

## Derleme / Review

### Sanrılar ve oluşmaları

Orhan DOĞAN,<sup>1</sup> Hülya TURGUT<sup>2</sup>

#### ÖZET

Sanrılar düşünme bozukluğunun bir ürünüdür. Psikotik bozuklukların tanısında temel önemdedir. Sanrının tanımı çok açıkken, nasıl oluştuğu konusu tartışmalıdır. Bir psikoz hastasını tanımak için onun ruhsal dünyasını anlamak gerekir. Sanrılar anlamak için anlamlarının neler olabileceğini, hangi koşullarda ve durumlarda ortaya çıktığını, hastanın içinde bulunduğu ruhsal durum ve düşünme işleviyle ilişkisini ve sanrının hastanın hangi gereksinmelerini karşıladığı gibi bilgileri bilmek gereklidir. Hastanın sanrılarını ve sanrı içeriklerini bilmek, onun uygun tedavisini ve hastalığının sonucunu etkiler. Bu yazıda sanrının tanımı, tarihçesi, türleri, özellikleri, oluşumlarıyla ilgili kuramlar gözden geçirilmiştir. Bu bilgilerin hastayı tanımak, doğru tanı koymak, uygun tedavi seçenekleri uygulamak, bozukluğun yarattığı yeti yitimini azaltmak yönlerinden önemli olduğu düşünülmektedir. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2014; 15:165-173)

**Anahtar sözcükler:** Düşünme bozukluğu, sanrı, psikotik bozukluk, sanrı oluşumu

### *Delusions and their formations*

#### ABSTRACT

Delusions are a product of thinking disorder. They are main importance in diagnosis of psychotic disorders. It has some discusses that how is being delusion formation, while the definition of delusion is very clear. It is necessary to understand the inner world of a patient with psychotic disorder for recognize to him/her. In order to understand the delusions, it is necessary to obtain some knowledge those meanings of the delusions, their formation what conditions, the relations between patient's inner state and thinking functions, meeting what needs of patient. The knowing the delusions and their contents have influence on psychotic disorders and their outcomes. In this article, the definition, history, types, features and the formation theories of delusion have been reviewed. It has been thought that these knowledge are important from aspects such as to understand the patients, make diagnosis correctly, to apply favorable alternative treatments, to diminish disability depend on psychotic disorder. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2014; 15:165-173)

**Key words:** thinking disorder, delusion, delusion formation, psychotic disorder

#### GİRİŞ

Ruh sağlığı sorunları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, her sosyoekonomik düzeyde, her ırkta ve her kültürel grupta görülebilir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, yılda her dört kişiden biri psikiyatrik veya nörolojik hastalık

geçirme riski ile karşı karşıyadır.<sup>1-3</sup>

Psikiyatrik bozukluklar sık görülmeleri ve kronik gidişleri nedeniyle yeti yitimine yol açar. Bu nedenlerle topluma maliyetleri yüksektir.<sup>2-5</sup> Yeti yitimine uyarlanmış yaşam yılı hesaplaması ile gerçekleştirilen

<sup>1</sup> Prof.Dr., Doğu Üniversitesi FEF Psikoloji Bölümü, İstanbul

<sup>2</sup> Uzm.Dr., Bilecik Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Bilecik

**Yazışma adresi / Address for correspondence:**

E-mail: ordogan@gmail.com

Geliş tarihi: 05.04.2013, Kabul tarihi: 05.09.2013 doi: 10.5455/apd.49141

'Küresel Hastalık Yüğü' çalışmasında, psikiyatrik bozuklukların toplam hastalık yükünün %9.7'sini oluşturduğu saptanmış olup 2020 yılında bu oranın %15'e ulaşacağı öngörülmüştür.<sup>6,7</sup> Aynı yöntemle Türkiye'de yapılan 'Ulusal Hastalık Yüğü' çalışmasında nöropsikiyatrik hastalıkların toplam hastalık yükünün %13.3'ünü oluşturduğu ve en fazla yükü oluşturan kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer aldığı saptanmıştır.<sup>8</sup>

Psikotik bozuklukların temel belirtileri arasında düşünme bozuklukları vardır. Düşünme bozukluklarının anlaşılması, hastanın yaşadıklarını anlamak açısından önemlidir. Düşünme içeriği ile ilgili belirtiler arasında sanrılar temel önemdedir. Sanrılar ne olduğu konusunda görüş birliği varken, nasıl ortaya çıktığıyla ilgili görüş birliği yoktur. İçeriğin kültürle yakından ilişkili olduğu konusunda genel bir görüş birliği vardır.<sup>3,5,9-12</sup>

Sanrının ne olduğu psikopatolojinin ana sorularından birisidir.<sup>13</sup> Sanrılarının anlamlarının, hangi koşullarda ortaya çıktığının, hastanın içinde bulunduğu ruhsal durum ve düşünme işleviyle ilişkisinin, sanrının hastanın hangi gereksinmelerini karşıladığı gibi bilgileri bilmek hastayı tanıma ve anlama konusunda yardımcı olacaktır.

Bu gözden geçirmenin temel amacı, sanrılarının ne olduklarını, özelliklerini ve oluş düzeneklerini ortaya koymaya çalışarak önemini göstermektir. Hastanın doğru ve yeterli düzeyde anlaşılmasıyla doğru tanı konacak, doğru yaklaşımlar ve uygun tedavi seçenekleri uygulanabilecek, psikotik bozukluğun yarattığı yeti yitimi azaltılabilecektir.

## TANIM

İngilizce 'delude' sözcüğü Latince kökenlidir ve oynama, taklit etme, aldatma, kandırma anlamlarına gelir. Almandada 'wahn' sözcüğü heves, yanlış görüş veya hayal anlamındadır. Fransızca 'delire' daha empatiktir, ironik olarak 'denge-siz'e benzer bir mecazi anlamı olan 'yarıktan dışarı çıkan iz' anlamını taşır.<sup>13</sup>

Düşünce içeriğiyle ilgili belirtiler hastanın düşüncelerini, inanışlarını, uyarılarını nasıl açıkladığını gösterir. Bu alandaki en açık ve en tipik örnek sanrılardır. Sanrı, bireyin yaşadığı çağla ve kültürüyle uyumlu olmayan, mantıksal açıklamalarla değiştirilemeyen, inatçı boş inançlardır.<sup>9</sup> Sanrılarının içeriği gerçeklerle uyumlu değildir, anlaşılmaz ve gariptir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, sanrılarının kaynağı kişisel yaşantılar ve algılardır; farklı kültürel yaşantı, **Anatolian Journal of Psychiatry 2014; 15:165-173**

farklı koşullar, deneyim, özdeşim ve kabullenmeler sanrı içeriğini etkileyebilir.<sup>3,5,9-12</sup>

En renkli psikiyatrik belirtilerden biri olan sanrı, 'kişinin yaşadığı çağa ve topluma uymayan ve mantıklı açıklamalarla değiştirilemeyen gerçek dışı düşünceler'dir.<sup>9</sup>

Sanrılarının ne olduğuyla ilgili çeşitli görüşler vardır. Gutiérrez-Lobos ve arkadaşlarına göre, Kraepelin, kitabının dokuzuncu baskısında sanrısız düşünceleri 'mantıksal açıklamalarla değiştirilemeyen patolojik hatalar' olarak tanımlamıştır.<sup>13</sup>

Karaçam'ın aktardığına göre, Jaspers bir sanrının üç değişmez dışsal özelliğinin olduğunu belirtmiştir.<sup>14</sup>

1. Güçlü biçimde inanılır,
2. Mantıklı düşünmeyle uyumlu değildir,
3. Diğer insanlar için mantıksız ve yanlıştır.

Hamilton sanrıyla 'içsel hastalıklı süreçlerden kaynaklanan sarsılmaz bir yanlış inanış, kişinin eğitimsel ve kültürel temeli ile uyumsuzluğuyla kolayca fark edilebilir' biçiminde tanımlamıştır.<sup>15</sup>

McKay'a göre,<sup>16</sup> 'sanrılarının geçerli tanınış görüşü, onların aile, arkadaş ve klinisyenlerin vazgeçirme veya ikna çabalarına ve karşıt kanıta bakmaksızın bağlanılan akla uygun olmayan inanışlar' olduğudur.

DSM-5'e göre sanrı, 'tersine kanıt olduğunda bile değişmeyen sabit inanışlar'dır. Onlar olağan yaşantılardan köken almadığı, aynı kültürün üyeleri tarafından anlaşılabilir olmadığı ve açıkça mantıklı bulunmadığı için garip olarak kabul edilir.<sup>17</sup>

Burada verilen tanımlar birbirinin benzeridir ve sanrılarının tanımındaki ortak özellikler konusunda görüş birliği vardır. Jaspers'in belirttiği sanrılarının üç değişmez dışsal özelliği genel olarak kabul görmektedir.

## TARİHÇE

On yedinci yüzyılda 'akıl hastalığı' kavramı sanrı kavramına dayanmaktaydı. Dönemin görüşüne göre tek bilgi kaynağı duyuşsal verilerdi, bunlardan duyuşsal düşünceler oluşurdu. Düşünsel fikirler bilgi verici değildi ve sanrılar da birer düşünsel fikirdi. Akıl hastalığında akıl yürütme yetisi bozulmamıştı. Sanrılarının yanlış olması öncüllerinin yanlışlığına bağlıydı.<sup>14</sup>

On dokuzuncu yüzyıldaki görüşe göre, akıl hastası olmak demek, sanrılı olmak demektir.<sup>18</sup> Sanrılar beyin lezyonlarından kaynaklanan

yanlılıkların bir sonucudur. Bu yüzyılda yanlış inanç kavramı öne geçmiştir. Sanrı bir inanç alt tipidir ve dış dünyaya ilişkin bilgi içeriği yoktur.

On dokuzuncu yüzyılda sanrının içeriği önem kazanmıştır. Bu dönemde ampirik gelenek zayıflamış, bilgi ve inanç birbirinden ayrılmıştır. Bilgiye bilimsel bir mutlaklık yüklenmiş ve yeni yasalara göre yeniden tanımlanması gerekmiştir; öte yandan inanç öznelleştirilmiş ve olasılıkçı bilgiye ve zihinsel tutumlara göre yeniden tanımlanmıştır. Bu bakış açısına göre sanrı, bir inanç alt tipidir ve dış dünyaya ilişkin bir bilgi içeriği yoktur. On dokuzuncu yüzyılın sonunda sanrının oluşumu, düzeneği ve tipleriyle ilgili sorular ortaya atılmaya başlanmıştır.<sup>14</sup>

Jackson'a göre, sanrılar merkezlerin hasarı ile ortaya çıkan normal ve uyumsal beyin düzeneklerinin bir anlatımıdır. Sanrı oluşumunda kişilik yapısının ve özgeçmişin de önemli olabileceğini öne sürmüştür. Wernicke ve Chaslin birincil ve ikincil sanrılar arasında ayırım yapmış, ikincil sanrıların hatalı yorumlar olduğunu öne sürmüştür. Bu dönemde sanrının içeriği önem kazanmıştır.<sup>14</sup>

Karaçam'ın belirttiğine göre, Jaspers'in Genel Psikopatoloji kitabında dört ayrı inanç biçimi tanımlamıştır: Normal inanç, aşırı değerlendirilmiş düşünce, sanrı benzeri düşünce (ikincil sanrı), birincil sanrı.<sup>14</sup>

**Birincil sanrı** anlaşılabilir değildir. Sanrı benzeri düşünce, algı veya duygudurum bozukluğu gibi psikopatolojik olaylardan hareketle anlaşılabilir. Jaspers, sanrılarının yukarıda sıralanan üç değişmez özelliğini belirtmiştir.

Yirminci yüzyılın başlarında sonradan psikotik bozukluk tanısı konan kişilerin kişilik özellikleri ve biyografileri arasındaki ilişkiye odaklanılmıştır.<sup>13</sup>

Freud, sanrılarının ruhsal aygıtın üç yapısı olan alt benlik, benlik ve üstbenlik arasındaki bir çatışmanın sonucu olduğunu öne sürmüştür. Freud, sanrının dışarıya yansıtılan ve dış dünyaya mal edilen bir içsel durum veya çatışma olarak görüldüğünü ve gizli eşcinsel eğilimlerin özellikle paranoid sanrılarının temelini oluşturduğunu kabul etmiştir. Daha sonra psikanalitik yönelimli yazarlar bu varsayımı bırakmış ve sanrılarının cinsellikle ilişkili olması gerekmeyen, özgüven eksikliği, kronik anksiyete veya kimlik bozuklukları gibi herhangi bir ruhsal zayıflık için bir telafi olabileceğini öne sürmüştür.<sup>3,13</sup>

Schneider yorum ve spekülasyondan olabildiğince uzak durarak tanımlayıcı bir temelde

klinik psikopatolojiyi yeniden formüle etmek istemiştir. Jaspers'in psikopatoloji görüşüyle uyum içinde kalmakla birlikte, Schneider klinik ve biyografik içeriği akılda tutmayı önemli görmüştür.<sup>13,19</sup> Schneider da 'birincil sanrı' ile 'sanrı benzeri görüngü' arasında güvenilir bir ayırım sağlayacak ölçüt arayışındaydı ve ona göre böyle bir ölçüt iki basamaklı bir süreç olarak tanımlanan 'sanrısız deneyim' idi: Duyusal girdi doğruyken, yorumu sanrısızdır. Örnek olarak, bir hasta havada siyah bir bulut görür, ki, bu onun için sonraki gün öleceğini hiç şüphe bırakmadan gösteren bir kanıttır. Bu, Schneider'in görüşüne göre dar anlamda bir sanrıdır. Merkezi sinir sisteminde organik bir lezyon saptanmadıkça, böyle bir deneyime şizofreninin '*birinci sıra belirtisi*' olarak bakmıştır.<sup>19</sup>

Spitzer, çağdaş sınıflandırma dizgelerinin sanrı, varsanı ve duygudurumla uyumlu olup olmama gibi kavramların Jaspers'in formülasyonlarına bağlı kaldığını savunmuş; Berrios 'kabul edilmiş görüş' olarak adlandırdığı, sanrılarının patolojik inançlar olduğu görüşünün biçimlenmesinde Jaspers'in rolünü vurgulamıştır.<sup>20,21</sup>

Şizofrenide sanrılarla ilgili en eski bilgi, Gogol'un 1834'te yayımlanan *Diary of Madman*'idir. Burada ana karakter İspanya kırıralı olduğuna inanıyordu.

1880-1884 arasında İngiltere'de akıl hastanesinde sanrılarının görülme sıklığına göre sıralaması şöyle bulunmuştur: Kötülük görme, büyüklük, suçluluk, aşk, hastalık, nihilistik, şeytana tutulma, hamilelik, yanlış kimlik, cinsel, alınma, yayılma ve eşin sadakatsizliği.<sup>22</sup>

## SANRILARIN ÖZELLİKLERİ

Jaspers'a göre, ruhsal olaylara asla doğrudan ulaşılamaz, salt onları yaşayan kişinin anlatımlarıyla ulaşılabilir. Görüngübilim öznel deneyim çalışmasıdır, bir kişiye empatik ulaşım veya onun yaşadıklarının anlaşılmasıdır. Jaspers, deneyim veya bilginin hem gelen bir duygu, hem de organize eden bir kavram gerektirdiğini kabul eder. Birincisi madde veya içerik, ikincisi formdur. Aynı içerik farklı formlarda sunulabilir.<sup>13</sup>

### Jaspers'e göre inanış biçimleri

Jaspers'in belirttiği sanrı benzeri düşünce İngiliz literatüründe genellikle ikincil sanrı olarak bilinir, fakat Jaspers bu terimi kullanmamıştır.<sup>13</sup> İngiliz literatürü, dört inanış biçimini iki grupta değerlendirmiştir.<sup>23</sup>

1. *İki çift biçiminde ayırma*: Normal inanış ve aşırı değer biçilmiş düşüncenin ikisi de 'normal' ruhsal yaşamda olurken, sanrı benzeri düşünce ve birincil sanrı daima 'anormal' bir ruhsal durumu yansıtır.

2. *Anlaşılma ölçütü*: Birincil sanrı anlaşılamazken, diğer üçü anlaşılabilir; birincil sanrı buna göre ayrılır.

Birinci ayırım inanışın yapı olarak sanrısız veya sadece aşırı değer verilmiş olup olmadığını vurgular, sanrı ve diğer inanış biçimleri arasındaki temel farkları dikkate almaz.

### Doğrudan bir görüngü olarak birincil sanrı

Tüm görüngübilimdeki kesim noktası 'doğrudan' veya 'ani' (unmittelbar: doğrudan, aracısız) deneyimler ve yansıma veya düşüncenin sonucu olan deneyimlerle 'dolaylı' (gedanklich vermitteltes: dolaylı, düşünce aracılı) olanlar arasındaki ayırmadır. Jaspers doğrudan deneyimleri 'elementer' ve 'indirgenemez' olarak tanımlamıştır. Tersine, düşünce aracılı deneyimleri 'düşünme ve hakkında çalışmaya bağlı gelişmiş, evrim göstermiş' olarak tanımlar; yansıma ürünüdür. Ayırım, ani gerçeklik kesinliği ile gerçeklik yargısının ayrılması gerektiği için önemlidir: 'Gerçeklik yargısı doğrudan deneyimlerin düşünceli şekilde sindirilmesinin sonucudur.'<sup>13</sup> Birincil sanrı doğrudan, aracısız bir görüngüdür; sanrı benzeri fikir aracılı veya yansıtıcıdır: 'Birincil sanrısız deneyim, yorumların kabul edilmeyip doğrudan yaşananlar anlamındaki aracısız, zorla giren bilgidir. Sanrı benzeri fikirler anlaşılabilir şekilde diğer ruhsal olaylardan çıkar ve ruhsal olarak gerideki belirli heyecan, dürtü, arzu ve korkulara dayanabilir.'

Jaspers'a göre, birincil sanrı doğrudan veya aracısız bir görüngüyken, diğer üç inanış biçiminin hepsi düşünce aracılıdır. Birincil sanrı bir inanış veya yargıdan çok, bir deneyimdir; sanrısız anlamın deneyimidir. Anlam deneyimi (Bedeutung) tüm algılarda örtüktür ve birincil sanrısız deneyim bu örtük anlamın çarpıtılmasıdır.<sup>3,13</sup>

Gutiérrez-Lobos'a göre, Jaspers inanışların farklı formlarını ayırt eden temel ölçütün hastanın deneyiminin kökenlerinde yattığını öne sürmüştür.<sup>13</sup> 'Daha sonra kökenlerine göre iki geniş sanrı grubu ayırt edebiliriz: Bir grup anlaşılabilir olarak önceki heyecanlardan, zarar verici, incitici, suça özendirici, yanlış algılamadan ve bilinç değişikliği durumlarında gerçek olmayış deneyiminden kaynaklanır. Diğer grup bizim için ruhsal olarak indirgenemez; görüngüsel olarak sondur. İlk gruba sanrı benzeri ismini

verirken, ikinci grubu uygun sanrılar şeklinde adlandırıyoruz.' Bu nedenle, dört inanış formu içindeki temel ayırt edici etken anlama/anlaşılma kavramıdır. Bir birey kişilik, yaşam olayları ve bir kısım başka psikopatolojik deneyimden sanrı benzeri düşünceyi anlayabilir, fakat birincil sanrı yeni, indirgenemez ve anlaşılamaz bir şeydir. Anlaşılamayla ilgili olarak birincil sanrı diğer üç inanıştan üç biçimde ayrılır: 1. Birincil sanrıya düşünce aracılık etmez, 2. Birincil sanrı anlaşılabilir değildir, 3. Birincil sanrı kişilik demek olan 'anlaşılabilir ilişkilerin tamamı'ndaki bir değişikliği gösterir.

### Sanrı benzeri veya aşırı değer verilmiş fikirler

Sanrı benzeri ve aşırı değer verilmiş fikirler Jaspers'in belirttiği sanrıların üç dışsal özelliği ve anlaşılabilirlik temelinde ele alındığında, ayırımı her zaman kolay değildir. Anoreksiya nervozadaki beden imgesi ile ilgili bozuk inanışlar, kilo alma korkusu ve yiyecek zihni meşgul etmekten mi kaynaklanmaktadır? Eğer böyleyse, bunları neden aşırı değer verilmişten çok, sanrı benzeri olarak kabul etmiyoruz? Neden ciddi obsesyonel durumlardaki felaket inanışlarını sanrı benzeri olarak düşünmüyoruz?

Jaspers'e göre önemli olan ayırım, aşırı değer verilmiş fikir ile sanrı benzeri fikir arasında değil, daha çok sanrı benzeri fikir ile birincil sanrı arasındadır. Salt birincil sanrı onun için 'uygun sanrısız fikir'dir ve sanrı benzeri fikir gerçek bir sanrı olmayıp sadece benzeridir. Jaspers bu nedenle aşırı değer verilmiş fikir ile sanrı benzeri fikir arasında gerçek bir ayırım yapmamıştır.<sup>13</sup>

### Sanrılarının sınıflandırılması

Sanrılar genel olarak dört gruba ayrılır:<sup>3,24,25</sup>

1. *Garip (bizar) sanrılar*: Sanrılar, 'eğer açıkça mantıksız ve yaşanması olası olmayan olaylarla ilgili ise,' garip sayılır. DSM-5'de garip sanrılara örnek olarak Schneider'in birinci sıra belirtileri verilse de,<sup>17</sup> diğer sanrılar da temalarına göre garip olabilir.

2. *Garip olmayan sanrılar*: Gerçekte olmayan, ancak olması olası inanışlardır.

3. *Duygudurumla uyumlu sanrılar*: İçinde bulunan ruhsal durumla uyumlu olan sanrısız inanışlardır.

4. *Duygudurumla uyumlu olmayan sanrılar*: İçinde bulunan ruhsal durumla uyumlu olmayan sanrısız inanışlardır.

Bir başka ayırım, birincil ve ikincil sanrı ayırımı biçimindedir.<sup>13</sup> Birincil terimi, sanrının başka bir psikopatolojik duruma yanıt olarak oluşmadığını

gösterir. Jaspers'a göre birincil sanrının temel özelliği, anlaşılabilir olmasıdır. İkincil sanrılar psikiyatrik öykü ve muayene ile anlaşılabilir: Hastanın ruhsal durumu, yaşam koşulları, akran grubunun inanışları ve kişiliği. Bir sanrı doğası bakımından birincil de, ikincil de olsa sanrısız kanıtı dayanır.<sup>13</sup> Hastanın kendi inanışını kabul etmek için öne sürdüğü neden, inancın kendisi gibi yanlış, kabul edilemezdir. Gutiérrez-Lobos ve arkadaşlarının<sup>13</sup> belirttiğine göre, Gruhle (1915) bir birincil sanrının duyusal algı, kavrama veya zekada bir değişiklik olmayıp, bir sembolik anlam bozukluğu olduğunu düşünmüştür.

### Sanrıların içerikleri

Sanrılar içerdikleri temalar bakımından çok çeşitlidir, fakat belirli genel özellikleri ortaktır ve bu da hastanın duygusal, toplumsal ve kültürel temeline göre belirlenir.<sup>13,17</sup> Ortak genel konular işkence, kıskançlık, aşk, büyüklük, din, nihilistik, hipokondriyak ve bedensel konulardır.

Sanrılarının içeriği ve derecesi değişebilir. Sanrılar garip ve egzotikten (şeytan tarafından tecavüze uğrama sanrısı) görece can sıkıcı (komşuları tarafından kötülük görme kuşkusu) bir aralıktadır. Bu, sınıflandırma açısından önemlidir; garip sanrılarının olması şizofreni için tanı ölçütüken, sanrısız bozukluk tanısını engeller.

Sanrı içerikleri, klinik önemi, tedavi ile ilişkisi ayrı bir yazı konusu olduğu için burada salt başlıklar halinde verilecektir.<sup>3,12,13,18,24-30</sup>

1. *Paranoid sanrılar*: Paranoid terimi birçok belirti, sendrom ve kişilik bozukluğu terimi ile birlikte kullanılır. Bunlar kötülük görme, alınma ve kıskançlık sanrılarını içerir.

2. *Düşüncenin sahiplenilmesi ile ilgili sanrılar*: Bu başlık altında düşünce okunması, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması, düşünce çalınması, etkilenme (kontrol) sanrıları vardır.

3. *Depresyonla ilgili sanrılar*: Bu başlık altında değersizlik, suçluluk, nihilistik (hiçlik), yoksulluk sanrıları vardır.

4. *Büyüklük sanrıları*: Hasta kendisinin ünlü veya doğaüstü güçlere sahip olduğuna inanabilir. Bu sanrılar temelde benlik saygısının eksikliğine dayanır, bilinçdışı yetersizlik duygularını kompanse ettiği düşünülür.

5. *Dinsel-mistik sanrılar*: Dinsel veya manevi içerikle ilgili konulardaki yanlış inanışlardır.

6. *Bedensel sanrılar*: Sanrı dizgesinin ana temaları hipokondriyak veya bedensel özellikler taşıdığı zaman bu tanımlama akla gelir.

7. *Erotomanik sanrı*: Kişinin düşüncelerine, toplumsal ilişkilerine ve ruhsal yaşamına bütünüyle

cinsel fantezilerin egemen olmasıdır; çoğu kez gerçek bir cinselliğe yönelmek yerine düş dünyasında yarattığı platonik bir aşkı yaşatması söz konusudur.

Sanrılar psikiyatrik bozukluklar dışında tıbbi, nörolojik ve ilaç/madde kullanımı sonrası da görülebilir.<sup>3,16,17,24,25</sup> Klinik özellikler ayrı bir yazı konusu olduğu için burada ayrıntısına girilmeyecektir.

### SANRILARIN OLUŞUMU

Birçok olguda başlangıç yavaş ve sinsidir; doğrudan özgül algısal yaşantılara bağlıdır. Bazı hastalar yabancı veya sıkıntılı bir duygudurum tanımlamıştır.<sup>31</sup>

Chadwick'in sanrısız yaşantısı kendi anlatımına dayanarak şöyle özetlenmiştir:<sup>32</sup> *Yaşantısı çocuklukta yaşatlarından farklı olma duyguları ve annesinin olumsuz yorumlarıyla başladı. Bu onun kendisini özel ve diğerlerinden farklı olduğunu düşünmesine yol açtı. Annesinin ölümünden sonra, uzun bir sosyal çekilme, izolasyon ve işsizliğin ardından, hakkında söylenen kötü şeylerin gerçek olup olmadığını merak etmeye başladı. Başkalarının kendisi hakkında yorum yaptığını düşündü. Radyodaki bir şarkının doğrudan onun o andaki düşüncesiyle ilgili olduğunu gördü. Düşüncesi birkaç temada ve bunların referanslarında toplandı. Bu süreçler intihar girişimiyle sonuçlandı.*

Chadwick'in anlatımı, bir kişinin sanrılarının yıllar içinde kişilerarası güçlüklerin, self yansıtmanın, yoğun duygunun, olağandışı algıların, karmaşık anlamların gelişmesinin zengin bir etkileşimiyle nasıl ortaya çıktığını göstermiştir.

### Sanrılarının oluşumunun aşamaları

Sanrı oluşumunun tanımlanması veya sınıflandırılmasıyla ilgili bir yaklaşım, farklı gelişme evrelerinin olduğunu öne sürer. Gutiérrez-Lobos ve arkadaşlarının<sup>13</sup> belirttiğine göre, Conrad sanrı oluşumunda beş evre öne sürmüştür:<sup>13</sup>

1. *Trema*: Dünyanın algılanmasında toplam bir değişikliği temsil eden sanrısız ruh durumudur. Bir kişinin evreye girmeden önce yaşadığı gerginlik ve heyecan türünü gösterir.

2. *Apofani*: Ruhsal olaylar için yeni anlam aranması ve bulunmasıdır.

3. *Anastrofi*: Psikozun arttığı evredir.

4. *Konsolidasyon-akokaliptik*: Yeni bir anlam vermeye dayanan yeni bir dünya/ruhsal durumun oluşması, sanrının pekişmesi evresidir.

5. *Reziduum*: Son otistik durumdur.

Docherty ve arkadaşları<sup>33</sup> birçok makaleyi taramış ve küçük farklılıklarla Conrad'inkilere benzer evreler öne sürmüştür: Kişi olaylarla kuşatıldığını hissederek; tüm etkinliklerini sınırlar ve özgül bir temada yoğunlaşmaya; engellenmemiş biçimde davranmaya başlar.

Roberts<sup>34</sup> sanrı oluşmasıyla ilgili kuramları gözden geçirmiş ve akut başlama evresinde sanrılarının oluşmasının iki olası yolunu belirtmiştir. Birinci yol, duyarlı kişilerin bir veya çok sayıda ortaya çıkarıcı etkeni, çeşitli toplumsal ve duygusal güçlük yaşadıklarını öne sürdü: Bunlar sırayla sanrısız bir duyguduruma veya Conrad'ın birinci evresine, kurala aykırı yaşantılara, sonra bunlara anlam yüklemeye yol açar.<sup>35</sup>

Roberts'in tanımladığı ikinci yol Jaspers'tan köken almıştır: Sanrılar, bir akut toplumsal veya duygusal sorun olmadan aniden başlar. Jaspers bunlara birincil sanrılar adını vermiştir. Birincil sanrılarının ortaya çıkmasının ruhsal olarak anlaşılabilir olduğu ileri sürülmüştür.<sup>36</sup>

Freeman ve arkadaşları<sup>37</sup> kötülük görme sanrılarının oluşmasının bilişsel modelinde sanrılarının bedensel, ruhsal ve toplumsal streslerle başladığını öne sürmüştür. İkinci evrede güçlü duygular, olağandışı içsel deneyimler ve mantıklı düşünme bağlamında, kişi inandığı şeyin bir açıklamasını arar. Onlar da en az iki yol önerir: Biri anormal yaşantıları içerirken, diğeri daha çok toplumsal güçlükler temelindedir.

Bilişsel modele duyguların da katılması ilgi görmüş; bilişsel değişkenlerle duygunun birlikte olmasının önemi belirtilmiş,<sup>38</sup> öfkeyle ilgili güçlü duyguların rolü<sup>39</sup> vurgulanmıştır.

Maj'a<sup>40</sup> göre, Jaspers şizofrenide sanrılarının oluşmasında iki evre tanımlamıştır: Birincisi, *sanrısız atmosfer* başlığı altında bireyi sarıp sarmalayan birincil öncül yaşantılardır. İkincisi, hastanın bu yaşantıları çalışmasıdır.

Kapur'un<sup>41</sup> 'aberrant salience' modeli şizofreninin dopamin (DA) varsayımıyla Jaspers'in *sanrısız atmosfer yapısı* arasında bir köprü oluşturabilir. Anormal striatal DA ateşlemesi yüksüz (nötr) uyarana salience'in abartılı bir işaretine ve sonra sanrısız duygudurumun ortaya çıkmasına neden olacaktır. Bunlar amigdala ve hipokampus gibi limbik alanlarda anormal DA ateşlemesine işaret edebilir, bunların yüksek riskli durumlarda ve ilk atak şizofrenide işe karıştığı bazı nörogörüntüleme çalışmalarıyla gösterilmiştir.<sup>42-44</sup>

Kapur, yaşantılar arasında binişme olduğunu **Anatolian Journal of Psychiatry 2014; 15:165-173**

belirtmiştir. Yaygın öğeleri 'başlangıçta hiçbir şeyin kesin olmamasına karşın, çevrelerindeki dünyada bazı şeylerin değiştiği, bazı kişilerin veya nesnelere onları şaşkınlığa uğrattığı'dır.<sup>41</sup>

Kapur, sanrısız yaşantıda algıların yoğunluğunun arttığını vurgulamıştır (duygularım keskinleşti, duygularım canlı gibi, görüntüler ve sesler önceden olmadığı kadar keskin).<sup>41</sup> Maj'a<sup>40</sup> göre, bu tür yaşantılar Jaspers'in Genel Psikopatoloji kitabında şöyle yer alır: 'Sanrısız atmosferde algıların yoğunluğu değiştirilemez (algılar değiştirilmez, algının kendisi normal ve değişmeden kalır, duygusal zenginlik değişmez) ve çevredeki değişiklik tümüyle anlaşılabilir olarak yaşanır.'

Maj'a<sup>40</sup> göre, Jaspers sanrısız atmosfer tanımında yaşantıların duygusal ögesini de vurgulamıştır: 'Nesneler, kişiler ve olaylar korkutucu, tüyler ürperticidir; hastalar kuşkulu bir şeyler olduğunu hissederek; onları güvensiz, rahatsız, acayip bir gerginlik kaplar.' Sanrısız atmosfer saldırıya uğrama, kötülük görme sanrılarıyla sonuçlanabilir.

Walker da<sup>36</sup> sanrı öncesindeki ruhsal durumu, 'sanrısız atmosfer' olarak adlandırmıştır. Sanrısız atmosfer içinde garip ve kuşkulu bir şeylerin döndüğü yolunda bir güvensizlik duygusu yaşanmakta ve hastalar bunu son derece acı verici ve katlanılmaz bir yaşantı olarak algılamaktadır. Çevredeki tanıdık nesnelere tehdit altındadır, fakat bunlara yeni anlamlar verilemez. Sonra bu tehdit edici dünyada ansızın bir algı göze çarpar veya bir bilgi yakalanır. Bu yeni öge, sanrısız atmosferin yatışmasına ve yeni anlam ilişkilerinin kurulmasına yol açar. Bu algının veya bilginin hangi ruhsal yetilerle ilişkili olduğu ve rastlantısal mı, yoksa önceki yaşantılarla ilişki içinde mi olduğu sorusu tartışmalara yol açmış olup halen tartışılmaktadır.

Roberts<sup>34</sup> sanrı oluşum evrelerini psikoz öncesi, akut ve kronik evreler olmak üzere üçe ayırmıştır. Sanrılarla ilgili nörolojik bozukluklar sırasında oluşan psikotik durumların tartışılmasından kaynaklanan çeşitli ampirik, kavramsal ve spekülasyon kanıtları öne sürülmüş olduğu halde, oluşumu veya sürmesiyle ilgili bir nörobiyolojik kuram yoktur.

Spitzer,<sup>20</sup> çağdaş sınıflandırma dizgelerindeki sanrı, varsanı ve duygudurumla uyumlu olup olmama gibi kavramların Jaspers'in formülasyonlarına bağlı kaldığını savunmuş, Berrios<sup>21</sup> 'kabul edilmiş görüş' olarak adlandırdığı, sanrılarının patolojik inançlar olduğu görüşünün biçimlenmesinde Jaspers'in rolünü vurgulamıştır.

Sanrılarının oluşumuyla ilgili etkenler şunlardır:<sup>13</sup>

1. Beynin işlev bozukluğu,
2. Yaratılış ve kişilik etkileri,
3. Öz saygının sürdürülmesi,
4. Duygulanımın rolü,
5. Algısal bozukluğa bir yanıt olarak,
6. Depersonalizasyona bir yanıt olarak,
7. Bilişsel aşırı yükü ilişkisi.

Sanrılarının sürdürülmesiyle ilişkili etkenler aşağıda gösterilmiştir. Bu etkenlerin hiçbiri mutlak değildir, bir kısmı veya tümü sanrıyı başlatmak ve sürdürmek için sinerjik etkinlik gösterebilir.<sup>13</sup>

1. Fikirleri değiştirme isteksizliği ve istikrar gereksinmesi,
2. Kişilerarası iletişim eksikliği,
3. İşkence sanrılarında kaynaklanan saldırgan davranışın düşmanlığı provoke etmesi,
4. Sanrılarının benlik saygısını düşürmesi ve telafi edici sanrısız yorumu özendirilmesi.

Poletti ve Sambataro'ya<sup>45</sup> göre sanrılar aşağıdaki koşullarda görünür duruma gelir:

1. Uyarana belli bir duygusal yük yüklendiğinde,
2. Hasta tarafından bozuk açıklayıcı iç modellerin içinde açıklandığında,
3. Bilişsel kontrol sistemleri tarafından zayıf olarak engellendiğinde. Bu çerçeveye iki etkenli sanrı modeline kadar uzanır; bu model psikiyatrik ve nörolojik bozukluklarda sanrılarının yaygın nöral düzeneklerinin olduğunu öne sürer.

### SANRILARIN OLUŞUM KURAMLARI

Sanrılarının oluşumlarıyla ilgili çok sayıda kuram ve görüş vardır. Bunların hiçbiri tek başına sanrı oluşumunu tam olarak açıklayamamaktadır. Burada sanrı oluşumuyla ilgili kuramlar kısaca tanıtılacaktır.<sup>3,13,35,38,46,47</sup>

**Psikodinamik kuram:** Freud, bilinçdışıdaki bastırılmış eşcinsel dürtülerin yadsıma, yalanlama ve yansımayla sanrılarının ortaya çıktığını öne sürmüştür.

**Deneyimlerin açıklanması biçimindeki sanrılar:** de Clerambault kronik sanrılarının anormal nörolojik olaylardan kaynaklandığını öne sürmüştür. Maher, sanrılı bir kişinin birincil algısal anomaliler yaşadığını, sonra normal bilişsel düzeneklerle geliştirilen bir açıklama aradığını, açıklamanın tamamen normal bir akıl yürütme işleminden türetildiğini öne sürmüştür.

**von Domarus kuralı:** Şizofrenideki sanrılarının hatalı mantıksal akıl yürütmeden kaynaklandığını öne sürmüştür.

**Öğrenme kuramı:** Öğrenme kuramcıları, sanrı-

ları kişilerarası çatışma korkusuna kaçınma yanıtı olarak açıklamaya çalışmıştır.

**Luhmann'ın dizge kuramı:** Luhmann bilgi, ileti ve anlayışın toplumsal dizgeleri ruhsal dizgelerle bağladığını öne sürmüştür. Eğer ruhsal dizge bilgi iletisini doğru olarak tanıyamaz veya iletiyi anlamak ile yanlış anlamak arasında ayırım yapamazsa, normalde yakın şekilde bağlı olduğu toplumsal dizgeden kendisini ayırır. Bu ayırma, arzuların ve kontrolsüz korkunun engellenmemiş otistik karşılanmasının sanrılar şeklinde görülme olasılığını açığa çıkarır.

**Nörokompütasyonel model:** Beyin korteksi organizmanın deneyimini yansıtacak biçimde, organizmanın ve çevresinin önemli sensorimotor ve daha yüksek düzeydeki yönlerinin dinamik haritalarını yaratan ve sürdüren kompütasyonel bir yüzey olarak görülebilir. Akut sanrılar DA ve norepinefrin modülatörlerinin artmış etkinliğinin sonucudur. Bu salt bir anksiyete durumuna, artmış canlandırma ve kuşkuya değil; daha yüksek sıradaki bilişsel işlevlerde rol oynayan nöral ağların etkinliğindeki artmış bir sinyale yol açar, böylece akut sanrılar oluşur. Nöromodülatör durumdaki değişiklik salt alışılmamış deneyimlerin oluşmasına neden olmaz, aynı zamanda uzun dönemdeki değişikliklerin düzeneğini etkileyen nöroplastisiteyi de değiştirir. Bu nedenle kronik sanrılar sürekli artan bir nöromodülatör veya aşırı azalmış noradrenerjik bir nöromodülatör durumuyla sürdürülebilir.

### Nörobilişsel ve duygusal bozukluk kuramları

**Akıl kuramı:** Frith ve Frith paranoid sendromların özel bir akıl kuramı kusuru gösterdiğini öne sürmüştür. Örneğin, alınma sanrıları, hastaların kendilerini başka bir insanın yerine koyma ve onların davranış ve niyetlerini doğru şekilde değerlendirme konusundaki yeteneksizliği ile açıklanabilir.

**Duyguların rolü:** Altta yatan duygulanım tarafından provoke edilen sanrılar, böyle bir bağlantısı olmayanlardan nörobilişsel olarak ayırt edilebilir.

**Olasılıksal akıl yürütme önyargısı:** Sanrılı kişilerde olasılığa dayalı karar verme sürecinin sağlıklı kişilerden daha az bilgiye gerek duyduğunu, bunun hemen sonuçlara atlamalarına neden olduğunu öne sürer.

**Nitelemeyle ilgili önyargı kuramı:** İdeal benlik ve gerçek benlik arasındaki çelişkiyi önlemek için öz saygıyı tehdit edebilecek olumsuz olayların başkalarına mal edildiğini öne sürer.

**Çok etkenli model:** Belirtilerin ortaya çıkmasının incinebilirlik ve stres arasındaki etkileşime dayandığı varsayılır. Bu nedenle sanrı oluşumu bir yaşam olayı, stresli durumlar, canlılık ve uyku bozukluğuna yol açan ilaç kullanımı ile başlayabilir.

**Nörobiyolojik kuramlar:** Ey, sanrının beyin işlev bozukluklarının bir bulgusu olduğunu öne sürmüş, Morselli sanrı patogenezi için metabolik durumları sıralamıştır. Jackson beyin hasarlı bölümünün işlev kaybının kombinasyonuna bağlı bir sanrı patogenezi öne sürmüştür. Cummings, limbik dizge, temporal lop ve kaudat çekirdeği etkileyen etkenlerin psikoz oluşturma bileceğini saptamış; dopaminerjik fazlalık veya azalmış kolinerjik aktivitenin de psikozoya yakınlık yarattığını belirtmiştir.

**Septo-hipokampal işlev bozukluğu, semantik bellek işlev bozukluğu, Alzheimer ile bölgesel ilişki modelleri** de öne sürülmüştür.

### Güdülenmeye karşı duyusal eksiklik

Sanrıları açıklamaya yönelik iki genel model güdülenme ve duyusal eksikliklerdir.<sup>16,48,49</sup> **Güdülenme kuramına** göre sanrılar savunucu, palyatif işlev; acıyı, gerginliği ve sıkıntıyı azaltmaya hizmet eder. Sanrılar bir tür ruhsal sığınma veya tinsel bir merhem gibidir. Kişi yaşantılarını anlamlandırmaya, sıkıntılarını kurtulmaya çalışır. **Duyusal eksiklik kuramı**, inanç oluşturma

ma sisteminin altında yatan süreçler için bir model geliştirmeyi ve normal işlevsellik modeline zararı açısından sanrıları açıklamayı amaçlar.<sup>50</sup> Duyusal yetilerdeki yetersizlik algılamayı bozmuştur.

### SONUÇ

Günümüzde sanrı tanımı hala bir sorundur. Çok sayıda araştırmacı, DSM-IV-R'deki birçok unsur ve klinikte yanlış tanımlanan sanrı görüngüsünü eleştirmekte; yanlışlık, değişmezlik ve alt kültürle ilişki ölçütleri sıkça sorgulanmaktadır. DSM-IV-R'ye göre sanrılı kişilerin akıl yürütmelerinde yanlışlık olduğunu ileri süren 'yanlış çıkarsama' tanımı ile ilgili olarak çok az çalışma vardır. Birçok araştırmacı, bu tanımın aksine sanrılı kişilerde akıl yürütmenin kusurlu olmadığını, sanrı oluşumunda temel olarak dürtüsel etkenlerin, algısal veya bilişsel anormalliklerin merkezi bir rol aldığını öne sürmektedir.<sup>51</sup>

Psikozlu hastaların düşünme biçimlerini, sanrıların anlamlarını ve hastalar için önemini bilmek; onları daha doğru tanımaya ve anlamaya yardımcı olacaktır. Böyle bir sonuç dolaylı olarak hastaların yaşam kalitelerinin artmasına, hastaneye yatma gereksinmelerinin ve dolayısıyla ekonomik giderlerin azalmasına, toplumsal ve tedavi uyumunun artmasına yardımcı olabilir.

### KAYNAKLAR

1. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109:21-27.
2. World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO, 2001.
3. Turgut H. Akut Dönemdeki İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Şizofreni Hastalarında Sosyodemografik Özellikler ile Hezeyan İçeriklerinin Karşılaştırılması. *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Eskişehir, 2012*.
4. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes H, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
5. Turgut H, Yenilmez Ç. Akut dönemdeki şizofreni hastaları ve psikotik özellikli manik atak hastalarında sosyodemografik ve klinik özelliklerin sanrı türleriyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013; 14:291-301.
6. Murray CJ, Lopez AD. *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study*. *Lancet*. 1997; 349:1498-1504.
7. Üstün TB. *The global burden of mental disorders*. *Am J Public Health* 1999; 89:1315-1318.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı (RSHMB). *Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü: Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004*. Ankara: RSHMB, 2006.
9. Doğan O. *Şizofrenik Bozukluklar El Kitabı*. İkinci baskı, Sivas: Esform Ofset, 2007.
10. Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA. *The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000?* *J Clin Psychiatry* 2003; 64:1465-1475.
11. Çetin M, Ceylan ME. *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri*. Üçüncü baskı, İstanbul: Yerküre, 2005, s.83-124.
12. Cannon BJ, Kramer LM. *Delusion content across the 20th century in an American psychiatric hospital*. *Int J Soc Psychiatry* 2012; 58:323-327.



13. Gutiérrez-Lobos K, Schmid-Siegel B, Bankier B, Walter H. Delusions in first-admitted patients: gender, themes and diagnoses. *Psychopathology* 2001; 34:1-7.
14. Karaçam Ö, Tokuçoğlu L. Düşünce bozuklukları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2003; 40:64-71.
15. Hamilton M, Gregory N, Catherine A, David L, Ronald W. Social networks and negative versus positive symptoms of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1989; 15:625-633.
16. McKay R, Langdon R, Coltheart M. Models of misbelief: Integrating motivational and deficit theories of delusions. *Consciousness and Cognition* 2007; 16:932-941.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, fifth edition*, Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
18. Berrios GE, Luque R. Cotard Syndrome: clinical analysis of 100 cases. *Acta Psychiatrica Scand* 1995; 91:185-188.
19. Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. 12. Unveränderte Auflage. Stuttgart: Thieme, 1980.
20. Spitzer M. Niçin Felsefe? Ö Karaçam (Çev.), İstanbul: Gendaş Yayıncılık, 1998, s.21-49.
21. Berrios E, German E. Delusions as "wrong beliefs": A conceptual history. *Br J Psychiatry*. 1991; 159: 6-13.
22. Renvoize EB, Beveridge AW. Mental illness and the Late Victorians: A study of patients admitted to three asylums in York, 1880-1884. *Psychol Med* 1989; 19:19-28.
23. Cutting J, Dunne F. The nature of the abnormal perceptual experiences at the onset of the abnormal perceptual experiences at the onset of schizophrenia. *Psychopathology* 1986; 19:347-352.
24. Leiser J, O'Donohue W. What is a delusion? Epistemological dimensions. *J Abnormal Psychol* 1999; 108:687-694.
25. Akiskal HS. Mood disorders: historical introduction and conceptual overview. BJ Sadock, VA Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, eighth ed., New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2007; p.1559-1575.
26. Hocaoğlu Ç. Paranoid semptomlar ve sendromlar. *Psikiyatri Dünyası* 2001; 5:97-104.
27. Işık E, Taner E, Işık U. *Güncek Klinik Psikiyatri*. Ankara: Golden Print, 2008.
28. Beck T, Brad A, Alford D. *Depression Causes and Treatment*. Second ed., Philadelphia, 2009.
29. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Üçüncü baskı, Ankara: HYB, 2009.
30. Munro A. Delusional disorders are a naturally occurring 'experimental psychosis.' *Psychopathology* 1994; 27:247-250.
31. Rhodes J, Jakes S. Perspectives on the onset of delusions. *Clin Psychol Psychother* 2010; 17:136-146.
32. Chadwick P. The stepladder to the impossible: A first hand phenomenological account of a schizoaffective psychotic crisis. *J Ment Health* 1993; 2:239-250.
33. Docherty JP, Van Kammen DP, Siris SE, Marder SR. Stages of onset of schizophrenic psychosis. *Am J Psychiatry* 1978; 135:420-425.
34. Roberts G. The origins of delusion. *Br J Psychiatry* 1992; 161:298-308.
35. Maher BA. Delusional thinking and perceptual disorder. *J Individ Psychol* 1974; 30:98-113.
36. Walker C. Delusion: What did Jaspers really say? *Br J Psychiatry* 1991; 159(Suppl.14):94-103.
37. Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE. A cognitive model of persecutory delusions. *Br J Clin Psychol* 2002; 41:331-347.
38. Bentall RP, Rowse G, Shryane N, Kinderman P, Howard R, Blackwood N, et al. A transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:236-247.
39. Fornells-Ambrojo M, Garety PA. Understanding attributional biases, emotions and self-esteem in 'poor me' paranoia: Findings from an early psychosis sample. *Br J Clin Psychol* 2009; 48:141-162.
40. Maj M. Karl Jaspers and the genesis of delusions in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013; 39:242-243.
41. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003; 160:13-23.
42. Witthaus H, Mendes U, Brüne M, Ozgürdal S, Bohner G, Gudlowski Y, et al. Hippocampal subdivision and amygdala volumes in patients in an at-risk mental state for schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 2010; 35:33-40.
43. Watson DR, Bai F, Barrett SL, Turkington A, Rushe TM, Mulholland CC, et al. Structural changes in the hippocampus and amygdala at first episode of psychosis. *Brain Imaging Behav* 2012; 6:49-60.
44. Qiu A, Gan SC, Wang Y, Sim K. Amygdala-hippocampal shape and cortical thickness abnormalities in first-episode schizophrenia and mania. *Psychol Med* 2012; 18:1081-1085.
45. Poletti M, Sambataro F. The development of delusion revisited: A transdiagnostic framework. *Psychiatry Res* 2013; 210:1245-1259.
46. Blackwood NJ, Howard RJ, Bentall RP, Murray RM. Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions. *Am J Psychiatry* 2001; 158:527-539.
47. Frith CD, Frith U. Interacting minds-a biological basis. *Science* 1999; 286:1692-1695.
48. Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev* 2001; 21:1143-1192.
49. Venneri A, Shanks MF. Belief and awareness: reflections on a case of persistent anosognosia. *Neuropsychologia* 2004; 42:230-238.
50. Langdon R, Coltheart M. The cognitive neuropsychology of delusions. *Mind and Language* 2000; 15:183-216.
51. Xavier FA, Antony SD. *Insight and Psychosis*. Oxford: Oxford University Press, 1998, p.66.