

T.C
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

RORSCHACH TESTİNDE PARANOİD BOZUKLUĞUN
GÖRÜNÜMÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Beril Zeynep HACIOSMAN

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

İSTANBUL – 2018

TEZ TANITIM FORMU

- YAZAR ADI SOYADI** : Beril Zeynep HACIOSMAN
- TEZİN DİLİ** : Türkçe
- TEZİN ADI** : Rorschach Testinde Paranoid Bozukluğun Görünümü
- ENSTTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- ANABİLİM DALI** : Psikoloji
- TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans
- TEZİN TARİHİ** : 15.04.2018
- SAYFA SAYISI** : 107
- TEZ DANIŞMANI** : Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL
- DİZİN TERİMLERİ** : Paranoid bozukluk, Rorschach Testi
- TÜRKÇE ÖZET** : 1987 yılında DSM – III'de psikiyatrik bir bozukluk olarak yerini alan Paranoid bozukluk bizar olmayan, sanrısız inançlarla karakterize bir bozukluktur. Paranoid bozukluğun görülme sıklığı, yaklaşık olarak %0.18'dir. Paranoid bozukluk tanısı almış hastaların genel işlevsellik düzeyi bozulmadığından genellikle tedavi arayışına girmemektedirler. Bu eğilim ise paranoid bozukluğa yönelik bilimsel çalışmalar yürütmeyi zorlaştıran bir faktördür. Bu çalışmanın amacı, Rorschach Testi kullanılarak paranoid bozukluk tanısı almış 30 adet test protokolünde yer alan tepkileri analiz ederek anlamlı tepkileri belirlemek ve paranoid bozukluğun klinik özelliklerini tespit etmektedir. Bu amaç doğrultusunda Rorschach Araştırma Formu kullanılmıştır.
- DAĞITIM LİSTESİ** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Beril Zeynep HACIOSMAN

T.C
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

RORSCHACH TESTİNDE PARANOİD BOZUKLUĞUN GÖRÜNÜMÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Beril Zeynep HACIOSMAN

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

İSTANBUL – 2018

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Beril Zeynep HACIOSMAN

..../..../2018



T.C
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beril Zeynep HACIOSMAN'ın "**Rorschach Testinde Paranoid Bozukluğun Görünümü**" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan _____

Dr.Öğr.Üyesi Fatih BAL
(Danışman)

Üye _____

Dr.Öğr.Üyesi Yasemin YULAF

Üye _____

Dr.Öğr.Üyesi Hasan SEZEROĞLU

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../.../2018

Prof.Dr.Nezir KÖSE
Enstitü Müdürü

ÖZET

1987 yılında DSM – III'de psikiyatrik bir bozukluk olarak yerini alan Paranoid bozukluk bizar olmayan, sanrısız inançlarla karakterize bir bozukluktur. Paranoid bozukluğun görülme sıklığı, yaklaşık olarak %0.18'dir. Paranoid bozukluk tanısı almış hastaların genel işlevsellik düzeyi bozulmadığından genellikle tedavi arayışına girmemektedirler. Bu eğilim ise paranoid bozukluğa yönelik bilimsel çalışmalar yürütmeyi zorlaştıran bir faktördür.

Bu çalışmanın amacı, Rorschach Testi kullanılarak paranoid bozukluk tanısı almış 30 adet test protokolünde yer alan tepkileri analiz ederek anlamlı tepkileri belirlemek ve paranoid bozukluğun klinik özelliklerini tespit etmektedir. Bu amaç doğrultusunda Rorschach Araştırma Formu kullanılmıştır.

Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre araştırmanın örneklemini için geçerli olmak üzere Rorschach Testinin evrensel bir nitelik taşıdığı ortaya konulmuştur. Ayrıca paranoid bozukluğun klinik özelliklerine dair baskın fikirlere yenileri eklenmiştir.

Anahtar kelimeler: Paranoid bozukluk, Rorschach Testi

SUMMARY

Paranoid disorder is a psychiatric disorder characterized with non-bizar and delusional beliefs which took place in DSM – III in 1987. Prevalence of paranoid disorder is %0.18. Patient with paranoid disorder don't apply health services for treatment because they maintain their general functionality. This tendency is a factor which makes harder conducting scientific research about paranoid disorder.

The aim of this study is to determine meaningful reactions analyzing 30 patients' reactions to Roschach Test whose already diagnosed with paranoid disorder with using Rorschach Test and to ascertain clinical features of paranoid disorder. For the purpose it used Rorschach Research Form in this study.

This research revealed that Rorschach Test is universal ability to diagnose delusional disorder at least for the sample of this research. Also this research contributed and modified our traditional knowledge about clinical aspects of delusional disorder.

Keywords: Delusional Disorder, Rorschach Test

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET.....	I
SUMMARY	II
İÇİNDEKİLER.....	III
KISALTMALAR LİSTESİ	V
TABLolar LİSTESİ	VI
GRAFİKLER LİSTESİ	IX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
EKLER LİSTESİ.....	XI
ÖNSÖZ.....	XII
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM	7
PARANOİD BOZUKLUĞUN KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ.....	7
1.1. Paranoya kavramı	7
1.2. DSM-V-TR'ye göre paranoid bozukluğun tanı kriterleri	8
1.3. Paranoid bozukluğun epidemiyolojisi	11
1.4. Paranoid bozukluğun etiyolojisi.....	15
1.4.1. Genetik etmenler	16
1.4.2. Nörobiyolojik etmenler	17
1.4.3. Nöropsikolojik etmenler	19
1.5. Diğer bozukluklar	21
1.6. Paranoid bozukluğun klinik görünümü	24
1.7. Ayırıcı tanı	31
1.7.1. Şizofreni	31
1.7.2. Kısa psikoz bozukluğu	31
1.7.3. Şizofreniform bozukluk	31
1.7.4. Şizoaffektif bozukluk.....	32
1.7.5. Madde/ilacın yol açtığı psikoz bozukluğu	32
1.7.6. İki uçlu (bipolar) bozukluk	32
1.7.7. Depresif bozukluklar	33
1.7.8. Obsesif-kompulsif bozukluk	33
1.7.9. Beden dismorfik bozukluk	33
1.7.10. Biriktiricilik bozukluğu.....	33
1.7.11. Paranoid kişilik bozukluğu	34
1.7.12. Anoreksiya nevroza	34
1.7.13. Paylaşılmış psikotik bozukluk	34

1.8. Paranoid bozukluğun tedavisi	35
1.8.1. Psikofarmakolojik tedavi	35
1.8.2. Psikoterapi.....	38
İKİNCİ BÖLÜM.....	43
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	43
2.1. Araştırmanın konusu.....	43
2.2. Araştırmanın amacı	43
2.3. Araştırmanın önemi	43
2.4. Araştırmanın varsayımları ve sınırlılıkları	44
2.5. Araştırmanın hipotezleri.....	44
2.6. Veri toplama araçları.....	45
2.6.1 Rorschach testi.....	46
2.6.2. Rorschach araştırma formu	56
2.7. Verilerin istatistiksel analizi	58
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	60
BULGULAR	60
SONUÇ	95
KAYNAKÇA.....	102
EKLER	-

KISALTMALAR LİSTESİ

- R:** Toplam tepki sayısı
G: Bütün tepkisi
D: Detay tepkisi
Dd: Çok küçük detay tepkisi
DbI: Beyaz kısımlara verilen tepki
DdbI: Büyük detay tepkisi
DbIG: Bütüne ve beyaz boşluklara verilen tepki
DG: Detaydan yola çıkılarak bütüne verilen tepki
F: Form tepkisi
F*: İyi form tepkisi
F⁻: Kötü form tepkisi
K: Hareket tepkisi
Ka: Hayvana ait hareket tepkisi
Kobj: Nesneye ait hareket tepkisi
Kp: Kısmi hareket tepkisi
KC: Ateşin hareketi
C: Saf renk tepkisi
CF: Renk hakim form tepkisi
FC: Form hakim renk tepkisi
H: İnsan tepkisi
Hd: İnsana ait detay tepkisi
Obj: Obje tepkisi
Geog: Coğrafya tepkisi
Nat: Doğa tepkisi
Plt: Bitki tepkisi
Arch: Mimari yapı tepkisi
Anat: Anatomik tepki
Os: Kemik tepkisi
Sex: Seks tepkisi
Sgn: Kan tepkisi
Clob: Gölge tepkisi
FClob: Form hakim gölge tepkisi
ClobF: Gölge hakim form tepkisi
KClob: Obje hakim gölge tepkisi.
Triade: 3. 5. ve 8. kartlara verilen banal tepkilerin toplamı
Erlebnis: Affektivitenin yönünü gösteren formül

TABLolar LİSTESİ

Tablo	Sayfa
Tablo-1 Farklı antipsikotik türü ilaçlar ve paranoid bozukluğun tedavisindeki etkinliği	37
Tablo-2 Örneklemin yaş değişkenine göre dağılımı	60
Tablo-3 Örneklemin cinsiyet değişkenine göre dağılımı.....	61
Tablo-4 Örneklemin eğitim durumuna göre dağılımı	61
Tablo-5 Örneklemin yaş ve cinsiyet değişkenlerine göre dağılımı	62
Tablo-6 Örneklemin yaş ve eğitim durumu değişkenlerine göre dağılımı.....	63
Tablo-7 Örneklemin cinsiyet ve eğitim durumu değişkenlerine göre dağılımı.....	64
Tablo-8 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin dış gerçeklere yaklaşımının incelenmesi.....	65
Tablo-9 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin dış gerçeklere yaklaşımının tepki bazlı incelenmesi.....	66
Tablo-10 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin dış gerçekleri algılama ve değerlendirme sürecinin incelenmesi	66
Tablo-11 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin dış gerçekleri algılama ve değerlendirme sürecinin tepki bazlı incelenmesi	67
Tablo-12 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin duygularının ifadesi ve kullanımının incelenmesi.....	67
Tablo-13 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin duygularının ifadesi ve kullanımının tepki bazlı incelenmesi.....	67
Tablo-14 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin affektif gereksinim ve ifadelerinin incelenmesi.....	68
Tablo-15 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin affektif gereksinim ve ifadelerinin tepki bazlı incelenmesi.....	68
Tablo-16 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin sosyal çevre ile ilişkilerinin incelenmesi.....	69
Tablo-17 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin sosyal çevre ile ilişkilerinin tepki bazlı incelenmesi.....	69
Tablo-18 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin sahip oldukları anksiyetenin niteliğinin incelenmesi	70
Tablo-19 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin sahip oldukları anksiyetenin niteliğinin tepki bazlı incelenmesi	70
Tablo-20 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin agresif ve cinsel dürtülerinin incelenmesi	70
Tablo-21 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin agresif ve cinsel dürtülerinin tepki bazlı incelenmesi	71
Tablo-22 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin beden imgesinin incelenmesi.....	71

Tablo-23 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin beden imgesinin tepki bazlı incelenmesi	72
Tablo-24 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin kişilik yapısının incelenmesi.....	72
Tablo-25 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin kişilik yapısının tepki bazlı incelenmesi.....	72
Tablo-26 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin ego gücü ve yapısının incelenmesi.....	73
Tablo-27 Rorschach araştırma formuna göre örneklemin ego gücü ve yapısının tepki bazlı incelenmesi.....	73
Tablo-28 Cinsiyete değişkenine göre lokalizasyon cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi.....	74
Tablo-29 Yaş değişkenine göre lokalizasyon cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi	75
Tablo-30 Cinsiyet değişkenine göre form cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi	77
Tablo-31 Yaş değişkenine göre form cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi	77
Tablo-32 Cinsiyet değişkenine göre hareket cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi	78
Tablo-33 Yaş değişkenine göre hareket cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi	79
Tablo-34 Cinsiyet değişkenine göre renk cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi	80
Tablo-35 Yaş değişkenine göre renk cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi	81
Tablo-36 Cinsiyet değişkenine göre gölge cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi	82
Tablo-37 Yaş değişkenine göre gölge cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi	83
Tablo-38 Cinsiyet değişkenine göre insan ve hayvan cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi.....	84
Tablo-39 Yaş değişkenine göre insan ve hayvan cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi.....	84
Tablo-40 Cinsiyet değişkenine göre diğer içerik cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi.....	85
Tablo-41 Yaş değişkenine göre diğer içerik cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi	86
Tablo-42 Cinsiyet değişkenine göre diğer içerik cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi.....	87
Tablo-43 Yaş değişkenine göre diğer içerik cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi	88

Tablo-44 Cinsiyet değişkenine göre diğer içerik cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi.....	89
Tablo-45 Yaş değişkenine göre diğer içerik cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi	90
Tablo-46 Cinsiyet değişkenine göre diğer içerik cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi.....	91
Tablo-47 Yaş değişkenine göre diğer içerik cevaplarında farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi	92
Tablo-48 Cinsiyet değişkenine göre diğer cevaplarda farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi	93
Tablo-49 Yaş değişkenine göre diğer cevaplarda farklılık olup olmadığının Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi	93



GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik	Sayfa
Grafik-1 Örneklemin yaş değişkenine göre dağılımı	60
Grafik-2 Örneklemin cinsiyet değişkenine göre dağılımı	61
Grafik-3 Örneklemin eğitim durumuna göre dağılımı	62
Grafik-4 Örneklemin yaş ve cinsiyet değişkenlerine göre dağılımı	63
Grafik-5 Örneklemin yaş ve eğitim durumu değişkenlerine göre dağılımı	64
Grafik-6 Örneklemin cinsiyet ve eğitim durumu değişkenlerine göre dağılımı	65



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil-1 Paranoya hiyerarşisi.....	27
Şekil-2 Perseküsyon sanrılarının ortaya çıkışını etkileyen etmenler ve aralarındaki ilişki.....	29



EKLER LİSTESİ

- EK-A:** Rorschach Testi Protokol Örneği
EK-B: Protokol Örneği
EK-C: Etik Kurul Karar Örneği



ÖNSÖZ

Paranoid bozukluk tanısı almış hastaların genel işlevsellik düzeyleri ciddi düzeyde bozulmadığından bu hastalar genellikle tedavi arayışına girme gereği duymamaktadır. Bu perspektiften bakıldığında; yürütülen tez çalışmasında karşılaşılan ilk zorluk, yeterli sayıda örnekleme bir araya getirmek olmuştur. İncelenecek örnekleme ulaşmanın zorluğu bu alana yönelik yürütülen bilimsel çalışmaların dikkat çekici ve rahatsızlık verici düzeyde zayıf olmasına sebep olmaktadır. Türkçe ve yabancı bilimsel literatürde paranoid bozukluğa yönelik olarak yürütülen bilimsel araştırmaların ve yayınlanan kitapların azlığı, tez çalışmasının ikinci zorluğunu teşkil etmektedir. Sahip olunan bilimsel nitelikli bilginin sınırlı olması komorbid bir nitelik de taşıyabilen paranoid bozukluğun tanısını daha zor hale getirebilmektedir. Bozukluğun tanısı ise gerek psikofarmakolojik gerekse psikoterapi yaklaşımlarıyla tedavi edilmesi noktasında hayati öneme sahiptir.

Yüksek lisans tezim üzerinde çalıştığım süre boyunca benden akademik ve insani anlamda desteğini hiçbir zaman esirgemeyen tez danışmanım ve bölüm başkanım Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL bey efendiye, doğduğum günden itibaren bana masallar ve şiirler okuyan, merakımın harekete geçirdiği her soruya büyük bir sabırla cevap veren, paylaşılmayan bilginin sahibini kısır yapacağı prensibine göre hareket eden, öğrenme ve öğretme aşkının tohumlarını kalbime eken annem Uzman Adli Psikolog P. Mutlu HACIOSMAN hanım efendiye teşekkürü bir borç bilirim

GİRİŞ

Antik Yunan döneminden beri bilinen paranoya kavramının modern tanımını Emil Kreapelin 1863 yılında yapmıştır. Yine 1863 yılında Karl Ludwig Kahlbaum zihinsel temelli olduğunu düşündüğü ve kısmen delilik olarak isimlendirdiği bir grup hastada gözlemlendiği semptomlar için ilk kez paranoya terimini kullanmıştır. Richard von Krafft - Ebbing paranoyanın ana semptomunun sanrılar olduğunu belirtmiştir. Paranoya kavramının sınırları konusunda belirleyici olan ilk kapsamlı bilimsel çalışma Emil Kraepelin tarafından gerçekleştirilen 19 vakalık seri ile bilimsel literatüre girmiştir.¹² Emil Kreapelin paranoyayı sabit, non-bizar, iyi düzeyde sistematik ve kronikleşme eğilimi taşıyan sanrılar olarak tanımlamıştır.³

Emil Kreapelin'in modern paranoya kavramının literatüre girmesine değin paranoya kavramı tartışmalı niteliğini sürdürmüş ve paranoya kavramının kapsamına dair üç görüş meydana gelmiştir. Bu görüşlerden ilki paranoid bozukluğun şizofreninin bir formu olduğu, ikincisi Duygudurum bozukluğun bir formu olduğu ve nihayet üçüncüsü ise Emil Kreapelin'in yaptığı tanım üzere, şizofreni ve duygudurum bozukluğundan farklı, üçüncü bir psikoz formu olduğu yönündedir. Ancak günümüzde sahip olunan bilimsel nitelikteki bilgiler bu üç görüşü de destekleyen nitelikte değildir.⁴ Paranoid kelimesinin kuşku sanrılarını akla getirmesi ve diğer alt türleri kapsamaz gibi görünmesi sebebiyle hezeyanlı kelimesi tercih edilmiş ve paranoid bozukluk, hezeyanlı bozukluk adı altında Kreapelin'in tanı kriterlerinin baz alındığı şekliyle 1987 yılında DSM – III (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) isimli elkitabında aynı isimle yerini almış olup halen geçerli bir bozukluk olarak varlığını korumaktadır.⁵ Ancak bu tez çalışmasında paranoid bozukluk kavramı kullanılacaktır.

Erken yetişkinlik döneminde tanısı konulan paranoid bozukluğun epidemiyolojisine bakıldığında literatürde bu alanda gerçekleştirilmiş bilimsel çalışmaların azlığı göze çarpar. Sahip olunan bilimsel bilgideki sınırlılığın sebebi paranoid bozukluğa sahip kişilerin genel işlevselliklerini korumaları sebebiyle genellikle tedavi arayışına girmemeleridir. 2007 yılında yürütülen ve Arch Gen

¹ Alistair Munro, **Delusional Disorders: Paranoia and Related Illnesses**, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, p.10.

² Müfit Uğur vd., **Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar**, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 2008, s.111-112.

³ Gülten Erben, Hezeyanlı Bozuklukta Hezeyan Profili ve Bağlantılı Parametreler, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2008, s.8, **(Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi)**

⁴ Kennett S. Kendler, "The Nosologic Validity of Paranoia (Simple Delusional Disorder): A Review", **Arch Gen Psychiatry**, 1980, Cilt:37, 699-706, s.700.

⁵ Erben, a.g.e, s.8.

Psychiatry dergisinde yayınlanan bilimsel çalışmalarının sonuçlarına göre paranoid bozukluğun görülme sıklığı %0.18'dir ve aynı çalışma kadın deneklerde %0.21 ve erkek deneklerde %0.16 oranla kadınlarda görülme sıklığının erkeklere nazaran daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır. İlaveten araştırma sonuçları paranoid bozukluğun en sık başlangıç yaşının 45 – 54 yaş aralığına tekabül ettiğini göstermiştir. ⁶

Paranoid bozukluğun etiolojisine yönelik yürütülmüş bilimsel çalışmalar incelendiğinde nörobiyolojik, nöropsikolojik ve genetik etmenlerin paranoid bozuklukta görülen belirtilerin ortaya çıkışına zemin hazırladığı kanıtlanmıştır. Nörobiyolojik bakış açısından bakıldığında basal ganglia ve temporal lob ile ilişkili olduğu düşünülen demans, kafa yaralanmaları ve nöbetler gibi nörolojik hastalıkların tanısını almış kişiler arasında sanrılar sıklıkla görülebildiği bilinmektedir. ⁷ Genetik perspektiften bakıldığında ise HLA alellerinin paranoid bozuklukla ilişkili olabileceğinin kanıtlandığı bilimsel çalışma mevcuttur. ⁸ Paranoid bozukluğun ortaya çıkışına zemin hazırlayan nöropsikolojik etmenlerin araştırıldığı bilimsel çalışmalar temporal bölgede ve limbik sistemdeki bozulmaların paranoid bozukluğa sebep olabileceğine dair bazı bilimsel kanıtlar elde etmiştir. Ayrıca bu çalışmalar, paranoid bozukluğun nöroanatomik bir alt tabanının olabileceği ihtimalini ortaya koymuştur. Paranoid bozukluğun aşırı dopaminerjik aktivite ile karakterize olduğunu ve aşırı dopaminerjik aktivitenin sanrısız düşünmeye yönelik eğilimi arttırdığını ileri sürmektedir. Bu hipoteze göre sanrısız oluşumun meydana geldiği beyin bölgesi limbik sistem bozukluğundan dolayı tehlikeye girmekte, bu durum da kişileri uygunsuz tehdit algısının eşlik ettiği çevrenin yanlış yorumlanmasına karşı savunmasız hale getirmektedir. Hastalıkla ve hastayla ilişkili olan iki etmen de sanrılarının içeriği, karmaşıklığı ve ortaya çıkış zamanı üzerinde etkili olmaktadır. ⁹

Paranoid bozukluğa sahip kişilerin kognitif işlevlerinde birtakım bozulmalar yaşanmaktadır ve bu bozulmalar temeldeki birtakım aksaklıklardan kaynaklanmaktadır. Bu aksaklıklar; endişe merkezli düşünme tarzına sahip olması, kişinin benliği hakkında olumsuz düşüncelerinin olması, kişilerarası ilişkilerde aşırı hassasiyet, tuhaf içsel deneyimler, uykusuzluk ve akıl yürütmede yaşanan aksaklıklardır. Endişe gerçekdışı fikirleri akla getiren, kişinin bu fikirlerden

⁶ Jonna Perälä vd., "Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population", **Arch Gen Psychiatry**, 2007, 1(64), 19-28, p.39.

⁷ David G. Gorman and Jeffrey L. Cummings, "Organic delusional syndrome", **Semin Neurol**, 1990, 10(3), 229-238, p.230.

⁸ Monojit Debnath vd., "A Study of HLA-Linked Genes in a Monosymptomatic Psychotic Disorder in an Indian Bengali Population", **The Canadian Journal of Psychiatry**, 2005, 50(5), 269-274, p.269.

⁹ Ivana Leposavic vd., "Neuropsychological profile of delusional disorder", **Psychiatria Danubina**, 2009, 21(2), 166-173, p.166-167.

kurtulmasını zorlaştıran ve nihayetinde strese sebep olan bir emosyondur. Bu yüzden paranoid düşünmenin ortaya çıkışında rol oynayan makul etmenlerden biridir. Bu iddiayı destekleyecek bilimsel nitelikteki kanıtlar her geçen gün artmaktadır.¹⁰

Paranoid bozukluğun tedavisinde birincil olarak antipsikotik ilaçların kullanımı ve eşlik eden anksiyete veya depresyon gibi başka bozuklukların uygun türde ilaçlar reçetelendirilerek kullanılması yaygın bir tedavi yöntemi olagelmıştır. Psikotik özellikler taşıyan bir bozukluk olması sebebiyle uzun bir süre boyunca psikoterapi ile tedaviye uygun olmadığı düşünülmüştür. Ancak paranoid bozukluk tanısı almış hastalarla yürütülen epidemiyolojik ve etiyolojik çalışmalardan elde edilen bulgular artıkça bu bozukluğa sahip olan kişilerin genel işlevsellik düzeyinin bozulmadığı anlaşılmış, iç görü ve yargılaması sağlam olan hastalarla psikoterapi yapılabileceği fikri yaygınlaşmaya başlamıştır. Psikoterapi yöntemleri arasında paranoid bozukluk tanısı almış hastaların en çok fayda gördüğü düşünülen bilimsel çalışmalarla sabit olan psikoterapi yöntemi Bilişsel Davranışçı Psikoterapidir. Ancak diğer psikoterapi yöntemlerinin paranoid bozukluk tanısı almış hastaların tedavisinde kullanılmayacağı veya kullanılsa da, fayda sağlamayacağına dair bilimsel kanıt bulunmamaktadır.

Paranoid bozukluğa yönelik yürütülen gerek ulusal gerekse uluslararası arenadaki bilimsel çalışmalar sınırlıdır. Bilim insanlarının ve klinisyenlerin paranoid bozukluğa yönelik sahip oldukları bilimsel bilginin kısırlığı hem tanı hem de tedavi sürecini zorlaştırmakta ve hastaların yaşam ve sağlık kalitesi için tehlike arz etmektedir. Bu anlamda yürüttüğüm bu tez çalışmasının bilimsel literatürdeki eksikliği gidermek, paranoid bozukluğun Rorschach Testi kullanılarak tanılanması sürecine yönelik uygulanabilir nitelikte bilgiler ortaya koymak suretiyle katkıda bulunmak ve teorik literatürü bir nebze de olsa genişletmek açılarından önemli ve yararlı olacağı kanaatindeyim.

Bu tez çalışması kapsamında Rorschach Testi kullanılarak paranoid bozukluk tanısı almış, 15'i erkek ve 15'i kadın olmak üzere 30 adet test protokolü incelenerek anlamlı tepkilerin belirlenmesi ve bozukluğun klinik özelliklerinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda Rorschach Testinden ve Rorschach Araştırma Formundan yararlanılacaktır. İlaveten bu tez çalışmam için İç Gözlem Psikiyatrik ve Psikolojik Danışma Merkezi ile hasta gizliliği ve güvenliği ilkeleri ışığında bir protokol imzalanmıştır. Tez araştırmasının varsayımları:

¹⁰ Daniel Freeman And Philippa A. Garety, "Advances In Understanding And Treating Persecutory Delusions: A Review", **Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology**, 2014, 49, 1179-1189, p.1180.

1. Rorschach testi ruhsal bozuklukların tanı sürecinde yeterli, yetkin ve etkin olan projektif bir testtir.
2. Araştırma örneklemini olarak alınan 30 adet Rorschach test protokolü, araştırmacının evrenini yansıtmaktadır.
3. Test protokollerinde yer alan tepkiler denekler tarafından dürüstçe verilmiştir.
4. Verileri istatistiksel olarak analiz etme aşamasında kullanılan Rorschach Araştırma Formu verilerin incelenmesi için yeterli, yetkin ve etkin bir araçtır.
5. Tez araştırmasının örnekleminin tek bir kurumdan alınması, örneklemin evreni temsil etmesine engel değildir.

Tez araştırmasının sınırlılıkları

1. Tez araştırması yaşları 18 ila 45 arasında değişen, 15'i kadın ve 15'i erkeğe ait olmak üzere 30 adet Rorschach test protokolü ile sınırlıdır.
2. Tez araştırmasında incelenen ruhsal bozukluk sadece paranoid bozukluk ile sınırlıdır ve paranoid bozukluğa eşlik eden sanrılarının türlerinin belirlenmesi kapsam dışında bırakılmıştır.
3. Tez araştırmasının evreni ve örneklemini İç Gözlem Psikiyatrik ve Psikolojik Danışma Merkezi bünyesinde uygulanan Rorschach testleri ile sınırlıdır.

Bu tez çalışması kapsamında teste tabii tutulmak üzere ileri sürülen paranoid bozukluk tanısı almış kişilere yönelik hipotezler aşağıdaki gibidir:

1. Dış gerçeklere yaklaşımlarında her şeye hakim olma çabalarıyla birlikte telafiye yönelik davranış görülür. İç güvensizliği nedeniyle olayları mutlak bir bütün olarak ele almaya, olaylar üzerinde denetim kurmaya çalışan ancak bunu başaramadığında yani komplike, önemli bütünleştirmelere gidemediğinde olayların çok küçük, önemsiz ayrıntılarına takılıp kalan davranış tarzı görülür. Dd ve ilkel G' tepkilerinin mevcut olduğu protokollere sahiptirler. Ve/ya kaçış davranışıyla belirlenen savunucu yaklaşım ve inhibisyon ile negativizm görülür. Olaylar karşısında inhibisyona uğrayan, güvensizliği nedeniyle olaylara yüz yüze gelmek ve kendinden açık vermek korkusuyla kaçış davranışına sığınan yaklaşım tarzını benimserler. Tepki sayısı az ve Ad veya Hd tepkilerinin mevcut olduğu protokollere sahiptirler.
2. Gerçeklerin algılanması ve değerlendirilmesinde aşırı biçimci ve kurudurlar. Olaylara kendinden bir şeyler katmayan, yaratıcı olamayan, olayları oluşturan şartları düşünmeksizin bunları karşılaştığı biçimiyle değerlendirmeye giden bir yaklaşım tarzını benimserler. F yüzdesi, D yüzdesi, A yüzdesi ile K ve Ka tepkilerinin hiç olmaması veya çok az sayıda olması ile karakterize protokollere sahiptirler.

3. Duygularının ifadesi ve kullanımında aşırı bastırmaya başvururlar. Test protokollerinde renk tepkisine rastlanmaz.
4. Affektif gereksinim ve ifadeler tümüyle bastırılmıştır. FE, EF ve K tepkilerine rastlanılmaz.
5. Sosyal çevre ile ilişkilerinde izolasyona başvurur. Test protokollerinde bu durum H, K ve renk tepkilerinin olmadığı, devitalizasyonun çok fazla olmasıyla karakterizedir.
6. Bu kişilerin duyduğu anksiyetenin niteliği, dış nedenlere bağlı fobik türde anksiyetedir. Test protokollerinde FClob, şeytan, canavar vb. tepkilerle karakterizedir.
7. Agresif ve cinsel dürtülerin ifadesi kontrollüdür. Bu özellik kendisini test protokollerinde K tepkileriyle agresiviteye işaret eden tepkilere rastlanmamasıyla kendisini gösterir.
8. Beden imgesiyle alakalı güvensizlik duyguları mevcut olabilir. Bu sebeple üçüncü karta verilen tepki veya tepkilerinin analiz edilmesi gerekmektedir.
9. Paranoid bozukluk tanısı almış hastaların kişilik tipi genellikle daralmış niteliğe sahip olur. Değerlendirme için O:O puanının değerlendirilmesi gerekmektedir.
10. Katı savunma mekanizmalarına sahip olan zayıf bir egoya sahip olurlar. Bu durum kendisini test protokollerinde K ve renk tepkilerinin hiç olmaması veya çok az olmasıyla belli etmektedir.

Araştırmanın örneklem sayısı otuz olduğundan, Rorschach Testi protokolleri aracılığıyla elde edilen verilerin normal dağılım göstermediği varsayılmıştır. SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences 21.0) aracılığıyla frekans yüzde ve çapraz tablolar kullanılarak örneklemin sosyodemografik özellikleri incelenmiştir. Akabinde Rorschach Test protokollerinden elde edilen 54 farklı veri grubu Rorschach Araştırma Formuna uygun olarak değerlendirilmiştir. Son olarak elde edilen 54 farklı veri grubunun cinsiyet ve yaş değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık arz edip etmediğinin incelenmesi amacıyla SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences 21.0) aracılığıyla Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.



BİRİNCİ BÖLÜM

PARANOİD BOZUKLUĞUN KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

1.1. Paranoya kavramı

Paranoya kavramı kökenini Yunancada “düpedüz delilik” anlamına gelen παράνοια teriminden alır. Bu terim Yunanca para (yan, dış) ve nous (akıl) kelimelerinden türetilmiştir. Psikoloji bilminde paranoya klinik anlamda “Son derece sistemli, inatçı, kalıcı, zulüm ve/veya görkemlilik kuruntuları ve kuruntulu kıskançlık, kuşkuculuk, güvensizlik, kavgacılık, vb. özelliklerle tanımlanan ve net, tutarlı düşünme eşliğinde gelişen psikotik bir rahatsızlık “ şeklinde tanımlanmaktadır.¹¹ Antik Yunan döneminden beri “delilik” veya “çılgınlık” olarak tanımlanan paranoya, birçok psikiyatrik tanımların yeniden düzenlenmesinin yanı sıra modern paranoya kavramını belirleyen Emil Kraepelin dönemine kadar tartışmalı bir kavram özelliği taşımayı sürdürmüştür.¹² 1863 yılında Karl Ludwig Kahlbaum zihinsel temelli olduğunu düşündüğü ve kısmen delilik olarak isimlendirdiği bir grup hastada gözlemlediği semptomlar için ilk kez paranoya terimini kullanmıştır. Richard von Krafft - Ebbing paranoyanın ana semptomunun sanrılar olduğunu belirtmiştir. Paranoya kavramının sınırları konusunda belirleyici olan ilk kapsamlı bilimsel çalışma Emil Kraepelin tarafından gerçekleştirilen 19 vakalık seri ile bilimsel literatüre girmiştir.¹³ Emil Kraepelin artan seyirle kötüleşme özelliği taşıyan demantia precocun paranoyadan farklı olduğunu belirtmiş ve paranoyanın sabit, non-bizar, iyi düzeyde sistematik ve kronikleşme eğilimi taşıyan sanrılar olarak tanımlamıştır. Kraepelin ileri dönemdeki çalışmalarında dementia precoc kavramını ve parafreni tanımını geliştirmesine rağmen paranoya kavramının sınırlarını korumuştur. Daha sonra Eugen Bleuler ilk kez Paranoid Bozukluk ile Paranoid Şizofreni arasındaki ayrımı yapmış, Kurt Kolle ise Kraepelin’in hastalarının kötüleşme seyrinin demantia precoc tanısı almış hastaların kötüleşme seyriyle fazlasıyla benzer olduğunu kanıtlamıştır.¹⁴

Emil Kraepelin’in modern paranoya kavramının literatüre girmesine değin paranoya kavramı tartışmalı niteliğini sürdürmüş ve paranoya kavramının kapsamına dair üç görüş meydana gelmiştir. Bu görüşlerden ilki Paranoid bozukluğun şizofreninin bir formu olduğu, ikincisi Duygudurum bozukluğun bir formu olduğu ve nihayet üçüncüsü ise Emil Kraepelin’in yaptığı tanım üzere, şizofreni ve duygudurum bozukluğundan farklı, üçüncü bir psikoz formu olduğu yönündedir.

¹¹ Selçuk Budak, **Psikoloji Sözlüğü**, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2000, s.595.

¹² Munro, a.g.e., p.10.

¹³ Uğur vd., a.g.e., s.111-112.

¹⁴ Erben, a.g.e., s.8,

Sahip olduğumuz güncel veriler Paranoid bozukluğun Duygudurum bozukluğunun bir formu olduğu görüşünü desteklememektedir. Benzer şekilde bazı veriler Paranoid bozukluğun, şizofreninin hafif bir formu olabileceğini destekler nitelikteyken genel anlamda sahip olduğumuz güncel veriler Paranoid bozukluğun şizofreninin bir formu olduğunu desteklemediği gibi şizofreni ile Paranoid bozukluğun tamamen birbirinden farklı olduğunu kanıtlar nitelik taşımaktadır.¹⁵

Paranoya teriminin persüküsyon hezeyanı akla getirmesi, diğer alt tipler olan grandiyöz, kıskançlık, erotomanik ve hipokondriyak isimli tipleri kapsam dışı bıraktığı düşünülmeleri sebebiyle Paranoid Bozukluk yerine Hezeyanlı bozukluk terimi kullanılmaya başlanmıştır. Hezeyanlı bozukluk Kreapelin'in tanı kriterlerinin baz alındığı şekliyle 1987 yılında DSM – III (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) isimli elkitabında aynı isimle yerini almış olup halen geçerli bir bozukluk olarak varlığını korumaktadır. DSM – III ve DSM -IV'te yer alan tanı kriterlerinin Kreapelin'in orijinal tanı kriterlerinden tek farkı, sanrılarının süresi hususundadır.¹⁶ Başta Emil Kreapelin olmak üzere birçok bilim insanının yaptığı katkılar sayesinde geçmiş yıllarda nadir karşılaşılan bir bozukluk olduğu sanılan Paranoid bozukluğun kapsam ve içeriği tanımlanarak bilimsel literatürde daha fazla yer almaya başlamıştır.¹⁷

1.2. DSM-V-TR'ye göre paranoid bozukluğun tanı kriterleri

2014 yılında Türkçeye çevrilen Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının beşinci baskısı olan DSM-V-TR'de Paranoid bozukluğun tanı sürecinde ruh sağlığı çalışanlarının dikkate aldığı kriterler sıralanmıştır. Bu kriterler:

- A. Bir ay ya da daha uzun süren, bir (ya da daha çok) sanrının var olması.
- B. Şizofreninin A tanı kriteri hiçbir zaman karşılanmamıştır.
- C. Sanrının (sanrılarının) etkileri ya da sonuçları dışarıda tutulacak olursa, işlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır ve davranışlar açıkça ve yadırganacak kadar olağana aykırı değildir.
- D. Mani ya da majör depresyon dönemleri ortaya çıkmışsa, bunların süresi sanrısız dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.
- E. 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 hastalıkla daha iyi açıklanamaz.¹⁸

¹⁵ Kendler, a.g.e., s.700.

¹⁶ Erben, a.g.e., s.8.

¹⁷ Sandeep Grover vd., "Delusional Disorder: Study From North India. Psyhiatry And Clinical Neurosciences", **Postgraduate Institute of Medical Education and Research**, 2007, Cilt:61, 462-470, s.464-465.

¹⁸ Amerikan Psikiyatri Birliği, **DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı**, (Prof.Dr.Ertuğrul Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014, s.43-44.

Paranoid bozukluğun tanı sürecinde sanrılarının türünün belirlenmesi ihmal edilmez. Paranoid bozukluğun türleri; perseküsyon sanrıları, grandiyöz sanrılar, kıskançlık sanrıları, somatik sanrılar, erotomanik sanrılar, karma sanrılar ve belirlenmemiş sanrılardır.¹⁹

Perseküsyon sanrılara sahip olan kişiler, başka insanların kendisini planlı bir şekilde zarar vermeye çalıştığına inanırlar. Zarar verme düşüncesinin içeriği takip edilmeyi, taciz edilmeyi, gizlice izlenmeyi, hakkında sürekli kötü konuşulmasını ve hatta zehirlenmeyi dahi kapsayabilir. Perseküsyon sanrılara sahip kişiler, sürekli tetikte, ketum, aşırı kontrollü, öfkeli olabilirler.²⁰

Grandiyöz türünde sanrılara sahip olan kişiler insanlığa faydalı olacak özel bir yeteneğe sahip olduğuna, ülkesinin siyasi kaderini değiştirebilecek ideolojik bir görüşe sahip olduklarına veya medeniyetin gelişmesine katkıda bulunabilecek derecede önemli bir buluş yaptıklarına inanırlar. Bazı durumlarda önemli bir insanla özel bir ilişki içinde olduklarına veya söz konusu önemli kişinin kendileri olduğuna inanırlar. Bu durumda o kişinin gerçek olmadığına, kendisinin kopyası olduğuna dair inançlar geliştirebilirler. Grandiyöz türünde sanrılarının ağırlık kazanan içeriği, dinsel nitelikli olabilir. Dinsel nitelikli grandiyöz sanrılara sahip olan kişiler Mehdi, Peygamber veya Tanrı olduklarını iddia edebilirler.²¹

DSM – V – TR’de ilk kez tanımlanmış olan kıskançlık türünde sanrılar, makul bir sebep veya kanıt olmaksızın kişilerin uzun süreli partnerlerinin sadakatleri konusunda ciddi şüpheler deneyimlemelerine sebep olmaktadır. Buna ek olarak; kişilerin sahip olduğu kıskançlık sanrıları şizofreni, uyuşturucu veya alkol kötüye kullanımı veya herhangi bir fiziksel hastalıkla açıklanamamaktadır.²²

Somatik sanrılara sahip olan kişilerin bedenlerine yönelik tek veya birkaç ilişkili bizar olmayan ve şizofreni, herhangi fiziksel veya duygudurum bozukluğu ile açıklanamayacak sanrıları olur. Somatik sanrılarının görülme şekilleri çeşitli olabilmekte birlikte, genellikle derilerinin üzerinde bir şeyler dolaşıyormuş gibi adlandırdıkları bedensel duyular, deformasyon, vücudunun belirli bir kısmının çirkin olduğuna dair düşünce, vücutlarının belirli kısımlarının boyutunun aşırı

¹⁹ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.44.

²⁰ Çiçek Hocoğlu, “Paranoid Semptomlar ve Sendromlar”, Psikiyatri Dünyası, 2001, Cilt:5, 97-104, s.98.

²¹ Ertuğrul Köroğlu, **Klinik Psikopatoloji**, HYB Basım Yayın, Ankara, 2016, s.33.

²² Judith Easton vd., “Delusional Disorder – jealous type: How inclusive are the DSM-IV diagnostic criteria?”, **Journal of Clinical Psychology**, <https://www.researchgate.net/publication/5595244>, (Erişim Tarihi: 20.10.2017)

abartılması şeklinde karşımıza çıkmaktadır ve bu tür sanrılara sahip olan kişiler psikiyatristlerden ziyade dermatologlara başvurma eğilimi göstermektedir.²³

Erotomanik sanrılara sahip olan kişiler, ünlü olan veya statü bakımından kendisinden daha üst düzeyde olan bir başka kişinin kendisine aşık olduğuna inanırlar. Bu kişiler gerçek kişiler olmakla birlikte tamamen hayali kişiler de olabilirler. Bazen bu kişiler kendisine aşık olduğuna inandıkları insanla iletişime geçmeye çalışabilirler.²⁴

Karma türünde sanrılar sahip olan kişiler aynı anda birden fazla sanrı türüne sahip olabilirler.²⁵ Dünyanın en güzel kadını olduğu için Tarkan'ın kendisine aşık olduğuna inanan bir kadını ele aldığımızda bu kadının erotomanik sanrılara sahip olmasının yanı sıra grandiyöz türünde sanrılara sahip olduğunu varsayabiliriz veya ülke sınırlarına vakıf olduğu için Milli İstihbarat Teşkilatı tarafından takip edildiğine inanan bir kişinin grandiyöz sanrılarının yanı sıra perseküsyon sanrılarının olduğunu söyleyebiliriz.

Kişinin sahip olduğu sanrılarının türü net bir biçimde belirlenemiyorsa veya kişinin sahip olduğu sanrılar herhangi bir alt türle uyum göstermiyorsa, bu durumda kişinin sahip olduğu sanrılar belirlenmemiş tür olarak adlandırılır. Örneğin belirgin bir şekilde perseküsyon sanrıları olmaksızın ortaya çıkan referans sanrılar bu gruba dahil edilir.²⁶

Paranoid bozukluğun tanımlanan tüm alt türlerinin ortak noktası, görünen sanrılarının non-bizar nitelikte olmasıdır. Bu sebeple, eğer ortaya çıkan sanrılar bizar nitelikteyse, diğer bir deyişle sanrılarının gerçekleşebilme ihtimali olmayan bir içeriğe sahipse, psikiyatrik tanı sürecinde sanrılarının bizar nitelikte olduğu belirtilir. Ayrıca DSM – V – TR'de Paranoid bozukluğun tanı sürecinde kullanılmak üzere, bozukluk en az bir yıl sürdükten sonra sürece dahil edilen gidiş belirleyiciler tanımlanmıştır. Bu gidiş belirleyiciler aşağıda listelenmiştir:

- İlk dönem – o sırada akut dönemde,
- İlk dönem – o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren,
- İlk dönem – o sırada tam bir yatışma gösteren,
- Çoğul dönemler – o sırada akut dönemde,
- Çoğul dönemler – o sırada tam olmayan bir yatışma gösteren,
- Çoğul dönemler – o sırada tam bir yatışma gösteren,

²³ Anna Kepska vd., "Somatic-type Delusional Disorder: A Case Report and Comments", **Acta Dermato-Venereologica**, <https://www.researchgate.net/publication/47622246> (Erişim Tarihi: 20.10.2017)

²⁴ Köroğlu, a.g.e., s.33.

²⁵ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.44.

²⁶ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.44.

- Sürekli ve belirlenmemiş olmak üzere sekiz farklı gidiş belirleyici mevcuttur. İlk dönem bir yıldan kısa olmamak kaydıyla tanı kriterlerinin karşılandığı zaman dilimini ifade eder. Akut dönem ise tanı kriterlerinin karşılandığı zaman dilimi anlamına gelmektedir. Tam olmayan yatışma ise bozukluğun önceki dönemleri ile kıyaslandığında iyileşmenin devam ettiği ancak tanı kriterlerinin bir kısmının halen karşılandığı durumu ifade eder. Tam bir yatışma ise bozukluğun önceki dönemlerinin akabinde kişinin bozukluğun hiçbir tanı kriterini karşılamadığı durumu ifade etmek için kullanılır. Çoğul dönemler tedavi seyrinde ortaya çıkan birden fazla dönem için geçerli olan bir tanımlamadır. Bozukluğun sürekli olması ise bozukluğun tanı kriterlerinin hastalık sürecinin büyük bir kısmında varlığını koruması durumudur. Yukarıda tanımlanan yedi farklı gidiş belirleyicinin kapsamına girmeyen durumlar için ise belirlenmemiş tanımlaması kullanılır.²⁷

1.3. Paranoid bozukluğun epidemiyolojisi

Paranoid bozukluğa sahip kişiler sahip oldukları sanrıları gerçek olarak algıladıkları ve sahip oldukları bozukluk genel işlevsellik düzeylerinde doktora başvurmalarına sebep olacak kadar bozulma görülmediğinden epidemiyolojik araştırmalar yürüterek güvenilir verilere ulaşmak fazlasıyla zordur.²⁸ 2007 yılında yürütülen ve Arch Gen Psychiatry dergisinde yayınlanan bilimsel çalışmalarının sonuçlarına göre Paranoid Bozukluğun görülme sıklığı %0.18'dir ve aynı çalışma kadın deneklerde %0.21 ve erkek deneklerde %0.16 oranla kadınlarda görülme sıklığının erkeklere nazaran daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır. İlaveten araştırma sonuçları Paranoid bozukluğun en sık başlangıç yaşının 45 – 54 yaş aralığına tekabül ettiğini göstermiştir.²⁹

Paranoid bozukluğun sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla Katar'da gerçekleştirilen bilimsel bir çalışmanın sonuçlarına göre yaşın artması ile birlikte bozukluğun görülme olasılığı arttığı ve kadınlara nazaran erkeklerde daha sıklıkla görüldüğü ortaya koyulmuştur. Perseküsyon sanrılarının %80.4'lük oranla en çok karşılaşılan hezeyan türü olup kadınlara nazaran erkeklerde daha sık görüldüğü, diğer sanrı türlerinin ise erkeklere nazaran kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Örneklemin %60.8'ini iki cinsiyetten evli katılımcılar oluşturmakta olup %49.1'inde perseküsyon sanrılar, evli kadın katılımcıların %7.8'inde kıskançlık sanrıları olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %74.5'inin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı, %25.5'inin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu

²⁷ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.44-45.

²⁸ Uğur vd., a.g.e., s.113.

²⁹ Perälä vd., a.g.e. p.39.

bilgisi edinilmiştir. Katılımcıların %52.9'unda bozukluğa sebep olan birincil sebeplerden bir tanesinin stres faktörü olduğu bulgusuna rastlanılmıştır. Son olarak perseküsyon sanrıları olan katılımcıların %3.5'inde tam bir iyileşme sağlandığı, %25.5'inde kayda değer bir iyileşme görüldüğü, %5.9'unda zayıf bir iyileşme görüldüğü ve %7.8'inde hiçbir iyileşme görülmediği kaydedilmiştir.³⁰

Uluslararası istatistiklere bakıldığında Amerika Birleşik Devletleri'nde Paranoid bozukluğun görülme sıklığının yaklaşık %0.02 olduğunu görmekteyiz. Bu oran görülme sıklığı %1 olan Şizofreniden ve görülme sıklığı %5 olan Duygudurum bozukluklarından daha azdır.³¹ Britanya'daki akıl sağlığı merkezlerinde tedavi gören, üç yıllık süre boyunca ilk psikotik atağı geçirmekte olan 227 hasta yürütülen çalışmanın sonuçlarına göre bu hastaların %7'si sürekli paranoid bozukluk, %11'i şizofreni ve %19'u psikotik depresyon tanısı almıştır.³²

Paranoid bozukluğun kadın ve erkeklerde görülme sıklığına dair literatürde birbirinden farklı veriler yer almaktadır. Bazı çalışmalar bu oranın 3:1 olduğunu gösterirken bazı çalışmalar daha düşük oranlar ileri sürmektedir.³³³⁴ Literatüre bakıldığında erkeklerin kadınlara nazaran perseküsyon sanrıları geliştirmelerinin, kadınların ise erkeklere nazaran erotomanik sanrılar geliştirmelerinin daha muhtemel olduğu görülmektedir. 2008 yılında Paranoid bozukluk tanısı almış 370 hastanın kayıtları incelenerek yürütülmüş İspanyol kökenli bir çalışmanın örnekleminin %56,5'ini kadın deneklerin oluşturduğu ve yaş orta değeri 55 olduğu bulunmuştur.³⁵

Dünya genelinde bozukluğun doğası gereği Paranoid bozukluğa sahip hastalar genellikle tedavi arayışına girmedikleri için eldeki epidemiyolojik veriler yetersizdir. Japonya'da 1991 yılının Ocak ayından 1998 yılının Nisan ayına kadar olan süre zarfında kliniğe tedaviye başvuran 10,418 hastayla görüşmeler yürütülmüştür. Bu hastaların 4,615'i erkek, 5,803'ü kadındır. 44'ü erkek ve 42'si kadın olmak üzere 86 kişi Paranoid bozukluk tanısı almıştır ve bu sayı, toplam örneklemin %0.83'üne

³⁰ Mohammad Albanna, "Socio-demographic Characteristics And Outcome Of Delusional Disorders in QATAR", **Qatar Medical Journal**, 1997, 6(1), 34-39, p.35-38.

³¹ James Alan Bourgeois, "Delusional Disorder", **Medscape**, <https://emedicine.medscape.com/article/292991-overview#showall> (Erişim Tarihi: 26.10.2017)

³² Susan E. Proctor vd., "First episode psychosis: a novel methodology reveals higher than expected incidence; a reality-based population profile in Northumberland, UK", **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, 2004, 10(4), 539-547, p.543,544.

³³ Brendan D. Kelly, "Erotomania : epidemiology and management", **CNS Drugs**, 2005, 19(8), 657-659, p.658.

³⁴ Kenneth S. Kendler, "Demography of paranoid psychosis (delusional disorder): a review and comparison with schizophrenia and affective illness", **Arch Gen Psychiatry**, 1982, 39(8), 890-902, p.890.

³⁵ Bourgeois, "Delusional Disorder", **Medscape**, <https://emedicine.medscape.com/article/292991-overview#showall> (Erişim Tarihi: 26.10.2017)

tekabül etmektedir. Yamada 6 yıllık zaman zarfında yürütülen bir çalışmayı referans olarak Paranoid bozukluğun kadınlarda erkeklere nazaran 3 kat daha fazla görüldüğünü ileri sürmüştür. Someya'ya göre ise Paranoid bozukluğun en sık rastlanan türleri; %64'lük oranla perseküsyon türü, %19'luk oranla kıskançlık türüdür. Benzer şekilde Yamada, en sık karşılaşılan sanrı türlerinin %51'lik oranla perseküsyon türü, %27,5'luk oranla somatik tür ve %13,7'lik oranla kıskançlık türü olduğunu ileri sürmüştür.³⁶

Çevresel faktörlerin ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasına zemin hazırladığı uzun zamandır kabul gören bir varsayımdır. Bazı olumsuz şartlara ve ortamlara maruz kalmak, kişilerin Paranoid bozukluk geliştirmesine yol açabilmektedir. Çeşitli sanrılara sahip olan 1,154 mahkumla yürütülen bilimsel bir çalışma, 112 mahkumun Paranoid bozukluğun gidiş belirleyicilerinden biri olan ilk dönem – akut dönem için geçerli olan tanı kriterlerini karşıladığını ortaya koydu. Araştırmanın yürütüldüğü 2012 yılının Mart ayında çalışmanın yürütüldüğü cezaevinde toplam 23,045 mahkum bulunmaktaydı. Bu veriden hareketle sözü edilen cezaevinde Paranoid bozukluğun görülme sıklığının %0.24 olduğunu söyleyebiliriz. Örneklemin %63.6'sında perseküsyon sanrılar, %14.5'inde grandiyöz sanrılar, %3.6'sında somatik sanrılar var olduğu tespit edilmiştir. İlk dönem – akut dönemde olan 1,154 mahkumun 521'inde sanrısız düşünce içeriğinin varlığı tespit edildi. 521 mahkumun %72,1'inde ise non-bizar düşünce içeriği gözlemlendi. Paranoid bozukluk tanı kriterlerini sağlayan 122 mahkumun %49,1'lik kısmı için kesin tanıya ulaşılamamakla birlikte Paranoid bozukluk şüphesi taşıdıklarına kanaat getirilmiştir.³⁷

Nadiren görülmeleri dolayısıyla DSM – V – TR'de sınıflandırılmayan, sanrılar ile seyreden birtakım bozukluk ve sendromlar ile literatürde karşılaşmak mümkündür. Sanrısız Bitlenme şeklinde Türkçeye çevirebileceğimiz Delusional Infestation isimli bozukluğa sahip olan kişilerin destekleyici hiçbir tıbbi kanıt olmaksızın patojen kaptıklarına dair güçlü ve değişime fazlasıyla dirençli olan bir inanca sahip oldukları görülür. Bu bozukluğa sahip kişiler psikiyatristlere başvurmayı reddetme eğilimine sahip olduklarından dermatoloji ve psikiyatri uzmanının ortak bir şekilde hastayı muayene etmeleri daha yararlı olmaktadır. Örneklem temelli epidemiyolojik çalışmaların yetersizliğinden dolayı Sanrısız Bitlenme'nin görülme sıklığı bilinmemektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nin Olmsted eyaletinde yürütülen bilimsel bir çalışma, genel popülasyon içerisinde görülme sıklığının %1,9 olduğunu ortaya koymuştur. Bir başka bilimsel çalışma ise 50 yaşından küçük kişilerde

³⁶ Mei-Chun Hsiao vd., "Delusional disorder: Retrospective analysis of 86 Chinese outpatients", **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 1999, Cilt:53, 673-676, p.674-675.

³⁷ Anthony C. Tamburello vd., "The Prevalence of Delusional Disorder in Prison", **The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law**, 2015, Cilt:43, 82-86, p.84.

bozukluğun görülme sıklığının cinsiyetler arasında normal dağılım gösterdiğini, 50 yaşını geçen kadınların ise 50 yaşını geçen erkeklere nazaran bu bozukluğa yakalanma ihtimalinin 2,5 kat daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu bozukluğa sahip olan hastaların %8 ila %14'ü arasında değişen oranlarla aile üyelerinde ve yakın dostlarında Sanrısız bitlenme isimli bozukluğun belirtileri gözlemlenmiş ve bu durumun paylaşılmış psikotik bozuklukla benzerliğinin olabileceği ileri sürülmüştür. Son zamanlarda veterinerler ile yürütülen bilimsel bir çalışmadan elde edilen verilere göre 32,633 veterinerin %2,3'ü sahiplerinin evcil hayvanlarını eklem bacaklı böceklerin veya solucanların istila ettikleri gerekçesiyle veteriner kliniğine getirdiklerini öne sürmüşlerdir. Evcil hayvan sahiplerinin üçte birinin kendilerinin de eklem bacaklı böcekler veya solucanlar tarafından istila edildiklerini ileri sürdükleri ortaya çıkmıştır. ³⁸

DSM – V – TR'de yer almayan bir diğer paranoid bozukluk Ekbom Sendromu olarak da bilinen Sanrısız parasitosis isimli bozukluktan mustarip olan kişiler, derilerinde ve bazen vücutlarının farklı kısımlarında organizmaların veya böceklerin yaşadığına dair gerçekçi olmayan ve sarsılmaz inançlara sahip olurlar. Sanrısız parasitosis 50 yaşın altındaki kadın ve erkekleri eşit oranda etkilemekle birlikte 50 yaşın üstündeki kişiler için görülme sıklığı erkeklerde kadınlara nazaran 3 kat daha fazladır. Bu bozukluğa sahip kişilerin yaşları genellikle 58-65 arasında değişmekle birlikte Sanrısız parasitosis'in ilk belirtileri ergenlik döneminde ortaya çıkabilmektedir. Sanrısız parasitosis hakkında yürütülmüş bilimsel çalışmaların sonuçlarına göre, 20 – 40 yaşları arasında kişilerin eğlenme amacıyla kullandıkları uyuşturucu maddelerin bu bozukluk için tetikleyici veya sebep niteliği taşıyabildiği bilinmektedir. Literatüre bakıldığında bu bozukluğun ortalama süresinin 3 yıl olduğu görülmektedir ancak bazı durumlarda bu bozukluk, yıllarca sürebilmektedir. Bu bozukluğa sahip kişiler arasında sosyoekonomik, etnik veya hususi özellikler açısından anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte sosyal özellikler adı geçen bozukluğun potansiyel adaylarını belirlemek açısından anlamlıdır. Yürütülen bilimsel çalışmalar, Ekbom sendromundan mustarip olan birçok kişinin zeki, işlevselliği yüksek, iş hayatında başarılı olan kişiler ile sağlık meslek mensubu ve psikologlardan oluştuğunu göstermektedir. ³⁹

DSM – V – TR'de yer almayan bir başka bozukluk ise Oral cenesthopathy'dir. Cenesthopathy terimi herhangi bir sebeple açıklanamayan, vücudun herhangi bir bölgesinde ortaya çıkabilen anormal ve tuhaf bedensel duyuları ifade etmek için

³⁸ Nienke C. Vulink, "Delusional Infestation: State of the Art", **Acta Derm Venereol**, 2016, Cilt:217, 58-63, p.58-59.

³⁹ Ahmed M Lutfi, "Ekbom syndrome, an evidence based review of literature", **Asian Journal of Medical Sciences**, 2016, 7(3), 1-8, p.1-3.

kullanılır. Oral cenesthopathy ise herhangi bir sebep ile açıklanamayan, özellikle ağız bölgesinde ortaya çıkan anormal ve tuhaf bedensel duyuları ifade etmek için kullanılan bir terimdir. Oral cenesthopathy'den mustarip olan kişiler genellikle ağız bölgesinde ortaya çıkan ve herhangi bir sebeple açıklanamayan aşırı tükürük salgılama, ağızda tiksindirici bir tat, ağız bölgesinde sıkışma veya çekme hissine benzeyen nahoş duylardan şikayet ederler. Epidemiyolojik çalışmaların yetersizliği sebebiyle oral cenesthopathy'nin görülme sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Oral cenesthopathy'nin tahmini görülme sıklığına dair elimizdeki tüm veriler, Japon kökenli araştırmacılar tarafından yürütülen üç bilimsel çalışmadan elde edilebilmektedir. Sözü edilen bilimsel çalışmalardan biri, Japonya'nın Okayama şehrinde bulunan bir psikiyatri kliniğine başvuran 10,278 kişinin 18'ine 5,5 yıldır sürmekte olan oral cenesthopathy teşhisi konduğunu ortaya koymaktadır. Yoshimatsu, Japonya'nın Tokyo şehrinde bulunan bir psikiyatri kliniğinde 12 yıl boyunca yatarak tedavi gören 1670 hastanın 31'ine ve 3 yıl boyunca ayakta tedavi gören 15,600 hastanın 37'sinin oral cenesthopathy teşhisi aldığını bildirmiştir. Ayrıca cenesthopathy vakalarının yaklaşık %85'inin oral cenesthopathy tanısı aldıkları ve psikosomatik diş hastalıkları kliniğinde ayakta tedavi gören 1,210 hastanın 332'sinin üç yıl içerisinde oral cenesthopathy tanı kriterlerini karşıladıklarını bildirilmiştir. Bazı araştırmacılar oral cenesthopathy için yaş dağılımının iki doruklu dağılım gösterdiğini ve 20 – 30 yaşları veya 20 – 50 yaşları arasındaki bireylerde sıklıkla ortaya çıktığını ileri sürmüşlerdir. Gerçekleştirilen bir başka bilimsel çalışma oral cenesthopathy'nin yaşlı kadınlarda daha sık görüldüğünü, ancak oral olmayan cenesthopathy'nin ise genç yaşta erkeklerde daha sıklıkla görüldüğünü ortaya koymuştur.⁴⁰

1.4. Paranoid bozukluğun etiyolojisi

Paranoid bozukluğun etiyolojisi hakkında sahip olunan bilgi sınırlıdır ve bu konuda yürütülen araştırmalarda birkaç zorluk ön plana çıkmaktadır. Paranoid bozukluk genellikle heterojen nitelik taşıyan bir bozukluk olup baskın belirtileri sanrılardır. Hastalar genellikle tedavi arayışına girmemektedirler ve bu sebeple bilimsel araştırmalarda örneklem olarak kullanılamamaktadırlar. Ancak paranoid bozukluğun şizofreni ve duygudurum bozukluklarından farklı olduğunu gösteren güçlü göstergeler vardır. Paranoid bozukluğun gelişmesine sebep olan etmenler genetik, nörobiyolojik ve diğer etmenler olmak üzere üç grupta ele alınacak olup bu etmenlerden ilkinin genetik faktörler olduğu düşünülmektedir. DSM – V – TR'ye göre genel işlevsellik düzeylerinin şizofreni hastalarına nazaran daha iyi durumdadır. Bu bozukluk genellikle stabil bir biçimde seyreder ve paranoid bozukluk tanısı almış

⁴⁰ Yojiro Umezaki vd., "Oral cenesthopathy", **BioPsychoSocial Medicine**, 2016, 10(20), 1-5, p.1-2.

hastaların küçük bir kısmında şizofreninin geliştiği görülür. Paranoid bozukluk tanısı almış kişilerin şizofreni ve şizotipal kişilik bozukluğu tanısı almış kişilerle istatistiksel anlamda yakın ailesel bağları olduğu tespit edilmiştir. ⁴¹

Sanrılarının psikiyatrik olmayan tıbbi durumlarda da ortaya çıkabildiği göz önüne alındığında paranoid bozukluğun gelişiminde biyolojik etmenlerin rol oynayabildiği dikkate alınmalıdır. Basal ganglia ve temporal lob ile ilişkili olduğu düşünülen demans, kafa yaralanmaları ve nöbetler gibi nörolojik hastalıkların tanısını almış kişiler arasında sanrılar sıklıkla görülebilmektedir. ⁴² Ancak somatik sanrılar olan bir hastanın vaka sunumuna göre bedensel uzuvları ikili olarak algılama ile ilişkili olan temporal ve parietal lobların iki tarafında da hipoperfüzyon gözlemlenmiştir. ⁴³ Campana et al ve arkadaşları frontal bölge işlevleri ile paranoid bozukluğun klinik belirtileri arasındaki ilişkiyi anlamak için gözle takip hareketleri testini kullandılar. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında paranoid bozukluk tanısı almış kişilerin sakkadik göz hareketleri ile takip amaçlı göz hareketlerinde anormallik olduğunu ve şizofreni tanısı almış kişilere benzeyen bir işlevsizliğin var olduğunu saptamışlardır. ⁴⁴ Hiper dopaminerjik durumların sanrılarının gelişimiyle bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Son yıllarda Morimoto et al ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışma, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında paranoid bozukluk tanısı almış 13 hastada dopamin metaboliti olan plazma homovanillik asit (HVA) düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca Morimoto et al ve arkadaşları paranoid bozukluk tanısı almış kişilerde amino asit 331'e bağlı olan D2 reseptör geninde meydana gelen çok biçimliliğin görülme sıklığının arttığını tespit etmişlerdir. ⁴⁵

Paranoid bozukluğun gelişmesinde etkili olan diğer etmenlere Wilson hastalığı, Alzheimer gibi birçok hastalık dahildir. Paranoid bozukluğun belirtilerinin bir veya birkaçı adı geçen hastalıkların belirtileri ile ortaktır veya belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Örneğin Alzheimer hastalığının ilerleyen aşamalarında perseküsyon sanrılar sıklıkla görülmektedir. ⁴⁶

1.4.1. Genetik etmenler

1998 ile 2003 yılları arasında tedaviye başvuran 27,500 hastanın hasta kayıtları incelenmiş, Hindistan doğumlu Bengali vatandaşı olan ve DSM-IV'e göre Paranoid

⁴¹ Bourgeois, "Delusional Disorder", **Medscape**, <https://emedicine.medscape.com/article/292991-overview#showall> (Erişim Tarihi: 06.11.2017)

⁴² Gorman and Cummings, a.g.e., p.230.

⁴³ Takaki Akahane vd., "Extremely grotesque somatic delusions in a patient of delusional disorder and its response to risperidone treatment", **General Hospital Psychiatry**, 2009, 31(2), 185-186, p.186.

⁴⁴ Arturo Campana vd., "Delusional disorder and eye tracking dysfunction: preliminary evidence of biological and clinical heterogeneity", **Schizophrenia Research**, 1998, 30(1), 51-58, p.57-58.

⁴⁵ Kiyoshi Morimoto vd., "Delusional Disorder: Molecular Genetic Evidence for Dopamine Psychosis", **Neuropsychopharmacology**, 2002, 26(6), 794-801, p.799-801.

⁴⁶ Charles R. Conway vd., "Sensory acuity and reasoning in delusional disorder", **Comprehensive Psychiatry**, 2002, 43(3), 175-178, p.176.

bozukluk tanı kriterlerini karşılayan 150 hasta üzerinde yürütülen çalışmada uzun dönemli incelemelerde 150 hastanın 80 tanesinin sadece Paranoid bozukluğa sahip olduğu, geriye kalan 70 hastanın paranoid bozukluğun yanı sıra başka hastalıkların belirtilerini sergiledikleri tespit edilmiştir. Çalışmayı yürütülen bilim insanları 150 hastaya serolojik testler, 80 hastaya ise yüksek çözünürlüklü moleküler sınıflandırma yöntemine dayalı polimerize zincirleme tepkime analizi uygulanmıştır. Araştırmanın sonunda elde edilen bulgular, bazı HLA alellerinin paranoid bozuklukla ilişkili olduğunu, özellikle HLA-A*03 geni ile paranoid bozukluk arasındaki ilişkinin diğer genlere kıyasla daha fazla anlamlı olduğunu ortaya koymuştur.⁴⁷

DSM – IV ve ICD – 10'daki Paranoid bozukluk tanı kriterlerini karşılayan 30 hastayla yürütülen bilimsel bir çalışmada tüm denekler, birbirinden bağımsız olan iki psikiyatrist tarafından yapılandırılmış klinik görüşme formu kullanılarak değerlendirilmiş, uzun süreli kontroller sonunda 30 hastanın gerçek Paranoid bozukluk tanısı aldıklarından emin olunduktan sonra DNA izolasyonu kullanılarak genotip analizi ve birincil diziyeye özgü amplifikasyon tekniği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre Dopamin D1 reseptörünün bazı beyin işlevlerinde ve zihinsel faaliyeti etkileyerek sanrılara sebep olan psikotropik ilaçların mekanizmalarında rol oynadığı ortaya konulmuş ancak D1 reseptör geni ile Paranoid bozukluğa sahip hastalar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.⁴⁸

1.4.2. Nörobiyolojik etmenler

İkincil psikiyatrik belirtilerin organik sebeplerden veya psikiyatrik bozukluklardan kaynaklanıp kaynaklanmadığı ayırt edebilmek hayati önem taşımaktadır. Birincil organik etiolojinin erken tanısı, erken müdahale ve psikotropik ilaçların uzun süreli kullanımına bağlı ortaya çıkabilecek yan etkilerden sakınmak için gereklidir. Eğer söz konusu hastalık tedavi edilebilir ise ve uygulanacak tedavi psikiyatrik belirtilerin azalmasını sağlayabilecekse erken tanı, fazlasıyla yararlı olabilmektedir. Nörolojik durumlar, bulaşıcı hastalıklar, susuz kalmak, kabızlık, ağrı ve dolaşım sorunları gibi fiziksel sebepler organik psikiyatrik bozuklukların etiolojisinin anlaşılmasına katkıda bulunabilir.⁴⁹

Nörolojik belirtilerin olmadığı bazı durumlarda psikiyatrik belirtiler beyin tümöründen kaynaklanan belirtiler ile karıştırılabilmektedir. Örneğin ara beyin ortasında yer alan tümöre ait tesadüfi MRI bulgularının psikiyatrik belirtilere

⁴⁷ Debnath vd., a.g.e., p.269.

⁴⁸ Sikta Bandopadhyay vd., "Dopamine Receptor Gene D1 Reveals No Significant Association with Delusional Disorder on the Basis of SSP Analysis", **International Journal of Human Genetics**, 2010, 10(4), 257-261, p.258-260.

⁴⁹ Amir Mufaddel vd., "Cerebral Calcifications as a Differential Diagnosis of Psychiatric Disorders", **Researchgate**, https://www.researchgate.net/publication/320003432_Cerebral_Calcifications_as_a_Differential_Diagnosis_of_Psychiatric_Disorders_In_Research_on_Virology_and_Cytopathology (Erişim Tarihi:10.11.2017)

fazlasıyla benzediği rapor edilmiştir. Beyin tümörü olan hastalarda duygudurum değişiklikleri, psikotik belirtiler, panik ataklar, kişilikte meydana gelen değişimler veya hafıza ile ilgili sorunlar görülebilmektedir. Diğer vakalarda nörolojik belirtiler minimum düzeyde olurken psikiyatrik belirtiler baskın olabilmektedir. Örneğin parietal lob tümörü olan hastalarda minimum düzeyde nörolojik belirtilere depresif belirtiler eşlik edebilmektedir. Bu sebeple, özellikle yeni belirtilerin ortaya çıktığı veya atipik görünüme sahip olan klinik tablolarda ve tedaviye dirençli psikiyatrik belirtilerin görüldüğü bireylerde muhtemel beyin tümörü ihtimalinin elenmesi adına radyolojik testler uygulanmalıdır. Bazı bilimsel çalışmalar, anneden çocuğa geçen antikorlardan olan HSV 2 glikoprotein gG2'nin varlığı ile psikotik bozukluklar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir.⁵⁰

Barcelona'da yürütülen bir başka bir bilimsel çalışma duygudurum ve psikotik bozukluk tanısı alan kişilerde nörogelişimsel bir bozukluk olan, beynin yarı kürelerinin kaynaşmaması sonucu zar ve beyin arasına sıvı birikmesi ile ortaya çıkan septum pellicidum mağarası isimli bozukluğun ve thalamusun iki lobunu birbirine bağlayan adezyonun yokluğunun görüldüğünü ortaya koymuştur.⁵¹

Capgras Sendromu, tanıdığı insanların yerine sahtekarların geçtiğine dair sanrılarla seyreden bir sendromdur. Nadir görülen bir sendrom olmakla birlikte son yıllarda artan bir sıklıkla rapor edilmeye başlanmıştır. Capgras sendromu nadiren tek başına görülmekle birlikte genellikle psikotik veya organik bir bozukluğa eşlik eden bir doğası vardır. Literatürde yer alan bildirilmiş Capgras sendromu vakalarının %70'i işlevsel bir psikotik bozuklukla bağlantılıdır ve vakaların çoğunda psikotik bozukluk türü paranoid şizofreni türündedir. Ancak psikotik özelliklere sahip manik ve depresif bozukluklarda ve şizoaffektif bozuklukta da görülebildiği bilinmektedir. Buna ek olarak Capgras sendromu %25-%40 oranında genel tıbbi duruma bağlı olarak gelişebildiği tahmin edilmektedir. Genel tıbbi durum kapsamında madde kullanımı ve yoksunluğu, enfeksiyon, endokrin bozuklukları, epilepsi, akut beyin travmaları, beyin tümörleri, deliryum, demans gibi organik mental bozukluklar lityum zehirlenmesi ve migren sayılmaktadır.⁵² Günümüzde Capgras sendromunun gelişimine nörolojik temelli işlev bozukluklarının zemin hazırladığına inanılmaktadır.

⁵⁰ Amir Mufaddel vd., "Cerebral Calcifications as a Differential Diagnosis of Psychiatric Disorders", **Researchgate**, https://www.researchgate.net/publication/320003432_Cerebral_Calcifications_as_a_Differential_Diagnosis_of_Psychiatric_Disorders_In_Research_on_Virology_and_Cytopathology (Erişim Tarihi: 10.11.2017)

⁵¹ Ramón Landin-Romero vd., "Midline Brain Abnormalities Across Psychotic and Mood Disorders", **Schizophrenia Bulletin Advance Access**, https://www.researchgate.net/publication/316998550_Midline_Brain_Abnormalities_Across_Psychotic_and_Mood_Disorders (Erişim Tarihi: 21.11.2017)

⁵² Meltem Efe Sevim vd., "Capgras Sendromu 8 Vaka Örneği ve Literatürün Gözden Geçirilmesi", **Düşünen Adam Dergisi**, 2003, 16(4), 226-230, s.226-227.

Beyin görüntüleme kullanılarak yürütülen bilimsel çalışmalardan elde edilen nöroanatomik bulgular, Caprgras sendromuna sahip hastaların çoğunda her iki beyin küresinde tutulum olmakla birlikte sağ kürede oluşan lezyonların sola göre daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur.⁵³

1.4.3. Nöropsikolojik etmenler

Paranoid bozukluğa sebep olan nöropsikolojik etmenlere yönelik yürütülen bilimsel çalışmalar henüz başlangıç aşamasındadır. Bu alanda yürütülen çalışmaların henüz çok yeni olması sebebiyle psikiyatrik bozuklukları açıklamak üzere klinik psikopatoloji ile bağ kurulabilecek beyin merkezli bozukluklara dair yeterli kanıt bulunmamaktadır. Epilepsi, serebrovasküler bozukluklar, beyin travması, beyin tümörü, Huntington hastalığı, otoimmün ve endokrin bozuklukları dahil olmak üzere birçok nörolojik bozukluğu sanrılarının varlığının daha karmaşık hale getirmesi de bu alanda yürütülen çalışmaların bir diğer zorluğunu oluşturmaktadır. Paranoid bozukluğun nöropsikolojik temelini araştırdığı bilimsel çalışmalar temporal bölgede ve limbik sistemdeki bozulmaların paranoid bozukluğa sebep olabileceğini dair birtakım bilimsel kanıtlar ortaya koymuştur. Ayrıca bu çalışmalar, paranoid bozukluğun nöroanatomik bir alt tabanının olabileceği ihtimalini ortaya koymuştur. Paranoid bozukluğun aşırı dopaminerjik aktivite ile karakterize olduğunu ve aşırı dopaminerjik aktivitenin sanrısız düşünmeye yönelik eğilimi arttırdığını ileri sürmektedir. Bu hipoteze göre sanrısız oluşumun meydana geldiği beyin bölgesi limbik sistem bozukluğundan dolayı tehlikeye girmekte, bu durum da kişileri uygunsuz tehdit algısının eşlik ettiği çevrenin yanlış yorumlanmasına karşı savunmasız hale getirmektedir. Hastalıkla ve hastayla ilişkili olan iki etmen de sanrılarının içeriği, karmaşıklığı ve ortaya çıkış zamanı üzerinde etkili olmaktadır.⁵⁴

Paranoid bozukluğun ortaya çıkışında etkili olduğu düşünülen nöropsikolojik etmenler genel olarak iki kategori çerçevesinde şekillenmektedir. Bu kategoriler; sanrılara sebep olan kognitif bozulmaların ayrıntılı modellerini çıkarmak ve sanrısız inançları tetikleyen ön beyin çevresindeki bozulmaları tespit etmektedir. Nöropsikiyatrik Coltheart 2007 yılında yayınladığı makalesinde sanrısız inançların tüm formlarına sebep olduğuna inandığı 'sağ küredeki iki uçlu açık' teriminden ilk kez bahsederek bu terimi literatüre kazandırdı. Coltheart geliştirdiği nörokognitif modelin bir ucunda sanrılar başlatan nöropsikolojik bir açık olduğunu ileri sürüyordu. Algısal, duygusal veya kognitif yetersizliği kapsayan sözü edilen birinci açık sanrılar başlatan spesifik bir tetikleyici olarak işlev görmektedir. Capgras ve Fregoli sendromunda (hastanın sahtekarların varlığına inandığı sendrom) sanrılarının

⁵³ Haluk Aksu vd., "Capgras Sendromu ve Tekrarlayıcı Ciddi Suçları Olan Bir Adli Psikiyatri Olgusu", **Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi**, 2008, 8(1,2), 57-64, s.58.

⁵⁴ Lepasovic vd., a.g.e., p.166,167.

temeli kişilerin yüz algısındaki bozulmalara dayanmaktadır. Cotard sanrısında (hastanın birinin öldüğüne yönelik sanrısı) sanrılarının temeli sempatik tepkimedeki bozulmalara dayanmaktadır. Coltheart Capgras sendromunda birinci açığın sağ küredeki hasarla ilişkili olduğuna dair bilimsel kanıtlar ortaya koymuştur. Ancak sağ küre hasarı veya sanrılarını açıklayan nörolojik bozulmaların kesin kanıt niteliği taşımaktan uzak olduğu unutulmamalıdır. Coltheart'a göre ortaya koyduğu modeldeki ikinci açık, sanrılarının varlığını sürdürmelerine hizmet etmektedir. Sözü edilen bu ikinci açık inancı doğrulama ve öz denetim eksikliğini kapsamakta ve bu eksikliklerin frontol lob hasarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Coltheart ikinci kognitif açığın tüm sanrısız inançlar için geçerli olduğunu ve birinci kognitif açığı takip etmesine rağmen birinci kognitif açıktan bağımsız bir nitelik taşıdığını ifade etmiştir. Frontol lob hasarı ve kognitif bozulmalara yönelik hipotez, lezyonlar sebebiyle sanrılar geliştiren hastalar ile yürütülen çalışmalar, Alzheimer hastalığı olan kişilerle gerçekleştirilen görüntüleme temelli çalışmalar ve Cotard ve Capgras sendromuna sahip hastalarla yürütülen araştırmalarla doğrulanmıştır.⁵⁵

Paranoid bozukluğun gelişmesinde etkili olan nöropsikolojik etmenleri ortaya koymak amacıyla yürütülen bilimsel çalışmalara baktığımızda belirli çalışmaların öne çıktığı dikkati çekmektedir. Evans ve arkadaşları tarafından yürütülen Paranoid bozukluk tanısı almış 14 hasta ile aynı yaş aralığındaki şizofreni tanısı almış 50 hastanın karşılaştırıldığı bilimsel çalışmadan elde edilen bulgulara göre iki farklı grup arasında dikkat, sözlü ve motor beceriler, psikomotor beceriler, hafıza, esneklik ve zihinsel meşguliyet açısından anlamlı bir farka rastlanılmamıştır. Herlitz ve Forsell tarafından gerçekleştirilen, Paranoid bozukluk tanı kriterlerini karşıladığından şüphelenilen 66 yaşlı hasta ile yürütülen ve katılımcıların anısal belleklerinin incelendiği bilimsel araştırmada hastaların anısal belleklerinde küçük çaplı zayıflamalara rastlamakla birlikte diğer kognitif işlevlerde bozulmaların olmaması sebebiyle bu durumu serbest nitelikli hatırlamaya yormuşlardır. Fujii ve arkadaşları erotomanik sanrılarla seyreden Paranoid bozukluk tanısı almış iki hastaya Winconsin Kart Düzenleme Testi uygulamışlar ve uygulanan test tarafından ölçülen iştiraki öğrenme ve kognitif esneklik becerilerinde zayıflama olduğunu tespit etmişlerdir. İlaveten Fujii ve arkadaşları frontal – subkortikal sistemler tarafından yönetilen iştiraki öğrenme ve kognitif esneklik becerileri ile erotomanik sanrılar arasında bir ilişki olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Conway ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer bilimsel çalışmada paranoid bozukluk tanısı almış hastalarla sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu karşılaştırılmış ve iki grup arasında duyusal

⁵⁵ Claude M.J. Braun and Sabrina Suffren, "A general neuropsychological model of delusion", **Journal of Cognitive Neuropsychiatry**, 2011, 16(1), 1-39, p.2-3.

beceriler ve karmaşık akıl yürütme süreçleri bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Daha yakın zamanda yapılan bilimsel çalışmaları baz alarak bazı yazarlar paranoid bozukluk tanısı almış hastaların temel sosyal becerileri korumayı başardıklarını ileri sürmüşlerdir.⁵⁶

1.5. Diğer bozukluklar

Wilson hastalığı, bakır metabolizması ile alakalı kalıtsal ve nörodejeneratif bir bozukluktur. Psikiyatrik belirtiler ile Wilson hastalığı ilişkili olup nörolojik belirtiler ile seyretmektedir. Wilson hastalığı tanısı almış hastaların yarısından fazla psikiyatrik bozukluk belirtileri sergilemekte ve yine bu hastaların büyük bir kısmı psikiyatrik tedavi görmektedirler. Wilson hastalığında görülen psikiyatrik belirtileri ile psikotik ve duygudurum bozuklukları belirtileri arasında kayda değer bir benzerlik bulunmaktadır. Organik temeline rağmen hastalığın erken dönemlerinde psikiyatrik belirtilerin önüne geçmek mümkün olabilmektedir. Wilson hastalığında en sık görülen psikiyatrik bozukluklar; davranış ve emosyonel bozukluklar, kişilik bozuklukları, kognitif fonksiyonlarda meydana gelen bozukluklar ve depresif bozukluklardır. Psikiyatrik belirtilerin karaciğer işlevsizliğinden ziyade Wilson hastalığının nörolojik temelinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Öfke ve kişilik bozuklukları gibi Wilson hastalığının bazı belirtileri soğan ilik ile ilişkili bozukluklar ve distonik bozukluklar ile ilişkilidir ancak titreme nadiren görülür. Yapılan bilimsel çalışmalardan elde edilen bulgular tutarsız olmakla birlikte Wilson hastalığının psikiyatrik etkileri olarak Paranoid bozukluğun görülmesi nadiren meydana gelmektedir.⁵⁷

Son yıllarda yürütülen bilimsel çalışmalar kadınlarda görülen kronik psikotik bozukluklar ile östrojen düzeyleri arasında doğrusal bir ilişki olabileceğine dikkat çekmiştir. Bu doğrultuda başı çeken iki hipotez mevcuttur. Bu hipotezlerden ilki östrojen hormonunun şizofreni tanısı alan kadınların ruhsal anlamda iyi oluşları üzerinde olumlu bir etkisi olduğu yönündedir ve aynı zamanda bu hipotez kadınların ergenlik ve menapoz dönemleri arasında östrojen düzeylerinde meydana gelen değişimin yarattığı tehlikeye karşı korunabileceklerini ileri sürer. İkincisi hipotez ise şizofreni tanısı almış kadınların östrojen işlevsizliği ile alakalı bir fenotip teşkil ettiklerini ileri sürmektedir. Yakın zamanda gerçekleştirilen bir bilimsel çalışma, pre-menapoz sonrası dönemi ileri yaşlarda geçiren kadınların psikotik bozukluğa

⁵⁶ Inmaculada Ibanez-Casas and Jorge A. Cervilla, "Neuropsychological Research in Delusional Disorder: A Comprehensive Review", **Journal of Psychopathology**, 2012, 45, 84-101, p.94-95.

⁵⁷ Hubert Michal Wichowicz vd., "Wilson's disease associated with delusional disorder", **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 2006, Vol:60, 758-760, p.758.

yakalanma ve psikotik belirtiler sergileme ihtimalinin daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır.⁵⁸

Alzheimer hastalığı, demansın en sık karşılaşılan formu olan nörodejeneratif bir bozukluktur. Kronik niteliğe sahip olan bu hastalık zaman içerisinde beyin hücrelerini etkilemeye başlamaktadır. Alzheimer hastalığı, Amerika Birleşik Devletleri'nde en pahalı üçüncü hastalık ve en ölümcül altıncı hastalık olarak bilinmektedir. Alzheimer hastalığının en belirgin özellikleri; artan bir hızla görülen hafıza kaybı, diğer kognitif işlevlerde meydana gelen bozulmalar, davranış bozuklukları ve nihayetinde hastaların diğer insanlara bağımlı hale gelmeleridir. Tüm bunlar dikkate alındığında, hastalığın erken tanısının önemi, anlaşılır hale gelmektedir.⁵⁹ Alzheimer hastalığının seyri içerisinde psikiyatrik belirtiler sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Halüsinasyonlar, sanrılar kadar sık görülmemekle birlikte, hasta yakınlarını psikiyatrik tedavi arayışına yönlendiren sebeplerin ilk sıralarında sanrılar yer almaktadır. Alzheimer hastalığına sahip olan kişilerde en sık görülen sanrı türü, perseküsyon sanrılardır. Bu hastaların sahip olduğu perseküsyon sanrılarının içeriğini genellikle kıskançlık ve hırsızlık oluşturmaktadır. Alzheimer hastalığına sahip olan kişilerde psikotik belirtilerin görülme sıklığı ilk yılda %20, üçüncü yılda %50 olduğu literatürde yer alan epidemiyolojik bilgilerden biridir. Sanrılarının yanı sıra ajitasyon, sözlü ve fiziksel saldırganlık ve anksiyete belirtileri de bu hastalığa sahip kişilerde sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Alzheimer hastalığına bağlı olarak ortaya çıkan psikotik belirtileri, yaşlılıkta görülen geç başlangıçlı şizofreniden ayırmak son derece önemlidir. Alzheimer hastalığına sahip kişilerde psikotik belirtilerin görülme sıklığı %30 ile %50 arasında değişmektedir ve bu oran yaşlı kişilerde görülen şizofreniden çok fazladır. Ayrıca Alzheimer hastalığına sahip kişilerde bizar ve sistematik sanrılarının nadiren görüldüğünü ancak geç başlangıçlı şizofreniye benzer psikoz tanısı almış kişilerin yaklaşık %60'ında görülen sanrılarının bizar olduğu unutulmamalıdır.⁶⁰

Huntington hastalığı, kalıtsal niteliğe sahip olan, 30-50 yaşları arasında başlayan, ilerleyici özellik taşıyan nörodejeneratif bir bozukluktur. Bu hastalığın en belirgin özellikleri arasında motor faaliyetlerde meydana gelen rahatsızlıklar, kognitif işlevlerde görülen bozukluklar, subkortikal demans, davranış bozuklukları ve psikiyatrik belirtiler yer almaktadır. Huntington hastalığına bağlı olarak gelişen

⁵⁸ Alexandre González-Rodríguez vd., "Delusional Disorder over the Reproductive Life Span: The Potential Influence of Menopause on the Clinical Course", **Hindawi Publishing Corporation Schizophrenia Research and Treatment** <https://www.hindawi.com/journals/schizort/2015/979605/> (Erişim Tarihi:29.11.2017)

⁵⁹ Nilesh N. Kulkarni vd., "The Role of Neuroimaging and Electroencephalogram in Diagnosis of Alzheimer Disease", **International Journal of Computer Applications**, 2017, 167(11), 40-46, p.40.

⁶⁰ Osman Özdemir ve Pınar Güzel Özdemir, "Psikotik Belirtilerle Başvuran Bir Demans Olgusu", **Cukurova Medical Journal**, 2013; 38(3): 482-486, s.484-486.

psikiyatrik belirtilerin en sık görülenleri; psikotik belirtiler, intihar ve cinayet riskidir. Huntington hastalığına sahip olan kişilerin %80'inde hastalığın ilk 10 ila 15 yılı içerisinde psikiyatrik belirtiler ortaya çıkmakta ve psikiyatrik belirtileri kognitif işlevler ile ilgili belirtiler izlemektedir. Buna ek olarak Huntington hastalığına sahip kişilerde daha sıklıkla da olsa Obsesif – Kompulsif Bozukluk, şizofreni veya Paranoid bozukluk görülebilmektedir.⁶¹

1817 yılında James Parkinson tarafından “titrek felç” kelimeleriyle ilk kez betimlenen Parkinson hastalığı, günümüzde Kuzey Amerika’da bir milyondan fazla insanı ve dünya genelinde ise 60 yaşından büyük olan her 100,000 insandan 150’sini etkilemektedir. Parkinson hastalığı genel anlamda motor bozukluklara sebep olan bir hastalık olarak bilinse de, psikotik belirtiler ile sanrılar dahil olmak üzere birtakım psikiyatrik belirtilere ve kognitif işlevlerde bozulmalara sebep olmaktadır. Hasta bakımı hastalığın etkileri ile baş etmeyi kolaylaştırmakla birlikte hastayı bakıma muhtaç olduğu ve kendi kendisine yetemediği gerçeğiyle yüzleştirmesi sebebiyle öz yıkım riskini arttırabilmektedir. Parkinson hastalığına sahip insanlarda en sık görülen halüsinasyon türü görsel halüsinasyondur. Halüsinasyonlara ek olarak sanrılar, paranoid inançlar ve ajitasyon (motor huzursuzluk) görülebilmektedir.⁶²

Multipl skleroz, merkezi sinir sisteminin ortaya çıkan otoimmün nitelik taşıdığı düşünülen kronik ve inflamatuvar bir hastalıktır. Multipl sklerozun en belirgin özellikleri; tekrar eden ataklar ile seyreden nörolojik bozukluklar ve merkezi sinir sistemini tutan lezyonlardır. Multipl skleroz tanısı almış hastalarda en sık karşılaşılan göz ile ilgili bulgu %30 oranında görülen optik sinirde oluşan iltihaplardır.⁶³ Multipl skleroz ataklarının tedavisinde kullanılan ve başarılı olduğu bilimsel çalışmalarla kanıtlanmış steroidlerin en sık karşılaşılan yan etkisi psikiyatrik belirtilerdir. Steroid kullanımına bağlı psikiyatrik belirtiler genellikle steroid kullanımından itibaren iki hafta içerisinde ortaya çıkmaktadır ve genellikle verilen doz ile alakalıdır. Steroid kullanımının sebep olduğu psikiyatrik belirtiler manik belirtiler ile psikotik belirtilerdir. Steroid kullanımının yan etkisi olarak ortaya çıkan manik ve psikotik belirtiler, steroid dozunun azaltılması ile birlikte reçetelendirecek lityum ve antipsikotik türü ilaçlar ile tedavi edilebilmektedir.⁶⁴

⁶¹ Nurhan Fıstıkçı vd., “Huntington Hastalığına Bağlı Psikotik Bozukluk Ve Tedaviye Dirençli Obsesif Kompulsif Bozukluk” **Marmara Medical Journal**, 2013, 26, 105-107, s.105.

⁶² Julie Pullen and Jordan Teller, “Delusional Disorder Leading to Precipitous Weight Loss”, **Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging**, 2012, 20(12), 2-6, p.2-3.

⁶³ Sirel Gür Güngör vd., “Multipl Skleroz ile İlişkili Üveitler”, **Turkish Journal of Ophthalmology**, 2012, 42, 462-465, s.462.

⁶⁴ Gençer Genç vd., “Optik Nörit Şeklinde Ortaya Çıkan Klinik İzole Sendromlu Bir Hastada Steroid Tedavisi Sonrası Psikotik Atak”, **Journal of Neurological Sciences (Turkish)**, 2008, 25(2), 148-153, s.149-150.

1.6. Paranoid bozukluğun klinik görünümü

Paranoid bozukluğun en belirgin özelliği, sanrısız inançlardır. Kişiler sahip oldukları sanrısız inançlarını kesin ve inkar edilemez kanıtların varlığına rağmen korurlar ve bu koruma davranışlarına birtakım olumsuz etkiler ile abartılı tetikte olma hali eşlik eder. Söz konusu sanrısız inançlar, kısaca özetlenmiş ve tek bir ayrıntıdan türetilmiş bir kompozisyona sahip olurlar ve genellikle şizofrenik sanrılarda olduğu bizar değildirler. Birçok yazar paranoid bozukluğa sahip olan kişilerin kognitif işlevlerinin bozulmamış olduğunu, hatta görülen sanrılarının sağlam bir nörokognitif sistemin varlığını gerektirmesi sebebiyle ayırıcı tanı niteliği taşıdığını ileri sürmüşlerdir. Ancak paranoid bozukluk tanısı almış kişilerin yönetici işlevlerinin ve hafıza süreçlerinin sağlam olduğuna dair çok sınırlı miktarda bilimsel kanıt bulunmaktadır. Diğer taraftan son yıllarda yürütülen çalışmalar yönetici işlevlerin birlik içinde faaliyet gösterdiğine dair sahip olan inancı desteleyecek kanıtları sağlayamamıştır. Bilimsel literatürde üzerinde fikir birliğine varılmış üç farklı yönetici işlevden bahsedilmektedir. Bunlar; farklı görevler veya aynı görevin farklı elementleri arasında esnek bir şekilde hareket edebilme yetisi olan esneklik veya değiştirme, uygunsuz tepkileri görmezden gelebilme yetisi olan dürtüsellik veya bastırma ve alakalı bilgiyi bütünleştirme ya da alakasız bilgiyi yok sayma yetisi olan güncellemedir. Her ne kadar bu üç yeti birlikte çalışıyor gibi görünseler de, yönetici işlevlerin ayrı birer ögesi oldukları kanıtlanmıştır. Bu öğelerden herhangi birinde meydana gelen bir bozulmanın paranoid bozuklukta görülen sanrısız belirtilerle ilişkili olduğunu düşünmek makuldür. Bu bakış açısından bakıldığında esneklik yetisinde meydana gelen bir bozulma kişinin katı bir hale gelmesine neden olabilir ve bu katılık hali de sanrısız inançlarına sarılmasını açıklayabilir. Benzer şekilde kognitif önyargılar olarak adlandırılacak akıldışı açıklamaları görmezden gelme yetersizliği veya erken sonuca varma eğilimi taşımaları dürtüsellik veya bastırma ögesinde meydana gelen bozulmadan kaynaklanması muhtemeldir. Sonuç olarak güncelleme ögesinde meydana gelen bir aksama bilginin işlenmesinde birtakım sorunlara sebep olarak sanrısız açıklamalara zemin hazırlayabilir.⁶⁵

Paranoid özellik taşıyan kişiler kendileri için önemli olan olaylar hakkında güvenilir ve genel yorumlar yaparlar. Ancak depresif kişilerin aksine paranoid kişiler farazi nitelikteki olumsuz olaylara aşırı miktarda dışsal yorumlarda bulunurken farazi nitelikteki olumlu olaylara ise içsel yorumlarda bulunurlar. Perseküsyon sanrılara sahip kişilerde görülen kognitif anormalliklerin sağlıklı bireylerde gözlemlenen kendine hizmet eden önyargının abartılmış bir şekli olduğu birçok bilimsel araştırma

⁶⁵ Inmaculada Ibanez-Casas vd., "Deficits in Executive and Memory Processes in Delusional Disorder: A Case-Control Study", **Public Library of Science**, 2013, 8(7), 1-8, p.1-2.

ile kanıtlanmıştır ve kişiler nedenselliğe dair kesin yargılar yerine dolaylı yargılarda bulunmayı tercih ettiğinde bu tür önyargılar ortadan kalkmaktadır. İlaveten bu gözlemler perseküsyon sanrıları olan kişilerin hassas bir benlik algısına sahip olduklarına ve benlikleri ile alakalı bilgileri işlerken savunucu önyargıları devreye soktuklarına işaret etmektedir. 1994 yılında Bental, Kinderman ve Kaney, benlik algısı tehdit edildiğinde benliği korumak amacıyla bu tehdidin dışsal nedenlerin devreye girmesine sebep olduğunu ancak yöntemin amaçtan saparak paranoyaya yol açtığını ileri sürmüşlerdir.⁶⁶

Endişenin geleneksel olarak anksiyete bozuklukları ile alakalı olduğu kabul edilir ancak yapılan son araştırmalar endişenin perseküsyon sanrılar üzerinde de etkili olduğunu ortaya koymuştur. Endişe akıldışı paranoid düşünceleri akla getirmekte, akılda kalmasına yardımcı olmakta ve bu durum da kişide huzursuzluğu arttırmaktadır. Bu görüşü destekleyecek nitelikteki bilimsel kanıtlar artarak ortaya çıkmaktadır. Perseküsyon sanrıları olan hastalarla yürütülen karşılaştırmalı araştırmalar bu hastalarda endişenin yaygın bir öge olduğunu ortaya koymuştur. Endişe sadece paranoid düşüncelerin basit bir sonucu değildir. Uzun süreli bilimsel çalışmalar endişenin paranoid nitelikteki korkuların gelişmesinde ve kalıcı olmasında yordayıcı öneme sahip olduğunu göstermiştir. Bir başka deneysel araştırma ise yüksek düzey endişenin paranoid düşüncelerin ortaya çıkışına zemin hazırladığını ortaya koymuştur.⁶⁷

Paranoid bozukluğa sahip kişilerin kognitif işlevlerinde birtakım bozulmalar yaşanmaktadır ve bu bozulmalar temeldeki birtakım aksaklıklardan kaynaklanmaktadır. Bu aksaklıklar; endişe merkezli düşünme tarzına sahip olması, kişinin benliği hakkında olumsuz düşüncelerinin olması, kişilerarası ilişkilerde aşırı hassasiyet, tuhaf içsel deneyimler, uykusuzluk ve akıl yürütmeye yaşanan aksaklıklardır. Endişe gerçekdışı fikirleri akla getiren, kişinin bu fikirlerden kurtulmasını zorlaştıran ve nihayetinde strese sebep olan bir emosyondur. Bu yüzden paranoid düşünmenin ortaya çıkışında rol oynayan makul etmenlerden biridir. Bu iddiayı destekleyecek bilimsel nitelikteki kanıtlar her geçen gün artmaktadır. Uzun süreli ulusal epidemiyolojik bir araştırma, endişenin varlığının 18 aydan daha uzun süre boyunca yeni paranoid düşüncelerin ortaya çıkışında etkili olduğunu göstermiştir. Daha önemlisi endişenin düzeyi, gelecek aylarda paranoid düşüncenin kalıcı olup olmayacağını da etkilemektedir. Perseküsyon sanrıları olan

⁶⁶ Peter Kinderman vd., "Self-discrepancies, attentional bias and persecutory delusions", **British Journal of Clinical Psychology**, 2003, 42, 1–12, p.2.

⁶⁷ Daniel Freeman vd., "The interaction of affective with psychotic processes: A test of the effects of worrying on working memory, jumping to conclusions, and anomalies of experience in patients with persecutory delusions", **Journal of Psychiatric Research**, 2013, 47, 1837-1842, p.1837.

150 hastayla yürütülen ve endişe düzeyini azaltma amacı güden çalışmanın sonunda elde edilen bulgulara göre endişe düzeyi ile birlikte hastaların derin düşünceye dalma eğilimlerinde, genel anlamda sergiledikleri psikotik belirtilerde ve genel paranoya düzeylerinde azalma görüldüğü gibi iyi oluş düzeylerinde de bir artış görülmüştür. Bu çalışmadan elde edilen bulgular yüksek endişe düzeyinin ısrarlı perseküsyon sanrılara sebep olduğunu gösteren güçlü bir kanıt niteliği taşımaktadır.

⁶⁸

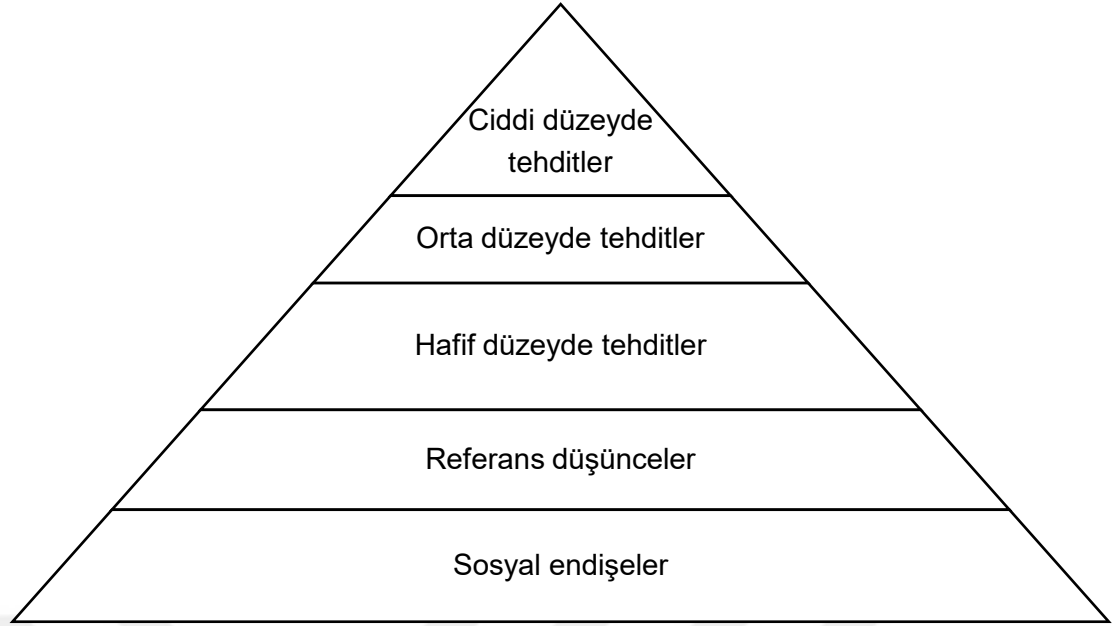
Kişinin benliği hakkındaki olumsuz düşünceleri gücünü, sınırlı bakış açısından alır. Paranoya hiyerarşisinde yer alan bu olumsuz duygu kişinin kendisini farklı, ayırık, aşağı düzeyde veya savunmasız hissetmesine sebep olabilir. Yürütülen uzun süreli iki farklı bilimsel çalışma kişinin benliği hakkında olumsuz düşüncelere sahip olmasının ısrarlı perseküsyon sanrılarının ortaya çıkmasında etkili olduğunu göstermiştir. Olumsuz kognitif içeriğin paranoid düşünceye sebep olduğu bilinmektedir. Son zamanlarda yürütülen üç farklı sistematik bilimsel çalışmadan elde edilen bulgular, savunma mekanizmalarını harekete geçirmeye ihtiyaç duymaksızın paranoyanın doğrudan olumsuz benlik algısıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Perseküsyon sanrıları olan kişilerin kendileri hakkında eleştirel oldukları son zamanlarda popülerliği artan bir diğer görüştür. Deneysel bir araştırma savunmasız insanlarda özsaygının manipüle edilmesinin paranoid düşüncelere yol açtığını ortaya koymuştur.⁶⁹

Kişinin benliği hakkında sahip olduğu olumsuz düşünceler paranoyaya sebep olduğu gibi kişilerarası ilişkilerde aşırı hassasiyete yol açmaktadır. Paranoid özdeşleşmeye sahip kişilerde sıklıkla anksiyete ve depresyona rastlanmaktadır. Kişinin benliği ve diğer insanlar hakkında olumsuz düşüncelere sahip olması yaşanan olaylar hakkında paranoid düşünceler geliştirmesine zemin hazırlamaktadır. Kişilerarası ilişkilerde aşırı hassas olan bu kişiler eleştiri veya reddedilme beklentisi içerisinde olmalarından dolayı diğer insanların varlığı, kendilerini savunmasız hissetmelerine yol açmaktadır. Paranoid özdeşleşme bu endişelerin geniş kapsamı olarak düşünülebilir. Yürütülen bir bilimsel çalışma perseküsyon sanrıları olan kişilerin kişilerarası ilişkilerde aşırı hassas olduklarını ortaya çıkarmıştır.⁷⁰

⁶⁸ Freeman and Garety, a.g.e., p.1180.

⁶⁹ Freeman and Garety, a.g.e., p.1181.

⁷⁰ Freeman and Garety, a.g.e., p.1182.



Şekil-1 Paranoya Hiyerarşisi⁷¹

Paranoid bozukluğa sahip olan kişiler tuhaf içsel deneyimler yaşarlar. Bahsi geçen tuhaf içsel deneyimler; açıklanamayan uyarılma, depersonalizasyon hissi, algısal bozulmalar olabilir ama her birinin ortak noktası dışsal olayların yanlış yorumlanmasının bir sonucu olarak ortaya çıkmalarıdır. Bu tür tuhaf deneyimler ilaç kullanımına bağlı olarak tetiklenebileceği gibi uykusuz kalmanın veya olumsuz yaşam olaylarının bir sonucu da olabilir. Yapılan bir bilimsel araştırma perseküsyon sanrıları olan hastalarda endişenin depersonalizasyona sebep olabileceğini göstermiştir.⁷²

Son beş yılda yapılan bilimsel araştırmalar uyku yetersizliğinin paranoyanın ortaya çıkmasında etkili olabileceğini kanıtlamıştır. Buna ek olarak, uyku etmeninin birçok psikiyatrik bozuklukta etkili olduğu bilinen bir gerçektir. Yetersiz uyku paranoyaya sebep olarak kişinin olumsuz duygulanım içine girmesine ve tuhaf deneyimler yaşamasına zemin hazırlamaktadır. Yürütülen bilimsel çalışmalar paranoid özdeşleme ile uykusuzluk arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve uykusuzluğun kişinin paranoid özdeşleme geliştirme olasılığını arttırdığını ortaya koymuştur.⁷³

Yürütülen bilimsel çalışmalardan elde edilen en can alıcı bulgulardan birisi; erken sonuca varma eğiliminin sanrılara sahip olan hastalarda sağlıklı insanlara

⁷¹ Daniel Freeman vd., "Current Paranoid Thinking in Patients With Delusions: The Presence of Cognitive-Affective Biases", **Advance Access publication**, 39(6), 2013, 1281 – 1287, p.1282.

⁷² Freeman and Garety, a.g.e., p.1182.

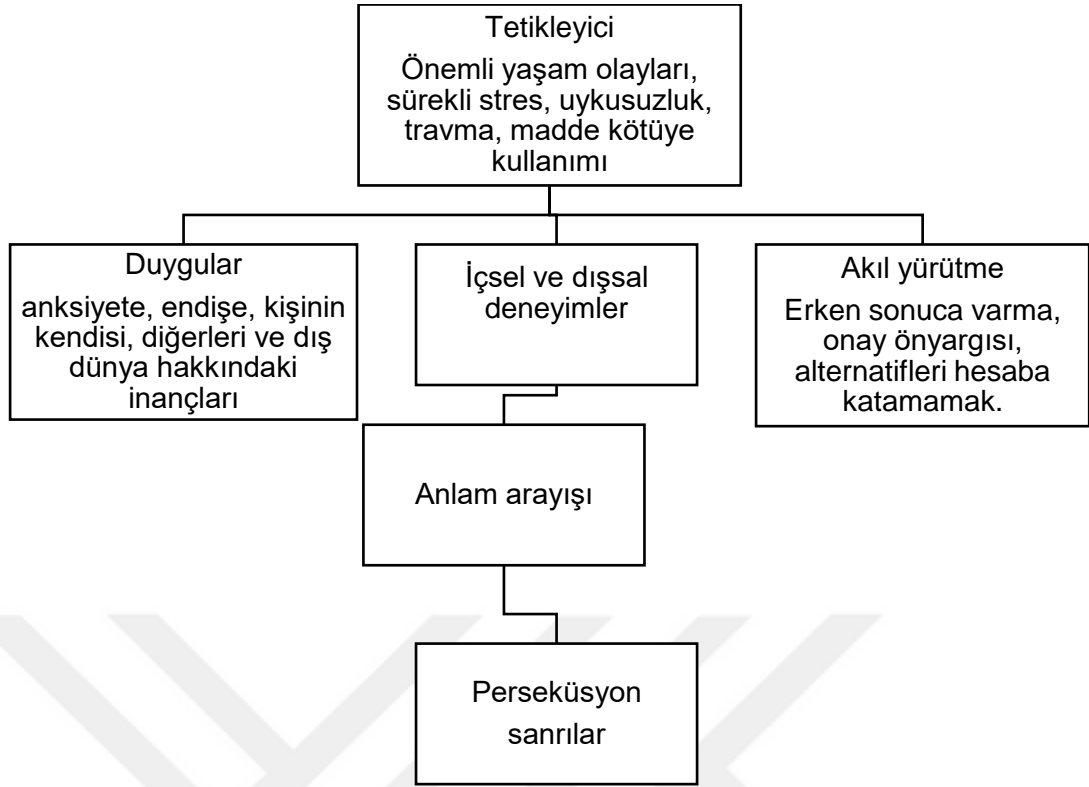
⁷³ Freeman and Garety, a.g.e., p.1183.

nazaran daha fazla görüldüğüdür. Bahsi geçen bilimsel çalışmalar geniş örneklem gruplarıyla yürütüldüğünden farklı sanrı tiplerine sahip olan hastalarda erken sonuca varma eğiliminin var olduğundan bilimsel anlamda şüphe etmemizi gerektirecek bir durum söz konusu değildir. Toplanan sınırlı miktarda bilgiye dayanarak erken sonuca varma eğiliminin sanrısız düşünceleri kabul etmeyi hızlandırdığı düşünülmektedir. Erken sonuca varma eğilimi kesin sonuca duyulan ihtiyaçla değil, çalışan belleğin kapasitesinin zayıf olması ile alakası vardır. Yüksek anksiyete düzeyi ile sanrısız düşünceleri kabul etme hızı arasında herhangi bir ilişki bulunmamakla birlikte klinik gruplarla yapılan bilimsel çalışmalardan elde edilen bulgular önyargıların anksiyete manipülasyonundan etkilenmediğini göstermektedir. Erken sonuca varma sürecinde toplanan veriler genellikle incelenmez. Ancak toplanan verilerin kişinin inanç-onay önyargısından etkilenmesi mümkündür. Genel popülasyona bakıldığında yüksek paranoya düzeyine sahip kişilerin düşük düzeyde analitik düşünme faaliyeti gösterdikleri dikkati çekmektedir. Perseküsyon sanrılara sahip olan kişiler analitik akıl yürütme, alternatif açıklamaları hesaba katma, farazi çelişiklere direnme, hatalı olabileceği ihtimalini göz önünde bulundurma konularında yetersiz ve gönülsüz oldukları ileri sürülmektedir. Bu alanlardaki yetersizlikleri ise bu kişilerin inanç esnekliğinden mahrum olduklarını göstermektedir.⁷⁴

Perseküsyon sanrılarının oluşumunda ve varlıklarını sürdürmesinde anksiyete ve depresyonun birincil derecede rolü vardır. Örnek verilmesi gerekirse; anksiyetenin paranoid düşüncelerin tehdit temasını harekete geçirdiği düşünülmektedir ve bu durum da farklı anlamlar taşıyabilecek olayların olumsuz yorumlarının yapılmasına sebep olmaktadır. Böylece olumsuz yorumların sebep olduğu etkiler, kişinin zihni tarafından abartılmakta, benliği üzerinde istemli bir odak noktası yaratmakta ve kendisinin hedef haline geldiği algısını arttırmaktadır. Bu konuda son zamanda ortaya çıkarılan bulgular, kişinin düşünme tarzının yanı sıra içeriğin de duygusal endişenin ortaya çıkmasında etkili olduğunu göstermektedir.⁷⁵

⁷⁴ Freeman and Garety, a.g.e., p.1183.

⁷⁵ Freeman vd., a.g.e., p.1281-1282.



Şekil-2 Perseküsyon Sanrılarının Ortaya Çıkışını Etkileyen Etmenler Ve Aralarındaki İlişki ⁷⁶

.Paranoya, kişinin benliğinin savunmasız olduğuna dair olumsuz düşüncelerin bir uzantısı olarak kabul edilmektedir. Kişinin benliği hakkında sahip olduğu olumsuz düşüncelerin önemi ve olumsuz benlik temsili, perseküsyon sanrılarının ortaya çıkış sürecinde etkili olan bir diğer etmendir. Depresyon ve anksiyete, perseküsyon sanrılarının ortaya çıkışına katkıda bulunan birbirinden bağımsız iki temel duygu olsa da, paylaşılmış olumsuz duygusal etmene ve paylaşılmış psikolojik süreçlere işaret eden anksiyete ile depresyon arasında fazlasıyla anlamlı bir ilişki ve genetik çakışma bulunmaktadır. Gerçekleştirilen birçok bilimsel araştırmadan elde edilen sonuçlar anksiyete ve depresyonun klinik ve klinik olmayan paranoid düşünme tarzıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Örneğin yürütülen ulusal nitelikteki epidemiyolojik bir araştırma kendilerine karşı bir komplo kurulduğunu düşünen katılımcıların komplo kurulduğunu düşünmeyen katılımcılara göre 10 kat daha yüksek anksiyete düzeyine sahip olduklarını, kendilerine karşı bir komplo kurulduğunu düşünen katılımcıların komplo kurulduğunu düşünmeyen katılımcılara göre 7 kat daha yüksek depresyon düzeyine sahip olduklarını ortaya çıkarmıştır.

⁷⁶ Freeman and Garety, "The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable", **The British Journal of Psychiatry**, 2013, 203, 327-333, p.328.

Deneysel çalışmalar ise depresyon ve anksiyetenin paranoid düşünme tarzının yordayıcısı olduğunu ortaya koymuştur.⁷⁷

İşlevsiz düşünme ve düzensiz duygulanımın psikotik bozuklukların ortaya çıkışında ve varlığını sürdürmesinde etkili olduğu düşünülen rolün geçerliliği ve güvenilirliği, gerçekleştirilen araştırmalar ile desteklenmektedir. Epidemiyolojik, deneysel ve tedaviye yönelik araştırmalardan elde edilen bulgular düşük özsaygı, benliğe yönelik eleştirel düşünme, benliği ve diğerleri hakkında aşırı olumsuz düşüncelerden oluşan olumsuz kognisyon ve sahip olunan depresif hal psikotik belirtilerin ortaya çıkışına katkıda bulunabilmektedir.⁷⁸

Sahip oldukları sanrılar kişilerin davranışları üzerinde etkili olmakta veya davranışlarını da değiştirmektedir. Perseküsyon sanrılara sahip olan kişilerin mesafeli, kontrollü tavırları fazlasıyla dikkat çekicidir. Her bir hareketleri, mimikleri kontrollüdür. Bu kontrol halinin sebebi herhangi bir amaca yönelik olma niteliği taşıyabileceği gibi istenmeyen sonuçlardan kaçınma isteğinden de kaynaklanabilir. Örneğin perseküsyon sanrılara sahip olan ve kendisini ele vermek istemeyen bir kişi, bulunduğu ortamda en ufak hareketine bile dikkat etmeye çalışır veya erotomanik sanrıları olan bir kişi ise hayali aşığı için giyinebilir. Sanrılara sahip olan kişiler her ne kadar son derece kontrollü ve detaycı olsalar da, sürekli sanrılara maruz kalmanın yarattığı yoğun anksiyete ve depresyon da sanrılarında eşlik edebilmektedir. Uzun süreli anksiyete ve depresyon da sanrılara sahip olan kişilerin öfke patlamaları yaşamalarına yol açabilmektedir. Sağlıklı kişilerden farklı olarak sanrılara sahip olan kişiler öfkelerini ancak taşıyamadıkları bir noktaya geldiklerinde gösterirler ve ifade biçimi kontrolden uzak, yıkıcı ve dramatik olmaktadır. Olumlu veya olumsuz herhangi bir duyguyu göstermekte zorlanan bu kişiler bazen pasif agresif bir nitelik taşıyabilmektedirler. Doğrudan harekete geçmek yerine dolaylı yolu seçerek duygularını ifade etmektedirler. Özellikle perseküsyon sanrılara sahip olan kişiler için kendilerini açık etmemek fazlasıyla önemli olduğundan kendilerini kontrol edemeyeceklerini hissettiklerinde kendi içlerine çekilirler. Odalarına kapanırlar, aile ve arkadaşlarıyla görüşmeyi keserler veya görüşme sıklığını azaltırlar, kendilerini işe verirler. Kendi içlerinde tekrar dengeyi sağlayana kadar dış dünyadan ve dış dünyanın içerisinde barındırdığı tüm öğelerden kendilerini izole ederler.⁷⁹

⁷⁷ Freeman vd., a.g.e., p.1282.

⁷⁸ David Fowler vd., "Negative Cognition, Depressed Mood, and Paranoia: A Longitudinal Pathway Analysis Using Structural Equation Modeling", **Advance Access publication**, 2012, 38(5), 1063-1073, p.1063.

⁷⁹ Martin Kantor, **Understanding Paranoia: A Guide For Professionals, Families and Sufferers**, Praeger Publishers, London, 2004, p.9-11.

1.7. Ayırıcı tanı

Paranoid bozukluğun tanı sürecinde son aşamadan önceki adım, belirtilerin işaret ettiği ayırıcı tanıların tespit edilmesidir. Ayırıcı tanıların tespit edilmeden kesin tanıya ulaşmak mümkün olmamaktadır. Sanrıların görüldüğü paranoid bozukluk haricindeki diğer ruhsal bozukluklar arasında şizofreni, kısa psikoz bozukluğu, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk, madde/ilacın yol açtığı psikoz bozukluğu, iki uçlu (bipolar) bozukluk, psikotik özellikler sergileyen depresif bozukluk(lar), obsesif-kompulsif bozukluk, psikotik özellikler sergileyen beden dismorfik bozukluk, psikotik özellikler sergileyen biriktiricilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu, anoreksiya nevroza, paylaşılmış psikotik bozukluk sayılabilir.

1.7.1. Şizofreni

DSM-V-TR'ye baktığımızda paranoid bozukluk tanı kriterlerinden birinin şizofreninin A tanı kriterlerini hiçbir zaman karşılamamasıdır. Diğer bir deyişle, paranoid bozuklukta sanrıların görülmesi normal ve beklenen bir olgu olmakla birlikte halüsinasyonlar, konudan sapma veya anlaşılmasız konuşma ile karakterize darmadağın konuşma, ileri derecede dağınık davranış veya katatoni (kaskatı kesilme hali) ve negatif psikotik belirtiler hiçbir zaman görülmez. Şizofreni ile paranoid bozukluk arasındaki bir diğer fark; tanı için elzem olan süre hususudur. Bozukluk tanısı için geçerli olan süre 1 ay ya da daha uzun bir süre zarfında, şizofreni için geçerli olan süre görülen belirtilerin her birinin bir aylık sürenin büyük bir bölümünü kapsaması gerekliliğidir.⁸⁰

1.7.2. Kısa psikoz bozukluğu

Kısa psikoz bozukluğunun tanısı için sanrılar, halüsinasyonlar, darmadağın konuşma ve üst düzeyde dağınık davranış veya katatoni davranışı görülmesi gerekir iken, paranoid bozuklukta tanı için sadece sanrıların en az bir ay süreyle varlığı yeterlidir. Diğer bir deyişle, paranoid bozuklukta halüsinasyonlar, dağınık konuşma ile dağınık davranış veya katatoni davranışı görülmez. Ayrıca kısa psikoz bozukluğun tanı sürecinde belirtiler kültürel temelli değerlendirilirken paranoid bozuklukta sanrıların hastanın ait olduğu kültürel temelle uyumlu olması paranoid bozukluk tanısı almasına engel teşkil etmemektedir.⁸¹

1.7.3. Şizofreniform bozukluk

Şizofreniform bozukluk tanısı için sanrıların, halüsinasyonların, dağınık konuşmanın, dağınık davranış veya katatoni davranışı ile negatif psikotik belirtilerin her birinin bir aylık sürenin büyük bir kısmında görülmesi gerekir. Halbuki paranoid

⁸⁰ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.49

⁸¹ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.46

bozuklukta sadece farklı sanrı türlerinden en az birinin en az bir ay süreyle var olmanın gerekmektedir.⁸²

1.7.4. Şizoaffektif bozukluk

Şizoaffektif bozuklukta depresyon veya mani nitelikli olan majör bir duygudurum dönemi ile kesişen ve eşzamanlı nitelik taşıyan sanrılar, halüsinasyonlar, dağınık konuşma, dağınık davranış veya katatonik davranışa ilave olarak negatif psikotik belirtiler görülmektedir. Ayrıca bozukluğun görüldüğü süre boyunca depresyon veya mani döneminden azade olarak salt sanrılarının veya halüsinasyonların görüldüğü bir dönem söz konusu olur. Oysaki paranoid bozuklukta sadece sanrılarının öngörülen süre boyunca varlığını korumaları tanı için yeterli olmaktadır.⁸³

1.7.5. Madde/ilacın yol açtığı psikoz bozukluğu

Halüsinasyon veya sanrılarının görülmesi ile karakterize olan, madde entoksikasyonu veya yoksunluğu ya da ilaç kullanımı ile ilacın yan etkilerine bağlı olarak ortaya çıkan bir bozukluktur. Sürekli ve uzun süreli alkol kullanımına bağlı olarak gelişen alkol paranoyası, amfetamin kullanımına bağlı gelişen amfetamin psikozu ve ağır metal zehirlenmesi sonucu ortaya çıkan sanrılarla seyreden klinik durumlar tanı sürecinde dikkat edilmesi gereken tanısal nüanslardır. Bazı psikiyatrik vakalarda opiyat içerikli uyuşturucu maddelerin (özellikle esrar kullanımının) psikotik özelliklerin açığa çıkmasına, remisyon dönemine girmiş psikotik bozuklukların tekrar gün yüzüne çıkmasına veya psikotik bozukluklara sebep olduğuna dair bilimsel veriler söz konusudur. Ancak paranoid bozuklukta görülen sanrılar herhangi bir ilaç/madde kullanımı, yoksunluğu veya yan etkisi ile ilişkilendirilemeyeceği gibi sanrılara hiçbir zaman halüsinasyon eşlik etmez.⁸⁴

1.7.6. İki uçlu (bipolar) bozukluk

Bipolar bozukluğun tanısında dikkate alınması gereken en önemli hususlardan biri psikotik özellikler gösterip göstermediğidir. Özellikle manik dönemde karşılaşılan psikotik özellikler, duygudurumla uyumlu psikotik özellikler ve duygudurumla uyumlu olmayan psikotik özellikler olmak üzere kendi içinde ikiye ayrılmaktadır. Duygudurumla uyumlu psikotik özellikler manik dönemde görülen sanrılar ve halüsinasyonların içeriği olan büyüklük, güçlülük, dokunulmazlık, zarar verilemezlik gibi man, unsurlarıyla uyumludur ancak üçüncü kişiler hastanın becerileri ve yetenekleri konusunda sahip oldukları kuşkuları dile getirdiğinde kuşku ve perseküsyon sanrılar görülebilir.⁸⁵

⁸² Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.47

⁸³ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.51

⁸⁴ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.53

⁸⁵ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.86

1.7.7. Depresif bozukluklar

Depresif bozukluklar kümesinde yer alan bozukluklar genellikle duygudurumun olumsuz yönde değişim göstermesi ile karakterizedir ve genellikle psikotik belirtilerin eşlik ettiği görülmez. Ancak bazı durumlarda depresif bozukluklar birtakım psikotik özelliklerle seyredilmekte ve bu psikotik özellikler kendisini sanrılar ve halüsinasyonlar ile göstermektedir. Söz konusu psikotik özellikler hastanın içinde bulunduğu duygudurum ile uyumlu ve tutarlı bir nitelik taşır. Örnek vermek gerekirse; depresif bir bozukluğa sahip olan kişinin sergilediği psikotik özellikler (sanrılar ve halüsinasyonların içeriği) hastanın hissettiği yetersizlik, suçluluk, hastalık, ölüm, nihilizm veya cezalandırılmayı hak etme gibi hususlarla uyumlu bir nitelik taşır. Aksi durumda hastanın sergilediği psikotik özellikler içinde bulunduğu depresif tablo ile uyumlu olmayan sanrılar ile halüsinasyonların karışımından oluşur.⁸⁶

1.7.8. Obsesif-kompulsif bozukluk

Obsesif-kompulsif bozukluk tanı almış hastalarda içgörü ve yargılamanın bozulmamış olması, hastanın obsesyonlarının mantıksız, gerçeği yansıtmayan bir nitelik taşıdığı için samimi olarak farkında olması önem taşır. Ancak tedavi edilmemesi sonucu içgörünün ortadan kalktığı bazı obsesif-kompulsif bozukluk vakalarında hastalar obsesyonlarının gerçek olduğuna dair sanrısız bir inanç geliştirebilmekte ve bir anlamda obsesyonlar sanrı niteliği kazanmaktadır.⁸⁷

1.7.9. Beden dismorfik bozukluk

Beden dismorfik bozukluk, kişinin dış görünümüyle alakalı önemsenmeyecek veya diğer insanların dikkatini dahi çekmeyecek kadar küçük olan bir veya birkaç kusur ile zihinsel olarak uğraşmaları ve dış görünüşlerine dair kaygılarından ötürü yineleyen davranış örüntüleri geliştirmeleri ile karakterize bir bozukluktur. Bu bozuklukta genellikle içgörü ve yargılama işlevleri tehlikeye girmez ancak hastanın içgörüsünün ortadan kalktığı durumlarda kişi dış görünümüne dair inançlarının gerçek olduğuna dair sanrısız bir düşünce geliştirebilir.⁸⁸

1.7.10. Biriktiricilik bozukluğu

Bu bozukluk gerçek veya manevi, maddi değeri ne olursa olsun, kişilerin eşyalarını elden çıkartmakta veya onlarla ilişkisini kesmekte sürekli olarak bir zorluk yaşamaları ile karakterize bir bozukluktur. Söz konusu güçlük hastaların nesnelere saklamaları algılardan ve onları elden çıkartmanın neden olduğu sıkıntıdan temel almaktadır. Biriktiricilik davranışı klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal, profesyonel ve diğer yaşam alanlarında genel işlevsellik düzeyinde ciddi bir düşüşe sebep olur. İçgörüsünü tamamen kaybetmiş olan hastalarda biriktirme ile ilgili

⁸⁶ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.109

⁸⁷ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.130

⁸⁸ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.131,132

davranış ve inançların tamamen normal olduğu fikri yerleşmekte ve aksini işaret eden kanıtlara rağmen hasta biriktiricilik konusundaki sanrısız inançlarını korumakta ısrar etmektedir.⁸⁹

1.7.11. Paranoid kişilik bozukluğu

Erken yetişkinlik döneminde baş gösteren, diğer insanlara yönelik genel bir kuşku ve güvensizlik halinin hakim olduğu, çeşitli ve farklı bağlamlarda kişilerin işlevselliklerini olumsuz etkileyen bir kişilik bozukluğudur. En çok paranoid bozukluk ile ayrıştırılması sıkıntılı olmaktadır. En temel birinci fark; paranoid bozuklukta işlevselliğin sanrıların hedef aldığı alanda bozulup diğer alanları etkilememesidir. İkinci fark ise; paranoid kişilik bozukluğunda sahip olunan büyüklük, kuşku, kıskançlık gibi düşüncelerin tipik paranoya ile uyumlu olmaması, aksine bu tip patolojik düşüncelerin kişinin kişiliğinin veya benliği bir özelliği, bir parçası niteliği taşımasıdır. Paranoid kişilik bozukluğunda ise sanrılar kişinin hayatının tüm yönlerini olumsuz etkileme potansiyeline sahiptir. Bir diğer fark ise paranoid kişilik bozukluğunun erken yetişkinlikten önce tanısının konmamasıdır. Bunun sebebi ergenlik dönemi tamamlanmadan bir kişilik patolojisinden bahsetmenin imkansız olmasıdır.⁹⁰

1.7.12. Anoreksiya nevroza

Bir yeme bozukluğu olan anoreksiya nevroza kişinin vücut ağırlığını ve biçimini algılayış şekliyle ilgili olan, kilo almaktan aşırı korkma ve kilo almayı aşırı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma ile karakterize bir bozukluktur. Anoreksiya nevroza tanısı almış kişiler düşük vücut ağırlıklarına rağmen kilolu olduklarına dair sanrısız inançlarını korurlar ve sağlıkları için hayati tehlike oluşturabilecek olsa bile kilo vermek adına çaba göstermeye devam ederler.⁹¹

1.7.13. Paylaşılmış psikotik bozukluk

İlk defa 1860 yılında Ballilarger tarafından 'bulaştırılan delilik', 1868 yılında Maret tarafından 'çift taraflı sanrı' olarak tanımlanmıştır. Folie a' deux olarak da bilinen paylaşılmış psikotik bozuklukta aktif olarak nitelenen ve psikotik belirtilere sahip bir kişi ile aktif hasta ile yakın ilişki içinde olan pasif olarak nitelenen en az bir kişiden oluşan bir ilişki söz konusudur. Söz konusu yakın ilişki sebebiyle zaman içerisinde pasif nitelikte olan kişi psikotik özellikler sergilemeye başlamaktadır. Ancak bu durum pasif hasta konumunda olan kişinin psikotik bir bozukluk geliştirmesinden ziyade aktif olan hastanın sanrılarına zaman içinde maruz kalması sonucu inanarak, kendi üstüne almasından kaynaklanmaktadır. Bu bozukluğun sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan, sosyal anlamda izole bir sistem

⁸⁹ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.132,133

⁹⁰ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.328

⁹¹ Amerikan Psikiyatri Birliği, a.g.e., s.173,174

içinde yaşayan sosyal gruplarda daha sıklıkla ortaya çıktığı düşünülmektedir. Söz konusu sosyal gruplarda bozukluğun görülme sıklığı kan bağı ile yakından ilişkilidir. Kan bağıının olmadığı sosyal gruplarda ise bu bozukluk en sık karı-koca ilişkilerinde karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde paylaşılmış psikotik bozukluğun etiyolojik anlamda psikososyal temelli olduğu düşünülmektedir. Hastaların aile üyelerinde şizofreni tanısı alma riski yüksektir ve aktif hastanın psikiyatrik tanısı genellikle şizofreni olmakla birlikte, daha az olasılıkla hezeyanlı bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygudurum bozuklukları olmaktadır.⁹²

1.8. Paranoid bozukluğun tedavisi

Paranoid bozukluğun tedavisinde birincil olarak antipsikotik ilaçların kullanımı ve eşlik eden anksiyete veya depresyon gibi başka bozuklukların uygun türde ilaçlar reçetelendirilerek kullanılması yaygın bir tedavi yöntemi olagelmıştır. Psikotik özellikler taşıyan bir bozukluk olması sebebiyle uzun bir süre boyunca psikoterapi ile tedaviye uygun olmadığı düşünülmüştür. Ancak paranoid bozukluk tanısı almış hastalarla yürütülen epidemiyolojik ve etiyolojik çalışmalardan elde edilen bulgular artıkça bu bozukluğa sahip olan kişilerin genel işlevsellik düzeyinin bozulmadığı anlaşılmış, iç görü ve yargılaması sağlam olan hastalarla psikoterapi yapılabileceği fikri yaygınlaşmaya başlamıştır. Psikoterapi yöntemleri arasında paranoid bozukluk tanısı almış hastaların en çok fayda gördüğü düşünülen bilimsel çalışmalarla sabit olan psikoterapi yöntemi Bilişsel Davranışçı Psikoterapidir. Ancak diğer psikoterapi yöntemlerinin paranoid bozukluk tanısı almış hastaların tedavisinde kullanılamayacağı veya kullanılsa da, fayda sağlamayacağına dair bilimsel kanıt bulunmamaktadır.

Paranoid bozukluğun psikofarmakolojik tedavisi hakkında yürütülen bilimsel çalışmalar fazlasıyla yetersizdir. Gerekli olması halinde paranoid bozukluk psikofarmakolojik ve psikoterapötik tedaviyle eşzamanlı olarak tedavi edilmelidir. Psikofarmakolojik tedavi alternatifleri arasında antidepresan türü ilaçlar, antipsikotik türü ilaçlar veya iki farklı ilaç türünün bir kombinasyonu yer almaktadır. Buna rağmen gerçekleştirilmiş bazı bilimsel çalışmalar paranoid bozukluğun tedavisinde reçetelendirilecek antidepresan ve antipsikotik türü ilaçların kombinasyonunda antidepresan türü ilaçların dozunun düşük tutulması gerektiğini ortaya koymuştur.⁹³

1.8.1. Psikofarmakolojik tedavi

Paranoid bozukluğun tedavisindeki ilk adım, doğru bir tanı koymaktır. İkinci adım ise paranoid bozukluğun birincil nitelik mi yoksa ikincil nitelik mi taşıdığını

⁹² Özge Doğanavşargil vd., "Türkiye'de Paylaşılmış Psikotik Bozukluk", **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, 1, 215-228, s.217-218

⁹³ Alexandre González-Rodríguez vd., "Delusional disorder: An overview of affective symptoms and antidepressant use", **The European Journal of Psychiatry**, 2013, 27(4), 265-276, p.266.

belirlemek, eğer ikincil nitelik taşıyorsa paranoid bozukluğa sebep olan altta yatan asıl sebebin tespit edilmesi gerekmektedir. Ayrıca paranoid bozukluğa eşlik eden başka bozukluklar olup olmadığının belirlenmesinin tedavi planı ve seçilecek tedavi yöntemi ve araçları açısından önem arz ettiği unutulmamalıdır. Paranoid bozukluğa eşlik ettiği en sık görülen belirtiler anksiyete ve depresif belirtilerdir. Paranoid bozukluğa anksiyete veya depresif belirtilerin eşlik etmesi halinde psikofarmakolojik tedavide antipsikotik türü ilaçların yanı sıra antidepresan ve trankilizan türü ilaçlar kullanılması kuvvetle muhtemeldir.⁹⁴ 2001 yılında yayınlanan ve 64 tane paranoid bozukluk tanısı almış hastayla yürütülen çalışmada hayat boyu başka bozuklukların eşlik ettiği görülmüştür. Yürütülen çalışmadan elde edilen bulgulara göre duygudurum bozuklukları kategorisinde paranoid bozukluğa eşlik eden, örneklem içindeki en yüksek yüzdeye sahip olan bozukluk %35.9'luk yüzde ile majör depresyon olduğu tespit edilmiştir. Anksiyete bozuklukları kategorisinde paranoid bozukluğa eşlik eden, örneklem içindeki en yüksek yüzdeye sahip olan bozukluk %9.4'lük yüzde ile Obsesif – Kompulsif Bozukluk olduğu ve diğer bozukluklar kategorisinde ise %7.8'lik oranla öne çıkan bozukluğun yeme bozukluğu olduğu tespit edilmiştir.⁹⁵ Marino ve meslektaşlarının İtalya'da yürüttükleri bilimsel çalışmadan elde edilen sonuçlara göre %50.7'lik bir oranla paranoid bozukluğa affektif eş tanının eşlik ettiğini ve %35.2'lik bir oranla mizaç değişikliğinin paranoid bozuklukla birlikte görüldüğü ortaya çıkmıştır. Hsiao ve arkadaşlarının 37 paranoid bozukluk tanısı almış hastayla gerçekleştirdikleri araştırmanın sonucuna göre 37 hastanın %43'ünde ilk görüşmede depresif belirtilerin varlığı tespit edilmiştir.⁹⁶

⁹⁴ Mohsen Jalali Roudsari vd., "Current Treatments for Delusional Disorder", **Current Treatment Options in Psychiatry**, 2015, 2(2), 151-167, p.157

⁹⁵ Umberto Albert vd., "Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in delusional disorder", **European Psychiatry**, 2001, 16(4), 222-228, p.225.

⁹⁶ González-Rodríguez vd., a.g.e., p.267.

Tablo-1 Farklı Antipsikotik Türü İlaçlar Ve Paranoid Bozukluğun Tedavisindeki Etkinliği⁹⁷

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

385 paranoid bozukluk tanısı almış hastayla yürütülen bilimsel çalışmanın sonuçları ortaya koymuştur ki; örneklemin %33.6'sı antipsikotik türü ilaçlarla tedaviye iyi düzeyde cevap vermiştir ancak herhangi bir antipsikotik türü ilacın bir diğerine tedavide etkinlik açısından üstün olduğu tespit edilememiştir.⁹⁸ Selektif serotonin gerisalinim inhibitörleri (SSRIs) ve serotonin noradrenalin gerisalinim inhibitörleri (SNRIs) paranoid bozukluğun tedavisinde en sık kullanılan ilaçlardır. Cinsel işlevsizlik, kilo alımı veya kaybı, uykusuzluk, huzursuzluk ve ajitasyon gibi sık görülen yan etkilerine rağmen göreceli olarak yan etkilerinin düşük olduğu bildirilmiştir. Farklı ilaçların kombine edilerek kullanılması paranoid bozukluğun tedavisinde sık karşılaşılan bir tedavi yaklaşımıdır.⁹⁹ Paranoid bozukluğun bir alt türü olarak veya şizofreni ile birlikte görülsün veya görülmesin, aldatılma sanrıları antipsikotik türü ilaçlarla tedavi edilmesi halinde iyileşme göstermektedir. Depresif bir bozukluğun parçası olarak ortaya çıksın veya çıkmasın takıntılı kıskançlık ise

⁹⁷ Roudsari vd., a.g.e., p.159.

⁹⁸ José E. Muñoz-Negro vd., "A Systematic Review on the Pharmacological Treatment of Delusional Disorder", **Journal of Clinical Psychopharmacology**, 2016, 36(6), 684-690, p.1-2.

⁹⁹ Roudsari vd., a.g.e., p.159.

selektif serotonin gerisalinım inhibitörü ilaçlarla tedavi edilmesi halinde gelişme görüldüğü bilinmektedir.¹⁰⁰

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde 1997-2007 yılları arasında yatarak tedavi görmüş, DSM-IV-TR'ye göre paranoid bozukluk tanısı almış 716 hastadan çalışmanın kriterlerine uygunluk açısından seçilmiş 466 hasta ile yürütülen bilimsel çalışmada hastalarla görüşmeler yapılmıştır. P<0.05 düzeyinde değerlendirilen araştırma bulguları şu şekilde özetlenebilir: Hastaların %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 antipsikotik ilaçların kullanımının tüm hastalar içerisinde %22.5 olduğu tespit edilmiştir.¹⁰¹

Olfaktör referans sendromuna sahip kişiler kendi vücutlarından rahatsız edici derecede kötü kokular yayıldığına ve bu sebeple diğer insanların kendisi hakkında olumsuz düşüncelere sahip olduğuna dair inançlara sahip olurlar. Erken yaşlarda ortaya çıkan bu sendromun etiyolojisine yönelik olarak psikanalitik temelli teoriler öne sürülmüş olsa da, bu teoriler zamanla etkisini yitirmiştir ve son zamanlarda olfaktör referans sendromunun subkortikal yapılardaki işlevsel bozukluklardan veya frontal hipoperfüzyon sebebiyle ortaya çıktığı görüşleri önem kazanmaktadır. Olfaktör referans sendromunun psikofarmakolojik tedavisine yönelik olarak literatüre başvurulduğunda pimozid veya risperidon ile tedavi edildiği görülmektedir. Ancak Atmaca ve arkadaşlarının yayınladıkları olgu sunumu niteliğindeki bir bilimsel çalışma olfaktör referans sendromuna sahip olan, 38 yaşındaki, erkek bir hastanın ketiyapin ile tedaviye iyi düzeyde cevap verdiğini ortaya koymuştur.¹⁰²

1.8.2. Psikoterapi

Psikotik belirtilerin tedavisinde antipsikotik ilaçların kullanımı, yaygın ve etkili bir yöntem olmasına rağmen psikofarmakolojik tedavinin sınırları olduğuna yönelik artan bir farkındalık söz konusudur. Kayda değer miktarda azınlık tedaviye direnç belirtileri gösterirken ve nüks riski yüksek düzeyde iken, sosyal fonksiyonlarda gelişme ile birlikte diğerlerinin belirtilerinde azalma görülmektedir. İlaç tedavisi ile kombine edilen psikoterapi belirtileri azaltırken aynı zamanda işlevsellik ve yaşam kalitesinin düzeyini arttırmaktadır. Psikotik belirtilerin hakim olduğu şizofreni,

¹⁰⁰ Michael Kingham and Harvey Gordon, "Aspects of morbid jealousy", **Advances in Psychiatric Treatment**, 2004, 10, 207–215, p.213.

¹⁰¹ Gülten Erben vd., "Son 10 Yıl İçerisinde Hastaneye Yatarak Tedavi Edilen Hezeyanlı Bozukluk Tanılı Olguların Psikofarmakolojik Profili: Bir Retrospektif Çalışma", **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 2009, 19(1), 14-18, s.14.

¹⁰² Murat Atmaca vd., "Ketiypin ile Tedavi Edilen Olfaktör Referans Sendromlu Bir Olgu Sunumu", **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 2011, 21(3), 246-248, s.246-247.

paranoid bozukluk gibi psikotik bozuklukların psikoterapisinde 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.¹⁰³

Son 50 yıldır BDT, en çok kullanılan psikoterapi yaklaşımı olma özelliğini korumaktadır. Günümüzde ise neredeyse tüm psikiyatrik bozuklukların psikoterapisinde başvuru ilk tercih olmaktır. BDT, 'en hızlı gelişen ve hakkında en çok araştırma yürütülen' psikoterapi yaklaşımıdır. 90'lı yıllardan beri şizofreni tanısı almış hastalara uygulanan psikoterapide önemli ve etkili bir role sahip olmuştur. Kronik şizofreni tanısı almış bir hastanın BDT yaklaşımı kullanılarak ilk kez tedavi edilmesi ise 1950'li yılların başlangıcına tekabül etmektedir. BDT'nin hızlı yükselişinin sebepleri kısmen pragmatik oryantasyonu, etkili teknikleri, hakkında yürütülen ve birçok saygın psikiyatri dergilerinde yayınlanan bilimsel araştırmalar, uygulanabilir egzersizleri, hastalara farkındalık kazandırma konusunda spontane bir biçimde artan ihtiyaçtır.¹⁰⁴

Şizofreni tanısı almış hastalar için geliştirilen BDT'nin odak noktası ilaca dirençli sanrıları ve halüsinasyonları olan hastaların nasıl rahatlatılabileceği idi. İlk hedefe ulaşıldıktan sonra BDT'nin kullanım alanı akut veya erken dönem psikozu, psikoz için yüksek risk taşıyan insanları ve nihayetinde şizofreninin tüm aşamalarını ve klinik özelliklerini kapsayacak şekilde genişletildi. BDT'nin etki düzeyini incelemek amacıyla çok sayıda deneysel nitelikli bilimsel çalışma yürütüldü. Ancak BDT'nin potansiyeli hususunda ilk günden beri sahip olan iyimserlik ve heves son zamanlarda karşılaşılan iki sorun sebebiyle yara almıştır. Birinci sorun; BDT'nin hangi bozukluklarda ve hangi hastalar söz konusu olduğunda etkili olduğu, ikinci sorun ise şizofreni tanısı almış hastalara uygulanan BDT'nin etkisinin zayıf olduğunun kanıtlanmasıdır.¹⁰⁵

BDT, karşılaşılan durumdan ziyade duruma yönelik yapılan yorumun duygusal tepkiye yol açtığı varsayımına dayanır. BDT'nin amacı, ne tür düşüncelere sahip olduklarını, ne tür değerlendirmeler ve yorumlar yaptıklarını analiz etmeleri, önyargılarının farkına varmalarını, bir düşüncüyü onaylarken ve reddederken kanıt

¹⁰³ Mahesh Menon vd., "Psychosocial approaches in the treatment of psychosis: Cognitive behaviour therapy for psychosis (CBTp) and metacognitive training (MCT)", **Clinical Schizophrenia & Related Psychoses**, 2017, 11(3), 156-163, p.3.

¹⁰⁴ Mads Gram Henriksen vd., "Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia: A Critical Evaluation of Its Theoretical Framework from a Clinical-Phenomenological Perspective", **Journal of Psychopathology**, 2013, 46, 249-265, p.249-250.

¹⁰⁵ Henriksen vd., a.g.e., p.250.

aramalarının gerekliliği ve daha gerçekçi alternatif düşünme yolları yaratmaları konusunda insanlara yardım etmektir. ¹⁰⁶

Psikoterapi sürecinde hastalar, belirtilerinin süregen olmasına sebep olan inançlarını ve düşünce tarzlarını tespit ederek değiştirmeye yönelik olarak cesaretlendirilir. Terapist sanrısız inançları değiştirmek için uyumsal düşünce düzenlerini değiştirmek amacıyla kullanılan ayrıntılı sorgulama tekniği gibi yaratıcı yöntemlere başvurabilir veya uyarlanabilen baş etme stratejilerinin gelişimine odaklanabilir. ¹⁰⁷

Meta-kognitif egzersizler BDT temelli bir yaklaşım olup arka kapı metodu niteliği taşımaktadır. Bireylerle sahip oldukları inançlar ve yaşadıkları deneyimler hakkında doğrudan konuşmaktansa meta-kognitif egzersizler yarı-öğretici nitelikteki modül serisi sunmaktadır. Böylece bireyler inanç oluşumları ile ilgili çeşitli kognitif önyargılar ve kognitif süreçler hakkında dolaylı yoldan bilgi sahibi olmaktadır. Birtakım interaktif alıştırmalardan geçerek sahip oldukları kognitif süreçlerden bazılarının gösterdikleri belirtilerin sebebi olabileceğini hesaba katmaya, bu ihtimal üzerinde düşünmeye davet edilen hastalara ev ödevleri verilerek bu ihtimal üzerinde kafa yormaları, analiz etmeleri ve doğrulamaları veya reddetmeleri sağlanır. Böylece hastalar tarafından seans dışı gerçekleştirilen çalışmalar sayesinde şüphe tohumları ekilir ve alışılmadık inançların oluşmasına zemin hazırlayan evrensel yatkınlılarının ve düşünce biçimlerine yerleşmiş önyargıların farkına varmaları amaçlanır. ¹⁰⁸

Meta-kognitif terapi, terapistin bilgiyi hasta için hazırlamasına imkan veren bireyselleştirilmiş bir uygulamadır. Hastaların günlük yaşamlarında ortaya çıkan muhtemel kognitif önyargıları ayrıntılı bir biçimde masaya yatırmak üzere yapılandırılmış olan meta-kognitif terapi 6 modülden oluşmaktadır. Modüller:

1. Erken sonuca varmak,
2. Şüphenin varlığına karşı önyargı,
3. Bellek ve üst-bellek,
4. Atıfsız önyargılar,
5. Zihnin teorisi,
6. Depresyon ve öz-saygıdır. ¹⁰⁹

Her şeyden önce meta-kognisyon kavramının hastaya 'kendi düşünme biçimi' şeklinde tanıtılması gerekmektedir. Bir kişinin sahip olduğu kendi inançları hakkında

¹⁰⁶ Menon vd., a.g.e., p.5,6.

¹⁰⁷ Menon vd., a.g.e., p.7.

¹⁰⁸ Menon vd., a.g.e., p.9.

¹⁰⁹ Menon vd., a.g.e., p.10-12.

düşünme gerekliliğine dair anlayışı kolaylaştıran bir yöntem olarak açıklanmalıdır. Bu yöntem üç ögeden oluşmaktadır. Bu ögeler:

1. Normalleştirme: Bu ögenin can alıcı noktası; bir kişinin olayları yorumlayışında hatalar olabileceği ihtimaline yönelik iç görüşü arttırmaktır. Terapistin bu doğrultudaki ilk hamlesi kişinin iç görüşünü arttırmak ve olaylar, kişiler veya durumlar hakkında yanlış yorumlara yol açan belli kognitif önyargılar hakkında meta-kognitif farkındalık oluşturmaya çalışmak olmalıdır.
2. Kognitif önyargılar ve sanrılar arasındaki ilişkiye yönelik bireylerin iç görüşünü arttırmak: İkinci öge, kognitif önyargılarda meydana gelen artış ile sanrılar arasındaki muhtemel bağlantıya ışık tutmaktır. Her modülün bir kısmı sanrılarının oluşumu ve varlığını sürdürmesi ile alakalı olan kognitif önyargıları tartışmaya ayrılmıştır. Tartışmalar, egzersizler ve ev ödevleri sayesinde kognitif önyargının olayların değerlendirilmesinde nasıl sorunlar yaratabildiğini ve dahi psikotik atağı tetikleyebildiğini öğrenirler.
3. Sanrısız inançlara şüphe tohumu ekmek: Nazik ve dolaylı bir tarz benimsenerek kişiler sahip oldukları inançları ile sanrısız inançların oluşumunda ve varlığını sürdürmelerinde muhtemelen rol oynayan kognitif önyargıları hakkında düşünceleri için cesaretlendirilir. Bu öge, ikinci ögenin daha sağlam, daha kişisel, daha deneyim temelli ve daha sezgisel olmasını sağlar.¹¹⁰

Meta-kognitif egzersizlerin birincil klinik amacı psikotik bozukluk tanısı almış hastaların sahip oldukları inançlarını incelemelerine ve alternatif açıklamaların varlığını ve kognitif önyargı olasılığını hesaba katmayı öğrenmelerine yardımcı olmaktır. Böylece sanrılarının çerçevesinin değiştirilmesi hedeflenmektedir. Bu yaklaşım temel alınarak yürütülen çalışmalar sayesinde gelecekte geliştirilen iç görüden faydalanarak herhangi bir inanca genellemek mümkün olabilir. Böylece tedavi sonrası için veya nüks ihtimalini azaltmak için yararlarından faydalanabileceğimiz bir araca sahip olmuş oluruz. Meta-kognitif egzersizlerin etki düzeyini belirlemek amacıyla yürütülen ilk bilimsel çalışmalar, bu yaklaşımın etkili olduğunu ortaya koymuştur. Daha erken dönemde gerçekleştirilen bilimsel araştırmalar ise meta-kognitif egzersizlerin sanrısız inanışın ve sanrılarının sebep olduğu stres düzeyinin azalmasında etkili olduğunu ortaya koymuştur.¹¹¹

Psikotik bozukluklar ile kişilik bozukluklarının psikoterapisinde kullanılan üst biliş yönelimli terapi yaklaşımlarının ana amacı üst bilişi ve öznel deneyimlerin sorunlu şekillerine ve sosyal davranışı yönlendiren şemalara yönelik farkındalığı

¹¹⁰ Devvarta Kumar vd., "Using the back door: Metacognitive training for psychosis", **Journal of Psychological, Social and Integrative Approaches**, 2015, 2(7), 166-178, p.170-171.

¹¹¹ Kumar vd., a.g.e., p. 171-172.

arttırmaktır. Bu hedefe ulaşıldığında ve hasta mental durumu hakkında daha iyi değerlendirmelerde bulunabilecek bir pozisyona geldiğinde, terapist kendisi ve diğerleri hakkındaki basmakalıp düşüncelerini sorgulamasına, uyumlu bir sosyal hayata sahip olmak adına yeni anlamlar bulmasına ve bastırıldığı veya ulaşamayacağını düşündüğü arzularını tatmin etmesi için yardım eder. Terapistler terapötik ilişkiyi taktiksel biçimde düzenleyen operatörler gibi hareket ederler ve terapötik ilişkiye zarar verebilecek durumları engellemeye ve telafi etmeye çalışırlar. Üst bilişi geliştirmek amacıyla uygulanan bu yaklaşımın aşamaları arasında en önemli olanı hastaların otobiyografisinin belirli kısımlarını açığa çıkarmak üzerindedir. Psikotik bozukluk tanısı almış hastalar (ki kişilik bozukluğuna sahip hastalarda psikotik belirtiler görülmektedir) sıklıkla yaşadıkları acıları ve sorunlarını anlamlı bir hikaye üzerinden dile getirmekte başarılı olamazlar. Bu durumun sebebi, hastanın sergilediği belirtiler olabilir, bu yüzden bu hastalar terapistlerine duydukları seslerin hayatlarını yönettiğini söyleyebilirler. Bu hususta hastaların verebileceği alternatif tepkiler arasında neden acı yaşadıklarına dair teoriler üretmeleri, diğerlerinin neden kendisiyle uğraştığına dair farazi sebepler sunmak ve az konuşmak yer alabilmektedir. Bu söylem tarzları ancak sınırlı miktarda bir bilgiye ulaşmaya imkan vermekte ve terapistin hastanın kafasından neler geçtiğini anlamasına yardımcı olacak ayrıntılı bilgiden mahrum bırakılmaktadır. Buna rağmen hastanın kendisini anlatmasına izin vermek, hastanın öznel deneyimleri, sorunlu duyguları, kişiye özgü yorumları, kendisi ve diğerleri hakkındaki önyargılı değerlendirmeleri hakkında terapistin ipucu elde etmesine imkan verebilecek en verimli zemin olma özelliği taşımaktadır. Hasta tarafından anlatılan öyküleri analiz ederek zayıf üst bilişi tespit etmek mümkün olabilir. Duygusal anlamda hastanın öz farkındalıktan yoksun olması hastanın neden acı yaşadığını ve belirtilerin nereden kaynaklandığını belirlemeyi zorlaştırmaktadır. Bu bağlamda terapistin bir duyguyu neyin açığa çıkardığını, bir duygunun davranışı nasıl tetiklediğini ve hangi tepkimesel şartlar altında belirtilerin ortaya çıktığını anlaması gerekmektedir.¹¹²

¹¹² Giampaolo Salvatore vd., "Metacognition-Oriented Therapy for Psychosis: The Case of a Woman With Delusional Disorder and Paranoid Personality Disorder", **Journal of Psychotherapy Integration**, 2012, 22(4), 314–329, p.316.

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

2.1. Araştırmanın konusu

Yürütülen tez araştırmasının konusunu ruhsal hastalıkların tanı sürecinde en sık başvurulan psikometrik testlerden biri olan Rorschach Testinde paranoid bozukluğa özgü olan veya ayırıcı nitelik taşıyan tepkilerin tespit edilmesi ve paranoid bozukluğun bilinen klinik özelliklerin Rorschach Test Araştırma Formu çerçevesinde tekrar gözden geçirilmesi oluşturmaktadır.

Gerçekleştirilen araştırmada tercih edilen araştırma modeli betimsel tarama modelidir. Betimsel tarama modeli geçmişte var olmuş veya halen var olmaya devam eden bir olayın ne olduğunu, nelerden oluştuğunu, özelliklerini özgün haliyle, hiçbir şekilde müdahale etmeden farklı boyutlarıyla açıklamaya, betimlemeye çalışan araştırma modelidir.¹¹³ Araştırmada örneklem alma yöntemi olarak rastgele örneklem alma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini İç Gözlem Psikiyatrik ve Psikolojik Danışma Merkezinde 2010-2017 yılları arasında uygulanan, paranoid tanısı almış yaşları 18 ile 45 arasında değişen, 15'i kadına, 15'i erkeğe ait toplam 30 adet Rorschach Test protokolü oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini ise İç Gözlem Psikiyatrik ve Psikolojik Danışma Merkezinde 2010-2017 yılları arasında uygulanan, paranoid tanısı almış yaşları 18 ile 45 arasında değişen tüm Rorschach Test protokolleri oluşturmaktadır.

2.2. Araştırmanın amacı

Yürütülen tez araştırmasının amacını Rorschach Testi kullanılarak paranoid bozukluk tanısı almış 30 adet test protokolü Rorschach Testi Araştırma Formu kullanılarak değerlendirilmesi yoluyla anlamlı tepkilerin tespit edilmesi ve paranoid bozukluğun klinik özelliklerinin belirlenmesi oluşturmaktadır.

2.3. Araştırmanın önemi

Paranoid bozukluğa sahip olan hastaların genel işlevsellik düzeylerinde kayda değer bir düşüş meydana gelmemesine rağmen sanrıların sıklığı, niteliği, niceliği veya şiddeti sebebiyle hastaların ilişkilerine ve hayatlarına ciddi hasarlar verebilme potansiyeli olan bir bozukluktur. Bu bakış açısından bakıldığında, paranoid bozukluğun tedavi süreci kadar tanı sürecinin doğru ve etkin bir biçimde gerçekleştirilmesi gerektiği makul ve doğru bir varsayımdır. Projektif nitelik taşıyan Rorschach Testinde bu bozukluğa sahip kişilerin verdiği tepkilerin incelenerek özgün veya ayırıcı nitelikteki tepkilerin tespit edilmesine katkıda bulunmayı amaçlayan bu tez araştırmasının hastaların tedavi sürecine dolaylı olarak, tanı sürecine ise doğrudan katkıda bulunacağı veyahut en azından tanı sürecinde psikiyatrist

¹¹³ Remzi Yavaş Kınal, **Bilimsel Araştırma Yöntemleri**, Nobel Yayıncılık, Ankara, 2017, s.111.

hekimlere yardımcı olacağı düşüncesini taşımaktayım. Ayrıca paranoid bozukluğun doğası gereği bu bozukluğa sahip olan hastalar genellikle tedavi arayışına girmemeleri sebebiyle paranoid bozukluğa yönelik yürütülen deneysel, etiyolojik, epidemiyolojik, psikofarmakolojik veya psikoterapi araştırmaları gerek uluslararası literatürde gerekse Türkçe literatürde fazlasıyla sınırlıdır. Paranoid bozukluğa yönelik sınırlı bilgi birikiminin klinisyenler ve akademisyen için yarattığı zorluğu azaltmak, literatürdeki eksikliğin giderilmesine ve mümkünse paranoid bozukluğun doğasına dair yeni bilgilerin ortaya konmasını amaçlaması sebebiyle önem arz etmektedir.

2.4. Araştırmanın varsayımları ve sınırlılıkları

Yürütölen tez araştırması için geçerli olan varsayımlar ve sınırlılıklar ayrı ayrı olmak üzere aşağıda listelenmiştir:

Tez araştırmasının varsayımları:

6. Rorschach testi ruhsal bozukluklar tanı sürecinde yeterli, yetkin ve etkin olan projektif bir testtir.
7. Araştırma örneklemi olarak alınan 30 adet Rorschach test protokolü evreni yansıtmaktadır.
8. Test protokollerinde yer alan tepkiler denekler tarafından dürüstçe verilmiştir.
9. Verileri istatistiksel olarak analiz etme aşamasında kullanılan Rorschach Araştırma Formu verilerin incelenmesi için yeterli, yetkin ve etkin bir araçtır.
10. Tez araştırmasının örnekleminin tek bir kurumdan alınması, örneklemin evreni temsil etmesine engel değildir.

Tez araştırmasının sınırlılıkları

4. Tez araştırması yaşları 18 ila 45 arasında değişen, 15'i kadın ve 15'i erkeğe ait olmak üzere 30 adet Rorschach test protokolü ile sınırlıdır.
5. Tez araştırmasında incelenen ruhsal bozukluk sadece paranoid bozukluk ile sınırlıdır ve paranoid bozukluğa eşlik eden sanrıların türlerinin belirlenmesi kapsam dışında bırakılmıştır.
6. Tez araştırmasının evreni ve örneklemi İç Gözlem Psikiyatrik ve Psikolojik Danışma Merkezi bünyesinde uygulanan Rorschach testleri ile sınırlıdır.

2.5. Araştırmanın hipotezleri

Bu tez çalışması kapsamında teste tabii tutulmak üzere ileri sürölen paranoid bozukluk tanısı almış kişilere yönelik hipotezler aşağıdaki gibidir:

11. Dış gerçeklere yaklaşımlarında her şeye hakim olma çabalarıyla birlikte telafiye yönelik davranış görölr. İç güvensizliği nedeniyle olayları mutlak bir bütün olarak ele almaya, olaylar üzerinde denetim kurmaya çalışan ancak bunu başaramadığında yani komplike, önemli bütünleştirmelere

gidemediğinde olayların çok küçük, önemsiz ayrıntılarına takılıp kalan davranış tarzı görülür. Dd ve ilkel G' tepkilerinin mevcut olduğu protokollere sahiptirler. Ve/ya kaçış davranışıyla belirlenen savunucu yaklaşım ve inhibisyon ile negativizm görülür. Olaylar karşısında inhibisyona uğrayan, güvensizliği nedeniyle olaylara yüz yüze gelmek ve kendinden açık vermek korkusuyla kaçış davranışına sığınan yaklaşım tarzını benimserler. Tepki sayısı az ve Ad veya Hd tepkilerinin mevcut olduğu protokollere sahiptirler.

12. Gerçeklerin algılanması ve değerlendirilmesinde aşırı biçimci ve kurudurlar. Olaylara kendinden bir şeyler katmayan, yaratıcı olamayan, olayları oluşturan şartları düşünmeksizin bunları karşılaştığı biçimiyle değerlendirmeye giden bir yaklaşım tarzını benimserler. F yüzdesi, D yüzdesi, A yüzdesin ile K ve Ka tepkilerinin hiç olmaması veya çok az sayıda olması ile karakterize protokollere sahiptirler.
13. Duygularının ifadesi ve kullanımında aşırı bastırmaya başvururlar. Test protokollerinde renk tepkisine rastlanmaz.
14. Affektif gereksinim ve ifadeler tümüyle bastırılmıştır. FE, EF ve K tepkilerine rastlanılmaz.
15. Sosyal çevre ile ilişkilerinde izolasyona başvurur. Test protokollerinde bu durum H, K ve renk tepkilerinin olmadığı, devitalizasyonun çok fazla olmasıyla karakterizedir.
16. Bu kişilerin duyduğu anksiyetenin niteliği, dış nedenlere bağlı fobik türde anksiyetedir. Test protokollerinde FClob, şeytan, canavar vb. tepkilerle karakterizedir.
17. Agresif ve cinsel dürtülerin ifadesi kontrollüdür. Bu özellik kendisini test protokollerinde K tepkileriyle agresiviteye işaret eden tepkilere rastlanmamasıyla kendisini gösterir.
18. Beden imgesiyle alakalı güvensizlik duyguları mevcut olabilir. Bu sebeple üçüncü karta verilen tepki veya tepkilerinin analiz edilmesi gerekmektedir.
19. Paranoid bozukluk tanısı almış hastaların kişilik tipi genellikle daralmış niteliğe sahip olur. Değerlendirme için O:O puanının değerlendirilmesi gerekmektedir.
20. Katı savunma mekanizmalarına sahip olan zayıf bir egoya sahip olurlar. Bu durum kendisini test protokollerinde K ve renk tepkilerinin hiç olmaması veya çok az olmasıyla belli etmektedir.

2.6. Veri toplama araçları

Tez çalışmasında kullanılan veriler İç Gözlem Psikiyatrik ve Psikolojik Danışma Merkezi bünyesinde uygulanan ve paranoid bozukluk tanısı almış 30 adet

Rorschach Test protokolünden elde edilmiştir. Bu test protokolleri 15'i kadın ve 15'i erkek olmak üzere yaşları 18-45 arasında değişen toplam 30 farklı kişiye aittir. Verilerin istatistiksel analizinde araştırmacıya rehberlik etmesi amacıyla Rorschach Araştırma Formunun kullanılması tercih edilmiştir.

2.6.1 Rorschach testi

1921 yılında İsviçreli psikiyatrist Hermann Rorschach tarafından kişilik dinamiklerini açığa çıkartmak amacıyla geliştirilen Rorschach Testi, Yani Anastasiadis tarafından Türkçeye çevirisi yapılarak Türk literatürüne kazandırılmış projektif bir testtir. Rorschach Testi deneğin hayal gücünü kullanarak iç dünyasında olup bitenleri kontrollü bir ortamda verdiği tepkilerle testöre yansıtmasına imkan vermektedir. ¹¹⁴ Projektif test terimini 1939 yılında geliştiren Lawrence K. Frank projektif testlerin kişilere belirsiz birtakım uyaranlar sunup bu uyaranlara tepki vermelerini isteyerek kişilerin bilişsel, davranışsal veya emosyonel süreçleri hakkında bilgi sahibi olunmasına yardım edeceğini ileri sürmüştür. ¹¹⁵ Projektif testleri özgün ve ruhsal hastalıkların tanısıl sürecinde kıymetli hale getiren genel özellikleri; dolaylı bir yol izlediği için kişinin verdiği cevapların ne anlama geldiğini önceden bilememesi, objektif testlerin aksine kişiye geniş bir cevap özgürlüğü tanınması, kişiyi ve kişinin kişiliğini bütün olarak değerlendirme amacı gütmesidir. ¹¹⁶

Bilimsel çalışmalarını psikiyatrist Eugen Bleuler ile yürütmüş olan, başta Jung olmak üzere psikanaliz akımından fazlasıyla etkilenmiş olan Hermann Rorschach psikanaliz üzerine birçok bilimsel makale yayınlamış ve 1911 yılında mürekkep lekeleriyle ilgilenmeye başlamıştır. Mürekkep lekelerine olan ilgisi zamanla çığ gibi büyüyen Hermann Rorschach sonunda başyapıt niteliğinde olan Psikodiagnostik isimli kitabını yayınlamıştır ki; bu yapıtın orijinal başlığı "algılamaya dayalı tanısıl test" olup normal, nevrotik ve psikotik vakaları içermektedir. ¹¹⁷

Mürekkep lekeleri vasıtasıyla algıyı incelerken farklı ruhsal hastalıklara sahip grupların farklı tepkiler verdiği fark eden Hermann Rorschach mürekkep lekelerini kişilik dinamiklerini ortaya çıkarmanın yanı sıra tanısıl amaçla kullanmaya başlamıştır. Hermann Rorschach kendisine sunulan mürekkep lekelerini gördüğünde kişinin duyumlarını kaydettiğini, bu duyumları geçmişteki deneyimlerine dayanarak imgelere dönüştürdüğünü ve nihayetinde benzer hafıza izleriyle

¹¹⁴ Tefika İkiz vd., **Rorschach Kodlama Kitabı 2: Yetişkin Normları**, Bağlam Yayıncılık, İstanbul, 2009, s.9.

¹¹⁵ M. Orhan Öztürk, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Feryal Matbaası, Ankara, 2004, s.159.

¹¹⁶ Öztürk, a.g.e., s.159.

¹¹⁷ Tefika İkiz Tunaboşlu, **Rorschach Testinin Psikanalitik Yorumu – I**, Bağlam Yayıncılık, İstanbul, 2001, s.13-14.

sentezleyerek oluşturduğu imgelere özgün bir anlam yüklediğini ileri sürmektedir. ¹¹⁸

119

Hermann Rorschach'ın vefatından sonra kendisinin geliştirdiği Rorschach Testinin farklı ekoller ortaya çıkmıştır. Bu farklı ekoller sebebiyle günümüzde Rorschach Testinin uygulanması, kodlanmasına ve yorumlanmasına yönelik ortak bir görüş ve yöntem bulunmamaktadır. Farklı ekollerin kurucuları arasında Beck, Klopfer, Piotrowski, Rappaport ve Exner sayılabilir. Ayrıca Hertz ve Schaffer yorumlama anlamında önemli katkılarda bulunarak ve Beizmann ise 1966 yılında yayınladığı "Form Yanıtlarının Puanlaması" isimli başyapıt niteliğindeki kitabı sayesinde Rorschach Testi aracılığıyla yürütülen bilimsel çalışmalara istatistiksel bir temele oturtmak suretiyle testin tarihsel gelişiminde ön plana çıkmışlardır. ¹²⁰¹²¹ Farklı ekoller, farklı teknikler kullanmasına rağmen tüm ekoller Hermann Rorschach'ın geliştirdiği orijinal yönteme sadık kalarak aynı test materyalini kullanmaya devam etmişlerdir. ¹²²

2.6.1.1. Rorschach testinin uygulanması

Rorschach Test materyali siyah ve kromatik renklerden müteşekkil olan mürekkep lekelerinin bulunduğu on adet karttan ve kayıt formundan meydana gelmektedir. Bireysel olarak uygulanması gereken test yedi ila yetmiş yaş arasındaki bireylere uygulanabilmektedir. Her kart içerisinde şekil, renk, hareket ve gölge içermektedir. Kartların kendine has renk nitelikleri bulunmaktadır. Bir, dört, beş, altı ve yedi numaralı kartlar koyu renkli, siyah ve beyaz, iki ve üç numaralı kartlar siyah ve kırmızı renklerden oluşurken sekiz, dokuz ve on numaralı kartlar ise pastel renklere sahiptir. Kartlar arasında renk farklılıkları olmasına rağmen tüm kartların ortak iki özelliği simetrik ve bir eksen etrafında oluşmuş olmalarıdır. ¹²³¹²⁴

Rorschach Test materyali olarak kullanılan her kartın belirli bir anlamı vardır. Bir numaralı kart, deneğe ilk kez sunulan beklenmedik, yeni ve yapılandırılmamış uyaran olma özelliği taşıması sebebiyle önem arz etmektedir. Arz ettiği bu önem sebebiyle bu kartta verilen tepkiler içerik ve yapı açısından ciddiye ele alınmalıdır. Ayrıca bir numaralı kart, deneğin böyle bir durum karşısında nasıl reaksiyon vereceğine dair bilgi vermesi sebebiyle de önemlidir. İki numaralı kart, deneğin dürtü

¹¹⁸ Anne Anastasi, **Psychological Testing**, Libraries Australia, New York, 1970, p.495-498.

¹¹⁹ Hermann Rorschach, **Psychodiagnostics: A Diagnostic Test Based on Perception**, Grime and Stratton, New York, 1969, p.17-18.

¹²⁰ A. Kadir Özer, **Rorschach: Bütünleyici Exner Sistemi**, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul, 1994, s.3-5.

¹²¹ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.24-27.

¹²² Cecile Beizmann, **Le Rorschach de l'enfant à l'adulte**, Delachaux et Niestlé, Paris, 1982, p.22.

¹²³ Anastasi, a.g.e., p.495-498.

¹²⁴ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.82-86.

ve duygularıyla ne şekilde baş ettiği konusunda bilgi vermektedir. İki numaralı kart, ayrıca kırmızı rengin ilk kez deneğin karşısına çıktığı kart olması sebebiyle önem arz etmekle birlikte varsa deneğin sahip olduğu agresif dürtüleri tetiklemesi amacıyla kartın içine yerleştirilmiştir. Üç numaralı kart, beden imgesi kartı olarak bilinir ve kişinin beden imgesinin doğasına dair testöre bilgi verir. Bu kartta erkek cinsiyetindeki deneklerden erkek tepkisi, kadın cinsiyetindeki deneklerden ise kadın tepkisi vermeleri beklenir. Deneğin belirlenen söz konusu normun dışına çıkması halinde sonuca varmadan önce üç numaralı kartla beraber dört ve altı numaralı kartlara verilen tepkilerin birlikte analiz edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Dört numaralı kart, deneğin otorite/erkek figürüne bakış açısı ve söz konusu figürle ilişkisinin niteliğine dair bilgi edinmemize olanak sağlayan karttır. Bazı araştırmacılar bu karta baba kartı da demektedirler. Bu adlandırmanın sebebi; dört numaralı kartın babaya dair birtakım özellikleri barındırmasıdır. Ancak testör değerlendirme aşamasında dört numaralı kartın sadece otorite veya baba figürüyle sınırlı olduğunu düşünme yanılığısına düşmemelidir. Bu kartın genel anlamda deneğin erkeklerle bakış açısı ve eğer deneğin cinsiyeti erkek ise bir anlamda deneğin toplumsal cinsiyet bazlı kimliğine yönelik bilgi verdiği unutulmamalıdır. Ayrıca bu kart deneğin gölge detayları ve seksüel uyanlarla ilk kez karşılaştığı kart olması sebebiyle önem arz etmektedir. Beş numaralı kart deneğin dış gerçeklere olan yaklaşımı hakkında bilgi vermektedir. Diğer bir deyişle, deneğin dış dünyadaki uyanlara yönelik değerlendirmelerinin ne ölçüde realiteyle uyumlu olduğuna dair testörün bilgi edinmesine imkan tanımaktadır. Altı numaralı kart cinsellik kartı olarak bilinmektedir. Kartın tamamı deneğin cinselliğe olan bakış açısı, tutumu hakkında bilgi edinmemize yardımcı olurken kartın üst kısmı erkek cinselliği ile, kartın alt kısmı ise kadın cinselliği ile özdeşleştirilmiştir. Yedi numaralı kart bazı araştırmacılar tarafından anne kartı olarak tanımlanırken diğer araştırmacılar tarafından kadın kartı olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlamaların altında yatan temel mantık; yedi numaralı kartın efemine birtakım özellikler taşımasıdır. Bu kart deneğin anne veya kadın figürüne bakış açısı ve bu figürle ilişkisinin niteliği hakkında bilgi vermektedir. Bu kart değerlendirilirken efeminen özellikli tepkiden önce veya sonra gelen tepkinin birlikte analiz edilmesi önem arz etmektedir. Sekiz numaralı kart, sosyal çevre kartı olup deneğin sosyal çevre ile ilişkisi hakkında testörün bilgi edinmesine olanak verir. Ayrıca tamamen renkli ilk kart olması sebebiyle ayrı bir öneme sahiptir. Dokuz numaralı kart benlik kartı olup deneğin kendisiyle ilişkisi, kendi benliğine yönelik bakış açısı hakkında bilgi verir. Ayrıca deneğin ağırlıklı olarak kullandığı savunma mekanizması hakkında bilgi vermesinin yanı sıra varsa empulsif patlamalar yaşayan hastaların tespitinde son derece faydalı olan kartlardan biridir. On numaralı kart

deneğin global tepkisi vermesinin en zor olduğu kart niteliği taşıması sebebiyle genellikle denekler bu kartta ayrı tepkiler vermeyi tercih ediyor veya çözülme anksiyetesine sahip olan hastalarda ise birbirinden ayrı olarak verilmiş olan uyarıları birleştirmeye yönelik çabaların ön plana çıktığı görülmektedir. On numaralı kartta global tepkilerinin en fazla görüldüğü patolojik gruplar Borderline ve Narsistik kişilik bozukluğu veya kişilik yapısı, Bipolar Bozukluk veya paranoid durumdur.¹²⁵

Standardize edilmiş Rorschach Testinin amacı, deneğe yapılandırılmamış bir uyarı sunarak deneğin söz konusu uyarıyı algılayış biçimini incelemektir. Test uyarılarının yapılandırılmamış nitelikte olması sayesinde her deneğin kendine has deneyimleri ve sahip olduğu kişilik özellikleri doğrultusunda tepkiler vermesine imkan sağlamaktadır. Böylece her denek teste verdiği özgün tepkiler aracılığıyla duygularını, düşüncelerini, içsel yaşantı ve çatışmalarını testöre yansıtılabilmektedir. Ayrıca Rorschach Testinin belirsiz birtakım şekillerin denekler tarafından özgürce yorumlanmasına temeline dayanan bir test olması sebebiyle 'psikolojik bir deney' niteliği taşımaktadır.¹²⁶¹²⁷

Hermann Rorschach testörün testi verirken deneğe "Bu sizce ne olabilir?" sorusunun sorulması gerektiğini ileri sürmüştür. Ancak zaman içinde ortaya çıkan farklı ekoller ile birlikte ilk ve orijinal yönergeye birtakım eklemeler yapılarak genişletilmiştir. Zaman içinde yapılan eklemelerin en fazla öne çıkanının "Bu test on adet mürekkep lekesinden oluşturmadır" türünde ifadeler olduğu göze çarpmaktadır.¹²⁸ Deneğe kronolojik sıra takip edilmek suretiyle kartlar birbiri ardına verilirken "Bu ne olabilir?" diye sorulmaya devam edilir. Deneğin kartları eline almakta, gözüne istediği kadar yakın veya uzak mesafede tutmakta ve istediği yöne döndürmekte özgür olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca denek her kartı istediği kadar incelemekte özgürdür. Testör her kartta en az bir tepki almaya gayret etmelidir ancak tepki almak için deneği yönlendirmekten kaçınılmalıdır.¹²⁹ Rorschach Testinin önemli öğelerinden biri de ankettir. Anket sayesinde testörün deneğin gördüğü şeyin ne olduğunu ve tam olarak ilgili kartın hangi kısmında yer aldığını, form, hareket ve renk ayrıştırıcılarını tespit etmesine imkan vermektedir.¹³⁰

¹²⁵ Perihan Mutlu Esentürk Hacıosman, **Rorschach Testi Nedir, Ne Değildir?**, Organon İlaçları, İstanbul, 2006, s.17-22

¹²⁶ Anastasi, a.g.e., p.495-498.

¹²⁷ Neriman Samurçay, **Projektif Psikoloji ve Psikoanalitik Yaklaşım**, Ankara Üniversitesi Dil Tarih Coğrafya Fakültesi, Ankara, 1983, s.19-52.

¹²⁸ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.69.

¹²⁹ Bernard Kronenberg and Paul Victor Lemkau, **Rorschach Psychodiagnostics**, Verlag Hans Huber A.G., Switzerland, 1975, p.21-53.

¹³⁰ Samurçay, a.g.e., s.19-52.

Rorschach Testinin kodlanmasının ve yorumlanmasının zor olması ve testörün klinik deneyimlerinden bağımsız olmaması sebebiyle tecrübeli ve donanımlı bir psikolog tarafından uygulanması testin sonuçlarının güvenilirliği doğru orantılıdır.¹³¹

Sonuçların güvenilirliği açısından Rorschach Testi belli kurallar çerçevesinde uygulanması gereken projektif bir testtir. Rorschach Testi deneğin rahat edeceği, güvenli bir ortamda uygulanmalıdır. Her türlü baskı, zorlama, kaygı ve korkunun test sonuçlarını olumsuz etkileyeceği unutulmamalıdır. Şayet denek test hakkında bilgi sahibi değilse testör tarafından bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bilgilendirme sırasında zeka veya kişilik gibi kavramların kullanımından kaçınılması deneğin yanıltıcı yanıtlar vermesini önleyecektir. Bu sebeple testörün deneğe hayal gücünü ölçen bir test olduğunu söylemesi bu şartlar altında yapılacak en tarafsız açıklamadır. Deneğin testöre test sonuçlarını etkileyecek sorular sorması halinde, testörün deneğe testin bitiminde kendisine ayrıntılı açıklamada bulunacağını söylemesi gerekmektedir. Test materyali olan kartlar birinci kart en üstte ve şekillerin görülmeyeceği bir pozisyonda masanın üzerine konulur ve kronolojik sırayla deneğe gösterilir. Rorschach Testi gün ışığında ve mümkünse sabah uygulanmalıdır ve asla yapay ışıkta uygulanmamalıdır.¹³²¹³³

2.6.1.2. Rorschach testi kodları

Teste verilen tepkilerin kodlama işlemi üç farklı anlamdan meydana gelmektedir. Bu anlamlar; verilen tepkinin şeklin ne kadarlık bir kısmını kapsadığını ifade eden lokalizasyon, verilen tepkinin niteliği ve verilen tepkinin içeriğidir. Her bir tepki farklı harf indeksleri kullanılarak ifade edilmektedir.¹³⁴

G (Global) Tepkileri: Şeklin tümüne yönelik deneğin verdiği tepkileri ifade etmektedir. G tepkileri deneğin bütünleştirme ve soyutlama yetisi, farklı uyaranları başarılı bir şekilde sentezleyebilme yetisini ve gerçeklere veya olaylara güncel anlamda yaklaşabilme yetisinin düzeyi hakkında bilgi vermektedir. Affektif etmenlerden etkilendiği düşünülen G tepkileri ayrıca deneğin dış uyaranları algılayış, kavrayış ve gerçek ile ilişki kurma yetisinin doğası hakkında da bilgi edinilmesine olanak tanımaktadır.¹³⁵¹³⁶¹³⁷

D (Detay) Tepkileri: Şeklin bir kısmına yönelik algılamalardan meydana gelen tepkileri ifade etmektedir. Verilen tepkinin kartın bir bölümüne yönelik olması

¹³¹ Samurçay, a.g.e., s.19-52.

¹³² Samurçay, a.g.e., s.19-52.

¹³³ Feriha Baymur, **Genel Psikoloji**, İnkilap ve Anka Basımevi, İstanbul, 1983, s.265.

¹³⁴ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.94.

¹³⁵ Tefika İkiz Tunaboşlu, **Rorschach Kodlama Kitabı 1 Ergen Normları**, Bağlam Yayıncılık, İstanbul, 2007, s.10-13.

¹³⁶ Kronenberg and Lemkau, a.g.e., p.21-53.

¹³⁷ Samurçay, a.g.e., s.19-52.

itibariyle göreceli olarak yalıtılmış bir nitelik taşır ve deneğin dış dünyadaki uyarınları bilişsel olarak algılaması sürecinde bir uyarınlı diğerinden ayırt ederek anlamlandırabilme yetisine dair bilgi verir.¹³⁸

Dbl (Detay Planş) Tepkileri: Kartta yer alan siyah alanların haricindeki beyaz alanlara yönelik olarak verilen tepkileri ifade etmektedir. Deneğin kendisinden isteneni yapma hususunda gösterdiği dirence, testöre yönelik muhalefete ve deneğin hafif düzeyde psikotik özellikler taşıdığına işaret edebilir. Bununla birlikte deneğin kendisine verilen yönergeyle yetinmeyip kendi düşünceleri doğrultusunda karar alabilme ve tepki verebilme kapasitesine işaret edebileceği de göz önünde tutulması gereken bir alternatif düşüncedir.¹³⁹¹⁴⁰

Ddbl Tepkileri: Büyük detaya yönelik olarak verilen bir tepkidir.¹⁴¹

DblG Tepkileri: Deneğin hem bütünü görebildiği ve aynı zamanda boşluklara yönelik tepkiler verdiği durumlarda kullanılan kodlama şeklidir.¹⁴²

DG Tepkileri: Deneğin uyarandaki bir detaydan yola çıkarak bütüne yönelik bir yorumda bulunduğu durumlarda kullanılan bir kodlama şeklidir.¹⁴³

F (Form) Tepkileri: Anormal ve normal denek gruplarında görülen bir tepki olup deneğin neyi, nerede gördüğüne göre değişen durumları ifade etmek için kullanılan bir kodlama indeksidir. F tepkileri deneğin gerçeği test etme yetisi, ego gücü ve işlevleri, yargılama, değerlendirme ve düşünme yetisi hakkında bilgi vermektedir.¹⁴⁴ F tepkileri F⁺ (iyi form) ve F⁻ (kötü form) olmak üzere iki şekilde kodlanmaktadır.

F⁺ tepkileri olumlu yanıtları, diğer bir deyişle denek tarafından verilen tepkinin, söz konusu uyarınlı arasındaki uyumun yüksek düzeyde olduğu durumu ifade etmektedir. Deneklerin verdiği F tepkilerinin olumlu veya olumsuz olarak tanımlanmasında toplumda sayıca fazla kişinin deneğin verdiği tepkiyi verip vermediğine bakılır.¹⁴⁵ F tepkilerinin yüzdesi test sonuçlarının değerlendirilmesinde önemli bir yere sahiptir. %100 oranında veya %100 oranına yakın F⁺ yüzdesi deneğin katı ve rijit bir düşünce yapısına veya kuvvetli bir entelektüel kapasiteye sahip olduğuna işaret edebilmektedir.¹⁴⁶ F⁺ tepkilerinin %60 ve civarında olması normal kabul edilmekte, bu oran %60'ın altında düştüğünde bir patolojinin varlığı

¹³⁸ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹³⁹ Elif Güneri, Şizofreni Ve Bipolar Affektif Bozukluk – Manik Epizod-Tanıısı Almış Hastaların Rorschach Protokolü Açısından Karşılaştırılması, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008, s.96 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

¹⁴⁰ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁴¹ Esentürk Hacıosman, a.g.e., s.38.

¹⁴² Esentürk Hacıosman, a.g.e., s.38.

¹⁴³ Esentürk Hacıosman, a.g.e., s.33.

¹⁴⁴ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁴⁵ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁴⁶ Güneri, a.g.e., s.97.

düşünülmekte ve söz konusu oran %60'ın üstüne çıktıkça deneğin gerçeğe uyum kapasitesinin arttığı kabul edilmektedir.¹⁴⁷

F⁻ tepkileri, olumsuz form yanıtları olup deneğin verdiği tepkiyle söz konusu uyaran arasındaki benzerliğin düşük düzeyde olduğu veya hiçbir benzerlik taşımadığı durumları ifade etmektedir. Olumsuz form yanıtları denek doğru karar veremediğinde, uyarının kontrolüne girip asıl uyarana uygun olmayan tepkiler verdiğinde görülen tepki türüdür. Ayrıca düşük düzeyde F⁻ tepkilerinin varlığı deneğin bilinçdışı öğeleri açığa çıkardığına işaret etmesi sebebiyle olumlu bir durumu ifade etmektedir.¹⁴⁸¹⁴⁹

K (Kinestezi) Tepkileri: Deneğin verdiği tepkilerde baskın ögenin hareket olduğu durumları ifade etmektedir. Diğer bir deyişle denek verdiği tepkide bir hareketin varlığını hayal etmektedir.¹⁵⁰

Ka (Animal Kinestezi) Tepkileri: Deneğin hayvana ait bir hareketi hayal ederek verdiği tepkileri ifade etmektedir. Deneğin hareketin varlığını insan figürü yerine hayvan figürü üzerinden göndermede bulunarak ifade ettiği durumlarda bu kodlama kullanılmaktadır.¹⁵¹

Kobj (Objekt Kinestezi) Tepkileri: Nesnelere ait hareket tepkilerini ifade etmek için kullanılan bir kodlamadır.¹⁵²

Kp (Kısmi hareket) Tepkileri: Kol kaldırmak, el sallamak, tekme atmak, bacak bacak üstüne atmak gibi bedeninin herhangi bir kısmi hareketine göndermede bulunan tepkileri ifade etmek amacıyla kullanılan kodlama şeklidir.¹⁵³

KC (Ateşin hareketi) Tepkileri: Deneğin ateşin herhangi bir anlamda hareketine yönelik göndermede bulunduğu tepkileri ifade etmek için kullanılan bir kodlama şeklidir.¹⁵⁴

C (Saf Renk) Tepkileri: Denek tarafından renge verilen tepkileri ifade etmek amacıyla kullanılmaktadır C tepkilerinde belirleyici öge, kartın rengi olmaktadır. Deneğin affektif özelliklerini hakkında bilgi edinmemize yardımcı olan ve deneğin hareketli duygusal dünyasını yansıttığı durumlarda kullanılan kodlamadır.¹⁵⁵ Renkli uyaranlar sunması sebebiyle deneğin affektif dünyasını tetiklemekte ve deneğin renkli bir uyaranla ilk kez karşılaştığında kontrolü sağlayıp sağlayamayacağı

¹⁴⁷ Esentürk Haciosman, a.g.e., s.40.

¹⁴⁸ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁴⁹ Esentürk Haciosman, a.g.e., s.41.

¹⁵⁰ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁵¹ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁵² İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁵³ Esentürk Haciosman, a.g.e., s.44.

¹⁵⁴ Esentürk Haciosman, a.g.e., s.44.

¹⁵⁵ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

hakkında bilgi sağlamak ve bir anlamda dürtüselliğin göstergesi olarak kabul edilmektedir.¹⁵⁶

FC (Form Hakim Renk) Tepkileri: FC tepkilerinde baskın öge form olup denek rengi verdiği form tepkisini betimlemek için kullanmakta ve bu durumda kaçınılmaz olarak form, renkten etkilenmektedir. FC tepkileri yaygın olarak görülmekle birlikte bu tepkileri veren deneklerin duygusal ilişkilere girme yetilerinin ve genel olarak uyum düzeylerinin gelişmiş olduğuna işaret eder.¹⁵⁷¹⁵⁸

CF (Renk Hakim Form) Tepkileri: CF tepkilerinde baskın öge renk olup denek formu verdiği renk tepkisini betimlemek için kullanmakta ancak halen renk, forma ait özellikler taşımaktadır. CF tepkilerine genellikle erkeklere nazaran kadın deneklerde daha fazla rastlanmakta olup bu tepki türünün affektif ambivalans, dürtüsel patlamalara dair gösterge niteliği taşıdığı düşünülmektedir.¹⁵⁹

Clob (Gölge) Tepkileri: Gölge tepkilerini kodlamak için kullanılmaktadır. Gölge tepkileri genellikle deneğin hissettiği korkuları, kaygıları, narinlik düzeyini ve affektif dünyasında hissettiği dengesizlik halini yansıtan tepki türüdür. Normal popülasyonda gölge tepkilerine genellikle rastlanmamaktadır. Clob tepkilerinin fazla olması ise akla şizofreniyi getirmektedir.¹⁶⁰¹⁶¹

FClob (Form Hakim Gölge) Tepkileri: Formun ön planda olduğu, gölge bileşenin eşlik ettiği tepkileri ifade etmek için kullanılmaktadır. FClob tepkileri genellikle deneğin kendisine sunulan uyarana yönelik hissettiği korku ve endişe duygularını kontrol altında tutabildiğine işaret etmekle birlikte deneğin verdiği FClob tepkilerinin toplam sayısı üçten fazla olduğunda deneğin hissettiği korku ve endişeyi kontrol etmekte başarısız olduğunu akla getirmektedir.¹⁶²

ClobF (Gölge Hakim Form) Tepkileri: Deneğin verdiği tepkide gölgenin baskın öge olduğu ve formun eşlik ettiği durumları ifade etmek için kullanılmaktadır. Deneğin verdiği ClobF tepkilerinin toplam sayısının üçten fazla olması kişilik temelinde bir dengesizlik haline ve başarısızlıkla sonuçlanan kontrol çabalarına, ClobF tepkilerinin çok fazla olması ise deneğin melankolik bir ruh haline sahip olduğuna ancak gerçeği test etme yetisinde henüz kayda değer bir bozulmanın meydana gelmediğine işaret etmektedir.¹⁶³

¹⁵⁶ Rorschach, a.g.e., p.29-36.

¹⁵⁷ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁵⁸ Güneri, a.g.e., s.100.

¹⁵⁹ Güneri, a.g.e., s.100.

¹⁶⁰ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁶¹ Güneri, a.g.e., s.101.

¹⁶² Güneri, a.g.e., s.101.

¹⁶³ Güneri, a.g.e., s.102.

KClob (Objeye Hakim Gölge) Tepkileri: Deneğin kartın gölgeye sahip olan kısımlarında obje görmesi veya hareket halinde olan gölgeye sahip bir nesne imajine etmesi durumunda kullanılan kodlamadır. ¹⁶⁴

H (İnsan) Tepkileri: Deneğin bir insanı çok yönlü olarak betimleyebildiği tepkileri ifade etmek amacıyla kullanılmaktadır. İyi bir biçimde sunulan insan tepkileri deneğin beden imgesinin ve sosyal çevreyle uyumunun iyi olduğunu akla getirmektedir. ¹⁶⁵

Hd (İnsana ait detay) Tepkileri: İnsana ait bir parçanın veya detayın üzerinden deneğin tepki verdiği durumları ifade etmek için kullanılmaktadır. ¹⁶⁶

A (Hayvan) Tepkileri: Deneğin verdiği hayvan tepkilerini kodlamak amacıyla kullanılmaktadır. ¹⁶⁷ Deneğin sosyal çevreyle uyumu ve sosyalleşmesi hakkında bilgi veren hayvan tepkileri %20-%50 arasında değişen bir oranla sıklıkla karşılaşılan tepki türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Yalnızca hayal gücü fazlasıyla gelişmiş olan deneklerde bu oran %35'in altına düşebilmektedir. Deneğin verdiği hayvan tepkilerinin oranının %50'den fazla olması tekdüze bir kişilik yapısının varlığını akla getirirken düşük hayvan tepkisinin varlığı ise deneğin olumlu duygulanıma sahip olabileceğini düşündürmektedir. ¹⁶⁸

Ad (Hayvana ait detay) Tepkileri: Hayvana ait bir parçanın veya detayın üzerinden deneğin tepki verdiği durumları ifade etmek için kullanılmaktadır. ¹⁶⁹

Anat. (Anatomi) Tepkileri: İnsana veya hayvana ait, dışarıdan çıplak gözle bakıldığında görülemeyen organ ve anatomik yapılara gönderme yapan tepkileri kodlamak üzere kullanılmaktadır. ¹⁷⁰

Os. (Kemik) Tepkileri: İnsan veya hayvana ait olarak veya bağımsız olarak denek tarafından sunulan kemik anatomisine gönderme yapan tepkileri kodlamak üzere kullanılmaktadır. ¹⁷¹

Obj. (Nesne) Tepkileri: Deneğin çeşitli cansız nesnelere göndermede bulunduğu tepkileri ifade etmek için kullanılmaktadır. ¹⁷² Objeye tepkilerinin insan tepkilerine nazaran fazla olması denekte obsesif bir yapılanmanın veya şizofreninin varlığını akla getirmektedir. ¹⁷³

¹⁶⁴ Esentürk Hacıosman, a.g.e., s.50.

¹⁶⁵ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁶⁶ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁶⁷ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁶⁸ Güneri, a.g.e., s.102.

¹⁶⁹ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁷⁰ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁷¹ Bengi Pirim, Yeme Bozuklukları İle Öfke Tarzı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2002, s.56 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

¹⁷² İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁷³ Güneri, a.g.e., s.103.

Arch (Mimari Yapı) Tepkileri: Deneğin çeşitli mimari yapılara göndermede bulunduğu tepkileri ifade etmek için kullanılan bir kodlama şeklidir. ¹⁷⁴

Plt. (Bitki) Tepkileri: Deneğin çeşitli bitkilere göndermede bulunduğu tepkileri ifade etmek için kullanılmaktadır. ¹⁷⁵

Geog. (Coğrafya) Tepkileri: Deneğin coğrafyayla alakalı verdiği çeşitli tepkilerini ifade etmek için kullanılmaktadır. ¹⁷⁶

Nat. (Doğa) Tepkileri: Deneğin doğayla alakalı verdiği tepkileri ifade etmek için kullanılmaktadır. ¹⁷⁷

Ban.(Popüler) Tepkiler: Sık rastlanılan tepkiler olup deneğin normlar çerçevesinde tepkiler verdiği işaret etmektedir. ¹⁷⁸

Triade: Deneğin üçüncü, beşinci ve sekizinci kartlarda verdiği banal tepkilerin toplamıdır. ¹⁷⁹

Erlebnis (K/C): Deneğin affektivitesinin yönünün tespit edilmesi amacıyla kullanılan bir formüldür. ¹⁸⁰

Bu tez çalışması kapsamında Rorschach testiyle ilişkili olarak kullanılacak kısaltmalar aşağıda listelenmiştir:

R: Toplam tepki sayısı

G: Bütün tepkisi

D: Detay tepkisi

Dd: Çok küçük detay tepkisi

DbI: Beyaz kısımlara verilen tepki

DdbI: Büyük detay tepkisi

DbIG: Bütüne ve beyaz boşluklara verilen tepki

DG: Detaydan yola çıkılarak bütüne verilen tepki

F: Form tepkisi

F⁺: İyi form tepkisi

F⁻: Kötü form tepkisi

K: Hareket tepkisi

Ka: Hayvana ait hareket tepkisi

Kobj: Nesneye ait hareket tepkisi

Kp: Kısmi hareket tepkisi

KC: Ateşin hareketi

¹⁷⁴ Esentürk Hacıosman, a.g.e., s.58.

¹⁷⁵ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁷⁶ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁷⁷ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁷⁸ İkiz Tunaboşlu, a.g.e., s.10-13.

¹⁷⁹ Güneri, a.g.e., s.83.

¹⁸⁰ Güneri, a.g.e., s.83.

C: Saf renk tepkisi
CF: Renk hakim form tepkisi
FC: Form hakim renk tepkisi
H: İnsan tepkisi
Hd: İnsana ait detay tepkisi
Obj: Objeye tepkisi
Geog: Coğrafya tepkisi
Nat: Doğa tepkisi
Plt: Bitki tepkisi
Arch: Mimari yapı tepkisi
Anat: Anatomik tepki
Os: Kemik tepkisi
Sex: Seks tepkisi
Sgn: Kan tepkisi
Clob: Gölge tepkisi
FClob: Form hakim gölge tepkisi
ClobF: Gölge hakim form tepkisi
KClob: Objeye hakim gölge tepkisi.
Triade: 3. 5. ve 8. kartlara verilen banal tepkilerin toplamı
Erlebnis: Affektivitenin yönünü gösteren formül. ¹⁸¹

2.6.2. Rorschach araştırma formu

Rorschach Testinin veri toplama aracı olarak kullanıldığı bilimsel çalışmalarda kullanılan Rorschach araştırma formu Beizmann'ın 1966'da yayınladığı "Form Yanıtlarının Puanlaması" kitabıyla bu alanda yürütülen çalışmalar istatistiksel veriler temeline oturtulmuştur. ¹⁸² İstatistiksel temele oturtularak bilimsel çalışmalarda kullanılmak üzere yetkin ve yararlı hale getiren Rorschach araştırma formu aşağıdaki gibidir:

A. DIŞ GERÇEKLERE YAKLAŞIM

1. Çok yönlü: Olayları değişik açılardan ele alabilen, gereğinde olayları bir bütün olarak görebildiği gibi olayların önemli, küçük detaylarını da değerlendirebilen yaklaşım (G, D, Dbl tepkilerinin mevcut olduğu protokol)
2. Katı – aşırı somut: Olayları daha çok biçimsel özellikleri ile ele alan, ayrıntılara takılıp olumlu bütünleştirmelere gitmekte güçlükleri olan yaklaşım (D yüzdesi ve F+ yüzdesi yüksek olan protokol)
3. Her şeye hakim olma çabalarıyla birlikte telafiye yönelik davranış: İç güvensizliği nedeniyle olayları mutlak bir bütün olarak ele almaya, olaylar üzerinde denetim kurmaya çalışan ancak bunu

¹⁸¹ Esentürk Hacıoğlu, a.g.e., s.24-60.

¹⁸² İkiz Tunaboş, a.g.e., s.24-27.

başaramadığında yani komplike, önemli bütünleştirmelere gidemediğinde olayların çok küçük, önemsiz ayrıntılarına takılıp kalan davranış (Dd ve ilkel G' tepkilerinin mevcut olduğu protokol)

4. Kaçış davranışıyla belirlenen savunucu yaklaşım ve inhibisyon ile negativizm: Olaylar karşısında inhibisyona uğrayan, güvensizliği nedeniyle olaylara yüz yüze gelmek ve kendinden açık vermek korkusuyla kaçış davranışına sığınan yaklaşım (Tepki sayısı az ve Ad veya Hd tepkilerinin mevcut olduğu protokol)
5. İlkel – basit, ayrışmamış: Olaylara tümüyle onlardan aldığı genel izlenimlerden yola çıkmak suretiyle yüzeysel yaklaşıma (İlkel D ve ilkel G tepkilerinin mevcut olduğu protokol)
6. Olayları bir bütün olarak görebilen, doğru değerlendirebilen, yaratıcı yaklaşım: (G, D, Dd ve beklentiler oranında orijinal tepkilerin mevcut olduğu protokol)

B. GERÇEKLERİN ALGILANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

1. Nesnel ve akılcı: Gerçekleri, olayları doğru değerlendirebilen, rasyonel, mantıklı yaklaşım (F+, K ve FC tepkilerinin mevcut olduğu protokol)
2. Zaman zaman öznel olmakla birlikte tümüyle uyumsuz olmayan: (F+ yüzdesi daha düşük olan, CF ve Ka tepkilerinin mevcut olduğu protokol)
3. Aşırı biçimci ve kuru: Olaylara kendinden bir şeyler katmayan, yaratıcı olamayan, olayları oluşturan şartları düşünmeksizin bunları karşılaştığı biçimiyle değerlendirmeye giden yaklaşım (F yüzdesi, D yüzdesi, A yüzdesinin yüksek ile K ve Ka tepkilerinin hiç olmaması veya çok az sayıda olması)
4. Tümüyle öznel ve uyumsuz: Tümüyle kendi duygu ve beklentileri doğrultusunda hareket ettiğinden gerçekleri değerlendirmesi oldukça bozuk, akılcılıktan uzak yaklaşım (CF tepkisinin sayısının FC tepki sayısından fazla olması)

C. DUYGULARIN İFADESİ VE KULLANIMI

1. Hafif labil: CF ve C tepkilerinin FC tepkilerinden fazla olması durumu
2. Çiğ ve kontrolsüz: C ve CF tepkilerinin çok olması durumu
3. Aşırı biçimde bastırılmış: Hiç renk tepkisinin olmaması durumu
4. Cansızlaştırılmış, dondurulmuş: Kaya, buz, heykel gibi cevapların fazla olması durumu
5. Uygun bir şekilde ifade edilen duygular: Diğer renk tepkilerinin mevcut olduğu durumda FC=3, CF=1 ya da FC=CF=0 olması durumu

D. AFFEKTİF GEREKSİNİMLER VE İFADELERİ

1. Normal ve doyurucu: H yüzdesinin, FC, CF ve K tepkilerinin beklenen oranda olması durumunda
2. Zaman zaman aşırıya kaçan beklentiler: E tepkilerinin EF tepkilerinden fazla olması durumu
3. İlkel, çiğ ve kontrolsüz: Oral dürtülerin ön planda olması
4. Tümüyle bastırılmış: FE, EF ve K tepkilerinin olmaması durumu

E. SOSYAL ÇEVRE İLE İLİŞKİLER

1. Uyumlu ve doyurucu: H yüzdesi, FC, CF ve K tepkilerinin beklenen oranda olması durumu
2. Yoğun ilişki isteği ancak başarısız: H yüzdesi yüksek olan ancak anksiyete sebebiyle nitelikli insan tepkilerinin bulunmaması durumu

3. İlişkilerde aşırı bağımlılık ve egosantrizm: CF tepkilerinin çok fazla olması durumu.
4. İlişkiler kuru ve yüzeysel: Renk tepkilerinin olmadığı, H yüzdesinin düşük olduğu, K tepkilerinin çok az veya hiç olmadığı durum.
5. Sosyal çevre izolasyonu: H yüzdesi düşük, K ve renk tepkilerinin olmadığı, devitalizasyonun çok fazla olduğu durum.

F. ANKSİYETENİN NİTELİĞİ

1. Dış nedenlere bağlı fobik türde: FClob, şeytan, canavar vb. tepkilerin olduğu durum.
2. Free-floating: FE, EF, bulut tepkileri ile devitalizasyonun olduğu durum.
3. Öz beğenin azalmasına ve bedenin tehlikede hissedilmesine bağlı anksiyete: Anat yüzdesi, kan ve depresif tepkilerin fazla olduğu durum.
4. Parçalanma, çözülme

G. AGRESİF VE CİNSEL DÜRTÜLERİN İFADESİ

1. Kontrollü: K tepkileriyle agresif içeriğin olmadığı durum.
2. Zaman zaman kontrolsüz: CF ve saldırı tepkilerinin olduğu durum.
3. Çiğ ve ilkel: Agresif ve cinsel dürtü ifadelerinde kötü form tepkilerinin olduğu durum.
4. Aşırı bastırılmış: Kırmızı renkten kaçış, Ka, K ve seks tepkilerinin olduğu durum.

H. BEDEN İMGESİ

1. Önemli bir bozukluk yok (3.plant)
2. Bedeniyle ilgili güvensizlik duyguları (3.plant)
3. Tümüyle bozuk ve parçalanmış (3.plant)

İ. KİŞİLİK

1. İçe dönük: C tepkilerinin K tepkilerinden fazla olduğu durum.
2. Dışa dönük: İmpulsif ego, K tepkileri C tepkilerinden fazla
3. Daralmış: (O:O)
4. Zengin: K ve C tepkilerinin beklenen oranda mevcut olduğu protokol

J. EGO YAPISI VE GÜCÜ

1. Güçlü: Savunma mekanizmalarının başarılı olması
2. Hafif regresif eğilimleri olan çocuksu ego: ani patlamaların olması
3. Katı savunmaları olan zayıf ego: K ve renk tepkilerinin olmaması veya çok az olması durumu
4. Birincil süreçlerin egemen olduğu zayıf ego: Ka, CF ve C tepkilerinin yoğun olması durumu.¹⁸³

2.7. Verilerin istatistiksel analizi

Araştırmanın örneklem sayısı otuz olduğundan, Rorschach Testi protokolleri aracılığıyla elde edilen verilerin normal dağılım göstermediği varsayılmıştır. Frekans yüzde ve çapraz tablolar kullanılarak örneklemin sosyodemografik özellikleri incelenmiştir. Akabinde Rorschach Test protokollerinden elde edilen 54 farklı veri grubu Rorschach Araştırma Formuna uygun olarak incelenmiştir. Son olarak elde

¹⁸³ Didem Sözen Şahiner, Uyuşturucu Madde Kullanmak Suçu İle Denetimli Serbestlik Tedbiri Alan Kişilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Ve Rorschach Kişilik Testi Yanıtlarının Taranma, İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 2010, s.61-64 (**Yayımlanmamış Doktora Tezi**).

edilen 53 farklı veri grubunun cinsiyet ve yaş değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık arz edip etmediğinin incelenmesi adına Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

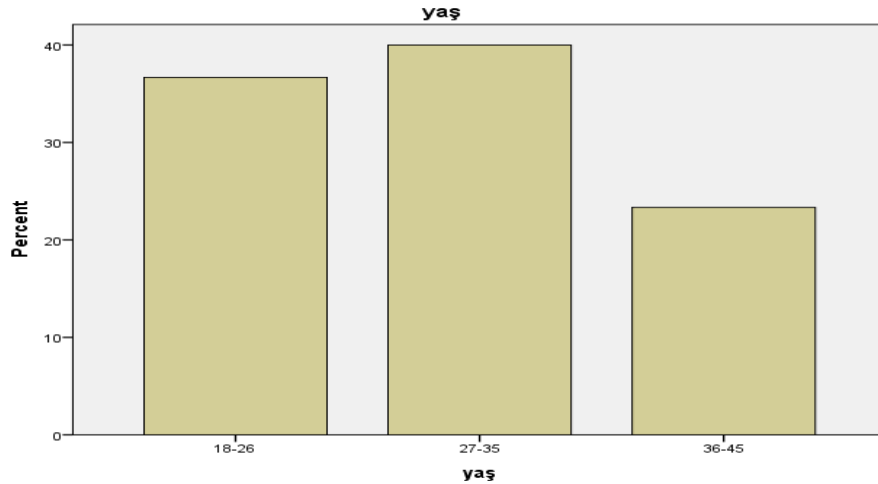
BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amaçları ve hipotezleri doğrultusunda gerçekleştirilen analizlerin tablolarına ve yorumlarına yer verilmiştir. İlk etapta araştırmanın örnekleminin ayrıntılı biçimde ortaya konularak incelenmesi için frekans yüzdeleri ve çapraz tablo analizlerine yer verilmiştir. İkinci etapta Rorschach test protokolleri aracılığıyla elde edilen 54 farklı veri grubu Rorschach araştırma formu baz alınarak incelenmiştir. Son olarak ise 54 farklı veri grubunun yaş ve cinsiyet değişkenlerine göre farklılık arz edip etmediğinin tespit edilmesi amacıyla Mann – Whitney U Testi uygulanmıştır.

Tablo-2 Örneklemin Yaş Değişkenine Göre Dağılımı

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Valid	18-26	11	36,7	36,7	36,7
	27-35	12	40,0	40,0	76,7
	36-45	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Örneklem içerisinde yaşları 18-26 arasında değişen 11 katılımcı, yaşları 27-35 arasında değişen 12 katılımcı ve yaşları 36-45 arasında değişen 7 katılımcı bulunmaktadır. Örneklemin %36.7'si 18-26 yaş aralığında, %40.0'ı 27-35 yaş aralığında ve %23.3'ü ise 36-45 yaş aralığındadır.

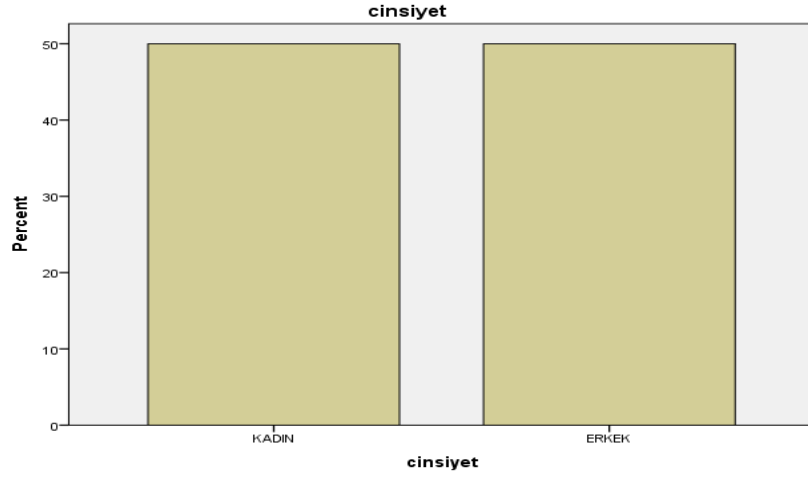


Grafik-1 Örneklemin Yaş Değişkenine Göre Dağılımı

Tablo-3 Örneklemin Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Valid	KADIN	15	50,0	50,0	50,0
	ERKEK	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Örneklemin içerisinde 15 kadın ve 15 erkek yer almaktadır. Örneklemin %50.0'si kadın ve %50.0'si erkektir.

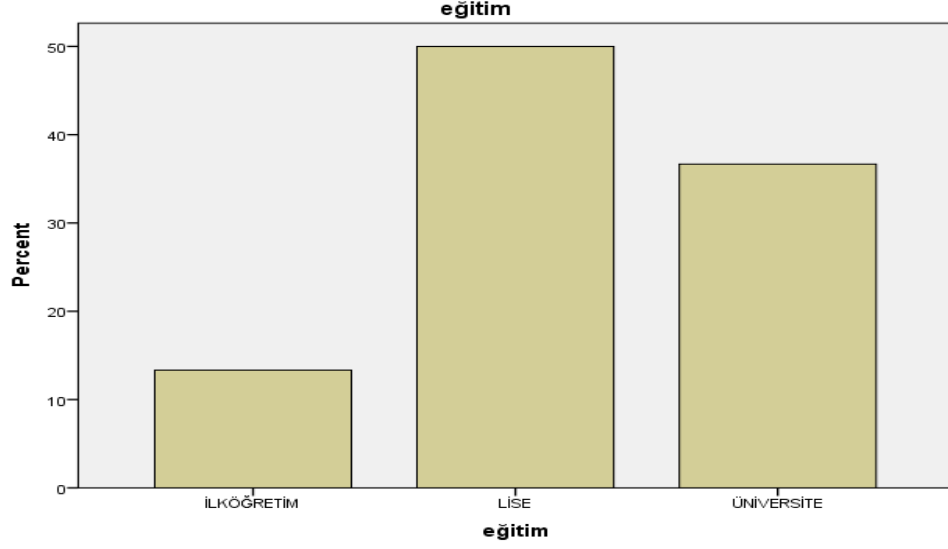


Grafik-2 Örneklemin Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı

Tablo-4 Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Valid	İLKÖĞRETİM	4	13,3	13,3	13,3
	LİSE	15	50,0	50,0	63,3
	ÜNİVERSİTE	11	36,7	36,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Örneklemin içerisinde ilköğretim mezunu olan 4 katılımcı, lise mezunu olan 15 katılımcı, üniversite mezunu 11 kişi bulunmaktadır. Örneklemin %13.3'ü ilköğretim mezunu, %50.0'ı lise mezunu ve %36.7'si üniversite mezunudur.

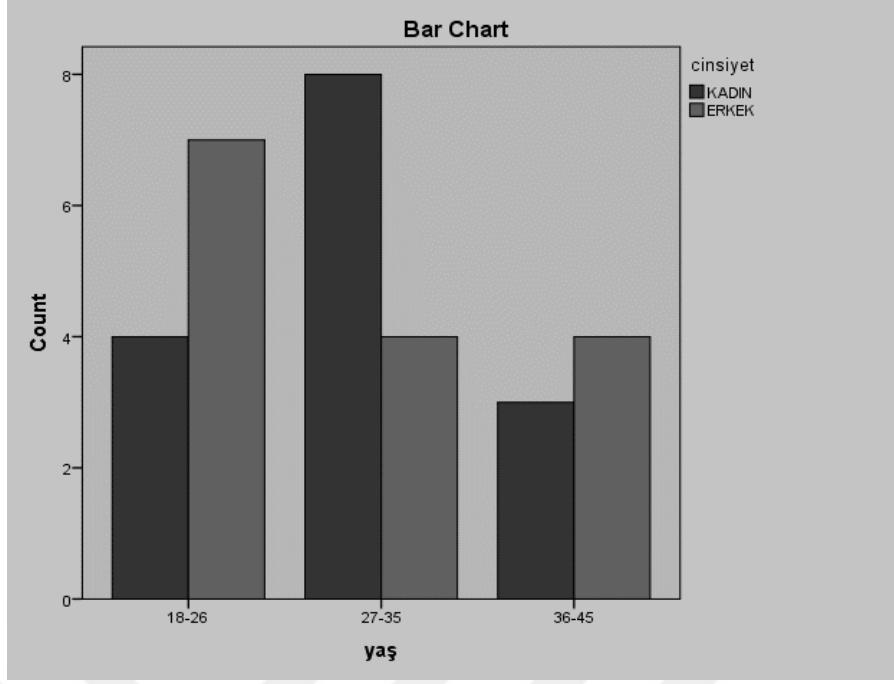


Grafik-3 Örneklemin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Tablo-5 Örneklemin Yaş Ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre Dağılımı

		Cinsiyet		Total
		KADIN	ERKEK	
Yaş	18-26	4	7	11
	27-35	8	4	12
	36-45	3	4	7
Total		15	15	30

Örneklem içerisinde 18-26 yaşları arasında yer alan 4 kadın ve 7 erkek, 27-35 yaşları arasında yer alan 8 kadın ve 4 erkek, 36-45 yaşları arasında yer alan 3 kadın ve 4 erkek bulunmaktadır.

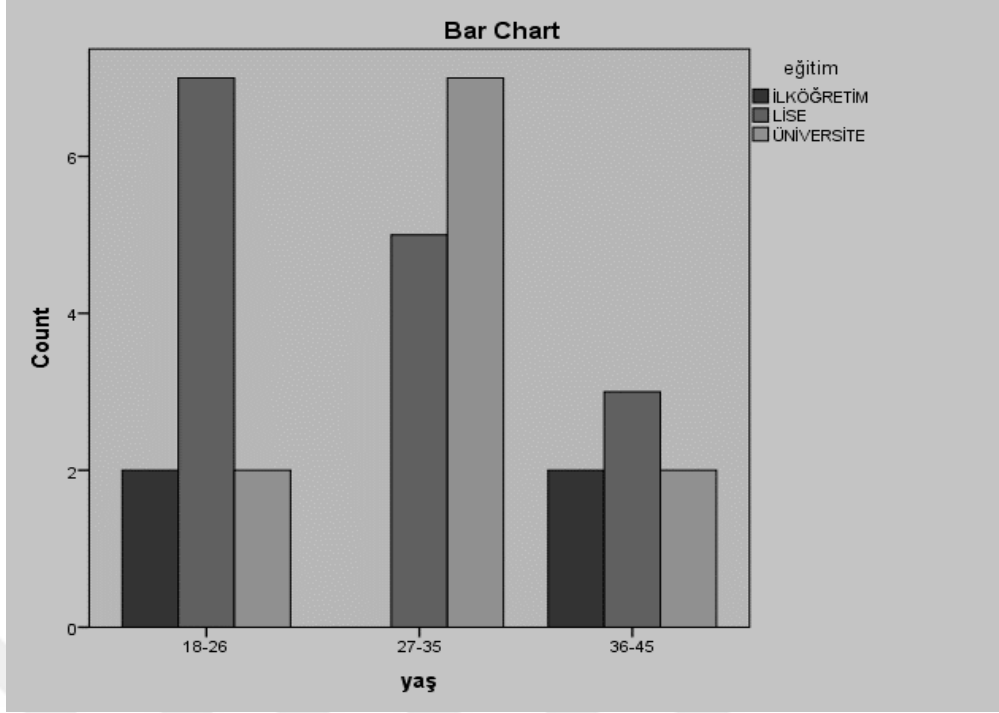


Grafik-4 Örneklemin Yaş Ve Cinsiyet Değişkenlerine Göre Dağılımı

Tablo-6 Örneklemin Yaş Ve Eğitim Durumu Değişkenlerine Göre Dağılımı

		Eğitim Durumu			Total
		İLKÖĞRETİM	LİSE	ÜNİVERSİTE	
Yaş	18-26	2	7	2	11
	27-35	0	5	7	12
	36-45	2	3	2	7
Total		4	15	11	30

Örneklemin içerisinde 18-26 yaşları arasında yer alan ilköğretim mezunu 2, lise mezunu 7 ve üniversite mezunu 2 katılımcı yer almaktadır. 27-35 yaşları arasında yer alan lise mezunu 5, üniversite mezunu 7 katılımcı bulunmakta, ilköğretim mezunu katılımcı bulunmamaktadır. 36-45 yaşları arasında yer alan ilköğretim mezunu 2, lise mezunu 3 ve üniversite mezunu 2 katılımcı bulunmaktadır.

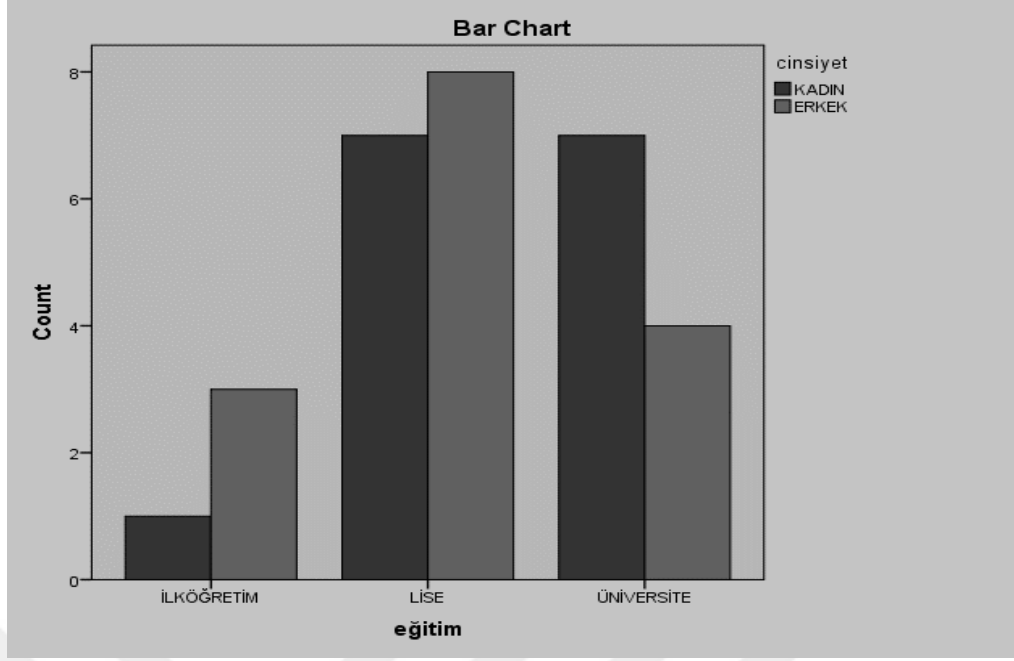


Grafik-5 Örneklemin Yaş Ve Eğitim Durumu Değişkenlerine Göre Dağılımı

Tablo-7 Örneklemin Cinsiyet Ve Eğitim Durumu Değişkenlerine Göre Dağılımı

		Cinsiyet		Total
		KADIN	ERKEK	
Eğitim Durumu	İLKÖĞRETİM	1	3	4
	LİSE	7	8	15
	ÜNİVERSİTE	7	4	11
Total		15	15	30

Örneklemin içerisinde ilköğretim mezunu olan 1 kadın ve 3 erkek yer almaktadır. Örneklem içerisinde lise mezunu olan 7 kadın ve 8 erkek bulunmaktadır. Örneklem içerisinde üniversite mezunu olan 7 kadın ve 4 erkek yer almaktadır.



Grafik-6 Örneklemin Cinsiyet Ve Eğitim Durumu Değişkenlerine Göre Dağılımı

Tablo-8 Rorschach Araştırma Formuna Göre Örneklemin Dış Gerçeklere Yaklaşımının İncelenmesi

	N	%
Çok yönlü	2	6.67
Katı – aşırı somut	3	10.0
Her şeye hakim olma çabalarıyla birlikte telafiye yönelik davranış	3	10.0
Kaçış davranışı ile belirlenen savunucu yaklaşım ve inhibisyon ile negativizm	6	20.0
İlkel – basit, ayrışmamış	16	53.3
Olayları bir bütün olarak görebilen, doğru değerlendirebilen, yaratıcı yaklaşım	-	-
TOPLAM	30	100

Örneklemin %6.67'sinin dış gerçeklere yaklaşımında çok yönlü olduğu, %10.0'ünün her şeye hakim olma çabalarıyla birlikte telafiye yönelik davranış sergilediği, %20.0'ünün kaçış davranışı ile belirlenen savunucu yaklaşım ve inhibisyon ile negativizm sergilediği, %53.3'ünün dış gerçeklere yaklaşımının ilkel-basit ve ayrışmamış olduğu tespit edilmiştir. Örneklem içerisinde olayları bir bütün olarak görebilen, doğru değerlendirebilen yaratıcı bir yaklaşımı benimseyen katılımcı bulunmamaktadır.

Tablo-9 Rorschach Araştırma Formuna Göre rneklerin Dış Gerçeklere Yaklaşımının Tepki Bazlı İncelenmesi

	N	%
G, D, Dbl tepkilerinin mevcut olduğu protokol	2	6.67
D yüzdesi ve F+ yüzdesi yüksek olan protokol	3	10.0
Dd ve ilkel G tepkilerinin mevcut olduğu protokol	3	10.0
Tepki sayısı az ve Ad veya Hd tepkilerinin mevcut olduğu protokol	6	20.0
İlkel G ve ilkel D tepkilerinin mevcut olduğu protokol	16	53.3
G, D, Dd ve beklentiler oranında orijinal tepkilerin mevcut olduğu protokol	-	-
TOPLAM	30	100

Örneklerin %6.67'sinin test protokollerinde G, D, Dbl tepkileri mevcuttur. Örneklerin %10.0'ının test protokollerinin D yüzdesi ve F+ yüzdesi yüksektir. Örneklerin %10.0'ının test protokollerinde Dd ve ilkel G tepkileri mevcuttur. Örneklerin %20.0'ının test protokollerinde tepki sayısı az ve Ad veya Hd tepkileri mevcuttur. Örneklerin %53.3'ünün test protokollerinde ilkel G ve ilkel D tepkileri mevcuttur. Test protokollerinin bir kısmında G, D, Dd tepkileri olsa da, örneklerin %0'ının test protokollerinde orijinal cevaplar bulunmaktadır.

Tablo-10 Rorschach Araştırma Formuna Göre rneklerin Dış Gerçekleri Algılama Ve Değerlendirme Sürecinin İncelenmesi

	N	%
Nesnel ve akılcı	7	30.4
Zaman zaman öznel olmakla birlikte tümüyle uyumsuz olmayan	5	21.7
Aşırı biçimci – kuru	6	26.2
Tümüyle znel ve uyumsuz	5	21.7
TOPLAM	23	100

Örneklerin %30.4'ünün gerçekleri algılama ve değerlendirme sürecinde nesnel ve akılcı olduğu, %21.4'ünün zaman zaman öznel olmakla birlikte tümüyle uyumsuz olmadığı, %26.2'sinin aşırı biçimci-kuru olduğu ve %21.7'sinin tümüyle öznel ve uyumsuz olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Örneklerin %23.3' ise dış gerçekleri algılama ve değerlendirme sürecinin doğasına ilişkin bilgi vermemiştir.

Tablo-11 Rorschach Araştırma Formuna Göre Örneklemin Dış Gerçekleri Algılama Ve Değerlendirme Sürecinin Tepki Bazlı İncelenmesi

	N	%
F+, K ve FC tepkilerinin mevcut olduğu protokol	7	30.4
F+ yüzdesi daha düşük olan, CF ve Ka tepkilerinin mevcut olduğu protokol	5	21.7
F yüzdesi, D yüzdesi ve A yüzdesi yüksek olan, K ve Ka tepkilerinin hiç olmadığı veya çok az sayıda olduğu protokol	6	26.2
CF tepki sayısının FC tepki sayısından fazla olduğu protokol	5	21.7
TOPLAM	23	100

Örneklemin %30.4'ünün test protokollerinde F+, K ve FC tepkileri mevcuttur. Örneklemin %21.7'sinin test protokollerinde F+ yüzdesi F- yüzdesine nazaran daha düşük olup CF ve Ka tepkileri mevcuttur. Örneklemin %26.2'sinin test protokollerinde F yüzdesi, D yüzdesi ve A yüzdesi yüksek, K ve Ka tepkileri ya hiç bulunmamakta ya da çok az sayıda bulunmaktadır. Örneklemin 21.7'sinin test protokollerinde CF tepki sayısı FC tepki sayısından fazladır.

Tablo-12 Rorschach Araştırma Formuna Göre Örneklemin Duygularının İfadesi Ve Kullanımının İncelenmesi

	N	%
Hafif labil	6	20.0
Çiğ ve kontrolsüz	3	10.0
Aşırı biçimde bastırılmış	14	46.6
Cansızlaştırılmış, dondurulmuş	2	6.66
Uygun bir şekilde ifade edilen duygular	5	16.6
TOPLAM	30	100

Örneklemin %20.0'ünün duygularının ifadesi ve kullanımının hafif labil olduğu, %10.0'ünün çiğ ve kontrolsüz olduğu, %46.6'sının aşırı biçimde bastırılmış olduğu, %6.66'sının duygularının cansız ve dondurulmuş olduğu, %16.6'sının duygularını uygun bir şekilde ifade ettiği bulgusuna rastlanılmıştır.

Tablo-13 Rorschach Araştırma Formuna Göre Örneklemin Duygularının İfadesi Ve Kullanımının Tepki Bazlı İncelenmesi

	N	%
CF ve C tepkilerinin FC tepkilerinden fazla olduğu protokol	6	20.0
C ve CF tepkilerinin çok sayıda olduğu protokol	3	10.0
Renk tepkisinin mevcut olmadığı protokol	14	46.6
Kaya, buz, heykel gibi tepkilerinde fazla olduğu protokol	2	6.66
Diğer renk tepkilerinin eşlik ettiği durumda FC=3, CF=1 veya FC=CF=0 şartının sağlandığı protokol	5	16.6
TOPLAM	30	100

Örneklemin %20.0'sinin test protokollerinde CF ve C tepkileri, FC tepkilerinden fazladır. Örneklemin %10.0'ünün test protokollerinde C ve CF tepkileri çok sayıda bulunmaktadır. Örneklemin %46.6'sının test protokollerinde hiçbir renk tepkisi mevcut değildir. Örneklemin %6.66'sının test protokollerinde kaya, buz, heykel gibi tepkiler fazla sayıda bulunmaktadır. Örneklemin %16.6'sının test protokollerinde diğer renk tepkilerinin eşlik ettiği durumda FC=3, CF=1 veya FC=CF=0 şartı sağlanmaktadır.

Tablo-14 Rorschach Araştırma Formuna Göre Örneklemin Affektif Gereksinim Ve İfadelerinin İncelenmesi

	N	%
Normal ve doyurucu	1	3.33
Zaman zaman aşırıya kaçan beklentiler	6	20.0
İlkel, çığ ve kontrolsüz	8	26.6
Tümüyle bastırılmış	15	50.0
TOPLAM	30	100

Örneklemin %3.33'ünün affektif gereksinim ve ifadelerinin niteliği normal ve doyurucudur. Örneklemin %20'sinde zaman zaman aşırıya kaçan beklentiler söz konusudur. Örneklemin %26.6'sının affektif gereksinim ve ifadelerinde ilkel-çığ ve kontrolsüz ve %50'sinde ise affektif gereksinim ve ifadelerini tümüyle bastırılmış olduğu bulgusuna rastlanılmıştır.

Tablo-15 Rorschach Araştırma Formuna Göre Örneklemin Affektif Gereksinim Ve İfadelerinin Tepki Bazlı İncelenmesi

	N	%
H yüzdesi, FC, CF ve K tepkilerinin beklenen oranda mevcut olduğu protokol	1	3.33
E tepkilerinin EF tepkilerinden fazla olduğu protokol	6	20.0
Oral dürtülerin ön planda olması	8	26.6
FE, EF ve K tepkilerinin mevcut olmadığı protokol	15	50.0
TOPLAM	30	100

Örneklemin %3.33'ünün test protokollerinde H yüzdesi, FC, CF ve K tepkileri beklenen oranda bulunmaktadır. Örneklemin %20'sinin test protokollerinde E tepkileri EF tepkilerinden fazladır. Örneklemin %26.6'sının test protokollerinde oral dürtüler ön plandadır. Örneklemin %50'sinin test protokollerinde FE, EF ve K tepkileri bulunmamaktadır.

Tablo-16 Rorschach Araştırma Formuna Göre Örneklemin Sosyal Çevre İle İlişkilerinin İncelenmesi

	N	%
Uyumlu ve doyurucu	1	5.4
Yoğun ilişki isteği ancak başarısız	7	36.8
İlişkilerde aşırı bağımlılık ve egosantrizm	2	10.5
İlişkiler kuru ve yüzeysel	7	36.8
Sosyal çevre izolasyonu	2	10.5
TOPLAM	19	100

Örneklemin %5.4'ünün sosyal çevre ile ilişkilerinde uyumlu ve doyurucu olduğu, %36.8'inin yoğun ilişki isteğine sahip olduğu ancak başarısız olduğu, %10.5'inin ilişkilerinde aşırı bağımlılık ve egosantrizm geliştirdiği, %36.8'inin ilişkilerinin kuru ve yüzeysel olduğu ve %10.5'inin sosyal çevreyi izole ettiği bulgusuna rastlanılmıştır. Örneklemin %36.7'si ise sosyal çevre ile ilişkilerine yönelik bilgi vermemiştir.

Tablo-17 Rorschach Araştırma Formuna Göre Örneklemin Sosyal Çevre İle İlişkilerinin Tepki Bazlı İncelenmesi

	N	%
H yüzdesi, FC, CF ve K tepkilerinin beklenen oranda mevcut olduğu protokol	1	5.4
H yüzdesi yüksek olan ancak anksiyete sebebiyle nitelikli insan tepkilerinin mevcut olmadığı protokol	7	36.8
CF tepkilerinin çok fazla sayıda mevcut olduğu protokol	2	10.5
Renk tepkilerinin olmadığı, H yüzdesinin düşük olduğu, K tepkilerinin çok az veya hiç olmadığı protokol	7	36.8
H yüzdesi düşük olan, K ve renk tepkilerinin olmadığı, devitalizasyonun çok fazla olduğu protokol	2	10.5
TOPLAM	19	100

Örneklemin %5.4'ünün test protokollerinde H yüzdesi, FC, CF ve K tepkileri beklenen oranda bulunmaktadır. Örneklemin %36.8'inin test protokollerinin H yüzdesi yüksek olmasına rağmen anksiyete sebebiyle nitelikli insan tepkisi bulunmamaktadır. Örneklemin %10.5'inin test protokollerinde çok fazla sayıda CF tepkisi bulunmaktadır. Örneklemin %36.8'inin test protokollerinde renk tepkisi bulunmama ile birlikte H yüzdesi düşüktür ve K tepkileri ya çok az sayıda ya da hiç bulunmamaktadır. Örneklemin %10.5'inin test protokollerinin H yüzdesinin düşük olduğu, K ve renk tepkilerinin bulunmadığı ve devitalizasyonun çok fazla olduğu tespit edilmiştir.

Tablo-18 Rorschach Araştırma Formuna Göre rneklerin Sahip Oldukları Anksiyetenin Niteliğinin İncelenmesi

	N	%
Dış nedenlere bağlı fobik anksiyete	17	60,7
Free-floating	-	-
z beğenin azalmasına ve bedenin tehlikede hissedilmesine bağlı anksiyete	2	7,2
Parçalanma, çözülme	9	32,1
TOPLAM	28	100

Örneklerin %60.7'sinin dış nedenlere bağlı fobik anksiyete yaşadığı, %7.2'sinin öz beğenin azalmasına ve bedenin tehlikede hissedilmesine bağlı anksiyete yaşadığı, %32.1'inin parçalanma veya çözülme anksiyetesi yaşadığı ancak örneklerin içerisinde free-floating anksiyetesi görülmemektedir. Örneklerin %6.7'si ise sahip oldukları anksiyetenin niteliğine dair bilgi vermemiştir.

Tablo-19 Rorschach Araştırma Formuna Göre rneklerin Sahip Oldukları Anksiyetenin Niteliğinin Tepki Bazlı İncelenmesi

	N	%
FClob, Şeytan, canavar vb. tepkilerin mevcut olduğu protokol	17	60,7
EF, FE, bulut tepkileri ile devitalizasyonun mevcut olduğu protokol	-	-
Anat yüzdesi, kan ve depresif tepkilerin fazla olduğu protokol	2	7,2
Parçalanma, çözülme	9	32,1
TOPLAM	28	100

Örneklerin %60.7'sinin test protokollerinde FClob, Şeytan, canavar gibi tepkiler mevcuttur. Örneklerin %7.2'sinin test protokollerinde Anat yüzdesi, kan ve depresif tepkiler fazla miktarda mevcuttur. Örneklerin %32.1'inin test protokollerinde parçalanma ve çözülme anksiyetesi işaret eden tepkiler yer almaktadır. Örneklerin %0'ının test protokollerinde EF, FE, bulut tepkileri ve devitalizasyon mevcuttur.

Tablo-20 Rorschach Araştırma Formuna Göre rneklerin Agresif Ve Cinsel Dürtülerinin İncelenmesi

	N	%
Kontrollü	10	45,5
Zaman zaman kontrolsüz	2	9,0
Çiğ ve ilkel	10	45,5
Aşırı bastırılmış	-	-
TOPLAM	22	100

Örneklemin %45.5'inin agresif ve cinsel dürtülerini kontrollü bir biçimde ifade ettiği, %9.0'ının agresif ve cinsel dürtülerinin ifadesinde zaman zaman kontrolsüz olduğu, %45.5'inin agresif ve cinsel dürtülerini çığ ve ilkel biçimde ifade ettiği bulgusuna rastlanılmıştır. Örneklem içerisinde aşırı bastırılmış agresif ve cinsel dürtülerin varlığına rastlanılmamıştır. Ayrıca örneklemin %26.7'si agresif ve cinsel dürtülerine yönelik bilgi vermemiştir.

Tablo-21 Rorschach Araştırma Formuna Göre Örneklemin Agresif Ve Cinsel Dürtülerinin Tepki Bazlı İncelenmesi

	N	%
K tepkileri ile agresif içeriğin olmadığı protokol	10	45,5
CF ve saldırı tepkilerinin mevcut olduğu protokol	2	9,0
Cinsel ve agresif dürtü ifadelerinde kötü form tepkilerinin mevcut olduğu protokol	10	45,5
Kırmızı renkten kaçışın, K, Ka ve seks tepkilerinin mevcut olduğu protokol	-	-
TOPLAM	22	100

Örneklemin %45.5'inin test protokollerinde K tepkileri ve agresif içerik mevcut değildir. Örneklemin %9'unun test protokollerinde CF ve saldırı tepkileri mevcuttur. Örneklemin %45.5'inin test protokollerinde yer alan cinsel ve agresif dürtü ifadeleri kötü form niteliği taşımaktadır. Örneklemin %0'ının test protokollerinde kırmızı renkten kaçış davranışı ön planda olup K, Ka ve seks tepkileri mevcuttur.

Tablo-22 Rorschach Araştırma Formuna Göre Örneklemin Beden İmgesinin İncelenmesi

	N	%
Önemli bir bozukluk yok	17	63,0
Bedeniyle ilgili güvensizlik duyguları	10	37,0
Tümüyle bozuk ve parçalanmış	-	-
TOPLAM	27	100

Örneklemin %63.0'ının beden imgesiyle alakalı önemli bir bozukluk bulunmamaktadır. Örneklemin %37.0'ının bedeniyle ilgili güvensizlik duyguları bulunmaktadır. Örneklem içerisinde tümüyle bozuk ve parçalanmış beden imgesinin varlığına rastlanılmamıştır. Örneklemin %10.0'u beden imgesi hakkında bilgi vermemiştir.

Tablo-23 Rorschach Araştırma Formuna Göre rneklemenin Beden İmgesinin Tepki Bazlı İncelenmesi

	N	%
çnc kartta iki insan tepkisinin verildiği protokol	17	63,0
çnc karta verilen tepkilerin F- olarak kodlandığı protokol	10	37,0
çnc kartta parçalanmış, kopmuş insan tepkilerinin verildiği protokol	-	-
TOPLAM	27	100

Örneklemenin %63'ünün test protokollerinde üçüncü kartta iki insan tepkisi yer almaktadır. Örneklemenin %37'sinin test protokollerinde üçüncü karta verilen tepkiler F- (kötü form) niteliği taşımaktadır. Örneklemenin %0'ının test protokollerinde üçüncü kartta parçalanmış, kopmuş insan tepkileri yer almaktadır.

Tablo-24 Rorschach Araştırma Formuna Göre rneklemenin Kişilik Yapısının İncelenmesi

	N	%
İçe dönük	3	20,0
Dışa dönük	12	40,0
Daralmış	15	50,0
Zengin	-	-
TOPLAM	30	100

Örneklemenin %20.0'ının içe dönük bir kişilik yapısı, %40.0'ının dışa dönük bir kişilik yapısı, %50.0'ının daralmış bir kişilik yapısı olduğu bulgusuna rastlanılmıştır. Örneklem içerisinde zengin kişilik yapısının varlığına rastlanılmamıştır.

Tablo-25 Rorschach Araştırma Formuna Göre rneklemenin Kişilik Yapısının Tepki Bazlı İncelenmesi

	N	%
C tepkilerinin K tepkilerinden fazla olduğu protokol	3	20,0
K tepkilerinin C tepkilerinden fazla olduğu protokol	12	40,0
K ve C tepkilerinin oranının 0'a eşit olduğu protokol	15	50,0
K ve C tepkilerinin beklenen oranda mevcut olduğu protokol	-	-
TOPLAM	30	100

Örneklemenin %20'sinin test protokollerinde C tepkileri K tepkilerinden fazladır. Örneklemenin %40'ının test protokollerinde K tepkileri C tepkilerinden fazladır. Örneklemenin %50'sinin test protokollerinde K ve C tepkilerinin oranı 0 (sıfır)'a eşittir. Örneklemenin %0'ının test protokollerinde K ve C tepkileri beklenen oranda mevcuttur.

Tablo-26 Rorschach Araştırma Formuna Göre Örneklemin Ego Gücü Ve Yapısının İncelenmesi

	N	%
Güçlü	-	-
Hafif regresif eğilimleri olan çocuksu ego	5	20,0
Katı savunmaları olan zayıf ego	20	80,0
Birincil süreçlerin egemen olduğu zayıf ego	-	-
TOPLAM	25	100

Örneklemin %20.0'ının hafif regresif eğilimleri olan çocuksu egoya sahip olduğu, %80.0'ının katı savunmaları olan zayıf egoya sahip olduğu, örneklem içerisinde güçlü bir egonun ve birincil süreçlerin egemen olduğu zayıf egonun varlığına rastlanılmamıştır. Ayrıca örneklemin %16.6'sı ego gücü ve yapısı hakkında bilgi vermemiştir.

Tablo-27 Rorschach Araştırma Formuna Göre Örneklemin Ego Gücü Ve Yapısının Tepki Bazlı İncelenmesi

	N	%
Savunma mekanizmalarının başarılı olduğuna işaret eden protokol	-	-
Ani patlamalara işaret eden tepkilerin mevcut olduğu protokol	5	20,0
K ve renk tepkilerinin hiç olmadığı veya çok az sayıda olduğu protokol	20	80,0
Ka, CF ve C tepkilerinin fazla sayıda mevcut olduğu protokol	-	-
TOPLAM	25	100

Örneklemin %20'sinin test protokollerinde ani patlamalara işaret eden tepkiler mevcuttur. Örneklemin %80'inin test protokollerinde K ve renk çok az sayıda yer almakta veya hiç bulunmamaktadır. Örneklemin %0'ının test protokolleri savunma mekanizmalarının başarılı olduğuna işaret etmektedir. Örneklemin %0'ının test protokollerinde Ka, CF ve C tepkileri fazla sayıda bulunmaktadır.

Tablo-28 Cinsiyete Değişkenine Göre Lokalizasyon Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
R	Kadın	15	14,97	224,50	104,500	-,332	,740
	Erkek	15	16,03	240,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
G	Kadın	15	14,00	210,00	90,000	-,933	,351
	Erkek	15	17,00	255,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
D	Kadın	15	16,93	254,00	91,000	-,892	,372
	Erkek	15	14,07	211,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Dd	Kadın	15	16,23	243,50	101,500	-,515	,606
	Erkek	15	14,77	221,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Dbl	Kadın	15	15,63	234,50	110,500	-,099	,921
	Erkek	15	15,37	230,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Ddbl	Kadın	15	14,60	219,00	99,000	-,947	,343
	Erkek	15	16,40	246,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
DG	Kadın	15	15,93	239,00	106,000	-,518	,605
	Erkek	15	15,07	226,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
DbIG	Kadın	15	14,50	217,50	97,500	-1,439	,150
	Erkek	15	16,50	247,50			
	Toplam	30					

Erkek ve kadın katılımcıların verdikleri R cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=104,500, p=-,740; p>0,05). Erkek ve kadın katılımcıların verdikleri G cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=90,000, p=,351; p>0,05). Erkek ve kadın katılımcıların verdikleri D cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=91,000, p=,372; p>0,05). Erkek ve kadın katılımcıların verdikleri Dd cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=101,500, p=,606; p>0,05). Erkek ve kadın katılımcıların verdikleri Dbl cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=110,500, p=,921; p>0,05). Erkek ve kadın katılımcıların verdikleri Ddbl cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=99,000, p=,343; p>0,05). Erkek ve kadın katılımcıların verdikleri DG cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=106,000, p=,605; p>0,05). Erkek ve kadın katılımcıların verdikleri DbIG cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=97,500, p=,150; p>0,05).

Tablo-29 Yaş Değişkenine Göre Lokalizasyon Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
R	18-30	18	14,61	263,00	92,000	-,678	,498
	31-45	12	16,83	202,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
G	18-30	18	16,11	290,00	97,000	-,466	,641
	31-45	12	14,58	175,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
D	18-30	18	15,00	270,00	99,000	-,381	,703
	31-45	12	16,25	195,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Dd	18-30	18	13,61	245,00	74,000	-1,625	,104
	31-45	12	18,33	220,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Dbl	18-30	18	15,58	280,50	106,500	-,076	,940
	31-45	12	15,38	184,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P

Ddbl	18-30	18	16,83	303,00	84,000	-1,719	,086
	31-45	12	13,50	162,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
DG	18-30	18	14,81	266,50	95,500	-1,017	,309
	31-45	12	16,54	198,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
DbIG	18-30	18	16,17	291,00	96,000	-1,175	,240
	31-45	12	14,50	174,00			
	Toplam	30					

18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri R cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=92,000, p=,498; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri G cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=97,000, p=,641; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri D cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=99,000, p=,703; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Dd cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=74,000, p=,104; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Dbl cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=106,500, p=,940; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri DbIG cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=96,000, p=,240; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri DG cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=95,500, p=,309; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Ddbl cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=84,000, p=,086; p>0,05).

Tablo-30 Cinsiyet Değişkenine Göre Form Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
F	Kadın	15	14,80	222,00	102,000	-,436	,663
	Erkek	15	16,20	243,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
F ⁺	Kadın	15	16,30	244,50	100,500	-,499	,618
	Erkek	15	14,70	220,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
F ⁻	Kadın	15	14,63	219,50	99,500	-,541	,589
	Erkek	15	16,37	245,50			
	Toplam	30					

Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri F cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=102,000, p=,663; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri F⁺ cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=100,500, p=,618; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri F⁻ cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=99,500, p=,589; p>0,05).

Tablo-31 Yaş Değişkenine Göre Form Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
F	18-30	18	18,22	328,00	59,000	-2,075	,038
	31-45	12	11,42	137,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
F ⁺	18-30	18	16,64	299,50	87,500	-,870	,384
	31-45	12	13,79	165,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
F ⁻	18-30	18	14,31	257,50	86,500	-,912	,362
	31-45	12	17,29	207,50			
	Toplam	30					

18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri F cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (U=59,000, p=,038; p<0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri F+ cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=87,500, p=,384; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri F- cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=86,500, p=,362; p>0,05).

Tablo-32 Cinsiyet Değişkenine Göre Hareket Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
K	Kadın	15	15,00	225,00	105,000	-,330	,741
	Erkek	15	16,00	240,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Ka	Kadın	15	15,17	227,50	107,500	-,216	,829
	Erkek	15	15,83	237,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Kobj	Kadın	15	16,00	240,00	105,000	-,482	,630
	Erkek	15	15,00	225,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Kp	Kadın	15	17,50	262,50	82,500	-2,107	,374
	Erkek	15	13,50	202,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
KC	Kadın	15	16,60	249,00	96,000	-,888	,374
	Erkek	15	14,40	216,00			
	Toplam	30					

Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri K cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=105,000, p=,741; p>0,05). Erkek ve kadın katılımcıların verdikleri Ka cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=107,500, p=,829; p>0,05). Erkek ve kadın katılımcıların verdikleri Kobj cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=105,000, p=,630; p>0,05). Erkek ve kadın

katılımcıların verdikleri Kp cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (U=82,500, p=,035; p>0,05). Erkek ve kadın katılımcıların verdikleri KC cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=96,000, p=,374; p>0,05).

Tablo-33 Yaş Değişkenine Göre Hareket Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
K	18-30	18	14,53	261,50	90,500	-,786	,432
	31-45	12	16,96	203,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Ka	18-30	18	14,22	256,00	85,000	-1,012	,312
	31-45	12	17,42	209,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Kobj	18-30	18	16,33	294,00	105,000	-,983	,326
	31-45	12	14,25	171,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Kp	18-30	18	14,28	257,00	86,000	-1,577	,115
	31-45	12	17,33	208,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
KC	18-30	18	14,72	265,00	94,000	-,769	,442
	31-45	12	16,67	200,00			
	Toplam	30					

18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri K cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=90,500, p=,432; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Ka cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=85,000, p=,312; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Kobj cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=93,000, p=,326; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Kp cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=86,000, p=,115; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş

aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri KC cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=94,000, p=,442; p>0,05).

Tablo-34 Cinsiyet Değişkenine Göre Renk Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
C	Kadın	15	16,00	240,00	105,000	-1,000	,317
	Erkek	15	15,00	225,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
CF	Kadın	15	13,43	201,50	81,500	-1,844	,065
	Erkek	15	17,57	263,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
FC	Kadın	15	16,10	241,50	103,500	-,507	,612
	Erkek	15	14,90	223,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
FE	Kadın	15	14,00	196,00	91,000	-,867	,386
	Erkek	15	15,93	239,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
EF	Kadın	15	15,00	225,00	105,000	-,598	,550
	Erkek	15	16,00	240,00			
	Toplam	30					

Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri C cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=105,000, p=,317; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri CF cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=81,500, p=,065; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri FC cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=103,500, p=,612; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri FE cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=91,000, p=,386; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri EF cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=105,000, p=,550; p>0,05).

Tablo-35 Yaş Değişkenine Göre Renk Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
C	18-30	18	15,00	270,00	99,000	-1,225	,221
	31-45	12	16,25	195,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
CF	18-30	18	14,56	262,00	82,000	-1,579	,114
	31-45	12	16,92	203,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
FC	18-30	18	14,92	268,50	103,000	-,288	,774
	31-45	12	16,38	196,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
FE	18-30	18	16,03	288,50	94,000	-,319	,750
	31-45	12	14,71	176,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
EF	18-30	18	15,67	282,00	105,000	-,244	,807
	31-45	12	15,25	183,00			
	Toplam	30					

18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri C cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=99,000, p=,221; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri CF cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=82,000, p=,114; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri FC cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=103,000, p=,774; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri FE cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=94,000, p=,750; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri EF cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=105,000, p=,807; p>0,05).

Tablo-36 Cinsiyet Değişkenine Göre Gölge Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
FClob	Kadın	15	18,20	273,00	72,000	-1,865	,062
	Erkek	15	12,80	192,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
ClobF	Kadın	15	16,00	240,00	105,000	-1,000	,317
	Erkek	15	15,00	225,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Clob	Kadın	15	16,00	240,00	105,000	-1,000	,317
	Erkek	15	15,00	225,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
KClob	Kadın	15	15,00	225,00	105,000	,598	,550
	Erkek	15	16,00	240,00			
	Toplam	30					

Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri FClob cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($U=72,000$, $p=,062$; $p>0,05$). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri ClobF cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($U=105,000$, $p=,317$; $p>0,05$). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Clob cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($U=105,000$, $p=,317$; $p>0,05$). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri KClob cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($U=105,000$, $p=,550$; $p>0,05$).

Tablo-37 Yaş Değişkenine Göre Gölge Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
FClob	18-30	18	13,53	243,50	72,500	-1,668	,095
	31-45	12	18,46	221,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
ClobF	18-30	18	15,83	285,00	102,000	-,816	,414
	31-45	12	15,00	180,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Clob	18-30	18	15,83	285,00	102,000	-,816	,414
	31-45	12	15,00	180,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
KClob	18-30	18	14,83	267,00	96,000	-,977	,329
	31-45	12	16,50	198,00			
	Toplam	30					

18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri FClob cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=72,500, p=,095; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri ClobF cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=102,000, p=,414; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Clob cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=102,000, p=,414; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri ClobK cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=96,000, p=,329; p>0,05).

Tablo-38 Cinsiyet Değişkenine Göre İnsan Ve Hayvan Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
H	Kadın	15	16,93	254,00	91,000	-,892	,372
	Erkek	15	14,07	211,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
A	Kadın	15	13,33	200,00	80,000	-1,348	,178
	Erkek	15	17,67	265,00			
	Toplam	30					

Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri insan cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=91,000, p=,372; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri hayvan cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=80,000, p=,178; p>0,05).

Tablo-39 Yaş Değişkenine Göre İnsan Ve Hayvan Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
H	18-30	18	15,61	281,00	106,000	-,085	,933
	31-45	12	15,33	184,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
A	18-30	18	15,06	271,00	100,000	-,339	,735
	31-45	12	16,17	194,00			
	Toplam	30					

18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri hayvan cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=106,000, p=,933; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri hayvan cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=100,000, p=,735; p>0,05).

Tablo-40 Cinsiyet Değişkenine Göre Diğer İçerik Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Anat	Kadın	15	16,43	246,50	98,500	-,637	,524
	Erkek	15	14,57	218,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Os	Kadın	15	16,53	248,00	97,000	-,739	,460
	Erkek	15	14,47	217,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Obj	Kadın	15	15,67	235,00	110,000	-,105	,916
	Erkek	15	15,33	230,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Geog	Kadın	15	15,60	234,00	111,000	-,089	,929
	Erkek	15	15,40	231,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Nat	Kadın	15	16,47	247,00	98,000	-,685	,493
	Erkek	15	14,53	218,00			
	Toplam	30					

Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Anat cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=98,500, p=,524; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Os cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=97,000, p=,460; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Obj cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=110,000, p=,916; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Geog cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=111,000, p=,929; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Nat cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=98,000, p=,493; p>0,05).

Tablo-41 Yaş Değişkenine Göre Diğer İçerik Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Anat	18-30	18	15,97	287,50	99,500	-,395	,693
	31-45	12	14,79	117,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Os	18-30	18	15,83	285,00	99,500	-,395	,693
	31-45	12	15,00	180,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Obj	18-30	18	15,53	279,50	107,500	-,021	,983
	31-45	12	15,46	185,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Geog	18-30	18	15,72	283,00	104,000	-,243	,808
	31-45	12	15,17	182,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Nat	18-30	18	16,06	289,00	98,000	-,482	,630
	31-45	12	14,67	176,00			
	Toplam	30					

18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Anat cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=99,500, p=,693; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Os cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=102,000, p=,770; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Obj cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=107,500, p=,983; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Geog cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=104,000, p=,808; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Anat cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=98,000, p=,630; p>0,05).

Tablo-42 Cinsiyet Değişkenine Göre Diğer İçerik Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Plt	Kadın	15	14,63	219,50	99,500	-,580	,562
	Erkek	15	16,37	245,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Sex	Kadın	15	15,53	233,00	112,000	-,048	,962
	Erkek	15	15,47	232,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Sgn	Kadın	15	15,00	225,00	105,000	-480	,631
	Erkek	15	16,00	240,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Arch	Kadın	15	16,87	253,00	92,000	-1,002	,316
	Erkek	15	14,13	212,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Mask	Kadın	15	17,37	260,50	84,500	-1,502	,133
	Erkek	15	13,63	204,50			
	Toplam	30					

Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Plt cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=99,500, p=,562; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Sex cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=112,000, p=,962; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Sgn cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=105,000, p=,631; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Arch cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=92,000, p=,316; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Mask cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=84,500, p=,133; p>0,05).

Tablo-43 Yaş Değişkenine Göre Diğer İçerik Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Plt	18-30	18	16,47	296,50	90,500	-,797	,425
	31-45	12	14,04	168,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Sex	18-30	18	15,31	275,50	104,500	-,343	,732
	31-45	12	15,79	189,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Sgn	18-30	18	15,33	276,00	105,000	-,196	,845
	31-45	12	15,75	189,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Arch	18-30	18	15,72	283,00	104,000	-,200	,842
	31-45	12	15,17	182,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Mask	18-30	18	15,61	281,00	106,000	-,109	,913
	31-45	12	15,33	184,00			
	Toplam	30					

18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Plt cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=90,500, p=,425; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Sex cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=104,500, p=-732; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Sgn cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=105,000, p=,845; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Arch cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=104,000, p=,842; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Mask cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=106,000, p=,913; p>0,05).

Tablo-44 Cinsiyet Değişkenine Göre Diğer İçerik Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Post	Kadın	15	16,00	240,00	105,000	-,424	,671
	Erkek	15	15,00	225,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Röntgen	Kadın	15	16,50	247,50	97,500	-1,438	,150
	Erkek	15	14,50	217,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Ban	Kadın	15	16,43	248,50	98,500	-,599	,549
	Erkek	15	14,57	218,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Göz	Kadın	15	16,00	240,00	105,000	-1,000	,317
	Erkek	15	15,00	225,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Et	Kadın	15	15,00	225,00	105,000	-1,000	,317
	Erkek	15	16,00	240,00			
	Toplam	30					

Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Post cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=105,000, p=,671; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Röntgen cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=97,500, p=,150; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Ban cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=98,500, p=,549; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Göz cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=105,000, p=,317; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri Et cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=105,000, p=,317; p>0,05).

Tablo-45 Yaş Değişkenine Göre Diğer İçerik Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Post	18-30	18	13,67	246,00	75,000	-1,906	,057
	31-45	12	18,25	219,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Röntgen	18-30	18	15,31	275,50	104,500	-,343	,732
	31-45	12	15,79	189,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Ban	18-30	18	13,81	248,50	77,500	-1,331	,183
	31-45	12	18,04	216,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Göz	18-30	18	15,83	285,00	102,000	-,816	,414
	31-45	12	15,00	180,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Et	18-30	18	15,83	285,00	102,000	-,816	,414
	31-45	12	15,00	180,00			
	Toplam	30					

18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Post cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=75,000, p=,057; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Röntgen cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=104,500, p=,732; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Ban cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=77,500, p=,183; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Göz cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=102,000, p=,414; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Et cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=102,000, p=,414; p>0,05).

Tablo-46 Cinsiyet Değişkenine Göre Diğer İçerik Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Sembol	Kadın	15	15,50	232,50	112,500	,000	1,000
	Erkek	15	15,50	232,50			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Hücre	Kadın	15	15,00	225,00	105,000	-1,000	,317
	Erkek	15	16,00	240,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Bulut	Kadın	15	15,00	225,00	105,000	-,598	,550
	Erkek	15	16,00	240,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Desen	Kadın	15	15,00	225,00	105,000	-1,000	,317
	Erkek	15	16,00	240,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Duman	Kadın	15	16,00	240,00	105,000	-1,000	,317
	Erkek	15	15,00	225,00			
	Toplam	30					

Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri sembol cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($U=112,500$, $p=1,000$; $p>0,05$). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri hücre cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($U=105,000$, $p=,317$; $p>0,05$). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri bulut cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($U=105,000$, $p=,550$; $p>0,05$). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri desen cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($U=105,000$, $p=,317$; $p>0,05$). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri duman cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($U=105,000$, $p=,317$; $p>0,05$).

Tablo-47 Yaş Değişkenine Göre Diğer İçerik Cevaplarında Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Sembol	18-30	18	16,17	291,00	96,000	-1,175	,240
	31-45	12	14,50	174,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Hücre	18-30	18	15,83	285,00	102,000	-,816	,414
	31-45	12	15,00	180,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Bulut	18-30	18	16,50	297,00	90,000	-1,466	,143
	31-45	12	14,00	168,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Desen	18-30	18	15,00	270,00	99,000	-1,225	,221
	31-45	12	16,25	195,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Duman	18-30	18	15,83	285,00	102,000	-,816	,414
	31-45	12	15,00	180,00			
	Toplam	30					

18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri sembol cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=96,000, p=,240; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri hücre cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=102,000, p=,414; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri bulut cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=90,000, p=,143; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri desen cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=99,000, p=,221; p>0,05). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri duman cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=102,000, p=,414; p>0,05).

Tablo-48 Cinsiyet Değişkenine Göre Diğer Cevaplarda Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Triade	Kadın	15	17,07	256,00	89,000	-1,324	,185
	Erkek	15	13,93	209,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Erlebnis	Kadın	15	16,93	254,00	91,000	-1,375	,169
	Erkek	15	14,07	211,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
AB	Kadın	15	15,00	225,00	105,000	-1,000	,317
	Erkek	15	16,00	240,00			
	Toplam	30					

Kadın ve erkek katılımcıların aldıkları Triade puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=89,000, p=,185; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların aldıkları Erlebnis puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=91,000, p=,169; p>0,05). Kadın ve erkek katılımcıların verdikleri atom bombası cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (U=105,000, p=,317; p>0,05).

Tablo-49 Yaş Değişkenine Göre Diğer Cevaplarda Farklılık Olup Olmadığının Mann-Whitney U Testi İle İncelenmesi

Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Triade	18-30	18	13,00	234,00	63,000	-2,588	,010
	31-45	12	19,25	231,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
Erlebnis	18-30	18	14,56	262,00	91,000	-1,110	,267
	31-45	12	16,92	203,00			
	Toplam	30					
Değişken	Grup	N	S.O	S.T	U	Z	P
AB	18-30	18	15,00	270,00	99,000	-1,225	,221
	31-45	12	16,25	195,00			
	Toplam	30					

18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların aldıkları Triade puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($U=63,000$, $p=,010$; $p<0,05$). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların aldıkları Erlebnis puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($U=91,000$, $p=,267$; $p>0,05$). 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri atom bombası cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($U=99,000$, $p=,221$; $p>0,05$).



SONUÇ

Bulgular kısmında çalışma kapsamına alınan tüm veriler ayrıntılı bir biçimde incelenmiş olup, bu kısımda elde edilen bulgular ana hatlarıyla sunulacak ve manidar olan bulgulardan söz edilecektir. Sonuç kısmında bahsi edilecek olan bulgular belirli bir düzen içerisinde incelenecektir. Birinci adımda test protokollerinden elde edilen verilerin Rorschach araştırma formuna göre değerlendirilmesi sonucunda elde edilen paranoid bozukluğun klinik doğasına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bulgulardan bahsedilerek bulguların sebebine ilişkin tartışmada bulunacaktır. İkinci adımda paranoid bozukluk tanısı almış test protokollerinde öne çıkan, tepki temelli olan ve istatistiksel olarak anlamlı bulgulardan bahsedilecektir. Son olarak 54 farklı veri grubunda cinsiyet ve yaş göre anlamlı bir farklılık olup olmadığının belirlenmesi amacıyla uygulanmış olan Mann-Whitney U Test sonuçlarından elde edilen istatistiksel olarak anlamlı bulgulardan ve söz konusu bulguların sebebinden bahsedilecektir.

Örneklemin dış gerçeklere yaklaşımına dair hipotezin aksine örneklemin %53.3'ünün dış gerçeklere yönelik ilkel-basit ve ayrışmamış bir yaklaşımı benimsediği bulgusuna rastlanılmıştır. Örneklemin yarısından fazlası tarafından benimsenen bu yaklaşım tarzı, olayları genel izlenimleri itibariyle değerlendirerek yüzeysel yaklaşıma davranışıyla karakterize bir yaklaşımı ifade eder. Örneklemin klinik tablosunda var olan yorucu, inatçı, gürültücü sanrılar göz önüne alındığında deneklerin uyarıların ayrıntısına girmekten kaçınarak iç denetimlerini sağlama çabalarından kaynaklanabilecek olması muhtemeldir. Elde edilen bulgunun sebebine ilişkin bir diğer açıklama ise; deneklerin savunucu ve ketum bir tutum benimseyerek kendilerini ve iç dünyalarını açığa vurmama çabalarından kaynaklanıyor olması ve deneklerin bu çabalarını teste karşı verdikleri sığ ve yüzeysel tepkiler ile gösteriyor olmalarıdır.

Çalışmanın dış gerçekleri algılama ve değerlendirme sürecine yönelik hipotezinin aksine örneklemin %30.4'ünün dış gerçekleri algılama ve değerlendirme sürecinde nesnel ve akılcı oldukları tespit edilmiştir. İlk bakışta paranoid bozukluk tanısı almış kişilerin dış gerçekleri algılama ve değerlendirme süreçlerinde nesnel ve akılcı olmaları şaşırtıcı bir bulgu olarak görünse de, bozukluğun doğası gereği genel işlevsellik düzeyinin bozulmadığı göz önüne alındığında söz konusu bulgu şaşırtıcı olma özelliğini kaybetmemektedir. Paranoid bozukluğa dair güncel literatüre baktığımızda paranoid bozukluğa sahip olan insanların gerçeği test etme yetisinin tamamen bozulmadığı, kendi düşünceleri ve sorunları doğrultusunda değerlendirmelerde bulunmaları sebebiyle zaman zaman öznel hale geldiği, yine bu bozukluğa sahip kişilerin iç görü ve yargılamasının tamamen bozulmadığı ve şayet

savunma mekanizmaları yeterince işlevsel ise sanrılarını nesnelliklerini belirli bir düzeyde korumalarına izin verecek kadar kontrol altında tutabildiklerini görmekteyiz. Çalışmanın dış gerçekleri algılama ve değerlendirme sürecine yönelik hipotezine uygun olarak örneklemin %26.2'sinin dış gerçekleri algılama ve değerlendirme sürecinde aşırı biçimci ve kuru olduğu bulgusuna rastlanılmıştır. Paranoid bozukluk tanısı almış kişilerin savunucu oldukları, teste ve/ya testöre güvensizlik ve kuşku ile yaklaşabilecekleri bilimsel literatürle uyumlu bir varsayım olacaktır. Bu varsayım göz önüne alındığında örneklemin %26.2'sinin savunucu bir tutum benimseyerek sığ ve yüzeysel tepkiler vermekle yetinmesi ve yorumlarına kişisel hayal gücünden bir şeyler katmamayı tercih etmesi kuvvetle muhtemeldir. Bir diğer anlamlı bulgu ise orijinal örneklemin %23.3'ünün dış gerçekleri algılama ve değerlendirme sürecine dair herhangi bir bilgi vermemiş olmasıdır. Bu bulgunun ortaya çıkmasında etkili olan sebeplerden biri; insani olgunun söz konusu olmasıdır ve herhangi bir deneğin Rorschach testinde yer alan geniş tepki yelpazesindeki tüm tepkileri vermesinin beklenmesinin mantıksız olmasıdır. Bir diğer sebep ise bilinçdışı sebeplerle deneklerin dış gerçekleri algılama ve değerlendirme süreçlerine yönelik olarak bilgi edinmemizi istemeyerek bu amaç için gerekli olan tepkileri vermedikleri varsayımıdır.

Çalışmanın duygularının ifadesi ve kullanımına ilişkin hipotezine uygun olarak örneklemin %46.6'sının duygularının ifadesi ve kullanımının aşırı biçimde bastırılmış olduğu bulgusuna rastlanılmıştır. Paranoid bozukluk tanısı almış kişiler iç denetimlerini sağlama, ani ve kontrol dışı ortaya çıkabilecek duygu patlamalarının önüne geçme ve sanrılarının genel işlevsellik düzeylerini olumsuz biçimde etkilemesini engelleme ihtiyacı içinde olabilirler. Bu ihtiyaçları sebebiyle duygularını genellikle içlerinde yaşamayı tercih etmeleri ve duygularının üzerinde aşırı düzeyde bir kontrol ihtiyacı duymaları sebebiyle duygularının ifadesi ve kullanımını aşırı biçimde bastırmaları kuvvetle muhtemeldir.

Çalışmanın affektif gereksinim ve ifadelerine ilişkin hipotezine uygun olarak örneklemin %50'sinin affektif gereksinim ve ifadelerini tümüyle bastırmış olduğu bulgusuna rastlanılmıştır. Paranoid bozukluk tanısı almış kişilerin genellikle dış dünyayı tehlikeli ve tehdit edici bir biçimde algılamalarından kaynaklanan fobik anksiyeteye sahip olmaları, sanrılarının genellikle dış dünyadan gelebilecek tehlikelere yönelik olması sebebiyle bu kişilerin affeksiyonları dahil tüm tepkileri üzerinde kontrol sahibi olma ihtiyacına sahip olmaları kuvvetle muhtemeldir.

Çalışmanın örneklemin sosyal çevre ile ilişkilerine ilişkin hipotezine uygun olarak örneklemin %36.8'inin sosyal çevre ile ilişkilerinin kuru ve yüzeysel olduğu bulgusuna rastlanılmıştır. Paranoid bozukluk tanısı almış kişilerin sanrılarının

genellikle dış dünyaya yönelik olması bu kişilerin diğer insanlarla derin ve doyurucu sosyal ilişkiler inşa ederek bu ilişkileri sürdürmesinin önünde engel teşkil etmesi kuvvetle muhtemeldir. Diğer yandan paranoid bozukluk tanısı almış kişiler kendilerini dış dünyadan gelebilecek muhtemel tehlikelerden korumak amacıyla kuru ve yüzeysel sosyal ilişkileri bir savunma mekanizması olarak kullanıyor olabilirler. Çalışmanın sosyal çevre ile ilişkilere ilişkin hipotezinin aksine örneklemin %36.8'inin yoğun ilişki isteği içinde olduğu ancak isteklerini gerçekleştirmede başarısız olduğu bulgusuna rastlanılmıştır. Paranoid bozukluk tanısı almış kişilerin genel işlevsellik düzeylerinin bozulmadığı ancak halen sanrılarının olumsuz etkilerine yönelik savunmasız olabilecekleri ihtimali, bu kişilerin yoğun ilişki isteklerine rağmen isteklerini gerçekleştirme yönündeki başarısızlıklarını açıklayabilecek güçlü bir argüman niteliği kazanabilir. Söz konusu bulguyu açıklayabilecek bir diğer sebep ise paranoid bozukluğu olan kişilerin yoğun ilişki isteğinin altında yatan sebebin ilişki kurarak diğer insanları kontrol etme ihtiyacı olması ve ilişki girişiminin başarısızlığının sebebinin yine bu kontrol ihtiyacı olması olabilir. Bir diğer anlamlı bulgu ise orijinal örneklemin %36.7'sinin sosyal çevre ile ilişkilerine dair herhangi bir bilgi vermemiş olmalarıdır. Paranoid bozukluk tanısı almış kişilerin sahip oldukları sanrılar genellikle dış dünyaya ve dış dünyadaki kişilere, nesnelere, olaylara veya şartlara yönelik olarak ortaya çıktığı için iç denetimlerini sağlamak, genel işlevselliklerini korumak, kendilerini muhtemel olduğunu düşündükleri tehlikelerden sakınmak konusundaki ihtiyaçlarının fazlasıyla kuvvetli olması akla yatkın bir varsayımdır. Bu sebeple bu kişilerin sosyal çevreyle ilişkilerine dair fikir edinmemize yardım edecek bilgileri açığa çıkarmama konusunda bilinçdışı eğilimleri söz konusu olabilir.

Örneklemin sahip olduğu anksiyetenin niteliğine ilişkin çalışma hipotezine uygun olarak örneklemin %60.7'sinin dış nedenlere bağlı fobik anksiyeteye sahip olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Ulaşılan bu bulgu paranoid bozukluk tanısı almış kişilerin sanrılarının genellikle kendi kontrolleri dışında gelebilecek dışsal nedenlere yönelik olduğu varsayımı ile uyumludur. Diğer anlamlı bir bulgu ise örneklemin %31.2'sinin parçalanma veya çözülme anksiyetesine sahip olduğuna yöneliktir. Bu bulgu örneklemin paranoid belirtilerinin yoğunluğu veya bozukluğun komorbid niteliği sebebiyle iç bütünlüğün risk altına girmesi ihtimali göz önüne alındığında anlaşılabilir hale gelecektir.

Çalışmanın örneklemin sahip olduğu cinsel ve agresif dürtülerin ifadesine ilişkin hipotezine uygun olarak örneklemin %45.5'inin cinsel ve agresif dürtülerini kontrollü bir biçimde ifade ettiği bulgusuna rastlanılmıştır. Örneklemin teste ve/ya testöre karşı benimsemesi muhtemel olan temkinli, kontrollü ve bazen şüpheli tutumu ile

agresif ve cinsel dürtülerin rahat ve serbest biçimde ifadesinin toplumsal olarak hoş görülmediği ve dahi engellendiği göz önüne alındığında ulaşılan bulgu anlaşılabilir bir hal kazanacaktır. Diğer yandan örneklemin yine %45.5'inin cinsel ve agresif dürtülerini çığ ve ilkel biçimde ifade ettiği bulgusuna rastlanılmıştır. Diğer bir deyişle, örneklemin %45.5'i cinsel ve agresif dürtülerini uygunsuz bir biçimde ifade etmişlerdir. Sanrılarının iç görü ve yargılama işlevlerinin bütünlüğünü olumsuz etkilediği göz önüne alındığında bu kişilerin cinsel ve agresif dürtülerine yönelik kendilerine has, çarpık ve sağlıksız birtakım ifade tarzlarının doğruluğuna ve uygunluğuna dair inanışlar geliştirmiş olmaları ve bu inanışlarını verdikleri tepkilerle teste yansıtmış olmaları mümkündür. Anlamli olan bir diğer bulgu ise orijinal örneklemin %26.7'sinin cinsel ve agresif dürtülerine yönelik herhangi bir bilgi vermemiş olmasıdır. Bu durum örneklemin katı ve savunucu bir tutum benimseme eğilimi, cinsel ve agresif dürtülerin ifadesinin toplumsal olarak kabul görmüyor olduğu bilincine sahip olma ihtimali, kendisini iyi, normal ve sağlıklı gösterme arzusu veya sahip olduğu patolojinin ciddiyetini saklama ihtiyacından kaynaklanıyor olabilir.

Örneklemin beden imgesinin doğasına ilişkin hipotezinin aksine örneklemin %63'ünün beden imgesinde önemli bir bozukluğa rastlanılmamıştır. Bu durum örneklemin sahip olduğu patolojinin doğasına dair bilimsel literatürden elde ettiğimiz bilgilerle uyumludur. Örneklemin beden imgesinin doğasına ilişkin hipotezine uygun olarak %37'sinin bedeniyle ilgili güvensizlik duygularına sahip olduğu bulgusuna rastlanılmıştır. Bu bulgu somatik sanrılarının varlığı ile açıklanabilir. Bir diğer anlamlı bulgu ise orijinal örneklemin %10'unun beden imgesinin niteliğine ilişkin herhangi bir bilgi vermemiş olmasıdır. Bu bulgu beden imgesiyle alakalı sorunların hafif düzeyde olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmanın kişilik yapısına ilişkin hipotezine uygun olarak örneklemin %50'sinin daralmış kişilik yapısına sahip olduğu bulgusuna rastlanılmıştır. Örneklemin sahip olduğu sanrılarının şiddeti ve yoğunluğunun kişilerin ruhunda, bedeninde, işlevsellik düzeyinde ve sosyal çevre ile ilişkileri üzerinde yaratmış olabileceği baskı ve olumsuz etkiler deneklerin daralmış bir kişilik yapısı geliştirmelerine sebep olmuş olabilir. Söz konusu daralmış kişilik yapısı bozukluğa eşlik eden şiddetli belirtilerin bir sonucu olabileceği gibi savunma mekanizması olarak da görev görüyor olabilir. Diğer bir anlamlı bulgu ise örneklemin %40'ının dışa dönük bir kişilik yapısına sahip olduğu yönündedir. Sahip olunan bozukluğun belirtilerinin şiddet ve yoğunluğunun zayıf olduğu varsayımından hareketle bu kişilerin dışa dönük bir kişilik yapısı geliştirebildikleri ileri sürülebilir.

Çalışmanın ego yapısı ve gücüne ilişkin hipotezine uygun olarak örneklemin %80'inin katı savunmaları olan zayıf egoya sahip olduğuna dair bulguya

rastlanılmıştır. Sahip olunan bozukluğun belirtilerinin şiddet ve yoğunluğunun fazla olması ego gücünü zayıflatan bir etmen olmakla birlikte bu kişiler ancak katı savunmalar aracılığıyla ego gücünde meydana gelen zayıflamayı tolere edebiliyor olmaları kuvvetle muhtemeldir. Bir diğer anlamlı bulgu ise orijinal örneklemin %16.6'sının ego yapısı ve gücüne dair herhangi bir bilgi vermemiş olmasıdır. Ortaya çıkan bu bulgunun sebebinin savunucu bir tutum takınmaları kuvvetle muhtemel olan paranoid bozukluk tanısı almış kişilerin bilinçdışı bir tepkiyle bu konuda iç dünyalarını ele vermemeleri olduğu kanısındayım.

Paranoid bozukluk tanısı almış test protokollerinde ağırlıklı olarak öne çıkan, tepki temelli olan ve istatistiksel olarak anlamlı bulgular aşağıda incelenmiştir:

1. %53.3'lük oranla protokollerde ilkel G ve ilkel D tepkilerinin öne çıktığı görülmektedir.
2. %30.4'lük oranla protokollerde F+, K ve FC tepkilerinin öne çıktığı görülmektedir.
3. %46.6'lık oranla protokollerde renk tepkilerinin mevcut olmadığı ve renk tepkilerinin yokluğunun öne çıktığı görülmektedir.
4. %50'lik oranla protokollerde FE, EF ve K tepkilerinin mevcut olmadığı, bu tepkilerin yokluğunun öne çıktığı görülmektedir.
5. %36.8'lik oranla protokollerde yüksek H yüzdesi ile birlikte anksiyete sebebiyle nitelikli insan tepkisinin yokluğunun öne çıktığı görülmektedir. Yine %36.8'lik oranla protokollerde renk tepkisi bulunmamakla birlikte H yüzdesinin düşük ve K tepkilerinin ya çok az sayıda ya da hiç bulunmadığı bulgusu ön plana çıkmaktadır.
6. %60.7'lik oranla test protokollerinde FClob, şeytan, canavar gibi tepkilerin varlığı ön plana çıkmaktadır.
7. %45.5'lik oranla protokollerde K tepkileri ile agresif içerik yokluğu ön plana çıkmaktadır. Yine %45.5'lik bir oranla protokollerde cinsel ve agresif dürtü ifadelerinin kötü form niteliği taşıdığı bulgusu ön plana çıkmaktadır.
8. %63'lük oranla protokollerde yer alan üçüncü kartta iki insan tepkisi yer aldığı ön plana çıkmaktadır.
9. %50'lik oranla protokollerde K ve C tepkilerinin oranı 0 (sıfır)'a eşit olduğu bulgusu ön plana çıkmaktadır. Benzer şekilde %40'lık bir oranla protokollerde yer alan K tepkileri C tepkilerinden fazla olduğu bulgusu ön plana çıkmaktadır.
10. %80'lik oranla protokollerde K ve renk tepkilerinin ya çok az sayıda yer aldığı ya da hiç yer almadığı bulgusu ön plana çıkmaktadır.

Yaş değişkenine göre form cevaplarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemek amacıyla uygulanan Mann-Whitney U Testi sonucuna göre, 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri F cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($Z=-2,075$; $p=,038$).

Cinsiyet değişkenine göre hareket cevaplarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemek amacıyla uygulanan Mann-Whitney U Testi sonucuna göre Kp cevapları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($Z=-2,107$; $p=,035$).

Yaş değişkenine göre diğer içerik cevaplarında (Triade, Erlebnis ve Atom Bombası) anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemek amacıyla uygulanan Mann-Whitney U Testi sonucuna göre 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların aldıkları Triade puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($Z=-2,588$; $p=,010$).

Yaş ve cinsiyet değişkenlerine göre diğer 51 veri grubunda anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemek amacıyla uygulanan Mann-Whitney U Testi sonuçlarına göre iki değişken göre 51 veri grubunun tamamında anlamlı bir fark saptanmamıştır. İncelemeye tabii tutulan 54 veri grubunun 51'inde anlamlı bir farklılık saptanmaması Rorschach testinin yaş veya cinsiyete göre geçerlilik ve yetkinlik düzeylerinde bir fark olmadığı, araştırmanın örneklemini için geçerli olmak kaydıyla farklı cinsiyet, yaş, eğitim düzeyine sahip olan kişiler için evrensel bir nitelik taşıyabileceği şeklinde bir değerlendirmede bulunulabilir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular ışığında bilimsel literatürde paranoid bozukluğun klinik özelliklerine dair baskın düşüncelerde birtakım değişmelere gidilebilir veya söz konusu bozukluğun doğasına ilişkin bilimsel literatüre klinik özellikler temelinde yeni bilgiler katılmış olduğu iddia edilebilir. Bu çalışmayla paranoid bozukluğa sahip olan kişilerin dış gerçeklere yaklaşımında her şeye hakim olma çabalarıyla birlikte telafiye yönelik davranışı ve kaçış davranışıyla belirlenen savunucu yaklaşımı benimsemelerine ek olarak dış gerçeklere yaklaşımlarında ilkel-basit ve ayırışmamış bir yaklaşım benimseyebilecekleri ortaya konulmuştur. Yine bu kişilerin dış gerçekleri algılama ve değerlendirme süreçlerinde aşırı biçimci ve kuru olabilecekleri gibi nesnel ve akılcı bir yaklaşım benimseyebilecekleri anlaşılmıştır. Paranoid bozukluk tanısı almış kişilerin sosyal çevre ile ilişkilerinin kuru ve yüzeysel nitelikte olabileceği gibi bu kişilerin yoğun ilişki isteğine sahip olabilecekleri ancak başarısız olabilmelerinin kuvvetli olduğu ortaya konulmuştur. Yine bu kişilerin agresif ve cinsel dürtülerini kontrollü bir şekilde ifade edebilecekleri gibi agresif ve cinsel dürtülerini çiğ ve ilkel bir biçimde ifade etme olasılığının söz konusu olduğu bulgusuna rastlanılmıştır. Diğer taraftan paranoid bozukluk tanısı almış kişilerin bedenleriyle alakalı güvensizlik duyguları olabileceği gibi beden imgesi ile alakalı

önemli bir bozukluktan mustarip olmayabilecekleri ortaya çıkmıştır. Kişilik yapılarının daralmış nitelikte olabileceği gibi dışa dönük bir kişilik yapısına sahip olma ihtimallerinin olduğu ortaya konulmuştur.

Bu tez çalışmasının sınırlılıkları sebebiyle kapsam içine alınmamış ancak benzer çalışmalar yürütmek isteyen akademisyen, öğrenci ve bilim insanları için öneriler sunarak çalışmama son vereceğim. Bu çalışmada kapsam dışı bırakılan paranoyanın alt türlerini inceleyen benzer bir çalışma yürütülebilir. Böylece uluslararası literatürde en sık görülen alt türün perseküsyon sanrılar olduğuna dair varsayımın Türk örneğine uygunluğu incelenebilir veya paranoyanın alt türlerinin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni hal gibi sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi araştırılabilir. İleriye dönük bir başka araştırma önerisi ise; paranoid bozukluğun paylaşılmış niteliğinin olup olmadığının araştırılması amacıyla araştırma örneğinin birinci dereceden akrabalık ilişkisi (karı-koca, anne-çocuk, baba-çocuk, kardeşler) üzerine alındığı bir çalışma gerçekleştirilebilir. Paranoid bozukluğun katılımsal ve/ya çevresel faktörlere bağlı olarak gelişip gelişmediğinin incelenmesini amaçlayan bir çalışma yürütülebilir. Paranoid bozukluğun komorbid niteliği varsayımından hareketle en sık görülen eştanıları belirlemek amacıyla bir araştırma yapılabilir. Bu çalışmada Rorschach Testinin yanında SCL-R-90 Ölçeğinden faydalanılabilir. Paranoid bozukluğun tedavisinde Bilişsel Davranışçı terapi (BDT) yaklaşımının etkinliğini ortaya koyma amaçlı bir çalışma gerçekleştirilebilir. Böylece Türkçe literatürdeki bir eksikliğin telafisine ve paranoid bozukluğun tedavisinde BDT yaklaşımının etkinliğine yönelik şüphelerin ortadan kalkmasına katkıda bulunulabilir.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- ANASTASI Anne, Psychological Testing, Libraries Australia, New York, 1970.
- BAYMUR Feriha, Genel Psikoloji, İnkilap ve Anka Basımevi, İstanbul, 1983.
- BEIZMANN Cecile, Le Rorschach de l'enfant à l'adulte, Delachaux et Niestlé, Paris, 1982.
- BUDAK Selçuk, Psikoloji Sözlüğü, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2000.
- HACIOSMAN Perihan Mutlu, Rorschach Testi Nedir, Ne Değildir?, Organon İlaçları, İstanbul, 2006.
- İKİZ Tefika, Rorschach Kodlama Kitabı 2: Yetişkin Normları, Bağlam Yayıncılık, İstanbul, 2009.
- KANTOR Martin, Understanding Paranoia: A Guide For Professionals, Families and Sufferers, Praeger Publishers , London, 2004.
- KINCAL Remzi Y, Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Nobel Yayıncılık, Ankara, 2017.
- KÖROĞLU Ertuğrul, Klinik Psikopatoloji, HYB Basım Yayın, Ankara, 2016.
- KÖROĞLU Ertuğrul, DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- KRONENBERG Bernard and LEMKAU Paul Victor, Rorschach Psychodiagnostics, Verlag Hans Huber A.G, Switzerland, 1975.
- MUNRO Alistair, Delusional Disorders: Paranoia and Related Illnesses, Cambridge University Press, Cambridge, 2004.
- ÖZER A. Kadir, Rorschach: Bütünleyici Exner Sistemi, Boğaziçi Üniveritesi Yayınevi, İstanbul, 1994.
- ÖZTÜRK M. Orhan, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Feryal Matbaası, Ankara, 2004.
- RORSCHACH Hermann, Psychodiagnostics: A Diagnostic Test Based on Perception, Grime and Stratton, New York, 1969.
- SAMURÇAY Neriman, Projektif Psikoloji ve Psikoanalitik Yaklaşım, Ankara Üniversitesi Dil Tarih Coğrafya Fakültesi, Ankara, 1983.
- TUNABOYLU Tefika İkiz, Rorschach Kodlama Kitabı 1 Ergen Normları, Bağlam Yayıncılık, İstanbul, 2007.

MAKALELER

- AKSU Haluk vd, Capgras Sendromu ve Tekrarlayıcı Ciddi Suçları Olan Bir Adli Psikiyatri Olgusu, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi, 2008.
- AKAHANE Takaki vd, Extremely grotesque somatic delusions in a patient of delusional disorder and its response to risperidone treatment, General Hospital Psychiatry, 2009.

ALBANNA Mohammad, Socio-demographic Characteristics And Outcome Of Delusional Disorders in QATAR, Qatar Medical Journal, 1997.

ALBERT Umberto vd, Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in delusional disorder, European Psychiatry, 2001.

ATMACA Murat vd, Ketiyapın ile Tedavi Edilen Olfaktör Referans Sendromlu Bir Olgu Sunumu, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2011.

BANDOPADHYAY Sikta vd, Dopamine Receptor Gene D1 Reveals No Significant Association with Delusional Disorder on the Basis of SSP Analysis, International Journal of Human Genetics, 2010.

BRAUN Claude M.J and SUFFREN Sabrina, A general neuropsychological model of delusion, Journal of Cognitive Neuropsychiatry, 2011.

CAMPANA Arturo vd, Delusional disorder and eye tracking dysfunction: preliminary evidence of biological and clinical heterogeneity, Schizophrenia Research, 1998.

CONWAY Charles R. vd, Sensory acuity and reasoning in delusional disorder, Comprehensive Psychiatry, 2002.

DEBNATH Monojit vd, A Study of HLA-Linked Genes in a Monosymptomatic Psychotic Disorder in an Indian Bengali Population, The Canadian Journal of Psychiatry, 2005.

ERBEN Gülten vd, Son 10 Yıl İçerisinde Hastaneye Yatarak Tedavi Edilen Hezeyanlı Bozukluk Tanılı Olguların Psikofarmakolojik Profili: Bir Retrospektif Çalışma, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2009.

FİSTİKÇİ Nurhan vd, Huntington Hastalığına Bağlı Psikotik Bozukluk Ve Tedaviye Dirençli Obsesif Kompulsif Bozukluk, Marmara Medical Journal, 2013.

FREEMAN Daniel and GARETY Philippa A, Advances In Understanding And Treating Persecutory Delusions: A Review, Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology, 2014.

FREEMAN Daniel vd, The interaction of affective with psychotic processes: A test of the effects of worrying on working memory, jumping to conclusions, and anomalies of experience in patients with persecutory delusions, Journal of Psychiatric Research, 2013.

FREEMAN Daniel vd, Current Paranoid Thinking in Patients With Delusions: The Presence of Cognitive-Affective Biases, Advance Access publication, 2013.

FREEMAN Daniel and GARETY Phillipa A, The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable, The British Journal of Psychiatry, 2013.

FOWLER David vd, Negative Cognition, Depressed Mood, and Paranoia: A Longitudinal Pathway Analysis Using Structural Equation Modelin”, Advance Access publication, 2012.

GENÇ Gençer vd, Optik Nörit Şeklinde Ortaya Çıkan Klinik İzole Sendromlu Bir Hastada Steroid Tedavisi Sonrası Psikotik Atak, Journal of Neurological Sciences (Turkish), 2008.

GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ Alexandre vd, Delusional disorder: An overview of affective symptoms and antidepressant use, The European Journal of Psychiatry, 2013.

GORMAN David G and CUMMINGS Jeffrey, Organic delusional syndrome, Semin Neurol, 1990.

GROVER Sandeep vd, Delusional Disorder: Study From North India. Psychiatry And Clinical Neurosciences, Postgraduate Institute of Medical Education and Research, 2007.

GÜNGÖR Sirel Gür vd, Multipl Skleroz ile İlişkili Üveitler, Turkish Journal of Ophthalmology, 2012.

HENRIKSEN Mads Gram vd, Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia: A Critical Evaluation of Its Theoretical Framework from a Clinical-Phenomenological Perspective, Journal of Psychopathology, 2013.

HOCAOĞLU Çiçek, Paranoid Semptomlar ve Sendromlar, Psikiyatri Dünyası, 2001.

HSIAO Mei-Chun vd, Delusional disorder: Retrospective analysis of 86 Chinese outpatients, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 1999.

IBANEZ-CASAS Inmaculada and CERVILLA Jorge A, Neuropsychological Research in Delusional Disorder: A Comprehensive Review, Journal of Psychopathology, 2012.

IBANEZ-CASAS Inmaculada vd, Deficits in Executive and Memory Processes in Delusional Disorder: A Case-Control Study, Public Library of Science, 2013.

J Perälä vd, Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population, Arch Gen Psychiatry, 2007.

KELLY Brendan D, Erotomania : epidemiology and management, CNS Drugs, 2005.

KENDLER Kennett S, The Nosologic Validity of Paranoia (Simple Delusional Disorder): A Review, Arch Gen Psychiatry, 1980.

KENDLER Kennett S, Demography of paranoid psychosis (delusional disorder): A review and comparison with schizophrenia and affective illness, Arch Gen Psychiatry, 1982.

KINDERMAN Peter vd, Self-discrepancies, attentional bias and persecutory delusions, British Journal of Clinical Psychology, 2003.

KINGHAM Michael and GORDON Harvey, Aspects of morbid jealousy, *Advances in Psychiatric Treatment*, 2004.

KULKARNI Nilesh N vd, The Role of Neuroimaging and Electroencephalogram in Diagnosis of Alzheimer Disease, *International Journal of Computer Applications*, 2017.

KUMAR Devvarta vd, Using the back door: Metacognitive training for psychosis, *Journal of Psychological, Social and Integrative Approaches*, 2015.

LEPOSAVIC Ivana vd, Neuropsychological profile of delusional disorder, *Psychiatria Danubina*, 2009.

LUTFİ Ahmed M, Ekblom syndrome, an evidence based review of literature, *Asian Journal of Medical Sciences*, 2016.

MENON Mahesh vd, Psychosocial approaches in the treatment of psychosis: Cognitive behaviour therapy for psychosis (CBTp) and metacognitive training (MCT), *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2017.

MORIMOTO Kiyoshi vd, Delusional Disorder: Molecular Genetic Evidence for Dopamine Psychosis, *Neuropsychopharmacology*, 2002.

MUÑOZ-NEGRO José E. vd, A Systematic Review on the Pharmacological Treatment of Delusional Disorder, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2016.

ÖZDEMİR Osman ve ÖZDEMİR Pınar Güzel, Psikotik Belirtilerle Başvuran Bir Demans Olgusu, *Cukurova Medical Journal*, 2013.

PROCTOR Susan E. vd, First episode psychosis: a novel methodology reveals higher than expected incidence; a reality-based population profile in Northumberland, UK, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2004.

PULLEN Julie and TELLER Jordan, Delusional Disorder Leading to Precipitous Weight Loss, *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, 2012.

ROUDSARI Mohsen Jalali vd, Current Treatments for Delusional Disorder, *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2015.

SALVATORE Giampaolo vd, Metacognition-Oriented Therapy for Psychosis: The Case of a Woman With Delusional Disorder and Paranoid Personality Disorder, *Journal of Psychotherapy Integration*, 2012.

SEVİM Meltem Efe vd, Capgras Sendromu 8 Vaka Örneği ve Literatürün Gözden Geçirilmesi, *Düşünen Adam Dergisi*, 2003.

TAMBURELLO Anthony C vd, The Prevalence of Delusional Disorder in Prison, *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2015.

UMEZAKI Yojiro vd, Oral cenesthopathy, *BioPsychoSocial Medicine*, 2016.

VULINK Nienke C, Delusional Infestation: State of the Art, *Acta Derm Venereol*, 2016.

WICHOWICZ Hubert Michal vd, Wilson's disease associated with delusional disorder, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2006.

TEZLER

ERBEN Gülten, Hezeyanlı Bozuklukta Hezeyan Profili ve Bağlantılı Parametreler, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2008, **(Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi)**.

GÜNERİ Elif, Şizofreni Ve Bipolar Affektif Bozukluk – Manik Epizod-Tanısı Almış Hastaların Rorschach Protokolü Açısından Karşılaştırılması, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008, **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

Bengi Pirim, Yeme Bozuklukları İle Öfke Tarzı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2002, **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

PİRİM Bengi, Yeme Bozuklukları İle Öfke Tarzı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2002, **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**.

ŞAHİNER Didem Sözen, Uyuşturucu Madde Kullanmak Suçu İle Denetimli Serbestlik Tedbiri Alan Kişilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Ve Rorschach Kişilik Testi Yanıtlarının Taranma, İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 2010, **(Yayınlanmamış Doktora Tezi)**.

BİLDİRGELELER

UĞUR Müfit vd, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 2008.

İNTERNET KAYNAKLARI

BOURGEOIS James A, "Delusional Disorder", Medscape, <https://emedicine.medscape.com/article/292991-overview#showall> (Erişim Tarihi: 26.10.2017).

EASTON Judith vd., "Delusional Disorder – jealous type: How inclusive are the DSM-IV diagnostic criteria?", Journal of Clinical Psychology, <https://www.researchgate.net/publication/5595244>, (Erişim Tarihi: 20.10.2017).

GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ Alexandre vd., "Delusional Disorder over the Reproductive Life Span: The Potential Influence of Menopause on the Clinical Course", Hindawi Publishing Corporation Schizophrenia Research and Treatment <https://www.hindawi.com/journals/schizort/2015/979605/> (Erişim Tarihi:29.11.2017).

KEPSKA Anna vd., "Somatic-type Delusional Disorder: A Case Report and Comments", Acta Dermato-Venereologica, <https://www.researchgate.net/publication/47622246> (Erişim Tarihi:20.10.2017).

LANDÍN-ROMERO Ramón vd., "Midline Brain Abnormalities Across Psychotic and Mood Disorders", Schizophrenia Bulletin Advance Access, https://www.researchgate.net/publication/316998550_Midline_Brain_Abnormalities_Across_Psychotic_and_Mood_Disorders (Erişim Tarihi: 21.11.2017).

MUFADDEL Amir vd., "Cerebral Calcifications as a Differential Diagnosis of Psychiatric Disorders", Researchgate, https://www.researchgate.net/publication/320003432_Cerebral_Calcifications_as_a_Differential_Diagnosis_of_Psychiatric_Disorders_In_Research_on_Virology_and_Cytopathology (Erişim Tarihi:10.11.2017)



EKLER

RORSCHACH TEST PROTOKOLÜ ÖRNEĞİ

23 yaşında, Kadın, Ön lisans mezunu

YANITLAR	KODLAMA
1.kart Heykel Yarasa Dağa tırmanan biri	D F ⁻ Arch G F ⁺ A Ban D K H
2.kart Kelebek İki fil Bir adamın yandan profili	D F ⁺ A D F ⁺ A D F ⁺ H
3. kart Karşılıklı duran iki kadın Kemik yapısı Kelebek Duman var gibi buralarda Cenin	G F ⁺ H Ban D F ⁻ Os D F ⁺ A Ban D FClob Duman D F ⁺ H
4. kart Siyah kocaman bir canavar. Ayakkabı giymiş. Böcek	DG C'F (H) G F ⁻ A
5. kart Uzun kanatları olan bir kelebek Yarasaya da benziyor.	G F ⁺ A Ban G F ⁺ A Ban
6.kart Kalabalıktan kaçan bir kuş	D Ka A
7. kart Saçları yukarı doğru şekil verilmiş karşılıklı duran iki yaşlı kadın Bulutlar şeytan yüzü oluşturacak şekilde şekil almışlar	D F ⁺ H G FClob Bulut
8. kart Bukalemun Bayrak İç organlar Çiçek	D F ⁺ A Ban D F ⁺ Obj G F ⁻ Anat D F ⁺ Plt
9. kart İç organ Orman İki silah birbirine ateş edecek gibi duruyor Dalda oturmuş bir kuş	D F ⁻ Anat D FC Nat D Kobj Obj D F ⁺ A
10. kart Çiçek Küçük balina Farklı türde bir balık Bebek yüzleri Böcek Yaprak Yaprakları taşıyan hayvanlar	D F ⁺ Plt D F ⁻ A D F ⁻ A D F ⁻ Hd D F ⁺ A D F ⁺ Plt D Ka A

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1 – Bu protokol İç Gözlem Psikiyatrik ve Psikolojik Danışma Merkezi ile Beril Zeynep Haciosman arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın adı Rorschach Testinde Paranoid Bozukluğun Görünümü

Bu çalışmadan görevlendirilen kişi(ler) Beril Zeynep Haciosman

Konusu:

Madde 2 – Bu protokol ilimiz sınırları içerisinde bulunan İç Gözlem Psikiyatrik ve Psikolojik Danışma Merkezi bünyesinde yapılan psikometrik testler arşivine ulaşım izni vermek amacıyla düzenlenmiştir. Arşiv izni, İç Gözlem Psikiyatrik ve Psikolojik Danışma Merkezi yetkili(leri)nce belirlenen ve korunan gizlilik ve mahremiyet esaslarına göre verilecektir.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi(ler) aynı olacaktır.

Protokolün süresi: Başlangıç 17/03/2018 Bitiş 31/03/2018

Protokol taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Sürenin uzatılması ancak yeni bir protokolün imzalanmasına bağlıdır.

İhtilafların çözümü

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülecek ve çözümlenecektir.

Taraflar

16/03/2018

Beril Zeynep HACIOSMAN

B.Z.M

16/03/2018

Uzm. Dr. Fikret HACIOSMAN

İÇ GÖZLEM PSIKIYATRİK VE
PSIKOLOJİK DANIŞMA MERKEZİ
LTD. ŞTİ.
Beyazıt V D 469 036 5212



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ : 13.03.2018
TOPLANTI SAYISI : 2018-6

KARAR NO:2018-6-5 : Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Beril Zeynep HACIOSMAN'ın "Rorschach Testinde Paranoid Bozukluğun Görünümü" konulu tezi hakkında yapacağı anket sorularının, etik kurallara uygun olup olmadığını tespit etmek üzere, Etik Kurulumuzun 17.01.2018 tarih ve 2018-2 sayılı toplantısında, İGÜ Etik Kurul Yönergesininin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim elemanlarının raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan bilimsel araştırmanın etik kurallara uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR.

Prof.Dr.Nuri KURUOĞLU
Rektör Yardımcısı

