

Paranoid Semptomlar ve Sendromlar

Uz. Dr. Çiçek HOCAOĞLU*

Özet

Paranoid semptomların çok sayıda psikiyatrik ve tıbbi hastalığın seyri sırasında görülebilmesine karşın zaman zaman hekimlerin paranoid semptomların tanınması, sınıflandırılması ve tedavisi konusunda güçlük yaşadıkları da bilinmektedir. Bu yazıda konu ile ilgili paranoid semptomlar ve bazı özel paranoid sendromlara ilişkin literatür bilgileri gözden geçirilmiştir.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 2001;5:97-104

Paranoid terimi pekçok semptom, sendrom ve kişilik bozukluğu terimi ile birlikte kullanılır. Paranoid semptomların çoğunluğunu perseküsyon sanrıları oluşturmaktadır. Tek başına paranoid terimi tanımlayıcı olmakla birlikte tanı koyduramaz. Dikkatli bir anamnez, klinik öykü ve gözlem ile paranoid durumun bir sendrom ya da semptom olup olmadığı ayrımı yapılmalıdır. Paranoid semptomlar ile ilgili diğer sorunlar sınıflama ve tanı ölçütleri ile ilgilidir. Anlaşılabilirliği kolaylaştırmak yönünden paranoid semptomların görüldüğü hastalıklar 2 grup altında toplanabilir.

1. Şizofreni, duygudurum bozuklukları, organik mental bozukluklar gibi primer mental bozukluklar-

la birlikte görülen paranoid semptomlar.

2. Diğer primer bozukluklarla ilişkisi olmayan DSM-4 ve ICD-10'da ayrı bir bölüm olarak incelenen paranoid bozukluklar.

Çoğu kez paranoid semptomların hangi grupta olduğunu ayırd etmek kolay olmamaktadır. Çünkü paranoid özellikleri ön planda olan pekçok psikiyatrik bozukluk mevcuttur. Bu nedenle bu hastalıklar **paranoia** ve **paraphrenia** isimleri ile anılmışlardır. **Paranoia** teriminin ilk kez antik Yunan'da kullanıldığı ve Hipokrat zamanında bile çoktan yerleşmiş bir sözcük olduğu bilinmektedir. O zamanlar gerek halk gerekse de meslekten kişiler tarafından "delilik" karşılığında kullanılan Yunanca **para (dışında)** ve **nous (akıl) (=akıl dışı)** kelimelerinden oluşmaktadır. Sonraki yüzyıllar boyunca literatürde ancak zaman zaman karşılaşılan

* Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, TRABZON

bu terim 18. ve 19.yy'larda yeniden belirmeye başlamış ve birbirinden farklı bazı ruhsal bozuklukları tanımlamak için kullanılmıştır. Özellikle 19. yüzyılda hem deliryum hem de sanrı durumlarının karşılığı olarak Fransız hekimler tarafından yaygın bir şekilde kullanılmıştır.

Paranoid semptomlar ve aile çalışmaları

Paranoid bozukluklar ile ilgili aile çalışmaları: Paranoid bozuklukların kalıtsal bir zemin üzerinde oluşumuna ilişkin araştırmaların ilklerinden biri Miller'in 1941 yılında yayımladığı klasikleşmiş çalışmasıdır. Hastanede yatarak tedavi görmüş ve tümü paranoid özellikler gösteren 400 psikotik hasta ile yapılan bu kapsamlı araştırma konuya bir açıklık getirememiştir. Bu hastaların arasında önceki kuşaklarda paranoid bozukluk saptanmış olanların oranı %2 olarak bulunmuştur. Daha sonraki aile çalışmalarında paranoid kişilik bozukluğu, paranoid bozukluk ve şizofreni arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır. Manschreck'in bildirdiğine göre; (1995) Keadler ve arkadaşları öncelikle birinci derece akrabalarında paranoid bozukluk olanlarda paranoid kişilik bozukluk insidansının daha yüksek olduğunu bildirmiş daha sonraki yayınlarında ise birinci derece akrabalarında şizofreni olanlarda paranoid kişilik ve paranoid bozukluğun daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir. Ancak bu yöndeki tüm çalışmalar sonucunda paranoid bozukluklarda kalıtsal ya da yapısal bir zeminin varlığını kanıtlayacak somut verilere henüz ulaşamamıştır. Şu an benimsenen görüş, birinci derece akrabalarında şizofreni olanlarda paranoid bozukluk ve paranoid kişilik için risk sözkonusu iken; birinci derece akrabalarında paranoid bozukluk olanlarda şizofreni ya da şizotipal kişilik gelişme riski olmadığıdır. Ailesel çalışmaların yapılmasındaki zorluk uzun zaman ve geniş bir populasyon ile şizofreni, paranoid kişilik ve bozukluğun birlikte görüldüğü karmaşık aile modelleri gerektirmesinden kaynaklanmaktadır.

EPİDEMİYOLOJİ

Paranoid semptomlar ileri yetişkinlik döneminde daha sık görülmektedir. Bunda, yaşın ilerlemesi ile sayıları artan düş kırıklıkları, yeni olanakların sınırlandırılması ve yıllar boyunca paranoid eğilimlerini dengeleyebilen kişilerin bu kayıplarla baş etmede giderek zorlanmaya başlamalarının rolü olduğu düşünülmektedir. Paranoid bozuklukların cinsiyet yönünden dağılımı konusunda yeterli veri bulunma-

makla birlikte kadınlarda biraz daha sık görüldüğü düşünülmektedir. Manschreck'in bildirdiğine göre; (1995) Kolb (1968) paranoid bozukluk tanısı konularının büyük çoğunluğunu hiç evlenmemiş kişilerin oluşturduğunu ve bu durumu eşcinsel yönelimler ve sürekli yaşanan hostile eğilimlerin varlığı ile açıklamıştır. Paranoid semptomların genel nüfusa oranı bilinmemektedir. Yapılan çalışmaların çoğu psikiyatri kliniklerine yatırılan hastaların ancak %1-2'sinde paranoid bozukluk bulunduğunu düşündürmektedir. Bu bozukluğun toplumdaki yaygınlığı ile ilgili kesin bilgiler yoktur ve %0.03 civarında olduğu düşünülmektedir. Oldukça geniş bir toplum kesiminde yaşandığı düşünülmekle birlikte, hafif ve orta derecede paranoid semptomları olan kişilerin yalnızca bir bölümünün yardım istemesi nedeni ile gerçeğe yakın bir oran saptamak mümkün görünmemektedir. Paranoid semptomların büyük çoğunluğunu perseküsyon sanrıları daha az olarak alınma, grandiyöz, kıskançlık erotomanik, hak arama ve dinsel sanrıları oluşturmaktadır.

Perseküsyon sanrıları: Buradaki başlıca tema, kişinin kendisine karşı elbirliği ile çalışıldığı, aldatıldığı, gözetlendiği, zehirlendiği bile bile iftira edildiği, taciz edildiği ya da uzun süreli amaçlarının peşinde koşarken engellendiği üzerinedir. Bu tip sanrıları olan kişiler çoğu zaman kızgın ve kırgındırlar. Kendilerine zarar verdiğini düşündükleri kişilere yönelik şiddete başvurabilirler.

Grandiyöz sanrıları: Kişinin kişisel öneminin abartılması biçiminde görülür. Kendisinin zengin, olağandışı yeteneklerle yüklü özel bir kişi veya kurbanı olduğunu iddia eder. Bu sanrılar primer olarak benlik saygısının eksikliğine dayanır, bilinçdışı yetersizlik duyguları için bir kompensasyon sağladığı düşünülmektedir.

Alınma (referans) sanrıları: Bunlar çeşitli obje, olaylar veya insanların hasta için bireysel ve özel bir önemi olması ile ilgili düşünceleridir. Gazetede okunan bir makale veya TV'de izlenen bir olay veya bir söz doğrudan hastaya yönelmektedir. Yine kişi komşularının yada yakınlarının herhangi bir eylem ya da jestini kendisine yönelik özel birşey anlatmaya çalıştığı biçimde algılayabilir.

PARANOİD SEMPTOMLARIN ETİYOLOJİSİ

Daha öncede belirtildiği gibi paranoid semptomlar çok sayıda bozuklukla birlikte görülebilir. Temel

sorun bu bozukluklar bulunmaksızın ortaya çıkan paranoid semptomların nasıl oluştuğudur. Bu sorunun yanıtı çoğunlukla premorbid kişilik ve sosyal izolasyona yol açan nedenlerle açıklanmaya çalışılmıştır. Çok sayıda araştırmacı paranoid semptomlar üzerine eğilmişlerdir. Karno ve Norquist'tin bildirdiğine göre; Kraepelin (1915) paranoid semptomları olan kişilerin premorbid kişilik yapılarının paranoid kişilik yapısına benzer olduğunu, Kretchmer (1927) ise paranoid bozukluğu olan kişilerin alıngan ve duyarlı kişilikleri olduğunu belirtmişlerdir. Paranoid semptomların oluşmasında etkili olan bir diğer etken ise sosyal izolasyondur. Herhangi bir nedenden ötürü sosyal iletişimin azaldığı durumlarda paranoid semptomların geliştiğini gösteren çalışmalar bu görüşü desteklemektedir. Ayrıca bu semptomların kendileri de sosyal izolasyona yol açabilirler. Yine Karno ve Norquist'tin bildirdiğine göre; Kraepelin (1915) kronik işitme engellilerde zamanla paranoid düşünceler geliştiğine işaret etmiştir. İşitme engelli olmak beraberinde sosyal izolasyonu getirmektedir. Harris ve Jeste'nin bildirdiğine göre; Houston ve Royse (1954) paranoid şizofreni ile işitme engelli olma arasında bir ilişki olduğunu, Kay ve Roth (1961) ise işitme algısını kaybedenlerde sonradan gelişen paranoid semptomlar olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte çok sayıda işitme engelli kişide paranoid semptomların görülmediği de unutulmamalıdır. Son yıllarda yapılan nörobiyolojik çalışmalarda paranoid bozuklukta, limbik sistemde ya da bazal gangliyonlarda bir patoloji olabileceği ileri sürülmektedir.

Psikodinamik Görüş

Paranoid bozuklukların psikodinamik açıklamasının nasıl yapılabileceği ve hangi kalıtsal ya da doğumsal etmenlerin ve erken çocukluk yaşantılarının ciddi paranoid düşünceler geliştirmeye hazırladığı sorularının yanıtı kolay verilememektedir. Herşeyden önce paranoid düşüncenin evrensel olması ve normal insanlar arasında bir iletişim sorunu sonucu ortaya çıkabilmesi basit bir neden - sonuç ilişkisinin kurulabilmesini olanaksız kılmaktadır. Yeni doğmuş bebeklerin çevre uyarılarına karşı dirençlerinin önemli farklılıklar gösterdiği bilinmekle birlikte nörobiyoloji alanındaki hızlı gelişmeler paranoid bozukluğa eğiliminin etiyojisine katkıda bulunabilecek bir aşamaya ulaşmamıştır. Üstelik birçok araştırmacının vurguladığı gibi tipik paranoid sanrıların bazen

klasik manik-depresif bozukluklarda, şizofrenide ve organik beyin sendromlarında da ortaya çıkabilmesi konunun açıklanabilmesini daha da güçleştirmektedir.

Freud'un paranoid eğilimlerin önceden bastırılmış eşcinsel isteklerin egonun savunma güçlerinin zayıflaması sonucu ortaya çıktığı görüşünde direnmiş olması son 30 ya da 40 yıldır süregelen görüş ayrılıklarına ve sonu gelmeyen tartışmalara neden olmuştur. Freud'un bu görüşünün aksi kanıtlanmadığı gibi destekleyenlerin sayısı da oldukça fazla olmuştur. 1940'larda eşcinsellik teması üzerine çeşitli yazılar yazılmış ve bunların bir bölümü karşıt görüşler içermiştir. Örneğin eşcinsel ögelerin paranoid erkeklerde hatta açık eşcinsel olsalar bile daha sık görüldüğü, buna karşılık paranoid kadınlarda en sık karşılaşılan temanın fahişelik ile itham edilme olduğuna ilişkin gözlemler mevcuttur. Mcglashan ve Hoffman'ın bildirdiğine göre; Knight (1940) yoğun eşcinsel isteklerle başedebilmek için bu duygulara yönelik nefret geliştirme ihtiyacından, Back (1946) paranoid kişinin kendisini sanrı ürünü olan mazoşizme karşı savunmaya çalıştığından, Klein (1948) ise bir bebeğin normal sadistlik döneminden söz ederken gelişimin bu dönemde takılması sonucu süregelen süperego egemenliğinin paranoid eğilime zemin hazırladığından söz etmişlerdir. Sonuç olarak paranoid semptomların nedeni ve gelişmesi ile ilgili özgül psikodinamik kuramlar bu kişilerin aşırı duyarlı oldukları ve karşıt tepki kurma, yansıtma ve yadsıma gibi savunma düzeneklerini kullandıkları üzerinde durmaktadır.

Paranoid Kişilik Bozukluğu: DSM-4 ve ICD - 10'da tanımlanan bu kişilik bozukluğunun karakteristikleri, kuşkuculuk, aşırı kıskançlık, aşırı gururluluk, geçimsizlik, kincilik, kendini üstün görme gibi özelliklerdir. Düşünce biçiminde paranoid eğilimler vardır. Çabuk alınırlar ve başkalarının söz, bakış ve hareketlerini kendilerine karşı olumsuz yorumlamaya meyillidirler. Cinsel konularda ve yakın ilişkilerde aşırı duyarlı, alıngan ve kuşkucudurlar. Başarısızlıklarını ve kusurlarını başkalarını eleştirerek ve haksız bularak rasyonalize ederler.

PRİMER PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARLA BİRLİKTE GÖRÜLEN PARANOİD SEMPTOMLAR

Kognitif Mental Bozukluklar: Deliryumda çoğunlukla paranoid semptomlar bulunur. Bunun dışında alkol, amfetamin ve kokain gibi maddelerin

kullanımına bağlı psikotik bozukluklarda, paraliz jeneral (kr. yaygın sifilitik meningoensefalit), demans (Alzheimer tipi demans) ve serebral arterioskleroza, neoplazma, travma, dejenerasyon, infeksiyon, metabolik ve endokrin değişikliklere bağlı bozukluklarda paranoid semptomlar görülebilir. Burada unutulmaması gereken en önemli noktalardan biri yaşlı hastalarda henüz herhangi bir kognitif yıkım yokken ortaya çıkan paranoid semptomların demansın öncül belirtileri olduğudur.

Duygudurum bozuklukları: Paranoid semptomlar bazen manide bazen de depresyonda görülebilir. Duygudurum bozukluklarında belirgin halusinasyonların eşlik etmediği sanrılar vardır. Depresif duygu durumunda perseküsyon ve referans sanrıları, manide grandiyöz sanrılar hakimdir. Özellikle ileri yaşlarda görülen depresif tablolara eşlik eden paranoid semptomların depresyonu maskeleyiği ve primer hastalığın tanınmasını güçleştirdiği bilinmektedir. Paranoid semptomların bulunduğu depresyonların tedavisinde antidepresan ilaçlar, ECT yanısıra antipsikotik ilaçlar da tedaviye eklenebilir.

Paranoid şizofreni: Paranoid sanrılarla birlikte şizofreninin diğer belirtileri (belirgin görme ve işitme halusinasyonları, dezorganize konuşma ve davranış, negatif semptomlar) vardır. Burada sanrılar dağınık, değişken, sistemsiz ve tuhaftır.

Şizofreni benzeri sendromlar: Paranoid semptomlar DSM-4'te şizofreniform bozukluk, ICD-10'da akut ve kısa psikotik bozukluk tanı kategorileri içinde de yer alırlar.

Sanrısız Bozukluk: Önde gelen semptomun sanrı olduğu psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanabilir. Önceleri paranoya ya da paranoid bozukluk olarak tanımlanan bu bozukluğun adı, sanrının içeriği her zaman persekütuar nitelikte olmadığı için sanrısız bozukluk olarak değiştirilmiştir. Sanrısız bozukluğun başlıca özelliği en az 1 ay süren bir ya da birden çok bizar olmayan sanrının olmasıdır. İşitme ve görme halusinasyonları varsa bile belirgin değildir. Sanrısız içerikle ilişkili olmak üzere dokunma ve koku halusinasyonları bulunabilir. Sanrılarının doğrudan etkileri dışında psikososyal işlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır. Sanrısız bozukluğun alt tipleri önde gelen sanrısız içeriğe göre belirlenir: DSM-4'e göre sanrısız bozukluğun erotomanik, grandiyöz, persekütuar, somatik ve kıskançlık olmak üzere 5 alt tipi vardır.

Somatik tip sanrısız bozukluğa **monoseptomatik hipokondriyak psikoz** adı da verilmiştir. ICD-10'da ise inatçı sanrılı bozukluklar başlığı altında en az 3 ay süre ile devam eden sanrılardan söz edilmekte ancak alt gruplara değinilmemektedir. Sanrısız bozukluk genellikle orta yaş ya da geç erişkinlik yaşlarında başlar, fakat genç yaşlarda da başlayabilir. Gidişi deyişkendir. Uzun süre kronik kalabildiği gibi tam remisyon dönemlerini ardışık nöksler izleyebilir. Diğer bazı durumlarda da bu bozukluk birkaç ay içinde yatıştır ve çoğu zaman ardından herhangi bir nöks ortaya çıkmaz. Bu bozukluğun başlamasını tetikleyen psikososyal bir stres etkeni sıklıkla bulunur. Stres etkeni çoğu zaman hastada kuşku yada kaygı uyandıran bir durumdur.

ÖZEL PARANOİD SENDROMLAR

Bazı özel paranoid durumlar ilk tanımlayan kişinin adı ile anılmaktadır.

Othello Sendromu (patolojik kıskançlık)

1922'de Freud normal kıskançlığın bile mantık dışı bir olay sayılması gerektiğini, böyle bir duygunun bilinç denetimi altında olmadığı gibi dış dünyanın herkesçe paylaşılan gerçekliği içinde yaşanan durumlarla orantısız olduğu görüşünü dile getirmişti. Sevginin kaybı ya da kaybedilme tehlikesi, sevilen kişiye ve bir rakibe karşı duyulan düşmanlık ve kendine saygıyı azaltan narsistik darbe kıskançlık duygusunu oluşturan temel öğeler olmuştur. Pek çok araştırmacı patolojik kıskançlığın başlangıcında erkeklerde ereksiyonla ilgili güçlükler, kadınlarda ise bir cinsel işlev bozukluğun yattığına inanılmaktadır. Kişinin sanrılarının başlıca teması eşinin yada sevgilisinin sadakatsizlik göstermesidir. Bu düşünceye gerçekçi bir neden olmadan gelinir ve bu inanış küçük "kanıt"larla (giysilerdeki düzensizlikler ya da çarşafalarda ki lekeler gibi) desteklenen doğru olmayan çıkarımlara dayandırılır. Bütün bunlar toplanır ve sanrıyı doğrulamak üzere kullanılır. Böyle bir sanrısı olan kişi genellikle eşini ya da sevgilisini yüzleştirir ve imgesel sadakatsizliği bozma girişimlerinde bulunur (örneğin eşinin özerkliğini kısıtlama, gizlice eşini izleme, imgesel aşığı araştırma, eşine saldırıda bulunma gibi). Bu nedenle bu kişilerin tehlikeli olabileceği, şiddete başvurabileceği unutulmamalıdır. Pek çok çalışmada patolojik kıskançlığın daha çok erkeklerde görüldüğü bildirilmiş olsa da Soyka ve arkadaşlarının (1991) çalışma örneğinde olduğu gibi patolojik kıskançlığın kadınlarda daha

sık görüldüğünü bildiren araştırmalar da vardır. Hekim patolojik kıskançlık tanısı koyarken hastanın eşi ve yakın çevresi ile görüşüp objektif bir değerlendirme yaparken eşlerden her ikisinden evlilik ve seksüel öykülerini öğrenmelidir. Yine hastada patolojik kıskançlık ile birlikte olabilecek diğer psikiyatrik bozuklukların ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Patolojik kıskançlığın tedavisi oldukça zordur. Son dönemlerde antipsikotik tedavinin yanısıra tek başına selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin etkili olduğu bildirilse de sonuçların henüz çok yetersiz olduğu ve depresif bozukluğun olmadığı olgularda durumu daha da kötüleştirebileceği unutulmalıdır.

De Clérambault Sendromu (Erotomanik sanrı)

De Clérambault tarafından 1921'de tanımlanan bu sanrının temel teması başka birinin o kişiye aşık olduğu inancıdır. Genellikle yalnız yaşayan bir kadın olan erotomanik sanrılı kişi bilinmeyen nedenlerden ötürü aşkını açıklayamayan ama ilgisini belli eden "bir erkek tarafından sevildiğine ve arzu edildiğine" inanır. Bu sevgili çoğu kez politikada sahne, sinema ya da TV'de halkın ilgisini toplayan popüler bir kişidir. Erotomanik kişi hiç bir şeyden haberi olmayan bu insanı mektupları, telefon konuşmaları, ziyaretleri ile herşeyin herkese açıklanması istekleri ile rahatsız edebilirler. Hatta bazen polise yada mahkemeye başvurabilirler. Adli olguların çoğu erkektir. Bazen de kişi sanrısını gizli tutabilir. Söz konusu aşk çoğu kez kişinin kendine yönelik narsistik aşkının belirlenen bir kişiye yansıtılmasından başka bir şey değildir.

Capgras Sendromu

Bu sendrom Fransız psikiyatr Capgras tarafından 1923 yılında "illusion des sosies" adı verilerek tanımlanmış bir sendromdur. Başlıca özelliği, kişinin çevresindekilerin gerçek olmadığına, başkalarının onların yerine geçtiğine ilişkin sanrısalsal bir inanışının olmasıdır. Bu sendrom kadınlarda biraz daha fazla görülür. Bu durum, sanrısalsal bozukluklardan biri olarak sınıflandırılabilir gibi şizofreninin bir belirtisi olarak da görülebilmektedir. Bu sendromun ortaya çıkabilmesi için, psikotik sürecin bir sonucu olarak gerçeği değerlendirme yetisinin bozulmuş olması gereklidir. Capgras, sanrının oluşumunda yabancılaşma duyma güven duyamama ile giden bir paranoid eğilimin olduğunu açıklamıştır. Son yıllar-

da paryetal lob işlev bozukluğuna bağlı olarak da ortaya çıkabileceği ileri sürülmektedir. Capgras sendromuna psikodinamik bir anlam da yüklenmektedir. Hasta kötü özellikleri ile tanıdığı ya da kendisine birtakım kötü özellikler yükleyen kişiyi dışlamakta ancak suçluluk duyguları ve ambivalan tutumu nedeni ile bu kişiyi dışlıyor olmasının bilince çıkmasına izin vermemektedir. Dolayısıyla karşı karşıya geldiği kişi ile ilgili duygularını o kişinin yerine geçen eşine, onun sahtesine yönelmekte, böylece bu kişi daha kolay dışlanabilmektedir. Bu sendromun nasıl sonuçlandığı eşlik ettiği psikozun tedavisinde elde edilen başarıya bağlıdır.

Fregoli Sendromu (Binbir surat sendromu)

Courbon ve Fail tarafından 1927'de aktör Fregoli'den esinlenerek tanımlanmıştır. Persekütörün sanki bir aktörmüş gibi değişik yüzler takındığına, değişik suratlara büründüğüne ilişkin bir sanrıdır. Capgras sendromundan daha seyrek görülür. Bu semptom genellikle şizofreni ile birlikte görülür. Manschreck'in bildirdiğine göre; Christodoulou (1976) etiyojide organik komponentlerin olabileceğini ileri sürmüştür. Likantropi (lycanthropy), kişinin kurt adam olduğuna ilişkin bir sanrıdır, kişinin kendisini ve başkalarını kurt yada başka bir hayvan şekline büründürebileceğine inanmadır. Ötoskopi (heutoscopy) ise kişinin bir "eşinin" olduğuna inanmasıdır.

Querulant Sendromu (Reformist sanrılar)

1888'de Krafft - Ebing tarafından tanımlanmıştır. Sanrının orjininde dini, felsefi, politik konular mevcut olup bu durum hastanın davranışlarına yön verir. Özellikle politik reformist sanrılar olanlar toplum için bir sorun oluşturabilirler. Dava paranoyası ile birlikte bulunabilir. Kişinin sürekli olarak yasal yollara başvurma eğilimi vardır.

PARANOİD DURUMLARIN OLUŞABİLECEĞİ DİĞER ÖZEL DURUMLAR

Aşağıda sözü edilen durumlar psikotik bozukluklar içinde değerlendirilir.

Folie a deux

Bundan yüzyılı aşkın bir süre önce Baillarger özdeş sanrılarla aynı gün hastaneye yatırılan 2 akraba üzerine bir yazı yayımlamıştı. Sonradan "fole a deux" terimi ile anılan bu gibi durumların egemen kişinin kendisine edilgen bir biçimde bağımlı olan diğer

kişiyi etkisi altına alarak sınırlarını ona aşılmasıdır. Genellikle uzun süre birlikte dış dünya ile ilişkinin sınırlı olduğu ikili yaşamlarda ve daha çok kadınlarda görülür. İkili birbirinden ayrıldıktan sonra edilgen kişi kolayca normale döner, egemen kişi de ise değişme görülmez. Manschreck'in bildirdiğine göre; Gralnick (1942) yaptığı çalışmada folie a'deux'un en çok iki kız kardeş arasında, bunu takiben eşler arasında, anne - çocuk, erkek kardeşler, kız ve erkek kardeş, baba - çocuk, birbiri ile aile bağı olmayan kişilerde olduğunu göstermiştir.

Göç psikoza

Göç sonrası kişilerde dil, yaşanan yere uyum ve kültürel farklılıkların sonucunda ortaya çıktığı sanılan birtakım davranış değişikliklerinin olduğu bilinmektedir. Mezzich ve Lin'in bildirdiğine göre; Odegard (1932) ABD'de yaşayan Norveç kökenli göçmenlerde Norveç'te yaşayan genel popülasyona göre 2 kez daha yüksek bir şizofreni (paranoid şizofreni) insidansının olduğunu göstermiştir. Yine Mezzich ve Lin'in bildirdiğine göre; Astrup ve Odegard (1962) psikotik bozuklukları inceledikleri hastane kayıtlarından bölge dışından göçle gelenlerde daha fazla psikoz görüldüğü sonucuna varmışlardır. Bütün bu açıklamalar bu hastalıkların etiolojisindeki çevresel faktör hipotezini destekler gözükse de veriler henüz çok yetersizdir. Çünkü göç eden topluluklar ile çalışma yapmak ve uygun örneklem grubunu (yaş, sosyal sınıf, eğitim durumu etnik yapı) oluşturmak oldukça zordur. Kaldı ki aynı kaynakta Murphy (1977) ve Eitinger da (1960) mental bozukluklar ile göç eden topluluklar arasında herhangi bir ilişki olmadığını saptadıkları görüşü de yer almaktadır. Bununla birlikte göç eden kişilerde evlerinin kaybı, ait oldukları yöreden farklı bir yere gelmek orada istenmediğini düşünmek paranoid düşüncelerin gelişmesine bir zemin hazırlayabilir.

Cezaevi psikoza

Gutheil'in bildirdiğine göre; Birnbaum (1908) cezaevlerinde uzun süre kalanlarda özellikle hücre cezası alanlarda zamanla paranoid düşüncelerin geliştiğine ait ilk açıklamayı yapan kişidir. Yine Gutheil'in bildirdiğine göre; Eitinger (1960) paranoid durum ile tutuklu kalma süresi arasında bir ilişki olduğuna, Faergeman (1963) ise toplumdan uzak uzun süre kamp hayatı yaşayanlarda paranoid fikirlerin gelişebileceğine dikkat çekmiştir.

Kültürel psikoz

Bu bozukluk kültürlere özgü olarak o bölgede yüksek oranda görülen akut psikotik durumları tanımlamak için kullanılır. Tabloya çoğunlukla paranoid düşünceler eklenir. Bunların bazılarının organik kökenli örneğin; bazı tropikal infeksiyonlar olduğu belirtilmektedir. Kesin tanı anamnez, klinik gözlem ile konabilir.

PARANOID SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME VE TANI

Paranoid semptomların değerlendirilmesinde 2 evre vardır. Semptomların kendilerinin tanınması ve bu duruma yol açabilen primer hastalığın olup olmadığının araştırılması. Bazen hastanın persekütif sanrı veya fikirleri olduğu herkes için açıktır. Diğer zamanlarda ise paranoid semptomları tanımak son derece güç olabilir. Hasta kuşkucu ve kızgın olabilir. Kısa bir konuşma teklif edebilir, hasta görüşmeciye gözlerini dikip sakın bir şekilde bakabilir veya akıcı konuşabilir ve oldukça inandırıcı olabilir, bazen de sanrısız fikir ve inançlarından uzaklaşarak inandırıcılığını kaybetmeden farklı düşüncelerden bahsedebilir. Psikiyatr bütün bunları tolere edebilmeli ve tarafsız olmalıdır. İyi bir dinleyici olarak hastasını anlamaya çalışan hekim nasıl yardım edebileceğini hasta ile tartışmalı fakat hastanın sanrıları ile hemfikir olmaksızın veya herşeyin halledilebileceğine ilişkin söz verilmeksizin bunlar yapılmalıdır. Tüm ustalıklarına rağmen deneyimli psikiyatrlar bile hastalıklı düşünceyi ortaya çıkarabilmek için hastalarla uzun süre görüşmek durumunda kalabilirler. Yine hekim olası bir sanrısız bozukluğun varlığını değerlendirirken kişinin kültürel geçmişi ve dinsel yönelimini de göz önünde bulundurulmalıdır. Bazı kültürlerde yaygın kabul gören ve kültürel olarak onaylanan inanışların başka kültürlerde sanrısız olması mümkündür. Sanrıların içeriği değişik kültür- lere ve alt kültür- lere göre değişebilir. Paranoid semptomların değerlendirilmesinde 2. adım altta yatan primer bir psikiyatrik bozukluğun olup olmadığının araştırılmasıdır. Bu durum organik mental bozuklukların, şizofreni ve duygudurum bozukluklarının özelliklerinin aranması anlamına gelmektedir. Görüşme sırasında hastanın başkalarını öldürme veya yaralamaya çalışmaya kadar varan ve hastayı tehlikeli yapan persekütif veya kıskançlık sanrılarının olup olmadığını belirlemek önemlidir. Bu da ancak hastanın kişiliğinin derinliğine inilmesi, sanrılarının özelliklerinin belirlenmesi ve halusinasyon-

larla bağlantılı olanların saptanması ile mümkün olabilir. Özkıyımında olduğu gibi cinayet ima ve tehditleri ciddiye alınmalıdır. Özkıyım riskinin sorgulanması birçok yolla yapılabildiği gibi hekim olası cinayet planlarını da uygun bir şekilde sormaya hazırlanmalıdır. "Bunun hakkında herhangi birşey yapmayı hiç düşündünüz mü?", "Hiç plan yaptınız mı?", "Sizi bunu yapmaya teşvik eden şey nedir?" Bir örnekle açıklamak gerekirse; 27 yaşında psikiyatri kliniği acilinde değerlendirilen erkek hastada dikkatli bir anamnez komplocular tarafından öldürülmeye çalışıldığına ve hayatının tehlike içinde olduğuna bulunduğu inandığını gösterdi. Kendisini korumak için birşey yapıp yapmadığı sorulduğunda; şu anda taşımakta olduğu silahı aldığını, silah satın alması sırasında da kendisine küçük bir oyun oynadığını anlattı. Silahı ile ne yapabileceği sorulduğunda ise birisinin onu ateşleyeceğini söyleyen sesin gelene kadar bekleyeceğini söyledi. Hastanın ne kadar tehlikeli olabileceği ile ilgili en geçerli ölçü, daha önce bir şiddet öyküsünün bulunması olarak kabul edilebilir.

TEDAVİ

Paranoid semptomlu hastaların tedavisi kimi zaman oldukça güçtür. Hasta şüpheli ve güvensiz olabilir. Psikiyatrik tedavinin kendisine zarar vermek için yapıldığına inanabilir. Bu nedenle paranoid semptomlu hastaların tedaviyi kabul etmelerini sağlamak için büyük ustalık ve inandırıcılık gereklidir. Bu bazen anksiyete ve insomni gibi nonspesifik semptomlar yardımı ile yapılabilir. Kendisinin kötülük yapmak isteyenlerle çevrildiğine inanan bir hasta sonuç olarak sinirlerinin gergin olduğunu ve bu gergin sinirlerinin tedaviye ihtiyacı olduğu kanaatine varabilir. Paranoid semptomlu hastalar genelde ayaktan tedavi edilebilirler. Ancak hastalığın ilk dönemlerinde hastanın yatarak tedavi olup olmayacağına karar vermek gereklidir. Bu hastaların hastaneye yatırılma endikasyonları şunlardır:

1. Psikiyatrik olmayan tıbbi bir durumun bu sanrılara neden olup olmadığını belirlemek üzere gerekli tıbbi incelemeleri yapmak için,
2. Hastanın sanrılarına göre davranıp suisid, homisid girişiminde ya da başka türlü agresif eylemlerde bulunmasını önlemek için,
3. Hastanın sanrılarına göre davranması toplumsal, aile içi ya da mesleki işlevselliğini bozmuşsa bir süre için bulunduğu ortamdan uzaklaştırmak ve hastane ortamında kalmasını sağlamak için hastaneye

yatırılır. Tedavi sırasında hekim hasta ile iyi bir ilişki kurmaya çalışmalıdır. Hekim güvenilir olmalı ve hastanın kızgınlığını arttırıcı veya ortaya çıkartıcı konusmalardan kaçınmalıdır.

Farmakoterapi: Paranoid semptomlu hastaların tedavisinde antipsikotik ilaçlar ilk seçilecek ilaçlardır. İleri derecede ajite olan hastalara antipsikotik ilaçlar intramusküler olarak verilir. Hastalar sanrılarında ötürü ilaç kullanmaya karşı çıkabilirler. Bu nedenle hastalar hastaneye yatar yatmaz ilaç başlanmayabilir. Hasta ile birkaç gün içinde, iyi bir ilişki kurulduktan sonra ve ilaçların olası yan etkileri de anlatıldıktan sonra ilaç tedavisine başlanması daha doğru olabilir. Tedaviye düşük dozlarda bir antipsikotik ilaç ile (sözgelimi 5-10 mg haloperidol) başlanabilir ve doz giderek arttırılabilir. Altı haftalık tedavi süresinin sonunda yeterli bir yanıt alınmazsa başka gruptan bir antipsikotik ilaç denenebilir (trifluoperazin, klorpromazin, tiyoridazin vb). İlaç seçiminde hastanın yaşı, fiziksel özellikleri ve daha önceki tedaviye verdiği yanıtlar gözönünde bulundurulmalıdır. Somatik tip sanrılar olan hastalarda pimozidin etkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Tedavinin başarısız olmasındaki en yaygın neden kendilerine zararlı olacağı düşüncesi ile hastaların ilaçlarını almamalarıdır. Bu durumda flufenazin dekanolat gibi depo ilaçlar gerekli olabilir.

Psikoterapi: Paranoid semptomları olan hastalar başlıca savunma düzeneği olarak yansıtmayı kullanırlar. Bu hastalar içsel tehdit yerine dıştan gelen bir tehditi koyarak, algıladıkları tehlike duygusunu denetim altına almış olurlar. Bu nedenle bu hastaların tedavilerini üstlenen terapistler hastaların yansıtma savunma düzeneğini kullanma gereksinmelerine anlayış göstermelidirler. Hastanın yansıttığı bütün olumsuz duygular sabırla dinlenmelidir. Bunların sabırla ele alınmaması karşısında hastalar saldırıya uğradıkları ya da suçlandıkları duygularını daha az yaşarlar. Sanrılarının sürekli üzerine gitmek ve bunları doğrudan sorgulamak yerine hastaların algı dünyaları ve duyguları anlaşılmasına çalışılmalıdır. Gerektiğinde hastanın sanrılarında ötürü yaşadığı duygularla (bitkin düşmüşlük, sıkıntı duyma gibi) eşduyum yapılabilir. Psikoterapötik yaklaşımın önde gelen amacı hastanın algı dünyasındaki gerçekliğin doğru olmayabileceğini düşündürmek, buna ilişkin bir içgörü kazandırmaktır. Grup psikoterapileri süphecilik ve aşırı duyarlılık nedeniyle söylenen sözleri kolayca yanlış anlamaya neden olabileceği için sakıncalı olabilir.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Bhatia MS (1996) De Clerambault's syndrome. *J Indian Med Assoc*, 94(8):322-325.
2. Bhaumik S, Collacott RA (1993) Erotomanic delusions in a male with a mental handicap. *J Intellect Disabil Res*, 37(3):319-323.
3. Brown ES, Thompson R, Suppes T (1996) Capgras' and Fregoli's syndromes in one family. *J Clin Psychiatry*, 57(3): 137-138.
4. el Gaddal YY (1989) De Clerambault's syndrome (erotomania) in organic delusional syndrome. *Br J Psychiatry*, 154:714-716.
5. Ellis P, Mellsoy G (1985) De Clerambault's syndrome a nosological entity. *Br J Psychiatry*, 146:90-93.
6. Gant PL, Brown ES (2001) Shared delusion in mother and son. *Ann Emerg Med*, 37(2):238-242.
7. Giannini AJ, Slaby AE, Robb TO (1991) De Clerambault's syndrome in sexually experienced women. *J Clin Psychiatry*, 52(2):84-86.
8. Gutheil T (1995) Legal issues in psychiatry, *Textbook of Psychiatry/IV*. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 6. Baskı, 2. Cilt, Baltimore, Williams & Wilkins, s.2747-2767.
9. Harris MJ, Jeste DV (1995) Schizophrenia and delusional disorders, *Textbook of Psychiatry/IV*. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 6. Baskı, 2. Cilt, Baltimore, Williams & Wilkins, s.2569-2572.
10. Kashiwase H, Kato M (1997) Folie a deux in Japan- analysis of 97 cases in the japanese literaure. *Acta Psychiatr Scand*, 96 (4):231-234.
11. Karno M, Norquist GS (1995) Schizophrenia: Epidemiology, *Textbook of Psychiatry/IV*. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 6. Baskı, 1. Cilt, Baltimore, Williams & Wilkins, s.902-910.
12. Kujawski R (2000) Psychosis induction in sisters. *Psychiatr Pol*, 34(5):19-29.
13. Manschreck TC (1995) Delusional disorder and shared psychotic disorder, *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 6. Baskı, 1. Cilt, Baltimore, Williams & Wilkins, s.1031-1049.
14. Mezzich EJ, Lin KM (1995) Acute and transient psychotic disorders and culture- bound syndromes, *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 6. Baskı, 1. Cilt, Baltimore, Williams & Wilkins, s.1050-1059.
15. Mojtabai R (1994) Fregoli syndrome. *Aust N Z J Psychiatry*, 28(3):458-462.
16. Munro A (1985) De Clerambault's syndrome -a nosological entity. *Br J Psychiatry*, 146: 561-563.
17. Munro A (1988) Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Br J Psychiatry*, 153:37-43.
18. Rudden M, Sweeney J, Frances A (1990) Diagnosis and clinical course of erotomanic and other delusional patients. *Am J Psychiatry*, 147:1625-1632.
19. Segal JH (1989) Erotomania revisited: From Kraepelin to DSM-III-R. *Am J Psychiatry*, 146:1261-1269.
20. Signer SF, Swinson RP (1987) Two cases of erotomania (De Clerambault's syndrome) in bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry*, 151:853-855.
21. Signer SF, Isbister SR (1987) Capgras syndrome, de Clerambault's syndrome, and folie a deux. *Br J Psychiatry*, 151:402-404.
22. Silva JA, Leong GB (1991) A case of "subjective" Fregoli syndrome. *J Psychiatry Neurosci*, 16(2):103-105.
23. Silveira JM, Seeman MV (1995) Shared psychotic disorder: A critical review of the literature. *Can J Psychiatry*, 40: 389-395.
24. Soyka M, Haber G, Völcker A (1991) Prevalence of delusional jealousy in different psychiatric disorders. *Br J Psychiatry*, 158:549-553.
25. Soyka M (1995) Othello syndrome- jealousy and jealous delusions as symptoms of psychiatric disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 63 (12):487-494.
26. Trabert W (1999) Shared psychotic disorder in delusional parasitosis. *Psychopathology*, 32(1):30-34.
27. Wolff G, McKenzie K (1994) Capgras, Fregoli and Cotard's Syndromes and Koro in folie a deux. *Br J Psychiatry*, 165 (6):842-844.
28. Wright S, Young AW, Hellawell DJ (1993) Fregoli delusion and erotomaia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 56(3): 322-325.
29. Zanker S (2000) Chronic and therapy refractory Fregoli syndrome. *Psychiatr Prax*, 27 (1): 40-41.