

DERLEME

Az Bilinen Bir Konu “Fonksiyonel Konfüzyon nedir”: Bir Gözden Geçirme

Salim Çağatay KAĞIZMAN¹, Çiçek HOCAOĞLU²

¹ Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Çorum, Türkiye.

² Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Rize, Türkiye.

ÖZET

Zamana, yere ya da kişiye karşı yönelim bozukluğunun görüldüğü bilinç bozukluğu konfüzyon olarak tanımlanır. Konfüzyonun tanımlanmış çeşitli nedenleri vardır. Konfüzyonun fonksiyonel etiyojisi en az bilinen durumlardan biridir. Psikiyatri muayenelerinde seans esnasında kafa karıştıran ve tanımlayıcı olmayan şikayetler, hikâyeye odaklanamama, anlamlı cevaplar alamama gibi durumlar görülebilir. Bu gibi durumlarda, fonksiyonel konfüzyonun varlığından söz edilebilir. Fonksiyonel konfüzyon için en önemli risk faktörünün hem güncel hem de çocukluk çağındaki travmatik yaşam deneyimlerinin varlığı olduğu düşünülmektedir. Psikiyatrik bozukluklarda fonksiyonel konfüzyon görülebilir. Bu yazıda fonksiyonel konfüzyon tanımlanacak ve klinik sunumu incelenecektir.

Anahtar Kelimeler: Fonksiyonel konfüzyon. Psikiyatrik bozukluklar. Psödodeliryum. Disosiyasyon.

A Little Known Topic “What is Functional Confusion”: A Systematic Review

ABSTRACT

The term confusion is defined as disorientation towards time, place or person. There are several identified causes of confusion. The functional etiology of confusion is one of the the least known condition. In the psychiatric examinations situations like that confusing and not defining complaints, not focusing on the story, and not getting purposeful answers can be seen during the session. In such cases, the existence of functional confusion can be suggested. The most important risk factor for functional confusion is thought to be the presence of both current and childhood traumatic life experiences. Functional confusion can be seen in psychiatric disorders. In this article, functional confusion will be defined and its clinical presentation will be examined.

Keywords: Functional confusion. Psychiatric disorders. Pseudodelirium. Dissociation.

Bilinç bozukluğunun pek çok nedeni tanımlanmıştır. Klinik ve etiyojisi belirlemek için hasta bakıcıları, aile üyeleri veya yatan hastada servis hemşireleri gibi mümkün olduğunca çok kaynaktan yardımcı öykü alınmalıdır. Varsa hasta notları gözden geçirilmelidir. Anamnez; yatkınlık yaratabilecek çeşitli tıbbi durumun detayları, prodromal semptomların ve tıbbi öykünün varlığı, ilaç öyküsü ve psikiyatrik öyküyü kapsamayı amaçlamalıdır. Psikiyatrik bozukluklarda konfüzyonun da dahil olduğu bilişsel işlevlerde

bozulma olabilmektedir¹. Alkol ve madde kullanım bozukluklarında konfüzyon görülebilir. Ayrıca konfüzyon bu bozukluklara bağlı olarak gelişen yoksunluk veya intoksikasyon gibi klinik durumlara eşlik edebilir. Tüm ruhsal patolojilere eşlik edebilmesinin yanında etiyojik temelleri aydınlatılmamış, daha çok fonksiyonel nedenselliğin düşünüldüğü konfüzyon ile karşılaşılabilir. Hasta görüşmeleri sırasında kooperasyonun kurulamadığı, hastanın öyküsüne odaklanamadığı ve şikayetlerini açıklamakta zorlandığı durumlarda fonksiyonel konfüzyonun varlığından söz edilebilir. Ayrıca katatoni ve ajitasyon gibi durumlarda konfüzyon eşlik edebilir. Kategorik ve boyutsal yaklaşımın önemli olduğu bu klinik durumun yönetimi ruhsal bozukluğun anlaşılması açısından önem kazanmaktadır. Bu gözden geçirme yazısında fonksiyonel konfüzyonun tanımı yapılarak klinik görünümü, risk faktörleri ve değerlendirilmesi incelenecektir. Ayrıca ruhsal bozukluklarda fonksiyonel konfüzyonun varlığı ve kliniğe etkisi ele alınacaktır. Alanyazında çok kısıtlı veri olan bu konu için literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Geliş Tarihi: 17.Ağustos.2023

Kabul Tarihi: 12.Mart.2024

Dr. Salim Çağatay KAĞIZMAN
Hitit Üniversitesi,
Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Psikiyatri Kliniği,
Çorum, Türkiye.
Tel: 0530 434 14 28
E-posta: cgtykgzmn@gmail.com

Yazarların ORCID Bilgileri:

Salim Çağatay KAĞIZMAN: 0000-0002-1448-6502
Çiçek HOCAOĞLU: 0000-0001-6613-4317

Fonksiyonel Konfüzyon nedir? /Tanımı

Konfüzyon; zamana, yere ya da kişiye karşı yönelim bozukluğunun görüldüğü bilinç bozukluğudur. Bilinç bozukluğunun ilk aşamasıdır. Konfüzyon aynı zamanda bilinç sislenmesi ve bilinç bulutlanması olarak da tarif edilmektedir². Uyanıklığı sağlayan retiküler formasyonun çeşitli nedenlerle fonksiyonunda bozulmasıyla oluşur. Bu fonksiyon bozukluğuna bağlı olarak dalgınlıktan oryantasyon bozukluğuna ve kooperasyon kurulamamasına kadar farklı düzeylerde görülebilir³. Konfüzyonun nörolojide ve psikiyatride tanımları benzer olmasına rağmen farklılıklar olabilmektedir. Nörolojide daha çok oryantasyon bozukluğu olarak ifade edilmesine karşılık psikiyatride şaşkınlık ve kafa karışıklığı olarak vurgulanmaktadır. Konfüzyon terimi DSM-5'te (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) 'Disosiyatif Bozukluklar'da yer almaktadır⁴.

Konfüzyona yol açan çeşitli nedenler tanımlanmıştır. Etiyolojide organik ve fonksiyonel nedenler suçlanmaktadır^{5,6}. Organik nedenler akut, subakut ve kronik olarak ayrılmakta ve akut gelişenlerde akut konfüzyonel durum (deliryum), subakut nedenlerde çeşitli ensefalopatiler ve kronik organik konfüzyonda demansiyel durumlarda görülmektedir. Konfüzyonun fonksiyonel nedeni ise klinik incelemede ön planda düşünülmeyen ve değerlendirilemeyen etiyojisi olarak karşılaşılmaktadır.

Fonksiyonel terimi DSM-5'te 'Fonksiyonel Nörolojik Semptom Bozukluğu'nda geçmektedir⁴. Nörolojik ya da tıbbi bir nedenin tespit edilmediği, santral sinir sisteminde yapısal bir patolojinin olmadığı ve fonksiyonel olarak doğru çalışmaması şeklinde ifade edilir⁷. "Fonksiyonel" ifadesinin kullanımı hem klinik durumun anlaşılabilirliğini ve kabulünü artırması hem de tarafsız bir nedensellik sağlaması sebebiyle tercih edilmektedir. Her ne kadar tespit edilebilir bir neden bulunmasa da altında yatan biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin değerlendirilmesi bozukluğun anlaşılması açısından önemli olmaktadır. Bu faktörlerin birbirleriyle olan etkileşimleri sonucu fonksiyonellik ile ifade edilen klinik durumun oluştuğu, arttığı ve devam ettiği belirlenmiştir⁸.

Tarihçesi

Orta Çağ'da Batı dünyası dogmatik inançlar yüzünden çeşitli ruhsal hastalıkların açıklanmasında aşama kaydedememiştir. Birçok ruhsal hastalık şeytana tutulmaya bağlanmış ve bu hastalar büyücü olarak görülmüştür. Orta Çağ Avrupa'sında ise yine büyücü damgası vurulan ve konfüzyonun da eşlik ettiği ruhsal bozukluğu olan hastaların yakıldığı düşünülmektedir⁹. Konfüzyona ait bilgiler ise Hipokrat dönemine kadar

uzanmaktadır. Konfüzyonun tanımlamasında Celsus'un da katkıda bulunduğu bu klinik durum daha çok tespit edilebilir nedenlerle ilişkilendirilmiştir. 19. yüzyılda ise 'bilinç bozukluğu' olarak tanımlanıp modern tanı sınıflandırmalarında yer almıştır¹⁰. Yine aynı dönemde Pierre Janet konfüzyon ile disosiyasyonu tanımlamış ve bunların psikolojik işlevsel bütünlüğünün bozulması sonucunda olduğunu belirtmiştir. Bu bozulmaya ise travmatik yaşam deneyimlerinin neden olabileceğini açıklamıştır¹¹. Günümüzde yapılan çalışmalarda da Pierre Janet'in teorisini doğrulamış ve disosiyasyonun travma ile ilişkisinin önemi vurgulanmıştır¹².

Klinik görünümü

Psikiyatrik muayenede görüşme sırasında şikayetlerini karıştıran ve tanımlayamayan, hikayesine odaklanamayan ve amaca yönelik cevapların alınmadığı, hastanın zamanı, yeri ve kişileri karıştırdığı şaşkınlık ve kafa karışıklığı durumlarıyla karşılaşılabilir. Bu gibi durumlarda fonksiyonel konfüzyonun varlığından söz edilebilir. Organik nedenlerin dışlanmasından sonra fonksiyonel konfüzyonun psikiyatrik bozukluğun bir semptomu olarak değerlendirilmesi daha uygun olacaktır.

Psikiyatride disosiyasyon ile benzerlik göstermektedir. Konfüzyonun şaşkınlık ve kafa karışıklığı anlamında kullanılması nedeniyle "Fonksiyonel Konfüzyon" kavramının en çok disosiyasyon ile örtüştüğü anlaşılmaktadır. Aynı zamanda disosiyatif bozukluklara konfüzyon eşlik edebilmektedir¹³. Disosiyatif semptomların genellikle travma sonrası meydana geldiği ve konfüzyonun ise bu travma ile ilişkili olarak şiddetinin artabileceği vurgulanmaktadır¹⁴.

Risk faktörleri

Fonksiyonel konfüzyon için en önemli risk faktörü hem güncel hem de çocukluk çağındaki yaşanan travmatik yaşam deneyimleri varlığıdır. Akut stres hormonlarının yükselmesinin bellek üzerinde olumsuz etkileri olması, kronik stres sonucu oluşan kronik steroid yüksekliğinin yine bellek performansında azalmaya yol açması konfüzyonun oluşumunu kolaylaştırdığı ifade edilebilir¹⁵. Ayrıca çocukluk çağında yaşanan cinsel, fiziksel istismar ve ihmal gibi travmatik yaşam olaylarının zihinselleştirme kapasitesini değiştirebileceği belirtilmektedir¹⁶. Böylelikle sembolize etme, yorumlama, kişinin kendisini ve çevresini değerlendirme yetisinde bozulma görülebilmektedir. Mental fonksiyonların bütünlüğünün bozulduğu durumlarda konfüzyonun oluşabileceği ve duygu tanıma yetisinde bozulma olabileceği belirtilmektedir¹⁷. Duyguların tanınmasını-

Fonksiyonel Konfüzyon

da bozulma ve bunun bedensel duyumlar ile ayırt edilememesi kişinin belirtilerini tanımlamasında çatışma oluşturabilmektedir¹⁸. Bu çatışmanın konfüzyonu oluşturabileceği ve böylece aleksitiminin konfüzyonla bağlantılı olabileceği iddia edilebilir. Diğer bir risk faktörü bilişsel işlevlerde bozukluk olarak tanımlanabilir. Organik konfüzyonda bilişsel işlevlerde bozulma görülür. Organik nedenin tedavisi ile bilişin de işlevsel olması beklenir. Böylece altta yatan patolojinin dolaylı bir şekilde konfüzyonla ilişkili olabileceği iddia edilebilir. Fonksiyonel konfüzyonda ise konfüzyonun doğrudan bilişsel işlev bozukluğunun bir sonucu olduğu, bu nedenle organik konfüzyondan ayrıldığı belirtilebilir. Ayrıca bilişsel bozukluk sonucu oluşan emosyonel ve davranışsal bozukluklar da konfüzyon oluşumunu desteklemektedir¹⁹. Psikiyatrik bozukluklar bilişsel işlevlerde bozulmalara neden olmaktadır²⁰. Bu bozulma fonksiyonel konfüzyona neden olabilir ve düzeyini etkileyebilir.

Tanısal değerlendirme

Organik konfüzyonun tanısal değerlendirmesi pek çok ölçek ve değerlendirme aracı ile mümkün olmaktadır²¹. Fonksiyonel konfüzyon için şu ana kadar herhangi bir ölçüm metodu geliştirilmemiştir. Disosiyasyon ile klinik olarak örtüşmesinden dolayı disosiyasyon ölçüm araçları kullanılabilir. Ancak ölçeklerin tüm sorularının konfüzyon lehine bilgi vermemesi nedeniyle kullanımları kısıtlıdır²². Fonksiyonel konfüzyon daha çok klinik görüşme ile belirlenmektedir. Öykü sırasında yakınmalarının alınmadığı, tanımlanamadığı, aktarıken zorlandığı, dikkatin çelinebilir olduğu durumlarda organizite ekartasyonu sonrası belirlenmelidir. Fonksiyonel konfüzyonun bir semptom olarak değerlendirilmesi ve ruhsal durum muayenesi sırasında bu yönde inceleme yapılması fonksiyonel konfüzyonun anlaşılabilirliğini artırabilir. Görüşme sırasında ruhsal bozukluğun semptomları ile fonksiyonel konfüzyonun birlikte görülebilmesi sık gözden kaçmasına neden olabilir. Kişilerin konfüze durumuna iç görüsünün olmadığı durumlarda yakınlarından alınan öykü önemli olmaktadır. Psikotik bozukluk, ajitasyon, alkol ve madde kullanımına bağlı toksikasyon veya yoksunluk durumlarında öncelikle klinik stabilizasyon sağlandıktan sonra fonksiyonel konfüzyonun değerlendirilmesi semptomun anlaşılmasında daha doğru sonuç verebilir. Fonksiyonel konfüzyonun tedaviye uyumu ve prognozu olumsuz etkileyebilir¹⁴. Bu nedenle görüşme sırasında değerlendirilmesinin değerli olduğu iddia edilebilir.

Fonksiyonel Konfüzyon ve Ruhsal bozukluklar

Fonksiyonel konfüzyon ruhsal hastalıklarda görülebilir. Görüşme sırasında psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilir veya tek başına bir semptom şeklinde karşılaşılabılır. Ruhsal bozukluğun yönetimi ve tedavi seçimi için fonksiyonel konfüzyonun varlığı önem göstermektedir. Ayırıcı tanı yapılarak tanının netleştirilmesi sonucunda klinik yönetime katkı sağlayabileceği için dikkatle incelenmelidir.

Psikotik Bozukluklarda Fonksiyonel Konfüzyon

Kısa psikotik bozuklukta konfüzyon görülebilir. Kısa psikotik bozuklukta konfüzyon; kronik psikozda veya kronik psikozun başlangıç dönemlerine göre daha sık görülmektedir²³. Böylelikle fonksiyonel konfüzyonun varlığı psikotik bozukluğun tedaviye yanıtı ve prognozu açısından ön görücü bir etki sağladığı düşünülebilir. Şizofreniform bozuklukta da fonksiyonel konfüzyon veya zihin karışıklığı olabilir. Bu durum ayrıca iyi prognoz kriterleri arasında değerlendirilmektedir^{24,25}. Dezorganize psikotik bozuklukta ve katatonide de konfüzyonun görülebileceği, bu durumun deliryum ile karıştırılabileceği belirtilmektedir²⁶. Alanyazında psikotik bozukluklarda konfüzyonun olduğu ancak tespit edilebilir bir nedenin bulunmadığı vaka bildirimleri mevcuttur. Bu klinik durum yalnızca deliryum (psödodeliryum) ile ifade edilmiştir²⁶. Yalancı deliryum ile fonksiyonel konfüzyonun kavramsal ve klinik belirtiler olarak benzer olması nedeniyle iki terimin aynı durumu ifade ettiği iddia edilebilir. Psikotik bozukluklarda görülen disosiyatif semptomlar fonksiyonel konfüzyonla açıklanabilir. Ayrıca postpartum psikozda da duygudurum belirtilerine konfüzyon eşlik edebilir²⁷.

Duygudurum Bozukluklarında Fonksiyonel Konfüzyon

Bipolar bozuklukta mani atakları sırasında konfüzyon görülebilir. Katatoninin de sıklıkla eşlik ettiği bu klinik durum için 'öldürücü katatoni', 'malign katatoni' gibi ifadeler de kullanılmıştır²⁸. Çılgın mani olarak da tarif edilmektedir. Akut manilerin yüzde 15'ine kadar bir oranda tespit edilebilir bir nedeni saptanmayan konfüzyonun görülebileceği belirtilmiştir²⁹. Mani ataklarında katatoni ile konfüzyonun birlikte görülebilmesi, katatonide görülen yanıtsızlığın fonksiyonel konfüzyon olarak değerlendirilmesine neden olabilmektedir²⁸. Bu nedenle bipolar bozukluk hastalarında fonksiyonel konfüzyonun mani ataklarının bir semptomu

olabileceği ve klinik değerlendirmede önemli bir unsur olabileceği düşünülebilir. Bipolar bozukluk hastalarının deliryum ön tanısı ile acil servis başvurularında organik nedenlerin dışlanması sonrasında belirlenen fonksiyonel konfüzyonun mani atağı lehine bilgi vermesi ise tedavi uygulanması ve yönetimi için önemli ipucu vermektedir. Depresyonda da konfüzyon görülebilmektedir. Özellikle psikotik özellikli depresyonda reaksiyon süresinin uzamış ve şaşkınlığın olduğu klinik durum ile karşılaşılabilmektedir³⁰.

Anksiyete Bozukluklarında Fonksiyonel Konfüzyon

Anksiyeteye konfüzyon eşlik edebilir. Anksiyetenin şiddeti arttıkça zaman oryantasyonunda bozulma tespit edilebilir. Yaygın anksiyete bozukluğunda da kafa karışıklığı ve zihnin boş olması şeklinde tariflenen konfüzyon tablosu görülebilmektedir. Bu durumda tedaviye yanıtın kötü ve tedaviye direncin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Panik bozuklukta ise ataklar sırasında, sosyal anksiyete bozukluğunda performans gerektiren durumlarda ve özgül fobide fobik nesne ile karşılaşma esnasında yer ve zaman algısında bozulma ile beraber disosiyatif bir durum ortaya çıkabilmektedir³¹. Bu disosiyatif tablo fonksiyonel konfüzyon olarak yorumlanabilir.

Disosiyatif Bozukluklarda Fonksiyonel Konfüzyon

Fonksiyonel konfüzyonun kavramsal olarak en yakın olduğu tabir disosiyasyondur. Disosiyatif bozukluklara konfüzyon eşlik edebilir. Disosiyatif bozukluklarda psikotik belirtilerin ek tanısı varlığında konfüzyon görülebilir¹³. Derealizasyon bozukluğunda da yer ve zaman algısında bozulmaların olduğu konfüzyon tablosu olabilir³². Kişinin kendi kimliği konusunda emin olamama, çelişkiye düşmesi, kafa karışıklığı ve konfüzyonun yaşandığı öznel bir his olan kimlik konfüzyonu olabilmektedir. Disosiyatif kimlik bozukluğunda özellikle değişik kişilik değişimleri sırasında konfüzyon görülebilmektedir³³. Yine nadir olarak görülen ve disosiyatif bozukluklar içinde yer alan Ganser Sendromunda da bilinç bulanıklığı görülebilmektedir³⁴.

Somatik Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklarda Fonksiyonel Konfüzyon

Somatizasyonda açıklanamayan bedensel belirtiler konfüzyona neden olabilmektedir. Çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile bilişsel ve duysal işlevlerde bozulma konfüzyona yol açabilmektedir. Ayrıca fonksiyonel konfüzyon ile aleksitiminin de

ilişkili olabileceği, kişilerin belirtilerini ve duygularını tanımlamada zorluk yaşayabileceği belirtilmektedir^{35,36}.

Borderline Kişilik Bozukluğunda Fonksiyonel Konfüzyon

Borderline kişilik bozukluğu hastalarında konfüzyon sıklıkla görülmektedir. Bu durumun çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir³⁷. Görüşme sırasında öyküye koopere olamama, şikayetlerini yalın ve doğru aktarmama, belirtileri objektif değerlendirmeme borderline kişilik bozukluğunda karşılaşılabilmektedir. Bu durumda fonksiyonel konfüzyonun varlığından söz edilebilir. Konfüzyonun varlığı ise daha fazla kendine zarar verme davranışı ve prognozun olumsuz olması ile ilişkilendirilmiştir³⁸.

Yönetimi

Fonksiyonel konfüzyon pek çok ruhsal hastalıkta karşılaşılabileceği için ele alınması gereken bir semptomdur. Psikotik bozukluklarda özellikle deliryumla sık karışmaktadır. Çılgın mani olarak tariflenen durumda ise katatoni ile beraber konfüzyon görülebilmektedir³⁹. Çılgın mani tablosunun lityum, EKT (Elektrokonvulzif Terapi) ve yüksek doz lorazepam yanıt veren bir durum olduğu tanımlanmıştır. Erken dönemde tedaviye başlangıç ile katatoniyle beraber konfüzyona gidişin azalabileceği ve böylece prognoz daha iyi olabileceği belirtilmektedir^{40,41}. Ruhsal hastalıklarda olumsuz prognoz ile ilişkilendirilmiş olup gözden sık kaçabilen bir klinik durumdur. Görüşme sırasında öykünün alınmadığı durumlarda hasta yakınlarından alınan anamnez bilgileri fonksiyonel konfüzyonu anlamada önemli bir basamak olmaktadır. Çocukluk çağı travması ile yakından ilişkili olduğu için öyküyü derinleştirme ve bu konuda dikkatli bir boyutsal ve kategorik yaklaşım yapılması kliniğin anlaşılmasında klinisyene yardımcı olabilir. Böylece ruhsal bozukluklarda tanının netleşmesi ve tedaviye uyumu sağlama açısından önemli bir semptom olabileceği ifade edilebilir.

Sonuç

Fonksiyonel konfüzyon psikiyatrik bozukluklara eşlik edebilen ve prognozu etkileyebilen bir semptom olarak ortaya çıkmaktadır. Disosiyasyon ile kavramsal ve klinik olarak benzer olmakla beraber psikiyatrik bozukluklara eşlik edebilen bir semptom olarak değerlendirilmesi fonksiyonel konfüzyonun anlaşılabilirliğini kolaylaştırmaktadır. En sık çocukluk çağı travması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Fonksiyonel Konfüzyon

Ayrıca bilişsel işlevlerde bozulmanın da fonksiyonel konfüzyona yakınlık sağladığı belirtilmektedir. Fonksiyonel konfüzyona yönelik müdahalelerde öncelikle farmakolojik ajanların kullanımı öne çıkmaktadır. Özellikle psikotik bozuklukta farmakolojik tedavilerin kullanılması vurgulanmıştır. Konfüzyonun psikotik bozuklukta kronikleşme olasılığını gösterebilen bir semptom olması nedeniyle bu semptomun tedaviye yanıtı değerlendirmede değerli olacağı düşünülebilir. Fonksiyonel konfüzyonla ilgili alanyazında kısıtlı veri bulunmaktadır. Bu semptomun hem tanınabilirliği hem de kliniğe etkilerinin anlaşılması için ileride yapılacak çalışmalar önem arz etmektedir. Fonksiyonel konfüzyonun ruhsal hastalıkların prognozuna etkileri, tedaviye yanıtı, kişilerin sosyal ve mesleki işlevselliğine etkileri gibi pek çok alanda araştırma yapılması ile bu semptomun bilinmesi için katkı sağlayacaktır.

Etik Kurul Onay Bilgisi:

Derleme türünde makale olduğundan etik kurul iznine gerek yoktur.

Araştırmacı Katkı Beyanı:

Fikir ve tasarım: S.Ç.K., Ç.H.; Veri toplama ve işleme: -; Analiz ve verilerin yorumlanması: -; Makalenin önemli bölümlerinin yazılması: S.Ç.K., Ç.H.

Destek ve Teşekkür Beyanı:

Makale yazarlarının destek ve teşekkür beyanı yoktur.

Çıkar Çatışması Beyanı:

Makale yazarlarının çıkar çatışması beyanı yoktur.

Kaynaklar

1. Millan MJ, Agid Y, Brüne M, Bullmore ET, Carter CS, Clayton NS, et al. Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nat Rev Drug Discov*. 2012;11(2):141-68.
2. Katamustafalıoğlu O. Temel ve klinik psikiyatri. Güneş Tıp Kitabevleri. 2018.
3. Felten DL, O'Banion MK, Maida ME. *Netter's atlas of neuroscience*: Elsevier Health Sciences; 2015.
4. American Psychiatric Association D, Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
5. Akkuş, D Evyapan. Bilinç bozukluğunun nörolojik nedenlerine yaklaşım. 2012.
6. Kıyat-Atamer A; Krespi Y. Komanın nedenleri ve nörofizyopatolojisi. 2012.
7. Delvecchio G, Rossetti MG, Caletti E, Arighi A, Galimberti D, Basilico P, et al. The neuroanatomy of somatoform disorders: a magnetic resonance imaging study. *Psychosomatics*. 2019;60(3):278-88.
8. Altuparmak T. Fonksiyonel nörolojik semptom bozukluğu. Coşar B, editör. *Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.25-31
9. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 15 ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018.
10. Taylor D, Lewis S. Delirium. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993;56(7):742-51.
11. Nakatani Y. [Dissociative disorders: from Janet to DSM-IV]. *Seishin shinkeigaku zasshi = Psychiatria et neurologia Japonica*. 2000;102(1):1-12.
12. Lebois LAM, Kumar P, Palermo CA, Lambros AM, O'Connor L, Wolff JD, et al. Deconstructing dissociation: a triple network model of trauma-related dissociation and its subtypes. *Neuropsychopharmacology*. 2022;47(13):2261-70.
13. Devillé C, Moeglin C, Sentissi O. Dissociative disorders: between neurosis and psychosis. *Case Rep Psychiatry*. 2014;2014.
14. Ozdemir, O., & Ozdemir, P. G. (2022). Psikiyatride Fonksiyonel Konfüzyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(1), 113-118.
15. Staniloiu A, Markowitsch HJ. Dissociative amnesia. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(3):226-41.
16. Katzman W, Papouchis N. Effects of childhood trauma on mentalization capacities and dissociative experiences. *J Trauma Dissociation*. 2023;24(2):284-95.
17. Luminet O, Nielson KA, Ridout N. Cognitive-emotional processing in alexithymia: an integrative review. *Cogn Emot*. 2021;35(3):449-87.
18. Dereboy, İ. F. (1990). Aleksitimi: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1(3), 157-165.
19. Sharma A, McClellan J. Emotional and Behavioral Dysregulation in Severe Mental Illness. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2021;30(2):415-29.
20. Helie S, et al. The roles of valuation and reward processing in cognitive function and psychiatric disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2017, 1395.1: 33-48.
21. Grover S; Kate N. Assessment scales for delirium: A review. *World journal of psychiatry*, 2012, 2.4: 58.
22. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. 1986.
23. Esen Danacı A, Böke O, Saka MC, Erol A, Ulusoy Kaymak S. *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar*. 3 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2021.
24. Cotter J, Drake RJ, Bucci S, Firth J, Edge D, Yung AR. What drives poor functioning in the at-risk mental state? A systematic review. *Schizophr Res*. 2014;159(2-3):267-77.
25. Das S, Malhotra S, Basu D. Family study of acute and transient psychotic disorders: comparison with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34:328-32.
26. Wilson JE, Andrews P, Ainsworth A, Roy K, Ely EW, Oldham MA. Pseudodelirium: psychiatric conditions to consider on the differential for delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2021;33(4):356-64.
27. Işık M. Postpartum psychosis. *East J Med*. 2018;23(1):60.
28. Karmacharya R, England ML, Öngür D. Delirious mania: clinical features and treatment response. *J Affect Disord*. 2008;109(3):312-6.
29. Jacobowski NL, Heckers S, Bobo WV. Delirious mania: detection, diagnosis, and clinical management in the acute setting. *J Psychiatr Pract*. 2013;19(1):15-28.
30. Griswold KS, Del Regno PA, Berger RC. Recognition and differential diagnosis of psychosis in primary care. *Am Fam Physician*. 2015;91(12):856-63.
31. Tekin M, Tekin A. Anksiyete bozukluklarında dissosiyatif belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014;6(4):330-9.
32. Loewenstein RJ. Psychogenic amnesia and psychogenic fugue: A comprehensive review. 1993.
33. Şar V, Akyüz G, Doğan O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Res*. 2007;149(1-3):169-76.
34. Diegues S. Ganser syndrome. *Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus-Part II*. 2018;42:1-22.
35. Farina B, Liotti M, Imperatori C. The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic-dissociative dimension. *Front Psychol*. 2019:933.

36. Nijenhuis ER. Somatoform Dissociation, Agency, and Consciousness. *Dissociation and the Dissociative Disorders*: Routledge; 2022. p. 528-46.
37. Krause-Utz A, Frost R, Winter D, Elzinga BM. Dissociation and alterations in brain function and structure: implications for borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19:1-22.
38. Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA. Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(12):1788-92.
39. Detweiler MB, Mehra A, Rowell T, Kim KY, Bader G. Delirious mania and malignant catatonia: a report of 3 cases and review. *Psychiatr Q*. 2009;80:23-40.
40. Reinfeld S, Yacoub A. An Examination of Electroconvulsive Therapy and Delivery of Care in Delirious Mania. *J ECT*. 2022;38(3):200-4.
41. Herrera MP, Zimmerman AM. Case of refractory delirious mania responsive to lithium. *BJPsych Open*. 2021;7(4):e119.