

# Psikiyatri



## 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**



# Psikiyatri



## Akıl Notları

**Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !**

**Editör**

**Prof. Dr. Lut Tamam**

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı



**GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ**

# PSİKİYATRİ AKIL NOTLARI

Copyright © 2023

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: 978-975-277-938-9

*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 Inan 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  
info@guneskitabevi.com



# ÖNSÖZ

Ruh sağlığı çalışanlarının ayrıntılı bilgiler içeren birçok kitabı eğitim süreçleri içerisinde okuması gerekmektedir. Elinizdeki kitapta daha önce edinilen bilgilerin hızlı bir şekilde tekrar edilmesini kolaylaştırma ve psikiyatrik bozuklukların DSM-5 ile ICD-11 gibi güncel tanı kriterleri çerçevesinde ele alınması amaçlandı. Kitap, psikiyatrik bozuklukların tanımını, etiyolojisini, epidemiyolojisini klinik özelliklerini, ayırıcı tanıları ile gidiş ve sonlanışın en önemli kısımları vurgulayarak okuyucuya sunmaktadır. Her bir bölümde anlatılan psikiyatrik bozukluğun içerisinde kutucuklar ve reçete örnekleri ile öğrenmenin kolaylaştırılması ve pekiştirilmesi amaçlanan bu eserin okuyuculara faydalı olmasını diliyoruz.

Bu eserin yazımının gerçekleşmesinde büyük emeği olan değerli hekim arkadaşlarımız sosyal hayatları ve aileleri ile geçirecekleri zamanı kısıtlayarak önemli bir çaba gösterdiler. Bu kitabın yazımında katkısı olan tüm meslektaşlarıma teşekkür ederim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Lut Tamam

2023



# YAZARLAR

(Soyadı sırasına göre)

**Doç. Dr. Mehmet Emin Demirkol**  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

**Uzm. Dr. Özge Eriş Davut**  
Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Psikiyatri Kliniği

**Dr. Gazi Orkun Ediboğlu**  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

**Dr. Ali Meriç Kurt**  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

**Uzm. Dr. Mahmut Onur Karaytuğ**  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı

**Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Namlı**  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

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

**Doç. Dr. Kerim Uğur**  
Malatya Turgut Özal Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve  
Hastalıkları Anabilim Dalı

**Uzm. Dr. Caner Yeşiloğlu**  
Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği



# İÇİNDEKİLER

## **BÖLÜM 1: RUHSAL MUAYENE ..... 1**

*Dr. Lut Tamam, Dr. Caner Yeşiloğlu*

## **BÖLÜM 2: ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR ..... 15**

*Dr. Mahmut Onur Karaytuğ*

## **BÖLÜM 3: BİPOLAR BOZUKLUK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR ..... 29**

*Dr. Zeynep Namlı*

## **BÖLÜM 4: DEPRESİF BOZUKLUKLAR ..... 41**

*Dr. Mehmet Emin Demirkol, Dr. Caner Yeşiloğlu*

## **BÖLÜM 5: ANKSİYETE BOZUKLUKLARI ..... 53**

*Dr. Mehmet Emin Demirkol, Dr. Ali Meriç Kurt*

## **BÖLÜM 6: OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR ..... 69**

*Dr. Mehmet Emin Demirkol.*

## **BÖLÜM 7: TRAVMA VE STRESÖRLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR ..... 79**

*Dr. Caner Yeşiloğlu*

## **BÖLÜM 8: SOMATİK BELİRTİ VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR ..... 89**

*Dr. Kerim Uğur*

**BÖLÜM 9: BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI . . . . 121***Dr. Lut Tamam, Dr. Caner Yeşiloğlu***BÖLÜM 10: UYKU-UYANIKLIK BOZUKLUKLARI . . . . . 135***Dr. Özge Eriş Davut***BÖLÜM 11: CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI . . . . . 165***Dr. Zeynep Namlı, Dr. Gazi Orkun Ediboğlu***BÖLÜM 12: YIKICI BOZUKLUKLAR,  
DÜRTÜ DENETİMİ VE DAVRANIM BOZUKLUKLARI . . . 177***Dr. Mahmut Onur Karaytuğ, Dr. Gazi Orkun Ediboğlu***BÖLÜM 13: KİŞİLİK BOZUKLUKLARI . . . . . 189***Dr. Mahmut Onur Karaytuğ, Dr. Gazi Orkun Ediboğlu*

somatik yakınmaları mı ön planda tutuyor, nefesinde alkol kokusu var mı gibi durumlar değerlendirilerek en yakın tanı ve ayırıcı tanıları hakkında fikir edinilir. Bu sürecin devamı olarak kimlik bilgileri alınmalıdır.

- Genel bilgi alma sürecinden sonra hastanın esas yakınmaları kendisi ve yakınlarına sorularak kaydedilmelidir. Yakınmalar mantıksız dahi olsa hastanın ifadeleri ile not edilmelidir. Yakınmaların öyküsü kronolojik olarak detaylı bir şekilde hekimin ifadeleriyle kaydedilmelidir.

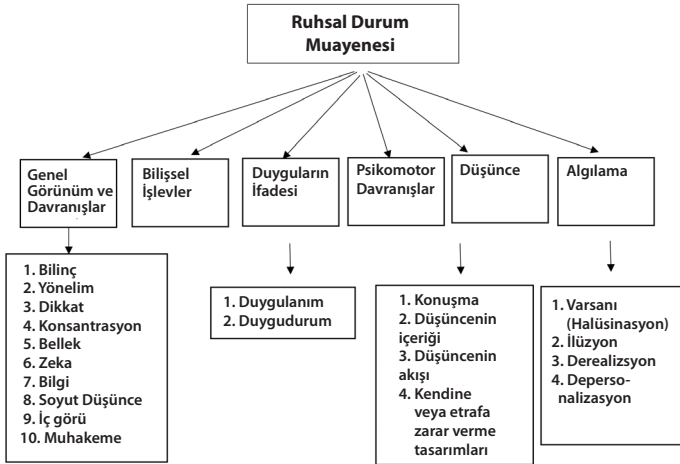


- İntihara yatkın hastalarda açık uçlu sorular ile yaşamaya verdiği değer sorgulanmalıdır. Daha önce intihar girişimi olup olmadığı sorgulanmalı varsa önceki girişim detayları öğrenilmelidir.

- Hastalık dışındaki kişisel ve sosyal öyküsü hastadan ve yakınlarından sorgulanmalıdır. Kişisel öykü kaydedilirken annesinin gebelik döneminden bulunulan güne kadar sorgulama yapılmalıdır. Çocukluk, ergenlik, yetişkinlik, askerlik dönemleri ve alkol-madde kullanımı öğrenilip kaydedilmelidir. Hastalık öncesi (premorbid) kişilik yapış ve işlevsellik düzeyi net olarak öğrenilmelidir. Fizik muayene her zaman yapılmalı ve kaydedilmelidir. Bu bilgiler tamamlandıktan sonra ruhsal durum muayenesi bulguları kaydedilmelidir.



- Hasta intihar ile ilgili plan ve hazırlıklar yaptığını bildirdiğinde yüksek riskli olarak değerlendirilmelidir. Klinisyen yüksek riskli değerlendirdiği hastaların güvenliğini sağlamak için önlem almalıdır.



Şekil 1. Ruhsal durum muayenesi temel bileşenleri

**Tablo 1.** Şizofreni ve Psikozla Giden Diğer Ruhsal Bozukluklar

| DSM-5                                         | ICD-11                                                         |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Şizofreni                                     | Şizofreni                                                      |
| Şizoaffektif bozukluk                         | Şizoaffektif bozukluk                                          |
| Şizotipal kişilik bozukluğu                   | Şizotipal bozukluk                                             |
| Kısa psikotik bozukluk                        | Akut ve geçici psikotik bozukluk                               |
| Sanrısız (Delüzyonel) bozukluk                | Delüzyonel (Sanrılı) bozukluk                                  |
| Şizofreniform bozukluk                        | Diğer Tanımlanmış Şizofreni veya Birincil Psikotik Bozukluklar |
| Maddenin /İlacın yol açtığı psikotik bozukluk |                                                                |
| Katatoni                                      |                                                                |



- Psikozlar üç geniş gruba ayrılabilir: idiyopatik psikozlar, tıbbi durumlara bağlı psikozlar (nörodejeneratif bozukluklar dahil) ve toksik psikozlar (kötüye kullanılan maddeler, reçeteli ilaçlar veya toksinler nedeniyle).

## Şizofreni

- Şizofreni, sanrılar, varsanılar, düşünce bozukluğu (tipik olarak düzensiz konuşma olarak kendini gösterir) ve dağınık davranış gibi semptomlarla kendini gösteren, gerçekliği değerlendirmede önemli bozukluklar ve davranış değişiklikleri ile karakterize edilen bir bozukluktur.

### Şizofreni belirtileri genel olarak üç kategoriye ayrılır:

- **Pozitif belirtiler:** Tipik olarak psikozun belirtileri olarak kabul edilen sanrılar, varsanılar ve düzensiz düşünceleri ve konuşmayı içerirler. Pozitif semptomlar genellikle ilaca iyi yanıt verir ve hastalık boyunca yaş ilerledikçe sıklığı ve şiddeti azalır.
- **Negatif belirtiler:** Bu belirtilerin varlığında kişi kişisel temizliğini ihmal edebilir veya duygusuz görünebilir (göz teması kurmaz, yüz ifadelerini değiştirmez veya monoton konuşur). Ayrıca, kişi günlük aktivitelere olan ilgisini kaybedebilir, sosyal olarak geri çekilebilir veya zevk alma yeteneğinden yoksun olabilir.
- **Bilişsel belirtiler:** Bilgiyi alma ve hatırlama yeteneği ile sözel akıcılık, hafıza, muhakeme, problem çözme ve işleme hızı etkilenir. Sözel hafıza ve dikkatin en çok etkilendiği görülmektedir. Sözel hafıza bozukluğu, azalan semantik işleme seviyesiyle ilişkilidir (anlamı kelimelerle ilişkilendirme).



- Çalışmalar, bir glutamat reseptörü olan NMDA reseptörünün ekspresyonunun azalmasının ve fensiklidin ve ketamin gibi glutamat bloke edici ilaçların şizofreni ile ilişkili semptomları ve bilişsel sorunları taklit edebildiğini göstermiştir.

**Tablo 4.** Şizofreni ve Sanrısız Bozukluk Arasında Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırma

| Şizofreni                                              | Sanrısız Bozukluk                                              |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Bizar veya bizar olmayan sanrılar                      | Genellikle bizar olmayan sanrılar                              |
| Günlük işlevsellik belirgin bir şekilde bozulur.       | İşlevsellik belirgin bir şekilde etkilenmez.                   |
| Aşağıdakilerden 2 veya daha fazlasına sahip olmalıdır. | Sol sütunda açıklanan şizofreni kriterlerini karşılamamalıdır. |
| 1. Sanrılar                                            |                                                                |
| 2. Varsanılar                                          |                                                                |
| 3. Düzensiz konuşma                                    |                                                                |
| 4. Düzensiz davranış                                   |                                                                |
| 5. Negatif belirtiler                                  |                                                                |

### Şizofreniform Bozukluk

- Şizofreniform bozukluğun belirtileri şizofreni ile aynıdır ancak süre olarak 1 ay ile 6 ay arasında sürer. 6 aydan uzun sürerse şizofreni tanısı konmalıdır. İşlevsellikte bozulma olmaksızın da tanı konulabilir. Yaklaşık 1/3'ü 6 aylık süre içinde iyileşir ve uzun vadede hastalıkta ilerleme gelişmez. Ancak kalanlar ya şizofreni ya da şizoafektif bozukluk olarak değişir. Aile öyküsü olanlarda görülme sıklığı artmıştır. şizofreniform bozukluk yaygınlığının %0,05 olduğu tahmin edilmektedir.

### Tedavi

- 6 aylık antipsikotik tedavisi ve destekleyici psikoterapi önerilmektedir.



- Klozapin, bir hasta hem tipik hem de atipik antipsikotiklerde tedaviye yanıt vermediyse şizofreni tedavisi için düşünülür. Çok etkili bir ilaçtır ancak nadiren agranülositoza neden olabileceğinden hastalar düzenli olarak izlenmelidir (Beyaz küre ve mutlak nötrofil sayıları açısından izlenmelidir).

### Kısa Psikotik Bozukluk

- Varsanı, sanrı, dezorganize konuşma ya da büyük oranda dezorganize ya da katatonik davranış gibi belirtilerden en az biri ile beliren, bir gün ile bir ay kadar süren bozukluktur. Birey hastalık öncesi dönemdeki işlevselliğine tamamen döner. Tekrarlama olasılığı yüksektir. Hastaların %64.4'ünün daha sonra Bipolar Bozukluk ya da Şizofreni tanısı aldıkları, tanısı değişmeyen hastaların ise %54.8'i ise başka bir atak geçirmezken %45.2'sinin tekrar hastalandığı belirlenmiştir.
- Bu durum bazen postpartum dönemde, bireyin yaşadığı kültürde stresör kabul edilebilecek bir yaşantı sonrası ya da herhangi bir etken olmaksızın gelişebilir.

## Ayırıcı Tanı

- Kimi durumlarda sanrı olarak değerlendirilen düşüncenin gerçek çıktığı da olabilir. Bu nedenle birey hakkında birden fazla bilgi kaynağına ulaşmak hedeflenmelidir. Obsesif kompulsif bozukluk: Obsesyonlarının ve kompulsiyonlarının gerçek inançlar olduğuna ikna olmaya devam eden bir kişiye, içgörü eksikliği olan obsesif kompulsif bozukluk teşhisi konulmalıdır. Şizofreniform bozukluk ve şizofreni: Bu, şizofreninin aktif fazının diğer semptomlarının varlığıyla sanrılı bozukluktan ayırt edilebilir. Deliryum/majör nörobilişsel bozukluk: Sanrılı bozukluğu taklit edebilir, ancak belirtilerin kronolojisine göre ayırt edilebilir. Depresyon veya bipolar bozukluk: Sanrılar duygudurum dönemlerinde ortaya çıkar. Sanrısız bozukluk, yalnızca sanrılarının süresi duygudurum semptomlarının toplam süresini aştığında teşhis edilir.

## Tedavi

- Şizofreni tanılı hastalarda kullanılan antipsikotik ilaçlar bu bozuklukta da kullanılmaktadır. Ayrıca destekleyici terapi de yararlı olabilir.

### Rp

#### Psikotik alevlenme örnek reçete:

1. Haloperidol 10 mg im s:1x1
2. Biperiden im s:1x1 (p.r.n)
3. Olanzapin 10 mg po s:1x1 tb (akşam tok karnına)

## Gidiş ve Sonlanım

- Tedavi ve ilaç uyumu ile sanrısız bozukluğun prognozu daha iyidir. Hastaların neredeyse %50'si ilaçlara iyi yanıt verir; hastaların %20'sinden fazlası semptomlarda bir azalma bildirir ve hastaların %20'den azı semptomlarda çok az değişiklik olduğunu veya hiç değişiklik olmadığını bildirir. İyi bir prognozla yüksek sosyal ve mesleki işlevsellik, 30 yaşından önce erken başlangıç, kadın, semptomların ani başlangıcı ve kısa süreli olması ile ilişkilidir.

### !

- Tardif diskinezi, en sık olarak en az 6 aylık ilaç tedavisi sonrasında yaşlı kadınlarda görülür. Hastaların küçük bir yüzdesi spontan remisyon yaşayacaktır, bu nedenle klinik olarak uygunsu tabloya neden olan ilacın kesilmesi düşünülmelidir.

## Bipolar Bozukluk Tedavisinde İlaçlar

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Akut Bipolar Depresyon</b> | <p>ABD Gıda ve İlaç İdaresi tarafından (FDA) onaylanan tedaviler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kariprazin</li> <li>• Lurasidon</li> <li>• Ketiyapin</li> <li>• Olanzapin-fluoksetin kombinasyonu</li> </ul> <p>FDA onayı olmayan tedaviler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lumateperon</li> <li>• Lityum</li> <li>• Lamotrijin</li> <li>• Antidepresanlar</li> <li>• Elektrokonvulsif terapi</li> <li>• Tekrarlayan transkraniyal manyetik stimülasyon (TMS) tedavisi</li> </ul> |
| <b>Akut Mani</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lityum</li> <li>• Valproik asit</li> <li>• Karbamazepin</li> <li>• Aripiprazol</li> <li>• Asenapin</li> <li>• Kariprazin</li> <li>• Haloperidol</li> <li>• Olanzapin</li> <li>• Ketiyapin</li> <li>• Risperidon</li> <li>• Ziprasidon</li> <li>• Aripiprazol, asenapin, olanzapin, ketiapiin veya risperidonun lityum veya valproat ile kombinasyon tedavisi</li> <li>• Paliperidon* (FDA onayı yok)</li> </ul>                                                     |
| <b>İdame Tedavi</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lityum</li> <li>• Aripiprazol (oral ve uzun etkili enjektabl formu)</li> <li>• Asenapin</li> <li>• Lamotrijin</li> <li>• Paliperidon* (FDA onayı yok)</li> <li>• Ketiyapin ekleme tedavisi</li> <li>• Olanzapin</li> <li>• Risperidon (uzun etkili enjektabl form)</li> </ul>                                                                                                                                                                                       |

**Rp**

### Bipolar bozukluk manik atak reçete örneği

- Lityum 300 mg 3x1
- Olanzapin 10 mg 1x1
- Zuklopentiksol acuphase im 1x1 (acil serviste akut dönemde bir kez enjeksiyon yapıp kontrollerde devamına karar verilebilir)

## **Bipolar I Bozukluğu**

- Bir ya da daha fazla manik ya da karma belirtili atak, genellikle major depresif atak içermektedir.
- Tek bir manik atak varlığı ile BB-I tanısı konulabilmektedir.
- Tahmini yaşam boyu yaygınlığı %0,6-1 aralığındadır ve kadın ve erkeklerde benzer oranda görülmektedir.
- Etnik farklılık görünmemektedir ancak yüksek gelirli ülkelerde daha yaygındır.
- Genellikle 30 yaşından önce başlamaktadır ve ilk atağın görülme yaşı ortalama 18'dir.
- Etiyolojisinde biyolojik, çevresel, genetik ve psikososyal faktörler önemlidir.
- BB I, tüm önemli psikiyatrik bozukluklar arasında en yüksek genetik bağlantıya sahiptir.

## **Bipolar II Bozukluğu**

- Bir ya da daha fazla major depresif atak ve en az bir hipomanik atak içermektedir (manik atak kriterleri hiçbir zaman karşılanmamaktadır).
- Tahmini yaşam boyu yaygınlığı %0,4-1,1 aralığındadır ve kadınlarda daha yaygındır.
- Genellikle 30 yaşından önce başlamaktadır.
- Etnik farklılık göstermemektedir.
- Sıklıkla unipolar depresyon olarak yanlış tanı alır.
- BB-II yüksek atak sıklığı, psikiyatrik komorbidite oranları ve tekrarlayan intihar davranışlarıyla karakterizedir.
- BB-I'den daha iyi prognozu olduğu düşünülmektedir.



### **Manik Atak**

En az 1 hafta (veya hastanede yatış gerekiyorsa herhangi bir süre) süren ve aşağıdakilerden en az üçünü içeren (duygudurum irritabl ise dört belirti), anormal ve sürekli olarak yükselmiş, taşkın veya irritabl duygudurum ve anormal, sürekli olarak amaca yönelik aktivite veya enerji artışının olduğu belirgin bir dönem.

- Grandiyözite
- Uyku ihtiyacının azalması
- Konuşkanlık artışı ya da baskılı konuşma
- Fikir uçuşması
- Distraktibilite ve odaklanma güçlüğü
- Hedefe yönelik aktivite artışı (sosyal, mesleki veya cinsel) veya psikomotor ajitasyon
- Olumsuz sonuçlar doğurma riski yüksek olan zevk veren etkinliklere aşırı katılma

Semptomlar, bir maddenin (veya ilaç) veya başka bir tıbbi durumun etkilerine bağlı değildir ve klinik olarak belirgin bir sıkıntıya veya sosyal/mesleki işlevsellikte bozulmaya neden olmalıdır.

Manik atağa sıklıkla psikotik semptomlar eşlik etmektedir.

- Derealizasyon-Depersonalizasyon
  - Kontrolü kaybetme veya delirme korkusu
  - Ölüm korkusu
2. Panik atakların en azından bazıları beklenmediktir.
  3. Panik ataklar sonrası beklenti anksiyetesi ve/veya davranış değişiklikleri görülür.
  4. Panik ataklar, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında kaygı uyandıran durumlarla sınırlı değildir.
  5. Semptomlar başka bir tıbbi durumun sonucu değildir ve bir madde-nin veya ilacın merkezi sinir sistemi üzerindeki doğrudan etkilerinden kaynaklanmaz.
  6. Semptomlar, önemli sıkıntıya veya kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında önemli bozulmalara neden olur.



- Panik ataklar, diğer anksiyete veya korkuyla ilişkili bozukluklarda ve diğer ruhsal bozukluklarda ortaya çıkabilir ve bu nedenle panik atakların varlığı, Panik Bozukluğu tanısı koymak için tek başına yeterli değildir.

## Etiyoloji, Epidemiyoloji ve Eş Tanılar

- Panik bozukluğu (PB) ; ani, yoğun, beklenmedik, tekrarlayıcı panik ataklarla giden, gelecekteki olası ataklar ve bunların sonuçlarıyla ilgili endişenin görüldüğü bir kaygı bozukluğudur. Panik bozukluk tanısı koyabilmek için panik ataklar yeterli değildir. Panik ataklar diğer ruhsal bozukluklarda da görülebilen ani başlangıçlı kısa süren, otonomik bulguların eşlik ettiği kaygı-korku dönemleridir. Tekrarlayıcı panik ataklar ile birlikte “beklenti anksiyetesinin” varlığı ve/veya davranış değişikliklerinin olması ile tanı koyulur.
- Panik bozukluğun yaşam boyu yaygınlık oranının yapılan çalışmalarda %1.5-3.8 arası olduğu gösterilmiştir. Bu oranlar ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir ki bu da panik bozukluğun kültürel-coğrafi özelliklerden etkilendiğini gösterir. Kadınlarda erkeklerde yaklaşık 2 kat daha fazla görülür. Ortalama başlangıç yaşları 15-24 ve 45-54 yaşlarında pik yapmaktadır. Anksiyete bozuklukları içerisinde genetik yatkınlığın en belirgin olduğu bozukluk panik bozukluktur. Genetik yatkınlık dışında çevresel etkenler, geçmiş yaşantılar da gelişiminde rol oynar.
- Diğer anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar ve C kümesi kişilik bozuklukları PB'a eşlik edebilir.



- PB etiyolojisinde genetik yatkınlığın %30-50 arasında etkili olduğu düşünülmektedir.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Bir önceki kriterlerle toplam beş belirtiye çıkmak üzere, aşağıdaki belirtilerden en az biri bulunmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• İlgide azalma</li> <li>• Odaklanmakta güçlük</li> <li>• Uyuşukluk, kolay yorulma</li> <li>• Yeme isteğinde artış (özellikle belli gıdaları aşerme)</li> <li>• Uyku sorunları</li> <li>• Bunalmışlık ya da denetimini yitirmişlik</li> <li>• Göğüslerde duyarlılık ya da şişme</li> </ul> | <p>Somatik veya bilişsel belirtiler (Ek olarak bulunabilir)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uyuşukluk</li> <li>• Eklem ağrısı</li> <li>• Aşırı yeme</li> <li>• Aşırı uyuma (hipersomni)</li> <li>• Memede hassasiyet</li> <li>• Ekstremitelerin şişmesi</li> <li>• Konsantrasyon sorunları</li> <li>• Unutkanlık</li> </ul> |
| <p>En az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır. (Böyle bir doğrulamadan önce tanı geçici olarak konabilir.)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>Semptomların zamansal ilişkisi ve siklusun luteal ve menstrüel fazları ideal olarak en az iki semptomatik menstrüel döngü boyunca prospektif bir semptom günlüğü ile doğrulanmalıdır.</p>                                                                                                                                             |
| <p>Başka bir ruhsal bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir. Madde ya da fiziksel hastalıkla daha iyi açıklanamaz</p> <p>Semptomlar işlevsellik alanlarında önemli ölçüde bozulmaya neden olur.</p>                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Semptomlar başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz</p> <p>Semptomlar başka bir tıbbi durumun ve bir maddenin etkisine bağlı değildir. Semptomlar işlevsellik alanlarında önemli ölçüde bozulmaya neden olur.</p>                                                                                                             |

## Tedavi

- Tedavide antidepresan, antipsikotik ilaçlar ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) tercih edilmekle birlikte başarı oranı oldukça düşüktür. Genellikle belirtiler kalıcıdır.



Semptom başlangıçlı ve sürekli tedavi seçenekleri vardır.

Semptomların başlaması ile

- Essitalopram 10 mg/g, tek doz, sabah ya da akşam tok karna
- Sertralin 50 mg/g, tek doz, sabah ya da akşam tok karna
- Fluoksetin 20 mg/g tek doz, sabah tok karna menstürasyon kanaması ile birlikte ilaç kesilir.

Aralıksız seçici serotonin geri alım inhibitörü ilaçların kullanımı da önerilebilmektedir.

## Yıkıcı Duygudurum Bozukluğu

- DSM-5 ile birlikte yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu (YDDDB) depresif bozukluklar grubunda tanımlanmıştır. YDDDB tanımlaması öncesinde süregelen iritabilitesi ve patlayıcı öfke dönemleri olup bipolar bozukluk (BB) tanısı ile takip edilen olguların süreçte bipolaritesinin olmadığının anlaşılması sonrası yanlış belirlenene BB tanısının

## Cilt Yolma Bozukluğu (Ekskoriasyon)

- Ciltte berelenmeyle sonuçlanacak düzeyde şiddetli ve yineleyici şekilde deri yolma ile karakterize bir hastalıktır. Kişinin cilt yolmayı azaltma çabası yoğundur. Bu semptomlar kişinin işlevselliğinde bozulmaya neden olmaktadır. Deri yolma stres ile artmaktadır.
- Sıklıkla ergenlik döneminde başlangıç gösterir. Genellikle sivilcelenme ve bunları yolma gibi bir cilt problemi ile semptomlar ortaya çıkmaktadır. Yaşam boyu prevalansı %1.-1.5 aralığında bildirilmektedir. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklerin üç katıdır. Cilt yolma bozukluğu olan bireylerde iç görü genellikle korunur. Tedavisinde sıklıkla seçici serotonin geri alım inhibitörleri ve bilişsel davranışçı terapiler tercih edilmektedir.



- DSM-5'te ayrı birer hastalık olarak tanımlanan Trikotillomani ve cilt yolma bozukluğu ICD-11'de bedene odaklı yineleyici bozukluklar başlığı (6B25) altında Trikotillomani (6B25.0) ve Ekskoriasyon Bozukluğu (6B25.1) olarak tanımlanmaktadır.
- DSM-5'te tanımlanmış diğer OKB ve ilişkili bozukluklar grubunda jikoshu-kyofu olarak taijin kyusho sendromunun parçası olarak adlandırılan olfaktör referans sendromu ICD-11'de Olfaktör Referans Bozukluğu (6B22) adıyla kendi başına bir hastalık olarak tanımlanmıştır.
- DSM-5'te Somatik Belirti Bozuklukları ve ilişkili Bozukluklar başlığında tanımlanan hastalık anksiyetesi bozukluğu ICD-11'de Hipokondriazis (6B23) adıyla OKB ve ilişkili Bozukluklar grubunda tanımlanmıştır.

## KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APB), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- Del Casale A, Sorice S, Padovano A, Simmaco M, Ferracuti S, Lamis DA, Pompili M. (2019). Psychopharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD). Current neuropharmacology, 17(8), 710-736.
- Farhat LC, Olsson E, Nasir M, Levine JL, Li F, Miguel EC, Bloch MH. (2020). Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania: An updated systematic review with meta-analysis. Depression and anxiety, 37(8), 715-727.
- Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri El Kitabı, Altıncı Baskı, Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry çev. Ed. Tamam L, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2020.
- Kogan CS, Stein DJ, Rebello TJ, Keeley JW, Chan KJ, Fineberg NA, Reed GM. (2020). Accuracy of diagnostic judgments using ICD-11 vs. ICD-10 diagnostic guidelines for obsessive-compulsive and related disorders. Journal of affective disorders, 273, 328-340.



- AAB görülme sıklığı çocukluk döneminden ergenliğe ve erişkinliğe doğru azalır.

- AAB ilk kez DSM-III'te tanımlanmış ve çocukluk çağı bozukluğu olarak sınıflanmıştır. DSM-IV'te ise genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar arasında sınıflanılarak DSM-5'te ise anksiyete bozuklukları içerisinde sınıflamaya dahil edilmiştir. DSM-5 sınıflamasında 18 yaşından önce başlaması kriteri kaldırılıp erişkinlik döneminde 6 ay süre kriteri eklenmiştir. Evden veya bağlanılan kişiden ayrılmaya, başlarına kötü bir şey geleceğini düşünme ile ilgili aşırı derecede anksiyete duyulur. AAB olan kişiler bağlandıkları kişi olmadan evden çıkamayabilirler. Tek başlarına evde kalmak istemezler. Çocuklar geceleri tek başlarına kaldıklarında odalarında birilerinin-canavarların olduğundan bahsedebilirler. Bağlandıkları kişi olmadan uyuyamayabilirler. Geceler anne-babaları ile uyumak konusunda ısrarcı olabilirler. Çocuklarda bozukluğun kendisini göstermesi okul korkusu şeklinde olabilir.

## **Tedavi**

- Tedavide standart ve bozukluğa özgün bir tedavi yöntemi yoktur. Psikoterapiler veya medikal tedaviler kullanılabilir.

## **Özgül Fobi**

- Özgül fobi, belirli bir durum veya nesneyle ilgili olarak klinik olarak anlamlı düzeyde korku, kaygı oluşturan ve tipik olarak kaçınma davranışına neden olan bir anksiyete bozukluğudur. Korku yanıtı oluşturan nesne veya durum yokluğunda kişide herhangi bir anksiyete belirtisi olmaz. Fobik nesne ya da durumla karşılaştığında panik ataklara benzer bir anksiyete tablosu görülür. En sık hayvan, kapalı alan, yükseklik karşılaşılan tiplerdir. Yaşam boyu yaygınlık %11 civarındadır. Kadınlarda daha sık görülür.

## **Fobi Tipleri**

|             |                       |
|-------------|-----------------------|
| Zoofobi     | Hayvan korkusu        |
| Klostrofobi | Kapalı alan korkusu   |
| Eritrofobi  | Yüz kızarması korkusu |
| Mizofobi    | Pislik korkusu        |
| Niktofobi   | Gece korkusu          |
| Koprofobi   | Dışkı korkusu         |
| Pirofobi    | Ateş korkusu          |

**Tablo 5.** Uyku Hijyeni Önerileri**Uyku Hijyeni Önerileri**

- Aç iseniz yatmadan önce hafif atıştırmak
- Düzenli olarak egzersiz yapmak
- Yatmadan önce yaklaşık bir saat dinlenmek
- Eğer yatmadan önce aklınıza takılan bir konu varsa bunu bir yere yazıp sabah ilgilenmek
- Yatak odasını serin tutmak
- Yatak odasını karanlık tutmak
- Uykusuzluğun ne kadar kötü olduğu gibi olumsuz düşüncelerle aşırı uğraştan kaçınmak
- Yatmadan önce ağır egzersiz yapmamak
- Uyuyamadığımızda ağır yemek yememek
- Uykuya dalmak için alkol almamak
- Aksamustu saatlerinden itibaren çay-kahve tüketmemek
- Uyuyamadığımızda yatakta TV izlememek
- Uyuyamadığımızda yatakta bir şeyler okumamak
- Uyuyamadığımızda yatakta yemek yememe
- Yatakta egzersiz yapmamak
- Uyuyamayınca sigara eklemek
- Yatakta telefonla konuşmamak
- Uyku tutmadığı zamana sürekli ne kadar zaman geçtiğini takip etmek yerine yataktan kalkıp kitap okumak gibibedenin uyanmasına sebep olmayacak bir işle uğraşmak.

**Uyaran Kontrol Tedavisi**

- Tedavinin amacı uyku başlatma ile ilgili sorunların kısır döngüsünü kırmaktır. Tedaviden yanıt almak için disiplinle kuralları uygulamak ve sabırlı olmak gerekir.

**Tablo 6.** Uyaran Kontrol Tedavisi

1. Sadece uykulu iken yatağa gidin
2. Yatağı sadece uyumak için kullanın
3. Yatakta televizyon seyretmeyin, kitap okumayın, yemek yemeyin ve telefonla konuşmayın
4. Uyuyamadığınızda sinirli bir şekilde yatakta yatmaya devam etmek yerine başka bir odaya gidin, saate bakmaksızın uykunuz gelene kadar uyarıcı olmayan bir şeyler yapın
5. Her sabah aynı saatte kalkın, gündüz uyumayın ve gece aynı saatte yatın

**Uyku Kısıtlama Tedavisi**

- Yatakta uzun süreler uyumaksızın uzandığını bildiren bireyler için faydalı olabilecek bir uygulamadır. Hastanın gece yatakta geçireceği süre kısıtlanır, ancak bu süre 4 saatin altına inmemelidir. Gündüz uykusundan kaçınmak önemlidir. Gün içi uyku olacaksa yaklaşık 30 dakikalık uykuların üstüne çıkılmamalıdır.

Psikiyatrik bozukluklar da etyolojide yerini almaktadır. Sosyal aktivite, egzersiz, yeme- içme gibi davranışlar 'zeitgeber' olarak da bilinen ışık harici düzenleyiciler olarak tanımlanmıştır. Görme engelli bireylerin retinal gangliyon hücrelerinin etkilenip etkilenmemesine göre fotik uyarana yanıt değişmektedir. Prevalansının %0.04 ila %0.25 arasında olduğu belirlenmiştir.

- Gecikmiş faz sorunu olanlar insomnia ile karışacak şekilde geç uyuma düzenine sahipken ileri uyku uyafazı olanlar gece uyanık kalmakta zorlanır ve sabah çok erken vakitlerde kalkarlar. Kronoterapi biyolojik saatin düzenlenmesinde kullanılan bir tekniktir. Kişinin pacemaker mekanizması uyku-uyanıklık programına senkronize olana kadar devam eder. Işık ya da fototerapi parlak ışığın pacemaker mekanizma üzerindeki etkisinin gözlenmesi üzerine kullanılmaya başlanmıştır. Uyku fazı kayması olan bireylerde kullanılabilir. Özellikle vardiyalı çalışan, astronot ve jet-lag sorunu olanlarda önerilir.
- Melatonin, pacemaker mekanizmanın endojen substratıdır. Melatonin karanlıkta salgınır beyne uyku zamanını işaret eder. Parlak ışık melatonin salgınımı baskılar. Hem melatonin hem de melatonin reseptör agonisti sirkadin, tasimelton, ramelton ve agomelatintedavide kullanılmaktadır.
- Sirkadiyen bozulma, kanser, metabolik hastalıklar, inflamatuvar hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, uyku bozuklukları ve nöropsikiyatrik bozuklukların etyolojisinde rol oynamaktadır. Ayrıca uyku bozuklukları kimi zaman hayati olabilecek kazalara yol açabilir.



Melatonin sirkadiyen sistemin ana düzenleyicisidir.

- Kronoterapi, gecikmiş uyku-uyanıklık fazı bozukluğunda, uyku fırsatını istenen yatma saatine ulaşılan kadar her gün 3 saat geciktirerek uyku zamanlamasını iyileştirmek için bir stratejidir
- Işık tedavisi, sabahları 2 saat 2500 lüks ışığa maruz kalıp, akşamları ışıktan kaçınma
- Mavi ışık (elektronik cihazlardan yayılan ışıklardan) özellikle uykudan önceki 2-3 saat uzak durmak
- Melatonin, melatonin agonistleri ramelton, agomelatin, tasimelton kullanılabilir. Melatonin 0,5-5 mg dozlarda ideal olarak uplanlanan uyku saatinden 5-6 saat önce önerilir. Uykululuk sorunu yaşanması durumunda 1-3 saat önce alınması önerilebilir. Ayrıca araç kullanımı gibi uyanıklık gerektiren işlerden 8 saat önceye kadar alınmamalıdır.
- Oreksin antagonist
- Farmakoterapi ile ışık terapilerinin kombine kullanımı daha iyi sonuçlar sağlamaktadır. Ancak anahtar nokta zamanlamadır.

süel Disfonksiyonlar' başlığı altında cinsel istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki bozukluklar tanımlanmış. DSM-III-R'de 'Cinsel Tiksinti Bozukluğu', DSM-IV'te 'Genel Tıbbi Duruma Bağlı...' ve 'Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozuklukları', DSM-IV-TR'de 'Başka Türli Adlandırılamayan Cinsel İşlev Bozuklukları' tanı kategorileri eklenmiştir. DSM-IV-TR'de Parafililer, Cinsel İşlev Bozuklukları ve Cinsel Kimlik Bozuklukları şeklinde üç ana grupta değerlendirilmiş olmasına karşın DSM-5'te tanı ölçütlerine zaman sınırlaması gelmesiyle beraber DSM-IV-TR'de yapılan gruplandırma yapılmamıştır.

#### DSM-5 Cinsel İşlev Bozuklukları Başlığı Altında Bulunan Bozukluklar;

- Erkeğin Düşük Cinsel İstek Bozukluğu
- Kadının Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu
- Sertleşme Bozukluğu
- Kadında Orgazm Bozukluğu
- Erken Boşalma
- Geç Boşalma
- Cinsel organlarda-Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu
- Maddenin /İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Bir Cinsel İşlev Bozukluğu
- Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozukluğu



#### ICD-11'de Cinsel İşlev Bozuklukları Tanımı:

- Erişkin insanların cinsel aktiviteleri deneyimleme ile ilgili en az birkaç ay boyunca, belirgin bir sıkıntıya neden olan ve sık sık ortaya çıkan zorluk yaşaması olarak yapılmıştır.

#### ICD-11 Cinsel İşlev Bozuklukları Başlığı Altında Bulunan Bozukluklar;

- Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu
- Cinsel Uyarılma Bozuklukları
  - i. Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu
  - ii. Erkeklerde Erektile Disfonksiyonu
- Orgazm Bozuklukları-Anorgazmi
- Ejekülasyon Disfonksiyonu
  - i. Erken Boşalma
  - ii. Geç Boşalma
- Cinsel Ağrı-Penetrasyon Bozukluğu
- Diğer Tanımlanmış Cinsel İşlev Bozuklukları
- Tanımlanmamış Cinsel İşlev Bozuklukları

# Psikiyatri Akıl Notları

|                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------|-----|
| Ruhsal Muayene                                              | 1   |
| Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar                     | 15  |
| Bipolar Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar                    | 29  |
| Depresif Bozukluklar                                        | 41  |
| Anksiyete Bozuklukları                                      | 53  |
| Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar          | 69  |
| Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar                    | 79  |
| Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar                     | 89  |
| Beslenme ve Yeme Bozuklukları                               | 121 |
| Uyku-Uyanıklık Bozuklukları                                 | 135 |
| Cinsel İşlev Bozuklukları                                   | 165 |
| Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları | 177 |
| Kişilik Bozuklukları                                        | 189 |

ARADIĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



[www.guneskitabevi.com](http://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



9 789752 779389