebeple bu hastalardan bilimsel çalışmalarda örneklem olarak yararlanılamamasıdır. Hezeyanlı bozukluğun sınırlı etiyolojik kökenlerine baktığımızda bu bozukluğa sahip hastaların küçük bir kısmının hayatlarının ilerleyen evrelerinde şizofreninin geliştiği görülmektedir. Ancak diğer yandan, hezeyanlı bozukluk tanısı almış kişiler ile şizofreni ve şizotipal kişilik bozukluğu tanısı almış kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı yakın-ailesel bağlar olduğu da tespit edilmiştir. Diğer bir deyişle, hezeyanlı bozukluk ile şizofreni veya şizotipal kişilik bozukluğu arasında bir tür geçişin söz konusu olduğu ileri sürülmektedir (GormanveCummings,1990: 230).

DSM-IV'e göre hezeyanlı bozukluk tanı kriterlerini karşılayan, Hindistan doğumlu Bengali vatandaşı olan 80 tane hastaya serolojik testler ve yüksek çözünürlüklü moleküler sınıflandırma yöntemine dayalı polimerize zincirleme tepkime analizi uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular, HLA-A\*03 geni ile hezeyanlı bozukluk arasında diğer genlere oranla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Debnath et al.,2005: 269).

DSM-IV ve ICD-10'da yer alan hezeyanlı bozukluk tanı kriterlerini karşılayan 30 hastayla iki psikiyatrist bağımsız görüşmeler yürüterek hezeyanlı bozukluk tanısı aldıklarından emin olduktan sonra bu hastalara DNA izolasyonu kullanılarak genotip analizi ve birincil diziyeye özgü amplifikasyon tekniği uygulanmıştır. Elde edilen bulgular, dopamin D1 reseptörünün bazı beyin işlevleriyle zihinsel faaliyeti etkileyerek sanrıların ortaya çıkmasına zemin hazırlayan psikotropik ilaçların mekanizmalarında rol oynadığı göstermiş ancak D1 reseptör geni ile hezeyanlı bozukluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığını ortaya koyamamıştır (Bandopadhyay et al., 2010: 258-260).

Bazı klinik vakalarda nörolojik belirtilerin olmayışı, psikiyatrik belirtilerin potansiyel bir beyin tümöründen kaynaklanabiliyor olma ihtimalinin gözden kaçmasına ve yanlış teşhise yol açabilmektedir. Beyin tümörünün, duygu-durum değişikliklerine, panik ataklara, psikotik belirtilere, kişilikte meydana gelen değişimlere veya hafıza ile ilişkili aksaklıklara yol açabileceği bilinmektedir. Örnek olarak parietal lob tümörü hastalarda nörolojik belirtilerin yanı sıra depresif belirtilerin görülmesine yol açabilmektedir (Moise ve Madhusoodanan, 2006: 29).

Genetik aktarıma yönelik yürütülen bazı bilimsel çalışmalar ise anneden çocuğa geçen antikordardan olan HSV 2 glikoprotein gG2'nin varlığı ile psikotik bozuklukların gelişme ihtimali arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığına işaret etmektedir. Duygu-durum ve psikotik bozukluk tanısı almış hastaların beyinlerinin; yarım kürelerinin kaynaşmaması sonucu zar ile beyin arasına sıvı biriktiği ve ortaya çıkan 'septum pellicidum mağarası' isimli bir patoloji ile talamusun iki lobunu birbirine bağlayan adezyonun yokluğu tespit edilmiştir (Ladin-Romero et al., 2016: 233).

Kadın deneklerle kronik nitelik kazanmış psikotik bozuklukların incelenmesi amacıyla yürütülmüş bilimsel çalışmalar, östrojen düzeyleri ile psikotik bozukluklar arasında bir ilişki olabileceğine dair bulgular ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu ilişkiyi açıklamaya ve anlamlandırmaya yönelik hipotezlerden iki tanesi özellikle öne çıkmaktadır. Öne çıkan hipotezlerden ilki, östrojen hormonunun psikotik semptomların ortaya çıkışını önleyen veya geciktiren bir özelliği olduğu yönündedir. Hipotezlerden ikincisi ise şizofreni tanısı almış kadınların, östrojen hormon işlevsizliği ile ilgili bir fenotip teşkil ettiklerini ileri sürmektedir. Bu bağlamda yakın tarihli bir çalışma, premenapoz sonrası dönemi ileri yaşlarında geçiren kadınların psikotik bozukluğa yakalanma ihtimalinin ve psikotik semptomlar sergileme ihtimalinin daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (Gonzalez-Rodriguez et al., 2015)

Uyku bozuklukları üzerine yürütülen çalışmalar, yetersiz uykunun paranoid semptomların ortaya çıkmasında etkili bir rol oynayabileceğini ortaya koymuştur. Buna ek olarak, paranoid semptomların ortaya çıkışında etkili olduğu düşünülen yetersiz uyku, kişinin olumsuz bir duygulanım içerisine girmesine ve garip birtakım deneyimler yaşamasına da zemin hazırlamaktadır (Freeman ve Garety, 2014: 1183).

Hezeyanlı bozukluğun nöropsikolojik kökenlerinin araştırıldığı araştırma bulgularına bakıldığında elde edilen bilimsel bulgular temporal bölge ve limbik sistemdeki bozulmalar ile hezeyanlı bozukluk arasında doğrudan-ilişkisel bir bağ olabileceğini ortaya koymuştur (Leposavic, Leposavic ve Jasovic-Gasic, 2009: 166-167).

Bu dönem araştırmalarını Cotard sanrılarının sempatik tepkimeye meydana gelen aksaklıklardan kaynaklandığını ortaya koyan çalışmalar takip etmiştir. Son dönem araştırmalarına bakıldığında ise Alzheimer tanısı alan ve Cotard ile Capgras sendromuna sahip olan hastalarla beyin görüntüleme temelli yürütülen çalışmalar, frontal lob hasarı ve kognitif bozulmalar arasında ilişki olduğuna dair hipotezi destekler nitelikte kanıtlar ortaya koymaktadır (Braun & Suffren, 2011: 2-3).



**KAYNAKÇA**

- Al Banna, M.A. & Ibrahim, M.A. (1997). Socio-demographic characteristics and outcome of delusional disorder in Qatar. *Qatar Medical Journal*. 6(1): 34-39.
- Anastasi, A. (1970). *Psychological Testing*. New York: Libraries Australia.
- Bandopadhyay, S., Bera, N.K., Nayak, C.R. & Chaudhuri, T.K. (2010). Dopamine Receptor Gene D1 Reveals No Significant Association with Delusional Disorder on The Basis of SSP Analysis. *International Journal of Human Genetics*. 10(4): 257-261.
- Bentall, R.P. & Howard, R. (2001). Persecutory Delusions: A review of theoretical integration. *Clinical Psychology Review*. 21(8): 1143-1192.
- Braun, C.M. & Suffren, S. (2011). A general neuropsychological model of delusion. *Journal of Cognitive Neuropsychiatry*. 16(1): 1-39.
- Budak, S. (2000). Psikoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Debnath, M., Das, S.K., Bera, N.K., Nayak, C.K. & Chaudhuri, T.K. (2005). A study of HLA-Linked Genes in Monosymptomatic Psychotic Disorder in an Indian Bengali Population. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 50(2): 269-274.
- Doruk, M & Kaplan, A. (2012). Sınıf öğretmeni adaylarının matematik öğretimine yönelik öz-yeterlilik inançlarının incelenmesi. *Journal of Academic Social Science Studies*. 5(7): 291-302.
- Easton, J.A., Shackelford, T.K. & Schipper, L.D. (2008). Delusional disorder – jealous type: how inclusive are the dsm-iv diagnostic criteria? *Journal of Clinical Psychology*. 64(3): 264-275.
- Erben, G. (2008). Hezeyanlı bozuklukta hezeyan profili ve bağlantılı parametreler (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Erben, G., Ülker, M., Sevim, M.E., İlnem, C. ve Özen, M. (2009). Son 10 yıl içerisinde hastaneye yatarak tedavi edilen hezeyanlı bozukluk tanılı olguların psikofarmakolojik profili: bir retrospektif çalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 19(1): 14-18.
- Freeman, D. & Garety, P. (2014). Advances in Understanding and Treating Persecutory Delusions: A Review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 49(8): 1179-1189.
- Freeman, D., Dunn, G., Fowler, D., Bebbington, P., Kuipers, E., Emsley, R., Jolley, S. & Garety, P. (2013). Current paranoid thinking in patients with delusions: The presence of cognitive-affective biases. *Advance Access Publication*. 39(6): 1281-1287.
- Gonzalez-Rodriguez, A., Molina-Andreu, O., Penades, R., Bernardo, M., Garriga, M. & Catalan, R. (2015). Delusional disorder over the reproductive life span: the potential influence of menopause on the clinical course. *Hindawi Publishing Corporation Schizophrenia Research and Treatment*. 979605.

- Gorman, D.G.& Cummings, J.L. (1990). Organic delusional syndrome. *semin neurol*.10(3):229-238.
- Graham, J. R. (1996). *MMPI uygulama ve yorumlama rehberi*. (O. Sorias, Çev.) İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- Haciosman, P.M. (2006). *Rorschach Testi Nedir, Ne Değildir*. İstanbul: Organon İlaçları.
- Hocaoğlu, Ç. (2001). Paranoid Semptomlar ve Sendromlar. *Psikiyatri Dünyası*. 5: 97-104.
- Hsiao, M.C., Liu, C.Y., Yang, Y.Y. & Yeh, E.K. (1999). Delusional disorder: retrospective analysis of 86 chinese outpatients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 53: 673-676.
- Kendler, K.S. (1980). the nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder): A Review. *Arch Gen Psychiatry*. 37: 699-706.
- Kepska, A., Hawro, T., Krupinska-Kun, M. & Zalewska, A. (2011). somatic-type delusional disorder: acase report and comments. *Acta Dermato-Venereologica*. 91(2): 193-194.
- Köroğlu, E. (2016). Klinik psikopatoloji. Ankara: HYB Basım Yayın
- Köroğlu, E. (Çev.). (2014). DSM-V tanı ölçütleri başvuru kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Ladin-Romero, R., Amann, B.L., Sarro, S., Guerrero-Pedraza, A., Vicens, V., Rodriguez-Cano, E. & Radua, J. (2016). midline brain abnormalities across psychotic and mood disorders. *Schizophrenia Bulletin Advance Access*. 42(1): 229-238.
- Leposavic, I., Leposavic, L. & Jasovic-Gasic, M. (2009). neuropsychological profile of delusional disorder. *Psychitria Danubina*. 21(2): 166-173.
- Lutfi, A.M. (2016). Ekbohm Syndrome: An Evidence based review of literature. *Asian Journal of Medical Sciences*. 7(3): 1-8.
- Menon, M., Balzan, R.P., Harper, K., Kumar, D., Andersen, D., Moritz, S.&Woodward, T.S. (2017). Psychosocial Approaches in The Treatment of Psychosis: Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis (CBTp) and Meta-Cognitive Training (MCT). *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. 11(3): 156-163.
- Moise, D. & Madhusoodanan, S. (2006). psychiatric symptoms associated with brain tumors: A Clinical Enigma. *CNS Spectr*. 11(1): 28–31.
- Munro, A. (2004). Delusional disorder: paranoia and related illnesses. Cambridge: Cambridge University Press.
- Öksüz, Y. (2012). Duyguların açılması eğitiminin üniversite öğrencilerinin duygularını ifade edebilmeleri üzerindeki etkisi. *Journal of Academic Social Science Studies*. 5(2): 421-438.
- Perala, J., Suvisaari, J., Saarni, S.I., Kuoppasalmi, K., Isometsa, E., Pirkola, S.&Löngvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*. 1(64): 19-28.

- Rorschach, H. (1969). *Psychodiagnostik: A Diagnostik Test Based on Perception*. New York: Grime and Stratton.
- Roudsari, M.J., Chun, J. & Manschreck, T.C. (2015). Current treatments for delusional disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry*. 2(2): 151-167.
- Savrun, M. (2008). Hezeyanlı bozukluk. İstanbul: Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu.
- Skodlar, B., Henriksen, M.G., Sass, L.A., Nelson, B. & Parnas, J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for schizofrenia: acritical evaluation of its theoretical framework from a clinical-phenomenological perspective. *Journal of Psychopathology*. 46(4): 249-265.
- Spitzer, M.& Maher, B.A. (1998). *Felsefe ve psikopatoloji*. İstanbul: Gendaş Yayınevi.
- Tamburello, A.C., Bajgier, J. & Reeves, R. (2015). The Prevalence of delusional disorder in prison. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 43: 82-86.
- Vulink, N.C. (2016). Delusional infestation: State of the Art. *Derm Venereol*. 217: 58-63.
- Xavier, F.A. & Antony S.D. (1998). *Insight and psychosis*. Oxford: Oxford University Press.