



KAPLAN & SADOCK

KLİNİK PSİKİYATRİ EL KİTABI

YEDİNCİ BASKI

Samoon Ahmad, MD

Çeviri Editörleri

Uzm. Dr. Burcu Buzkan Sarıkaya

Prof. Dr. Ali Bozkurt



Wolters Kluwer



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ

KAPLAN & SADOCK KLİNİK PSİKIYATRİ EL KİTABI

YEDİNCİ BASKI

KAPLAN & SADOCK KLİNİK PSİKİYATRİ EL KİTABI 7. Baskı

Türkçe Telif Hakları 2025

Türkçe 1. Baskı

ISBN: 978-625-6065-??-?

Orijinal Adı: Kaplan & Sadock's Pocket Handbook Of Clinical Psychiatry

Yayınevi: Wolter Kluwer

Yazarlar: Samoon Ahmad, MD

Çeviri Editörü: Uzm. Dr. Burcu Buzkan Sarıkaya

Orijinal ISBN -13: 978-1-975222-89-5

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.'ne aittir.

Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. A.Ş.

Saray Mahallesi 126. Cadde No: 20 Kahramankazan / Ankara

Telefon: 0312 802 00 53-54

Sertifika No: 49599

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com

KAPLAN & SADOCK KLİNİK PSİKIYATRİ EL KİTABI

YEDİNCİ BASKI

Editör

SAMOON, AHMAD, MD

Clinical Professor

Department of Psychiatry

NYU Grossman School of Medicine

New York, New York

Çeviri Editörü

UZM. DR. BURCU BUZKAN SARIKAYA

Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

PROF. DR. ALİ BOZKURT

Liv Hospital

Ankara Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Yüksek İhtisas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Eşim Kim, oğlum Daniel ve
anne babam Naseem ve Riffat'a
ithaf edilmiştir.



Bu kitap, Kaplan ve Sadock serisinde tek yazar olma ayrıcalığına sahip olduğum ikinci kitaptır. Daha önce bu kitabın altıncı baskısında Benjamin J. Sadock, MD ve Virginia A. Sadock, MD ile birlikte ortak yazar olarak görev yapmıştım.

Bu kitap aslında Harold Kaplan ve Ben Sadock'un fikriydi ve yoğun bir klinisyenin (özellikle de eğitim gören bir klinisyenin), bir tıp öğrencisinin ya da hızlı ve kolay erişilebilir bilgi arayan bir ruh sağlığı uzmanının klinikteyken büyük ders kitaplarına dalamayacağını fark etmişlerdi. İhtiyaç duydukları şey, günlük klinik konularda gerekli rehberlik için hızlı bir referanstı. Bu ihtiyacı karşılamak için cep el kitabının ilk baskısını ürettikler.

Bu kitap bugün hâlâ elimde olan bir kitap. Bu kitabın önsözünü yazmak için oturduğumda, *Klinik Psikiyatri Cep El Kitabı*'nın 1990 yılında, yani ihtisasıma başlamamdan birkaç yıl önce yayımlanan ilk baskısına göz attım. Ancak, bu kitap o 4 yıl boyunca benim başucu kitabım oldu.

İlk baskının önsözüne göz gezdirirken beni etkileyen şu cümleye rastladım: “*Cep El Kitabı*, psikiyatrik bozuklukların etiyolojisi, epidemiyolojisi ve tedavisinin temel yönlerini içeren kısa özetler sunması bakımından bir damıtmayı temsil etmektedir.” Yazarların bu kitabın amacına ilişkin tanımının, yedi baskıdan sonra bile son 33 yıldır tutarlı bir şekilde aynı kaldığını ve başarısının, tüm psikiyatrik bozuklukların ve tedavilerin güncel, özlü ve kısa açıklamalarından hoşlanan okuyucu kitlesinin bir kanıt olduğunu fark ettim. Bilgi edinmede zamanın çok önemli olduğu klinik ortamlarda son derece yararlıdır.

İhtisasımdan sonra Kaplan ve Sadock'un serisinin çeşitli ders kitaplarına katkıda bulunduğum ve sonunda Ben ve Virginia ile sadece yakın profesyonel meslektaş değil aynı zamanda yakın arkadaş olduğum için çok şanslıydım. Bu kitabın yedinci baskısının yazarı olarak dümene geçtiğimde, ikisinin paha biçilmez ve benzersiz rehberliği olmadan bu rolde olmayı hayal edemiyordum. Akıl hocalıkları, dostlukları, öğretileri ve tavsiyeleri sürekli bir teşvik kaynağı oldu ve sonsuz destekleri için minnettar ve borçluyum.

Kitabın Hedefleri

Psikiyatrik İlaç Tedavisi Cep El Kitabı'nın en son baskısına benzer şekilde, bu kitabın amacı hızlı ve güvenilir bir başvuru kaynağına ihtiyaç duyan çalışan klinisyenler için güncellenmiş bir rehber olarak hizmet etmektir. Bu amaca ulaşmak için kitap, düzinelerce psikiyatrik bozuklukla ilgili en son bilgilerle güncellenmiş ve 2022'de yayınlanan *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı*'nın (DSM-5-TR) beşinci baskısındaki metin revizyonlarını içermektedir. Ayrıca kitap, bilgilerin önceki baskılara göre daha kolay bulunabilmesi için belirli bir şablonu takip edecek şekilde yeniden düzenlenmiştir.

Kitabın Organizasyonu

Güncellenmiş olmasına rağmen, yedinci baskının formatı önceki baskılardan radikal bir şekilde farklı değildir ve bölümler *DSM-5-TR*'nin organizasyonunu yakından takip etmekte-

dir. Okuyucular her bölümde sunulan bilgilerin benzer bir şablon izlediğini görecektir; her durum kendi bölümüne ayrılmış ve aşağıdaki alt bölümlere ayrılmıştır: epidemiyoloji; komorbidite; etioloji; laboratuvar ve psikolojik testler; patofizyoloji; tanı, belirti ve bulgular; özellikler (uygun olduğunda); ayırıcı tanı; seyir ve prognoz; ve tedavi. Şablona uymanın mümkün olmadığı birkaç bölüm olsa da, kitabın çoğu bu şekilde düzenlenmiştir.

Kitaba Yeni İlaveler

Yedinci baskıya eklenen bazı yeni bölümler bu kalıbı kırmaktadır çünkü bu bölümler koşulları değil, geleneksel olarak psikiyatri parametrelerinin dışında kabul edilen yeni tedavilerin ardındaki bilimi tanımlamaktadır. Bu tedaviler arasında esrar, ketamin ve psilosibin ve 3,4-metilendioksimetamfetamin (MDMA) gibi psikişik ilaçlarla tedavi yer almaktadır.

SARS-CoV-2 virüsü, uzun COVID ve COVID-19 salgınının psikososyal etkileri hakkında bilgi veren yeni bir bölüm de eklenmiştir- çocuklar, gençler ve psikiyatrik sorunları olan hastalar için benzersiz zorlukları açıklayan alt bölümlerle birlikte. COVID-19 ile ilgili bölümde ayrıca klinisyen tükenmişliği ve tıbbi pedagojideki değişiklikler gibi konular da açıklanmaktadır.

Yeni baskıda ayrıca psikiyatride ortaya çıkan eğilimlerle ilgili bir bölüm de yer alıyor. Hiç şüphesiz, yapay zekâ ve üretken metnin potansiyeline büyük bir ilgi var, ancak tarama, beyin haritalama ve sanal gerçeklik alanlarındaki ilerlemelerin de muazzam klinik etkileri var. Benzer şekilde, immünoloji, endokrinoloji, nöroloji ve psikiyatri alanlarının hepsi bağırsak mikrobiyomu ve bağırsak-beyin eksenini çalışmalarıyla birleşiyor. Bu gelişmekte olan trendlerden bahsetmenin amacı klinisyene uzmanlık sağlamak değil, entelektüel iştahını kabartmak ve kişisel araştırmayı teşvik etmektir.

Bu Serinin Amacı

Klinik Psikiyatri Cep El Kitabı'nın önceki baskılarında ve tamamlayıcı kitap olan *Psikiyatrik İlaç Tedavisi Cep El Kitabı*'nda olduğu gibi, bu kitabın amacı da hekimlerin, hemşirelerin ve ruh sağlığı alanında çalışan diğer bireylerin sahadayken erişebilecekleri, gezinmesi kolay bir bilgi kaynağı olmaktır. Umuyorum ki, organizasyondaki iyileştirmeler ve renk kodlu başparmak sekmeleri gibi görsel yardımcılarının eklenmesi, sonuçta bilgiyi bulmayı ve almayı kolaylaştıracak, serinin orijinal amacını koruyacak ve klinisyene ve hastaya daha iyi hizmet edecektir.

Bu kitabın, üretici yapay zekâ araçlarından yardım alınmadan tamamen bir insan tarafından yazıldığını unutmayın.



Teşekkür

Bu güncellemeyle hepinize ve daha geniş psikiyatri ve tıp camiasına ulaşma fırsatı bulduğum için duyduğum minnettarlık ölçülemez.

NYU Grossman Tıp Fakültesi'nde Menas S. Gregory psikiyatri profesörü olan değerli akıl hocam ve meslektaşım Benjamin J. Sadock olmasaydı bunların hiçbiri mümkün olmazdı. Kendisi, sonsuz desteği ve rehberliği ile düşüncelerimin ve yazılarımın arkasındaki itici güç olmaya devam eden gerçek bir büyüktür. *Psikiyatrik İlaç Tedavisi Cep El Kitabı'nın* yakın zamanda yayınlanan sekizinci baskısında olduğu gibi, Ben bana bu baskının yazarı olarak onun yerine geçme fırsatı verdi. Ben'e ve eşi Virginia'ya -aynı zamanda önceki yazarlardan biri- sonsuza dek borçlu kalacağım. Onların bilge ve nazik tavsiyeleri ve yıllar boyunca birlikte geçirdiğimiz zaman için son derece minnettarım.

Bellevue Hastanesi psikiyatri direktörü ve şefi Maryanne Badaracco, Bellevue'deki 30 yıllık kariyerim boyunca akademik mükemmellik arayışına son derece destek olmuştur. Ayrıca Lucius R. Littauer profesörü ve NYU Grossman Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü başkanı Charles Marmar'a liderliği ve teşviki için şükranlarımı sunarım.

Araştırma ve editör asistanım Jay Fox, sürekli işbirliği ve bağlılığı için en büyük saygı ve takdirimi hak ediyor. Sana güvenebildiğim için son derece şanslıyım Jay.

Wolters Kluwer'deki yayıncıma ve ekibine de her zamanki destekleri için teşekkür ederim. Sürecimiz sorunsuz ve zamanında devam ediyor ve bunun için her birinize, özellikle de satın alma editörü Chris Teja'ya teşekkür borçluyum.

Son olarak, sevgisi ve güveni için aileme teşekkür ederim. Yanımda olduğunuz için çok şanslıyım.

*Samoon Ahmad, MD
Clinical Professor, Department of Psychiatry
NYU Grossman School of Medicine
New York, New York*



İçindekiler

Önsöz	vi
Teşekkür.....	viii
Bölüm 1: Psikiyatride Sınıflandırma	1
Bölüm 2: Psikiyatrik Öykü ve Ruhsal Durum Muayenesi	25
Bölüm 3: Psikiyatride Tıbbi Değerlendirme ve Laboratuvar Testleri	38
Bölüm 4: Tıbbi Komorbidite ve Yönetimi.....	58
Bölüm 5: Beyin Görüntüleme	79
Bölüm 6: Majör Nörobilişsel Bozukluklar.....	85
Bölüm 7: Başka Tıbbi Durumla İlişkili Majör veya Minör Nörobilişsel Bozukluk (Amnestik Bozukluk)	113
Bölüm 8: Başka Tıbbi Durumla İlişkili Ruhsal Bozukluklar	119
Bölüm 9: Madde İlişkili ve Bağımlılık Bozuklukları.....	143
Bölüm 10: Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar	194
Bölüm 11: Şizofreniform, Şizoaffektif, Sanrılı ve Diğer Psikotik Bozukluklar	222
Bölüm 12: Duygudurum Bozuklukları	243
Bölüm 13: Anksiyete Bozuklukları	292
Bölüm 14: Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar	314
Bölüm 15: Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar.....	332
Bölüm 16: Disosiyatif Bozukluklar	351
Bölüm 17: Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar.....	367
Bölüm 18: Kişilik Bozuklukları	385
Bölüm 19: Cinsel İşlev Bozukluğu.....	416
Bölüm 20: Cinsiyet Disforisi.....	441
Bölüm 21: Beslenme ve Yeme Bozuklukları	448
Bölüm 22: Normal Uyku ve Uyku-Uyanıklık Bozuklukları	464
Bölüm 23: Yıkıcı, Dürtü Kontrol ve Davranım Bozuklukları.....	480
Bölüm 24: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi.....	487
Bölüm 25: İntihar, Şiddet ve Acil Psikiyatri	500
Bölüm 26: Çocuk Psikiyatrisi	523
Bölüm 27: Yaşlılık Psikiyatrisi.....	574
Bölüm 28: Yaşam Sonu Bakımı Sorunları.....	593
Bölüm 29: Psikoterapiler.....	603
Bölüm 30: Psikofarmakolojik Tedavi ve Besin Takviyeleri	620

Bölüm 31: Esrar	737
Bölüm 32: Psikedelikler ve Entaktojenler	756
Bölüm 33: Ketamin	767
Bölüm 34: Beyin Uyarım Tedavileri	774
Bölüm 35: Adli Psikiyatri ve Psikiyatride Etik	783
Bölüm 36: İlacın Yol Açtığı Hareket Bozuklukları	796
Bölüm 37: COVID-19 Pandemisi	809
Bölüm 38: Psikiyatrinin Geleceği	835
Belirti ve Bulgu Sözlüğü	847
Index	872
Yazar Hakkında.....	912

Depresif bozukluklar

Depresif bozukluklar depresyon, üzüntü, sinirlilik, psikomotor retardasyon ve ciddi vakalarda intihar düşüncesi ile karakterizedir. Aşağıda tanımlanan birtakım durumları içerirler.

Majör depresif bozukluk

Majör depresif bozukluğun temel özelliği depresif ruh hali veya olağan aktivitelere karşı ilgi veya zevk kaybıdır (anhedoni). Belirtiler arasında intihar düşüncesi, belirgin kilo kaybı, aşırı uyku davranışı (insomnia veya hipersomnia) ve yorgunluk da yer alır. Belirtilerin 2 haftalık bir süre boyunca neredeyse her gün mevcut olması gerekir, ancak intihar düşüncesi veya ölüm düşüncelerinin sadece tekrarlayıcı olması gerekir. Semptomlar normal bir yasın sonucuysa ve duygudurum semptomları yokken psikotik semptomlar mevcutsa tanı dışlanır.

Süreğen depresif bozukluk veya distimi

Süreğen depresif bozukluk (genellikle distimi olarak adlandırılır), en az 2 yıl süren, çoğu gün kişinin günün büyük bir kısmında depresif ruh hali yaşadığı ve en az iki depresyon belirtisinin görüldüğü hafif, kronik bir depresyon şeklindedir.

Premenstrüel disforik bozukluk

Premenstrüel disforik bozukluk, regl döneminden yaklaşık 1 hafta önce ortaya çıkan ve adet döngüsü bittikten sonra düzelen sinirlilik, duygusal değişkenlik, baş ağrısı ve anksiyete veya depresyon ile karakterizedir.

Madde/ilacın yol açtığı depresif bozukluk

Madde/ilacın yol açtığı depresif bozukluk, belirgin ve uzun süreli depresyon belirtileri bir maddenin (örneğin alkol, benzodiazepin, barbitürat) kullanımına dayandırılabilir ve duygudurum bozukluğu başka bir depresif bozuklukla daha iyi açıklanamıyorsa tanımlanabilir.

Başka bir tıbbi durumlar ilişkili depresif bozukluk

Başka bir tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkan depresyon durumudur. Bu duruma hipotiroidizm veya Cushing sendromu gibi örnekler verilebilir.

Diğer tanımlanmış depresif bozukluk

Bu tanı kategorisi, hastalar depresif bir bozukluğun karakteristik semptomlarından muzdarip olduklarında, ancak daha önce belirtilen depresif bozukluk alt tipleri için kriterleri karşılamadıklarında uygulanabilir. Üç alt tipi vardır.

Rekürren (yineleyici) depresif dönem

Yineleyici depresif dönem, 2 ila 13 gün arasında süren ve ayda en az bir kez ortaya çıkan bir depresyondur.

- b. Düşüncenin sürekliliği: hastanın yanıtlarının gerçekten soruları yanıtlayıp yanıtlamadığı ve amaca yönelik, konuyla ilişkili olup olmadığı; gevşek çağrışımlar; hastanın açıklamalarındaki neden-sonuç ilişkilerinin eksikliği; mantıksız, teğetsel, çevresel, tutarsız, kaçamak, ısrarcı ifadeler, bloklar veya dikkat dağınıklığı.
 - c. Dil bozuklukları: tutarsız veya anlaşılabilir konuşma (sözcük salatası), klang çağrışımı, neolojizmler gibi anlatım bozukluğunu yansıtan bozukluklar.
2. **Düşüncenin içeriği**
- a. Hastalık ve çevresel sorunlarla ilgili düşünceler
 - b. Obsesyonlar, kompülsiyonlar, fobiler.
 - c. İntihar, cinayet veya şiddetle ilgili obsesyonlar veya planlar
 - d. Hipokondriyak belirtiler, özgül antisosyal güdü ve dürtüler.
3. **Düşünce bozuklukları**
- a. Sanrılar: Herhangi bir sanrısız sistemin içeriği, organizasyonu, geçerliliğine dair hastanın inançları, hayatını nasıl etkilediği; izole veya yaygın şüphecilikle ilişkili olan ya da olmayan perseküsyon sanıları; bunların duygudurum uyumlu ya da uyumsuz olma durumları
 - b. Referans ve etkilenme düşünceleri: Bu düşüncelerin nasıl başladığı, içerikleri ve hastanın bunlara yüklediği anlam
 - c. Düşünce yayılması: Düşüncelerin başkaları tarafından okunduğu iddiaları
 - d. Düşünce yerleştirme: Düşüncelerin güçlü bir grup veya birey tarafından hastanın veya başkalarının zihnine yerleştirildiği iddiaları
4. **Algısal bozukluklar**
- a. Varsanılar ve yanılsamalar (illüzyonlar): Hastanın sesler duyup duymadığı, görüntüler görüp görmediği; bunların içeriği, duyuşal sistem tutulumu, oluşma koşulları; hipnagogik veya hipnopompik varsanılar
 - b. Depersonalizasyon ve derealizasyon: Kendinden veya çevreden kopma, yabancılaşma şeklinde duygular
5. **Rüyalar ve fanteziler**
- a. Rüyalar: Önemli olanlar, eğer hasta söylerse; kabuslar
 - b. Fanteziler: tekrarlayıcı, favori veya sarsılmaz gündüz düşleri

KLİNİK İPUCU

*Bu bölüm çeşitli bilişsel işlevlerin değerlendirilmesini içermektedir. Toplu olarak, farklı işlevler farklı beyin bölgeleri tarafından yerine getirildiği için merkezi sinir sisteminin genel olarak sağlamlığını tanımaya yardımcı olurlar. Bilinç bozuklukları deliryum ve demansta görülür ve belirtilerin altında yatan tıbbi veya ilaçla ilgili bir neden olduğu şüphesini uyandırır. Bilişsel bozukluk tanısının güvenilirliğini ve geçerliliğini artırmak için kullanılacak puanlanmış genel bir zeka testi için **Tablo 2-1**'e bakınız.*

TABLO 3-3. Tanı Testleri İçin Psikiyatrik Endikasyonlar (devamı)

Test	Majör Psikiyatrik Endikasyon	Yorumlar
Elektroensefalogram (EEG)	Bilişsel/tıbbi inceleme	Nöbetler, beyin ölümü, lezyonlar; Depresyonda kısalmış REM latansı
		Stuporda yüksek, heyecanda düşük voltaj aktivitesi fonksiyonel organik olmayan vakalar (örneğin disosiyatif durumlar), işitsel ve görsel uyarılara yanıt verilirken arka planda mevcut olan alfa aktivitesi
		Creutzfeldt-Jacob hastalığının demansında görülen bifazik veya trifazik yavaş patlamalar
Epstein-Barr virus (EBV); sitomegalovirus (CMV)	Bilişsel/tıbbi inceleme	Herpes virüs grubunun bir üyesi
		EBV, depresyon, yorgunluk ve kişilik değişikliği ile ortaya çıkabilen enfeksiyöz mononükleozun etken maddesidir
	Anksiyete	CMV anksiyete, konfüzyon, duygudurum bozukluklarına yol açar.
	Duygudurum bozuklukları	EBV, kronik depresyon ve yorgunluk ile ilişkili kronik mononükleozis sendromu ile ilişkili olabilir
Eritrosit sedimentasyon hızı (ESR)	Bilişsel/tıbbi inceleme	ESR'deki bir artış, enfeksiyöz, enflamatuvar, otoimmün veya malign hastalığın özgül olmayan bir göstergesidir. Anoreksiya nervozanın değerlendirilmesinde bazen önerilir.
Östrojen	Duygudurum bozukluğu	Menopozal depresyon ve adet öncesi sendromunda azalır, anksiyetede değişkenlik gösterir
Ferritin, serum	Bilişsel/tıbbi inceleme	Demir eksikliği için en duyarlı test
Folat (folik asit) serum	Alkol kötüye kullanımı	Genellikle psikoz, paranoya, yorgunluk, ajitasyon, demans, deliryum ile ilişkili B ₁₂ vitamin eksiklikleri ile ölçülür.
	Özgül ilaçların kullanımı	Alkol, fenitoin, oral kontraseptif, östrojen kullanımı ile ilişkili olabilir.
Folikül uyarıcı hormon (FSH)	Depresyon	Anoreksiya nervozada yüksek normal, menopoz sonrası kadınlarda daha yüksek değerler; panhipopitüitarizm hastalarında düşük değerler
Glukoz, Açlık kan şekeri (AKŞ)	Panik ataklar	Çok yüksek AKŞ düzeyi deliryum ile ilişkili olabilir
	Anksiyete	
	Deliryum	
	Depresyon	Deliryum, ajitasyon, panik atak, anksiyete, depresyon çok düşük AKŞ düzeyleri ile ilişkili olabilir

(devamı)

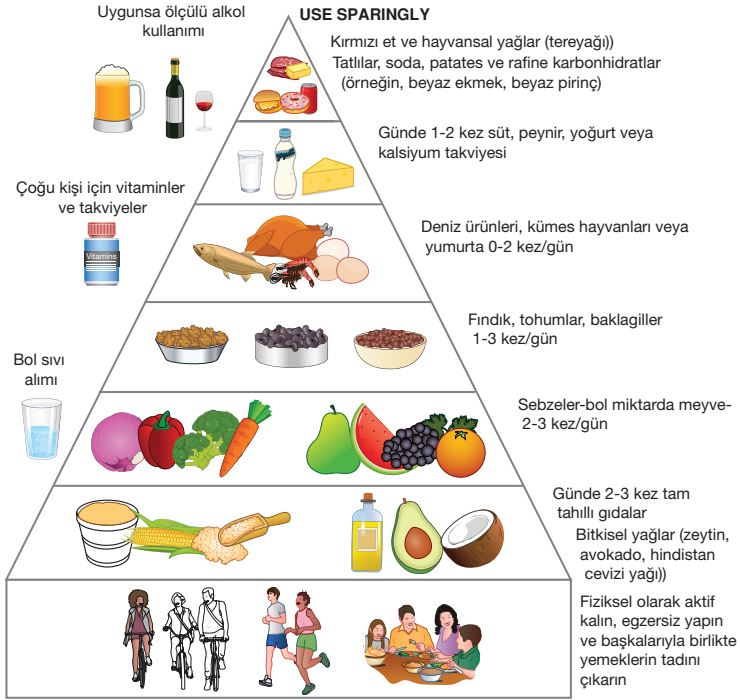


4

Tıbbi Komorbidite ve Yönetimi

TABLO 4-1. Obezite Tedavisi İçin Yaygın Olarak Kullanılan İlaçlar

Jenerik İsim	Ticari İsim	Yan Etkiler	İlaç Etkileşimleri	CYP Etkileşimleri
FDA Onaylı				
Fentermin	Adipex-P	Baş dönmesi, Gi semptomlar	MAOI, insülin, guinetidin	3A4
Fentermin-topiramatt	Qsymia	Kardiyak aritmi, baş dönmesi, Gi semptomlar,	MAOI, insülin, guanetidin, antikonvülzanlar, karbonik anhidraz inhibitörleri	3A4, 2C19
Fentermin reçinesi	Ionamin		MAOI, insülin, gu-anetidin	3A4
Fendimetrazin	Bontril PDM, Adipost, Phen-diet, Statobex		MAOI, alkol, insülin, guanetidin, oral hipoglisemik ajanlar	N/A
Dietilpropion	Tenuate		MAOI	N/A
Orlistat	Xenical, Alli		Siklosporin, amioda-ron	3A4
Benzfetamin	Didrex		MAOI	3A4, 2B6
Liraglutid	Saxenda		GLP-1 agonistleri	N/A
Naltrekson hidroklorür/bupropiyon hidroklorür	Contrave		Opioidler, DRA, disülfiram	2B6
Semaglutid	Wegovy, Ozempic		N/A	N/A
Amfetamin	Evekeo		MAOI, TRI/TETR, varfarin, primidon, fenobarbital, fenitoin, fenilbutazon	2D6, 2A6



ŞEKİL4-1. Bu şekil, Akdeniz diyetinin fiziksel aktiviteye, başkalarıyla birlikte yemek yemeye ve öncelikle meyve, sebze ve tam tahıllar gibi bitkilerden oluşan bir diyetle verdiği önemi göstermektedir. Ayrıca, kesin yasaklayıcı olmak yerine ziyade aşırı alkol, et ve tatlı tüketiminden vazgeçirir.

TABLO 4-15. Davranışçı Düzenlemeler

Yemek sırasında yeme davranışını modifiye edin.	Her lokmanın tadını çıkararak yavaş yişin. Yutmadan önce her lokmayı 30 kez çiğneyin. Lokmalar arasında çatalı bırakın. Aralıklı olarak yemeyi 2 ila 3 dakika erteleyin ve sohbet edin. Yemeği daha küçük bir tabakta servis edin Porsiyonları ikiye bölün, böylece başka bir porsiyona izin verilebilir.
Yemekten önceki/sonraki davranışları modifiye edin.	Evinize daha sağlıklı gıdalar alın. Tam bir öğünün ardından market alışverişi yapın. Öğünleri önceden planlayın. Yemek yeme ile açlık ve açlık dışı dönemler arasında bağlantı kurmak için bir yemek günlüğü tutun. Bir atıştırma 10 dakika erteleyin.
Yeme işaretlerini ortadan kaldırın.	Sadece belirlenmiş bir yerde yemek yişin. Yemekten hemen sonra masayı terk edin. Yemek yeme ile diğer aktiviteleri birleştir-meyin. Atıştırma yerine başka aktiviteler yapın. Sağlıksız yiyecekleri açıkta bırakmayın.

ve yanlış emilim ile karakterize bir bozukluk olan normal basınçlı hidrosefalidir (NPH). Bu bozuklukta yürüyüşte önemli değişiklikler tek tiptir ve Alzheimer hastalığına benzeyen bir bunama şekli de mevcut olabilir. BOS basıncının düşürülmesi yürüyüş ve zihinsel işlevlerin eski haline dönmesini sağlayabilir.

İnmeler

İnmeler MRG taramalarında açıkça görülebilir. Buna büyük inmeler ve beyin dokusunda sayısız küçük enfarktüse yol açabilen yaygın ateroskleroz da dahildir. İkinci duruma sahip hastalarda, bilişsel işlev için mevcut nöral yolların sayısı azaldığından bunama gelişebilir. Vasküler demans olarak bilinen bu durum, MRG taramalarında MSS'nin beyaz maddesinde sinyal artışı olan alanlarla görüntülenir.

Dejeneratif bozukluklar

MRG taramaları, demansla ilişkili olan bazal gangliyon yapılarının bazı dejeneratif bozukluklarını da tanıyabilir. Huntington hastalığı tipik olarak kaudat çekirdeğin atrofisine yol açarak talamik dejenerasyona ve beynin ortası ile korteks arasındaki sinirsel bağlantıların bozulmasına neden olur.

Yer kaplayan lezyonlar

Yer kaplayan lezyonlar bunamaya neden olabilir ve BT ya da MR taraması ile tespit edilebilir. Bu grupta beyin tümörleri ve kronik subdural hematomlara bağlı lezyonlar ve genellikle şiddetli kafa travması veya kronik travmatik ensefalopati (CTE) sonucu oluşan beyin sarsıntıları yer alır. Kafatası tabanlı meningiomlar korteksi sıkıştırabilir ve bozabilir; glial hücre tümörleri beyaz madde yolları arasındaki iletişimi bozabilir; ve ventriküler sisteme yakın tümörler BOS akışını engelleyerek kafa içi basıncının artmasına yol açabilir.

Kronik enfeksiyonlar

Nörosifiliz, kriptokokkoz, tüberküloz ve Lyme hastalığı gibi kronik enfeksiyonlar, özellikle beyin tabanında olmak üzere meninkslerde karakteristik bir artışa neden olabilir. Tanıyı tamamlamak için serolojik çalışmalara ihtiyaç vardır. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu, yaygın beyin hacmi kaybıyla demansa neden olabilir veya Creutzfeldt-Jakob virüsünün çoğalmasına izin vererek beyaz madde yollarını etkileyen ve MR taramalarında artmış beyaz madde sinyali olarak görünen progresif multifokal lökoensefalopati (PML) ortaya çıkarabilir.

Kronik demiyelinizan hastalık

Multipl skleroz gibi kronik demiyelinizan hastalıklar nöronlar arasındaki iletişimi bozabilir ve bilişsel, duyuşsal ve motor zorluklara yol açabilir. Multipl skleroz plaklarının MRG taramaları ile tespit edilebildiği unutulmamalıdır.

Klinik araştırmalarda nörogörüntüleme endikasyonları

Araştırmacılar, nörogörüntülemeyi kullanarak şizofreni, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi ruhsal hastalıkların nöroanatomi ve nörokimyasal temellerini belirlemeye ve bulmaya başlıyorlar.

sağlayabilir. Son olarak, MRS lityum ve florlu psikofarmakolojik ajanlar (örn. flu-oksetin [Prozac], trifluoperazin [Stelazine]) hakkında bilgi sağlayabilir.

Klinik uygulamalar şunları içerir:

1. Demans
2. Şizofreni
3. Alkol bağımlılığı

Fonksiyonel MRG

Fonksiyonel MRG (fMRI), bir MRG görüntüsünün 1 saniyeden daha kısa sürede elde edilmesini sağladığından ve kandaki oksijenli hemoglobin seviyelerini tespit edebildiğinden nörogörüntülemeye önemli bir gelişmedir. Nöronal aktivite kan akışında lokalize artışlara neden olduğundan, fMRI taramaları radyoaktif izotoplar kullanılmadan beynin belirli bölgelerindeki aktiviteyi tespit etmek için kullanılabilir. Bu teknoloji, dil organizasyonu ve duyuşal işlevler gibi farklı süreçlerde yer alan nöral devrelerin haritalanmasında etkili olmuştur.

Klinik uygulamalar şunları içerir:

1. Alzheimer hastalığı da dahil olmak üzere bunama
2. Alkol bağımlılığı
3. Şizofreni
4. Panik bozukluklar
5. Anksiyete bozuklukları

Tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi

SPECT ile radyoaktif izotoplar (iyot-123, teknesyum-99m ve ksenon-133) hastalara uygulanır ve daha sonra serebral kan akışındaki bölgesel farklılıkları incelemek için kullanılır. fMRI taramaları gibi SPECT de doğrudan metabolizmayı ölçmek yerine serebral kan akışı hakkında bilgi sağlar.

Ksenon-133 kullanıldığında, izotop bölgesel kan akışının bir fonksiyonu olarak beyin bölgelerine dağıtılır (bu nedenle ksenon-SPECT bölgesel serebral kan akışı [rCBF] tekniği olarak adlandırılır) ancak sadece beyin yüzeyindeki kan akışını ölçebilir.

SPECT kullanarak tüm beyindeki kan akışını değerlendirmek için teknesyum-99m, d,l,heksametilpropilenamin oksim (HMPAO [Ceretec]) veya iyodoamfetamin (Spectamine) gibi enjekte edilebilir izleyicilerin kullanılması gerekir. Bu izleyiciler sonunda nispeten daha yüksek kan akışı olan bölgelerde yoğunlaşır.

Bu arada iyot-123 ile işaretlenmiş ligandlar muskarinik, dopaminerjik ve serotonerjik reseptörlerdeki aktiviteyi ölçmek için kullanılabilir. Foton yayın bileşik, bölgeye ulaştığında bilgisayar analizi kullanılarak da tespit edilebilir.

Klinik uygulamalar şunları içerir:

1. Alzheimer hastalığı da dahil olmak üzere demans
2. İnme

Pozitron emisyon tomografisi

SPECT gibi PET taramalarında da kan-beyin bariyerini geçebilen izotoplar kullanılır. SPECT'in aksine, PET taramalarında kullanılan izotoplar pozitronlar

10. Algı bozuklukları - yanılsamalar veya halüsinasyonlar içerebilir
11. Uyku-uyanıklık döngüsünün bozulması - tipik olarak gündüz uyku hali olsun ya da olmasın, geceleri parçalı uyku şeklinde kendini gösterir.
12. Duygudurum değişiklikleri - hafif sinirlilikten belirgin disfori, anksiyete ve hatta öforiye kadar değişebilir
13. Nörolojik işlevlerde bozulma - örneğin, otonomik hiperaktivite veya instabilite, miyoklonik kasımlar ve dizartri

Fiziksel ve laboratuvar muayeneleri

Deliryum genellikle yatak başında teşhis edilir ve semptomların aniden başlamasıyla karakterizedir. Fizik muayene genellikle deliryumun nedenine ilişkin ipuçlarını ortaya çıkarır. Bilinen fiziksel bir hastalık veya kafa travması ya da alkol veya diğer madde bağımlılığı öyküsünün varlığı tanı olasılığını artırır.

Deliryumu olan bir hastanın laboratuvar incelemesi standart testleri ve klinik durumun işaret ettiği ek çalışmaları içermelidir. Deliryumda elektroensefalogramda (EEG) karakteristik olarak aktivitede genel bir yavaşlama görülür ve deliryumu depresyon veya psikozdan ayırmada faydalı olabilir. Deliryumdaki bir hastanın EEG'sinde bazen fokal hiperaktivite alanları görülebilir (bkz. **Tablo 6-6, 6-7 ve 6-8**).

TABLO 6-6. Deliryum Hastasının Fizik Muayenesi

Parametre	Bulgu	Klinik Anlamı
1. Nabız	Bradikardi	Hipotiroidizm Stokes-Adams sendromu Artmış kafa içi basıncı
	Taşikardi	Hipertiroidizm Enfeksiyon Kalp yetmezliği
2. Ateş	Ateş	Sepsis Tiroid krizi Vaskülit
3. Kan basıncı	Hipotansiyon	Şok Hipotiroidizm Addison hastalığı
	Hipertansiyon	Ensefalopati İntrakraniyal kitle
4. Solunum	Takipne	Diyabet Prömoni Kardiyak yetmezlik Ateş Asidoz (metabolik)
	Yüzeyel solunum	Alkol veya madde entoksikasyonu
5. Karotid damarlar	Üfürüm ya da nabızın azalması	Geçici serebral iskemi
6. Kafatası ve yüz	Travma bulgusu	Travmatik beyin hasarı

butirofenon antipsikotik ilaç olan haloperidoldür (Haldol). Başlangıç dozu kas içine 2 ila 6 mg arasında değişebilir ve hasta ajite olmaya devam ederse bir saat içinde tekrarlanabilir. Çoğu deliryum hastası için etkili toplam günlük haloperidol dozu 5 ila 40 mg arasında değişebilir. Hasta sakinleşir sakinleşmez sıvı konsantre veya tablet formunda oral ilaç tedavisine başlanmalıdır. Droperidol (Inapsine), haloperidole alternatif bir intravenöz formülasyon olarak kullanılabilen bir butirofenondur, ancak droperidol QTc aralığını uzattığı ve bir kara kutu uyarısı taşıdığı için bu tedavide elektrokardiyogramın (EKG) dikkatli bir şekilde izlenmesi önemli olabilir. Deliryum hastalarında fenotiyazinlerden kaçınılmalıdır çünkü bu ilaçlar konfüzyona katkıda bulunabilecek önemli bir antikolinergik aktivite ile ilişkilidir.

Risperidon (Risperdal), klozapin (Clozaril), olanzapin (Zyprexa), ketiapin (Seroquel), ziprasidon (Geodon), aripiprazol (Abilify), asenapin (Saphris) ve diğerleri gibi ikinci kuşak antipsikotiklerin kullanımı deliryum yönetimi için düşünülebilir, ancak deliryum için bu ajanlarla klinik çalışma deneyimi sınırlıdır. Buna ek olarak, ikinci kuşak antipsikotikler demanslı yaşlı hastalarda ölüm riskinin arttığına dair bir kara kutu uyarısı taşır, bu nedenle klinisyenler son derece dikkatli hareket etmelidir. Uykusuzluk en iyi şekilde kısa veya orta yarı ömürlü benzodiazepinlerle tedavi edilir (örneğin, yatmadan önce 1-2 mg lorazepam [Ativan]). Bu ilaçların kullanımı bilişi bozabilir ve ilk çalışmalar demans riskinde artış olduğunu gösterse de, son veriler nadir görülen ve hastaların yaklaşık %1'inde görülen paradoksal ajitasyona neden olabilmelerine rağmen riskte artış olmadığını göstermektedir. Uzun yarı ömürlü benzodiazepinler ve barbitüratlardan, altta yatan bozukluğun (örn. alkol yoksunluğu) tedavisinin bir parçası olarak kullanılmadıkları sürece kaçınılmalıdır.

Deksmedetomidin (Precedex) yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon alan hastalarda ajitasyon ve deliryum tedavisinde endikasyon dışı olarak da kullanılmıştır (bkz. **Tablo 6-11**).

Demans

DSM-5-TR'de majör nörobilişsel bozukluk olarak da adlandırılan demans, hafıza, muhakeme, oryantasyon ve bilişte ciddi bozulma ile kendini gösterir. Alt kategoriler şunlardır:

1. Alzheimer tipi demans (ATD), genellikle 65 yaşından büyük kişilerde görülür ve ilerleyici zihinsel yönelim bozukluğu ve bunamanın yanı sıra sanrılar veya depresyon ile kendini gösterir
2. Damar trombozu veya kanamasının neden olduğu vasküler demans
3. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) hastalığı
4. Kafa travması
5. Pick hastalığı veya frontotemporal lobar dejenerasyon
6. Yavaş büyüyen bulaşıcı bir virüsün neden olduğu Prion hastalığı (Creutzfeldt-Jakob hastalığı gibi)
7. Toksin veya ilaçların neden olduğu madde kaynaklı (örn. benzin dumanı, atropin)
8. Çoklu etiyolojiler
9. Belirtilmemiş (nedeni bilinmiyorsa)

TABLO 6-20. Lewy Cisimcikli Demans İçin Klinik Kriterler

Hastada sosyal veya mesleki işlevselliği engelleyecek kadar bilişsel gerileme olmalıdır. Hastalığın erken dönemlerinde, bellek semptomları dikkat, frontosubkortikal beceriler ve görsel-uzamsal yetenek kadar belirgin olmayabilir. Muhtemel LCD iki veya daha fazla çekirdek semptom gerektirirken, olası LCD yalnızca bir çekirdek semptom gerektirir.

Çekirdek semptomlar

Dalgalandan dikkat ve uyanıklık düzeyleri
Tekrarlayan görsel varsanılar
Parkinson özellikleri (dişli çark, bradikinezi ve istirahat tremoru)

Destekleyici semptomlar

Tekrarlayan düşmeler
Senkop
Geçici bilinç kaybı
Nöroleptiklere duyarlılık
Sistemik sanırlar
Diğer türde varsanılar (işitsel, dokunsal)

İzin alınarak uyarlanmıştır: McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology*. 1996;47(5):1113-1124.

TABLO 6-21. Subkortikal ve Kortikal Demansların Ayırt Edici Özellikleri

Özellik	Subkortikal Demans	Kortikal Demans	Önerilen Testler
Dil	Afazi yok (Anomi, şiddetli ise)	Erken afazi	Fast Scale Administration (FAS) testi Boston isimlendirme testi WAIS-R kelime testi
Bellek	Bozulmuş hatırlama (geri çağırma)>tanıma (kodlama)	Hatırlama ve tanıma bozulmuş	Wechsler bellek ölçeği; Sembol Rakam Eşli İlişkilendirme Öğrenme (Brandt)
Dikkat ve anında hatırlama	Bozulmuş	Bozulmuş	WAIS-R SAYI DİZİSİ
Görsel uzamsal beceriler	Bozulmuş	Bozulmuş	Resim düzenleme, nesne yerleştirme ve blok tasarımı; WAIS alt testleri
Hesaplama	Uzun süre korunur	Erken etkilenir	Mini-Mental test
Frontal sistem becerileri (yönetici işlevler)	Orantısız olarak etkilenir	Diğerleri ile orantılı olarak etkilenir	Winconsin Kart Eşleme Testi; Odd Man out test; Picture absurdities
Bilişsel işleme hızı	Erken yavaşlar	Geç dönemlere kadar normaldir	İz sürme testi A ve B: PASAT (Adımlı İşitsel Seri Ekleme Testi)
Kişilik	Apatik, durgun	İlgisiz	MMPI
Duyudurum	Depresif	Ötimik	Beck ve Hamilton Depresyon Ölçekleri
Konuşma	Dizartrik	Son döneme kadar normal	Sözel akıcılık testi (Rosen, 1980 ^a)
Postür	Eğik veya çok bozuk	Dik	
Koordinasyon	Bozulmuş	Son döneme kadar normal	
Motor hız ve kontrol	Yavaşlamış	Normal	Finger-tap; grooved pegboard

Tedavi

İkincil bir psikotik bozukluğun tedavi ilkeleri, herhangi bir ikincil nöropsikiyatrik bozukluğun tedavi ilkelerine benzerdir; yani, etiyolojik ajanın hızlı bir şekilde tanımlanması ve altında yatan nedenin tedavi edilmesi. Antipsikotik ilaçlar semptomatik rahatlama sağlayabilir.

Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Bipolar ve İlişkili Bozukluk

Başka bir tıbbi duruma bağlı bipolar ve ilişkili bozuklukların temel klinik özelliği, tıbbi bir duruma dayandırılabilen belirgin ve sürekli bir mani/hipomani döneminin varlığıdır.

Epidemiyoloji

Başka bir tıbbi duruma bağlı bipolar ve ilişkili bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı bilinmemektedir.

Etiyoloji

Çeşitli tıbbi durumlar mani veya hipomaniye neden olabilir, ancak en yaygın olanları Cushing hastalığı, inme, MS ve travmatik beyin hasarıdır.

Tanı ve klinik özellikler

Başka bir tıbbi duruma bağlı olarak bipolar ve ilişkili bozuklukları olan hastalar anormal derecede yüksek veya öfkeli bir ruh hali ile başvuracak ve yüksek bir enerji seviyesine sahip olacaktır. Klinisyenler ayrıca semptomların başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamadığını ve başka bir tıbbi durumun doğrudan patofizyolojik sonucu olmadığını doğrulayabilmelidir. Son olarak, semptomlar yalnızca deliryum dönemlerinde gözlenmemelidir.

Başka bir tıbbi duruma bağlı bipolar ve ilişkili bozukluklar için üç alt tip mevcuttur: (1) *manik özellikler*, manik veya hipomanik atak için tam kriterler karşılanmıyorsa; (2) *manik veya hipomanik benzeri atak*, hasta manik veya hipomanik atak kriterlerini karşılıyorsa; ve (3) *karma özellikler*, depresyon belirtileri mevcutsa ancak baskın klinik belirti değilse. İkincil bir psikotik sendrom tanısı koymak için, stabil bir bilinç düzeyi ile kanıtlandığı üzere hastanın sanrılarının olmadığını tespit edin. Buna ek olarak, demans veya amnestik bozuklukta karşılaşılanlar gibi önemli bilişsel bozuklukları dışlamak için dikkatli bir ruhsal durum değerlendirmesi yapın.

Ayrıncı tanı

Deliryum, katatoni veya akut anksiyete

Hipervijilan deliryum, uyarılmış katatoni ve akut anksiyetesi olan hastalar manik benzer bir şekilde ortaya çıkabilir.

İlacın yol açtığı depresif veya manik belirtiler

Bazı ilaçlar depresif veya manik belirtilere neden olabileceğinden, klinisyenler belirtilerin kronolojisini ve herhangi bir ilaç kullanımını sorgulamalıdır.

TABLO 9-3. İdrarda Test Edilebilen Maddeler

Madde	İdrarda Tespit Edilme Süresi
Alkol	7-12 saat
Amfetamin	48 saat
Barbitürat	24 saat (kısa etkili)
	3 hafta (uzun etkili)
Benzodiazepin	3 gün
Kokain	6-8 saat (metabolitleri 2-4 gün)
Kodein	48 saat
Eroin	36-72 saat
Esrar (tetrahidrokannabinol)	3 gün-4 hafta (Kullanıma göre)
Metadon	3 gün
Metaqualon	7 gün
Morfin	48-72 saat
Fensiklidin	8 gün
Propoksifen	6-48 saat

Öykü

Klinisyenler aşağıdaki noktaları göz önünde bulundurmalıdır: Madde kullanım şeklini belirleyin. Sürekli mi yoksa dönemsel mi? Madde ne zaman, nerede ve kimle birlikte alınıyor? Kullanım kompulsif mi, eğlence amaçlı mı yoksa belirli sosyal bağlarla mı sınırlı? Hastanın hayatının ne kadarının madde edinme, alma, bırakma ve iyileşme ile ilişkili olduğunu öğrenin. Maddeler hastanın sosyal ve iş işlevlerini ne kadar etkiliyor? Maddeleri nasıl elde ediyor ve ödüyor? Her zaman kategoriden ziyade maddeyi ve uygulama yolunu spesifik olarak tanımlayın (örneğin, “opioid yoksunluğu” yerine “intravenöz eroin yoksunluğu” ifadesini kullanın). Birden fazla uyuşturucu tanımlıyorsanız, madde kullanıcıları genellikle çok sayıda madde kullanımdan hepsini listeleyin. Buna ek olarak, birden fazla madde kullanım bozukluğunun eş zamanlı teşhisi de gerekli olabilir. Farklı maddelere/madde sınıflarına özgü tanı kriterleri için aşağıdaki bölümlere bakınız.

Tedavi

Genel olarak, madde kullanım bozukluklarının yönetimi, olası aşırı doz için gözlem, birden fazla madde ile entoksikasyon ve eşlik eden tıbbi durumlar için değerlendirme ve hastayı yaralanmalardan korumak gibi destekleyici tedaviyi içerir. Sorunlu kullanımın yönetimi yoksunluğu içerir ve uzun vadeli tedavi genellikle adaptif sosyal destekler ve problem çözmenin yanı sıra yoksunluğu yönetmek, bağımlılık antagonize edici madde etkilerini ikame etmek veya özlem ve ödül mekanizmalarına aracılık etmek gibi psikofarmakolojik stratejiler oluşturmaya dayanır.

Özgül Madde ile İlişkili Bozukluklar

Alkol ile ilişkili bozukluklar

Alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığının yüksek prevalansı, alkol kullanımının değerlendirilmesini herhangi bir psikiyatrik veya tıbbi değerlendirmenin önemli bir parçası haline getirmektedir. Ortaya çıkan hemen her klinik sorun alkol

- v. Protrombin zamanı
- vi. Albumin
- vii. Total protein
- viii. HBsAg
- ix. Vitamin B
- x. Folat
- xi. Serum amilaz

Diğer olası testler arasında lomber ponksiyon, bilgisayarlı kafa tomografisi ve gastrointestinal seriler bulunmaktadır (bkz. **Tablo 9-12**).

Tedavi

- A. En az 6 saatte bir (klinik olarak gerekliyse daha sık) yaşamsal bulguları ölçün.
- B. Hastayı sürekli gözlemleyin.
- C. Stimülasyonu azaltın.
- D. Elektrolit dengesizliklerini düzeltin ve eşlik eden tıbbi sorunları tedavi edin (örn. enfeksiyon, kafa travması).

TABLO 9-12. Alkol Yoksunluk Sendromunda (AYS) Kullanılan İlaçlar			
İlaç	Tek Seferde Uygulama Dozu (mg)	FDA Onayı	Yaygın Yan Etkiler
Benzodiazepinler			
Alprazolam	0.5-1.0	Yok	Sedasyon, yorgunluk, ataksi, solunum depresyonu, retrograd amnezi, bağımlılık ve kötüye kullanım
Klordiazepoksit	25-50	Var	
Diazepam	10	Var	
Lorazepam	2	Yok	
Oksazepam	15-30	Var	
Antikonvülzanlar			
Karbamazepin	600-800	Yok	Baş dönmesi, ataksi, diplopi, bulantı, kusma
Gabapentin	300-600	Yok	
Okskarbazepin	450-900	Yok	
Valproik asit	1000-1200	Yok	
İskelet Kas Gevşeticiler			
Baklofen	10	Yok	Hipotansiyon, kabızlık, bulantı, kusma, asteni, baş dönmesi, baş ağrısı somnolans
Beta Blokörler			
Atenolol	50-100	Yok	Bradikardi, hipotansiyon, yorgunluk, baş dönmesi, depresyon
Alfa Adrenerjik Ajanlar			
Klonidin	0.2	Yok	Hipotansiyon, ağız kuruluğu, baş dönmesi, kabızlık, sedasyon
FDA, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi. İzin alınarak yeniden basılmıştır: DeSimone E, Tilleman J, Powell T. Treatment of alcohol withdrawal syndrome. <i>US Pharm.</i> 2014;39(11):38-41.			

TABLO 9-18. Uyarıcı Entoksikasyonu Tanı Kriterleri

- A. Uyarıcı madde kullanımının davranışsal ve fiziksel belirti ve bulguları
- B. Elasyon ve öforinin karakteristik etkileri
- C. Zihinsel ve fiziksel görevlerde algılanan iyileşme
- D. Ajitasyon ve iritabilite
- E. Tehlikeli cinsel davranış ve saldırganlık
- F. Taşikardi, hipertansiyon ve midriyazis

KLİNİK İPUCU

Amfetamin aynı zamanda paranoid şizofreniye benzer psikotik belirtiler de üretebilir (amfetamin kaynaklı psikoz); şizofreninin aksine, bu belirtiler birkaç gün içinde geçer ve idrarda uyuşturucu taramasında pozitif bir bulgu doğru tanıyı ortaya çıkarır.

Kokain kullanımı huzursuzluk, ajitasyon, anksiyete, konuşkanlık, baskılı konuşma, paranoid düşünce, saldırganlık, cinsel ilgede artış, farkındalık duygusunda artış, grandiyözite, hiperaktivite ve diğer manik belirtilere neden olabilir. Fiziksel belirtiler arasında taşikardi, hipertansiyon, pupiller dilatasyon, tremor, anoreksi, uykusuzluk ve stereotipik hareketler yer alır. Kokain kullanımı ayrıca kardiyak komplikasyonlar ve deliryumdan kaynaklanan ani ölümlerle de ilişkilendirilmiştir. Sanrısız bozukluklar tipik olarak paranoid niteliktedir, deliryum ise dokunsal veya koku varsanılarını içerebilir ve nöbetlere ve ölüme yol açabilir. Düzenli olarak kokain kullanan kişilerin %50'sinde sanrılar ve varsanılar görülebilmektedir.

Amfetamin ve kokain kullanımıyla ilişkili klinik sendromlar benzerdir, ancak amfetaminin oral yoldan verilmesi daha az hızlı bir öfori üretir ve sonuç olarak daha az bağımlılık yapar.

Yoksunluk

Uyarıcı (kokain dahil) yoksunluğunun en belirgin belirtisi artmış aşermedir. Bağımlılık geliştirme eğilimi, kullanım yoluyla ilişkilidir (ağız yoluyla kullanımda en düşük, burun yoluyla kullanımda biraz daha yüksek ve intravenöz enjeksiyon veya serbest baz kokain içmenin yol açtığı bağımlılık riski en yüksektir). Yoksunluk belirtileri arasında yorgunluk, uyuşukluk, suçluluk, anksiyete, ayrıca çaresizlik, umutsuzluk ve değersizlik duyguları yer alır. Uzun süreli kullanım depresyona yol açabilir ve bu durum antidepresan tedavisi gerektirebilir. Klinikler, intihar düşünceleri olasılığını göz ardı etmemeli ve hastayı dikkatlice izlemelidir. Yoksunluk belirtileri genellikle birkaç gün sonra zirveye ulaşır, ancak sendrom (özellikle depresif belirtiler) haftalarca sürebilir (Bkz. **Tablo 9-19**).

Tedavi. Uyarıcı yoksunluğunun tedavisi büyük ölçüde semptomatiktir. Ajitasyon, kısıtlamalarla (potansiyel tehlikelilik için) veya ilaçlarla, bunlar arasında benzodiazepinler bulunur, ve ciddi huzursuzluk (deliryum veya psikoz) durumunda ise düşük dozda yüksek güçlü antipsikotiklerle (gerektiğinde, çünkü bu ilaçlar düşük güçlü antipsikotiklerden daha az olmasına rağmen nöbet eşliğini

Nitrat inhalanları

Nitrat inhalanları arasında popüler kültürde *poppers* olarak adlandırılan amil ve butil nitratlar bulunur. Bunlar hafif öfori, zaman algısında değişiklik ve cinsel duygularda artışa neden olur. Nitrat inhalanları bulantı, kusma, hipotansiyon ve uyuşukluk ile karakterize toksik bir sendroma neden olabilir.

Nitröz oksit

Gülme gazı olarak da adlandırılan nitröz oksit anestezi bir maddedir ve sersemlik ve yüzerlik hissi yaratması nedeniyle kötüye kullanılabilir.

Anabolik steroidler

Anabolik steroidler, doğal erkeklik hormonu testosteron ve 50'den fazla sentetik testosteron analogundan oluşan bir ilaç ailesidir. Bunlar, fiziksel performansı ve görünümü geliştirmek ve kas kütlelerini artırmak için yasadışı olarak kullanılan Çizelge III kontrollü maddelerdir. Yaygın olarak kullanılan anabolik steroid örnekleri **Tablo 9-27**'de listelenmiştir.

Tahminen 1 milyon Amerikalı en az bir kez yasadışı steroid kullanmıştır. Kullanım erkek ergenler ve genç yetişkinler arasında artmaktadır ve gençler kullanımının %75'inden fazlasını temsil etmektedir. Bu ilaçlara ilgi duyan kişiler genellikle atletizmle uğraşmaktadır ve ilaçlar gelişmiş performans ve görünüm gibi istenen sonuçları ürettiğinde pekiştirme meydana gelmektedir.

TABLO 9-27. Yaygın Kullanılan Anabolik Steroid Örnekleri

Genellikle oral yoldan uygulanan bileşikler

Fluksimesteron (Halotestin, Android-F, Ultadren)
Metandienon (eski adıyla *methandrostenolone*) (Dianabol)
Metiltestosteron (Android, Testred, Virilon)
Mibolerone (Çek Damlası)^b
Oksandrolon (Anavar)
Oksimetolon (Anadrol, Hemogenin)
Mesterolone (Mestoranum, Proviron)
Stanozolol (Winstrol)
Trenbolon heksahidrobenzilkarbonat (Parabolan)

Genellikle intramüsküler uygulanan bileşikler

Nandrolon dekanat (Deca-Durabolin)
Nandrolon fenpropionat (Durabolin)
Metenolon enantat (Primobolan depo)
Boldenon undesilenat (Equipose)^b
Stanozolol (Winstrol-V)^b
Testosteron ester karışımları (Sustanon, Sten)
Testosteron sipionat
Testosteron enantat (Delatestryl)
Testosteron propionat (Testoviron, Andronat)
Testosteron undekanoat (Andriol, Restandol)
Trenbolon asetat (Finajet, Finaplix)^b

^aListelenen marka isimlerinin çoğu yabancıdır, ancak Amerika Birleşik Devletleri'nde yabancı steroid preparatlarının yaygın yasadışı kullanımı nedeniyle dahil edilmiştir.

^bVeterinerlik bileşiği

Harrison G. Pope, Jr, MD ve Kirk J. Brower, MD'den uyarlanmıştır.

Tedavi

Şizofreni hastasının klinik yönetimi davranışsal, aile, grup, bireysel, sosyal beceri ve rehabilitasyon terapileri gibi psikososyal tedavilerin yanı sıra hastaneye yatırılmayı ve antipsikotik ilaçları da içerebilir. Bu tedavi yöntemlerinden herhangi biri yatarak veya ayakta tedavi bazında sağlanabilir. Hastaneye yatış endikasyonları arasında tanısal değerlendirme, intihar eğilimi, başkaları için tehlike arz etme, öz bakımın zayıflamasına yol açan şiddetli semptomatoloji, düzensizliğe bağlı yaralanma riski, daha az kısıtlayıcı ortamlarda tedaviye yanıt vermeme, komorbiditeleri komplike etme ve karmaşık ilaç tedavi rejimlerini değiştirme ihtiyacı yer alır.

Farmakoloji

Antipsikotikler, birinci nesil dopamin reseptör antagonistlerini ve risperidon (Risperdal) ve klozapin (Clozaril) gibi serotonin-dopamin antagonistleri (SDA'lar) gibi ikinci nesil ajanları içerir. Yaygın olarak kullanılan birinci nesil antipsikotik ilaçların listesi için **Tablo 10-8'**e bakınız.

İlaç seçimi

Birinci kuşak antipsikotikler

Tipik antipsikotikler veya dopamin reseptör antagonistleri olarak da bilinen birinci kuşak antipsikotikler, ilk kez 20. yüzyılın ortalarında geliştirildi ve klasik antipsikotik ilaçlar olarak kabul ediliyor. Şizofreninin pozitif belirtilerinin tedavisinde sıklıkla etkili olmalarına rağmen, özellikle negatif belirtileri belirgin

TABLO 10-8. Yaygın Kullanılan Antipsikotik İlaçlar

Antipsikotik ilaç	Önerilen doz aralığı (mg/g)	Klorpromazin eşdeğeri (mg/g)	Yarılanma ömrü ^a
Birinci kuşak ajanlar (tipik)			
Fenotiyazinler			
Klorpromazin (Thorazine)	300-1000	100	5-7
Flufenazin (Prolixin Decanoate)	5-20	2	32-34
Mesoridazine (Serentil)	150-400	50	35-37
Pİrfenazin (Trilafon)	16-64	10	9-11
Tioridazin (Mellaril)	300-800	100	23-25
Trifluoperazin (Stelazine)	15-50	5	23-25
Bütirofenonlar			
Haloperidol (Haldol)	5-20	2	20-22
Diğerleri			
Loksepin (Loxitane)	30-100	10	3-5
Molindon (Moban)	30-100	10	23-25
Tiotiksen (Navane)	15-50	5	33-35

^aAksi belirtilmedikçe saat olarak.

TABLO 11-4. Şizoaffektif Bozukluk İçin Ayırıcı Tanı

Psikotik belirtili bipolar bozukluk
Kısa psikotik bozukluk
Deliryum
Sanrısals bozukluk
Psikotik özellikli majör depresif bozukluk
Majör nörobilişsel bozukluk
İlacın yol açtığı psikotik bozukluk veya nörobilişsel bozukluk
Paranoid kişilik bozukluğu
Bir başka tıbbi durumla ilişkili psikotik bozukluk
Şizoid kişilik bozukluğu
Şizofreni
Şizofreniform bozukluk
Şizotipal kişilik bozukluğu
Maddenin yol açtığı psikotik bozukluk veya nörobilişsel bozukluk

sanrılar, sanrısals bozuklukta daha az sıklıkta görülür ve bizar olmayan sanrılardan farklıdır çünkü başka bir gezegenden gelen uzaylı bir varlık tarafından hamile bırakılmak gibi bunlar imkansız kabul edilir.

Epidemiyoloji

Sanrısals bozukluklar, yatan hasta ruh sağlığı merkezlerine yapılan tüm başvuruların yalnızca %1 ila %2'sini oluşturmaktadır. Ortalama başlangıç yaşı yaklaşık 40'tır, ancak başlangıç yaşı aralığı 18 ila 90 yaş arasındadır. Kadın hastaların hafif bir üstünlüğü mevcuttur. Erkeklerin, erotomani sanrılarını geliştirme olasılığı daha yüksek olan kadınlara göre paranoid sanrılar geliştirme olasılığı daha yüksektir. Hastaların çoğu evli ve çalışıyor ancak yakın zamandaki göç ve düşük sosyoekonomik durumla bir miktar ilişkili görünmektedir (bkz. **Tablo 11-5**).

TABLO 11-5. Sanrısals Bozukluğun Epidemiyolojik Özellikleri

İnsidans ^a	0.7-3.0
Prevalans ^a	24-30
Başlangıç yaşı (aralık)	18-80 (ortalama 35-45)
Başlama şekli	Akut veya kademeli olarak
Cinsiyet oranı	Kadınlarda biraz daha sık
Prognoz	Erken ve akut başlangıçta daha iyi
İlişkili özellikler	Dulluk, bekarlık sıklıkla vardır, madde kötüye kullanımı, kafa travması nadir değildir

^aİnsidans ve prevalans rakamları 100.000 nüfus başına vakaları temsil etmektedir. Uyarılma: Kendler KS. Demography of paranoid psychosis (delusional disorder): a review and comparison with schizophrenia and affective illness. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39(8):890-902.

TABLO 12-7. Antidepresan İlaç Tedavisi

Jenerik (Marka) İsmi	Genel Günlük Doz (mg)	Yaygın Yan Etkiler	Klinik Uyarılar
NE gerilim inhibitörleri			
Desipramin (Norpramin, Pertofrane)	75-300	Uyuşukluk, uykusuzluk, İSG, ajitasyon, KA, kilo artışı, antikolinerjik ^a	Doz aşımı fatal olabilir. Doz titrasyonu gereklidir.
Protriptilin (Vivactil)	20-60	Uyuşukluk, uykusuzluk, İSG, ajitasyon, KA, antikolinerjik ^a	Doz aşımı fatal olabilir. Doz titrasyonu gereklidir.
Nortriptilin (Aventyl, Pamelor)	40-200	Uyuşukluk, İSG, KA, kilo artışı, antikolinerjik ^a	Doz aşımı fatal olabilir. Doz titrasyonu gereklidir.
Maprotilin (Ludiomil)	100-225	Uyuşukluk, KA, kilo artışı, antikolinerjika	Doz aşımı fatal olabilir. Doz titrasyonu gereklidir.
5-HT gerilim inhibitörleri			
Sitalopram (Celexa)	20-40	Tüm SSGİ'ler uykusuzluğa, ajitasyona, sedasyona, gastrointestinal sıkıntılara ve cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir.	Birçok SSGİ çeşitli sitokrom P450 izoenzimlerini inhibe eder. Trisikliklere göre daha iyi tolere edilirler ve aşırı dozda güvenliği yüksektir. Daha kısa yarılanma ömrüne sahip SSGİ'ler aniden kesildiğinde kesilme belirtileriyle ilişkilendirilebilir.
Essitalopram (Lexapro)	10-20		
Fluoksetin (Prozac)	20-80		
Fluvoksamin (Luvox) ^b	50-150		
Paroksetin (Paxil)	10-20		
Sertralin (Zoloft)	50-200		
Vortikoksetin (Trintellix)	10-20		
NE ve 5-HT gerilim inhibitörleri			
Amitriptilin (Elavil, Endep)	75-300	Uyuşukluk, OSH, KA, kilo artışı, antikolinerjika	Doz aşımı fatal olabilir. Doz titrasyonu gereklidir.
Doksepin (Triadapin, Sinequan)	75-300	Uyuşukluk, OSH, KA, kilo artışı, antikolinerjika	Doz aşımı fatal olabilir.
İmipramin (Tofranil)	75-300	Uyuşukluk, uykusuzluk ve ajitasyon, OSH, KA, Gİ sıkıntı, kilo artışı, antikolinerjika	Doz aşımı fatal olabilir. Doz titrasyonu gereklidir.
Tripmipramin (Surmontil)	75-300	Uyuşukluk, OSH, KA, kilo artışı, antikolinerjika	-
Venlafaksin (Efexor)	75-375	Uyku değişiklikleri, Gİ sıkıntı, kesilme sendromu	Yüksek dozlar hipertansiyona yol açabilir. Doz titrasyonu gereklidir. Ani kesilmelerde ilaç kesilme belirtileri ortaya çıkabilir.
Duloksetin (Cymbalta)	20-60	Gİ sıkıntı, kesilme sendromu	

Bir Başka Tıbbi Durumla İlişkili Bipolar ve İlişkili Bozukluklar

Duygudurum bozukluklarına neden olabilecek tıbbi durumların bir listesi için **Tablo 12-11**'e bakınız.

Tanı

Başka bir tıbbi duruma bağlı bipolar ve ilişkili bozukluk tanısı için, anormal derecede yüksek enerji seviyesiyle birlikte eleve, coşkun veya irritable duygudurumla beraber belirgin bir rahatsızlık olmalıdır. Bu rahatsızlık, öykü, fizik muayene veya laboratuvar bulguları aracılığıyla başka bir tıbbi durumun patofizyolojik sonuçlarıyla açıkça bağlantılı olmalıdır. Rahatsızlık başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamamalı ve yalnızca deliryum dönemlerinde ortaya çıkmamalıdır. Son olarak, rahatsızlık hastada klinik olarak anlamlı bir sıkıntıya veya bozulmaya neden olmalıdır.

Hasta manik veya hipomanik epizod kriterlerinin tamamını değil de bir kısmını sergiliyorsa *manik özellikli* tanımı kullanılmalıdır. Manik dönem için D kriteri veya hipomanik dönem için F kriteri dışındaki tüm kriterler karşılanıyorsa *manik* veya *hipomanik* benzeri özellikler tanımı gereklidir (yukarıdaki Mani (manik dönem) bölümüne bakınız). Depresyon belirtileri mevcutsa ancak tanımlayıcı klinik özellik değilse, *karma özellikli* tanımı kullanılabilir.

Ayrıncı Tanı

Hastalar entoksikasyon ya da bazı ilaç veya maddelerden yoksun kalma nedeniyle manik veya hipomanik benzeri özellikler yaşayabilir. Hastanın artık

TABLO 12-11. Depresyon ve Maninin Farmakolojik Nedenleri

Nörolojik Serebrovasküler hastalıklar Demanslar (Depresif duygudurumla beraber olan Alzheimer tipi demans dahil) Epilepsi ^a Fahr hastalığı ^a Huntington hastalığı ^a Hidrosefali Enfeksiyonlar (HIV ve nörosifiliz dahil) ^a Migrenler Multipl skleroz ^a Narkolepsi Neoplazmlar ^a Parkinson hastalığı Progresif supranükleer palsi Uyku apnesi Travma Wilson hastalığı ^a Endokrin Adrenal (Cushing, Addison hastalıkları) Hiperaldosteronizm Mensler ile ilişkili ^a Paratiroid bozukluklar (hiper ya da hipo) Postpartum ^a	Enfeksiyöz ve inflamatuvar AIDS ^a Kronik yorgunluk sendromu Monoökleoz Pnömoni-viral ve bakteriyel Romatoid artritler Sjögren artrit Sistemik lupus eritematozus ^a Temporal artrit Tüberküloz Çeşitli tıbbi durumlar Kanser (Özellikle pankreatik ve diğer gastrointestinal) Kardiyopulmoner hastalık Porfiri Üremi (ve diğer renal hastalıklar) ^a Vitamin eksiklikleri (B ₁₂ , folat, niasin, tiamin)
--	--

^aBu durumlar aynı zamanda manik belirtilerle de ilişkilidir.

Epidemiyoloji

Anksiyete bozuklukları en yaygın psikiyatrik bozukluk grubunu oluşturmaktadır. Her dört kişiden biri yukarıda listelenen anksiyete bozukluklarından en az biri için tanı kriterlerini karşılamaktadır ve tipik olarak 12 aylık yaygınlık oranı yaklaşık %17'dir. COVID-19 pandemisinin büyük bölümünde bu oran %30'un üzerine çıkmıştır.

Anksiyete bozukluklarının yaygınlığı sosyoekonomik statü yükseldikçe azalmaktadır. Ayrıca, kadınlarda anksiyete bozukluğu görülme olasılığı erkeklere göre daha yüksektir. Anksiyete bozukluklarının yanı sıra obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ve travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) epidemiyolojik bir özeti **Tablo 13-16'** da verilmiştir.

Etiyoloji

Biyolojik

Anksiyete, artan sempatik ton ve artan katekolamin salınımı ile aşırı bir otonomik reaksiyonu tetikleyebilen çeşitli biyopsikososyal faktörleri içerir. Nöral dokunun enflamasyonu da bazı hastalarda anksiyeteye yol açabilir.

Paniğe neden olan bazı maddelerin sodyum laktat, metil-klorofenilpiperazin (mCPP), karbolinler, γ -aminobütirik asit tip B (GABAB) reseptör antagonistleri, kafein, izoproterenol ve yohimbin (Yocon) olduğunu belirtmek gerekir. Karbondioksit ve hipoksi, pulmoner bozukluğu olan hastalarda gözlemlendiği gibi anksiyete belirtilerine neden olabilir.

TABLO 13-16. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi

	Panik Bozukluk	Fobi	Obsesif-Kompulsif Bozukluk	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
Yaşam boyu prevalans	Toplumun %1.5-4'ü	En sık görülen anksiyete bozukluğu: Toplumun %10'u	Toplumun %2-3'ü	Toplumun %3-8'i	Toplumun %1-3'ü: Vietnam gazilerinin oran %30
Erkek-kadın oranı	1:1 (agorafobisiz) 1:2 (agorafobili)	1:2	1:1	1:2	1:2
Başlangıç yaşı	20'li yaşların sonu	Geç çocukluk	Ergenlik veya genç erişkinlik	Değişken: Genç erişkinlik	Çocukluk dahil herhangi bir yaş
Aile öyküsü	Agorafobik hastaların birinci derece akrabalarının %20'sinde agorafobi vardır.	Ailelerde özellikle kan enjeksiyon, yaralanma türü öykü olabilir.	Birinci derece akrabalarında %35	Birinci derece akrabalarının %25'i etkilenmiştir	-
İkiz çalışmaları	Monozigotik (MZ) ikizlerde dizigotik (DZ) ikizlere göre daha yüksek konkordans	-	MZ ikizlerde DZ ikizlere göre daha yüksek konkordans	MZ ikizlerde %80-90; DZ ikizlerde %10-15 konkordans	-

TABLO 13-21. Tekrarlayan Anksiyetenin Tedavisinde Yaygın Kullanılan İlaçlar

İlaç	Marka İsmi	Önerilen Başlangıç Dozu	Günlük Doz (mg) ^a
Antidepresanlar^b			
Fluoksetin	Prozac	10 mg/d	20-80
Fluvoksamin	Luvox	50 mg/d	100-300
Paroksetin	Paxil	20 mg/d	20-60
Sertralin	Paxil CR	12.5 mg/d	25-75
Sitalopram	Zoloft	25-50 mg/d	50-200
Essitalopram	Celexa	20 mg/d	20-40
Venlafaksin	Lexapro	10 mg/d	20
Fenelzin	Efexor XR	37.5 mg/d	75-225
	Nardil	15 mg/d	45-90
Benzodiazepinler^c			
Alprazolam	Xanax	0.25 mg tid	1-4 ^d
Klonazepam	Klonopin	0.25 mg bid	1-3
Lorazepam	Ativan	0.5 mg tid	2-6 ^d
Azapiron ^e	BuSpar	7.5 mg bid	30-60
Buspiron			
Fenelzin hariç hepsi obsesif kompulsif bozukluk için birincil tedavi olarak yararlıdır. bid, günde iki kez; tid, günde üç kez.			
^a Bazı bireyler burada listelenenlerden daha yüksek veya daha düşük dozlara ihtiyaç duyacaktır.			
^b Agorafobi veya agorafobisiz panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, yaygın sosyal anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu için birincil tedavi olarak faydalıdır (genellikle daha düşük başlangıç dozları kullanılır)			
^c Agorafobi veya agorafobisiz panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve yaygın sosyal anksiyete bozukluğu için birincil tedavi olarak faydalıdır. Travma sonrası stres bozukluğu veya obsesif-kompulsif bozukluğun tedavisinde antidepresanlara yararlı bir yardımcı olabilir.			
^d Toplam günlük doz 2-4 doz/gün arasında bölünmüştür.			
^e Yaygın anksiyete bozukluğu için birincil tedavi olarak faydalıdır.			

Buspiron (Buspar)

Buspironun hafif serotonerjik etkileri vardır ve akut durumlardan ziyade yaygın anksiyete bozukluğunda en etkilidir. Benzodiazepinlerle çapraz toleranslı değildir ve kesilme sendromlarını tedavi etmek için kullanılamaz. Gecikmeli bir başlangıcı vardır ve bazı hastalarda baş dönmesi ve baş ağrısı oluşturabilir.

Antikonvülzan anksiyolitikler

Antikonvülzan anksiyolitikler anksiyete bozukluklarının tedavisinde endikasyon dışı ilaçlar olarak kullanılır ve gabapentin (Neurontin), tiagabin (Gabitril) ve valproat (Depakene, Depakote) içerir. Etkinliklerine ilişkin raporlar az sayıda ve anekdot niteliğindedir; ancak, özellikle panik ataklar mevcutsa, bu bozuklukların tedavisinde dikkate alınmayı hak etmektedirler.

Psikolojik

Aşağıdaki bilgiler, Bölüm 24'te daha ayrıntılı olarak ele alınan konuya bir giriş olarak görülebilir.

Tedavi

Psikoterapi

Psikoterapi, uyum bozuklukları için tercih edilen tedavi yöntemi olmaya devam etmektedir. Grup terapisi, benzer stresler yaşamış hastalar için özellikle yararlı olabilir. Benzer şekilde, bireysel psikoterapi, stres faktörünün hasta için anlamını keşfetme fırsatı sunar, böylece daha önceki travmalar üzerinde çalışılabilir.

Krize müdahale

Krize müdahale ve vaka yönetimi, uyum bozukluğu olan kişilerin durumlarını destekleyici teknikler, telkin, güvence, çevresel değişiklik ve hatta gerekirse hastaneye yatırma yoluyla hızlı bir şekilde çözmelerine yardımcı olmayı amaçlayan kısa vadeli yöntemlerdir.

Farmakoterapi

Uyum bozukluğu olan bireylerde farmakolojik müdahalelerin etkinliğini değerlendiren hiçbir çalışma yoktur, ancak kısa bir süre için belirli belirtileri tedavi etmek için ilaç kullanmak makul olabilir. İlaçların akılcıca kullanımı uyum bozukluğu olan hastalara yardımcı olabilir, ancak kısa süreler için reçete edilmelidir. Uyum bozukluğunun türüne bağlı olarak, hasta bir antiansiyete ajanına veya bir antidepresana yanıt verebilir. Antipsikotik ilaçlar, dekompanasyon veya yaklaşan psikoz belirtileri varsa kullanılabilir. SSGİ'ler travmatik yas belirtilerinin tedavisinde faydalı bulunmuştur. Son zamanlarda, uyum bozukluğu olan hastalarda psikoterapiyi desteklemek için antidepresan kullanımında bir artış olmuştur. Bununla birlikte, bu popülasyonda farmakolojik müdahale çoğunlukla birincil yöntem olarak hizmet etmekten ziyade psikososyal stratejileri güçlendirmek için kullanılır.

Uzamış Yas Bozukluğu

DSM-5-TR'de yeni olan uzamış yas bozukluğu, ölen kişiye duyulan yoğun özlemle tanımlanır ve ölen kişinin düşünceleri veya anılarıyla meşgul olmayı içerir. Bu bozukluğu komplike olmayan yastan ayıran şey, büyük ölçüde bireyin yas tutarak geçirdiği sürenin uzunluğu (ölümü takip eden 12 ay) ve merhumdan ayrı kalmanın bir sonucu olarak kişinin daha kötüye doğru derin bir değişim yaşadığı hissidir. Bu meşguliye genellikle yoğun duygusal acı, sosyal faaliyetlerden uzaklaşma ve yasla ilişkili diğer davranışların yanı sıra temel işlevsellik alanlarında (mesleki, akademik, sosyal vb.) bozulma eşlik eder.

Epidemioloji

Yas tutan yaklaşık her 10 kişiden 1'i sevdiği birinin ölümünün ardından düzensiz veya patolojik yas yaşayabilir.

Eş tanı

TSSB, majör depresif bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları uzamış yas bozukluğuna eşlik eden yaygın hastalıklardır.

Tedavi

Psikoterapi

Genellikle hipnoterapi veya ilaç destekli görüşme ile birlikte içgörü odaklı psikoterapi en etkili yaklaşımdır. Hipnoterapi, ek öykü almada, daha önce tanınmayan değişimleri tanımlamada ve abreaksiyonu teşvik etmede faydalıdır. Psikoterapötik tedavi, tanının doğrulanması ve çeşitli kişiliklerin tanımlanması ve karakterize edilmesiyle başlar. Terapinin hedefleri arasında, hastanın disosiyasyonun orijinal nedenlerinin (istismara bağlı ezici öfke, korku ve kafa karışıklığı) artık mevcut olmadığını ve benlik yok edilmeden etkilerin tek bir bütün kişilik tarafından ifade edilebileceğini anlamasına yardımcı olarak farklı, bölünmüş duygulanımların uzlaştırılması yer alır. Ancak bu tedavi yöntemlerine rağmen bazı vakalarda hastaneye yatış gerekli olabilir.

Farmakoterapi

İlaç destekli görüşme, ek öykü alma ve tanınmayan kimlikleri tanımlamada yardımcı olur. Antidepresan ve antianksiyete ilaçları psikoterapiye yardımcı olarak faydalı olabilir. Belirli hasta gruplarında, karbamazepin (Tegretol) gibi antikonvülan ilaçlar yararlı olmuştur (bkz. **Tablo 16-8**).

Depersonalizasyon/Derealizasyon Bozukluğu

Depersonalizasyon, kişinin sürekli veya tekrarlayan bir şekilde kendisinden kopma veya yabancılaşma hissi olarak tanımlanır. Kişi kendisini bir otomat gibi hissettiğini veya bir filmde izlediğini bildirebilir. Derealizasyon bir şekilde ilişkilidir ve gerçek dışılık veya kişinin çevresinden kopuk olma duygularını ifade

TABLO 16-8. Disosiyatif Kimlik Bozukluğunda Eşlik Eden Belirtiler İçin İlaçlar

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) için ilaçlar ve somatik tedaviler	Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (OKB belirtileri dışında tercih edilen bir ajan yoktur) Fluvoksamin (Luvox) (OKB için) Klomipramin (Anafranil) (OKB için) Trisiklik antidepresanlar Monoamin oksidaz inhibitörleri (hasta diyetini güvenli bir şekilde sürdürebiliyorsa) Elektrokonvülviz terapi (tüm disosiyatif kimlik bozukluğu değişikliklerinde kalıcı melankolik özelliklere sahip refrakter depresyon için) Duygudurum dengeleyiciler (TSSB ve anksiyete için duygudurum dalgalanmalarından daha yararlıdır) Divolproex (Depakote) Lamotrijin (Lamictal) Oral veya intramüsküler benzodiazepinler
Uyku problemleri için ilaçlar	Düşük doz trazodon (Desyrel) Düşük doz mirtazapin (Remeron) Düşük doz trisiklik antidepresanlar Düşük doz nöroleptikler Benzodiazepinler (Bu popülasyonda uyku sorunları için genellikle daha az yardımcıdır) Zolpidem (Ambien) Antikolinerjik ajanlar (difenhidramin [Benadryl], hidroksizin [Vistaril])
Kendini yaralama, bağımlılıklar için ilaçlar	Naltrekson (ReVia)

Tanı, belirti ve bulgular

Felç, körlük ve mutizm en yaygın konversiyon bozukluğu belirtileridir. Konversiyon bozukluğu en yaygın olarak pasif-agresif, bağımlı, antisosyal ve histriyotik kişilik bozukluklarıyla ilişkilendirilebilir. Depresif ve anksiyete bozukluğu belirtileri sıklıkla konversiyon bozukluğu belirtilerine eşlik eder ve etkilenen hastalar intihar riski altındadır. *DSM-5-TR*, konversiyon bozukluğunda görülen zayıflık veya felç; anormal hareketler; ataklar veya nöbetler; konuşma bozukluğu gibi yutma veya konuşma zorlukları; duyuşsal belirtiler ve karışık belirtiler dahil olmak üzere çeşitli belirti veya eksiklik türlerini tanımlamaktadır. Daha eksiksiz bir liste için **Tablo 17-1**'e bakınız.

DSM-5-TR, konversiyon bozukluğu tanısını, belirtilerin istemli bir motor veya duyuşsal işlevi etkilediği, yani nörolojik kökenli olduğu durumlarla sınırlandırmaktadır. Konversiyon bozukluğu tanısı ayrıca ağrı ve cinsel işlev bozukluğu belirtilerini ve sadece somatizasyon bozukluğunda ortaya çıkan belirtileri hariç tutar.

Belirleyiciler

DSM-5-TR'de belirtilen yaygın belirti alt tipleri şunlardır:

- Zayıflık veya felç ile
- Anormal hareket ile
- Yutma belirtileri ile
- Konuşma belirtisi ile
- Ataklar veya nöbetler ile
- Anestezi veya duyu kaybı ile
- Özel duyuşsal belirti ile
- Karışık belirtiler ile

Ek olarak, klinisyenler belirtilerin *kalıcı* mı yoksa *akut* bir dönem mi olduğunu ve belirtilerin *psikolojik stres etkeniyle* mi yoksa psikolojik stres etkeni olmadan mı ortaya çıktığını belirtmeyi tercih edebilir. Belirli bir stres etkeni tespit edilirse, bu durum not edilmelidir.

Ayrıntı tanı

Hastalar, tıbbi bir bozukluğu ekarte etmek için kapsamlı bir tıbbi ve nörolojik muayeneden geçirilmelidir. En yaygın durumlar aşağıda açıklanmıştır:

TABLO 17-1. Konversiyon Bozukluğunun Yaygın Belirtileri

Motor Belirtiler	Visseral Belirtiler	Duyu Defisitleri
İstemsiz hareketler Tikler Blefarospazm Tortikollis Opistotonus Nöbetler Anormal yürüyüş Düşmeler Astasi-abasia Paralizi Zayıflık Afon	Psikojenik kusma Psödosiyez Globus histerikus Bayılma veya senkop Üriner retansiyon Diyare	Özellikle ekstremitelerde anestezi Orta hat anestezi Körlük Tünel görüşü Sağrılık

Courtesy of Frederick G. Guggenheim, MD

TABLE 17-4. Ağırlıklı Olarak Fiziksel Belirti Ve Bulgularla Seyreden Yapay Bozukluğun Simülasyon Araçlarıyla Ve Olası Tespit Yöntemleriyle Prezantasyonu (devamı)

Prezantasyon	Bildirilen Simülasyon Araçları	Olası Tespit Yöntemleri
Enfeksiyöz hastalıklar		
Abdominal abseler	Karın duvarına dışkı enjeksiyonu	Mikrobiyoloji testlerinde olağandışı patojenler
AIDS	Yanlış öykü	Teminat bilgisi
Neoplastik		
Kanser	Yanlış tıbbi ve aile öyküsü, kemoterapiyi simüle etmek için saçın tıraş edilmesi	Teminat bilgileri, inceleme
Nörolojik		
Parapleji veya quadripleji	Sahte, hayali öykü	Görüntüleme çalışmalar, elektromiyografi
Nöbetler	Sahte, hayali öykü	Video elektroensefalogram
Obstetri/jinekoloji		
Antepartum hemoraji	Vajinal delinme yaralanı, sahte kan kullanımı	Değerlendirme, kan tetkiki
Ektopik gebelik	İnsan koryonik gonadotropini kendi kendine enjekte ederken karın ağrısı numarası yapmak	Ultrason
Menoraji	Çalıntı kan kullanmak	Kan grubu
Plasenta previa	Vajina içi iğne kullanımı	Değerlendirme
Prematür doğum	Sahte uterus kasılmaları, tokodinamometre manipülasyonu	Değerlendirme
Prematür membran rüptürü	İdrarın vajinaya boşaltılması	Sıvıyı inceleyin
Trofoblastik hastalık	İnsan koryonik gonadotropinin idrara eklenmesi	
Vajinal kanama	Tırnak, tırnak törpüleri, çamaşır suyu, bıçak, cımbız, fındıkkıran, cam ve kalemlerle kendini yaralama	Değerlendirme
Vajinal akıntı	İç çamaşırına sigara külü sürmek	Değerlendirme
Sistemik		
Ateş	Termometrenin ampul veya başka bir ısı kaynağına karşı ısıtılması, sıcak sıvıların içilmesi, ağız veya anal sfinkterden sürünme, yanlış kayıtlar, dışkı, aşılarda, tiroid hormonu veya tetanoz toksoidi gibi pirojenlerin enjeksiyonu	İki farklı yerden (oral ve rektal) eş zamanlı ateş ölçümü, yeni yapılmış idrarın ateşinin kaydedilmesi, yüksek termometre değerlerine rağmen cildin soğuk görünmesi, normal beyaz kan hücresi sayısı, alışılmadık derecede yüksek veya tutarsız ateşler

(devamı)

Tedavi

Psikoterapi

Paranoid kişilik bozukluğunun aksine, şizoid kişilik bozukluğu olan hastalar genellikle içe dönmüştür ve duygusal olarak uzak kalsalar da bir psikoterapistle çalışmaya yatkın olabilirler. Güven oluşukça, hasta çok sayıda fantezisini, hayali arkadaşlarını ve dayanılmaz bağımlılık korkularını, hatta terapistle birleşme korkularını ortaya çıkarabilir. Grup terapisinde, şizoid kişilik bozukluğu olan hastalar uzun süre sessiz kalabilir, ancak tamamen katılımdan yoksun kalmazlar. Zamanla diğer grup üyeleri önem kazanabilir ve hastanın tek sosyal bağlantıları haline gelebilir.

Farmakoterapi

Küçük dozlarda antipsikotikler, antidepresanlar ve psikostimülanlar bazı hastalarda etkili olmuştur. Serotonerjik ajanlar hastaları reddedilmeye karşı daha az duyarlı hale getirebilir ve benzodiazepinler kişiler arası kaygıyı azaltmak için kullanılabilir.

Şizotipal kişilik bozukluğu

Şizotipal kişilik bozukluğu olan bireyler büyüsel düşünce, tuhaf görüntü, referans fikirleri, yanılsamalar ve derealizasyon ile karakterize edilir. Sonuç olarak, çarpıcı derecede tuhaf veya garip olarak algılanırlar.

Epidemiyoloji

Bu bozukluğun yaygınlığının %0,6 ile %4,6 arasında olduğu ve şizofrenik probandların ailelerinde arttığı tahmin edilmektedir. Cinsiyet oranı bilinmemekle birlikte monozygotik ikizlerde daha yüksek bir konordans vardır; ancak sıklıkla frajil X sendromlu kadınlarda teşhis edilmektedir.

Etiyoloji

Şizofreninin etiyolojik modelleri geçerli olabilir (bkz. Bölüm 10).

Psikodinamik

En sık gözlenenler büyüsel düşünce, bölme ve duygulanım izolasyonudur.

Tanı, belirti ve bulgular

Şizotipal kişilik bozukluğu, hastanın düşünce, davranış ve görünüm özelliklerine dayanarak teşhis edilir. Bu tür hastaların öyküsünü almak, tuhaf iletişim biçimleri nedeniyle zor olabilir. Bu hastalar batıl inançlı olabilir veya durugörü güçleri olduğunu iddia edebilir ve başka özel düşünce ve içgörü güçlerine sahip olduklarına inanabilirler. İzole olabilirler, kişiler arası ilişkileri sürdürmedeki yetersizlikleri nedeniyle az sayıda arkadaşları olabilir ve uygunsuz davranışları nedeniyle diğerlerini yabancılaştırabilirler. Stres altındayken hastalar dekompanse olabilir ve psikotik belirtiler gösterebilir. Tanı kriterleri **Tablo 18-4**'te daha resmi olarak özetlenmiştir.

Şizotipal kişilik bozukluğu

Şizotipal kişilik bozukluğunda duygulanım özellikleri daha az şiddetlidir.

Antisosyal kişilik bozukluğu

Antisosyal kişilik bozukluğunda vicdan ve bağlanma yeteneğindeki bozukluklar daha şiddetlidir.

Histriyonik kişilik bozukluğu

Histriyonik kişilik bozukluğunda intihar ve kendine zarar verme daha az görülür. Ek olarak, hasta daha istikrarlı kişilerarası ilişkilere sahip olma eğilimindedir.

Narsisistik kişilik bozukluğu

Narsistik kişilik bozukluğunda kimlik oluşumu daha stabildir.

Bağımlı kişilik bozukluğu

Bağımlı kişilik bozukluğunda bağlanmalar sabittir.

Paranoid kişilik bozukluğu

Paranoid kişilik bozukluğunda şüphecilik daha aşırı ve tutarlıdır.

Seyir ve prognoz

Prognoz değişkendir, ancak daha sonraki yıllarda bir miktar iyileşme meydana gelebilir. İntihar, kendine zarar verme, duygudurum bozuklukları, somatoform bozukluklar, psikozlar, madde kullanım bozuklukları ve cinsel bozukluklar olası komplikasyonlardır.

Tedavi

Sınırdaki kişilik bozukluğu olan hastalar sorunlu olabilir. Hastada “etki fırtınaları” yaşanabilir ve ciddi bir ilgiye ihtiyaç duyabilir.

Psikoterapi

Hem terapist hem de hasta için zor olsa da psikoterapi tercih edilen tedavi yöntemidir. Hastalar kolayca regrese olur, dürtülerini harekete geçirir ve analiz edilmesi zor olan değişken veya sabit negatif veya pozitif aktarımlar gösterirler. Yansıtma özdeşim ve bölme de tedaviyi sorunlu hale getirebilir; bu nedenle bilinç dışının araştırılması yerine gerçeklik odaklı bir yaklaşım tercih edilir. Davranış terapisi, dürtüleri ve öfke patlamalarını kontrol etmek ve eleştiri ve reddedilmeye karşı duyarlılığı azaltmak için yararlı olabilir. Sosyal beceri eğitimi, kişiler arası davranışlarını geliştirmek için faydalıdır. Sık sık kendini kesme gibi parasüidal davranış durumlarında diyalektik davranış terapisi kullanılabilir. Hastane ortamında yoğun psikoterapi hem bireysel hem de grup bazında faydalıdır.

Farmakoterapi

Antipsikotikler öfkeyi, düşmanlığı ve kısa psikotik dönemleri kontrol etmede faydalıdır. Antidepresanlar depresif duygudurumun iyileştirilmesinde faydalıdır. Monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI'ler) dürtüsel davranışa modüle etmede

Biyolojik karakter özellikleri

Dört karakter özelliği tanımlanmış ve **Tablo 18-15**'te belirtilmiştir. Mizacın dört boyutunda aşırı puan alan kişileri ayırt eden zıt davranış gruplarını özetlemektedir.

Mizacın psikobiyojisi

Başta Cloninger olmak üzere birçok araştırmacı mizacın psikobiyojisini incelemiştir. Cloninger'in modeli 1980'lerde ilk geliştirildiğinden bu yana güncellenmiştir, ancak temel tez, mizacın duygusal tepkisellik, bağılıklar ve alışkanlıkların çağrışımsal koşullanmasıyla ilgili olarak mantık öncesi beyin işlevlerinin bir sonucu olduğudur. Bireysel beyin bölgelerinin yapısı ve işlevindeki farklılıklar, çağrışımsal koşullanmaya ve duygusal deneyimlere verilen tepkileri etkiler. Bu model, ayrıştırılabilir beyin sistemlerinin dört boyutunu ayırt eder: davranışsal engelleme (zarardan kaçınma), davranışsal aktivasyon (yenilik arayışı), sosyal bağlanma (ödül bağımlılığı) ve kısmi pekiştirme (sebat).

TABLO 18-15. Dört Mizaç Boyutunda Yüksek veya Düşük Puan Alan Bireylerin Tanımlayıcıları

Mizaç Boyutu	Ekstrem Varyantların Tanımlayıcıları	
	Yüksek	Düşük
Zarardan kaçınma	Kötümser	İyimser
	Korku dolu	Cesur
	Utangaç	Dışadönük
	Yorulabilir	Enerjik
Yenilik arayışı	Araştırmacı	İçe kapanık
	Dürtüsel	Tedbirli
	Abart	Tutumlu
	İrritabl	Acılara katlanan
Ödül bağımlılığı	Duygusal	Nötr
	İçten	İlgisiz
	Samimi	Soğuk
	Şefkatli	Özgür
Sebatkarlık	Çalışkan	Tembel
	Azimli	Şımarık
	Hevesli	Başarısız
	Mükemmeliyetçi	Pragmatist

engelleyebilecek tıbbi durumlara örnektir. Bazı ilaçların veya uyuşturucuların kullanımı da bireyin orgazma ulaşma yeteneğini olumsuz yönde etkileyebilir.

Laboratuvar ve psikolojik testler

Kadın orgazm bozukluğu için özgül bir test yoktur, ancak tam bir laboratuvar çalışması, nedenin esas olarak psikojenik mi yoksa fizyolojik mi olduğunu belirlemeye yardımcı olabilir. Buna tam kan sayımı, biyokimya paneli, hormon paneli ve lipid profili dahildir. B₁₂ vitamini ve folat seviyelerinin test edilmesi de faydalı olabilir.

Tanı, belirtiler ve bulgular

Kadının orgazm bozukluğu olan hastalarda orgazm gerçekleşmez; orgazm seyrek ve gecikmelidir; ya da eşli cinsel aktivitenin %75 ila %100'ünde orgazm hissinin yoğunluğunda belirgin bir azalma vardır. *DSM-5-TR*'ye göre, işlev bozukluğu klinik olarak anlamlı bir sıkıntıya neden olmalı ve en az 6 ay boyunca devam etmelidir. Ayrıca, cinsel olmayan başka bir ruhsal bozuklukla, genel tıbbi durumla açıklanmamalıdır.

Yaşam boyu kadının orgazm bozukluğunda kişi herhangi bir uyarımla hiç orgazm yaşamamışken, edinilmiş orgazm bozukluğunda kişi daha önce en az bir orgazm yaşamıştır.

Ayrıncı tanı

Kadının orgazm bozukluğuna başka bir tıbbi durum, madde kullanımı (örn. antidepresanlar, alkol ve opioidler), cinsel olmayan ruhsal bozukluklar veya kişiler arası faktörler neden olabilir. Bazı durumlarda, bu faktörler akademik, sosyal veya mesleki nitelikte olabilir. Diğerlerinde, yakın partner şiddeti veya istismarının bir sonucu olarak ilişki sıkıntısından kaynaklanıyordur.

Seyir ve prognoz

Kadınlar arasında ilk orgazm yaşı erkeklere kıyasla daha yüksek derecede değişkenlik göstermektedir. Kadın orgazm bozukluğu olan kadınlar için olumlu bir prognoz, duygusal olarak sağlıklı, genç ve sevgi dolu bir ilişki içinde olmakla ilişkilidir. Kadının orgazm bozukluğu hastaların çoğunda tedavi edilebilir.

Tedavi

Kadının orgazm bozukluğu için hiçbir ilaç onaylanmamıştır, ancak bazıları bazı başarılarla endikasyon dışı olarak kullanılmıştır. Hipoaktif cinsel istek bozukluğu olan premenopozal kadınların tedavisi için onaylanmış bir ilaç olan Flibanserin (Addyi) de kadınlarda isteği artırmak için etiket dışı olarak kullanılmaktadır. Yan etkiler arasında baş dönmesi, mide bulantısı, yorgunluk, gündüz uykululuk hali ve kesintili gece uykusu yer alır. Alkol almak kan basıncında ciddi bir düşüşe neden olacaktır. Sınırlı pazarlama sonrası veriler nedeniyle, klinisyenler ilacı reçete etme konusunda dikkatli olmalıdır.

Östrojen ve testosteron içeren hormonal tedavi umut vaat etmektedir. Tibolon (Livial) ve ospemifen (Osphena) de kadın orgazm bozukluğunu tedavi etmek için endikasyon dışı olarak kullanılmıştır. Komorbid anksiyete veya depresif bozukluğu olan hastalar için, kadının orgazm bozukluğu belirtilerinin çözülebilemesi için önce cinsel olmayan ruhsal bozukluğun tedavi edilmesi gerekebilir.

TABLO 19-2. Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarında Rol Oynayan Farmakolojik Ajanlar

İlaç	Ereksiyon Bozukluğu	Ejakülasyon Bozukluğu
<i>Psikiyatrik ilaçlar</i>		
Seçici serotonin geri alım inhibitörleri^a		
Sitalopram (Celexa)	–	+
Fluoksetin (Prozac)	–	+
Paroksetin (Paxil)	–	+
Sertralin (Zoloft)	–	+
Siklik ilaçlar		
İmipramin (Tofranil)	+	+
Protriptilin (Vivactil)	+	+
Desipramin (Pertofrane)	+	+
Klomipramin (Anafranil)	+	+
Amitriptilin (Elavil)	+	+
Monoamin oksidaz inhibitörleri		
Tranilspromin (Parnate)	+	
Fenelzin (Nardil)	+	+
Pargilin (Eutonyl)	–	+
İzokarboksazid (Marplan)	–	+
Diğer duygudurum aktive edici ilaçlar		
Lityum (Eskalith)	+	
Amfetaminler	+	+
Trazodon (Desyrel) ^b	–	–
Venlafaksin (Efexor)	–	+
Antipsikotikler^c		
Flufenazin (Prolixin)	+	
Tioridazin (Mellaril)	+	+
Klorprotiksen (Taractan)	–	+
Mesoridazin (Serentil)	–	+
Perfenazin (Trilafon)	–	+
Trifluoperazin (Stelazine)	–	+
Rezerpin (Serpasil)	+	+
Haloperidol (Haldol)	–	+
Antianksiyete ajanlar^d		
Klordiazepoksit (Librium)	–	+

α -Adrenerjik ve β -adrenerjik reseptör antagonistleri

α -Adrenerjik ve β -adrenerjik reseptör antagonistleri, beyindeki vazomotor merkezlerden tonik sempatik sinir çıkışını azaltır ve bu da iktidarsızlığa neden olabilir, ejakülat hacmini azaltabilir ve retrograd ejakülasyona yol açabilir.

Antikolinerjikler

Antikolinerjikler kolinerjik reseptörleri bloke eder ve mukoza zarlarında (vajina dahil) kuruluğa ve erektil bozukluğa neden olur. Bununla birlikte, amantadin, dopaminerjik etkisi yoluyla SSGİ kaynaklı orgazm disfonksiyonunu tersine çevirebilir.

Antihistaminikler

Difenhidramin (Benadryl) gibi ilaçlar cinsel işlevi engelleyebilir. Siproheptadin, bir antihistaminik olmasına rağmen, bir serotonin antagonistidir ve SSGİ'ler ile ortaya çıkan cinsel yan etkileri tersine çevirir.

Antianksiyete ajanları

Benzodiazepinler anksiyeteyi azaltır ve sonuç olarak anksiyete tarafından engellenen kişilerde cinsel işlevi iyileştirir.

Alkol

Alkol erkeklerde erektil bozukluklara yol açabilirken kadınlarda paradoksal olarak testosteron seviyelerini artırabilir. Bu durum, kadınların az miktarda alkol aldıktan sonra libidolarının neden arttığını açıklayabilir.

Opioidler

Eroin gibi opioidlerin erektil yetmezlik ve libido azalması gibi olumsuz cinsel etkileri vardır. Bilinç değişikliği, ara sıra kullananlarda cinsel deneyimi artırabilir.

Tanı

Aşağıdaki koşullar karşılandığında madde/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu tanısı konulması uygundur:

1. Hasta normal cinsel işlevinde klinik olarak anlamlı bir bozulma yaşar.
2. Bozulma, bir ilaca maruz kaldıktan sonra veya bir maddenin zehirlenmesi / yoksunluğu yaşanırken gelişmiştir ve ilaç veya madde cinsel işlevi bozabilir.
3. Bozulma ruhsal bozukluk, tıbbi bozukluk, stres faktörü veya bağımsız bir faktörle daha iyi açıklanamaz.
4. Bozulma yalnızca deliryum sırasında meydana gelmez.
5. Bozulma klinik olarak anlamlı bir sıkıntıya neden olur.

Genel Tıbbi Duruma Bağlı Cinsel İşlev Bozukluğu

DSM-5-TR'de tanınmamasına rağmen, klinisyenler cinsel işlev bozukluğunun fizyolojik, psikolojik ve sosyal unsurları içerebilen karmaşık bir olgu olduğunu

TABLO 19-6. Parafililer (devamı)

Bozukluk	Tanım	Genel Hususlar	Tedavi
Cinsel sadizm	Başka bir kişiye ruhsal veya fiziksel acı çektirmekten kaynaklanan cinsel uyarılma	Çoğunlukla erkeklerde görülür. Adını Marquis de Sade'dan almıştır. Bazı durumlarda tecavüze kadar ilerleyebilir	İçgörü odaklı psikoterapi; aversif kullanma
Transvestik fetişizm	Karşıt giyim	Çoğu zaman heteroseksüel uyarımda kullanılır. En yaygın olanı erkekten kadına karşıt giyimdir. Trans-seksüalizm ile karıştırmayın - karşı cins olmak istemek.	İçgörü odaklı psikoterapi
Vayörizm	Cinsel eylemleri izleyerek cinsel uyarılma (örneğin, cinsel birleşme veya çıplak kişi). Kadınlarda görülebilir ancak erkeklerde daha yaygındır. Varyantı erotik konuşmaları dinlemektir (örn. telefonda seks).	Mastürbasyon genellikle röntgencilik faaliyeti sırasında gerçekleşir. Genellikle aylıklık veya röntgencilikten tutuklanırlar.	İçgörü odaklı psikoterapi; aversif kullanma
Diğer parafililer Boşaltım parafilileri	Bir partnerin üzerine dışkılama (koprofil) veya idrar yapma (ürofil) veya tam tersi	Gelişimin anal aşamasında fiksasyon; klismafil (lavman)	İçgörü odaklı psikoterapi
Zoofili	Hayvanlarla seks	Kırsal alanlarda daha yaygın; fırsatçı olabilir.	Davranış modifikasyonu, içgörü odaklı psikoterapi

Parafililer erkeklerde kadınlardan daha yaygındır. Nedenleri bilinmemektedir. Biyolojik bir yatkınlık (anormal elektroensefalogram, hormon seviyeleri) çocuklukta istismar gibi psikolojik faktörlerle pekiştirilebilir. Psikanalitik teori, parafilinin gelişimin psikoseksüel evrelerinden birindeki saplantıdan kaynaklandığını veya kastrasyon kaygısını önleme çabası olduğunu savunur. Öğrenme teorisi, çocukluk döneminde eylemin cinsel uyarılma ile ilişkilendirilmesinin şartlı öğrenmeye yol açtığını savunur.

Parafilik aktivite genellikle kompulsiftir ve *DSM-5-TR*'deki tanı kriterlerini karşılamak için tipik olarak en az 6 ay devam etmelidir. Hastalar tekrar tekrar sapkın davranışlarda bulunur ve bunu yapma dürtüsünü kontrol edemezler. Stresli, endişeli veya depresif olduğunda, hastanın sapkın davranışlarda bulunma olasılığı daha yüksektir. Hasta davranışı durdurmak için çok sayıda karar alabilir, ancak genellikle uzun süre kaçınmaz ve davranışı güçlü suçluluk duyguları takip eder. Yalnızca orta düzeyde başarı oranlarıyla sonuçlanan tedavi teknikleri arasında içgörü odaklı psikoterapi, davranış terapisi ve tek başına veya birlikte farmakoterapi yer alır.

Anoreksiya nervoza gelişmiş ülkelerde daha sık görülür ve modellik ve bale gibi zayıflık gerektiren mesleklerde çalışan genç kadınlar arasında daha sık görülebilir.

Eş tanı

Anoreksiya nervoza depresyon, sosyal fobi ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilişkilidir. **Tablo 21-1'**de anoreksiya nervoza ile ilişkili komorbid psikiyatrik durumlar listelenmiştir.

Etiyoloji

Anoreksiya nervozanın nedenleri arasında biyolojik, sosyal ve psikolojik faktörler yer almaktadır. Bazı kanıtlar, monozigotik ikizlerde dizigotik ikizlere göre daha yüksek konkordans oranlarına işaret etmektedir. Aile bireylerinde majör duygudurum bozuklukları genel nüfusa göre daha yaygındır. Açlık,

TABLO 21-1. Anoreksiya Nervoza ile İlişkili Komorbid Psikiyatrik Durumlar

Tanı	Kısıtlayıcı Tip Anoreksiya Nervoza (%)	Tıkınırcasına Yeme ve Çıkarma Tipi Anoreksiya Nervoza (%)
Herhangi bir affektif bozukluk	57	100
İntermittan depresif bozukluk	29	44
Majör depresyon	57	66
Minör depresyon	0	11
Mani/hipomani	0	33
Herhangi bir anksiyete bozukluğu	57	67
Fobik bozukluk	43	11
Panik bozukluk	29	22
Yaygın anksiyete bozukluğu	14	11
Obsesif-kompulsif bozukluk	14	56
Herhangi bir madde kötüye kullanımı/bağımlılığı	14	33
İlaç	14	22
Alkol	0	33
Şizofreni	0	0
Herhangi bir eş tanı	71	100
3 veya daha fazla eş tanı	71	100
Kadın	100	89
Bekar	71	89
Yaş (x ± SD)	23.6 10.8	25.0 6.4
Eş tanı eşlik etmeyen (x ± SD)	2.3 2.5	3.8 1.4

SD, standart deviasyon.

Patofizyoloji

Serotonin ve norepinefrin de işin içine dahil edilmiştir. Bulimiya nervozalı bazı hastalarda plazma endorfin seviyeleri yükseldiğinden, bazı bireylerin kusma sonrası yaşadığı iyi hissetme duygusuna yükselen endorfin seviyeleri aracılık ediyor olabilir.

Tanı, belirti ve bulgular

Bulimia nervoza, tıknırcasına yeme ataklarının en az 3 ay boyunca nispeten sık (haftada iki kez veya daha fazla) meydana gelmesi ve bu ataklardan sonra kilo alımını önlemek için telafi edici davranışların uygulanması durumunda mevcuttur. Telafi edici davranışlar öncelikle kendi kendine kusma, laksatif kullanımı, diüretikler veya emetiklerin kötüye kullanımı (vakaların %80'i) ve daha az yaygın olarak şiddetli diyet ve yorucu egzersizdir (vakaların %20'si). Çoğu vakada, bireyin kilosu anoreksiya nervozada olduğu gibi ciddi şekilde azalmaz, ancak hasta şişmanlığa karşı hastalıklı bir korku, zayıflık için amansız bir dürtü veya her ikisini de sürdürür ve vücut ağırlığı ve şekline aşırı derecede bağlı olan orantısız bir öz değerlendirme yapar.

Tüm tanı kriterleri için **Tablo 21-4'**e bakınız.

Tıknırmalar sırasında hastalar tatlı, yüksek kalorili ve genellikle kek ve hamur işleri gibi yumuşak veya pürüzsüz dokulu yiyecekler yerler. Yiyecekler gizlice ve hızla yenir ve bazen çiğnenmez bile. Bazen tıknırcasına *yeme sonrası ıstırap* olarak adlandırılan depresyon, genellikle tıknırcasına yeme atağını takip eder.

Klinisyenler bulimiya nervoza tanısı koyarken, hastanın daha önce kısa veya uzun süreli bir anoreksiya nervoza nöbeti geçirmiş olma ihtimalini araştırmalıdır; bu durum bulimiya nervoza hastalarının yaklaşık yarısında mevcuttur.

TABLO 21-4. Bulimia Nervoza Tanı Kriterleri

- | |
|---|
| A. Her ikisini de içeren düzenli tıknırcasına yeme atakları: <ul style="list-style-type: none"> • Belirli bir zaman aralığında, çoğu bireyin benzer bir zaman aralığında yiyebileceğinden daha fazla miktarda yiyecek tüketmek ve • Atak sırasında yemek yemeyi kontrol edememe |
| B. Kilo almaktan kaçınmak için tıknırcasına yeme olayını uygunsuz bir şekilde telafi etmeye yönelik düzenli girişimler (örneğin, laksatiflerin, diüretiklerin, enemaların veya emetiklerin kötüye kullanımı; oruç tutma; kendi kendine kusma; aşırı egzersiz). |
| C. Hem tıknırcasına yeme hem de telafi edici eylemleri içeren bir döngü 3 ay boyunca ortalama olarak haftada en az bir kez gerçekleşir. |
| D. Kişinin kendini değerlendirmesi kilo ve vücut şeklinden aşırı derecede etkilenir. |
| E. A ve B'de tanımlanan davranışlar yalnızca anoreksiya nervoza için tam kriterlerin karşılandığı dönemler sırasında ortaya çıkmaz. |

Belirleyiciler

Kısmi remisyon: Hasta tüm kriterleri karşıladıktan sonra yukarıdaki kriterlerden yalnızca bazılarını karşılar.

Tam remisyon: Hasta tüm kriterleri karşıladıktan sonra yukarıdaki kriterlerden hiçbirini karşılamamaktadır.

Hafif: Haftada ortalama 1-3 telafi edici eylem

Orta derecede: Haftada ortalama 4-7 telafi edici eylem

Şiddetli: Haftada ortalama 8-13 telafi edici eylem

Aşırı: Haftada ortalama 14 veya daha fazla telafi edici eylem

Tedavi

En yaygın tedavi yöntemleri arasında psikoterapi (BDT, kişiler arası psikoterapi ve diyalektik davranışçı terapi) ve SSGİ'ler veya antiepileptik ilaçlarla (örn. zonisamid [Zonegran] ve topiramet [Topamax]) farmakoterapi bulunmaktadır.

Psikoterapötik seçenekler, kilo vermeyi savunmaktan ziyade düşük benlik saygısı, mükemmeliyetçilik ve yiyeceklerle ilgili sorunlu davranışların üstesinden gelmeye odaklanma eğilimindedir.

Hasta obez ise, altta yatan obezitenin tedavi edilmesi faydalı olabilir.

Yetişkin Pika

Nadir de olsa, yetişkin başlangıçlı pika bildirilmiştir. Çoğu vakada, ilk olarak çocukluk veya ergenlik döneminde gelişir ve besleyici olmayan bir maddenin tekrar tekrar yutulmasıyla tanımlanır. Davranış gelişimsel olarak uygunsuz olmalı, kültürel olarak onaylanmamış olmalı ve klinik ilgiyi hak edecek kadar şiddetli olmalıdır. Konuyla ilgili daha fazla tartışma için Bölüm 26'ya bakınız.

Diğer Tanımlanmış Beslenme veya Yeme Bozukluğu

Bu tanı kategorisi, belirgin sıkıntıya neden olabilen ancak sınıflandırılmış bir yeme veya beslenme bozukluğu için tam kriterleri karşılamayan yeme bozukluklarını içerir. Bu kategoriye dahil olan durumlar arasında gece yeme sendromu; kusma bozukluğu; ve anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğunun eşik altı formları yer alır. Anoreksiya nervoza için tüm kriterleri karşılayan ancak kilosu sağlıklı bir aralıkta kalan bir hastayı ifade eden atipik anoreksiya durumu teşhis edilebilir.

Gece yeme sendromu

Gece yarısı uyandıktan sonra veya akşam yemeğinden hemen sonra sık sık aşırı gıda tüketimi

Çıkarma bozukluğu

Tıknırcasına yeme davranışı olmaksızın sık sık çıkarma davranışı (örn. laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların veya emetiklerin yanlış kullanımı; oruç tutma; kendi kendine kusma; aşırı egzersiz).

Tanımlanmamış Beslenme veya Yeme Bozukluğu

Bu tanı kategorisinde, hasta klinik olarak belirgin sıkıntı veya bozulmaya neden olan bir beslenme veya yeme bozukluğunun karakteristik belirtilerini bildirir, ancak sınıflandırılmış bir yeme veya beslenme bozukluğu için tam kriterleri karşılayamaz. Yukarıdaki kategoriden farklı olarak, klinisyen kriterlerin neden karşılanmadığını belirtmemeyi tercih eder, çünkü çoğu zaman hastanın koşulları hakkında yeterli bilgi yoktur.

Bu konuyla ilgili daha ayrıntılı bir tartışma için CTP/X'de Bölüm 22, s. 2065'e bakınız.



23

Yıkıcı, Dürtü Kontrol ve Davranım Bozuklukları

Giriş

Psikodinamik, psikososyal ve biyolojik faktörlerin tümü dürtü kontrol bozukluklarında önemli bir rol oynar. Dürtü kontrol bozukluğu olan kişiler, kendilerine, başkalarına veya her ikisine de açıkça zararlı olan belirli bir eylemi gerçekleştirmek için yoğun bir dürtüye karşı koyamazlar. Olaydan önce, birey genellikle artan bir gerilim ve uyarılma yaşar, bazen - ama sürekli değil - bilinçli beklenti hazzı ile karışır. Eylemin tamamlanması minnettarlık ve rahatlama getirir. Sonrasında değişken bir süre içinde birey pişmanlık, suçluluk, kendini suçlama ve dehşet duygularını bir arada yaşar. Bu duygular belirsiz bilinç dışı çatışmalardan veya eylemin başkaları üzerindeki etkisinin farkındalığından (kleptomani gibi sendromlarda ciddi yasal sonuçlar doğurma olasılığı dahil) kaynaklanabilir. Bireyler bu dürtüsel eylemlerden utanç duyma eğilimindedir ve bunları gizli tutmaya çalışırlar. Bazı durumlarda, gizliliğe yönelik yaygın bir eğilim bireyin tüm hayatını sarabilir ve tedaviyi önemli ölçüde geciktirebilir.

Yıkıcı, dürtü-kontrol ve davranış bozuklukları kategorisini, ikisi çocuklukla ilişkili olmak üzere beş durum oluşturmaktadır: (1) karşıt olma-karşı gelme bozukluğu ve (2) davranım bozukluğu, her ikisi de Bölüm 26'daki çocuk psikiyatrisi bölümünde ele alınmıştır. Geri kalan üçü ise aşağıdaki gibidir:

- Aralıklı patlayıcı bozukluk: başkalarına zarar vermekle sonuçlanan saldırganlık nöbetleri
- Kleptomani: tekrarlanan mağaza hırsızlığı veya çalma
- Piromani: kasıtlı olarak yangın çıkarmak

Ayrıca, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı*, beşinci baskı (*DSM-5-TR*) metin revizyonu, daha önce açıklanan bozuklukların kriterlerini karşılamayan bozukluklar için bu tanı sınıfı içinde diğer tanımlanmış veya tanımlanmamış bozuklukları tanımaktadır. Diğer belirtilmiş yıkıcı, dürtü kontrol ve davranım bozukluklarına bazı örnekler aşağıdadır:

- Tekrarlayan kendini yaralama: kendilerini kesen veya vücutlarına kompulsif bir şekilde zarar veren bireyleri tanımlayan bir durumdur. *DSM-5-TR*'de, vücutlarına tekrar tekrar zarar veren ancak ölmek istemeyen kişileri ifade etmek için "intihar amaçlı olmayan kendini yaralama" adlı bir kategori bulunmaktadır. Vücudu kesmek veya acı vermek endorfin salgılayabilir veya dopamin seviyelerini yükseltebilir, bu da ötimik veya mutlu bir duyguduruma katkıda bulunur.
- Kompulsif cinsel davranış (seks bağımlılığı): Genellikle sapkın yollarla (örneğin teşhircilik) tekrar tekrar cinsel tatmin arayan bireyleri tanımlayan bir durumdur. Davranışlarını kontrol edemezler ve bir dışa vurum

TABLO 24-1. Psikolojik Faktörlerden Etkilenen Seçilmiş Fiziksel Durumlar (devamı)

Bozukluk	Gözlemler/Yorumlar/Teori/Yaklaşım
Osteoartrit	Yaşam tarzı yönetimi, kilo verme, kas iskelet sistemini güçlendirmek için izometrik egzersizler, fiziksel aktivitenin sürdürülmesi ve ağrı kontrolünü içerir. İlişkili kaygı veya depresyonu destekleyici psikoterapi ile tedavi edin.
Peptik ülser hastalığı	Özgül bakteri veya fiziksel uyarılarla ilişkili olmayan idiyopatik tip. Mukozal dirence göre artan mide asidi ve pepsin: her ikisi de anksiyete, strese, kahveye ve alkole karşı hassastır. Yaşam tarzı değişiklikleri: gevşeme terapisi. Psikolojik teoriler: güçlü hayal kırıklığına uğramış bağımlılık ihtiyaçları, öfkeyi ifade edememe ve yüzeyel kendi kendine yeterlilik.
Raynaud hastalığı	Sigara içme ve stresle ilişkili periferik vazokonstriksiyon. Yaşam tarzı değişiklikleri: sigarayı bırakmak ve orta derecede egzersiz yapmak. Bio-feedback, artan vazodilasyon yoluyla el sıcaklığını yükseltebilir.
Senkop, hipotansiyon	Akut anksiyete veya korku ile birlikte gelen vazovagal refleks, hipotansiyon ve bayılmaya neden olur. Hiperreaktif otonom sinir sistemi olan hastalarda daha sık görülür. Anemi ve antidepresan ilaçlarla şiddetlenir (yan etki olarak hipotansiyona neden olur).
Ürtiker, anjiyoödem	Belirli alerjenlerle veya fiziksel uyarılarla ilişkili olmayan idiyopatik tip. Stres, kronik anksiyete ve depresyonla ilişkili olabilir. Kaşıntı kaygıyla daha da kötüleşir; self-ekskoriasyon, bastırılmış düşmanlıkla ilişkilidir. Bazı fenotipazinin antipruritik etkileri vardır. Psikolojik teoriler: bağımlılık-bağımsızlık arasındaki çatışma, bilinçsiz suçluluk duyguları ve cinsel yer değiştirme olarak kaşıntı.

Amigdala ve hipotalamik-hipofiz-adrenal aks

Amigdala bir tehdit ya da tehlike algıladığında hipotalamusa sinyal göndererek savaş ya da kaç tepkisini başlatır, bu da kan dolaşımına epinefrin ve norefedrin (NE) salgılatarak sempatik sinir sistemini harekete geçirir. Epinefrin adrenal bezler tarafından atılırken, norefedrin (NE) beyinde başta locus coeruleus olmak üzere çeşitli çekirdeklerden salınır. Hipotalamustan ilave kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) ve arginin vazopressin (AVP) salgılanması hipofiz bezini adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılaması için uyarır. ACTH daha sonra adrenal bezlere kortizol üretmeleri için sinyal gönderir. Limbik sistemdeki glukokortikoid reseptörleri (GR) negatif geri besleme işlevi ile kortizol seviyelerini düzenlerken, kortizol ayrıca periferik bağışıklık sistemindeki nükleer faktör- κ B ile etkileşime girebilir ve proinflatuar sitokinlerin (IL-1, IL-6 ve TNF) daha yüksek seviyelerde olmasına yol açabilir.

Stres hormonlarının (özellikle kortizol) ve proinflatuar sitokinlerin yüksek seviyeleri homeostazı bozabilir ve MSS dahil olmak üzere çeşitli organ sistemlerinde yapısal hasara ve kan-beyin bariyerinin geçirgenliğinin artmasına yol açabilir. Stres ayrıca noradrenerjik sistemi aktive ederek katekolamin ve serotonin salgılatır, ancak kronik stres nihayetinde serotonin ve dopamini tüketebilir.

Psikiyatrik belirtilerle ilişkili tıbbi durumlar

Bir dizi tıbbi ve nörolojik bozukluk (bkz. **Tablo 24-2**) psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkabilir ve bazı psikiyatrik bozuklukların fiziksel belirtilerle ilişkili

TABLO 24-5. Psikoaktif Etkileri Olan Fitomedikaller (devamı)

İsim	İçindekiler	Kullanım	Yan Etkiler	Etkileşimler	Doz ^a	Yorumlar
Kava kava <i>L. Piperis methysticum rhizoma</i>	Kava laktonları, kava piron	Sedatif-hipnotik, antispazmodik	Letarji, bilişsel bozukluk, uzun süreli bildirilmemiş kullanımda dermatit	Anksiyolitikler, alkol ile sinerjiktir; levodopa ve dopaminerjik ajanlarla birlikte kullanmaktan kaçının	600-800 mg/d	GABAerjik olabilir. Endojen depresyonu olan hastalarda kontrendikedir; intihar tehlikesini artırabilir.
St. John wort <i>L. Hypericum Perforatum</i>	Hiperisin, flavonoidler, ksantonlar	Antidepresan, sedatif, anksiyolitik	Baş ağrısı, fotosensitivite (şiddetli olabilir), kabızlık	Setralin (Zoloft) ile birlikte kullanıldığında manik reaksiyon bildirilmiştir. SSRİ'lar veya MAOI'lar ile kombine etmeyin - olası serotonin sendromu. Alkol ve opioidlerle birlikte kullanmayınız.	100-950 mg/g	Ulusal Sağlık Enstitüleri tarafından araştırılmaktadır. MAOI veya SSRİ gibi etki gösterebilir. Hafif depresif ruh halleri için 4-6 haftalık demeye izin verin; belirgin bir iyileşme yoksa başka bir tedavi denenmelidir.
Valerian <i>L. Valeriana officinalis</i>	Valepotriatler, valerenik asit, kafeik asit	Sedatif, kas gevşetici, hipnotik	Bilişsel ve motor bozukluk, gastrointestinal rahatsızlık, hepatoksisite, uzun süreli kullanımda: temas allerjisi, baş ağrısı, huzursuzluk, uykusuzluk, midriyazis, kardiyak disfonksiyon	Alkol veya MSS depresanların birlikte kullanımından kaçınınız.	1-2 g/d	Kimyasal olarak dengeşiz olabilir.

GABA, γ -aminobüirik asit; MAOI, monoamin oksidaz inhibitörü; SSRİ, seçici serotonin geri alım inhibitörü.

^aBitkisel tıbbi ürünlerin çoğu için dozajlar veya yan etkiler hakkında güvenilir, tutarlı veya geçerli veriler mevcut değildir.

^bFlavonoidler birçok bitkide ortaklır. Bunlar antioksidan (yani DNA gibi materyallerin oksidasyon yoluyla bozulmasını önleyen maddeler) olarak işlev gören bitki yan ürünleridir.

Farmakoterapi

Psikiyatrik olmayan belirtileri her zaman ciddiye alın, uygun ilaçları kullanın (örneğin, basit kabızlık için laksatifler) ve psikiyatrik belirtileri benzer şekilde tedavi edin. İlişkili psikoz mevcut olduğunda antipsikotik ilaçlar kullanın; akut stres dönemlerinde zararlı anksiyeteyi azaltmak için antianksiyete ilaçları kullanın, ancak bağımlılıktan kaçınmak için kullanımı sınırlayın; ve hastalar tıbbi bir durumdan kaynaklanan kalıcı belirtiler yaşadığında antidepresan reçete edin. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ'ler), hasta hastalığı hakkında takıntı yaptığında veya ruminasyonları olduğunda yardımcı olabilir. Benzer şekilde, serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI'lar) eşlik eden depresif ve ağrı bozukluklarında yardımcı olabilir.

Kişinin her zaman sevk eden hekime danışması gerektiği vurgulanmalıdır. Psikiyatristler, yaygın olarak reçete edilen psikiyatrik ilaçlar ve diğer ilaçlar arasındaki yan etki profillerini ve ilaç-ilâç etkileşimlerini tanımak için benzersiz bir konumda olsalar da sevk eden hekim hastayla daha iyi bir ilişkiye sahip olabilir ve ilaç seçimini etkileyebilecek durumsal sorunları tanıyabilir.

Birçok psikiyatrik ilaç karaciğerde metabolize edildiği için karaciğer fonksiyonlarının farkında olmak çok önemlidir.

Özel Tıbbi Ortamlar

Bir hastanedeki olağan tıbbi koşulların yanı sıra, özel ortamlar da alışılmadık, kendine özgü stres biçimleri üretir.

Yoğun bakım üniteleri

Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip ağır hastalar bulunur (örn. koroner bakım üniteleri). Karşılaşılan savunma tepkileri arasında korku, anksiyete, rol yapma, tıbbi tavsiyelere karşı çıkma, düşmanlık, bağımlılık, depresyon, keder ve deliryum yer alır.

YBÜ'deki hastaların, hastaların düzenli olarak ölmesini barındıran ortam ve ölüm korkusunun sürekli varlığı nedeniyle sıklıkla anksiyete, depresyon ve strese ilişkili belirtiler geliştirmesi şaşırtıcı olmasa da, ortamın, tarihsel olarak son derece yüksek tükenmişlik oranları yaşayan YBÜ personeli için de son derece stresli olabileceği unutulmamalıdır, ancak bu oranlar COVID-19 pandemisi sonrasında daha da yüksektir.

Hemodiyaliz

PHemodiyaliz hastalarının makinelere ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına ömür boyu bağımlılığı vardır. Ayrıca, prosedür zaman alıcıdır ve özellikle de prosedürü evlerinin rahatlığında gerçekleştiremeyecek durumdaysalar, haftada birkaç kez günlerinin birkaç saatini alabilir. Sonuç olarak, birçok hasta bu yeni gerçeği kabul etmekte zorlanır ve bir inkâr biçimi olarak doktorun emirlerini görmezden gelebilir, pazarlık yapmaya çalışabilir, hastalığa karşı savaşılabılır veya personele karşı düşmanlık sergileyebilir. Diğerleri ise isyankarlıktan çocuklaşmaya kadar uzanan çocukluk durumlarına gerileyebilir. Diyalize girmesi düşünülen tüm hastaların psikolojik bir değerlendirmeden geçirilmesi tavsiye edilir.

TABLO 25-2. İntihar Riskinin Değerlendirilmesi (devamı)

Değişken	Yüksek Risk	Düşük Risk
	Planlı	Dürtüsel
	Kurtarıma ihtimali düşük	Kurtarıma mümkün
	Kesin öleme isteği	Öncelikli istek değişim
	İçselleştirilmiş iletişim (kendini suçlama)	Dışsallaştırılmış iletişim (öfke)
	Yöntem ölümcül ve ulaşılabilir	Ölümcüllüğü düşük veya ulaşılabilir değil
Kaynaklar		
Kişisel	Başarsız	Başarılı
	Zayıf içgörü	İçgörü mevcut
	Kontrolü zayıf veya uygunsuz duygulanım	Kontrollü ve uygun duygulanım
Sosyal	Zayıf ilişkiler	Güçlü ilişkiler
	Sosyal olarak izole	Sosyal uyumu iyi
	İlgisiz aile	İlgili aile
İzin alınarak yeniden basılmıştır: Adam K. Attempted suicide. <i>Psychiatr Clin North Am.</i> 1985;8(2):183-201. Copyright © 1985 Elsevier.		

Hispanik olmayan beyaz bireyler ile Amerikan Yerlileri ve Alaska Yerlileri arasındaki intihar oranları yüzyılın başlarında benzerdi. O zamandan bu yana, iki oran birbirinden ayrılmış ve İspanyol olmayan Kızılderili ve Alaska Yerlisi bireyler, İspanyol olmayan Beyaz bireylere kıyasla 1,25 kat daha sık ve ortalama ABD oranına kıyasla 1,5 kate yakın daha sık yaşamlarına son vermektedir.

Cinsiyet

Sırasıyla 100.000’de 22,7 ve 100.000’de 5,6 olan 2021 intihar oranlarına göre, erkeklerin intihar etme olasılığı kadınlara göre yaklaşık dört kat daha fazladır.

Kentlilik

2019’daki rakamlara göre, nüfus yoğunluğu azaldıkça intihar oranları artma eğilimindedir. Amerika Birleşik Devletleri’ndeki metropollerde ortalama intihar oranı 100 binde 10,9 iken, kırsal bölgelerde bu oran 100 binde 20,5’tir.

İrk

Amerikan yerlisi ve Alaska Yerlisi ve Hispanik olmayan Beyaz bireylerin her ikisi de kendilerini Siyah, İspanyol veya Asya ve Pasifik Adalı olarak tanımlayan bireylere göre daha yüksek intihar riski altındadır. Ayrıca, daha önce cinsiyet ve kentlilik altında belirtilen eşitsizlikler, Siyah Amerikalılar hariç olmak üzere, ırksal çizgiler arasında ilişkilidir. Metropol olmayan bölgelerdeki Siyah Amerikalılar, daha kentsel bölgelerdeki Siyah Amerikalılara kıyasla daha düşük intihar oranlarına sahiptir.

Benzodiazepinler tolerans geliştirmiş hastalarda etkisiz olabilir ve disinhibisyona neden olabilir, bu da potansiyel olarak şiddeti şiddetlendirebilir. Hasta halihazırda bir antipsikotik kullanıyorsa aynı ilaçtan daha fazlasını verin. Hastanın ajitasyonu 20 ila 30 dakika içinde azalmamışsa dozu tekrarlayın. Nöbet riski olan hastalarda antipsikotiklerden kaçının. Epilepsili hastalar için önce bir anti-konvülzan (örneğin, karbamazepin [Tegretol] veya gabapentin [Neurontin]) ve ardından bir benzodiazepin (örneğin, klonazepam [Klonopin]) deneyin. Kronik olarak şiddete başvuran hastalar bazen β -blokerlere (örn. propranolol [Inderal]) yanıt verir.

Diğer Psikiyatrik Aciller

Psikiyatrik acil durum, acil tedavi gerektiren düşünce, duygu ve eylemlerdeki bozukluktur. Zamanında değerlendirme ve tedavi gerektiren tıbbi veya cerrahi bir durumdan kaynaklanabilir veya buna eşlik edebilir. Acil durumlar herhangi bir yerde, evde meydana gelebilir; ofis; sokak; toplu taşıma; veya tıbbi, cerrahi veya psikiyatrik birimlerde. İdeal koşullar altında hasta, acil tıp alanında uzmanlaşmış hekim ve psikiyatristlerin durumu değerlendirip tedavi uygulayabileceği psikiyatri acil ünitesine getirilecektir.

Tablo 25-9 psikiyatrik acil durumlar kategorisine giren geniş bir yelpazedeki durumları listelemektedir.

TABLO 25-9. Yaygın Psikiyatrik Aciller		
Sendrom veya Mevcut Belirti	Acil Problem	Acil Tedavi Sorunları
Çocuğa veya yetişkinlere yönelik istismar	İntihar düşüncesi veya girişimi, evden kaçma davranışı, uyuşturucu kullanımı, hamilelik, psikoz, aile üyelerine yönelik saldırgan davranışlar ve yeme bozuklukları	Eğer başlanabilirse aile kriz müdahalesi idealdir; aileden tamamen uzaklaşmış ergen için, ilgili bir yetişkin akraba veya arkadaşın dahil olup olamayacağını araştırın; cinsel veya diğer fiziksel istismar aısından değerlendirin; intihar düşüncesi aısından değerlendirin; varsa ergen kriz hizmetlerine yönlendirin; gerekirse hastaneye yatırmayı düşünün.
AIDS	Hastalığa yakalandığına dair gerçeği olmayan veya takıntılı endişe; organik etkilere ikincil davranış değerlikleri; hastalığa yakalanan kişide depresyon veya anksiyete belirtileri; bir arkadaşın veya sevgilinin AIDS'ten kaybına ilişkin yas	Hastanın birincil endişesini araştırın; hastanın virüsü kaptığına dair gerçeği bir olasılık varsa, danışmanlık ve HIV titresi için düzenleme yapın; HIV pozitif olan hastada organik bir bileşeni ekarte edin, depresyonu belirleyerek ve kısa psikoterapi tedavisi veya AIDS destek grubu için yönlendirerek bir kayıp yaşayan hastanın yas tutmasını kolaylaştırın.
Uyum bozukluğu	Ajitasyon, uyku bozukluğu veya depresyon; madde kötüye kullanımı; anksiyete	Uyum tepkisini hızlandıran kaybın anlamını kısaca araştırın; kısa odaklı terapiye yönlendirin; acil serviste uyum bozukluğu belirtileri için ilaç yazmayın, çünkü semptomların çoğu hasta kökenlerinin farkına varığında ve ilişkili duygularla başa çıkma şansı bulduğuunda azalır.

(devamı)

TABLO 25-9. Yaygın Psikiyatrik Aciller (devamı)

Sendrom veya Mevcut Belirti	Acil Problem	Acil Tedavi Sorunları
Sedatif entoksikasyon	Tıbbi yönetim; entoksikasyon için motivasyonun araştırılması (intihar eylemi miydi?)	Belirtildiği şekilde tedaviyi başlatın; hasta reddetse bile intihar niyetini göz önünde bulundurun.
Nöbetler	Hasta güvenliği; nedenin belirlenmesi	Postiktal konfüzyon için gözlemleyin; nöbete neden olan ilacı kesin veya azaltın; kapsamlı değerlendirme için sevk edin veya hastaneye yatırın.
Madde kötüye kullanımı	Başlangıç; acil servisin kullanım nedeni; etkenin tanımlanması; tedavi ihtiyacının düzeyi (zehirlenme, yoksunluk veya bırakma isteği)	Tıbbi olarak instabil olan hastalar için endike olduğu şekilde tedavi başlatın; diğerlerini resmi tedavi programlarına yönlendirin ve acil serviste tedavi başlatmayın.
Suicidal davranış	Niyetin ciddiyeti; girişimin ciddiyeti; tıbbi müdahale ihtiyacı; hastaneye yatırma ihtiyacı	Özellikle hasta daha önce girişimde bulunmuşsa; ailesinde intihar öyküsü varsa; yakın zamanda özellikle intihar yoluyla önemli bir kayıp yaşamışsa ve hekimle kişilerearası etkileşime yanıt vermiyor gibi görünüyorsa hastaneye yatırmayı düşünün; huzursuzsa hastaneye yatırın.
İntihar düşünceleri veya girişi	Niyetin ciddiyeti; hastanın düşüncelerini kontrol etme yeteneği; önceki veya mevcut psikiyatrik tedavinin yararlılığının belirlenmesi	Yukarıdaki gibi
Tardif diskinezi	Hastanın rahatsızlığı; acil servis başvurusunun nedeni; ayakta tedavi yönetiminde bir aksama olup olmadığını sorgulayın	Bu akut değil uzun vadeli bir sorundur; antipsikotiklerin azaltılması genellikle tardif diskinezi belirtilerini artırır; hastayı uygun psikiyatrik tedavi için sevk edin.
Tremor	Yeni mi başladı? Lityum toksisitesi, tardif diskinezi, madde yoksunluğu ve anksiyete gibi nedenleri belirleyin.	Nedene göre tedavi edin.
Şiddet	Başkaları için tehlike; davranışın altında yatan psikiyatrik temelin belirlenmesi	Davranışı hızlı bir şekilde kontrol etmek için personel sayısı ve yeterliliği açısından yeterli güç ve kısıtlamalar kullanın; gecikme veya tereddüt şiddeti tırmandırabilir; hastayı alita yatan nedene göre değerlendirin ve tedavi edin; hastanın davranışı nedeniyle herhangi bir hasar veya yaralanma meydana gelmişse suç duyurusunda bulunun.

Tablo: Beverly J. Fauman, MD.

Bu konunun daha ayrıntılı bir tartışması için bkz. Bölüm 32, Psikiyatrik Acil Durumlar, s. 2610 ve Bölüm 28, Bölüm 28.2, Yetişkinlerde Antisosyal Davranış, Suçluluk ve Şiddet, s. 2413, CTP/X'te.

