

Cezaevinde Ortaya Çıkan Akut Paranoid Sendromlar

Pakize Ç. GEYRAN, Niyazi UYGUR

ÖZET

Bu çalışmada; ilk kez cezaevinde psikiyatrik başvurusu olan ve affektif özellikler göstermeyen, akut başlangıçlı paranoid sanrıları nedeniyle, yatarak tedavi edilen 3 olgudan söz edilecektir. Amacımız, daha önce cezaevi deneyimi olmayan bu grupta, akut başlangıçlı paranoid sanrıların niteliği ile cezaevi ve öncesinde saptanan yaşam olayları ve stresörler arasındaki nedensel ilişkiyi tartışmaktır.

Anahtar kelimeler: Akut başlangıç, affektif özellikler göstermeyen paranoid sanrılar, stres

Düşünen Adam; 1996, 9 (1): 35-42

SUMMARY

In this study, three cases who have first admitted to the hospital because of their acute-non-affective paranoid delusions, are described. Our purpose is to discuss that the reasoning relation between the life events or stressors before or during prisonement and acute onset paranoid delusions among the prison inmates who had never been in prison before.

Key words: Acute onset, non-affective paranoid delusions, stress

GİRİŞ

Paranoid belirtiler, çok sık olarak perseküsyon tip inanaçlarla birlikte görülen bir düşünce bozukluğudur. Paranoid sendromlarda paranoid sanrılar karakteristik bir belirti olarak tek başına ya da diğer belirtiler kümesinin en belirleyici ve en öndeki özelliği olarak ortaya çıkarlar. Paranoid sendromların tanınması olarak kategorize edilmesi ile ilgili önemli problemlerin sürmekte olan niteliği dikkat çekicidir (12).

Paranoid özellikler, birincil bir ruhsal hastalığın (şizofreni, affektif bozukluk ve şizoaffektif bozukluk, organik akıl bozukluğu) diğer belirtilerinin bir parçası olarak ortaya çıkabilirler. Primer bir ruhsal hastalığın belirtilerine eşlik etmeyen, paranoid özelliklerin tek başına ve ön planda olduğu diğer bir tanı

grubu ise, sanrılı bozukluktur. Paranoid belirtilerin; şizofreniform bozukluk, kısa psikotik bozukluk gibi tanılarda da ortaya çıkabildiği bilinmektedir. ICD-10 sınıflaması, bu tanı kategorilerini "akut ve geçici psikotik bozukluklar" başlığında tanımlar (DSÖ, 1992; APA,1994).

Paranoid sanrıların ortaya çıkışı hakkındaki etyolojik açıklamalar, premorbid kişilik özellikleri ve sosyal yalıtımın yol açtığı nedenler üzerinde durmaktadır. Neden bazı kişilerde paranoid belirtilerin ortaya çıktığı ve diğerlerinde çıkmadığı konusu yeterince açıklanamamıştır. Freud (11), yatkınlığı olan kişilerde, inkar ve yansıtma şeklindeki savunmaların kullanılması sonucu, paranoid belirtilerin çıkabileceğini belirtti. Bu kişilerin, bilinçaltı homoseksüel eğilimlerine karşı bu savunmaları kullandıklarını ileri sürdü.

Psikolojik faktörlerden ayrı olarak, hastanın içinde bulunduğu sosyal yalıtımın, paranoid belirtilerin ortaya çıkışına yol açabileceği belirtilmektedir. Göçmenler ve mültecilerle yürütülen çalışmalar, paranoid belirtilerin ön planda olduğu psikiyatrik rahatsızlıkların yüksek oranlarda olduğunu gösterdi. Göçmenlik ve mültecilik durumunun içerdiği; arkadaş, dost ve ailenin kaybı, daha önceki sosyal konumun kaybı, yabancı insanlara ve yeni bir dil öğrenmeye duyulan gereksinim, ön yargılı ve ayrımcı yaklaşımlar, karşılaşılan engellemeler ve beklentilerinin karşılanmaması şeklindeki psikososyal stresörlerin sonucu, psikiyatrik belirtilerin ve özellikle paranoid belirtilerin ortaya çıktığı ya da ortaya çıkışının hızlandığı belirtildi (20,37). Benzer şekilde; mahkumiyet durumunu inceleyen çalışmalar, cezaevi sakinleri, özellikle konsantrasyon kamp kurbanları ve eski savaş mahkumları arasındaki paranoid bozuklukların sıklığını araştırdılar (24).

Cezaevlerinin tehdit edici ve yalıtılmış ortam olma özelliklerinin, yatıklaştırıcı premorbid kişilik özellikleri ve alkol-madde kullanım öyküsü ile birleşerek "paranoid belirtilerin" ortaya çıkışına neden olduğu belirtilmektedir (8). Bu belirtilerin; cezaevi sakinlerine hizmet veren psikiyatri uzmanları tarafından duyarlı bir şekilde ele alınmasının gerekliliği vardır. Ancak bu şekilde, doğru ve uygun tedavi düzeltilmesi yapılabilir. Cezaevi sakinleri ile çalışan profesyoneller arasında bütün mahkumları, herhangi bir şekilde tersi kanıtlanana kadar, "simulasyon" yaptığı kanaati ve değerlendirme eğilimi vardır. Oysa klinik uygulamamızda tedavi amaçlı başvurular arasında "simulasyon" tanısına çok yüksek oranlarda rastlanmadığını ve ayrıştırılmasının çok nadir bazı olgular dışında zor olmadığını saptadık.

Cezaevi ortamında, premorbid kişilik özellikleri stabil olmayan (borderline, antisosyal ve yetersiz) olan mahkumların, "paranoid özellikleri" şiddetlenip, belirginleşebilir. Diğer mahkumların, gardiyanların "tehdit edici ve zarar verici davranışlarda" bulunacağı korkusuyla, kendilerini yalıtım (hücreye girmek) eğilimi ortaya çıkmaktadır. Korkularının genellikle gerçek bir dayanağı vardır ve bu durumda paranoid reaksiyonlarının oluşumundaki bileşenleri ayrıştırmak zorlaşmaktadır. Akut bir şekilde ortaya çıkan paranoid psikotik özellikler, kişinin çevre uy-

munda ve ilişkilerini düzeltmesinde ciddi boyutta bozulma ve hasara yol açabilmektedir. Bu durumdaki mahkumlar, sıklıkla bir psikiyatri hastanesine yollanırlar. Belirtileri tetikleyici faktörlerden, hastalık belirtilerinin ayrıştırılmasının zor olduğu bu tip tablolar, uygulamalarımız içinde önemli bir yer tutmaktadır.

MATERYEL ve METOD

Bu çalışmada; ilk kez cezaevinde psikiyatrik başvurusu olan, affektif özellikler göstermeyen akut başlangıçlı paranoid sanrıların ön planda olduğu yakınmaları nedeniyle, yatarak tedavi edilen 3 hastadan sözedilecektir. Bu çalışmanın düzenlenmesi, olgu sunumları şeklindedir. Amacımız daha önce cezaevi deneyimi olmayan bu grupta, akut başlangıçlı paranoid sanrıların niteliği ile cezaevi ve öncesinde saptanan yaşam olayları ve stresörlerin arasındaki nedensel ilişkiyi tartışmaktır. Bir yıllık (1995-1996) çalışma döneminde tedavi amaçlı başvurular arasında saptanan bu olguların, homojen ve özgün bir alt grup oluşturduklarını düşünüyoruz.

Olguların hepsi, tedavi edilen klinisyen tarafından, SCID (DSM-III-R) kullanılarak değerlendirildi. Aynı klinisyen tarafından; cezaevi öncesi döneme ait sosyo-demografik özellikler, suçun işleniş şekli ve cezaevi sonrasında tanımlanan psikososyal stresörlerin ayrıntılı bir değerlendirilmesi yapıldı. Olguların, birinci dereceden yakınları ile de görüşüldü. Değerlendirmeler, hastaneye başvurunun yapıldığı ilk hafta içinde tamamlandı. Bu nedenle olgulara, kişilik özelliklerinin tespiti amacıyla, herhangi bir standart görüşme ölçeği verilmedi. Başvuru sırasındaki psikotik belirtilerin premorbid kişilik özelliklerinin güvenilir olarak saptanmasını etkileyeceği düşünüldü.

Hastalarla görüşüldüğü sırada, paranoid psikotik belirtileri sürüyordu ve nöroleptik tedavisi almaktaydılar. Bu durumun, tanımlanan psikososyal stresörlerin niteliği ve şiddeti ile ilgili değerlendirmeyi de etkileyeceği akla gelebilir. Bu nedenle cezaevi sürecindeki psikososyal stresörler şiddet ve nitelik yönünden hastaların tanımladığı öznel derecelendirmeye göre değil, klinisyenin "kapsama" bakarak yaptığı "nesnel" derecelendirmeye göre belirlendi.

Olguların özellikleri

Olguların detaylı özellikleri, Tablo 1'de toplu olarak özetlendi. Hepsi erkekti ve ortalama yaş aralığı 25-47 idi. Hiçbirinin geçmişinde; suç ve cezaevi deneyimi, psikiyatrik hastalık ve tedavi öyküsü, alkol-madde kullanımı saptanmadı. Hepsinde paranoid psikotik belirtiler, cezaevine girdikten sonraki ilk iki hafta içinde çıkmıştı.

Hastaneye tedavi amaçlı başvuruları ile cezaevine girmeleri arasında geçen ortalama süre 1 aydı. Cezaevine girmeden önceki dönemde; düzenli ve stabil aile ilişkileri tanımladılar. İş ve sosyal yaşamlarında, içsel yaşantılarından kaynaklanan herhangi bir sorun ortaya çıkmamıştı.

Hepsi, yargılandığı eylemden sorumlu olmadıklarını düşünüyordu. Şanssızlık ve dış faktörlerin ön planda sorumlu görüldüğü eylemin, maddi-manevi sonuçlarından olumsuz olarak etkileniyorlardı. Daha önce üzerinde düşünmedikleri, rutin yaşamlarını sürdürürken aniden ve planlanmamış bir şekilde ortaya çıkan suç eylemindeki motivasyonlarını "savunma" olarak ortaya koydular. Cezaevine girişin fiziksel psikolojik sağlıklarını ve sosyal durumlarını, aile ilişkilerini ve gelirlerini olumsuz etkilediğini belirttiler. Suç sırasında; yasalarla yasaklanmış yanlış bir eylem ortaya koymuşlardı. Ancak, bu eylemin düzenlenmesinde niyet ve kasıt yoktu. Tahrik faktörünün ağırlıklı bir rolü olduğunda ısrar ediyorlardı. Suç sırasında, ceza ehliyetlerini ortadan kaldıracak major bir psikiyatrik hastalıkları saptanmadı.

Tablo 1. Olguların özellikleri

Özellikler	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3
Yaş	47	45	25
Medeni durum	Dul	Evli	Bekar
Eğitim süresi (yıl)	6	5	5
Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü	-	-	-
Geçmişte herhangi bir psikiyatrik tedavi başvurusu	-	-	-
Ailede psikiyatrik hastalık ya da tedavi öyküsü	-	-	-
Alkol-madde kullanım öyküsü	-	-	-
Geçmişte dahili-nörolojik, fizik hastalık öyküsü	-	-	-
Geçmişte intihar girişimi	-	-	-
Geçmişte kendine zarar verici davranış	-	-	-
Cezaevine girmeden önce yaptığı düzenli iş	Emlakçı	Em. işçi	Börekçi
Cezaevine girmeden önce düzenli geliri	Var	Var	Var
Ailesinde suç işleyen ve cezaevine giren insan var mı?	Yok	Yok	Yok
Cezaevine girmeden önceki, dönemde olduğu belirtilen, psikososyal stresörlerin derecesi (DSM-III-R, Axis 5 kullanılarak ve 0-6 arasında öznel olarak değerlendirildi)	13	8	13
Belirtilerin başlaması ile cezaevine giriş arasında geçen süre	10 gün	15 gün	8 gün
Hastaneye başvuru ile cezaevine giriş arasında geçen süre	35 gün	30 gün	25 gün
Belirtiler, "yapay bozukluğu yada simülasyon" düşündürüyor mu?	Hayır	Hayır	Hayır
Geçmişte cezaevine girme, suç öyküsü var mı?	Hayır	Hayır	Hayır
Cezaevine giriş hızlı ve beklenmedik şekilde mi oldu?	Evet	Evet	Evet
Cezaevinde ait olduğu bir grup var mı?	Hayır	Hayır	Hayır
Cezaevinde kötü muamele ya da işkence görmüş mü?	Hayır	Hayır	Hayır
Gözetiminde kötü muamele ya da işkence görmüş mü?	Hayır	Hayır	Hayır
Cezaevinde bulunduğu sırada yaşadığı psikososyal stresler kapsama bakılarak klinisyen tarafından nesnel olarak 0-6 arasında derecelendirildi	8	21	14
Cezaevinde bulunması ve suç işlemesi nedeniyle yakınlarının zarar göreceğini düşünüyor mu?	Evet	Evet	Evet
Karakolda, savcılıkta ve çıktığı mahkemede kendini yeterince savunduğunu düşünüyor mu?	Hayır	Hayır	Evet
Türk yargı sistemine güveniyor mu?	Hayır	Evet	Evet
Cezaevinde hak etmediği bir davranışla karşılaştığını düşünüyor mu?	Evet	Evet	Evet

Tablo 1. devam

Özellikler	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3
Cezaevinde, diğerleri arafından sindirildiğini düşünüyor mu?	Evet	Evet	Evet
Cezaevi ortamında en olumsuz etkisi olan nedir? (Öznel ifadeleriyle en önemliden başlanarak belirtildi)	1. Cinsel taciz riski, tehdidi 2. Kriminallik suçlulardan zarar geleceği ve başının belaya sokulacağı endişesi	1. Aileden uzak kalmak 2. Özgürlüğün kısıtlanması 3. Ailenin ekonomik güçlük içinde kalması 4. Diğer mahkumların üzerine suç atıp başını belaya sokacakları 5. Diğer mahkumların sindirme ve şiddet davranışları	1. Madde kullanan kişilerin kendisine gizlice madde içirecekleri ve bağımlısı yapacakları 2. Zehirlenebileceği ve öldürüleceği korkusu 3. Eşcinsel zannedileceği korkusu
Olumsuz etkileme derecesi (0-5)	4	5	5
Cezaevi ortamında kendini güvenli hissediyor mu?	Hayır	Hayır	Hayır
Hamilton Depresyon Ölçeğinde aldığı puan (0-53)	24	19	25
Hamilton Anksiyete Ölçeğinde aldığı puan (0-56)	16	32	30
Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (0-5)			
Varsını	0	0	0
Sanrıların bütünsel değerlendirilmesi	5	3	5
Kötülük görme sanrıları	5	3	5
Alınma sanrıları	2	2	3
Dinsel sanrıları	-	-	1
Çevresel konuşma	4	3	3
Cezaevinde bulunduğu sırada kendine zarar verici davranışa yönelme	Var	Yok	Var
Cezaevinin tek düzelikinden etkilenme derecesi (0-5 arası değerlendirildi)	3	5	2

Cezaevine girdikten hemen sonra başlayan paranoid yakınmalarının içeriğinde; diğer mahkumların ve gardiyanların baskısı altında olduklarını, sürekli tehdit edildiklerini ve zarar görebileceklerini, yaşamlarının tehlike altında olduğunu iddia ediyorlardı. Duygulanımlarında; korku ve anksiyete özelliği dikkat çekiyordu. Zaman zaman korku ve şüpheleri doğrultusunda, ajitasyonlar gösteriyorlardı. Diğer mahkumlar tarafından cinsel istismara uğrayacakları ya da tahrik edilerek ağır bir suç işlemelerinin sağlanacağı ve sonucunda da cezaevinden hiç çıkamayacaklarından korkuyorlardı.

Ağır suç nedeniyle uzun süreli mahkumiyetleri olan kişiler tarafından kiskanıldıklarını ve kendilerine

benzetilmek amacıyla düzenlenmiş planlı tuzakların olduğunu ileri sürdüler. Bu kişilerin; kendilerine fark ettirmeden esrar ve eroin içireceğini, zehirleyeceğini ve hatta eşyalarının arasına madde koyarak, suçlanmalarına yol açacağını düşünüyorlardı. İfade ettikleri belirtilerin, bir sorun olduğunu ancak bir hastalık olmadığını düşünüyorlardı.

Tedaviyi red ediyorlar ancak, cezaevine dönmeyi de istemiyorlardı. İddialarında gerçek olma olasılığı içeren boyutlar yanında, mantık dışı inançlar saplandı. Etraftan aldıkları verileri ve bilgileri işleme sürecinde kurdukları nedensel bağlantılar ve delillendirme "aşırı zorlamalı ve mantık dışı" bulundu. İleri sürdükleri güçlü inançlar, düşünce bozukluğu

(sanrı) olarak değerlendirildi. Sanrısız düşüncelerin, herhangi bir major affektif bozukluğa eşlik etmediği saptandı. Yine olgularda, şizofreni (A) ölçütlerinde tanımlanan diğer psikotik özellikler yoktu.

Saptanan paranoid sanrılarının, premorbid kişilik özelliklerindeki (paranoid, şizoid, borderline, antisosyal) mevcut paranoid özelliklerin, cezaevinde belirginleşmesi olarak yorumlanabileceği açıktır. Aile ve kendilerinden alınan öyküye dayanarak, erişkinliğin en erken dönemlerinden itibaren geçen süre içinde, işlevselliklerinin önemli alanlarında, meslek ve sosyal yaşamlarında, ciddi ve klinik boyutta sorun yaratacak herhangi bir problem saptanmadı. Cezaevinde ortaya çıkan davranışlar ve içsel yaşantıların kapsadığı belirgin paranoid özellikleri, daha önce hiç yaşamamışlardı.

Çağdaş sınıflama sistemlerinde yer alan kategoriler hastalarımızın ruhsal belirtilerini karşılamadan yetersiz bulundu (1,2,10). Affektif özellikler göstermeyen, akut başlangıçlı paranoid psikotik belirtilerle, ilk tedavi başvurusu olan hastalarımız; şizofreni ve şizofreni alt grup bozukluklarının (şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk, şizoaffektif bozukluk) kriterlerini karşılamadı. Kısa (tepkisel) psikoz kriterlerinde ise akut başlangıç tanımlanamamaktadır.

Olaylara dayanan (garip olmayan) sanrılar, ancak eşlik eden diğer psikotik (varsanı gibi) belirti varlığında (şizofreni A kriterleri), "psikotik bozukluk" tanısını karşılamaktadır (APA, 1994) DSÖ (1992) sınıflamasında yer alan akut-geçici psikotik bozukluklar tanımının akut başlangıcın tanımlanması bakımından kullanıma daha elverişli olduğu ancak, birden fazla olarak yer alan alt gruplarının tanı kriterlerinde, daha kompleks (affektif labilite, polimorf belirtiler ve işitsel varsanılar gibi) belirtilerin sıralanması nedeniyle, bu olgulara tam uygulanamadığı kanaatine varıldı.

Hastalarımızın ön plandaki ve en iyi tanımlanan belirtisi olan paranoid sanrılarının, geçici ve kısa süreli olmaları, sanrılı bozukluk tanısı olarak değerlendirilmelerine olanak sağlamıyordu. Hastalarımızın hepsi, ortalama 1.5 ay süren nöroleptik tedavisi sonucunda tam remisyonda taburcu edildiler.

TARTIŞMA

Cezaevine ilk kez giren ve ilk kez suç işleyen kişilerde, akut başlangıçlı paranoid sanrılarının "tek psikotik belirti" olarak görüldüğü paranoid tablolarla ilgili tartışmayı, 2 boyutta yapmayı planladık.

1- Akut başlangıçlı paranoid sanrılarının öncesinde tanımlanan olası stresörlere; klinik tablonun sınıflama sistemlerinde yer alan kategorileri karşılamayan özgün niteliğine dikkat çekmek.

2- Bir düşünce sisteminin, sanrı olup/olmadığının değerlendirme sürecinde karşılaşılan güçlükleri tanımlamak.

Cezaevi döneminde ortaya çıkan akut paranoid bozuklukları dikkate alan nispeten az sayıda çalışma vardır (8). Cezaevi sakinlerinin ait olduğu kültürel ve sosyal grupların, öznel deneyimlerin ve premorbid kişilik özelliklerinin "yatkinleştirici (ya da koruyucu)" nitelikteki önemi kuşkusuz vardır. Cezaevi gruplarında yürütülen çalışmalar, mahkumiyetin ilk iki ayı süresinde psikiyatrik belirtilere rastlanma oranlarının yüksekliğine dikkat çektiler.

Mahkumiyetleri kesinleşmiş ve tutukluluk süreleri uzamış gruplarda, kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu tanılarında daha yüksek oranda rastlanmaktaydı. Yine mahkumiyetleri kesinleşmiş gruplarda psikotik bozukluk oranı, genel popülasyonda rastlanılan oranlara benzerdi (9,38,39). 208 tutuklu arasında yürütülen bir çalışmada, tutukluluğun ilk 10 günü içinde yüksek oranlarda psikiyatrik belirtiler saptandı.

Bu belirtiler; cezaevinde bulunmaktan kaynaklanan, üzüntü ve olumsuz nitelikteki zihinsel kapsamlı ilişkili bulundu. Chiswick ve Cope (8); cezaevi yaşantısının içerdiği stresörlerin, yatkinleştirici kişilik özellikleri ve madde kullanımıyla birleşerek; paranoid sendromları ortaya çıkardığını belirttiler. Cezaevinde bulunmaktan kaynaklanan stresörlerin nitelikleri şu şekilde sıralanabilir:

- 1- Arkadaş, eş ve yakınların kaybedilmesi,
- 2- Tanıdık çevreden uzaklaşmak,
- 3- Cezaevine girmeden önceki sosyal durumun zedelenmesi ve kaybı,
- 4- Cezaevinde ait olduğu bir grubun olmaması,

- 5- Geçmişinde veya ailesinde cezaevi giriş öyküsünün olmaması,
- 6- Kendini suçlu olarak değil, kurban olarak görme,
- 7- Bundan sonraki yaşamını düzenlemesinde cezaevi deneyiminin olumsuz etkileri olacağını düşünme,
- 8- Cezaevine girme nedeniyle gelinde ciddi kayıp,
- 9- Cezaevlerinin tehlikeli ve adaletsiz bir yer olduğu şeklindeki önyargının olması,
- 10- Diğer mahkumlarla ilişki kurma isteği (gerekliliği) ve korkusu şeklinde karşıt-değerli tutumlar,
- 11- Cezaevi öncesinde ve erken çocukluk döneminde yaşanan travmatik nitelikteki stresörlerin varlığı ve cezaevi süresince yeniden anımsanmaları.

Sosyal içerikteki olaylar ve yorumların; sanrılı düşüncelerin ortaya çıkışıyla olan ilişkisini araştıran yayınlar vardır. Bu yazarlar; psikiyatri uygulamalarında karşılaşılan birçok anormal inancın, kişinin sosyal ilişkilerindeki pozisyonu ile olan ilişkisine dikkat çektiler (6,7). Sanrılı hastaların depresiflere benzer şekilde hoşnutsuzluk veren olayları açıklama sürecinde daha global ve stabil seçeneklere yöndiklerini; ancak depresiflerden farklı olarak olumsuzlukları aşırı bir şekilde dışsal nedenlerle açıklama eğiliminde olduğunu gösterdiler.

Yine sanrılı hastaların depresiflerden daha fazla olarak, tanık olunan doğal veya tehdit edici nitelikteki korkulu olayları anımsama eğiliminde olduğu görüldü. Bentall ve ark (5), sanrılı olan kişilerin, katılmadıkları ve nedensel olarak değerlendirmeleri istenen sosyal olaylar hakkındaki yorumlarının, daha kişisel ve içerikle ilgili yapılan açıklamalarda daha az duyarlılıkta olduğu saptandı. Kaney ve Bentall (6) sanrılı olan hastaların, olayların üzerindeki kontrolleri ile ilgili tahminleri konusunda oldukça eğilimli olduklarını ileri sürdü.

Tercih edilen durumları ve sonuçları kendilerine, edilmeyenleri ise dış nedenlere atfetme eğilimleri çok belirgin olarak bulundu. Lyon ve ark (23) sanrılıların; benlik saygısının sürmesini tehdit eden durumlar karşısında, kişiyi koruyan ve savunmaya hizmet eden "bir atif sistemini" yansıttığını ileri sürdü. Bu atif sistemi kişiyi, benlik saygısındaki kayıplardan, başarı ile sonuçlanmayan hırslarından, güvensizlik ve yetersizlik hissinden, suçluluk duygusundan koruyarak, benlik-değerini sürdürmeye olanak sağlayacaktır.

İlk kez İskandinavya ülkelerinde, önerilerek kullanılan "Tepkisel Sanrısız Bozukluk, Reactive Delusional Psychosis (RDC)" tanısı, çağdaş sınıflamalarda yer almamasına rağmen, üzerinde tartışılan bir konu olma özelliğini sürdürmektedir (15,16,17,18,26,28). Gladis ve ark (12), şizofrenlerin yakınlarında, afektif özellikler görülme sıklığının sanrılıların ön planda ve belirleyici bir belirti olarak saptandığı ve şizofreni spektrum bozukluklar kapsamındaki mevcut kategorilerden (şizofreni, şizofreniform, şizoafektif ve sanrısız bozukluk) hiçbirininin kriterlerini tam olarak karşılamayan, bazı klinik tablolar tanımladılar.

Bu klinik tabloların, yıllara yayılan uzun seyirli ama epizoid özellikleri tespit edildi. Yazarlar, bizim olgularımız bağlamındaki tartışmaya benzer bir tartışma kapsamında; bu olguların hangi sınıfsal kategoriye yerleştirileceğini ve bir düşünce sisteminin sanrı olarak değerlendirilmesinin nesnel dayanaklarının neler olabileceğini tartıştılar. Susser ve ark (30,31,32), affektif özelliklerin eşlik etmediği psikotik belirtilerle hastaneye yapılan ilk müracaatların değerlendirme sürecinde, akut başlangıcın tanımlanmasının gerekliliğine işaret ettiler. Castle ve arkadaşlarında belirttiği gibi; belirtilerin ortaya çıkış öyküsünün hastaneye başvurusundan daha önce olabileceği gözden kaçırılmamalıdır.

Biz olgularımızda; cezaevine girişten hemen sonraki dönemde akut başlangıç gösteren, affektif belirtilerin eşlik etmediği paranoid psikotik tablolar tespit ettik. Başvuru belirtilerinin şiddetinde; hastaneye yatışın hemen sonrasında hızlı bir azalma olduğu tespit edildi. Ancak, belirtilerin tamamen ortadan kalkması (remisyon), nöroleptik kullanımı sonucunda sağlandı. Hastaların, yeniden cezaevine döndükleri takdirde aynı korkuları ve şüpheleri yaşayacakları şeklinde, kaygılarının olduğu tespit edildi. Sanrılıların kapsamındaki; cezaevindekilerin kendisine karşı olduğunu, zarar vereceği ve tecavüze uğrayabileceği şeklindeki temel özellikler gerilemekle birlikte, gerçek yaşantılara dayandırttıkları bu düşüncelerin cezaevinde yeniden tekrarlayabileceği beklentileri vardı.

Yeniden kendilerini korumasız, yalnız ve dışlanmış olarak hissetmelerine neden olacak olaylarla yüzleşebilecekleri ve endişelerinin tekrarlayacağından korkuyorlardı. Saptanan sanrılıların psikolojik ve sos-

yal alanda yaşadığı psikososyal stresörlere bağlantısı kurulabilen, açıklanabilir ve anlaşılabilir bir kapsamı vardı. Bu olgularda sözkonusu stresörlerin psikotik tablonun ortaya çıkışında rolü olduğunu, kaynaklardaki bilgilere dayanarak ileri sürülebileceği kanaatindeyiz (3).

Hastalarımızda saptadığımız ve sanrı olarak değerlendirildiğimiz inançların, aşırı değerlendirilmiş bir düşünceden ayırımı konusu üzerinde durulması gerekmektedir. Jasper (19); "General Psychopathology" isimli kitabında, sanrılarının tanımındaki ayırt edici ve orijinal özelliğın "kesin olarak değiştirilemez olmaları" şeklinde tanımladı. Bir inanç sisteminin 4 ayrı alt grup kapsamında ortaya çıkabileceğini ileri sürdü:

- 1- Normal düşünce,
- 2- Aşırı değer verilmiş düşünce,
- 3- Sanrıya benzer düşünce,
- 4- Primer sanrı.

Walker (36); sanrıya benzer düşünceleri, sekonder sanrılar olarak adlandırdı ve normal kişilerde de görülebilen aşırı değer verilmiş düşüncelerden ayırımının nasıl yapılabileceğini tartıştı. Varılan sonuç, primer sanrılarla diğer inanç tipleri arasında daha temel ve gösterilebilen bir farklılığın olduğuydu.

Primer sanrılarda; sanrısız deneyimin anlamı, doğrudan ve dışardan anlaşılabilir bir şekilde hastanın algılamalarıyla ilişkilidir. Klinisyen tarafından, hastanın psikolojik durumunun dışı vurumu olarak anlaşılabilir yeniden yapılandırılıp, yorumlanamaz. Konu ile ilgili Jasper tarafından verilen örnekte; hasta gördüğü bıçağı kesici bir alet olarak algılar ve zarar göreceğini düşünür. Dışarıdan bakan kişi, bıçağın bir özelliğinin (kesicilik) hastanın sanrısı ile ilişkili olduğunu görür, ancak bu anlamı yorumlayamaz ya da bu anlamda neyin söylenmeye çalışıldığını kestiremez.

Sekonder sanrılar ise, "düşünerek bulunan, sonuç olarak çıkarılan ve bir şekilde düzenlenen" bir süreç sonucunda ortaya çıkarlar. Kapsamlarında hastanın geçmiş ve bugünkü yaşantısındaki duygusal önemi olan olayların işlendiği tespit edilebilir ve klinisyenin daha kolay anlayabileceği nitelikleri vardır (29). Primer sanrılarının, tek başına ve ayrıntısız ola-

rak, doğrudan ifade edilen ve başka olay ve düşüncelerle ilişkilendirilmeyen niteliğine karşılık sekonder sanrılar; inceden inceye düşünülmüş, bir seri olayın sonucunu içeren, öykü şeklinde ifade edilen, algısal süreçlerden ziyade bilişsel süreçlerin ön planda olduğu, daha ayrıntılı anlatımları kapsarlar.

Bir düşünce sisteminin sanrı olarak değerlendirilmesine dayanak olarak gösterilen "gerçeğe uygun olmama" kriterleri de açıktır (4,34). Bazen, gerçek olaylara dayanan meselelerde de sanrısız yanlış inancı göstermek mümkündür. Yazarlar, normal düşünce oluşumuna benzer şekillenen bu tip sanrısız inançların, Jasper'ın sekonder sanrılarına karşılık geldiğini ileri sürerler (25). Sanrılı bir düşüncenin ortaya çıkışında normal düşünce sürecinin sosyal ve bilişsel belirleyicilerinin etkisi konusundaki bilgilerimiz çok kısıtlıdır. Ancak bazı yazarlar, normal ve patolojik düşünceler arasında bir süreklilik olduğu kanaati taşımaktadırlar (13,22,35). Sanrısız bir düşüncenin, alışılmışın dışındaki deneyim ve bilgileri değerlendirme sürecindeki beceriksizliğin sonucu ortaya çıktığını ve uyumu amaçladığını ileri sürerler (14).

Bu durumda, hastaların bilgi işleme sürecindeki bir ön eğilimin gösterilebilmesinin gerekliliğine işaret edilmektedir. Bütün sanrısız inançlar, doğal olmayan ve kuraldışı deneyimlerin, mantık dışı çabalarla açıklanması sonucunda ortaya çıkan ürünlerdir. Bu deneyimlerin kaynakları; içsel, dışsal veya her ikisi de olabilir. Aşırı değer verilen ve güçlü bir şekilde inanılan bir düşünce sisteminde, "içeriğin" yanlış olduğu (doğru olmadığı) kanıtlanarak sanrısız bir düşünce olduğu öne sürülemez.

Çünkü gerçek olaylara dayanan, ancak çevreden alınan verilerin daha önceki beklentiler ve yapısal eğilimler doğrultusunda çarpıtılarak yorumlanması ve çevreden sağlanacak nesnel ve yeni bilgilerin kullanılmaması sonucu gelişen, sanrılar vardır. Sanrılarının "ısrarlılığı ve değiştirilemez olma" özelliğinin de güvenilir bir tanı dayanağı olmadığı belirtilmektedir. Sacks ve ark (33), normal inançlarla sanrısız inançlar arasında tanımladıkları ara dönemde, hastaların "çifte haberdarlık" yaşadığından söz etmektedirler. Gerçeğin yitirildiği ama tamamen kaybolmadığı bu dönemde, sanrısız inançlar da sürmektedir. Harrow ve ark (13), belirli nitelikte sınırları olan hastalar arasında % 40'ının, hastaneyeye geldikten

1 ay sonra, sanrılarının doğruluğu hakkında tereddütlü davrandıklarını ve kısmi bir inanç gösterdiklerini belirtti. Strauss (35), çok önemli sayıdaki sanrının "sorgulanabilir" nitelik gösterdiğine dikkat çekti.

Sanrılarının farklı derecelerdeki kesinlik ifadeleriyle ortaya konmaları sonucunda klinisyen, bazı hastaları inançlarıyla yüzleştirecek değişime hazırlamayı amaçlayan, psikoterapötik teknikleri kullanma olanağını bulacaktır. Klinik açıdan hangi tip sanrılı hastalarda gerçekle yüzleştirmenin terapötik etkisi olduğunu belirlemek, önemli teknik bir problemdir. Biz cezaevinde ortaya çıkan ve kapsamında cezaevi yantısı ile ilgili stresörlerin bağlantısı gösterilebilen akut başlangıçlı paranoid sanrılarının tedavisinde, "gerçekle yüzleştirme tekniğinin" yararlı olduğunu düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association: DSM-IV Tanı Ölçütleri. Başvuru el kitabı. Çeviren E. Koroğlu. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, American Psychiatric Association, Washington DC, 1987.
3. Bebbington P, Wilkins S, Jones P, et al: Life events and psychosis. *Br J Psychiatry* 162:72-79, 1993.
4. Berrios G: Delusions as wrong beliefs. A conceptual history. *Br J Psychiatry* 159(Suppl):6-13, 1991.
5. Bentall RP: The syndromes and symptoms of psychosis: or why you can't play 20 questions with the concept of schizophrenia and hope to win. *Reconstructing schizophrenia* RP. Bentall (ed). London, Routledge 23-60, 1990.
6. Bentall RP, Kaney S: Content specific processing and persecutory delusions: an investigation using the emotional stroop test. *Br J Med Psychology* 62:355-64, 1989.
7. Bentall RP: Cognitive biases and delusional misattribution. *The Neuropsychology of Schizophrenia*. A David & J Cutting (ed) Hove, Erlbaum, 1994.
8. Chiswick D, Cope R: *Practical Forensic Psychiatry*. Royal College of Psychiatrists, London, 1995.
9. Coid J: How many psychiatric patients in prison? *Br J Psychiatry* 145:78-86, 1984.
10. Dünya Sağlık Örgütü. ICD 10. Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Çeviri (ed). MO Öztürk, B Uluğ. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1992.
11. Freud S: Psychoanalytic notes upon an autobiographic account for cases of paranoia (Schreber). In the standart edition of the complete psychological works, Hogart Press, London 12:1-82, 1911.
12. Gladis MM, Levinson DF, Mowry BJ: Delusions in schizophrenia spectrum disorders: Diagnostic Issues. *Schizophrenia Bulletin* 20(4):747-754, 1994.
13. Harrow M, Rattenbury F, Stoll F: Schizophrenic delusions: an analysis of their persistence of related premorbid ideas and three major dimensions. *Delusional Beliefs*. TF Oltmanns & BA Maher (ed), New York, Wiley, 184-211, 1988.
14. Hemsley DR, Garety PA: The formation of maintenance of delusions. *A Bayesian Analysis*. *Br J Psychiatry* 149:51-56, 1986.
15. Jorgensen P, Jensen J: An attempt to operationalize reactive delusional psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 78:627-631, 1988.
16. Jorgensen A: A long term course of acute reactive paranoid psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 71:30-37, 1985.
17. Jorgensen P, Aagaard J, Hjermand JJ, Mortensen L: Non-specific psychological distress, psychosocial stressors and delusional psychosis. A comparison with psychiatrically symptom-free surgical controls. *Acta Psychiatr Scand* 75:190-194, 1987.
18. Jauch DA, Carpenter WT: Reactive psychosis II Does DSM-III-R define a third pspchosis? *J Nerv Ment Diseases* 176:82-86, 1988.
19. Jaspers K: *General Psychopathology* (1913). Chicago IL, University of Chicago Press, 1963.
20. Jack RA, Nicasio PM, West WS: Acute paranoid disorder in a Southeast Asian refugee. *J Nerv Ment Diseases* 172:495-497, 1983.
21. Kaney S, Bentall RP: Persecutory delusions and the self-serving bias: evidence from a contingency judgement task. *J Nerv Ment Diseases* 180:773-780, 1992.
22. Kendler KS, Glazer WM, Morgenstern H: Dimensions of delusional experience. *Am J Psychiatry* 140:466-469, 1983.
23. Lyon HM, Bentall RP: The defensive function of persecutory delusions. Evidence from attribution task. *Br J Psychiatry* 164:637-646, 1994.
24. Marsella AJ, Friedman MJ, Spain HE: Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Disorder. *Review of Psychiatry*. Oldham JM, Riba MD, Tasman A (ed). 12:157-181, 1993.
25. Maher B, Ross JS: Delusions. *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. HE Adams, P Suther (ed). New York, Plenum, 1984.
26. Opjordsmoen S: Toward an operationalization of reactive paranoid psychoses (reactive delusional disorder). *Psychopathology* 20:72-78, 1987.
27. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P: *Oxford Textbook of Psychiatry Third edition*. Paranoid symptoms and paranoid syndromes. 294-308, 1996.
28. Retterstol N: Present state of reactive psychoses in Scandinavia. *Psychopathology* 20:68-71, 1987.
29. Rudden M, Gilmore M, Frances A: Delusions. When to comfort the fact of life. *Am J Psychiatry* 139:929-932, 1982.
30. Susser E, Varma VK, Malhotra S, et al: Delineation of acute and transient psychotic disorders in developing country setting. *Br J Psychiatry* 167:216-219, 1995(a).
31. Susser E, Fenning S, Jandorf L, et al: Epidemiology, Diagnosis and Course of Brief Psychoses. *Am J Psychiatry* 152 (12):1743-1748, 1995(b).
32. Susser E, Wanderling J: Epidemiology of nonaffective acute remitting psychosis vs schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 51:294-301, 1994.
33. Sacks M, Carpenter WT, Strauss J: Recovery from delusions. *Arch Gen Psychiatry* 30:117-120, 1974.
34. Spitzer M: On defining delusions. *Comp Psychiatry* 31 (5):377-397, 1990.
35. Strauss JS: Hallucinations and delusions as points on continua function. *Arch Gen Psychiatry* 21:581-586, 1969.
36. Walker C: Delusion: What did Jaspers really say? *Br J Psychiatry* 159(Suppl 14):94-103, 1991.
37. Westermeyer J: Paranoid symptoms and disorders among 100 Hmong refugees: a longitudinal study. *Acta Psychiatry Scand* 80:47-59, 1989.
38. Taylor PJ, Gunn J: Violence and psychosis I. Risk of violence among psychotic men. *B Med Journal* 288:1945-1949, 1984.
39. Watt F, Tomison A, Torpy D: The prevalence of psychiatric disorder in male remand population: a pilot study. *J Forensic Psychiatry* 4:75-83, 1993.