

Olgu Sunumu | Case Report

ANTİPSİKOTİK İLAÇ TEDAVİSİNİ BIRAKTIĞINDA VE YAŞAM TARZINDA BELİRGİN DEĞİŞİKLİK YAPTIĞINDA REMİSYONA GİREN VE İŞLEVSELLİĞİ DÜZELEN ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK OLGUSU

A CASE WITH SCHIZOAFFECTIVE DISORDER WHO ACHIEVED REMISSION AND IMPROVEMENT IN FUNCTIONING AFTER DISCONTINUING ANTIPSYCHOTIC DRUG TREATMENT AND MAKING SIGNIFICANT LIFESTYLE CHANGES

 Sare Aydın^{1*},  Burcu Eser²,  Ahmet Ekrem Savaş¹,  İlker Güneysu²,  Sedat Batmaz³,  Esmâ Akpınar Aslan¹

¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye. ²Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Tokat, Türkiye. ³Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye.



Öz

Şizofreni spektrumunda yer alan bozukluklarda antipsikotikler (AP) tedavinin ana ögesini oluşturmaktadır. Ancak uzun süreli AP kullanımının birçok yan etki ile ilişkili olduğu, hatta beyin hacminde azalma ve tedaviye direnç gelişimi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Son zamanlarda psikotik bozukluklarda kesintisiz idame tedavisi yerine AP dozunda azaltmaya gidilmesi veya AP tedavisinin sonlandırılarak ilaçsız şekilde izleme devam edilmesiyle ilgili çalışmaların arttığı görülmektedir. Bu olgu bildiriminde ise birçok farmakolojik tedavi denemesine rağmen iyileşme sağlanamayan bir hastanın kendi kararıyla ilaçlarını bırakması ve yaşam tarzında belirgin değişiklik yapması sonrasında remisyona girişi ve işlevselliğinin düzelmesi sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Şizoafektif, antipsikotik, tedavi sonlandırma, yaşam tarzı değişikliği

ABSTRACT

Antipsychotics (AP) constitute the main factor of treatment in the disorders of schizophrenia spectrum. However, it is considered that long-term use of AP was associated with many side effects, it is even thought to be associated with a decrease in brain volume and development of treatment resistance. Recently, it has been seen that studies on dose reduction and discontinuation of treatment instead of continuous maintenance therapy have increased. In this case report, it is presented that the patient, who was not able to recover despite many pharmacological treatment attempts, achieved remission and improved functionality after discontinuing the medication on his own decision and making a significant change in his lifestyle.

Keywords: Schizoaffective, antipsychotic, treatment discontinuation, lifestyle change

*İletişim kurulacak yazar/Corresponding author: Sare Aydın; Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye.

Telefon/Phone: +90 (356) 212 95 00 e-posta/e-mail: sare.aydin@gop.edu.tr

Başvuru/Submitted: 05.04.2022

Kabul/Accepted: 25.08.2022

Online Yayın/Published Online: 15.10.2022

Giriş

Şizofreni spektrumunda yer alan ruhsal bozukluklar kişisel, mesleki ve toplumsal işlevsellik alanlarında kayıplara neden olabilmektedir. Güncel kılavuzlara göre şizofreni ve şizofreni spektrumunda yer alan diğer psikotik bozuklukların tedavisinin ana ögesini antipsikotikler (AP) oluşturmaktadır. Bir AP ilaçla akut tedavinin ilk amacı bireyi başlangıçtaki işlevsellik düzeyine döndürmek ve akut semptomları azaltmakken idame tedavisi ise semptomların tekrarını önlemeyi ve işlevsellik ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmayı amaçlamaktadır.¹

Şizofrenide tedaviye yanıt kavramı yıllar içinde değişikliğe uğramıştır. Daha önceleri pozitif psikotik belirtilerin ortadan kalkması iyileşme olarak tanımlanmaktayken günümüzde tedaviye yanıt pozitif ve negatif belirtilerin gerilemesinin yanı sıra genel iyilik hali, bilişsel işlevler, mesleki ve sosyal işlevsellik, intihar davranışı ve yaşam kalitesi kavramlarıyla çok boyutlu bir biçimde değerlendirilmektedir.²

Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda AP'lerin pozitif psikotik belirtiler üzerinde plaseboya göre üstün olduğu gösterilmiştir. Hastaların büyük kısmında AP ile belirtilerde kabul edilebilir düzelve sağlanabilmektedir. İşlevsellikle yakından ilişkili olan ve bu nedenle tedavi için önemli bir hedef olan diğer belirti kümesi ise negatif belirtilerdir. Ancak henüz negatif belirtiler üzerine belirgin düzeyde etkili ve güvenilir hiçbir tedavi bulunamamıştır. Yapılan çalışmalar, klozapin dışı iki farklı AP'nin uygun doz ve sürede kullanılmasına rağmen hastaların %30'unun tedaviye cevap vermediğini göstermektedir.²

Bir AP ilaçla tedaviye devam etmenin nüks risklerini önlediği bilinmektedir.³ AP tedavisinin aynı zamanda hastaneye tekrar yatış oranlarını ve mortaliteyi azaltma üzerine de etkisi bulunmaktadır.⁴ Bu nedenle güncel tedavi kılavuzları şizofreni ve şizofreni spektrumundaki bozukluklar için kesintisiz idame tedavisini önermektedir. Fakat etkinliklerine rağmen uzun süreli AP kullanımının kilo alımı, sedasyon ve hareket bozuklukları gibi birçok yan etki ile ilişkili olduğu da bilinmektedir.² Aynı zamanda AP kullanımının uzun vadeli olumsuz etkileri ile ilgili bir diğer endişe beyinde dopamin reseptör duyarlılığının artmasıdır. Bunun sonucunda bozukluğun ilerlemesine karşı daha yatkın hale gelinebileceği, nükslerin artabileceği ve beyin hacminde azalmaya neden olunabileceği düşünülmektedir.³ AP kullanımına rağmen ortaya çıkan relapsların AP'lerin neden olduğu dopamin reseptör upregülasyonu ve buna bağlı süpersensitivite ile ilişkili olduğunu iddia eden çalışmalar da mevcuttur.⁵ Alanyazındaki bu bulgular nedeniyle yakın dönemde uzun süreli idame tedavisi yerine kimi olgularda AP doz azaltımının da denenebileceği düşünülmektedir. Bu alanda yapılan çalışmalar stabil hastalarda AP tedavinin sonlandırıldığı grup ile AP tedavisine devam eden grup arasında nüks oranlarının önemli ölçüde farklı olmadığını, hatta AP tedavisi sonlandırılan grupta işlevsellik açısından nispeten üstünlük olduğunu göstermiştir.^{3,6,7}

Bu olgu bildiriminde birçok AP tedavi denemesine, güçlendirme ve kombinasyon tedavilerine rağmen pozitif ve negatif belirtilerinde düzelve sağlanamayan, hatta işlevselliği giderek daha da kötüleşen, taburcu olduktan sonra doktor önerisi olmadan AP ilaç tedavisini bırakan ve belirgin yaşam tarzı değişikliği yapan bir hastanın remisyona girişi ve işlevselliğinin düzelmesi ele alınmıştır. Böylece kesintisiz AP tedavisinin en azından bazı olgularda gerekli olmayabileceğinin gündeme getirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Anamnez

Otuz beş yaşında erkek hasta, bekar, üniversite mezunu, memur olarak çalışıyor, ailesiyle birlikte yaşıyor. Hasta ve yakınlarından alınan öyküye göre; daha önce psikiyatrik yakınması olmayan hastanın ilk yakınmaları hasta 16 yaşındayken içe kapanıklık, isteksizlik gibi negatif belirtiler ile başlamış. Ancak o dönemde psikiyatriye başvurusu ve ilaç kullanımı olmamış.

Hastanın psikiyatri bölümüne ilk başvurusu ise 18 yaşındayken olmuş. Bu dönemde perseküsyon hezeyanları ve işitsel varsanıları olan hasta psikiyatri servisine yatırılmış. Şizofreni ön tanısı ile takip ve tedavisi düzenlenen hasta, taburculuğundan yaklaşık altı yıl sonra grandiyöz hezeyanların eşlik ettiği taşkın duygudurum ve uyku ihtiyacında belirgin azalmanın olduğu yeni bir rahatsızlık dönemi ile psikiyatri servisine tekrar yatırılmış. Geçmişinde özkiyım girişimlerinin eşlik ettiği çökkünlük dönemlerinin de olduğu öyküsünden anlaşılınca hastanın tanısı şizoaffektif bozukluk olarak değiştirilmiş. Tedavisi lityum 1200 mg/gün, risperidon 3 mg/gün olarak düzenlenmiş.

Alınan öyküsünden anlaşılabilirdiği kadarıyla tekrarlayan duygudurum ve psikotik dönemler nedeniyle toplam sekiz kez psikiyatrik yatış öyküsü olan hasta uygun doz ve sürede valproat, karbamazepin, olanzapin, risperidon, paliperidon, ketiyapin gibi birçok psikotrop ilaç kullanmasına rağmen pozitif psikotik belirti ve bulgularının tamamen geçtiği bir remisyon dönemine hiç girememiş. Hasta engelli memur olarak atanabilmişti ve yoğun zihinsel performans gerektirmeyen bir birimde çalışabiliyordu. Ancak yine de sık sık istirahat raporu aldığı öğrenildi. İlgisiz ve içe kapanık tutumunun hastalık süreci boyunca sürekli olduğu yakınları tarafından aktarıldı.

İlaç tedavisine katılımda yetersizliği olduğu düşünülerek tedavisi uzun etkili risperidon enjeksiyonu, paliperidon palmitat uzun etkili AP tedavisi olarak değiştirilmişti; ancak buna rağmen psikotik semptomları devam etmişti. Bu nedenle hekimi tarafından klozapin tedavisi önerilmişti. Ancak hasta ve yakınları olası yan etkilerden çekindikleri için bu tedaviyi kabul etmemişti.

Hastanın en son başvurusunda grandiyöz sanrılar, yorum yapan işitsel varsanılar, dört aylık bir süre içinde, kullandığı valproat 2000 mg/gün, karbamazepin 400 mg/gün, risperidon 3 mg/gün tedavisine bağlı olduğunu düşündüğü yaklaşık 25 kilo alma ve buna bağlı olarak

mutsuz hissetme, hayattan keyif alamama, isteksizlik, kendisini değersiz görme ve suçluluk fikirleri, ölüm ve özkıyım düşünceleri gibi yakınmaları mevcut olan hasta; öykünün derinleştirilmesi, ileri inceleme ve tedavisinin düzenlemesi için servise kabul edildi.

Ruhsal Durum Muayene Bulguları

Ruhsal durum muayenesinde, hastanın yaşında gösterdiği, özbakımının azalmış olduğu gözlemlendi. Obez görünümü ve elemli yüz ifadesi mevcuttu. Hasta savunmacı tutum içindeydi. Duygudurumu depresif, duygulanımı durgundu. Spontan konuşma var olup cevaplar amacına kısmen ulaşıyordu. Konuşma miktarı normaldi, ses tonu üzüntülüydü, ses volümü azalmıştı. Düşünce içeriğinde grandiyöz, referans ve perseküsyon hezeyanları, değersizlik ve suçluluk fikirleri, kendine zarar verme ve ölüm düşünceleri, kilo almasıyla ilgili yoğun düşünsel uğraşları vardı. Siyasi ve dini konularda yorumlar yapan şekilde işitsel varsanılar tarifliyordu. Dikkatte kolayca dağılma, dikkati bir konu üzerinde uzun süre tutamama veya dikkati yeni konulara çevirmede zorluk yaşıyordu. Soyut düşünme yetisi yerindeydi, yargılaması bozulmuştu. Zeka düzeyi klinik olarak normal izlemi veriyordu. Bellek bozukluğu saptanmadı. Durumuna iç görüsü zayıftı.

Fiziksel ve Nörolojik Muayene Bulguları

Belirgin patoloji saptanmadı.

Özgeçmiş ve Soygeçmiş

Bilinen ek tıbbi hastalığı yoktu. Hastanın 25 paket/yıl sigara kullanımı mevcuttu. Madde ve alkol kullanımı yoktu. Ailede ağabeyinin epilepsi hastası olması dışında özellik yoktu.

Laboratuvar Sonuçları

Yatışı sırasında istenen rutin laboratuvar tetkiklerinde trigliserid: 263 mg/dL, açlık kan şekeri: 106 mg/dL olması dışında rutin biyokimya testleri ve kan sayımı sonuçları normal aralıktaydı.

Önceki yatışlarını sırasında elektroensefalografi normal olarak sonuçlanmıştı. Beyin manyetik rezonans görüntülemesi hafif serebral atrofiye sekonder sulkus ve fissürlerde genişleme, ventriküllerde genişleme dışında normal olarak değerlendirilmişti. Bu bulgu ise süregelen psikotik bozukluklarda görülen bölgesel hacim azalması ve ventriküllerde genişleme gibi yapısal anomaliler ile uyumluydu.

Tedavi ve Klinik İzlem

Yapılan klinik görüşmede duygudurum belirtileri ve psikotik belirtilerin saptanması, hasta ve yakınlarından alınan öyküde duygudurum dönemlerinin olmadığı dönemlerde de perseküsyon ve grandiyöz hezeyanların sürdüğüne dair bilgi edinilmesi nedeniyle hastanın şizoaffektif bozukluk tanısı olduğu klinik kanaati gelişti. Başvurusu sırasında Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ) puanı: 115 (pozitif belirtiler: 28, negatif belirtiler: 26, genel psikopatoloji: 61), Young Mani Derecelendirme

Ölçeği (YMDÖ) puanı: 13, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (ÇŞDÖ) puanı: 23 idi.

Beden kitle indeksi 36,6 kg/m² olarak hesaplanan hasta, metabolik sendrom açısından değerlendirildiğinde hastanın bel çevresi 124 cm ölçüldüğünden iç hastalıkları bölümüne ve beslenme ve diyetetik uzmanına danışılarak gerekli diyet planlaması yapıldı.

Psikiyatrik tedavisi ise paliperidon palmitat 100 mg/ay, sertralin 200 mg/gün, valproat 2000 mg/gün olarak düzenlenerek kırk beş günlük servis yatışı sonrası kısmi iyilik hali ile taburcu edildi. Taburculuğunda PNSÖ: 85 (pozitif belirtiler: 20, negatif belirtiler: 22, genel psikopatoloji: 43), YMDÖ: 7, ÇŞDÖ:16 olarak değerlendirildi. Ara dönemlerde pozitif psikotik belirti ve bulguları ve çökkün duygudurumu devam eden hasta taburcu olduktan iki hafta sonraki poliklinik başvurusunda ilaçların kendisinde uyku hali ve kilo artışı yaptığından yakınıyordu. Kilo aldığını, psikiyatrik bir tanı almış olması nedeniyle insanlardan daha da uzaklaştığını söylüyordu. İş yerindeki arkadaşlarının kendisi hakkında konuştuğunu, bu nedenle işe gitmek istemediğini söylüyordu. Bir haftalık istirahat raporu düzenlenen hasta sonraki süreçte düzenli olarak kontrollerine gelmedi.

Son poliklinik başvurusundan on sekiz ay sonra hasta sürücü belgesi alabilmek için aile hekimi tarafından kliniğimize yönlendirildi. Değerlendirme sırasında hastanın herhangi bir ilaç kullanmadığı tespit edildi. Genel iyilik hali değerlendirildiğinde; kendisinden ve yakınlarından alınan öyküde herhangi bir ruhsal yakınmasının olmadığı öğrenildi. Hasta ve yakınlarından alınan öyküye göre hasta on aydır hiçbir psikiyatrik ilaç kullanmıyordu. Daha önce ailesiyle yaşayan hasta kendi başına ayrı bir evde yaşamaya başlamıştı. AP ilaçlarını bıraktıktan sonra hasta yaklaşık 30 kg zayıflamıştı. Bu süreçte kilo vermek için herhangi bir takviye gıda ya da ilaç kullanımının olmadığını belirtiyordu. Beslenme alışkanlığını değiştirdiğini, sebze ve meyve ağırlıklı beslendiğini, her gün düzenli olarak spor yaptığını, haftanın iki günü bağlama kursuna gittiğinin ifade ediyordu. Mesleki işlevsellik değerlendirildiğinde geçen süre boyunca istirahat raporu ihtiyacının olmadığını ifade ediyordu. Keyfinin ve moralinin daha iyi olduğunu, hayattan zevk almaya başladığını ifade ediyordu. İlaç kullanımıyla kilo almaktan ve hareketlerinin kısıtlanmasından yakınan hasta kesinlikle yeniden ilaç kullanmak istemiyordu. Ruhsal durum muayenesinde hiçbir patolojik bulguya rastlanmayan hastaya en az altı ay süreyle, ayda bir defa olacak şekilde polikliniğimizde kontrol amaçlı olarak değerlendirilmesi gerektiği açıklandı ve hasta kontrollerine düzenli olarak geldi. Kontrol muayenelerinde de iş yerinde performansının yeterli olduğu, iş arkadaşlarıyla ve ailesiyle sorunsuz geçinebildiği, spora ve bağlama kursuna devam ettiği, keyfinin ve moralinin daha iyi olduğu, dikkat dağınıklığının sona erdiği fark ediliyordu. Dolayısıyla psikiyatrik açıdan altı ayda bir kontrole tabi olmak koşuluyla sürücü belgesi almasında da herhangi bir sakınca görülmedi. Sürücü belgesini de aldıktan sonra geçen altı ayda yeniden kontrol muayenesinde değerlendirilen hastanın remisyon hali ve işlevselliğindeki

belirgin düzelme 22 aydır herhangi bir ilaç kullanmamasına rağmen devam ediyordu. Hasta bu haliyle bir sonraki kontrol muayenesi zamanı gelene kadar izlenmeye devam etmektedir.

Tartışma

Olguda duygudurum epizodlarının tüm hastalık süresinin büyük kısmını kapsaması ve duygudurum semptomları olmadan psikoz semptomların iki haftadan uzun sürmesi şizoaffektif bozukluk tanısının olduğu kanaatini geliştirmiştir.

Belirgin ve devam eden duygudurum epizodlarının olması şizofreni tanısının dışlanmasına neden olmuştur. Bu olguda psikozla giden duygudurum bozukluğu da elenebilir; çünkü duygudurum semptomları olmadığı dönemlerde psikotik semptomlar devam etmektedir.

Travma öyküsünün olmaması travma ile ilgili bozuklukları düşündürmemiştir. Negatif belirtilerin baskın olduğu prodromal dönemin bulunması, sanrı ve varsanılar ile seyreden psikotik nöbetlerle seyretmesi, remisyonda olduğu süre boyunca kişiler arası ilişkilerde sorun yaşamaması kişilik bozukluğu tanısından da uzaklaştırmıştır.

Ruhsal bozuklukların tedavisinde farmakolojik ajanlar sıklıkla kullanılmaktadır. Farmakoterapi alan hastaların çoğu tedavi ile iyileşmektedir. Genellikle bu iyileşmenin bir kısmının ilacın spesifik etkisinden kaynaklandığına ve geri kalanının plasebo etkisinden kaynaklandığına inanılmaktadır. İster aktif ilaç, ister plasebo alıyor olsunlar, tedavi edilen hastaların iyileşmesinin birçok ek nedeni vardır. İlacın doğrudan etkisi, plasebonun doğrudan etkisi, spesifik olmayan psikoterapötik etki, ortalamaya doğru kayma hipotezi, kendiliğinden yanıt veya iyileşme gibi nedenler bu etkilerden bazılarıdır.⁸

Şizofreni spektrumundaki bozuklukların seyri genellikle kronik olduğundan, tedavi kılavuzları nüksleri önlemek için kesintisiz idame tedavisini önermektedir. Ancak AP tedavinin uzun dönem kullanımının birçok yan etkiyle ilişkili olduğu da bilinmektedir. Örneğin AP kullanımı iştahı ve karbonhidrat aşermeyi artırarak, fiziksel aktiviteyi de azaltarak kilo artışına neden olmakta ve metabolik sendrom riskini artırmaktadır. Bu riskin genç yaşta ve çoklu AP kullanımı ile arttığı bilinmektedir.⁹ Nitekim mevcut olgunun da ilk psikiyatri başvurusunun erken yaşta olması ve çok sayıda AP kullanması sonucu metabolik sendrom gelişmesi neredeyse kaçınılmaz olmuştur. Kilo artışı ve buna bağlı hareket kısıtlılığı hastanın sosyal etkileşiminin daha da azalmasına neden olmuştu. Bu nedenle ilaç tedavisini sonlandırması, spor ve beslenme değişikliği ile belirgin kilo veren hasta, kilo alımına sekonder gelişen depresif yakınmalarının da gerilediğini ifade ediyordu.

AP kullanımına rağmen ortaya çıkan relapsların AP'lerin neden olduğu dopamin reseptör upregülasyonu ve buna bağlı süpersensitivite ile ilişkili olduğunu iddia eden çalışmalar mevcuttur.³ Mevcut olgu sunumunda da hastanın birçok AP kullanımına rağmen devam eden

grandiyöz hezeyanları ve işitsel varsanıları bu varsayımı destekleyebilecek niteliktedir.

Tüm bu uzun dönem yan etkileri göz önüne alındığında, son zamanlarda uzun süreli ve kesintisiz idame tedavisi yerine AP tedavisinde doz azaltımı yapılan ve stabil hastalarda tedavinin sonlandırıldığı çalışmaların arttığı görülmektedir. Alanyazına bakıldığında, düşük dozda AP kullanımı veya AP kullanımının sonlandırılması ile yaklaşık %20-30 kadar bir hasta alt grubunun uzun süreler boyunca remisyona veya kısmi remisyona sağladığını ve nispeten iyi işlev gördüğünü gösteren çalışmalar dikkati çekmektedir.³ Başka çalışmada ise şizofreni ve affektif psikozu olan katılımcıların 20 yıllık izlemi sonrasında ilk iki yıldan sonra AP kullanmayan şizofreni hastalarının AP kullanan şizofreni hastalarına göre daha iyi sonlanım ölçütlerine sahip olduğu saptanmıştır. İyileşme açısından, ikinci yıldan sonra, tanıdan bağımsız olarak, AP ilaç kullanmıyor olmanın sonraki her takipte iyileşmeyi öngördüğü, iki yıllık tedaviden sonra AP'lerin psikotik semptomları artık azaltmadığı ve AP kullanmayan katılımcıların daha iyi işlevsellik gösterdiği saptanmıştır.⁶ Mevcut olgunun da kendi kararıyla ilaç tedavisini sonlandırmasına rağmen hayatında yaptığı değişikliklerle remisyona halini uzun süreler boyunca koruması bu gözlemleri desteklemektedir.

Sosyal işlevsellik ve biliş ile sürekli AP kullanımının incelendiği bir çalışmada yedi yıllık bir izlem sonrasında ilaç dozuna sabit devam eden hastalara oranla, doz azaltma/kesme rejimi uygulanan hasta grubunda sosyal işlev açısından üstünlük bulunmuştur. Biliş üzerine kısa bir takip süresi olan iki çalışma ise doz azaltma/bırakma grubu için daha büyük bir gelişme olduğunu göstermiştir.⁷ Mevcut olgunun da dikkat sorunları başta olmak üzere bilişsel yakınmalarının ve sosyal ve mesleki yaşamında yaşadığı kişilerarası sorunların AP kullanımını sonlandırmasıyla gerilemesinden hareketle bu çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu bir seyir izlediği düşünülebilir.

Şizofrenide AP'ler nüksleri önlediği ve bazı belirtileri azalttığı bilirse de negatif semptomlar, depresif duygudurum, psikososyal destek gibi hastanın yaşantısına etki eden konularda ihtiyacın karşılanması tek başına AP'ler ile mümkün görülmemektedir.² Psikososyal destek kapsamında çeşitli sosyal veya spor odaklı etkinlikler ile şizofreni hastalarının günlük hayata daha iyi uyum sağlayacağı ve daha başarılı olacağı düşünülmüştür. Psikososyal destek ve fiziksel egzersizin işlevselliğin artmasında, semptomların ve depresyonun azalmasında etkili olduğu gösterilmiştir.¹¹

Yapılan çalışmalar; egzersizin beyin sağlığı için koruyucu olduğunu, biliş ve duygudurumunu etkilediğini, ruhsal bozukluklarda semptomların gerilemesini sağladığını göstermektedir. Egzersizin beyin kökenli nörotrofik faktör (BDNF) düzeyinde artış sağladığı gösterilmiştir. BDNF'nin hipokampüste sinaptik plastisitenin geliştirilmesinde rol oynadığı bilinmektedir. Aynı zamanda egzersizin biliş üzerindeki etkisi; fiziksel iyilik hali, artmış yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmektedir. Böylece egzersiz gibi davranışsal yaklaşımların teşvik edilmesi, kronikleşen ve tedaviye dirençli psikiyatrik

bozuklukları geriletmenin yanı sıra, kişinin genel iyilik halini de artırarak, genel sağlık tablosunun iyileşmesine katkıda bulunabileceği öne sürülmektedir.¹² Mevcut olgunun da yaşam tarzındaki büyük değişikliklerin bu çalışmalarda bahsedilen diyet değişikliği, egzersiz ve sosyal etkinliklerin artırılması gibi farmakolojik olmayan girişimler sayesinde AP kullanılmamasına rağmen uzun süreli remisyon sağlanmasında aracılık ettiği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, AP'lerin uzun süreli kullanımının olası yan etkileri göz önünde bulundurulduğunda uygun hasta gruplarında, özellikle tedaviye direnç geliştiğinin düşünüldüğü durumlarda yakın izlemler ile AP doz azaltımı veya sonlandırma rejimi uygulanabilir. Şizofreni spektrumunda yer alan hastaların tek tedavi yolunun kesintisiz şekilde AP tedavi olmadığı, yaşam tarzı değişikliklerinin pek çok belirti ve bulgunun gerilemesinde önemli bir etkisinin olabileceği, bu yönüyle AP tedavisiyle rahatsız edici yan etkiler ortaya çıkan ve herhangi bir etkinlik elde edilemeyen hasta gruplarının en azından bir kısmında AP tedavi kesilmesinin faydalı olabileceğinin düşünülmesinin gerektiğini klinisyenlere hatırlatmak ve önermek isteriz. AP tedavilerin ötesinde de psikososyal yaklaşımlar ve yaşam tarzı değişikliklerinin hastaların yaşam kalitesini ve işlevsellik düzeylerini yeniden kazanmada etkili seçenekler olduğu unutulmamalıdır.

Etik Standartlara Uygunluk

Hastadan, olgu sunumu ile ilişkili yazılı onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması tarif eden herhangi bir kişi bulunmamaktadır.

Yazar Katkısı

SA, BE, İG, SB: Fikir; AES, SB, EAA: Tasarım; SA, BE, AES, İG, SB, EAA:Yazım; SB, EAA: Denetleme.

Finansal Destek

Bu çalışmada herhangi bir fon veya destekten yararlanılmamıştır.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Third Ed. Washington. American Psychiatric Association;2021.
2. Danacı AE, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Ulusoy Kaymak S. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 2.Baskı. Ankara,Türkiye;Psikiyatri Derneği Yayınları;2018.
3. Goff DC, Falkai P, Fleischhacker WW, Girgis RR, Kahn RM, Urhida H,et al. The long-term effects of antipsychotic medication on clinical course in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 2017; 174(9):840-849. doi:10.1176/appi.ajp.2017.16091016.
4. Tiihonen J, Tanskanen A, Taipale H. 20-year nationwide follow-up study on discontinuation of antipsychotic treatment in first-episode schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.*

2018;175(8):765-773. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17091001.

5. Chouinard G, Samaha AN, Chouinard VA, ve ark. Antipsychotic-induced dopamine supersensitivity psychosis: pharmacology, criteria, and therapy. *Psychother. Psychosom.* 2017;86(4):189-219. doi:10.1159/000477313.
6. Harrow M, Jobe TH, Tong L. Twenty-year effects of antipsychotics in schizophrenia and affective psychotic disorders. *Psychol. Med.* 2021;1-11. doi: 10.1017/S0033291720004778.
7. Omachi Y, Sumiyoshi T. Dose reduction/discontinuation of antipsychotic drugs in psychosis; effect on cognition and functional outcomes. *Front. Psychiatry.* 2018;447. doi.:10.3389/fpsy.2018.00447.
8. Frances A, Clarkin JF. No treatment as the prescription of choice. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1981;38(5):542-545.
9. Centorrino F, Masters GA, Talamo A, Baldessarini RJ, Öngür D. Metabolic syndrome in psychiatrically hospitalized patients treated with antipsychotics and other psychotropics. *Hum. Psychopharmacol.* 2012;27(5):521-526. doi:10.1002/hup.2257.
10. Huhn M, Leucht C, Rothe P, Dold M, Heres S, Bornschein S, et al. Reducing antipsychotic drugs in stable patients with chronic schizophrenia or schizoaffective disorder: a randomized controlled pilot trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2021;271(2):293-302.
11. Gevrek EH. *Fiziksel egzersizin, şizofreni hastalarında pozitif negatif semptomlarına ve depresyon düzeylerine etkisi* [Yüksek lisans tezi]. İstanbul,Türkiye. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;2017
12. Gökçe E, Güneş E, Erhan Nalçac E. Egzersizin depresyon ve şizofreni üzerine Etkisi: BDNF odaklı bir bakış. *Noro Psikiyatr Ars.* 2019;56(4):302-310.