



BÖLÜM 15

Şizofrenide Sürdürüm Tedavisi

Tülay SATI KIRKAN¹

GİRİŞ

Şizofreni halüsinasyonlar, sanrılar ve düşünce bozukluğu gibi pozitif belirtiler; duygulanımda sığlaşma, düşünce içeriğinde fakirleşme, sosyal çevreden uzaklaşma, iletişimde azalma, anhedoni gibi negatif belirtilerle ilerleyen; özellikle dikkat, işleyen bellek ve yürütme işlevi alanlarında bozulma gibi bilişsel belirtilerle giden; düşünce, duygu, algılama ve davranışı etkileyen; farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilen yaşam boyu süren psikiyatrik bir hastalıktır. Son zamanlarda yapılan çalışmalara göre görülme sıklığı toplumun % 1 'ini oluşturmaktadır (1).

Semptomların başlangıcı tipik olarak erken erişkinlik döneminde görülür ve erkeklerde kadınlara göre daha erken ortaya çıkar. Hastalığın en sık görüldüğü yaş aralığı erkeklerde 15-25 yaş iken kadınlarda 25-35 yaşdır. Erkek hastaların neredeyse yarısından fazlası kadınların ise üçte biri, ilk defa yirmili yaşların başlarında herhangi bir psikiyatri kliniğine yatırılmaktadır (2,3)

Sağlık Bakanlığı verilerine göre şizofreni, yeti yitimine sebep olan hastalıklar arasında erkeklerde 9. , kadınlarda ise 11. sırada yer almaktadır (4). Dünyada 40 milyona yakın (5) ülkemizde ise 650 bin civarı şizofreni hastası bulunmaktadır (6).

Şizofreni hastalığı sadece hastayı etkilemekte kalmayıp, aynı zamanda hastanın bakım verenini de etkilemektedir. Hastalığın bakım verenlere getirdiği sosyal yük de göz önüne alınırsa Türkiye'de 1-2 milyon kişinin şizofreni hastalığının etkileri altında kaldığı belirtilmektedir (7). Bu veriler şizofreni ve benzeri psikotik bozuklukların etkin tedavisinin önemine işaret etmektedir.

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda psikotik bozuklukların tedavisi için evreleme modeli önerilmektedir. Bu modele göre hastalık süreci; hastalığın özgül olmayan belirtilerinin görüldüğü dönem, hastalık için yüksek riskli dönem, ilk psikotik atak dönemi, tanı konulmuş kişilerde psikotik alevlenmelerin görüldüğü ya da belirtilerin kalıcılık gösterdiği dönem ve tedaviye dirençli dönemlerden oluşmaktadır (8).

Antipsikotik ilaçların tedavide kullanılmaya başlamasıyla birlikte hastalık belirtileri belirgin oranda ortadan kalkmakta, antipsikotik ilaçla tedavi hastalığın başlangıç, alevlenme ve sürdürüm tedavisinde etkili olmaktadır. Ancak, düzenli olarak ilaç kullanılmasına rağmen yaklaşık iki yıl içinde %25, 5 yıl içinde ise genelde %40-60 oranında nüks görülmektedir (9). Atak sayısı arttıkça hastalığın kronikleşme riski artmakta ve önemli

¹ Uzm. Dr., Balıkesir Özel Sevgi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği, drtulaysati@hotmail.com

Dünyada oluşmaya başlayan modern ruh sağlığı anlayışı ülkemizde de toplum temelli olarak şekillenmeye başlamıştır. Bu anlayışla birlikte son yıllarda yaygınlaşan toplum ruh sağlığı merkezleri ile birlikte, hastaların hastanelere yatmadan, kendi ortamlarında günlük hayatları sürerken tedavilerinin de devam ettirilmesi amaçlanmaktadır. Bu süreçte bakım verenin katkısı çok büyüktür. Bakım veren kişilerin karşılaşılabilecekleri sorunlarla ilgili önceden bilgilendirilmeleri, aile grup çalışmaları, aile eğitimleri ve hastalıkla baş etme stratejileri geliştirmeleri önemlidir.

Klozapin dışındaki antipsikotiklerin tedavide birbirine üstünlüğü bulunmamaktadır. Alevlenme dönemindeki antipsikotik seçimi hastaya özgü, uzun dönem tedavi planlaması ve olası yan etkileri gözetilerek yapılmalıdır. Akut dönem sonrası tedaviye iki yıl daha devam edilmesi yönünde yaygın görüş birliği bulunmaktadır. İki yıldan sonra tedavinin sonlandırılıp sonlandırılmaması kararı psikotik alevlenme riskine, hastanın gereksinimlerine ve işlevselliğine bakılarak hasta ve varsa yakını ile birlikte verilmelidir.

Tedavide etkinliği fazla, yan etkisi düşük olan ve hasta tarafından daha kolay kabul edilebilen ilaçlar üzerinde araştırmalar sürdürülmektedir. Şizofreni etiyolojisinin daha fazla netleştirilmesi ve tedavisine yönelik etkin ilaçların geliştirilmesi günümüzde nöropsikofarmakolojinin en çok değer verilen alanlarından birini oluşturmaktadır. Ancak ideal antipsikotik ilaç şizofrenide görülen nörogelişimsel patolojiyi engellemek için özellikli gen ekspresyonlarını indükleyecek şekilde planlanacaktır. Bu durum söz konusu olana kadar şizofreninin tedavisi, farmakolojik ve psikososyal tedavi ile rehabilitasyonun en ideal birleşiminden oluşacaktır (34).

KAYNAKLAR

1. Ertuğrul, A. (2010) Şizofreninin Nörobiyolojisi, *Temel Psikofarmakoloji*, 1: 354, Ankara.
2. Köroğlu, E. (1996) *Şizofreni*, Psikiyatri 7, 239-272.
3. Kaplan, H., Sadock, B. (1998) *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*, 8: 375-456.
4. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; 2006
5. Arieti, S. (2008) *Understanding And Helping The Schizophrenic*. (Çeviri: Eti A. Bir Şizofreni Anlamak) 2. Baskı. İstanbul: Doruk Yayımcılık.
6. Çekmeceli S. (2005) *Bir Akıl Hastalığı Olarak: Şizofreni*. İçinde: Güveli M (ed). *Psikiyatri Penceresi*. İstanbul: Hayat Yayıncılık, s:137-141
7. Üçok, A. (2008) *Şizofreni Nedir?* İstanbul: Janssen – Cilag Yayınları.
8. Mc Gorry PD, Hartmann JA, Spooner R, et al. Beyond the "at risk mentalstate" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry* 2018;17:133-142
9. Remington GI, Adams ME. Depot neuroleptics. Schizophrenia: Exploring the Spectrum of Psychosis, Edited by RJ Ancill, S Holliday, J Higenbotham, New York, Wiley, 1994.
10. Schooler NR. Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(Suppl.5): 19-23.
11. JH Jenkins, E Carpenter-Song, The new paradigm of recovery from schizophrenia: cultural conundrums of improvement without cure, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2005, 379-413.
12. Jaaskelainen E, Juola P, Hirvonen N et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013;39:1296-1306.
13. Sadock BJ, Sadock VA. (2003) *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, (Ninth edit.) p:375-402, New York.
14. American Psychiatric Association. The Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia (undergoing copy editing version): American Psychiatric Association; 2019.
15. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J Biol Psychiatry* 2013;14:2-44.
16. Türkiye Psikiyatri Derneği Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Çalışma Birimi. Şizofrenide Sürdürüm Tedavisi. In: Uçok A, Soygur H, editors. Şizofreni Tedavi Kılavuzu. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2010. p.13-22.

17. Scholler NR, Keith SJ, Severe JB, et al. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia: the effects of dose reduction and family treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:453-63.
18. Barnes TRE. Evidence based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2011;25:567- 620.
19. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia - a shortversion for primarycare. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2017;21:82-90.
20. SIGN. Management of schizophrenia-A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2013.
21. Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, et al. Task Force on Treatment Guide. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Long-term treatment of schizophrenia. *World J Biol Psychiatry* 2009;7:5-40.
22. Leucht S, Heres S, Kissling W, et al. Evidence-based pharmacotherapy of schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2011;14:269-284.
23. NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. United Kingdom: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014.
24. Kirli, Umut ve Alptekin, Köksal. Akut ve İdame Aşamasında Şizofreninin Farmakoterapisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 58.Ek 1 (2021): S17.
25. Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2005;50(13 Suppl 1):7S- 57S.
26. Remington G, Addington D, Honer W, et al. Guidelines for the Pharmacotherapy of Schizophrenia in Adults. *Can J Psychiatry* 2017;62:604-616.
27. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, et al. The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010;36:71-93.
28. Working Group of the Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder. Barcelona: Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research; 2009.
29. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:1-30
30. Abidi S, Mian I, Garcia-Ortega I, et al. Canadian Guidelines for the Pharmacological Treatment Of Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders in Children and Youth. *Can J Psychiatry* 2017;62:635-647.
31. American Psychiatric A. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia, *Am J Psychiatry*, 2004;161: 3-57.
32. Baldessarini RJ, Cohen BM, Teicher MH Significance of neuroleptic dose and plasma level in the pharmacological treatment of psychoses, *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(1): 79-91.
33. Tenhula WN, Bellack AS. Schizophrenia and Other Psychotic Disorders, Comprehensive Textbook of Psychiatry, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 2009; 9: 1556-1572.
34. Nasrallah HA, Smeltzer DJ. (2005). *Şizofreni Güncel Tam ve Tedavi Kitabı*, 1:209-210, Ankara: AND Yayıncılık