

RORSCHACH TESTİNDE PARANOİD BOZUKLUĞUN GÖRÜNÜMÜ

ASPECTS OF DELUSIONAL DISORDER ON RORSCHACH TEST

Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Psikoloji Bölüm Başkanı, fbal@gelisim.edu.tr, İstanbul/TURKEY

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9974-2033>

Beril Zeynep HACIOSMAN

Uzman Klinik Psikolog, İç Gözlem Psikiyatrik ve Psikolojik Danışma Merkezi, b.zeynephaciosman@gmail.com

ÖZET

Paranoid bozukluk (hezeyanlı bozukluk), DSM-III'te yer alan ve sanrılar ile karakterize olan psikiyatrik bir bozukluktur. Bu bozukluğun toplum genelinde görülme sıklığı %0.18'dir. Sanrılar genellikle grandiyöz, perseküsyon, kuşku, somatik, erotomanik ve kıskançlık şeklinde görülmektedir. En sık karşılaşılan sanrı türü, perseküsyon sanrılar olup kadınlara oranla erkeklerde daha sık görülmektedir. Bu bozukluğun tedavisinde yaygın olarak psikiyatrik ilaç kullanımına başvurulmaktadır. Ancak bu bozukluğa sahip hastaların genel işlevsellik düzeylerinde, kendilerinde bir sorun olduğunu fark etmelerine sebep olacak düzeyde bir düşüşün meydana gelmemesi, tedavi arayışına girmelerini zorlaştırmakta ve engellemektedir. Diğer yandan sanrılar diğer psikiyatrik bozukluklarda görülen ortak bir semptom olduğundan tanı ve dolayısıyla tedavi sürecinin etkinliği açısından ayırıcı tanıların doğru tespit edilmesi önem taşımaktadır. Bu araştırmanın temel amacı,paranoid bozukluğasahip olan kişilerin Rorschach Testine verdikleri anlamlı tepkilerin belirlenmesi ve paranoid bozukluğun klinik görünümünün gözden geçirilmesidir. Bu amaç doğrultusunda bir danışma merkeziyle işbirliğine gidilmiş, 15'i erkeklere ve 15'i kadınlara ait olan paranoid bozukluk tanısı almış toplam 30 test protokolü incelenmiştir. İnceleme sürecinde verileri değerlendirmek için HermannRorschach tarafından geliştirilen ve istatistiksel temele oturtulmuş Rorschach araştırma formundan ve Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular,paranoid bozukluk tanısı almış hastaların dışa dönük bir kişilik yapısına sahip olduklarını ve sosyal çevre ile ilişkilerinde yoğun ilişki isteği duyduklarını göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Paranoid bozukluk, Rorschach testi, Klinik Görünüm

ABSTRACT

Delusional disorder is a psychiatric disorder characterized with delusions and took place at DSM-III. Prevalence of this disorder is approximately %0.18. There are different types of delusions such as persecutory, jealousy, somatic, eroto manic, grandiose and suspicion. Generally treatment method for this disorder occur with antipsychotic medicine. However patients whose diagnosed with delusional disorder haven't experience dangerously low functionality level and thus it prevent them from to seek treatment and rarely to recognize to have a problem. On the other hand, delusions are mutual symptoms with other psychiatric disorder and this mutuality certainly must take into account for effective diagnosis and treatment. Main purpose of this research is to determine significant responses to Rorschach Test whose have diagnosed delusional disorder and to review clinical aspects of delusional disorder. For this purpose, established a cooperation with psychological counseling and guidance center and examined thirty Rorschach Test protocol. In examination process, it utilized Rorschach research form which developed and placed on a statistical footing by Hermann Rorschach and Mann Whitney U Test for analyzing research data. Research findings show individuals whose have diagnosed delusional disorder may have extrovert personality structure and also they may have intense connection desire regarding their relations of social environment.

Keywords: Delusional disorder, Rorschach test, Clinical aspect.

1. GİRİŞ

Antik Yunan döneminden beri bilinen bir kavram olan paranoya 'düpedüz delilik' anlamına gelmektedir. Psikoloji biliminden önce gerek Hamlet gibi edebi eserlerde gerekse Nazi Almanyası gibi kitlesel paranoyaya sahne olan çeşitli tarih sahneleri aracılığıyla sık sık karşımıza çıkan bir konsept olan paranoyanın bilimsel ve modern tanımının yapılması 1863 yılına rastlamaktadır. Emil Kraepelin, paranoyanın şizofreni ve duygu-durum bozukluğundan farklı bir nitelik taşıyan üçüncü bir psikotik bozukluk şekli olduğunu ileri sürmüştür (Kendler, 1980: 700). Karl Ludwig Kahlbaum ise paranoyayı zihinsel temelli bir delilik olarak tanımlarken Richard von Krafft-Ebbing paranoyanın ana semptomunun sanrılar olduğunu öne sürmüştür (Erben, 2008: 8).

Psikoloji biliminin yaptığı klinik nitelikli paranoya tanımına baktığımızda, paranoyanın ‘sistemik, non-bizar, kalıcı özelliklere sahip, kuşku, güvensizlik, kıskançlık ve benzeri özelliklerle karakterize net ve tutarlı düşünmenin eşlik ettiği psikotik bir bozukluk’ olarak betimlendiği görülmektedir (Budak, 2000: 595). Paranoid bozukluğa sahip olan kişilerin tedavi arayışlarına girmemeleri veya bozukluğun ileri safhalarında sahip oldukları semptomlar iyice ağırlaştıktan sonra tedaviye başvurmaları ve genellikle sahip oldukları sanrıları rasyonalize edebilme becerileri sebebiyle genel işlevsellik düzeylerinin bozulmaması dikkat çekici bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır (Savrun, 2008: 111-112).

2. PARANOİD BOZUKLUĞUN TANIMLANMASI

Yetişkinliğin başlarında ortaya çıktığı düşünülen ve tanısı konan paranoid bozukluk, tutarlı düşünme temelinde gelişen sistemik ve non-bizar sanrılar ile karakterize bir bozukluktur. Paranoid bozuklukta görülen sanrılar farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. En sık karşılaşılan sanrı türü, perseküsyon sanrılar olmakla birlikte sanrılar grandiyöz, kıskançlık, erotomanik, somatik veya karma tipte olabilmektedir (Köroğlu, 2014: 43-44).

1987 yılında yayımlanan DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) isimli eserde ilk kez yer verilen paranoid bozukluk, paranoya teriminin perseküsyon sanrıları akla getirmesi ve diğer sanrı türlerini kapsam dışı bıraktığı düşünüldüğü için hezeyanlı bozukluk şeklinde ismi değiştirilerek yer verilmiştir (Grover vd., 2007: 464-465).

2.1. DSM-V-TR’ye göre paranoid bozukluğun tanı kriterleri

Ruh sağlığı profesyonellerinin ruhsal bozukluklarının tanısında dikkate aldıkları, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabının beşinci baskısı olan DSM-V-TR’de yer alan tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (Köroğlu, 2014: 43-44):

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

2.2. Paranoid bozukluğun epidemiyolojisi

Paranoid bozukluğun epidemiyolojisine yönelik mevcut literatür incelendiğinde dikkati celbeden ilk husus, bu konuya yönelik yürütülmüş bilimsel çalışmaların ve mevcut güvenilir verinin azlığıdır. Bu yetersizliğin altında yatan sebep, sahip olunan sanrıların etkileri veya sonuçları dışarıda tutulduğunda bu bozukluğa sahip kişilerin genel işlevsellik düzeylerinin bozulmaması ve bu nedenle bu kişilerin tedaviye arayışına girmemeleridir (Perala vd., 2007: 39).

Amerika Birleşik Devletleri’nde paranoid bozukluğun görülme sıklığının yaklaşık %0,02 dolaylarında olduğu görülmektedir. Bu oranın, görülme sıklığı %1 olan şizofreniden ve görülme sıklığı %5 olan duygu-durum bozukluklarından daha az olduğu dikkati çekmektedir (Kendler, 1980: 700). Paranoid bozukluğun cinsiyetlere göre görülme sıklığı konusunda bilimsel literatürde tutarsız ve tartışmalı veriler yer almaktadır. Bazı çalışmalar erkek ve kadınlarda görülme sıklığının 3:1 oranında olduğunu ileri sürerken diğer çalışmalar daha düşük oranlar ortaya koymaktadır (Kelly, 2005: 658).

2007 yılında yayımlanan bilimsel çalışmanın sonuçları paranoid bozukluğun görülme sıklığının %0,18 olduğunu ortaya koymaktadır. Yine aynı çalışma, paranoid bozukluğun kadın deneklerde

%0,21 oranla ve erkek deneklerde ise %0,16 oranla görüldüğünü ileri sürmektedir. Diğer bir deyişle, söz konusu çalışma paranoid bozukluğun kadınlarda görülme sıklığının erkeklere oranla daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca paranoid bozukluğun en sık karşılaşılan başlangıç yaşının iki cinsiyet için de 45 ila 54 yaş aralığına karşılık geldiğini ortaya koymuştur (Perala vd., 2007: 39).

2.3. Paranoid bozukluğun etiyojisi

Heterojen nitelik taşıyan ve baskın semptomu sanrılar olan paranoid bozukluğun ortaya çıkmasında rol oynayan faktörler arasında genetik faktörler ve nörobiyolojik faktörler ön plana çıkmaktadır. Ayrıca paranoid bozuklukta baskın olarak görülen sanrılara birtakım hastalık veya sendromların sebep olduğu ya da söz konusu hastalık veya sendromların belirli evrelerinde sanrılarının ortaya çıktığı unutulmamalıdır (Conway vd., 2002: 176).

Paranoid bozukluğun genetik kökenlerini ortaya çıkarmaya yönelik olarak 1998-2003 yılları arasında Bengali vatandaşı olan 150 hasta üzerinde yürütülen bilimsel çalışmada bilim insanları deneklere serolojik testlere ek olarak yüksek çözünürlüklü moleküler sınıflandırma yöntemine dayalı polimerize zincirleme tepkime analizi uygulamışlardır. Araştırmadan elde edilen bulgular HLA-A*03 geni ile paranoid bozukluk arasındaki ilişkinin diğer genlere kıyasla daha anlamlı olduğunu ortaya koymuştur (Debnath vd., 2005: 166-167).

Barcelona'da gerçekleştirilmiş bir başka bilimsel çalışma ise duygu-durum ve psikotik bozukluk tanısı almış hastalarda nörogelişimsel bir bozukluk olan septumpellecidum mağarası ile talamusun iki lobunu bağlayan adezyonun yokluğunun görüldüğünü ortaya koymuştur (Ladin-Romero, 2016: 232).

Demansın en sık görülen şekli olan nörodejeneratif bir bozukluk olan Alzheimer hastalığının seyri içerisinde psikiyatrik semptomlar sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Halüsinasyonlar sanrılar kadar sık görülme de hasta yakınlarının psikiyatrik tedaviye başvurmalarına neden olan etkenlerin başında sanrılar yer almaktadır. Alzheimer hastalarının sahip olduğu sanrılar türü genellikle perseküsyon sanrılar olmakta, sanrılar içeriğini ise kıskançlık ile hırsızlık oluşturmaktadır. Sanrılara ek olarak bu hastalarda motor huzursuzluk, sözlü ve fiziksel saldırganlık ve anksiyete belirtileri sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (Özdemir ve Özdemir, 2013: 484-486).

Otoimmün bir nitelik taşıdığı düşünülen, kronik ve inflamatuvar bir hastalık olan multipl sklerozun en belirgin özellikleri tekrar eden ataklar ile seyreden nörolojik bozukluklar ve merkezi sinir sistemini tutan lezyonlardır. Multipl skleroz ataklarının tedavisinde başarılı olduğu bilimsel çalışmalarla kanıtlanmış olan steroidler en sık karşılaşılan yan etkisi, psikiyatrik belirtilerdir. Steroid tedavisinin sebep olduğu psikiyatrik semptomlar, manik semptomlarla psikotik semptomlardır ve genellikle dozla alakalı olup kullanımdan itibaren iki hafta içerisinde ortaya çıkmaktadır. Steroid dozunun düşürülmesi ve lityum ile antipsikotik türü ilaçların reçetelendirilmesi ile tedavi edilebilmektedir (Genç vd., 2008: 149-150).

2.4. Paranoid bozukluğun ayırıcı tanısı

Paranoid bozukluğun ayırıcı tanısının belirlenmesinde dikkate alınan diğer ruhsal bozuklukların başında şizofreni, madde/ilacın yol açtığı psikoz bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, beden dismorfik bozukluk ve paranoid kişilik bozukluğu gelmektedir (Koroğlu, 2014: 43-44).

DSM-V-TR'ye bakıldığında paranoid bozukluk ile şizofreni arasındaki farklardan birinin, paranoid bozukluğun şizofreninin A tanı kriterlerini hiçbir zaman karşılamaması olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle, paranoid bozuklukta baskın semptomun sanrılar olması beklenen ve normal bir durumken sanrılara halüsinasyonların, dağınık konuşma, dağınık davranış veya katatoni halinin ve negatif psikotik semptomların eşlik etmesi halinde, söz konusu klinik tablo paranoid bozukluktan ziyade şizofreniyi betimleyen bir nitelik kazanmaktadır. Paranoid bozukluk ile şizofreni arasındaki bir diğer fark ise semptomların süresi ile ilgilidir. Paranoid bozukluk tanısı için sanrılarının 1 ay veya daha fazla

bir süre için görülmesi yeterliyken, şizofreni tanısı için semptomların her birinin bir aylık süre zarfının büyük bir bölümünü kaplaması gerekmektedir (Köroğlu, 2014: 49).

Bazı klinik durumlarda uyuşturucu madde entoksinyasyonu veya yoksunluğuna ve ilaç kullanımı ile kullanılan ilacın yan etkilerine bağlı olarak sanrılar ve halüsinasyonlar görülebilmektedir. Bu sebeple paranoid bozukluğun ayırıcı tanı sürecinde sanrıların uyuşturucu madde veya ilaca bağlı olarak ortaya çıkmadığından emin olunması önem taşımaktadır. Sürekli ve uzun süreli alkollü madde kullanımına bağlı gelişen alkol paranoyası ve amfetamin kullanımına bağlı gelişen amfetamin psikozu tanı sürecinde dikkat edilmesi gereken tıbbi nüanslardır. Ayrıca bazı psikiyatrik vakalarda opiyat içerikli uyuşturucu maddelerin (özellikle esrar kullanımının) psikotik özelliklerin açığa çıkmasına, remisyon dönemine girmiş psikotik bozuklukların tekrar nüksetmesine veya psikotik bozukluklara sebep olduğuna dair bilimsel veriler literatürde mevcuttur. Ancak paranoid bozuklukta görülen sanrılar herhangi bir uyuşturucu madde veya ilaç kullanımı, yoksunluğu veya bu maddelerin yan etkisi ile açıklanamayacağı gibi sanrılara hiçbir zaman halüsinasyonlar eşlik etmez (Köroğlu, 2014: 53).

Obsesif-kompulsif bozukluk tanısı almış hastalarda içgörü ve yargılamanın bozulmamış olması, hastanın sahip olduğu obsesyonların mantıksız, gerçek dışı bir nitelik taşıdığının samimi olarak farkında olması dikkat çeken klinik özelliklerdir. Ancak tedavi edilmediği için hastaların içgörülerini kaybettikleri bazı obsesif-kompulsif bozukluk vakalarında hastalar obsesyonlarının gerçek olduğuna dair sanrısız inançlar geliştirebilmekte ve bir anlamda hastaların obsesyonları sanrı niteliği kazanmaktadır (Köroğlu, 2014: 130).

Beden dismorfik bozukluk, kişilerin dış görünümü ile ilgili önemsenmeyecek kadar küçük olan bir veya birkaç kusur ile zihinsel olarak uğraşmaları ve dış görünüşlerine dair kaygılarından ötürü tekrar eden davranış örüntüleri geliştirmeleri ile karakterize bir bozukluktur. Bu bozukluğa sahip hastaların içgörü ve yargılama işlevleri genellikle tehlikeye girmez ancak hastaların sahip olduğu içgörünün tamamen ortadan kalktığı durumlarda kişi dış görünümüne dair inançlarının gerçek olduğuna dair sanrısız bir düşünce geliştirebilir (Köroğlu, 2014: 131-132).

Paranoid kişilik bozukluğu erken erişkinlik döneminde tanısı konan, diğer insanlara yönelik genel bir kuşku ve güvensizlik halinin hakim olduğu, çeşitli ve farklı bağlamalarda kişilerin işlevselliğini olumsuz etkileyen bir kişilik bozukluğudur. Tanı sürecinde paranoid bozukluk ile paranoid kişilik bozukluğu arasında bir ayırım yapılması bilhassa zor olmaktadır. Paranoid kişilik bozukluğu ile paranoid bozukluk arasındaki ilk ayırım, paranoid bozuklukta işlevselliğin sanrılarının hedef aldığı alanda bozularak diğer alanlardaki işlevselliğin olumsuz etkilenmemesidir. Bu iki bozukluk arasındaki diğer ayırım ise paranoid kişilik bozukluğunda baskın olan büyüklük, kıskançlık, kuşku gibi düşüncelerin tipik paranoya ile uyumlu olmaktan ziyade hastanın benliğinin bir özelliği veya bir parçası niteliği taşımasıdır (Köroğlu, 2014: 328).

2.5. Paranoid bozukluğun tedavisi

Paranoid bozukluğun tedavisinde alışıl gelmiş tedavi yaklaşımı,psikofarmakolojik tedavidir. Bu geleneksel tutumun altında paranoid bozukluğun psikotiközellikler taşıyan bir bozukluk olması ve paranoid bozukluk tanısı almış hastaların psikoterapi ile tedaviye uygun olmadığı düşüncesi yatmaktadır. Ancak paranoid bozukluk tanısı almış hastalarla yürütölen bilimsel çalışmaların sayısındaki artış ile birlikte ulaşılan bilimsel bulgular, bu bozukluğa sahip olan kişilerin genel işlevsellik düzeylerinin bozulmadığını, içgörü ve yargılama işlevleri sağlam olan hastaların psikoterapi ile tedavi edilebileceğini göstermiştir. Ulaşılan bilimsel farkındalık sayesinde paranoid bozukluk tanısı almış hastaların psikoterapiye uygun oldukları fikri yaygınlaşmış ve bu alanda yapılan bilimsel çalışmalar da artmıştır. Psikoterapi yöntemleri arasında paranoid bozukluk tanısı almış hastaların en çok fayda sağladığı bilimsel çalışmalarla kanıtlanmış olan psikoterapi yöntemi, Bilişsel-Davranışçı Psikoterapidir (Menon vd., 2017: 3).

Psikofarmakolojik tedavi, baskın olarak antipsikotik türü ilaçlar ve eşlik eden depresyon veya anksiyete gibi semptomları ortadan kaldırmaya yönelik olarak reçetelendirilen antidepresan ve

trankilizan türü ilaçlar ile yürütülmektedir (Roudsari vd., 2015: 157). Depresyon ve anksiyete gibi eşlik eden semptomların tedavisinde en sık reçetelendirilen ilaçlar selektifserotoningerisalinim inhibitörleri (SSRIs) ve serotoninnoradrenalingerialinim inhibitörleri (SNRIs)'dir. Bu ilaçların tercih edilmesinin bir diğer sebebi; uykusuzluk, kilo alımı, cinsel işlevsizlik veya isteksizlik gibi yan etkilerin göreceli olarak daha nadir ortaya çıkmasıdır. Vakadan vakaya, hastadan hastaya değişkenlik gösteren farklı tür psikiyatrik ilaçların kombine edilerek kullanımı paranoid bozukluğun psikofarmakolojik tedavisinde en sık başvurulan tedavi yaklaşımıdır (Kinghamve Gordon, 2004: 213).

3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, kullanılan veri toplama araçları ve toplanan verilerin analizine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, İç Gözlem Psikiyatrik ve Psikolojik Danışma Merkezi'nde raporlandırılarak paranoid bozukluk tanısı almış Rorschachtest protokolleri incelenerek anlamlı olan tepkileri belirlemeyi ve paranoid bozukluğun klinik özelliklerini gözden geçirmeyi amaçlayan betimsel tarama modeline sahiptir. 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 çalışan araştırma modelidir (Kıncal, 2017: 111). Rorschacharaştırma formu baz alınarak belirlenmiş ve test edilmesi amaçlanan araştırma hipotezleri aşağıdaki gibidir(Şahiner, 2010: 61-64):

1. Dış gerçeklere yaklaşımlarında her şeye hakim olma çabalarıyla birlikte telafiye yönelik davranış ve/ya kaçış davranışıyla belirlenen savunucu yaklaşım ve inhibisyon ile negativizm görülür.
2. Gerçeklerin algılanması ve değerlendirilmesinde aşırı biçimci ve kurudurlar.
3. Duyguların ifadesi ve kullanımında aşırı bastırmaya başvururlar.
4. Affektif gereksinim ve ifadeler tümüyle bastırılmıştır.
5. Sosyal çevre ile ilişkilerinde izolasyona başvururlar.
6. Bu kişilerin duyduğu anksiyetenin niteliği, dış nedenlere bağlı fobik türde anksiyetedir.
7. Agresif ve cinsel dürtülerin ifadesi kontrollüdür.
8. Beden imgesiyle alakalı güvensizlik duyguları mevcut olabilir.
9. Paranoid bozukluk tanısı almış hastaların kişilik tipi genellikle daralmış niteliktedir.
10. Katı savunma mekanizmalarının eşlik ettiği zayıf bir egoya sahip olurlar

3.2. Araştırmanın yöntemi

Araştırmanın örnekleme, İç Gözlem Psikiyatrik ve Psikolojik Danışma Merkezi'nde 2010-2017 yılları arasında raporlandırılarak paranoid bozukluk tanısı almış yaşları 18 ile 45 arasında değişenRorschach test protokolleri arasından 15'i kadına ve 15'i erkeğe ait olmak üzere toplam otuz adetRorschach test protokolü rastgele örneklem alma yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Araştırmanın sosyodemografik değişkenleri yaş, cinsiyet ve eğitim durumudur. Test protokollerinin ait olduğu hastaların gizliliğini korumak adına İç Gözlem Psikiyatrik ve Psikolojik Danışma Merkezi'nin yöneticisi ile araştırmacı arasında bir protokol imzalanmıştır. Veri analizleri SPSS 20.0 programı ile yapılmıştır.

3.3. Katılımcılar

Rorschach testi uygulanarak paranoid bozukluk tanısı almış, yaşları 18 ile 45 arasında değişen katılımcıların yaş değişkeni açısından eşit dağılım göstermesine, cinsiyet ve eğitim durumu değişkeni açısından çeşitlilik arz etmesine özen gösterilmiştir.

3.4. Materyaller

Rorschach Testi: İsviçreli psikiyatrist HermannRorschach tarafından 1921 yılında kişilik dinamiklerini ortaya çıkarmak amacıyla geliştirilen Rorschach testi, Yani Anastasiadis tarafından çevirisi yapılmak suretiyle Türk literatürüne kazandırılmış projektif bir testtir (Tunaboşlu, 2009: 9). Mürekkep lekeleri vasıtasıyla algıyı incelerken farklı ruhsal hastalıklara sahip grupların farklı tepkiler verdiğini fark eden HermannRorschach mürekkep lekelerini kişilik dinamiklerini ortaya çıkarmanın yanı sıra tanısalla amaçla kullanmaya başlamıştır. HermannRorschach kendisine sunulan mürekkep lekelerini gördüğünde kişinin duyularını kaydettiğini, bu duyuları geçmişteki deneyimlerine dayanarak imgelere dönüştürdüğünü ve nihayetinde benzer hafıza izleriyle sentezleyerek oluşturduğu imgelere özgün bir anlam yüklediğini ileri sürmektedir (Anastasi, 1970: 495-498; Rorschach, 1969: 17-18). Diğer bir deyişle, Rorschach testi deneğin hayal gücünü kullanarak iç dünyasında olup bitenleri kontrollü bir ortamda verdiği tepkilerle testöre yansıtmasına imkan sağlamaktadır.

Rorschach testinin materyali, siyah ve kromatik renklerden müteşekkil mürekkep lekelerinin bulunduğu on adet karttan ve kayıt formundan (test protokolünden) oluşmaktadır. Bireysel olarak uygulanması gereken test çocuk, ergen ve yetişkin normları sayesinde yedi ila yetmiş yaş arasındaki kişilere uygulanabilmektedir. Her kart kendi içerisinde şekil, renk, hareket ve gölge içermektedir. Kartlar arasında farklılık olmasına rağmen tüm kartların ortak iki özelliği; simetrik ve bir eksen etrafında oluşmuş olmalarıdır (Anastasi, 1970: 495-498).

Her kartın belirli bir anlamı vardır. Birinci kart, deneğe ilk kez sunulan beklenmedik, yeni ve yapılandırılmamış uyaran olma özelliği taşıdığı için önem arz etmektedir. Taşıdığı önem sebebiyle bu karta verilen tepkiler içerik ve yapı açısından ciddiyetle ele alınmalıdır. İkinci kart, deneğin dürtü ve duygularıyla baş etme yöntemleri konusunda bilgi vermektedir. Üçüncü kart, beden imgesi kartı olarak bilinir. Bu kartta erkek cinsiyetindeki deneklerden erkek tepkisi, kadın cinsiyetindeki deneklerden ise kadın tepkisi vermeleri beklenir. Deneğin beklenen tepkiyi vermemesi halinde bir sonuca varmadan önce üçüncü kartla beraber dördüncü ve altıncı kartlara verilen tepkilerin birlikte analiz edilmesi gerekir. Dördüncü kart, deneğin otorite/erkek figürüne bakış açısı ve bu figürle ilişkisine dair bilgi edinmemize olanak sağlar. Bazı araştırmacılar bu karta baba kartı da demektedirler. Bu adlandırmanın sebebi; dördüncü kartın babaya dair birtakım özellikleri barındırmasıdır. Beşinci kart, deneğin dış gerçeklere yaklaşımı hakkında bilgi vermektedir. Diğer bir deyişle, deneğin dış dünyadaki uyaranlara yönelik değerlendirmelerinin ne ölçüde realiteyle uyumlu olduğuna dair testörün bilgi edinmesine imkan tanımaktadır. Altıncı kart, cinsellik kartı olarak bilinmektedir. Kartın tamamı deneğin cinselliğe olan bakış açısı, tutumu hakkında bilgi verirken kartın üst kısmı erkek cinselliği ile, kartın alt kısmı ise kadın cinselliği ile özdeşleştirilmiştir. Yedinci kart, bazı araştırmacılar tarafından anne kartı olarak tanımlanırken diğer araştırmacılar bu kartı kadın kartı olarak adlandırmaktadır. Bu tanımlamaların sebebi; yedinci kartın efemine birtakım özellikler taşımasıdır. Sekizinci kart, sosyal çevre kartı olup deneğin sosyal çevreyle ilişkisi hakkında bilgi vermektedir. Ayrıca tamamen renkli olan ilk kart olması sebebiyle ayrı bir öneme sahiptir. Dokuzuncu kart, benlik kartı olup deneğin kendisiyle ilişkisi, kendi benliğine yönelik tutumu hakkında bilgi verir. Ayrıca deneğin ağırlıklı olarak kullandığı savunma mekanizması hakkında bilgi vermesinin yanı sıra empulsif patlamalar yaşayan hastaların tespitinde son derece faydalı kartlardan biridir. Onuncu kart, deneğin global (bütün) tepkisi vermesinin en zor olduğu kart niteliği taşıması sebebiyle genellikle denekler detay tepkisi vermeyi tercih etmektedirler. Çözülme anksiyetesine sahip olan hastalarda ise birbirinden ayrı olarak verilmiş uyaranları birleştirmeye yönelik çabaların ön plana çıktığı görülmektedir (Hacıosman, 2006: 17-22).

HermannRorschachtestörün kartları deneğe gösterirken “Sizce bu ne olabilir?” sorusunu sorması gerektiğini öne 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 oluşmaktadır” türünde ifadeler olduğu göze çarpmaktadır (KronenbergveLemkau, 1975: 21-53).

3.5. Prosedür

İç Gözlem Psikiyatrik ve Psikolojik Danışma Merkezi ile araştırmacı arasında imzalanan protokol gereği araştırmacıya 2010-2017 yılları arasında raporlandırılarak paranoid bozukluk tanısı almış Rorschach test protokolleri arasından rastgele örneklem alma yöntemini kullanarak veri havuzu oluşturması için 1 aylık bir süre tanınmıştır. Gizlilik ve etik kurallar çerçevesinde test protokollerinin orijinalleri saklanmış ve araştırmacıya test protokollerinin kopyaları sunulurken kişisel bilgilerin bir kısmı silinmiştir.

3.6. Verilerin istatistiksel analizi

Rorschach test protokolleri ile toplanan verilerin analizinde SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Science) istatistik paket programı kullanılmıştır. Parametrik olmayan 54 farklı veri grubunun yaş ve cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi amacıyla Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır. Anlamlı olan tepkilerin tespit edilmesi ve incelenen bozukluğun klinik özelliklerinin gözden geçirilmesi amacıyla Rorschach araştırma formundan yararlanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde anlamlı olan tepkilerin tespit edilmesi ve paranoid bozukluğun klinik özelliklerinin gözden geçirilmesi amacıyla Rorschach araştırma formu baz alınarak yapılan analizler ile Mann-Whitney U Testi sonuçlarına göre yaş ve cinsiyete göre anlamlı bir farklılığın bulunduğu veriler yer almaktadır.

Tablo 1. Rorschach araştırma formuna göre örneklemin dış gerçeklere yaklaşımı ile teste verdiği anlamlı tepkilerin incelenmesi

Klinik özellikler	N	%	Anlamlı tepkiler	N	%
Çok yönlü	2	6,67	G,D,DbI tepkilerinin mevcut olduğu protokol	2	6,67
Katı-aşırı somut	3	10,0	D yüzdesi ve F+ yüzdesi yüksek olan protokol	3	10,0
Her şeye hakim olma çabalarıyla birlikte telafiyeye yönelik davranış	3	10,0	Dd ve ilkel G tepkilerinin mevcut olduğu protokol	3	10,0
Kaçış davranışı ile belirlenen savunucu yaklaşım ve inhibisyon ile negativizm	6	20,0	Tepki sayısı az ve Ad veya Hd tepkilerinin mevcut olduğu protokol	6	20,0
İlkel-basit, ayırmamış	16	53,33	İlkel G ve ilkel D tepkilerinin mevcut olduğu protokol	16	53,33
Olayları bütün olarak görebilen, doğru değerlendirebilen, yaratıcı yaklaşım	-	-	G, D, Dd ve beklentiler oranında orijinal tepkilerin mevcut olduğu protokol	-	-
TOPLAM	30	100	TOPLAM	30	100

Paranoid bozukluğun klinik özelliklerine bakıldığında örneklemin %53,33'ünün dış gerçeklere yaklaşımının ilkel-basit ve ayırmamış olduğunu görülmektedir. Örneklemin teste verdiği anlamlı tepkilere bakıldığında ise %53,33'ünün test protokollerinde ilkel G ve ilkel D tepkilerinin mevcut olduğu görülmektedir.

Örneklemin %20,0'sinin dış gerçeklere yaklaşımında kaçış davranışı ile belirlenen savunucu yaklaşım ve inhibisyon ile negativizmin hakim olduğu görülmektedir. Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında ise örneklemin %20,0'sinin toplam tepki sayısının az olduğu ve Ad veya Hd tepkilerinin yer aldığı protokollere sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Rorschach araştırma formuna göre örneklemin dış gerçekleri algılama ve değerlendirme süreci ile teste verdiği anlamlı tepkilerin incelenmesi

Klinik özellikler	N	%	Anlamlı tepkiler	N	%
Nesnel ve akılcı	7	30,4	F+, K ve FC tepkilerinin mevcut olduğu protokol	7	30,4
Zaman zaman öznel olmakla birlikte tümüyle uyumsuz olmayan	5	21,7	F+ yüzdesi daha düşük olan, CF ve Ka tepkilerinin mevcut olduğu protokol	5	21,7
Aşırı biçimci-kuru	6	26,2	F yüzdesi, D yüzdesi ve A yüzdesi yüksek olan, K ve Ka tepkilerinin çok az sayıda olduğu ve hiç bulunmadığı protokol	6	26,2
Tümüyle öznel ve uyumsuz	5	21,7	CF tepkilerinin FC tepkilerinden fazla olduğu protokol	5	21,7
TOPLAM	23	100	TOPLAM	23	100

Paranoid bozukluğun klinik özelliklerine bakıldığında örneklemin %30,4'ünün dış gerçekleri algılama ve değerlendirme sürecinde nesnel ve akılcı oldukları görülmektedir. Örneklemin teste verdiği anlamlı tepkilere bakıldığında ise %30,4'ünün test protokollerinde F+, K ve FC tepkilerinin mevcut olduğu görülmektedir.

Klinik özelliklere bakıldığında örneklemin %26,2'sinin dış gerçekleri algılama ve değerlendirme sürecinde aşırı biçimci ve kuru olduğu görülmektedir. Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında ise örneklemin %26,2'sinin F yüzdesi, D yüzdesi ve A yüzdesi yüksek olan, K ve Ka tepkilerinin çok az sayıda olduğu veya hiç olmadığı test protokollerine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 3.Rorschacharaştırma formuna göre örneklemin duyguların ifadesi ve kullanımı ile teste verdiği anlamlı tepkilerin incelenmesi

Klinik özellikler	N	%	Anlamlı tepkiler	N	%
Hafif labil	6	20,0	CF ve C tepkilerinin FC tepkilerinden fazla olduğu protokol	6	20,0
Çiğ ve kontrolsüz	3	10,0	C ve CF tepkilerinin çok sayıda olduğu protokol	3	10,0
Aşırı biçimde bastırılmış	14	46,6	Renk tepkisinin mevcut olmadığı protokol	14	46,6
Cansızlaştırılmış, dondurulmuş	2	6,66	Kaya, buz, heykel gibi tepkilerin fazla olduğu protokol	2	6,66
Uygun bir şekilde ifade edilen duygular	5	16,6	Diğer renk tepkilerinin eşlik ettiği durumda FC=3, CF=1 veya FC=CF=0 şartının sağlandığı protokol	5	16,6
TOPLAM	30	100	TOPLAM	30	100

Paranoid bozukluğun klinik özelliklere bakıldığında örneklemin %46,6'sının duygularının ifadesi ve kullanımının aşırı biçimde bastırılmış olduğu görülmektedir. Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında ise örneklemin %46,4'sının test protokollerinde renk tepkisinin bulunmadığı görülmektedir.

Paranoid bozukluğun klinik özelliklerine bakıldığında örneklemin %20,0'sinin duygularının ifadesi ve kullanımının hafif düzeyde labil olduğu görülmektedir. Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında ise örneklemin %20,0'sinin test protokollerinde CF ve C tepkilerinin FC tepkilerinden fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 4.Rorschacharaştırma formuna göre örneklemin affektif gereksinim ve ifadeleri ile teste verdiği anlamlı tepkilerin incelenmesi

Klinik özellikler	N	%	Anlamlı tepkiler	N	%
Normal ve doyurucu	1	3,33	H yüzdesi, FC, CF ve K tepkilerinin beklenen oranda mevcut olduğu protokol	1	3,33
Zaman zaman aşırıya kaçan beklentiler	6	20,0	E tepkilerinin EF tepkilerinden fazla olduğu protokol	6	20,0
İlkel, çiğ ve kontrolsüz	8	26,6	Oral dürtülerin ön planda olduğu protokol	8	26,6
Tümüyle bastırılmış	15	50,0	FE, EF ve K tepkilerinin mevcut olmadığı protokol	15	50,0
TOPLAM	30	100	TOPLAM	30	100

Paranoid bozukluğun klinik özelliklerine bakıldığında örneklemin %50,0'sinin affektif gereksinim ve ifadelerinin tümüyle bastırılmış olduğu görülmektedir. Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında ise örneklemin %50,0'sinin test protokollerinde FE, EF ve K tepkilerinin yer almadığı görülmektedir.

Paranoid bozukluğun klinik özelliklerine bakıldığında örneklemin %26,6'sının affektif gereksinim ve ifadelerinin ilkel, çiğ ve kontrolsüz nitelikte olduğu görülmektedir. Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında örneklemin %26,6'sının test protokollerinde oral dürtülerin ön planda olduğu görülmektedir.

Tablo 5.Rorschacharaştırma formuna göre örneklemin sosyal çevre ilişkisi ile teste verdiği anlamlı tepkilerin incelenmesi

Klinik özellikler	N	%	Anlamlı tepkiler	N	%
Uyumlu ve doyurucu	1	5,4	H yüzdesi, FC, CF ve K tepkilerinin beklenen oranda mevcut olduğu protokol	1	5,4
Yoğun ilişki isteği ancak başarısız	7	36,8	H yüzdesi yüksek olan ancak anksiyete sebebiyle nitelikli insan tepkilerinin mevcut olmadığı protokol	7	36,8
İlişkilerde aşırı bağımlılık ve egosantrizm	2	10,5	CF tepkilerinin çok fazla sayıda mevcut olduğu protokol	2	10,5
İlişkiler kuru ve yüzeysel	7	36,8	Renk tepkilerinin olmadığı, H yüzdesinin düşük olduğu, K tepkilerinin çok az veya hiç olmadığı protokol	7	36,8

Sosyal çevre izolasyonu	2	10,5	H yüzdesi düşük olan, K ve renk tepkilerinin olmadığı, devitalizasyonun çok fazla olduğu protokol	2	10,5
TOPLAM	19	100	TOPLAM	19	100

Paranoid bozukluğun klinik özelliklerine bakıldığında örneklemin %36,8'inin sosyal çevre ile ilişkisinde yoğun ilişki isteğinin hakim olduğu ancak başarısız olduğu, yine örneklemin %36,8'inin sosyal çevre ile ilişkilerinin kuru ve yüzeysel olduğu görülmektedir. Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında örneklemin %36,8'inin test protokollerinde H yüzdesi yüksek olduğu ancak anksiyete sebebiyle nitelikli insan tepkisi veremedikleri görülmektedir. Yine örneklemin %36,8'inin test protokollerinde renk tepkilerinin olmadığı, H yüzdesinin düşük olduğu, K tepkilerinin çok az veya hiç olmadığı görülmektedir.

Tablo 6.Rorschacharaştırma formuna göre örneklemin sahip olduğu anksiyeteninniteliği ile teste verdiği anlamlı tepkilerin incelenmesi

Klinik özellikler	N	%	Anlamlı tepkiler	N	%
Dış nedenlere bağlı fobikanksiyete	17	60,7	FClob, şeytan, canavar vb. tepkilerin mevcut olduğu protokol	17	60,7
Free-floating	-	-	EF, FE, bulut tepkileri ile devitalizasyonun mevcut olduğu protokol	-	-
Özbeğenin azalmasına ve bedenin tehlikede hissedilmesine bağlı anksiyete	2	7,2	Anat yüzdesi, kan ve depresif tepkilerin fazla olduğu protokol	2	7,2
Parçalanma, çözülme anksiyetesi	9	32,1	Parçalanma, çözülme tepkilerinin fazla olduğu protokol	9	32,1
TOPLAM	28	100	TOPLAM	28	100

Paranoid bozukluğun klinik özelliklerine bakıldığında örneklemin %60,7'sinin dış nedenlere bağlı fobikanksiyete yaşadığı görülmektedir. Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında ise örneklemin %60,7'sinin test protokollerinde FClob, şeytan, canavar vb. tepkilerin mevcut olduğu görülmektedir.

Paranoid bozukluğun klinik özelliklerine bakıldığında örneklemin %32,1'inin parçalanma veya çözülme anksiyetesi yaşadığı görülmektedir. Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında ise örneklemin %32,1'inin test protokollerinde parçalanma, çözülme tepkilerinin fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 7.Rorschacharaştırma formuna göre örneklemin agresif ve cinsel dürtüleri ile teste verdiği anlamlı tepkilerin incelenmesi

Klinik özellikler	N	%	Anlamlı tepkiler	N	%
Kontrollü	10	45,5	K tepkileri ile agresif içeriğin olmadığı protokol	10	45,5
Zaman zaman kontrolsüz	2	9,0	CF ve saldırı tepkilerinin mevcut olduğu protokol	2	9,0
Çiğ ve ilkel	10	45,5	Cinsel ve agresif dürtü ifadelerinde kötü form tepkilerinin mevcut olduğu protokol	10	45,5
Aşırı bastırılmış	-	-	Kırmızı renkten kaçışın, K, Ka ve seks tepkilerinin mevcut olduğu protokol	-	-
TOPLAM	22	100	TOPLAM	22	100

Paranoid bozukluğun klinik özelliklerine bakıldığında örneklemin %45,5'inin agresif ve cinsel dürtülerinin ifadesinde kontrollü olduğu görülmektedir, yine örneklemin %45,5'inin agresif ve cinsel dürtülerinin ifadesinde çiğ ve ilkel olduğu görülmektedir.

Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında örneklemin %45,5'inin test protokollerinde K tepkileri ile agresif içeriğin olmadığı, yine örneklemin %45,5'inin test protokollerinde yer alan cinselve agresif dürtü ifadelerinin kötü form niteliğinde olduğu görülmektedir.

Tablo 8.Rorschacharaştırma formuna göre beden imgesi ile teste verdiği anlamlı tepkilerin incelenmesi

Klinik özellikler	N	%	Anlamlı tepkiler	N	%
Önemli bir bozukluk yok	17	63,0	Üçüncü karta iki insan tepkisinin verildiği protokol	17	63,0
Bedeniyle ilgili güvensizlik duyguları	10	37,0	Üçüncü karta verilen tepkilerin F- olarak kodlandığı protokol	10	37,0
Tümüyle bozuk ve parçalanmış	-	-	Üçüncü karta parçalanmış, deforme olmuş insan tepkilerinin verildiği protokol	-	-
TOPLAM	27	100	TOPLAM	27	100

Paranoid bozukluğun klinik özelliklerine bakıldığında örneklemin %63,0'ının beden imgesinde önemli bir bozukluk olmadığı görülmektedir. Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında ise örneklemin %63,0'ının üçüncü karta iki insan şeklinde tepki verdiği görülmektedir.

Paranoid bozukluğun klinik özelliklerine bakıldığında örneklemin %37,0'ının bedeniyle ilgili güvensizlik duyguları olduğu görülmektedir. Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında ise örneklemin %37,0'ının üçüncü karta verdikleri tepkilerin kötü form niteliği taşıdığı görülmektedir.

Tablo 9.Rorschacharaştırma formuna göre kişilik yapısı ile teste verilen anlamlı tepkilerin incelenmesi

Klinik özellikler	N	%	Anlamlı tepkiler	N	%
İçe dönük	3	20,0	C tepkilerinin K tepkilerinden fazla olduğu protokol	3	20,0
Dışa dönük	12	40,0	K tepkilerinin C tepkilerinden fazla olduğu protokol	12	40,0
Daralmış	15	50,0	K ve C tepkilerinin 0'a eşit olduğu protokol	15	50,0
Zengin	-	-	K ve C tepkilerinin beklenen oranda olduğu protokol	-	-
TOPLAM	30	100	TOPLAM	30	100

Paranoid bozukluğun klinik özelliklerine bakıldığında örneklemin %50,0'ının daralmış kişilik yapısına sahip olduğu görülmektedir. Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında ise örneklemin %50,0'ının test protokollerinde K ve C tepkilerinin 0'a eşit olduğu görülmektedir.

Paranoid bozukluğun klinik özelliklerine bakıldığında örneklemin %40,0'ının dışa dönük bir kişilik yapısına sahip olduğu görülmektedir. Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında ise örneklemin %40,0'ının test protokollerinde K tepkilerinin C tepkilerinden fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 10.Rorschacharaştırma formuna göre ego gücü ve yapısı ile teste verilen anlamlı tepkilerin incelenmesi

Klinik özellikler	N	%	Anlamlı tepkiler	N	%
Güçlü	-	-	Savunma mekanizmalarının başarılı olduğuna işaret eden protokol	-	-
Hafif regresif eğilimleri olan çocuksu ego	5	20,0	Ani patlamalara işaret eden tepkilerin mevcut olduğu protokol	5	20,0
Katı savunmaları olan zayıf ego	20	80,0	K ve renk tepkilerinin çok az sayıda olduğu veya hiç olmadığı protokol	20	80,0
Birincil süreçlerin egemen olduğu zayıf ego	-	-	Ka, CF ve C tepkilerinin fazla sayıda olduğu protokol	-	-
TOPLAM	25	100	TOPLAM	25	100

Paranoid bozukluğun klinik özelliklerine bakıldığında örneklemin %80,0'ının katı savunmaları olan zayıf egoya sahip olduğu görülmektedir. Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında ise örneklemin %80,0'ının test protokollerinde K ve renk tepkilerinin çok az sayıda olduğu veya hiç bulunmadığı görülmektedir.

Paranoid bozukluğun klinik özelliklerine bakıldığında örneklemin %20,0'ının hafif düzeyde regresif eğilimleri olan çocuksu egoya sahip olduğu görülmektedir. Teste verilen anlamlı tepkilere bakıldığında ise örneklemin %20,0'ının test protokollerinde ani patlamalara işaret eden tepkilerin mevcut olduğu görülmektedir.

Tablo 11.Yaş değişkeni ile form tepkileri arasındaki farklılığın Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi

Değişken	Grup	N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	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					
F ⁺	18-30	18	16,64	299,50	87,500	-,870	,384
	31-45	12	13,79	165,50			
	Toplam	30					
F ⁻	18-30	18	14,31	257,50	86,500	-,912	,362
	31-45	12	17,29	207,50			
	Toplam	30					

Anlamlılık düzeyi: p<.05

Tablo 11'de görüldüğü gibi 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri F cevapları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Tablo 12. Yaş değişkeni ile triade, erlebnis, atom bombası tepkileri arasındaki farklılığın Mann-Whitney U Testi ile incelenmesi

Değişken	Grup	N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	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					
Erlebnis	18-30	18	14,56	262,00	91,000	-1,110	,267
	31-45	12	16,92	203,00			
	Toplam	30					
Atom Bombası	18-30	18	15,00	270,00	99,000	-1,225	,221
	31-45	12	16,25	195,00			
	Toplam	30					

Anlamlılık düzeyi: $p < .05$

Tablo 12’de görüldüğü gibi 18-30 ile 31-45 yaş aralıkları arasında yer alan katılımcıların verdikleri Triade cevapları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

5. TARTIŞMA

Anksiyetenin klinik ve klinik olmayan sanrısız düşüncenin temelini oluşturduğu, paranoid bozukluğa eşlik ettiği bilinen semptomların başında geldiği bilinmektedir (FreemanveGarety, 2014: 1180). Paranoid bozukluğa sahip kişilerin sahip olduğu anksiyetenin niteliğinin fobik ve çözülme türünde olabileceğine dair araştırmadan elde edilen bulgular literatür bilgisini doğrulayan niteliktedir.

Paranoid bozuklukta görülen sanrıların net ve tutarlı düşünme eşliğinde gelişen non-bizar ve sistematik bir yapıya oldukları ve bu bozukluğa sahip kişilerin genel işlevsellik düzeylerinde tedavi arayışına girmelerine sebep olacak düzeyde bir düşüş yaşanmadığı literatürde yer almaktadır (Ibanez-Casas, 2013: 1-2; Perala, 2007: 39). Bu kişilerin dış gerçekleri algılama ve değerlendirme süreçlerinde nesnel ve akılcı olabileceklerine dair elde edilen araştırma bulgusu literatürle uyumludur.

Sanrısız düşünceler, kişilerin kendilerini aykırı, değersiz ve savunmasız hissetmesine sebep olan bir ruh hali yaratırlar. İçinde bulunulan bu ruh hali, kişilerin kendini koruma amacıyla içe kapanmalarına veya savunma mekanizmalarının harekete geçmesine sebebiyet verir (FreemanveGarety, 2014: 1181). Sanrıları olan kişilerin katı savunmaları olan zayıf birer egoya sahip oldukları yönünde ulaşılan araştırma bulguları, literatür bilgisini doğrulayan özelliktedir.

Özellikle perseküsyon sanrıların görüldüğü kişilerde sosyal çevre ile ilişkilerde aşırı hassasiyet, reddedilme veya eleştiriye yönelik beklenti ön plana çıkmaktadır. Bu durum, sanrısız düşüncelere sahip kişilerin sığ ve derinlikten uzak kişilerarası ilişkiler kurmakla yetinmelerine sebebiyet vermektedir (FreemanveGarety, 2014: 1182). Paranoid bozukluğa sahip kişilerin sosyal çevreyle ilişkilerinin niteliğinin kuru ve yüzeysel olduğuna dair araştırma bulgusuyla uyum göstermektedir. Ancak araştırmadan elde edilen ilgi çekici bir diğer sonuç, bu kişilerin sosyal ilişkilerinde yoğun bir ilişki istemi duydukları ancak başarısız oldukları yönündeki bulgudur.

Mesafeli tavırlarıyla dikkat çeken paranoid bozukluğa sahip kişilerin her hareketleri, her mimik veya jestleri kontrollüdür. Bu kontrol hali, kendilerini ele vermeme çabasından kaynaklanabileceği gibi potansiyel olumsuz sonuçlardan kaçınma arzusundan da temel alabilmektedir (Kantor, 2004: 79). Bu durum, bu kişilerin sahip oldukları duygularının ifadesini aşırı bir biçimde bastırdıklarına dair araştırma bulgusunu açıklamaktadır.

Özellikle uzun süreli anksiyete ve depresyonun eşlik ettiği paranoid bozukluk vakalarında ani öfke patlamalarının görüldüğü bilinmektedir (Kantor, 2004: 79). Bu durum, bu kişilerin agresif ve cinsel dürtülerinin çığ ve ilkel biçimde ifade edildiğine dair elde edilen araştırma bulgusuna ışık tutabilecek niteliktedir.

Paranoid bozukluğun klinik görünümüne dair bilimsel literatürde yer almayan ancak bu araştırmayla ortaya konmuş, ilgi çekici bulgulara ulaşılmıştır. Sözü edilen bulgulardan birincisi; paranoid bozukluğa sahip kişilerin kişilik yapısının daralmış nitelikte olabileceği gibi, dışa dönük bir özelliğe sahip olabileceğine dair elde edilen bulgudur. Sahip olunan bozukluğun belirtilerinin şiddet ve

yoğunluğunun zayıf olduğu varsayımından hareketle bu kişilerin dışa dönük bir kişilik yapısı geliştirebilecekleri ileri sürülebilir.

İkinci bulgu, bu kişilerin dış gerçeklere yaklaşımının ilkel-basit ve ayrışmamış nitelikte olduğuna dair elde edilen araştırma bulgusudur. Bu yaklaşım tarzı, olayları genel izlenimleri itibariyle değerlendirerek yüzeysel yaklaşıma davranışıyla karakterize bir yaklaşımı ifade eder. Paranoid bozukluğun klinik tablosunda var olan yorucu, inatçı, gürültücü sanrılar göz önüne alındığında bu yaklaşım tarzının sebebinin bu kişilerin dış uyaranların ayrıntısına girmekten kaçınarak iç denetimlerini sağlama çabalarından kaynaklanıyor olması muhtemeldir.

Son olarak bu bozukluğa sahip olan kişilerin affektif gereksinim ve ifadelerinin tümüyle bastırılmış olmasıdır. Paranoid bozukluk tanısı almış kişilerin genellikle dış dünyayı tehlikeli ve tehdit edici bir biçimde algılamalarından kaynaklanan fobikanksiyeteye sahip olmaları, sanrılarının genellikle dış dünyadan gelebilecek tehlikelere yönelik olması sebebiyle bu kişilerin affeksiyonları dahil tüm tepkileri üzerinde kontrol sahibi olma ihtiyacına sahip olmaları olasıdır.

Paranoid bozukluğun Rorschach testi bulgularına dair literatüre bakıldığında bu kişilerin birçok G (global, bütün) tepkisi verdiği, hayvan tepki yüzdesinin yüksek olduğu ancak buna karşın test protokollerinde renk tepkisine rastlanılmadığı görülmektedir. (Hacıosman, 2006: 141-142). Araştırmadan elde edilen bulgular, örneklemin %53,33'ünün ilkel G tepkisi verdiğini, %26,2'sinin hayvan tepki yüzdesinin yüksek olduğunu ve %36,8'inin ise test protokollerinde renk tepkisine rastlanmadığını göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulguların büyük bir kısmı, paranoid bozukluk konusunda bilinen güncel literatür ile uyumludur. Bir kısım bulgular ise paranoid bozukluğa farklı bir bakış açısı getirmekte, bilimsel literatüre katkıda bulunmaktadır. Farklı bir bakış açısı getiren bulgular, paranoid bozukluğa sahip kişilerin kişilik yapısı, dış gerçeklere yaklaşımı ile affektif gereksinim ve ifadesi hususlarındadır.

Paranoid bozukluk konusunda araştırma yürütmek isteyen araştırmacılar, birinci dereceden akrabalar arasında paranoid bozukluğun paylaşılma özelliğini incelemeyi amaçlayan bir araştırma yürütülebilirler. Paranoid bozukluğun komorbid niteliği varsayımından hareketle en sık görülen eş tanıları belirlemek amacıyla bir araştırma yapılabilir. Bu araştırmada Rorschach Testinin yanında SCL-R-90 Ölçeğinden faydalanılabilir. Paranoid bozukluğun tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yaklaşımının etkinliğini ortaya koymak amaçlı bir çalışma gerçekleştirilebilir.

KAYNAKÇA

- Anastasi, A. (1970). *Psychological Testing*. New York: Libraries Australia.
- Budak, S. (2000). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Conway, C.R., Bollini, A.M., Graham, B.G., Keefe, R.S., Schiffman, S.S. & McEvoy, J.P. (2002). Sensory acuity and reasoning in delusional disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3): 175-178.
- Debnath, M., Das, S.K., Bera, N.K., Nayak, C.K. & Chaudhuri, T.K. (2005). A study of HLA-Linked Genes in Mono symptomatic Psychotic Disorder in an Indian Bengali Population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(2): 269-274.
- Erben, G. (2008). *Hezeyanlı Bozuklukta Hezeyan Profili ve Bağlantılı Parametreler*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Hacıosman, P.M. (2006). *Rorschach Testi Nedir, Ne Değildir*. İstanbul: Organon İlaçları.
- Freeman, D. & Garety, P.A. (2014). Advances in Understanding and Treating Persecutory Delusions: A Review. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 49: 1179-1189.

- Genç, G., Bek, V.S., Hamamcıoğlu, K., Yetkin, S., Önal, M.R., Demirkaya, Ş. & Odabaşı, Z. (2008). Optik nörit şeklinde ortaya çıkan klinik izole sendromlu bir hastada steroid tedavisi sonrası psikotik atak. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*, 25(2): 148-153.
- Grover, S., Biswas, P. & Avasthi, A. (2007). Delusional Disorder: Study From North India: Psychiatry and Clinical Neurosciences. *Post graduate Institute of Medical Education and Research*, 61: 462-470.
- Ibanez-Casas, I., De Portugal, E., Gonzalez, N., McKenney, K.A., Haro, J.M., Usall, J., Perez-Garcia, M. & Cervilla, J.A. (2013). Deficits in Executive and Memory Processes in Delusional Disorder: A Case-Control Study. *Public Library of Science*, 8(7): 1-8.
- Kantor, M. (2004). *Understanding Paranoia: A Guide For Professionals, Families and Sufferers*. London: Praeger Publishers.
- Kelly, B.D. (2005). Erotomania: Epidemiology and management. *CNS Drugs*, 19(8): 657-659.
- Kendler, K.S. (1980). The Nosologic Validity of Paranoia (Simple Delusional Disorder): A Review. *Arch Gen Psychiatry*. 37: 699-706.
- Kendler, K.S. (1982). Demography of paranoid psychosis (delusional disorder): A review and comparison with schizophrenia and affective illness. *Arch Gen Psychiatry*, 39(8): 890-902.
- Kingham, M., & Gordon, H. (2004). Aspects of morbid jealousy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10: 207-215.
- Kıncal, R.Y. (2017). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Köroğlu, E. (Çev.). (2014). *DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Kronenberg, B. & Lemkau, P.V. (1975). *Rorschach Psychodiagnostics*. Switzerland: Verlag Hans Huber A.G.
- Ladin-Romero, R., Amann, B.L., Sarro, S., Guerrero-Pedraza, A., Vicens, V., Rodriguez-Cano, E. & Radua, J. (2016). Midline Brain Abnormalities Across Psychotic and Mood Disorders. *Schizophrenia Bulletin Advance Access*, 42(1): 229-238.
- Menon, M., Balzan, R.P., Harper, K., Kumar, D., Andersen, D., Moritz, S. & Woodward, T.S. (2017). Psychological approaches in the treatment of psychosis: Cognitive behaviour therapy for psychosis (CBTp) and meta cognitive training (MCT). *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 11(3): 156-163.
- Özdemir, O. ve Güzel-Özdemir, P. (2013). Psikotik Belirtilerle Başvuran Bir Demans Olgusu. *Cukurova Medical Journal*, 38(3): 482-486.
- Perala, J., Suvisaari, J., Saarni, S.I., Kuoppasalmi, K., Isometsa, E., Pirkola, S. & Löngvist, J. (2007). Life time prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*, 1(64): 19-28.
- Rorschach, H. (1969). *Psychodiagnostics: A Diagnostic Test Based on Perception*. New York: Grime and Stratton.
- Roudsari, M.J., Chun, J. & Manschreck, T.C. (2015). Current Treatments for Delusional Disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2(2): 151-167.
- Savrun, M. (2008). Hezeyanlı bozukluk. İstanbul: Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu.
- Şahiner, D.S. (2010). *Uyuşturucu Madde Kullanmak Suçu ile Denetimli Serbestlik Tedbiri Alan Kişilerin Sosyodemografik Özelliklerinin ve Rorschach Kişilik Testi Yanıtlarının Taranması*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.