

Psikotik Bozukluklar



Akıl Notları

Güncel . Pratik . Referanslı

Editör:

Prof. Dr. Lut TAMAM



- ✓ Psikiyatri Temel Kitaplarının **Özetleri**
- ✓ Poliklinik Pratiğinde Gerekli **Referans Bilgiler**
- ✓ Algoritma, Tablo ve Şemalarla Sunulan **Pratik Yaklaşım**
- ✓ DSM-5 ile ICD-11 gibi **Güncel Tanı Kriterleri**
- ✓ Uluslararası Tanı ve Tedavi **Kılavuzları**
- ✓ Bilinmesi Gereken Önemli **Ayrıntılar**
- ✓ Uyarılar, Önlemler ve **Nokta Bilgiler**
- ✓ Tüm Önemli **Sınıflandırmalar**
- ✓ Reçete **Örnekleri**



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

Psikotik Bozukluklar



Akıl Notları

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Editör

Prof. Dr. Lut Tamam

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

PSİKOTİK BOZUKLUKLAR AKIL NOTLARI

Copyright © 2025

Bu Kitabın her türlü yayın hakkı

Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.'ne aittir.

Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez; fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

ISBN: 978-625-6065-39-0

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: Meteksan Matbaacılık ve Teknik Sanayi Ticaret Anonim Şirketi
BeYTEPE Köy Yolu No: 3 06800 Bilkent/Ankara Çankaya/Ankara
Telefon: 0 312 266 44 10
Sertifika No: 46519

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

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

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



ÖNSÖZ

“Psikotik Bozukluklar Akıl Notları,” kitabı psikotik bozuklukların karmaşık dünyasına dair kısa, öz ve anlaşılır bir rehber sunma amacıyla hazırlanmıştır. Günümüzde psikotik bozuklukların tanı ve tedavisinde hızla gelişen bilgiler, hem teorik hem de pratik düzeyde karmaşık detaylara ulaşmamızı sağlamaktadır. Bu kitap, bu karmaşıklığı sadeleştirerek, tanı ölçütlerinden tedavi algoritmalarına kadar geniş bir yelpazede en güncel bilgileri kısa notlar ve akılda kalacak algoritmalar halinde sunmayı hedeflemektedir.

Psikotik bozukluklarla ilgili teorik bilgiler genellikle tüm akademik metinlerde bulunurken, klinikteki pratik uygulamalar bu bilgilere sadelikle erişmeyi zorlaştırabilir. Kitabımız, bu boşluğu doldurmak ve sağlık çalışanlarına, öğrencilere ve konuya ilgi duyan tüm okuyuculara hem kapsamlı hem de pratik bir bakış açısı kazandırmak üzere tasarlandı. Her bölümde, tanıdan tedaviye kadar tüm süreci destekleyecek bilgi notları, vaka analizleri ve tedavi protokollerine ilişkin kılavuzlar bulacaksınız.

Değerli öğretim üyeleri ve elemanlarının katkısı ile hazırlanmış olan bu kitabın, psikotik bozuklukların tanı ve tedavisinde kolaylık sağlayacak bir başvuru kaynağı olmasını; güncel, sistematik ve anlaşılır bir şekilde hazırlanmış içerikleriyle zihninizde kalıcı bir yer edinmesini umut ediyoruz.

Prof. Dr. Lut Tamam
Çukurova Üniversitesi
Tıp Fakültesi Anabilim Dalı

YAZARLAR

Dr. İrem Saliha Bilgili

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Dr. Çağla Boyvadoğlu

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Dr. Hale Nur Çakar

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Dr. Özge Ulusoy Çulha

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Dr. Tuğrul Demireğen

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mehmet Emin Demirkol

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Sinem Çetin Demirtaş

Adana Beş Ocak Devlet Hastanesi
Psikiyatri Kliniği

Dr. Ömer Fettahlioğlu

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mahmut Onur Karaytuğ

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Dr. Ali Meriç Kurt

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Doç. Dr. Zeynep Namılı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Dr. Aynur Özbay

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Dr. İrem Sanem Sabahi

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Dr. Cennet Yaren Sarıoğlu

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Tunahan Sun

Osmaniye Düzüçi Devlet Hastanesi
Psikiyatri Kliniği

Prof. Dr. Lut Tamam

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Dr. Kemal Topaktaş

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Caner Yeşiloğlu

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Hamdi Yılmaz

Mersin Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
YAZARLAR	v

BÖLÜM 1: ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR	1
--	---

Dr. Lut Tamam, Dr. Cennet Yaren Sarıoğlu

BÖLÜM 2: PSİKOTİK BOZUKLUK TANILI HASTALARDA GÖRÜŞME TEKNİKLERİ	9
---	---

Dr. Caner Yeşiloğlu, Dr. Kemal Topaktaş

BÖLÜM 3: ŞİZOFRENİ	31
--------------------------	----

Dr. Mahmut Onur Karaytuğ, Dr. Ali Meriç Kurt, Dr. İrem Saliha Bilgili

BÖLÜM 4: ÇOCUK VE ERGENLERDE ŞİZOFRENİ SPEKTRUM VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR	61
---	----

Dr. Mahmut Onur Karaytuğ, Dr. Çağla Boyvadoğlu

BÖLÜM 5: ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK	77
--------------------------------------	----

Dr. Zeynep Namlı

BÖLÜM 6: ŞİZOFRENİFORM BOZUKLUK	87
---------------------------------------	----

Dr. Mehmet Emin Demirkol, Dr. İrem Sanem Sabahi

BÖLÜM 7: KATATONİ	95
-------------------------	----

Dr. Tunahan Sun

BÖLÜM 8: SANRISAL BOZUKLUK	117
----------------------------------	-----

Dr. Zeynep Namlı, Dr. Aynur Özbay

BÖLÜM 9: MADDE KULLANIMINA BAĞLI PSİKOTİK BOZUKLUK	129
--	-----

Dr. Hamdi Yılmaz

**BÖLÜM 10: BAŞKA BİR TIBBİ DURUMA BAĞLI
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR 151***Dr. Lut Tamam, Dr. Ömer Fettahloğlu***BÖLÜM 11: BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR 167***Dr. Mehmet Emin Demirkol, Dr. Tuğrul Demireğen***BÖLÜM 12: PSİKOTİK ÖZELLİKLER GÖRÜLEN
BİPOLAR BOZUKLUK VE DEPRESİF BOZUKLUK 175***Dr. Mehmet Emin Demirkol, Dr. Özge Ulusoy Culha***BÖLÜM 13: PSİKOTİK BOZUKLUKLARDA DİĞER
RUHSAL BOZUKLUKLARLA BİRLİKTELİĞİ
(KOMORBİDİTE) 191***Dr. Sinem Çetin Demirtaş***BÖLÜM 14: ÖZEL GRUPLARDA
PSİKOTİK BOZUKLUK 197***Dr. Lut Tamam, Dr. Hale Nur Çakar***BÖLÜM 15: PSİKOTİK BOZUKLUKLARIN
YASAL YÖNLERİ 221***Dr. Caner Yeşiloğlu*

Tablo 2. Psikotik Bozuklukların Tarihçesi

M.Ö. 1500'ü yıllarda Eski Mısır'a ait Ebers Papirüsünde ve 1400'lü yıllarda Hint Veda metinlerinde şizofreni belirtilerine benzeyen bulgulara rastlanmıştır. Bu metinlerde çıplak gezenlerden, kendini ilah ilan edenlerden, aşırı dini uğraşı olanlardan bahsedilmiştir.

1793'te Fransız Philippe Pinel modern psikiyatriyi başlatan kişi olmuştur. Pinel'in öğrencisi Jean Etienne Esquirol ise "halüsinasyon" terimini ilk kullanan hekimidir. 1871'de Hecker "hebefreni" teriminden bahsetmiş, 1874 senesinde ise Alman Karl Ludwig Kahlbaum "katatoni" tanımını yapmıştır.

Fransız psikiyatrist Morel 1860 yılında erken bunama anlamına gelen "démence précoce" terimini ilk kullanan hekim olmuştur. 1886'da Kraepelin, Morel'in tanımına benzer şekilde "dementia praecox" tanımını kullanmıştır. Bu çerçevede bozukluğu; paranoid, hebefrenik ve katatonik olmak üzere üçe ayırmıştır. Ayrıca Kraepelin bozukluğu yıkımla sonlanırsa "dementia praecox", yıkımla sonuçlanmazsa "manik depresif psikoz" olarak tanımlamıştır.

İsviçreli Eugen Bleuler 1908 yılında "şizofreni" terimini bulmuştur. Bleuler şizofreni semptomlarını temel ve eşlik eden semptomlar olarak gruplamıştır. Temel semptomları ise assosiyasyon bozukluğu, ambivalans, afektif bozukluk, otizm olmak üzere 4'e ayırmıştır. Bunlar 4A Belirtisi olarak bilinmektedir. Aynı zamanda şizofrenik semptomları "pozitif" ve "negatif" olarak sınıflandıran ilk kişidir.

1930'larda Kurt Schneider patognomonik olduğunu düşündüğü "Schneiderian Belirtiler" olarak da bilinen birinci sıra belirtilerini tanımlamıştır. Bu belirtiler düşünce çekilmesi, düşünce sokulması, düşünce yayınlaması, kişinin kendisi hakkında konuşan ve davranışları ile ilgili yorumlar yapan sesler, düşüncenin hareketin ve eylemin dışından kontrol edilmesi gibi yaşanılardır.

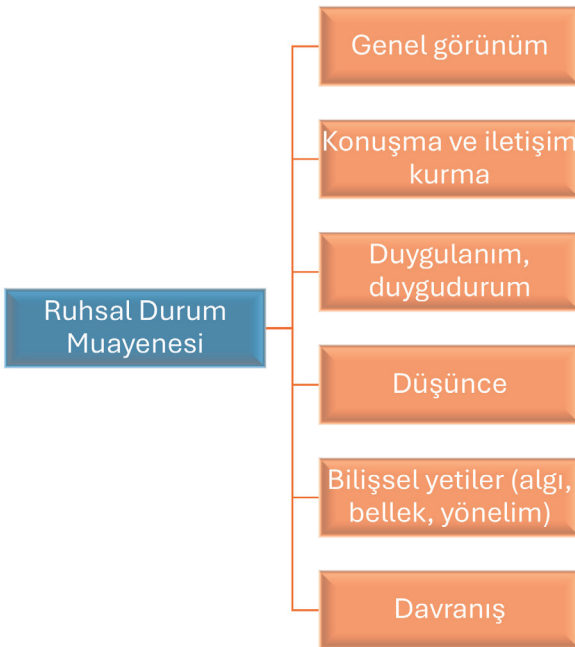
- Şizofreni günümüzde hala bir hastalık olmaktan çok, heterojen bir klinik sendrom olarak görülmektedir. Buna ek olarak, şizofreni kelimesinin oluşturduğu damgalamayı azaltmak ve hastalığın doğru tanımlanması amacıyla Japon psikiyatrların şizofreni yerine "entegrasyon bozukluğu" terimini kullanmayı tercih etmişlerdir. Carpenter bir gazete röportajında "Başka bir isim de koysanız gül yine aynı kokardı. Değişikliği yaptığınızı düşünelim. Damgalamanın onu yakalaması ne kadar sürer?" demiştir.
- Bu bölümde ruh sağlığı ve hastalıkları içinde geniş yer kaplayan psikotik bozuklukların geçmişten günümüze değişiminin kronolojik olarak gösterilmesi amaçlanmıştır.

2. SINIFLANDIRMA SİSTEMLERİ

- Psikiyatrik sınıflandırmaların birincisi, Uluslararası İstatistik Enstitüsü'nün 1938'de yayınladığı ILCD-5'tir (Uluslararası Ölüm Nedenleri Listesi). Bu bir sınıflama değil, istatistik amaçlarla geliştirilmiş bir ölüm nedenleri listesidir. Ölüm nedenleri arasında zeka geriliği, manik depresif psikoz ve dementia praecox bulunmaktadır. ICD (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) ve DSM (Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) sürümleri ilk günden itibaren birbirlerini yakından izlemiştir. Aşağıdaki tabloda bu iki sınıflandırma sisteminin yayın tarihleri görülmektedir.



Şekil 2. Görüşmede sorgulanması gerekenler.



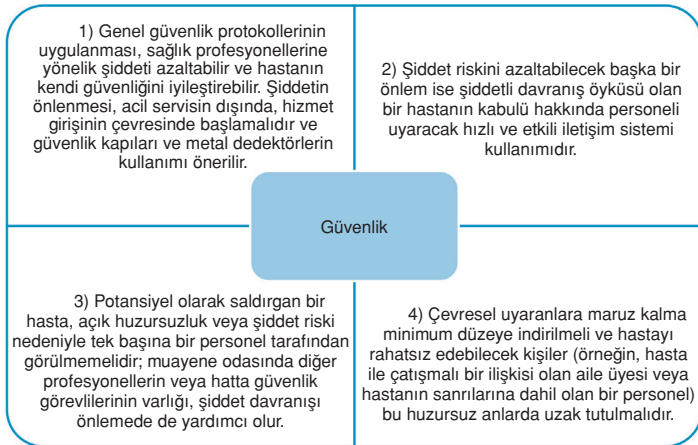
Şekil 3. Ruhsal durum muayenesinin içeriği.

Tablo 4. Organik Tıbbi Patolojileri Düşündüren Bulgular

Ani başlangıç
>40 yaş
Daha önce psikiyatrik öykünün bulunmaması
Görsel, taktıl ve koku varsanları
Bağılantısız konuşma
Konfüzyon
Oryantasyon kaybı
Travma öyküsü

3.2. Ajite/Saldırgan Hastayla Görüşmede Dikkat Edilmesi Gerekenler

- Huzursuz veya saldırgan hastaların yönetiminde dikkate alınması gereken son derece önemli bir nokta, psikiyatristin, kendi fiziksel bütünlüğüne ve sorumluluğundaki diğer hastaların yanı sıra diğer sağlık personellerinin de bütünlüğüne tehdit oluşturan bir durum karşısında sürdürdüğü duygusal etkidir. Tehditkâr durumlar karşısında korku veya öfke hisleri doğaldır, ancak psikiyatrist kendi duygularının farkında olmalı ve bu duyguların gerçek durumu ne ölçüde yansıttığını değerlendirmelidir. Bu, psikiyatristin aşırı hoşgörülü veya cezalandırıcı bir şekilde hareket etmekten kaçınmasını sağlamak açısından önemlidir.
- Ajite bir hastayla görüşme esnasında, 3 ana hedef vardır:
- Sonuç olarak; ajitasyonu olan hastanın değerlendirilmesi özel önem gerektirir. Saldırgan davranış için risk faktörlerinin saptanması, güvenlik



8.2. Birinci Kuşak Antipsikotikler (BKAP)

- Tüm antipsikotiklerin ortak özelliği olan D2 reseptör blokajı ile antipsikotik etkinlik sağlarlar. D2 reseptör blokajı dışında D1, H1, muskarinik, alfa1-alfa2 adrenejik ve serotonerjik reseptörler üzerine de etkilidir. Şizofrenide pozitif semptomlara oldukça etkili olmalarına rağmen negatif belirtilere etkinliği düşüktür. Birinci kuşak antipsikotikler potenslerine göre 2'ye ayrılırlar.

Tablo 14. Birinci Kuşak Antipsikotikler

Düşük Potensli BKAP'ler	Yüksek Potensli BKAP'ler
Klorpromazin	Haloperidol
Tiyoridazin	Trifluoperazin
	Flufenazin
	Zuklopentiksol
	Flupentiksol
	Pimozid

8.3. İkinci Kuşak Antipsikotikler (İKAP)

- En az BKAP'ler kadar D2 reseptörlerine etki gösteren İKAP'ler ayrıca serotonin reseptörleri üzerine de yüksek afinite gösterirler. Çoğu İKAP hem D2 hem de 5-HT2 reseptör antagonizması gösterir. Yine çoğunun 5HT-2A üzerine olan etkisi D2 reseptörlerine olan etkisinden daha fazladır. İKAP'ler serotonin reseptörleri üzerine daha etkin olmaları nedeniyle EPS yan etki ihtimali daha azdır. Metabolik yan etkileri daha fazladır. BKAP'lere göre negatif ve bilişsel belirtiler üzerine etkinliği daha iyidir. D2 ve 5-HT2A reseptörleri dışında H1, alfa1, M1, M3, 5-HT1A, 5-HT2B, 5-HT2C, 5-HT7 reseptörleri üzerine de etkilidir. Serotonin reseptörleri üzerindeki etkinlikleri sayesinde antidepresan ve anksiyolitik özellik gösterirler.

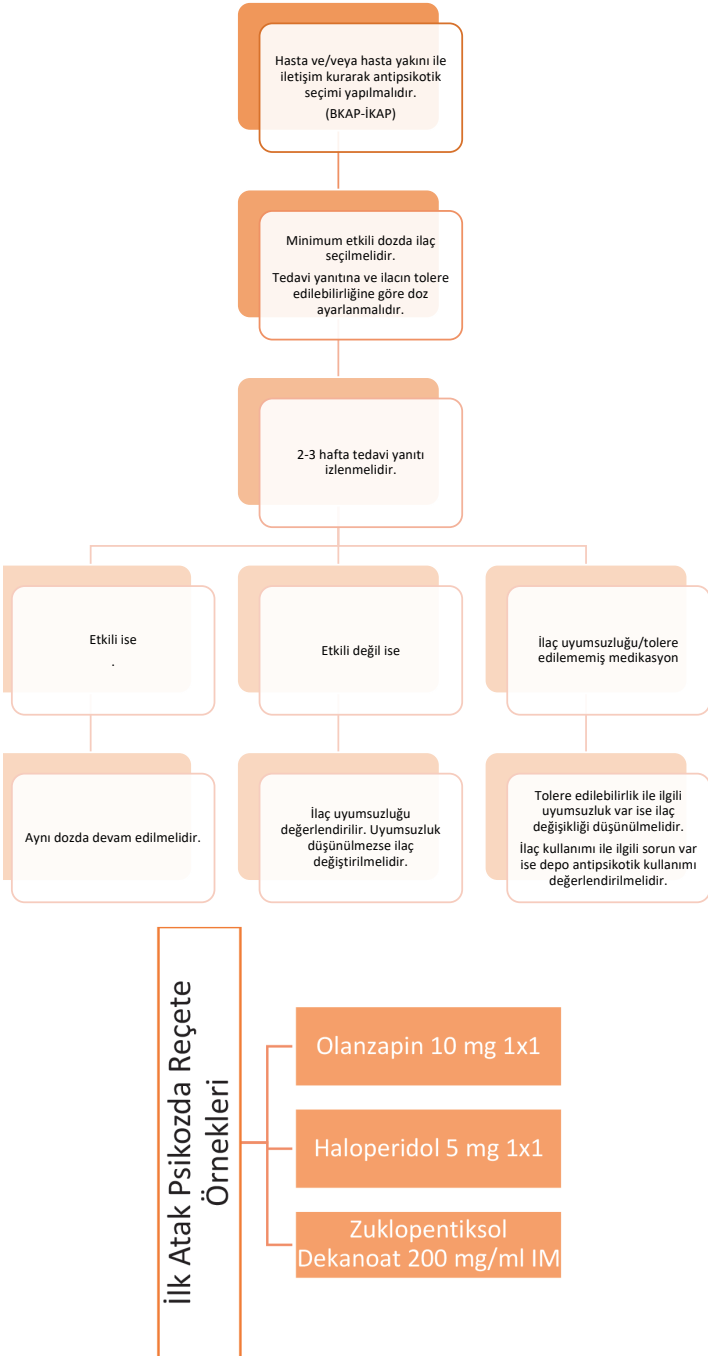
Tablo 15. İkinci Kuşak Antipsikotikler

Ülkemizde bulunan İKAP'lar	Klozapin, Olanzapin, Ketiyapin, Risperidon, Paliperidon, Ziprasidon, Lurasidon, Aripiprazol, Breksipiprazol, Sülpirid, Amisülpirid, Sertindol
Ülkemizde bulunmayan İKAP'lar	Kariprazin, Asenapin, Pimavanserine, İlioperidon, Zotepin, Perospiron, Lumateperon

8.4. Şizofreni Tedavisinde Temel İlkeler

- Şizofreni tedavisinde asıl amacımız yalnızca semptomlara yönelik değil aynı zamanda hastalığın bireyde bırakacağı kalıcı etkilere engel olmak ve kişinin topluma uyumunu artırmaktır.
- Tedavinin kalıcı olabilmesi, hastanın tedaviye uyumunun artırılması için hekimle hasta arasında güvene dayalı, açık, uyumlu bir ilişki sağlanmaya çalışılır.

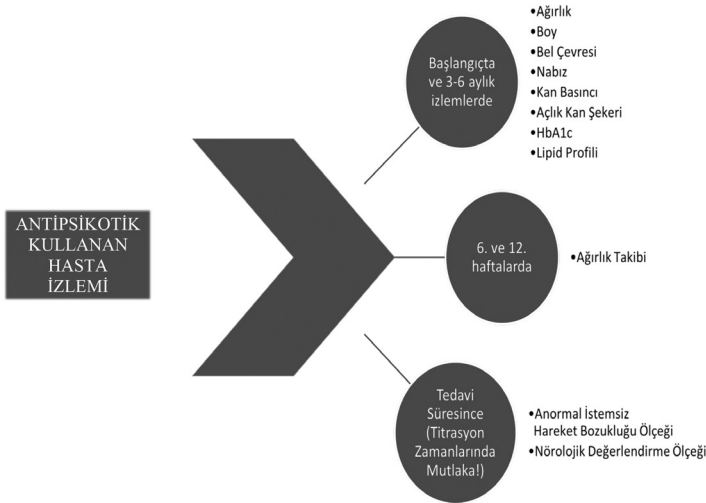
İlk Atak Psikozda Tedavi Algoritması



8.2 Klinik İzlem ve Tedavinin Yönetimi

Antipsikotik kullanan hastaların takibi ile ilgili kılavuzların önerileri erişkin gruplar için mevcut olsa da çocuk ve ergen hastalara yönelik spesifik bir öneri bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalar 18 yaş altı antipsikotik kullananlarında tedavi planı kılavuzlara uygun ilerlese de takiplerde özellikle metabolik parametrelerin yeterince iyi izlenmediğini göstermiştir.

Tablo 8. Antipsikotik Kullanan Hasta İzlemi



9. PROGNOZ

- Erken başlangıçlı şizofreni hastalarının prognozuyla ilgili yapılmış az sayıda ve çelişkili sayılabilecek sonuçlara sahip çalışma vardır. Bunlardan yapılabilecek ortak çıkarımlar ise şunlardır: Hastalık başlangıç yaşı küçüldükçe prognoz kötüleşmekteyken prognozla ilişkili faktörlerden değiştirilebilir olanlara erken müdahale ve iyi yönetim prognozun iyiy gitmesini sağlamaktadır.
- Prognozla ilişkili en önemli faktörler:
 - Hastalık öncesi dönemde hastanın uyumu
 - Gelişimsel bozukluk varlığı
 - Negatif belirtiler başta olmak üzere kliniğin şiddeti
 - Tedavi edilmeyen geçen dönemin uzunluğu
 - İlk atak ve devamında tedaviye yanıt hızı
 - Önlenebilir psikiyatrik eş tanılar açısından takip edilmesi (madde kullanım bozukluğu)

1.9 Tedavi

- Şizoaftif bozukluğun tedavisi tipik olarak hem farmakoterapi hem de psikoterapiyi içerir.
- Tedaviye başlamadan önce, Şizoaftif bozukluğu olan bir hasta kendisi veya başkaları için tehlike arz ediyorsa, hastaneye yatırılması düşünülmelidir.
- Özellikle Şizoaftif bozuklukta kullanılmak üzere onaylanmış çok az ilaç vardır.
- Klinik uygulamada, şizofreni ve duygudurum bozukluğu için kullanılan ilaçların çoğu Şizoaftif bozuklukta da kullanılmaktadır.
- Başlangıçta Şizoaftif bozukluk tanısı konan hastalarda, yan etkilerin gelişimine özellikle dikkat edilerek, tedaviye düşük dozda bir antipsikotik ilaçla başlanmalıdır.
- Standart yaklaşım, hastalara atipik bir antipsikotik ilaçla başlamaktır. Bu sınıftan hangi ilacın ilk olarak başlanması gerektiğine dair bir kılavuz yoktur; bu karar, yan etki profili ve diğer faktörler (örn. sedasyon gerekliliği) göz önünde bulundurularak verilir.
- Kronik hastalığı olan hastalar için, her bir ilacın dozu, süresi ve yanıtı dahil olmak üzere önceki tedavileri gözden geçirilir.
- Geçmişinde tedavi uyumsuzluğu olan hastalarda, uzun etkili intramüs-küler ilaçlar düşünülmelidir.
- İki farklı antipsikotik ilaç etkili olmazsa, klozapin denemesi düşünülebilir.
- Duygudurum dengeleyici ilaçlar ve antidepresanlar antipsikotik ilaçlarla birlikte tedavide önemli bir rol oynar.





Eksite durumdaki katatonik hasta etrafındakiler için tehlike arz edebilir. Bu nedenle yakın izlem gerekmektedir.

Komplikasyonları: Bazı çalışmalar katatoniyi artan mortaliteyle ilişkilendirmiştir. Katatonik stuporu olanlarda çeşitli enfeksiyonlar, pnömoni, idrar yolu enfeksiyonu ve sepsis, dissemine intravasküler koagülasyon (DIC), rabdomiyoliz, dehidratasyon, derin ven trombozu, pulmoner emboli, idrar retansiyonu, dekübit ülseri, kardiyak aritmi, böbrek yetmezliği, NMS, hipernatremi ve karaciğer fonksiyon bozukluğu görülebilmektedir.



Özellikle malign katatoni olguları hayatı tehdit edici olabilmektedir ve bu hastalarda vücut sıcaklığı, tansiyon, nabız gibi vital bulgular açısından yakın takip ve monitorizasyon gerekmektedir.

13. TEDAVİ

- Katatoniyi tedavi etmenin iki farklı yönü vardır: katatoni için spesifik tedaviler ve katatoninin altında yatan bozuklukların (psikiyatrik bozukluk ya da diğer tıbbi durumlar) tedavileri.
- Katatoni özellikle ağır vakalarda hayatı tehdit edici olabilse de hızlı tanı ve tedavi ile önemli ölçüde iyileşir. Tıbbi komplikasyonlarının önlenmesi ve tedavisi de dikkate alınmalıdır.
- Çeşitli çalışmalar, hastalık süresi daha kısa olan hastalarda katatoni tedavisine yanıtın daha olası ve daha hızlı olduğunu bulmuştur. Katatoninin zamanla tedaviye daha az yanıt verdiği yönündeki olası açıklama göz önüne alındığında, katatoni tanısından sonra mümkün olan en kısa sürede tedavi edilmesi önerilmektedir.



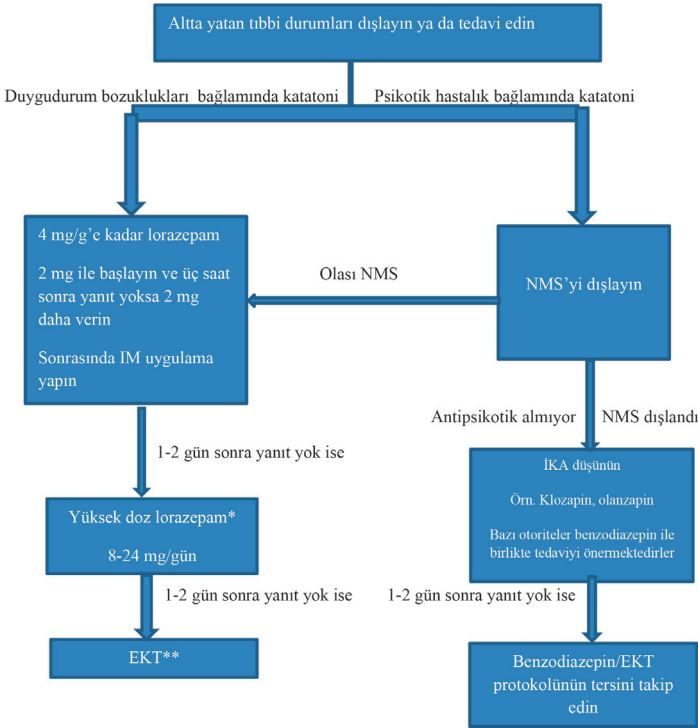
Katatoni tedavisinde alta yatan herhangi bir bozukluğun (enfeksiyöz, nörolojik, metabolik) tedavi edilmesi önemlidir. Bu durumların tedavisinde psikiyatrik ilaçlar (örneğin antidepresanlar), diğer tıbbi tedaviler (örneğin antibiyotikler, immünsüpresanlar) ve hatta bazen cerrahi tedaviler (örneğin paraneoplastik sendrom durumunda tümör rezeksiyonu) kullanılabilir.



Günümüzde tedavide en sık kullanılan ve etkili yöntemler Benzodiazepinler ve elektrokonvulsif tedavi (EKT)'dir. Her iki yöntemin tedaviye yanıt oranları benzerdir. İki tedaviden birinin kontrendike olması, kararı kolaylaştırır.

- EKT'nin katatoninin altında yatan bir bozukluğu iyileştirme potansiyeli dikkate alınmalıdır (Belirli durumlarda şiddetli depresyon ve uzun süreli veya şiddetli mani için EKT'yi önerilir). Benzodiazepinlerin etkisiz olduğu durumlarda EKT ile ilgili yüksek yanıt oranları bildiren çeşitli çalışmalar vardır. Ayrıca benzodiazepinler ve EKT kombinasyonunun etkili olabileceğini öne süren çalışmalar da mevcuttur.

14. KATATONİ TEDAVİ ALGORİTMASI



*İntravenöz diazepam veya lorazepam burada düşünülebilir.



**Ciddi yaşam tehdidi mevcutsa EKT için beklenilmemelidir.

15. SONUÇ

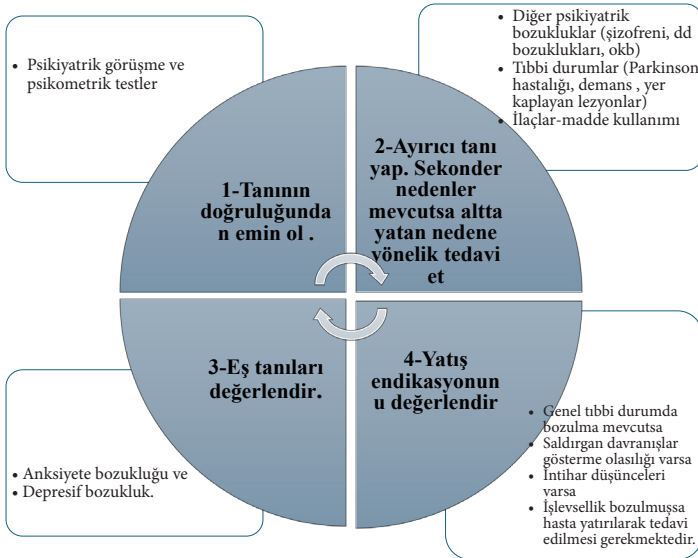
- Katatoni, motor, duygusal ve bilişsel-davranışsal belirtilerle karakterize bir nöropsikiyatrik sendromdur. Çeşitli psikiyatrik bozukluklar ve tıbbi durumlarla ilişkilidir.
- Son yirmi yıldır yapılan yoğun araştırmalar sonucunda, katatoni 2022 yılından itibaren ICD-11'de bağımsız bir tanı olarak tanınmaya başlanmıştır. Tanı sistemlerine göre sınıflandırma ve yaygınlık oranları farklılık göstermektedir.
- Bazı hastalarda katatoni fark edilmemekte ve bu hastalar hayatı tehdit edici komplikasyonlar açısından risk altında kalmaktadır.
- Lorazepam ve diazepam gibi benzodiazepinler, EKT, amantadin ve mementin gibi NMDA reseptör antagonistleri, katatoni tedavisinin temel

Sanrısız Bozukluk Ayırıcı Tanısı	
Şizofreni	Sanrısız bozukluğu olan bireylerde belirtiler daha geç yaşta ortaya çıkma eğilimindedir; sosyal ve mesleki işlevsellik ((sanrısız alan dışında) nispeten korunmuştur ve şizofreninin A tanı kriterlerini karşılamamaktadır. Şizofrenide paranoid sanrılar yanı sıra dağınık, değişken ve acayip, gerçeğe uymayan nitelikte başka sanrılar da olabilmektedir. Sanrılara; varsanılar, dağınık konuşma, dağınık davranış veya katatoni eşlik etmektedir. Diğer temel fark süredir. Sanrısız bozukluk tanısı için sanrılar bir aylık bir süre zarfında görülmesi yeterli kabul edilirken şizofreni tanısı için belirtilerin her birinin bir aylık sürenin büyük bir kısmında görülmesi zorunluluğu bulunmaktadır.
Şizofreniform Bozukluk	Şizofreniform bozuklukta varsanı, dağınık konuşma, dağınık davranış, katatoni, negatif psikotik belirtiler ve dağınık, değişken, acayip, gerçeğe uymayan nitelikte sanrılar da olabilmektedir. Sanrısız bozuklukta görülen baskın semptom sanrılardır; varsanı olabilir ancak sanrı ile ilişkilidir. Sanrı alanı dışında işlevsellik bozulmamıştır.
Şizoaffektif Bozukluk	Şizoaffektif bozukluk, depresyon veya mani nitelikli majör bir duygudurum dönemi ile kesişen ve eş zamanlı olan sanrılar, varsanılar, dağınık konuşma, dağınık davranış veya katatoniye ek olarak negatif belirtiler ile karakterize iken sanrısız bozukluk tanısı için sanrılar öngörülen süre zarfında varlıklarını korumaları yeterli kabul edilmektedir.
Major Depresif Bozukluk	Sanrısız bozukluk tanısı, kişinin herhangi bir duygudurum bozukluğu olmadan sanrılar deneyimmediği zamanların olmasını gerektirir. Sanrısız bozuklukta depresif belirtiler olabileceği de genelde hafif düzeydedir ve sanrılar devam etmekle beraber depresif belirtiler bir süre sonra geçer. Depresif bozukluklara eşlik eden sanrılar genellikle hastanın içinde bulunduğu duygudurumla uyum içerisindedir; ancak sanrısız bozuklukta görülen sanrılar hastanın duygudurumu ile uyumlu olması zorunluluğu bulunmamaktadır. Depresif hastalarda olduğu gibi sanrısız bozukluk hastalarının da kendilikleri hakkında olumsuz inançları olduğu ve olumsuz yaşam olayları ile aktive olarak tehdit algısına sebep olduğu düşünülmektedir. Ancak sanrısız bozukluk hastalarındaki farklılığın, tehdit algısı yaratan olayları başkalarının eylemlerine atfetmeleri ve kendilik hakkında olumsuz inançların aktive edilmesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.
Psikotik Mâni	Duygudurum dönemine eşlik eden sanrılar veya varsanılar vardır. Sanrısız bozuklukta mâni dönemi ortaya çıksa bile sanrının süresi, mani döneminin süresinden daha azdır.

- Perseküsyon, erotomanik ve somatik sanrıları olan bireyler, grandiyöz ve kıskançlık sanrısı olanlara göre daha iyi prognoz göstermektedir.
- Diğer psikiyatrik bozukluklarla kıyaslandığında ise prognoz şizofreniden daha iyi, duygudurum bozukluklarından ise daha kötü olduğu kabul edilmektedir.

8. TEDAVİ

- Sanrısız bozukluk genel olarak uyumsuzluk ve anosognozi nedeniyle tedavisi zor bir bozukluk olarak kabul edilmektedir ve sıklıkla tedavi nihilizmine neden olmaktadır. Ayrıca sanrısız bozuklukta klinik sonuçlar için operasyonel tanımlar hala tartışılmaya devam etmektedir ve sıklıkla şizofreni için kullanılan kriterlerle aynı kriterler kullanılmaktadır. Bu durum iki bozukluğun hem hastalığın doğal seyri hem de uygun tedaviyle elde edilebilecek işlevsellik düzeyi açısından açıkça farklı olması nedeniyle doğru değerlendirmeyi bozmaktadır.
- Tedavide tüm psikotik bozukluklarda olduğu gibi hastayla güven ilişkisi kurulmalı, hasta sanrılarının dolaylı kınanmamalı, suçlanmamalıdır. Hastaya konuşulanların gizliliği konusunda güvence verilmeli, önce sanrılardan bahsetmek yerine bu düşüncelerden dolayı yaşadığı olumsuzluklardan konuşulmalıdır. Güvene dayalı ve sabırlı bir iş birliği kurulmalıdır.



- Sanrısız bozukluğun tedavisinde hem ilaç tedavileri hem de psikososyal müdahalelerin yeri bulunmaktadır ve bir arada kullanımları daha olumlu sonuçlar sağlamaktadır.
- Sanrısız bozukluğun farmakoterapisinin merkezinde antipsikotik ilaçlar yer almaktadır. Farmakoterapinin tedavide etkili olduğu yönünde

olabilir. Örneğin, paranoid sanrılar, anksiyete belirtileri ile genişlemiş göz bebekleri, taşikardi gibi otonomik hiperaktivitenin varlığı; amfetamin, fensiklidin kullanımı veya adrenal tümör gibi bir semptomatik etiyolojiyi düşündürülebilir.

6.2 MBP ile Birincil Psikozun Ayırıcı Tanısı

- Çalışmalarda, madde kullanımına bağlı psikotik bozukluklarda, psikotik belirtilerin 1 aylık hiç kullanmama döneminden sonra, sadece %1-15 hastada devam ettiği bildirilmiştir.



Esrar kullanımına bağlı psikotik bozuklukta, yaşam boyu şizofreni riskinde artış ve ilk epizottan sonra yüksek yinleme riski olduğu bildirilmiştir.

- Sonuç olarak, esrar kullanımı kesildikten sonra 1 ayı aşkın süre psikotik belirtiler devam ederse, tanı birincil psikotik bozukluk konmalıdır. DSM-5 TR, tanı koyma sürecinde madde kullanmadan geçirilen süreyi belirlerken, klinisyene klinik yargısını kullanması tavsiyesinde bulunmuştur. Çünkü; madde kullanmadan geçirilen süre kişiden kişiye, maddenin türüne, kullanım miktarı ve süresine göre değişmektedir. Uzun süre ve yoğun miktarda SK veya MA kullanımına bağlı gelişen psikotik bozukluklarda, belirtiler aylarca sürebilir. DSM-5 TR'ye göre, 6 ayı geçen psikotik belirtiler varlığında, tanının birincil psikotik bozukluk konması gerekmektedir. Tablo 5'te MBP tanılı hastaların psikotik bozukluk komorbid MKB tanılı hastalardan bazı klinik farkları verilmiştir.

Tablo 5. MBP Tanılı Hastaların Psikotik Bozukluk Komorbid MKB Tanılı Hastalardan Klinik Açıdan Bazı Farkları

- Daha iyi içgörü
- Daha az pozitif ve negatif semptom
- Daha fazla depresif semptom ve anksiyete semptomu
- Erkek cinsiyet

- Tanısal değerlendirmede, birincil psikotik bozuklukta olduğu gibi, psikotik belirtilere yol açabilecek tıbbi durumlar için laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır. Rutin kan tetkikleri ile beraber kan ve idrarda toksikolojik analizler, fizik ve nörolojik muayene yapılmalıdır. Tiroid bozuklukları, kortikosteroid hormonu ve ilişkili bozukluklar, metabolik durumlar (hipoglisemi, hipoksi, sıvı-elektrolit dengesi bozuklukları), böbrek ve karaciğer fonksiyonları değerlendirilmelidir. İlk psikotik atağın değerlendirilmesinde, rutin nörogörüntüleme artık uygulanmamaktadır. Çünkü bu testlerden toplanan bilgiler, klinik yönetimi anlamlı şekilde değiştirmemektedir. Bununla birlikte; nörolojik muayenede anormallik, intrakraniyal patoloji veya otoimmün ensefalit belirtisi varsa görüntüleme yapılmalıdır.
- Tanısal değerlendirmede, hasta yakınından edinilen bilgiler çok önemlidir. Hastanın psikotik belirtileri baskın olduğunda, yeterli bilgi kendi-

- Ayırıcı tanı; öykü, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının ayrıntılı olarak değerlendirilmesiyle mümkün olabilir. Deliryum, demans, madde kullanım bozukluklarının dışlanması önemlidir.



Şekil 1. Diğer tıbbi durumlara bağlı psikozun özellikleri.

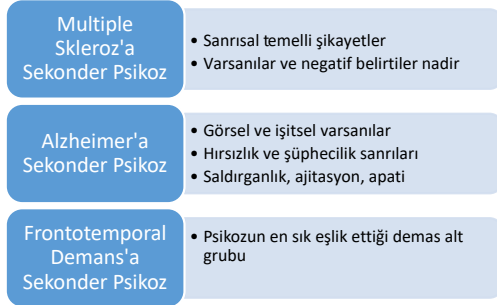
- Klinik tablo ve öyküye bağlı olarak tanısal süreci tamamlamak ve diğer hastalıkları dışlamak için tam kan sayımı, elektrolit düzeyleri, glukoz, karaciğer-böbrek fonksiyon testleri, sedimantasyon, antinükleer anti-kor, B12 ve folat düzeyi, D vitamini, tam idrar analizi, idrarda toksik madde analizi, ELISA testleri, tiroid fonksiyon testleri kontrol edilebilir.
- Demiyelinizan ve serebrovasküler hastalıklar veya santral kitleler kranial MRG ile ekarte edilebilir.
- Nörolojik belirtileri olan hastalarda elektroensefalografi (EEG), lomber ponksiyon; kan kültürü, serum kortizol düzeyi, toksin taraması, kan ilaç düzeyleri gibi ileri tectikler akılda bulunmalıdır.

Tablo 3. Psikotik Bozukluk Ayırıcı Tanısında Yardımcı Laboratuvar Testleri ve Görüntüleme Yöntemleri

Öncelikle Yapılması Gereken Laboratuvar Tetkikleri	Tam kan sayımı Elektrolit düzeyleri Glukoz Karaciğer-böbrek fonksiyon testleri Sedimantasyon Antinükleer antikor B12 ve folat düzeyi D vitamin düzeyi Tam idrar analizi İdrarda toksik madde analizi Anti-HIV Tiroid fonksiyon testleri (TSH, T3, T4)
Görüntüleme Yöntemleri	Kranial MRG ve BT
İleri Testler	Lomber ponksiyon Kan kültürü Serum kortizol düzeyi Toksik taraması Kan ilaç düzeyleri EEG

EEG: Elektroensefalogram, MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme, BT: Bilgisayarlı Tomografi

- Frontotemporal demansta psikoz, diğer demans alt tiplerinden daha sık olmakla beraber, psikotik belirtiler hastaların yaklaşık %20'sinde görülür.
- Meta-analiz çalışmaları demansa bağlı psikoz tedavisinde aripiprazol, olanzapin, ketiapin, risperidon arasında etkinlik ve güvenlik ölçümleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır.



Şekil 6. Multiple skleroz- alzheimer- frontotemporal demans'a sekonder gelişen psikoz özellikleri

4.4.3 Parkinson Hastalığı

- Parkinson hastalığı (PH) ne kadar motor özellikleriyle tanımlanan bir nörodejeneratif hastalık olsa da, bilişsel ve psikiyatrik belirtiler de önemli oranda görülmektedir.
- Psikoz, demansa eşlik edebilir. Hastalığın erken döneminde veya anti-parkinson tedaviye sekonder görülebilir. Psikoz durumunda antipsikotik tedavi için acele edilmemeli, var ise kullanmakta olduğu antiparkinson ilaçların dozları azaltılmaya çalışılmalıdır.



Parkinson hastalığına bağlı psikoz durumunda antipsikotik tedavi gerekli ise ketiapin, klozapin gibi ilaçlar düşük dozda başlanmalıdır. FDA tarafından onaylanan pimavanserin (dopaminerjik reseptörlerden bağımsız 5-HT_{2A} ters agonisti) tedavide önemli bir yer edinebilir.



Parkinson hastalığı psikozu (PHP) görülme sıklığı, çalışmalarda kullanılan farklı kriterlerden dolayı %15-40 olarak bildirilmiştir. Meta-analiz verilerine göre PH'de 12 yıldan sonra PHP %60 oranında görülür ve ileri evrede görülme sıklığı %82.7 olarak bildirilmiştir.



Şekil 9. Psikotik belirtiler ile ilişkilendirilen nörogelişimsel anomaliler.

4.9 Genetik Hastalıklar

4.9.1 Wilson Hastalığı

- Santral sinir sisteminde bakır birikimini içeren Wilson hastalığında, %2-11 arasında değişen psikoz prevalans oranları bildirilmiştir.
- Wilson hastalığındaki psikoz sadece varsanılar, sanrılar, düşünce bozukluklarının tipik belirtileri ile değil, aynı zamanda öfori, cinsel istek artışı ve katatoni de dahil olmak üzere birçok eşlik eden belirti ile ortaya çıkabilir.

4.9.2 Velokardiofasial Sendrom

- Velokardiofasial Sendrom (VKFS), heterozigot bir kromozom olan '22q11.2 delesyonundan kaynaklanır ve genetik durum ile psikoz arasında tanımlanan en güçlü ilişkidir.
- Major bulguları; yarık damak, dismorfik yüz görünümü, konotrunkal kardiyak anomaliler büyüme-gelişme geriliği, nörolojik bozukluklar ve öğrenme güçlüğüdür.
- VKFS tanılı hastaların %25-30'unda psikotik belirtiler görülebilmektedir.



VKFS'de görülen psikozda genellikle standart antipsikotik tedavi protokolleri tavsiye edilir. Bu hastalar antipsikotikler ile EPS (ekstrapiramidal semptomlar) daha duyarlı olabilir. Yapılan geriye dönük bir çalışmada, eşleştirilmiş kontrolle karşılaştırıldığında daha düşük dozların yeterli olduğu saptanmıştır. Buna karşın hasta grubunun yarısı klopabin ile ciddi bir yan etki yaşamıştır.

- Paranoid sanrılar, yüz ve damak anomalileri, kardiyak problemleri olan genç yaşta hastalarda VKFS'nin akla gelmesi hastaya özgü tedavi planlaması yapılmasını sağlayabilecek ve fazladan şizofreni tanısını engelleyecektir.

depresyon dönemlerinde yaklaşık %20 dir. Fransa'da yapılan bir çalışmada yatarak tedavi gören BB mani dönemindeki 1000 hastanın yaklaşık %50 sinde psikotik belirtiler görülmüştür. BB tanılı kadınlarda psikotik özelliklerin daha sık olduğu ve yaş ilerledikçe depresif dönemlerin sıklığının arttığı bildirilmiştir

3. ETİYOLOJİ VE PATOFİZYOLOJİ

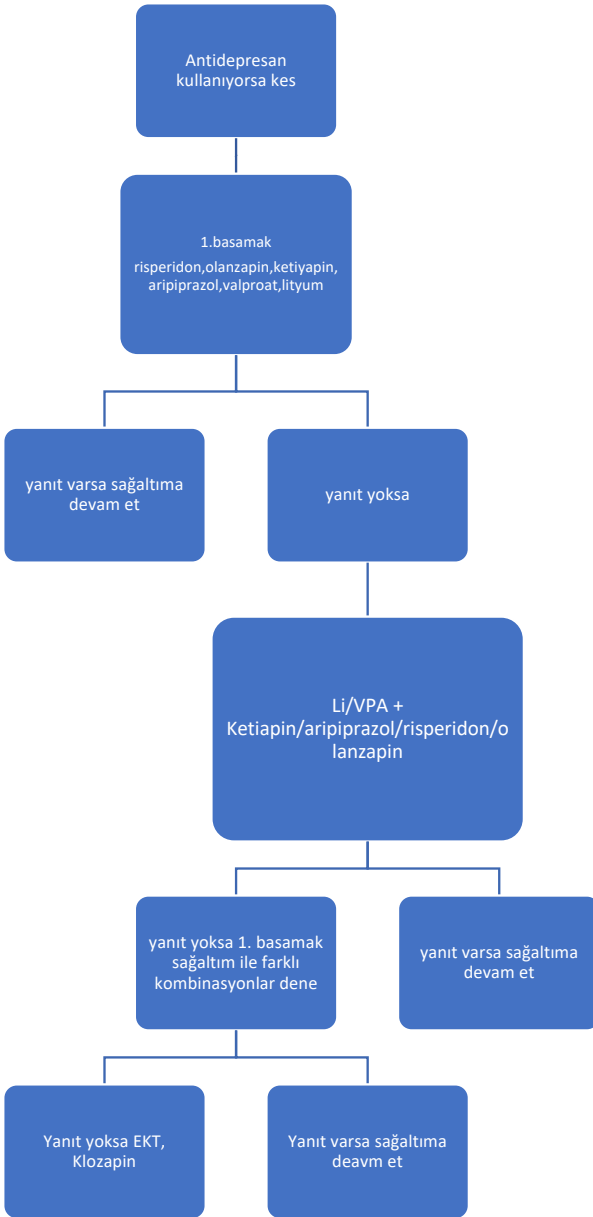
- BB nörobiyolojik bir temeli olan, genetik bir zeminde ortaya çıkan biyopsikososyal stresörlerle tetiklenen psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Şizofreni, otizm spektrum bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun BB hastalarında ve akrabalarında daha sık görülmesi nörogelişimsel olan bu rahatsızlıklarla ortak patogenezi düşündürmektedir.
- Gelişim basamaklarından yürüme, konuşma ve tuvalet eğitimindeki gecikmelerin psikotik belirtili bipolar bozukluğu öngördüğü saptanmıştır.
- Fetal gelişimin birinci trimestrinde ve ikinci trimestrinin başında minör fiziksel anomaliler gelişebilmektedir. Bu anomalilerin ortaya çıkış zamanı nörogelişimsel bozukluklarla örtüşmektedir. Şizofreni, mani ve depresif döneme bağlı ilk psikotik dönemini yaşayan hastalarda yapılan bir taramada minör fiziksel anomali sıklığının kontrol grubundan fazla olduğu görülmüştür.

4. GENETİK VE BİYOMARKER ARAŞTIRMALARI

- Yapılan bazı çalışmalarda hücre adezyon molekülü yolağında görevli genler ile nörit uzanması ve radyal yayılımında rolü olan CACNA1C ile kortikal katlanmada görevli NCAN genlerinin BB ile; DISC1 geninin psikotik belirtili BB ile ilişkili olduğu görülmüştür. DISC1 geninin mRNA ifadesindeki azalma, bipolar bozukluğun klinik semptomları ile ilişkili olabilir.
- Genetik yükü belirlemek için poligenetik risk skoru (PRS) hesaplanmaktadır. Şizofreni için saptanan PRS'nun BB-1'de BB-2'ye göre daha yüksek bulunduğu ve psikotik belirtili bipolar bozuklukta psikotik belirtili olmayana göre daha yüksek olduğu bilinmektedir.
- Şizofreni için PRS'nun yüksek olduğu BB hastalarının lityuma yanıtlarının daha kötü ve psikotik belirti görülme olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür.

5. TANI KRİTERLERİ

- BB-1 tanısı için en az bir mani dönemi olmalıdır. Hipomani ya da depresif dönemler gözlenebilir. BB-2 tanısı için bireyin en az bir hipomani dönemi ve hipomani dönemi dışında depresif dönem de geçirmiş olması gerekir. Mani ve hipomani dönemi arasında süre kriteri dışında da bazı farklar vardır. Hipomani döneminde psikotik bulguların olması önemlidir.



Psikotik belirti varsa tedavide antipsikotik ilaç yer almalıdır

rülmeyen depresyonda yüksek dopamin beta hidroksilaz aktivitesi saptanmıştır.

4. GENETİK VE BİYOMARKER ARAŞTIRMALARI

- Bağımsız olarak aktarılan bir psikoz özelliğinin, beyin hücresi yapışma molekülünü kodlayan ve insan dilinin evriminde rol oynayan X ve Y kromozomlarındaki (protokaderin XY) az sayıda gen dizisine bağlı olduğu düşünülmüştür.

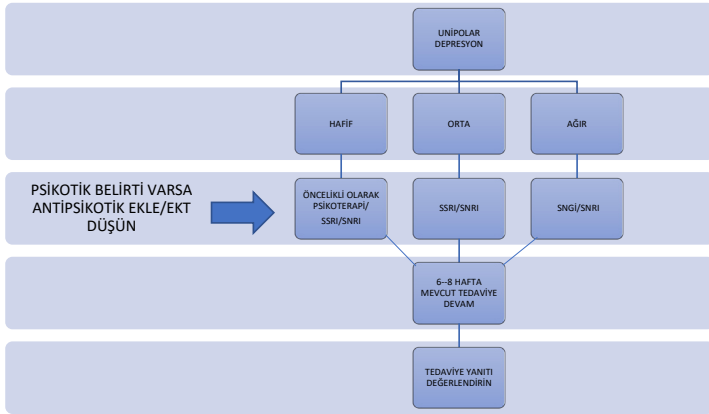
4.1 Aile Çalışmaları

- Psikotik özellikler görülen depresyonu olan hastaların birinci derece akrabalarında psikotik özellikler görülmeyen depresyonu olan hastaların aile üyelerine göre daha yüksek oranlarda depresyon ve psikotik özellikler görülen depresyon alt tipi saptanmıştır.
- Psikotik özellikler görülen depresyonu olan hastaların akrabalarında psikotik özellikler görülmeyenlere göre iki uçlu bozukluk bulunma riskinin 6 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir.
- Duygudurumla uyumlu olmayan psikotik özellikler gösteren depresif hastaların akrabalarında, duygudurumla uyumlu olanlarınkine göre yaşam boyu depresyon gelişme oranının daha düşük, şizofreni gelişme oranının ise daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

4.2 Biyomarker

- Peroksizom proliferatif aktivatör gama reseptörünün (PPAR gama) adiposit farklılaşmasında, glikoz ve lipid metabolizmasında rol oynadığı düşünülerek metabolik disregülasyondaki yeri araştırılmıştır. Şizofrenide PPAR gama gen varyasyonlarının değişen kan şekeri düzeyi ile psikoz profili arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar vardır. Daha önce yapılan çalışmalarda sağlıklı kontrol ile kıyaslanan erişkin şizofreni hastalarında PPAR gama seviyesinde düşüklük bulunmuştur. PPAR gama gen modifikasyonun mu psikoz ve metabolik sendroma yol açtığı, yoksa psikoz gelişiminin mi metabolik bozukluğa yol açtığı yönünde araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Yapılan bir çalışmada PPAR gama bakımından gruplar karşılaştırıldığında; MDB ve PÖD grupları arasında anlamlı fark bulunmazken; MDB ve PÖD gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hs-CRP bakımından gruplar karşılaştırıldığında; MDB grubunda PÖD ve kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunurken, PÖD ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

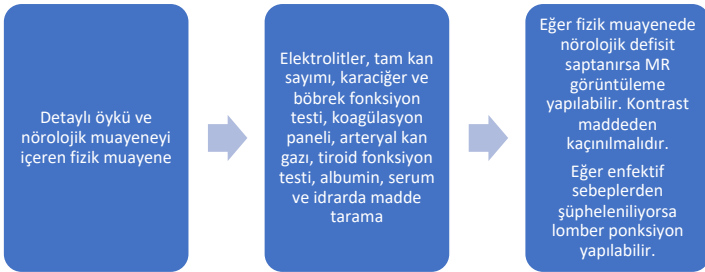
8. TEDAVİ



- Bir antidepresan ve antipsikotikle kombine tedavi genellikle ilk basamakta önerilir. Yakın zamana kadar bu uygulamayı destekleyen veriler kısıtlıydı.
- Yapılan bir randomize kontrollü çalışmada tek başına olanzapin için %35, plasebo için %28, olanzapin fluoksetin kombinasyonu için %64 yanıt oranı bulunmuştur. Psikotik özellikler görülen depresyonun farmakoterapisi çalışmasında (STOP-PD) olanzapin sertralin kombinasyonunda remisyon oranı %42 bulunurken, tek başına olanzapinde %24 bulunmuştur. Bir antidepresanın ketiapin, aripiprazol, amisülprid ile güçlendirilmesinin etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Bir randomize kontrollü çalışmada venlafaksinle kombine edilen ketiapinin tek başına venlafaksinden daha etkili olduğu ancak tek başına imipraminden daha etkili olmadığı bulunmuştur.
- NICE rehberi akut psikotik depresyon tedavisinde bir antidepresanın bir antipsikotik ile güçlendirilmesini önerir.
- Antidepresan ve antipsikotik kombinasyonu ile optimum tedavi süresi hakkında yeterli bilgi yoktur. Psikotik özellikler görülen depresyonda STOP-PD çalışmasının devam eden aşamasından elde edilen kanıtlar, sertralin ile kombine edilen olanzapinin kesilmesinin uzun vadede sonucu kötüleştirdiğini göstermektedir. Akut hastalığın iyileşmesinden sonra kombine tedavinin sürdürülmesini önermek için yeterli kanıt olabilir ancak fikir birliği yoktur.
- Ketiapin ve olanzapin gibi bazı antipsikotik ilaçların antipsikotik etkilerinin yanında antidepresan etkileri de vardır. Bu nedenle antidepresan tedaviye ekleme ajanı olarak kullanılması önerilmektedir.
- Psikotik özellikler görülen depresyon EKT endikasyonlarından biridir. EKT etkili olmakla kalmaz psikotik özellikler görülen depresyonda psikotik özellikler görülmeyen depresyona göre nüks açısından daha koruyucu olabilir.

- Literatürde hiperemezis gravidarum sonrası tiamin eksikliğine bağlı katatonik, psikotik semptomları olan Wernicke Ensefalopati olguları bulunmaktadır.
- Klinikte konfüzyon, ataksi ve okulomotor disfonksiyon (nistagmus) triadıyla karşımıza çıkar.
- Tiamin eksikliği tanısından şüphelenildiğinde serumda transketolaz aktivitesi ve tiamin pirofosfat konsantrasyonu bakılabilir.
- MR'da aqueduct serebri, 3. ve 4. Ventriküller etrafında artmış T2 intensitesi görülür.
- Şüphelenilen vakalarda laboratuvar sonuçlarını beklemeden tiamine replasmanına başlamak hayati önem taşır. Günde 100 mg intravenöz tiamin replasmanı önerilmektedir.
- Gebelik ya da doğumun over teratomunda bağımsız şekilde anti-NMDAR ensefalitini tetikleyebileceğine dair vaka örnekleri mevcuttur. Prodrom dönemde halsizlik, yorgunluk gibi grip benzeri semptomların ardından sanrılar, varsanılar, ajitasyon, dikkat dağınıklığı, epileptik nöbetler görülebilir. Hastanın dezorganize düşünce ve davranışlarına ilişkin içgörüsünün olmasıyla ilk atak psikozdan ayrılır. Antipsikotik tedavilere yanıt oranı düşüktür.

2.1. Hamilelikte İlk Defa Psikotik Semptomları Olan Hastayı Nasıl Değerlendirmeliyiz?



Şekil 2. Gebelikte ilk atak psikoz değerlendirmesi.

- Organik ve farmakolojik sebepler ekarte edildikten sonra detaylı psikiyatrik tanısal muayene yapılmalıdır.

Tablo 3. Türk Medeni Kanunu Madde 432 Koruma Amacı İle Özgürlüğün Kısıtlanması

Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arzeden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması hâlinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir. Görevlerini yaparlarken bu sebeplerden birinin varlığını öğrenen kamu görevlileri, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar.

Bu konuda kişinin çevresine getirdiği külfet de göz önünde tutulur.

İlgili kişi durumu elverir elvermez kurumdan çıkarılır.

- Bu maddelere göre, akıl hastalığı nedeniyle kendisine veya başkalarına zarar verme tehlikesi bulunan bireylerin zorunlu olarak bir sağlık kuruluşuna yatırılmasına karar verilebilir. Zorunlu yatış kararları, genellikle bireyin sağlık durumu, tehlike arz etme potansiyeli ve mevcut tedavi süreçlerine uyumsuzluğu gibi faktörler göz önünde bulundurularak verilir.
- Zorunlu Yatışın Hukuki Boyutları: Zorunlu yatış, bireyin rızası olmadan uygulandığı için hukuki ve etik açıdan tartışmalıdır. Zorunlu yatış kararı alınırken bireyin sağlık durumunu, tedaviye ihtiyacı ve toplum güvenliği dikkate alınmalıdır. Zorunlu tedavi sürecinde kişinin temel hakları korunmalı ve mahremiyeti gözetilmelidir.
- Sağlık çalışanları, zorunlu tedavi gören hastalara tedavi uygulamasında etik ilkelere uygun hareket etmelidir. Mümkün olduğunca tedavi için onamı alınmalıdır. Zorunlu yatışın gerektiği durumlarda, bireyin en iyi sağlık hizmetini alması ve insan onurunun korunması öncelikli olmalıdır.

1.3. Ceza muhakemesi kanunu (CMK) 74. Madde: Gözlem Kararları

- Psikotik bozukluk tanısı olanların gözlem altına alınması, Ceza muhakemesi kanunu (CMK) 74. madde kapsamında düzenlenmiştir. Bu madde, suç işlediği iddia edilen ve cezai ehliyeti konusunda şüphe bulunan bireylerin hakkında kanaat oluşturulması için gözlem altına alınmasını sağlamaktadır.
- Gözlem Kararlarının Uygulanması: Gözlem altına alınan bireylerin hakları, bu süreçlerin adil ve insan haklarına uygun bir şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla belirlenmiştir. Gözlem sürecinde bireylerin tıbbi bakım ve tedaviye erişim hakları korunmalı, aynı zamanda mahremiyeti gözetilmelidir. Gözlem altındaki bireylerin, sürecin her aşamasında bilgilendirilmesi ve haklarının korunması için gerekli tedbirler alınmalıdır. Sağlık çalışanları, gözlem süresince tarafsız ve objektif değerlendirme yapmaya özen göstermelidir.

Psikotik Bozukluklar Akıl Notları

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

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



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13

