

## Konfüzyonla Seyreden Manik Atak: Olgu Sunumu

**Aysu Dursun<sup>1</sup>, Ahmet Kokurcan<sup>2</sup>, Ali Çayköylü<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Asist. Dr., Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Doç. Dr., Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara

<sup>3</sup>Prof. Dr., Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

### ÖZET

**Giris:** Bipolar Duygudurum Bozukluğunun mani dönemlerinde, klasik mani semptomlarına ek olarak oryantasyon bozukluğu ve bilinç bulanıklığı ile seyreden klinik tablolar görülebilir. Bu durumlarda ayırıcı tanıda “deliryöz mani” (manik deliryum) kavramı gündeme gelmektedir. Bu olgu sunumunda, yönelim bozukluğunun eşlik ettiği manik belirtiler gösteren bir vaka aktarılacaktır.

**Yöntemler/Olgu Sunumu:** 40 yaşında, üniversite mezunu, kadın hasta, yaklaşık 2 haftadır konuşma miktarı ve hızında artış, uyku ihtiyacında azalma, enerji ve hareketlilik artışı şikayetleri ile yakınları tarafından hastanemize getirilmiştir. DSM-5-TR’ ye göre mani kriterlerini karşılayan hasta, kliniğimize yatırılarak tedavisi düzenlenmiştir. Hastanın, psikiyatrik tedavisini son 6 aydır düzenli kullanmadığı öğrenilmiştir. Yatışından bir ay önce depremzedelere yardım amacıyla şehir değişikliği yaptığı, bu süreçte İstanbul ve kendi yaşadığı şehirde büyük bir deprem olacağına dair sanrısız inançlar geliştirdiği, evinin yıkılacağını düşündüğü için evini terk ettiği öğrenilmiştir. Ruhsal durum muayenesinde duygudurumda elevasyona ek olarak bilinçte konfüzyon ve yer, zaman ve kişi oryantasyonunda bozulma saptanmıştır. Konfüzyona neden olabilecek metabolik, nörolojik ve toksik etiyolojiler araştırılmış, sistemik bir neden bulunmamıştır. Hastaya sık bilinç ve oryantasyon takibi yapılmış ve Lityum 600 mg/gün ve Olanzapin 5 mg/gün başlanmıştır. Psikiyatrik tedavi başladıktan sonra 3 gün içinde oryantasyon bozukluğunun ve konfüzyon halinin düzeldiği görülmüştür. Hasta, Lityum 900 mg/gün ve Olanzapin 5 mg/gün ile kliniğimizden taburcu edilmiştir. Olgu sunumu için hastadan onam alınmıştır.

**Sonuçlar:** Manik deliryum, bazı yazarlara göre maninin en ağır formu iken, diğer görüşler sendromal bir yapıda olduğunu ve katatoniyle ilişkili olabileceğini savunur. Olgumuzda katatonik belirtiler gözlenmemekle beraber yer, zaman ve kişi oryantasyonunda bozulma ile dalgalı seyirli konfüzyon dikkat çekmiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Literatürde, uygun farmakoterapi veya EKT ile deliryum belirtilerinin hızla gerilediği bildirilen manik deliryum olgularına benzer şekilde, olgumuzda da konfüzyon hızla düzelmiş, manik belirtiler ise daha geç remisyona girmiştir. ICD-11 ve DSM-5-TR’ de manik deliryum açıkça tanımlanmasa da, bu tür olguların paylaşılması klinik farkındalık açısından önemlidir.

### **Anahtar Kelimeler**

Bipolar Bozukluk, Deliryöz Mani, Konfüzyon, Mani, Manik Deliryum

## GİRİŞ

Deliryöz mani, ani başlangıçlı manik ve psikotik belirtilere ek olarak yönelim bozukluğu ve konfüzyon gibi deliryum özelliklerinin görüldüğü; ciddi, ancak yeterince tanınmamış bir nöropsikiyatrik sendromdur (1). İlk kez Calmiel (1832) ve sonrasında Bell (1849) tarafından olgu serileriyle tanımlanan deliryöz mani, motor hareket artışı, emosyonel labilite, paranoid düşünceler ve bizar sanrılar, halüsinasyon, konfüzyon ve dezoryantasyon ile akut psikoz ve mani tablosunun ölümcül bir formu olarak tanımlanmıştır (1, 2). Döneminin en kapsamlı sınıflamalarından birini ortaya koyduğu kabul edilen Kraepelin (1921), maninin 3 tipini akut mani, delüzyonel mani ve deliryöz mani olarak tanımlamıştır (3, 4). Carlson&Goodwin ise 1973 yılında yayınladıkları 20 hastadan oluşan olgu serisinde, mani döneminin 3 evresini tanımlamışlardır. Kraepelin’ den farklı olarak Carlson&Goodwin’ in tanımladığı bu 3 evrede uzunlamasına bir seyir bulunmaktadır. Buna göre en şiddetli belirtilerin görüldüğü 3. evrede belirgin disfori, psikomotor aktivitede artış, çağrışımlarda gevşeklik, bizar sanrılar ve halüsinasyonlar sık görülmüş; ayrıca hastaların %35’inde yer ve zaman oryantasyonunda bozulma ile konfüzyon halinin görüldüğü belirtilmiştir (3). Slather&Roth (1969) ise bu durumu, maninin tipik belirtilerinin yerini “deliryuma benzer” konfüzyon ve bilinç bulanıklığının aldığı, yaşamı tehdit eden bir mani uyarılma formu olarak tanımlamışlardır (1, 5).

Deliryöz maniye tanımlayan birçok yazar, konfüzyon, ajitasyon, şiddetli psikotik belirtiler ve vejetatif işlevlerde bozulmanın varlığına, ayrıca bu değişikliklerin ani başlangıçlı olduğuna dikkat çekmişlerdir (6, 7). Belirtilerin saatler veya birkaç gün içinde içinde başlaması tipiktir. Disfori, emosyonel labilite, grandiyöz sanrılar, insomnia, konuşma miktarı ve hızında artma, görsel-işitsel halüsinasyonlar, cinsel istek artışı en sık görülen belirtiler olarak bilinmektedir (8). Deliryum ve mani belirtilerinin yanı sıra katatoni belirtilerinin de sık görüldüğü ve EKT’ ye yanıtın yüksek olduğu bildirilmektedir (9, 10). Ajitasyon, negativizm, grimas, postür alma, ekolali, ekopraksi, stereotipi gibi katatoni belirtileri de sıklıkla deliryöz mani tablolarında görülmektedir (8).

Deliryöz mani, potansiyel olarak ölümcül bir durum olmasına rağmen, DSM veya ICD tanıları içinde yer almamakta ve de katatoni biçimi olarak veya bipolar bozukluğun bir alt tipi olarak yer bulamamıştır (1, 11). Kimi yayınlarda deliryumun tek başına olağanüstü, istisnai bir psikiyatrik nedeni olabileceği de düşünülmektedir (11). Doğru adlandırma konusunda da bir tartışma vardır. Buna göre deliryöz maninin yanı sıra “letal katatoni”, “malign katatoni”, “Bell manisi”, “spesifik febril deliryum”, “hiperaktif mani” gibi terimler de önerilmiştir (12-15). Bond (1980) tarafından paylaşılan 3 deliryöz mani olgusunda, hastaların haloperidol ve lityum kombinasyon tedavisine yanıt vermesi nedeniyle deliryöz maninin Bipolar Bozukluğun alt tipi olabileceğini belirtmiştir (6). Taylor&Fink (2003) ise katatoni bulgularının sıklıkla eşlik etmesi ve olguların EKT’ ye oldukça iyi yanıt vermesi nedeniyle bu olguların deliryöz katatoni (deliryöz mani, uyarılmış katatoni) şeklinde katatonin bir alt tipi olarak DSM’ de yer almasını önermiştir. Karmacharya vd.’ nin çalışmasında katatonik belirti ve bulguya yüksek oranda rastlanmamış olsa da, Detweiler vd.’ nin çalışması da Fink’in görüşlerini desteklemektedir (12, 13, 15).

Deliryöz mani ile ilişkili klinik özellikler veya tedaviye yönelik rehberler konusunda net bir görüş birliği bulunmamaktadır (13). Tedavi seçiminde belki de en önemli soru, deliryöz mani veya katatoni tablosunun malign olup olmadığına karar verilmesidir (10, 15). 1934’de EKT uygulamasından önce deliryöz mani veya katatoni olduğu düşünülen hastaların %80’ inden fazlasının kısa süre içinde stupor, koma ve kardiyovasküler kollaps gelişerek yaşamını kaybettiği bildirilmiştir (14, 15). Fink & Taylor’un yaklaşımını benimseyerek bu klinik tablonun katatoninin bir alt tipi olduğunu kabul eden araştırmacılara göre, malign olmayan katatoni ve deliryöz mani olgularında birinci basamak tedavi seçeneği benzodiazepinlerdir (10,

15). Karmacharya vd. tarafından, 16 deliryöz mani vakasının değerlendirildiği çalışmada ise; olanzapin, ketiyapin ve klozapinin etkili atipik antipsikotikler olduğu ve lityum, valproat ve okskarbazepinin etkili duygudurum dengeleyiciler olduğu sonucuna varılmıştır (12). Deliryöz mani tablosu malign katatoni tablosuna dönüşmesi durumunda, yaygın olarak kabul gören görüş nöroleptik tedavinin etkisiz olduğu ve kesilmesi gerektiği yönündedir. Bu durumda birinci basamak tedavi olarak benzodiazepinler veya elektrokonvülsif tedavi (EKT) önerilmektedir (10, 15, 16). Bazı araştırmacılar, hem malign hem de malign olmayan deliryöz mani/katatoni klinik tablolarında benzodiazepin kullanımını önermektedir (15).

Nadir görülen bir sendrom olarak düşünülmeyle birlikte, deliryöz mani olguları muhtemelen yeterince tanınmamaktadır. Bazı yazarlar, tüm akut mani dönemindeki hastaların %15-20'sinin deliryum belirtileri gösterdiğini öne sürmüştür (10). Psikiyatri literatüründe oldukça az ilgi gören bu sendrom, Bell' in tanımladığı şekildeki gibi oldukça ağır klinik tablolardan, yalnızca birkaç duygudurum belirtisine eşlik eden deliryum belirtileriyle seyreden, göreceli olarak atipik ve kolaylıkla gözden kaçabilecek klinik görünümlere kadar geniş bir yelpazede ortaya çıkabilir (11).

Bu olguda, hastanemize başvuran ve klinik izlemi sırasında deliryöz mani olasılığı değerlendirilen bir hastanın tanı ve tedavi süreci sunulmaktadır. Hastadan sunum için onamı alınmıştır. Her ne kadar ICD ve DSM tanı sınıflandırma sistemlerinde yer almasa da literatürde benzer birçok olgunun bulunması, nadir görülmesi ve tanınmasının güç olması nedeniyle, bu olgu sunumuyla konuya dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

## OLGU

40 yaşında, üniversite mezunu kadın hasta, son 2 haftadır az uyuma, çok konuşma, anlamsız konuşmalar yapma, yerinde duramama, enerji artışı şikayetleri ile yakınları tarafından hastanemize getirildi. DSM-5-TR' ye göre Bipolar Bozukluk, Manik Epizod kriterlerini karşılayan hastanın servisimize yatırışı yapıldı. Ruhsal durum muayenesinde bilinci konfüze olarak değerlendirildi. Yer, zaman, kişi yönelimi bozuktur. Hastanemize farklı bir şehirden gelen hastaya hangi şehirde olduğu sorulduğunda emin olamadı; annesi gösterilerek kim olduğu sorulduğunda ismini söyleyemedi; hangi yılda olduğumuz sorulduğunda 5 yıl öncesinin tarihini söyledi. Özbakımı normaldi, giyimi sosyoekonomik düzeye ve mevsime uygundu. Konuşma miktarı fazla ve konuşması hızlıydı. Görüşmeyi yapan doktora, kendi tanıdığı bir arkadaşının ismiyle hitap ediyordu. İstemli ve istemsiz dikkatte azalma mevcuttu. Cinsel isteğinde değişiklik saptanmadı. Algılamada patolojik bulgu saptanmadı. Zekâ klinik olarak normal izlenim veriyordu. Duygudurumunda elevasyon mevcuttu. Düşünce içeriğinde şifalanma, şifa dağıtma ile ilgili düşünsel aşırı uğraşı ve büyük bir depresyon olacağına dair sanrısı mevcuttu. Simülasyon yaptığını, sadece şifa dağıtmak istediğini, atalarımızın şifalanmasının hepimizi şifalandıracağını, şifa dağıtan sağlık ordumuzun şifalanmasını istediğini, bazen bir mucize gerektiğini söylüyordu. Yakınlarından alınan bilgiye göre hasta son 3 gündür bulundukları şehirde depresyon olacağını söylüyormuş. Yakınlarını arayıp depresyon olacağını söyleyerek evlerinden çıkmalarını söylüyormuş. Şifalanma, şifa dağıtma ile ilgili söylemleri oluyormuş. Düşünce sürecinde çağrışımlarında çevresellik mevcuttu. Uyku süresinde azalma ve psikomotor hareketlilik artışı mevcuttu.

Yatışından yaklaşık 1.5 ay önce depresyonda arkadaşının yakınına kaybettiğini öğrenen hasta, arkadaşına yardım etmek amacıyla şehir değişikliği yapmış. Sonrasında depresyondelere yardım etmek için düşünsel uğraşı ve sürekli bu konuda konuştuğu öğrenildi.

Soygeçmişinde bipolar bozukluk öyküsü mevcuttu. Özgeçmişinde psikotik özellikli depresyon, Bipolar Bozukluk Tip 2 tanılarıyla tedaviler önerildiği anlaşıldı. Psikotik özellikli depresyon nedeniyle uygulanan EKT tedavisinden fayda gördüğü öğrenildi. Son 2 senedir Bipolar

Bozukluk tanısıyla Venlafaksin 75 mg/gün ve Lityum 600 mg/gün tedavisiyle remisyonda olduğu anlaşılan hasta, tarafımıza başvurduğunda 6 aydır mevcut tedavisini kullanmayı bıraktığını ifade etti.

Nörolojik muayenesinde kraniyal sinirlerle ilgili patolojik bulguya rastlanmadı. Parezi, parestezi veya duyuusal kayıp gözlenmedi. Motor sistemde kas tonusu ve güç normaldi; istemli hareketler koordineli ve simetrikti. Refleksler simetrik ve normorefleksik olarak değerlendirildi. Duyu muayenesi tüm ekstremitelerde normal bulundu. Koordinasyon testlerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Yürüyüş ve postür değerlendirmesi normaldi; tandem yürüyüşte ve ayakta durma testinde herhangi bir instabilite saptanmadı. Ellerinde minimal tremor mevcuttu.

Kan basıncı, ateş, nabız, solunum sayısı, saturasyon normal sınırlardaydı. Gluten enteropatisi dışında bilinen başka bir metabolik rahatsızlığı, son zamanlarda düzenli kullandığı bir tedavisi olmayan hastadan istenen kan tetkiklerinde (tam kan sayımı, elektrolitler, tiroid fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri, kreatinin kinaz, lipid profili, enfeksiyon belirteçleri, koagülasyon parametreleri) normal bulgular gözlemlendi. EKG normal sınırlardaydı.

## **KLİNİK İZLEM**

Yatışının başında bilinci konfüze olduğu görülen hastaya sık bilinç ve oryantasyon takibi yapıldı. Vital bulgular sık takip edildi. Otonomik instabilite bulgusuna rastlanmadı. Ekstrapiramidal sistem muayenesinde patolojik bulgusu yoktu. Nörolojik muayenesi gün içinde tekrarlandı. Konfüzyona neden olabilecek metabolik, nörolojik ve toksik etiyolojiler araştırılmış olup sistemik bir neden bulunmayan hastaya olanzapin 5 mg/gün ve lityum 600 mg/gün ve lüzum hali Lorazepam 1 mg/gün başlandı. Farmakoterapiden fayda görmemesi durumunda EKT planlandı. Yatışının ilk gününde azalan dikkat süresi ve gün içinde artıp azalan konfüzyon ön plandaydı. Hastadaki konfüzyonun yatışının 2. gününde gerilediği gözlemlendi; yer, zaman, kişi oryantasyonu 3/3 normal olarak değerlendirildi. Yatışının 3. gününde bilincindeki konfüzyonun tamamen gerilediği ve mevcut duruma yöneliminin tam olduğu görüldü. Uyku süresi yatışının 5. gününde 6-7 saat kadardı. Yatışının 10. gününde çağrışımlarındaki çevreselliğin devam ettiği, konuşma miktarının halen fazla olduğu ve duygudurumda elevasyonun azaldığı görüldü. 600 mg/gün Lityum tedavisi ile Lityum düzeyinin 0.57 olduğu görüldü üzerine lityum tedavisi 900 mg/gün'e yükseltildi. Lityum düzeyi 0.88 olarak sonuçlandı. Yaşadığı şehirde büyük bir deprem olacağına ilişkin sanrısı 3. Haftadan itibaren tamamen geriledi. Yaklaşık 20 günlük yatışı sonrasında duygudurumu ötimik olan, uyku miktarı normal olan, konuşma hızı ve miktarı normal olan, çağrışımları düzenli olan, düşünce içeriğinde şifalanma ile ilgili düşünsel uğraşı ve büyük bir depremle olacağıyla ilgili sanrısı mevcut olmayan, psikomotor hareket artışı olmayan, bilinçte konfüzyonu olmayan, oryante ve koopere olan hasta Lityum 900 mg/gün ve Olanzapin 5 mg/gün tedavisiyle taburcu edildi. Taburculuğundan önce tekrarlanan kan tetkiklerinde ve EKG' sinde normal bulgular gözlemlendi. İştah artışı dışında herhangi bir ilaç yan etkisi gözlenmedi.

## **TARTIŞMA**

Deliryöz mani, Bond (1980) tarafından; irritabilite, uykusuzluk veya duygusal geri çekilme eşlik etsin ya da etmesin semptomların ani başlangıç göstermesi, hipomani ya da mani belirtileri, deliryum semptomlarının gelişmesi, depresyon veya (hipo)mani öyküsünün bulunması, bipolar bozukluk aile öyküsünün olması ve mani tedavisine yanıt alınması gibi özelliklerle tanımlanmıştır (6). Olgumuzda Bond tarafından tanımlanan bütün özelliklerin

bulunduğu görülmektedir. Karmacharya vd. tarafından manik deliryumun daha çok genç kadın hastalarda gözlemlendiğini bildirmiştir (12). Olgumuz da bunu destekler niteliktedir.

Detweiler vd. (2009) tarafından ve Taylor & Fink (2003) tarafından yapılan çalışmada deliryöz manide katatonik belirtilerin sık görüldüğü bildirilmiştir (9, 15). Karmacharya vd. (2008) tarafından yapılan çalışmada ise katatonik belirtiler yüksek oranda bulunmamıştır (12). Yapılan çalışmaların çoğunluğunda katatonik belirtiler olduğu görülmekle beraber (9, 15, 17), olgumuzda katatonik belirtilere rastlanmamıştır.

Olgumuzda yatışının başında 2 haftadır devam eden mani belirtileri ve psikotik belirti mevcuttu. Daha önce dış merkezde Bipolar Bozukluk tanısı alan hasta, son 6 aydır ilaç tedavisini kullanmıyordu. Yatışının başında yapılan ruhsal durum muayenesinde oryantasyon bozukluğu bulguları mevcuttu ve bilinci konfüzeydi. Oryantasyon bozukluğunu ve konfüzyonu açıklayacak sistemik, metabolik, toksik, nörolojik herhangi bir etyolojiye rastlanmamış olup laboratuvar tetkiklerinde de normal bulgular mevcuttu. Mani belirtilerine eşlik eden ani başlangıçlı deliryum bulguları olması nedeniyle manik deliryum ya da diğer adıyla “deliryöz mani” olabileceği düşünüldü.

Deliryöz mani ile ilişkili spesifik bir laboratuvar bulgusu bulunmamakla birlikte, özellikle deliryum belirtilerinin ön planda olduğu durumlarda, ayırıcı tanıya yönelik kapsamlı bir değerlendirme yapılması gereklidir. Belirgin katatonik semptomlar ve ateş, hipertansiyon, taşikardi, rijidite varsa yüksek potensli tipik antipsikotiklerden kaçınılması önerilmektedir. Deliryum ile beraber manik, psikotik veya katatonik belirtileri açıklayacak altta yatan etyolojileri araştırmak amacıyla genel tıbbi durum, enfeksiyon, metabolik anormallikler, nörolojik, toksik etyolojiler araştırılmalı, madde kullanımı sorgulanmalı ve varsa yoksunluk ve intoksikasyon belirtileri araştırılmalıdır. Ayırıcı tanıda nöroleptik malign sendrom ve serotonin sendromu düşünülmelidir. Tüm hastalarda vital bulgular, bilinç, oryantasyon muayenesi, katatonik bulgular ve ekstrapiramidal sistem muayenesi sık tekrarlanmalıdır (1).

Taşikardi, hipertansiyon, hipertermi gibi otonomik instabilite bulguları olduğunda ve/veya katatonik belirtiler eşlik ettiğinde klinik tablo “malign deliryöz mani” olarak tanımlanmıştır. Bu durumda mevcut antipsikotik tedavi varsa durdurmak ve yoğun bakım ihtiyacı olup olmadığını değerlendirmek önemlidir. Birinci basamak tedavi olarak başta lorazepam olmak üzere benzodiazepinler önerilmiştir. Benzodiazepinlere yanıt alınamaması durumunda veya kötüleşme olması durumunda EKT önerilmiştir (1).

Malign olmayan deliryöz mani olgularının tedavisinde atipik antipsikotiklerin ihtiyaç halinde başlanması önerilmiştir. Duygudurum dengeleyicilerinin ise monoterapi şeklinde ya da atipik antipsikotiklerle kombinasyon halinde kullanımı uygun bir tedavi yaklaşımı olarak değerlendirilmektedir. Benzodiazepinler ve EKT’ nin de düşünülebileceği belirtilmiştir (1). Ancak benzodiazepinlerin potansiyel olarak deliryum belirtilerini kötüleştirebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Olgumuzda katatonik belirtiler mevcut olmaması ve otonomik instabilite bulgularının gözlenmemesi nedeniyle tedavide ilk sırada benzodiazepinler ve EKT düşünülmüdü. Olgumuzun malign olmayan deliryöz mani ile uyumlu olduğu düşünülmüştür. Jacobowski vd.’ nin (2013) çalışmasına uyumlu şekilde atipik antipsikotik olarak olanzapin ve duygudurum dengeleyici olarak lityum kombinasyonu başlanmış ve yanıt alınmıştır.

Lee vd. (2012) tarafından olgu serisinde tedavi ile deliryum belirtilerinin mani belirtilerinden daha hızlı gerilediği bildirilmiştir (13). Olgumuzda da tedavi başladıktan sonra 3 gün içinde konfüzyon hali ve oryantasyonda bozukluk tamamen gerilemiş olup mani belirtileri ve psikotik belirtiler 2-3 hafta içinde gerilemiştir. Kopec vd. (2023) tarafından yayınlanan 4 olgudan oluşan çalışmada, EKT uygulamasının ardından deliryum belirtilerinin mani belirtilerinden önce

gerilediği gözlemlenmiş ve EKT'nin bu klinik tabloda altın standart tedavi yöntemi olarak değerlendirildiği belirtilmiştir (18).

## SONUÇ

Deliryöz mani veya “manik deliryum” olarak da adlandırılan klinik tablo, literatürde çoğunlukla olgu sunumları şeklinde yer almakta; ancak DSM ve ICD sınıflandırma sistemlerinde yer almaması nedeniyle klinisyenler tarafından yeterince tanınmamış olabileceği düşünülmektedir. Ölümcül seyir gösterebilmesi nedeniyle bu tablonun doğru tanınması ve erken dönemde uygun şekilde tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır. Gecikmiş tanı ve uygun olmayan tedavi yaklaşımları, tablonun malign katatonie evrilmesine ve mortalite riskinin artmasına neden olabilmektedir. Alanyazın incelendiğinde, deliryöz maninin hangi bozukluğun alt tipi olarak sınıflandırılması gerektiği konusunda bir görüş birliği bulunmadığı; ancak en yaygın iki yaklaşımın bu tablonun ya Bipolar Bozukluğun ya da katatoninin bir alt tipi olarak değerlendirilmesi yönünde olduğu görülmektedir. Mani belirtilerine ek olarak psikoz, katatoni ve deliryum bulgularının bir arada bulunduğu durumlarda deliryöz mani olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Deliryöz maniyle ilgili bilgiler büyük ölçüde olgu sunumlarına dayanmakta olup tanı kriterlerinin netleşmesi ve tedavi yaklaşımlarının standartlaştırılması için ileri düzeyde sistematik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Jacobowski NL, Heckers S, Bobo WV. Delirious mania: detection, diagnosis, and clinical management in the acute setting. *Journal of Psychiatric Practice*®. 2013;19(1):15-28.
2. Bell L. On a form of disease resembling some advanced stages of mania and fever, but so contradistinguished from any ordinary observed or described combination of symptoms as to render it probable that it may be overlooked and hitherto unrecorded malady. *Am J Insanity*. 1849;6(2):97-127.
3. Carlson GA, Goodwin FK. The stages of mania: A longitudinal analysis of the manic episode. *Archives of general psychiatry*. 1973;28(2):221-8.
4. Kraepelin E. Manic-depressive insanity and paranoia: E. & S. Livingstone; 1921.
5. Slater E. Mayer-Gross Slater and Roth *Clinical Psychiatry* 1969.
6. Bond TC. Recognition of acute delirious mania. *Archives of General Psychiatry*. 1980;37(5):553-4.
7. Dunayevich E, Keck Jr PE. Prevalence and description of psychotic features in bipolar mania. *Current psychiatry reports*. 2000;2(4):286-90.
8. Reinfeld S, Yacoub A. Delirious mania: Presentation, pathogenesis, and management. *Curr Psychiatr*. 2023;22(12):26-34.
9. Taylor MA, Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(7):1233-41.
10. Fink M. Delirious mania. *Bipolar disorders*. 1999;1(1):54-60.
11. Chawla N, Yadav P, Pattanayak RD, Khandelwal SK. Identification and management of “delirious mania:” A rare clinical entity. *Industrial Psychiatry Journal*. 2018;27(1):151-3.
12. Karmacharya R, England ML, Öngür D. Delirious mania: clinical features and treatment response. *Journal of affective disorders*. 2008;109(3):312-6.
13. Lee B-S, Huang S-S, Hsu W-Y, Chiu N-Y. Clinical features of delirious mania: a series of five cases and a brief literature review. *BMC psychiatry*. 2012;12(1):65.
14. Mann SC, Caroff SN, Bleier HR, Welz W, Kling MA, Hayashida M. Lethal catatonia. *Am J Psychiatry*. 1986;143(11):1374-81.

15. Detweiler MB, Mehra A, Rowell T, Kim KY, Bader G. Delirious mania and malignant catatonia: a report of 3 cases and review. *Psychiatric Quarterly*. 2009;80(1):23-40.
16. Van Den Eede F, Van Hecke J, Van Dalfsen A, Van den Bossche B, Cosyns P, Sabbe BG. The use of atypical antipsychotics in the treatment of catatonia. *European Psychiatry*. 2005;20(5-6):422-9.
17. Fink M, Taylor MA. Catatonia: subtype or syndrome in DSM? : American Psychiatric Association; 2006. p. 1875-6.
18. Kopec B, Ridley K. A case series of manic delirium: Life saving treatment for patients in rural areas. *Psychiatry Research Case Reports*. 2023;2(2):100187.