



Eğitim Kurumları Dışında Görevli Bir Grup Psikiyatristin Antipsikotik Seçme, Kombine Etme ve Doz Ayarlama Örüntüleri

Oğuz Karamustafaloğlu¹, Başak Özçelik², Sinem Gönenli³,
Bahadır Bakım², Yasemin Cengiz²

ÖZET:

Eğitim kurumları dışında görevli bir grup psikiyatristin antipsikotik seçme, kombine etme ve doz ayarlama örüntüleri

Amaç: Klinik araştırma sonuçları ve bunlara dayanan güçlü meta-analizler antipsikotiklerin etkinliği ve yan etkileri ile ilgili birbirinden farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Klinik pratikte antipsikotik seçimi, doz ayarlaması, ideal kombinasyonlar ve psikiyatristlerin bu kararları üzerinde etkili unsurlarla ilgili çalışma sonuçları henüz yetersizdir. Bu çalışmanın amacı eğitim kurumu dışındaki devlet hastanelerinde görevli bir grup psikiyatristin uzmanının antipsikotikleri reçete etme örüntülerini ortaya koymaktır.

Yöntem: Araştırma Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yürütülmüş olan tanımlayıcı bir anket çalışmasıydı. Aralık 2004 tarihinde, anket formları posta yoluyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı, eğitim ve araştırma özelliği olmayan hastanelerde yarım ya da tam gün çalışmakta olan 246 psikiyatristi zamanına gönderildi. Çalışma grubu, Şubat 2005 tarihine kadar anketi yanıtlayan 75 psikiyatristi uzmanından oluştu. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu sosyodemografik özellikler ile antipsikotik ilaçların seçimi, dozları, yan etkileri ve tercih edilen kombinasyonlar hakkında sorular içermektedir. Anket formu çalışma tarihi itibarıyla Türkiye'de mevcut olan antipsikotikleri kapsamaktaydı (ziprasidon, sertindol ve aripiprazol hariç).

Bulgular: Psikiyatristlere tedavide en sık üç "antipsikotik ilaç başlama endikasyonları" sorulduğunda, büyük çoğunlukla (%93) psikotik bozukluklar, yarıdan fazla (%67) iki uçlu duyu durum bozukluğu, %50 oranında ise psikotik özellikli depresyon ve %13 oranında obsesif kompulsif bozukluk ifade edildi. Uzmanların %75'i (n=56) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda ilk basamak antipsikotik tedavi olarak atipik olanları tercih ettiklerini belirttik. Depo antipsikotik reçete etme oranı sorulduğunda hekimlerin %25.3'ü (n=19) "sık/çok sık" kullandıklarını ifade etti. "Sık/çok sık" iki ya da daha fazla antipsikotik reçete etme oranı %62 idi. En fazla tercih edilen kombinasyon haloperidol ve klorpromazin düzenlemesiydi. Psikiyatristlerin şizofreni akut tedavisinde kullandıkları ortalama antipsikotik dozları genel olarak FDA'nin onayladığı olağan doz aralığının üst sınırı civarındaydı. Uzman hekimlerin şizofreni ve iki uçlu duyu durum bozukluğunda kullandıkları ortalama antipsikotik dozları birbirine yakın gibiydi. "Sık/çok sık" karşılaşılan yan etkilerin dökümü incelendiğinde tipik antipsikotikler daha çok tardiv diskinezi, EPS, ritm bozukluğu gibi yan etkilere, atipikler ise daha çok kilo almına yol açıyor izlenimi doğmaktaydı. Çalışmamızda, diabetes mellitus ortaya çıkma sıklığı olanzapin ile klozapine göre daha yüksek oranda ifade edildi. Kadın psikiyatristlerin erkekler göre atipik antipsikotiklere daha fazla oranda tercih ettikleri saptandı. Bazı antipsikotikler (sülpripid, amisülpripid, risperidon, ketiapin) için, her tanı grubunda olmamakla beraber hekimin yaşı, meslekte geçen süre ve günlük hastanede muayene edilen hasta sayısı arttıkça tedavide kullanılan dozların düştüğü saptandı. Diğer taraftan, olanzapin ve klozapin için, yukarıda bahsedilen değişkenler ile ilaç dozları arasında pozitif bir korelasyon tespit edildi.

Sonuç: Bu çalışma, eğitim kliniği dışındaki kurumlarda görevli, Türkiye'nin çeşitli yerlerinde çalışan, tecrübeli bir grup psikiyatristin uzmanının antipsikotiklerle ilgili klinik uygulamaları hakkında bir fikir vermesi bakımından bir ölçüde fayda sağlayabilir. Klinik pratikte antipsikotik reçeteleme örüntüleri ile araştırma sonuçları genel olarak örtüşse de, bazı farklılıklara da rastlanabilmektedir.

Anahtar sözcükler: Antipsikotik ilaçlar, psikiyatristler, reçeteleme, kombinasyon, yan etki, doz

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2009;19:263-272

ABSTRACT:

Antipsychotic selection, combination, and dosing patterns of a group of psychiatrists working at non-teaching hospitals

Objective: Clinical research and powerful meta-analyses show incongruent findings about efficacy and side effects of antipsychotics. Results of studies focusing on how to choose an antipsychotic drug, dosing, combining those drugs optimally, and factors impacting the psychiatrists' decisions in clinical practice seem insufficient to draw firm conclusions. The aim of this study was to clarify the prescription patterns of antipsychotics among a group of psychiatrists working at non-teaching state hospitals.

Methods: This was a cross-sectional questionnaire survey which was conducted by the psychiatry unit of Sisli Etfal Research and Teaching Hospital between December 2004 and February 2005. Questionnaires were mailed to 246 full-time or part-time psychiatrists working at non-teaching state hospitals, which were affiliated with The Ministry of Health, at the time of the study. The sample of the study consisted of 75 psychiatrists who mailed back the completed questionnaires by February 2005. The questionnaire included items about sociodemographic variables, choosing antipsychotics, dosing, combinations, side effects, pharmacokinetics, and pharmacodynamics of those drugs. Only, the antipsychotics which were in the market during the study period, were surveyed (excluded ziprasidone, sertindole, and aripiprazole).

Results: When psychiatrists were asked about the first three indications to start an antipsychotic treatment, majority of them (93%) stated psychotic disorders, more than half (67%) bipolar disorder, half of them (50%) psychotic depression, and finally 13% reported obsessive-compulsive disorder. A total of 56 psychiatrists (75%) preferred atypical antipsychotics as the first-line agent when treating schizophrenia and other psychotic disorders. Approximately, 25% of the sample (n=19) expressed depot antipsychotics as "often/almost always prescribed agents". Similarly, 21% of the sample reported they "often/almost always" combined two or more antipsychotics. The most commonly prescribed combination was haloperidol and chlorpromazine. For the treatment of the acute episode of schizophrenia, the mean doses of antipsychotics reported by the psychiatrists were dispersed in the usual dose ranges (near to the highest doses) approved by FDA. The mean antipsychotic doses for the treatment of schizophrenia and bipolar disorder (for both acute and maintenance phases) were similar. In the questionnaires, side effects of antipsychotics seemed different between typicals and atypicals; tardive dyskinesia, extrapyramidal syndrome, rhythm disorders were reported more frequently with typical antipsychotics, whereas weight gain and diabetes mellitus were seen more with atypicals. For some antipsychotics like sulpride, amisulpride, risperidone, and quetiapine, as the age of the psychiatrist, years as a physician, and the number of patients/day evaluated at the hospital increased, doses of antipsychotics decreased according to reports by the sample. On the other hand, for olanzapine and clozapine, a positive correlation was found between above mentioned variables and antipsychotic doses. This findings could not be generalized for all the acute and maintenance phases of disorders.

Conclusion: This study might shed some light to the clinical practice with regard to antipsychotic selection, combination, and dosing among a group of experienced psychiatrists working at non-teaching state hospitals throughout Turkey. The results might show some differences between clinical practice and research data regarding antipsychotics.

Key words: Antipsychotic drugs, psychiatrists, prescription, combination, side effect, dosing

Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2009;19:263-272

¹Doç. Dr., ²Uzm. Dr., ³Asis. Dr., Psikiyatri Kliniği, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Doç. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu, Psikiyatri Kliniği, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 34360 İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-231-22 09/1325

Faks / Fax: +90-212-343-2626

Elektronik posta adresi / E-mail address:
oguzkaramustafa@superonline.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:
23 Şubat 2009 / February 23, 2009

Bağıntı beyanı:

O.K.: Çok sayıda ilaç firmasından bilimsel aktiviteleri karşılığı honorarium kabul etmiştir.
B.Ö.,S.G.; B.B.,Y.C.: yok.

Declaration of interest:

O.K.: Received honoraria for scientific activities from various pharmaceutical companies.
B.Ö.,S.G.; B.B.,Y.C.: none.

GİRİŞ

İlk kez 1960’larda tipik antipsikotik, 1990’larda ise atipik antipsikotiklerin piyasaya çıkmasından beri, bu ilaçlar şizofreni ve duygudurum bozuklukları tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Tipik antipsikotiklere göre daha üstün oldukları beklentisi ile atipik antipsikotikler özellikle şizofreni tedavisinde ilk tercih haline gelmişlerdir (1-6). Ancak, klinik araştırma sonuçları olası yan etkiler ve etkinlik açısından bir antipsikotığın diğerine üstünlüğü konusunda halen sınırlıdır (7-9). Sınırlılığın olası sebeplerinden bazıları farklı karşılaştırma yöntemleri ve uzunlamasına takip süresinin kısa olmasıdır (7,10). Diğer önemli bir husus ise araştırmalarda kullanılan dışlama ölçütleri sebebiyle eş tanı, şiddetli hastalığa sahip ya da intihar riski taşıyan hastalar hakkındaki bilgilerin kısıtlı olmasıdır. Bu durum “gerçek yaşam” pratiği ile çelişebilmektedir.

Gittikçe artan sayıda araştırma verilerine dayanan güçlü meta-analizler arasında bile etkinlik ve yan etkilerle ilgili sonuçlar farklılık göstermektedir (11-14). Pek çok görüş ayrılığına rağmen, yazarlar düşük EPS özelliğinden dolayı psikotik bozuklukların tedavisinde ilk seçilecek antipsikotiklerin atipik antipsikotik gruptan olması gerektiğinde ve klozapinin etkinlik bakımından üstün olduğunda hemfikirdirler (15-19). Gerçek yaşam pratiğini yansıtmaması bakımından farklı bir yeri olan CATIE çalışmasına göre antipsikotiklerin “etkililiği” hala tatmin edici değildir (7). Ayrıca, yeterince etkinlik görülmemesi ve yan etkiler sonuç olarak %75 sıklıkla hastaların tedaviyi bırakmasına yol açmaktadır (19). Dolayısıyla, birbirine yakın etkinlik gösterebilen antipsikotiklerin yan etki açısından birbirlerinden farklılık gösterdiği öne sürülmektedir (20).

Antipsikotiklerin majör psikiyatrik rahatsızlıkların akut ve idame tedavisinde hangi doz aralığında kullanılacağı da başka bir tartışma konusudur. Antipsikotiklerin ilaç pazarına sunuldukları tarihte firmalar tarafından yapılmış kontrollü çalışmalar sonucunda önerilen Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA)’in onayladığı doz aralığı zamanla klinik uygulamadaki tercihlere göre değişiklik gösterebilmektedir. Risperidon, ketiapin, olanzapin gibi özellikle bazı atipik antipsikotik ilaçların doz aralığı zaman içinde değişiklik göstermiştir. Ayrıca, dozlar psikiyatri uzmanları arasında ya da hizmet verilen birim (eğitim birimi, genel hastane ya da dal hastanesi, ayaktan hizmet birimi, yatak sayısı gibi) de farklılık sergilemektedir (21-25). Antipsikotiklerle ilgili diğer belirsiz konu ise kombinasyon tedavisini tercih etme sıklığı

ve ideal kombinasyon tanımıdır. Antipsikotik kullanımıyla ilgili yukarıda belirtilen tartışmalı konulara çözüm bulmak için, son on yılda, “Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT)”, “Texas Medication Algorithm Project antipsychotic algorithm for schizophrenia (TMAP)” ve “uzman görüş birliği” gibi çeşitli kılavuzlar üzerinde çalışılmaktadır (15-18). Diğer taraftan, Gaebel ve arkadaşlarına göre antipsikotiklerle ilgili tedavi kılavuzları ülkeden ülkeye bile değişiklik gösterebilir (26).

Son yıllarda, bazı çalışmalar psikiyatristlerin antipsikotik seçimi, doz ayarlaması, kullandıkları kombinasyonlarla ilgili kararları üzerindeki etkili unsurlara odaklanmaktadır (23-25,27). Türkiye’de ilki klozapin olmak üzere 1998 yılından beri atipik antipsikotikler reçete edilmektedir. Ancak, bilgilerimize göre, ülkemizde pratisyen hekimlere yönelik bir anket çalışması yapılmış olsa da (28), doğrudan psikiyatristlere antipsikotik seçimleriyle ilgili soru yönelterek yapılan çalışma yoktur. Bu çalışmanın amacı; eğitim kurumu dışındaki devlet hastanelerinde görevli bir grup psikiyatri uzmanının antipsikotikleri tercih etme ve kullanım biçimlerini ortaya koymaktır.

YÖNTEM

İşlem

Bu çalışma Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yürütülmüş olan tanımlayıcı bir anket çalışmasıydı. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu sosyodemografik özellikler ile antipsikotik ilaçların seçimi, dozları, farmakodinamik, farmakokinetik özellikleri ve yan etkileri hakkında sorular içermekteydi. Aralık 2004 tarihinde soru formları bilgilendirici bir mektup eklenmiş olarak, üstünde adres yazan, pulu yapılandırılmış zarf içinde çalışma ölçütlerini karşılayan psikiyatri uzmanlarına postalandı. Bilgilendirici mektupta uzmanların çalışmaya katılmak ve isim belirtmek zorunda olmadıkları, verilerin bilimsel araştırma için kullanılacağı biçiminde açıklama yapıldı. Şubat 2005 tarihine kadar yanıtlanan anket formları değerlendirmeye alındı. Araştırmanın protokolü çalışma öncesinde Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından onaylandı.

Çalışma grubu

Araştırma evrenini TC Sağlık Bakanlığı’na bağlı has-

tanelerde görevli 410 psikiyatri uzmanı oluşturmaktadır. SSK, tıp fakültesi ve diğer kamu (belediye, dernek ve vakıf, yabancı ve azınlık) hastanelerinde görevli uzmanlar ile, özel hastane ya da sadece muayenehanede çalışmakta olan psikiyatristler araştırma evreninin dışında bırakıldı. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde görev yapan toplam 164 uzman araştırma kapsamı dışında tutuldu. Dışlama ölçütleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanelerinde (n=136) ve eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri kliniklerinde (n=28) görevli olmaları. Kalan 246 uzmana araştırma soru formu posta yoluyla iletilmiştir. Formun gönderilmesinden 8 hafta sonra gelen yanıtlar analizlere dahil edilmiş, cevap vermeyen uzmanlara tekrar gönderim veya göndermeleri için ilave iletişim olmamıştır. Çalışma grubu anketi yanıtlayan 75 (%30.5) psikiyatri uzmanından oluştu. Ancak, anketlerin gönderildiği tarihte hekimlerin izinli ya da başka bir yerde görevli olup olmadığı, mektupların hekimlere ulaşip ulaşmadığı bilinmemektedir. Ayrıca, anket formunu yanıtlayan ve yanıtlamayan hekimler arasında herhangi bir fark olup olmadığı hakkında bilgi de bulunmamaktadır.

Araçlar

Anket formu çalışma tarihi itibarıyla Türkiye'de mevcut olan antipsikotikler (haloperidol, pimozid, flufenazin dekonat, flupentiksol, trifluprazin, züklopentiksol, klorpromazin, sülpirid, tiyoridazin risperidon, olanzapin, ketiapin, amisülpirid ve klozapin) kapsamaktaydı. Sosyodemografik verilerle ve antipsikotiklerle ilgili sorular içeren iki bölümden oluşan anket formu ekte sunulmuştur.

İstatistiksel analiz

Araştırmada sayısal değişkenlerin dökümü için ortalama, ortanca, standart sapma ve çeyrekler arası aralık, kategorik verilerin dökümü sıklık kullanılarak belirtildi.

BULGULAR

Sosyodemografik veriler

Çalışmaya katılan 75 psikiyatri uzmanının 58'i erkekti (%77.3) ve genel yaş ortalaması 41.4±6.2 yıl idi. Çalışma grubunun hekimlikte ve uzmanlıkta geçen sürelerinin ortalaması sırasıyla 15.4±5.9 yıl ve 7.7±6.1 yıl olarak saptandı.

Uzmanların %82.7'si (n=62) yatarak hasta takip ve tedavisi yapabilmekte, %80'i (n=60) hastanede yarım gün çalışıp aynı zamanda muayenehanede hasta görmekteydi. Hastanede ve muayenehanede günlük gördükleri genel hasta sayısı ortalaması sırasıyla 50.4±23.6 ve 4.4± 2.4 idi. Çalışma grubunun en sık tanı koyup tedavi ettiği psikiyatrik rahatsızlıklar duygudurum bozuklukları (%46.7), anksiyete bozuklukları (%46.7) ve psikotik bozukluklardı (%6.7) (anket formunda bir uzmanın en sık karşılaştığı üç tanı sorulmuştur).

Antipsikotik seçimi, kullanılan kombinasyonlar ve sık karşılaşılan yan etkiler

Psikiyatristlere tedavide en sık üç "antipsikotik ilaç başlama endikasyonları" sorulduğunda, büyük çoğunlukla (%93) psikotik bozukluklar, yarıdan fazla (%67) iki uçlu duygudurum bozukluğu, %50 sıklıkla ise psikotik özellikli depresyon ifade edildi. Bu endikasyonları % 13 sıklıkla OKB, %8 sıklıkla diğer anksiyete bozuklukları ve %5 sıklıkla kişilik bozuklukları takip etti. Şizoaffektif bozukluk, deliryum, somatoform bozukluk ve davranım bozukluğu %5'in altında belirtildi. Uzmanların %75'i (n=56) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda ilk basamak antipsikotik tedavi olarak atipik antipsikotik olanları tercih ettiklerini belirtti. Depo antipsikotik reçete etme sıklığı sorulduğunda hekimlerin %25.3'ü (n=19) sık/çok sık kullandıkları şeklinde yanıt verdi. Her ikisi de etkin dozda iki antipsikotiği kombine etme sıklığı konusunda, uzmanların %66.7'si (n=50) "nadiren", %28'i (n=21) "bazen", geriye kalan %5'i "sık/çok sık" şeklinde ifade ettiler. Biri etkin dozda iki antipsikotiği kombine etme sıklığı konusunda ise, hekimlerin %21.3'ü (n=16) "nadiren",

Tablo 1: Psikiyatri uzmanlarının (n=75) tedavide uyguladıkları antipsikotik kombinasyonu*

Kombinasyon çeşitleri	N	%
Haloperidol+klorpromazin	32	41,4
Risperidon+klorpromazin	12	16,0
Risperidon+ketiapin	12	16,0
Olanzapin+klorpromazin	7	9,3
Haloperidol+tiyoridazin	7	9,3
Olanzapin+risperidon	6	8,0
Haloperidol+züklopentiksol	5	6,7
Risperidon+ züklopentiksol	5	6,7
Olanzapin+ züklopentiksol	5	6,7
Olanzapin+haloperidol	5	6,7

*Her uzmandan açık uçlu soru ile 3 yanıt belirtmesi stendi.

Tablo 2: Psikiyatri uzmanlarının antipsikotiklerle “sık/çok sık” karşılaştıklarını belirttikleri yan etkiler, n(%).

ilaç	EPS	Kilo artışı	Ritim boz.	Cinsel işlev boz.	Boz. insülin direnci/DM	Tardiv Diskinezi
Haloperidol	71(95)	27(36)	2(3)	48(64)	2(3)	29(39)
Pimozid	38(51)	13(17)	10(13)	25(33)	2(3)	12(16)
Flufenazin	33(44)	11(15)	1(1)	21(28)	2(3)	17(23)
Flupentiksol	24(32)	11(15)	2(3)	14(19)	0(0)	8(11)
Trifluoperazin	19(25)	7(9)	6(8)	16(21)	4(5)	5(7)
Zuklopentiksol	46(61)	20(27)	2(3)	22(29)	3(4)	16(21)
Klorpromazin	11(15)	37(49)	9(12)	31(41)	7(9)	4(5)
Sülpirid	6(8)	27(36)	3(4)	21(28)	3(4)	0(0)
Risperidon	32(43)	34(45)	3(4)	29(39)	4(5)	4(5)
Olanzapin	0(0)	67(89)	3(4)	17(23)	23(31)	0(0)
Ketiapin	1(1)	14(19)	2(3)	5(7)	2(3)	1(1)
Amisülpirid	5(7)	15(20)	2(3)	10(13)	2(3)	0(0)
Klozapin	1(1)	38(51)	7(9)	16(21)	7(9)	0(0)

Tablo 3: Majör psikiyatrik bozukluklarda akut ve idame tedavide tercih edilen antipsikotik dozları (mg) (ortalama±SD)

Antipsikotik	Şizofreni		Bipolar bozukluk		Psikotik Depresyon	
	Akut	İdame	Akut	İdame	Akut	İdame
Haloperidol	23,5±8,2	10,3±4,3	22,9±9,1	6,8±2,9	11,4±5,8	5,2±2,4
Klorpromazin	399,2±185,4	223,3±208,7	459,4±202,7	160,5±145,6	157,9±92,1	78,8±46,1
Risperidon	6,5±1,7	3,7±1,4	6,3±1,9	2,9±1,4	3,7±1,4	2,1±0,9
Olanzapin	21,8±6,9	11,9±5,2	21,9±6,8	9,9±5,7	11,2±5,1	6,6±2,8
Ketiapin	822,0±243,8	499,6±216,7	803,3±252,2	360,3±164,2	378,1±211,4	159,1±124,2
Amisülpirid	663,4±218,8	421,1±189,5	678,9±228,9	360,0±176,2	401,7±221,9	202,3±102,9
Klozapin	535,0±143,7	335,4±113,9	495,0±118,1	273,2±114,5	190,0±84,3	72,5±57,1

Psikiyatristler haloperidol ve klorpromazin dışındaki tipik antipsikotiklerle ilgili az sayıda tercih belirttiklerinden bu ilaçlar tabloda gösterilmemiştir.

%57.3'ü (n=43) “bazen”, geriye kalan %21'i ise “sık/çok sık” biçiminde yanıt verdi.

Psikiyatri uzmanlarının kullandıklarını ifade ettikleri en sık antipsikotik kombinasyonu haloperidol ve klorpromazin birlikteliği idi (Tablo 1). Kombinasyonlar içinde en sık tercih edilen atipik antipsikotik ve tipik antipsikotik ilacın birlikte kullanılmasıydı (%80 n=60). Öte yandan, iki tipik antipsikotik ilacın birlikte düzenlenme sıklığı ise %72 (n=54) idi.

Antipsikotik seçerken en fazla dikkat edilen ilk üç unsur %89.3 sıklıkla “yan etkiler ve emniyet”, %85.3 sıklıkla “ilacın fiyatı” ve %78.7 sıklıkla “ilacın etkinliği” şeklinde belirtildi. “İlacın kolay kullanılması” %12 sıklıkla ifade edildi. Yaş, tanı, genel tıbbi durum gibi hasta ile ilgili etmenlerin belirtilme sıklığı %1'i geçmemektedir.

Psikiyatri uzmanlarının antipsikotiklerle karşılaştıklarını ifade ettikleri yan etkiler ve karşılaşma sıklığı Tablo 2'de gösterilmiştir. Psikiyatri uzmanlarının şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu ve psikotik depresyonda akut ve idame tedavide reçete ettikleri ortalama antipsikotik dozları Tablo 3'de sunulmuştur.

Tardiv diskinezi

Çalışma grubunun %77.3'ü (n=58) en az bir kez tardiv diskinezi olgusu ile karşılaştığını ifade etti. Karşılaşılan tardiv diskinezi hasta sayısı ortancası 10 idi. (1-200 arasında, IQR=16). Psikiyatristlerin %66.7'si (n=50) tardiv diskinezi olgusu tedavi ettiğini ifade etti. Tedavi edilen olguların ortancası 5 idi (1-50 arasında, IQR=8).

TARTIŞMA

Araştırmada eğitim ve araştırma kurumları dışındaki Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde görevli bir grup psikiyatristin çalışma tarihinde Türkiye'de mevcut olan antipsikotikleri tercih etme ve kullanma biçimlerinden bir kesit sunuldu. Gerçek hayatta klinik uygulamada atipik antipsikotik/tipik antipsikotik seçimi, düzenlenen kombinasyonlar, şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu ve psikotik özellikli depresyonda akut ve idame tedavide tercih edilen dozlar ve karşılaşılan yan etkiler bakımından literatüre uyan ve farklılık gösteren yönler olabileceği gö-

rüldü.

Uzmanların çoğunluğu (%75) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda antipsikotik tedavi düzenlerken ilk seçenek olarak atipik antipsikotik gruptan bir ilaç tercih ettiklerini ifade etti. Antipsikotik seçerken en fazla dikkat edilen “yan etkilerin katlanılır olması” ve “fiyat” olmaktadır. Türkiye’de yapılan diğer araştırma sonuçlarına göre de atipik antipsikotikler daha fazla tercih edilmektedir (6,21,27,29). Özellikle EPS yan etkilerinin daha düşük olmasından dolayı, A.B.D.’de atipik antipsikotiklerin kullanımını gittikçe artmaktadır ve toplam reçete edilen antipsikotiklerin %80’ini atipik antipsikotikler oluşturmaktadır (12,30). Diğer taraftan şiddetli hastaların sevk edildiği büyük psikiyatri hastanelerinde tipik antipsikotiklerin daha fazla tercih edildiğini bulan araştırmalarda vardır (31). Klavuzlar ilk atak şizofrenide ilk aşama ajan olarak atipik antipsikotikleri önermektedir (15-18).

Çalışmada psikiyatristlerin yaklaşık %21’i ruhsat-dışı (off-label) olarak, OKB ve diğer anksiyete bozukluklarında antipsikotik tedavi tercih ettiğini ifade etmişlerdir. Atik ve arkadaşlarının geriye dönük dosya taraması yöntemiyle yaptıkları araştırma sonucuna göre, bu oran % 30’lara yaklaşmaktadır (21). Klavuzlar OKB ve diğer anksiyete bozukluklarında antipsikotik kullanımını önermemektedir. Diğer taraftan, antipsikotikler klinik pratikte OKB, diğer anksiyete bozuklukları ve beden dismorfik bozukluk gibi psikotik bozukluklar dışında yardımcı tedavi olarak sıklıkla kullanılmaktadır (32). Çalışmamızda psikiyatristlerin antipsikotikleri OKB’de tek başına ya da kombine kullanıp kullanmadıkları net değildir. Ayrıca, antipsikotik tercih ettikleri tablolara tik bozukluğu ya da şizotipal kişilik bozukluğunun eşlik edip etmediği de açık değildir. Kanıt dayalı tıp bağlamında, özellikle OKB tedavisinde antipsikotikler ile ilgili iyi planlanmış araştırmalara ihtiyaç vardır.

Kullanılan antipsikotik dozu ilacın etkinliğinden en iyi şekilde yararlanabilmek bakımından önemlidir. Bu tartışmalı konuda klavuzların yönergeleri, uzman görüşleri, klinik çalışmaların sonuçları ve klinik uygulama zaman zaman farklılık göstermektedir. Çalışma grubunu oluşturan psikiyatristlerin şizofreni akut tedavisinde kullandıkları ortalama antipsikotik dozları genel olarak FDA’in onayladığı olağan doz aralığının (33) üst sınırı civarındaydı. Anket sonuçlarına göre, kullanılan dozlar idame tedavide akut safhaya göre daha düşüktü. Bazı yazarlara göre klinik uygulama klavuz olarak alındığında günlük dozlar;

klorpromazin için 400-600 mg (34) , olanzapin için 30-40 mg (12,19), ketiapin için 800-1200 mg (12), risperidon için 6 mg biçiminde önerilmektedir (35). Son yıllarda klinik uygulamaları inceleyen devlet hastanelerinde yapılan bazı çalışmalara göre antipsikotikleri-özellikle klozapin ve risperidon dışındakileri- yüksek dozda kullanma eğilimi dikkat çekmektedir (36). Diğer taraftan Meksika’da devlete bağlı kurumlarda çalışan psikiyatristlerle yapılan bir araştırmada düşük doz antipsikotik kullanma eğilimi saptanmıştır (24).

Her ne kadar hem akut mani hem de bipolar depresyonun tedavisinde monoterapi olarak FDA tarafından onaylanan tek atipik antipsikotik ilaç ketiapin olsa da, diğer antipsikotikler de akut safhada ve idame tedavide tek başına ya da kombinasyon tedavisinde klinik uygulamada sık kullanılmaktadır. Çalışma sonuçlarına göre uzman hekimlerin şizofreni ve iki uçlu duygudurum bozukluğunda kullandıkları ortalama antipsikotik dozları birbirine yakındır.. Young ve arkadaşlarının gözden geçirmesine göre, hastadan hastaya değişmekle birlikte, her iki rahatsızlığın tedavisinde etkili olabilecek antipsikotik dozu benzer aralıktadır (37). İki uçlu duygudurum bozukluğunda dikkat edilmesi gereken bilhassa nörolojik yan etkilerin daha kolay ortaya çıkabileceği ve özellikle de tipik antipsikotiklerle depresyonun tetiklenebileceğidir (38,39). Araştırmamızda yan etkilerle karşılaşma sıklığı hakkındaki soruda daha fazla depresyon görülüyor gibi tanısıl bir ayırım yapılmamıştır.

Psikotik özellikli depresyonun tedavisi incelendiğinde, çalışmaya katılan uzmanlar antipsikotikleri olağan doz aralığının alt sınırına yakın dozda kullandıklarını ifade ettiler. Psikotik özellikli depresyon tedavisinde antipsikotik kullanımı ile ilgili çalışmalar az sayıdadır ve genellikle olgu sunumları ve açık uçlu araştırmalardan oluşmaktadır (32,39-41). Bu çalışmalarda kullanılan antipsikotik dozları olağan doz aralığındadır. Klavuzlar antidepresan ve antipsikotiklerin birlikte kullanılmasını önermektedir (42). Ancak, özellikle atipik antipsikotiklerin psikotik depresyon tedavisinde kullanılan dozları hakkında daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç vardır.

Antipsikotikler, etki mekanizmalarının farklı olmasından dolayı yol açtıkları yan etkiler bakımından birbirlerinden farklıdırlar (12,20,43,44). Çalışmamızda da uzmanların çoğu yan etkiler ve emniyet konularını önemsemektedirler. Klinik uygulamalarında sıklıkla/çok sık karşılaştıkları yan etkilerin dökümü incelendiğinde tipik antipsiko-

tikler daha çok tardiv diskinezi, EPS, ritm bozukluğu gibi yan etkilere, atipik antipsikotikler ise daha çok kilo alımına yol açıyor izlenimi doğmaktaydı. Çalışmamızda, diabetes mellitus ortaya çıkma sıklığı olanzapin ile klozapine göre daha yüksek ifade edildi. Olanzapin ve klozapinin insülin direncine olan olumsuz etkileri gösterilmiştir (19,45).

Araştırmamızda psikiyatristlerin iki antipsikotik ilacı (biri etkin ya da ikisi de etkin dozda) sık/çok sık kombine etme sıklığı %21'i geçmemektedir. Bu konuda yapılmış çalışma sayısı azdır. Ülkemizde üniversite kliniğinde yapılmış bir çalışmaya göre dosya taraması sonucunda kombinasyon tedaviye rastlama sıklığı %6 olarak saptanmıştır (21). Hasta yükünün yüksek olduğu psikiyatri dal hastanelerinde yapılmış diğer iki çalışmada ise %40-60'lara varan antipsikotik kombinasyon sıklığı tespit edilmiştir (46,47). Yurt dışındaki verilere bakılacak olursa iki ya da daha fazla antipsikotik reçeteleme sıklığı (ayaktan hasta) %3.8 ile %30 arasında değişmektedir (31,48-51). Bu sayılar yatan hastalarda daha da yükselmektedir (52,53). Her ne kadar, kılavuzlar kombinasyon tedavilerini onaylamıyorsa da, "gerçek yaşam" pratiğini yansıtan bazı araştırmalar antipsikotik kombinasyonlarının kullanımının son yıllarda git-tikçe arttığını ortaya koymaktadır (54,55). Çalışmamızda en fazla tercih edilen kombinasyon iki tipik antipsikotik ajanın (özellikle, haloperidol ve klorpromazin gibi) birlikte sık kullanıldığı dikkat çekmektedir. Böke ve arkadaşları da bu kombinasyonun sık reçete edildiğini saptamıştır (47). Bu bulgu, çalışma grubumuzun ilk planda atipik antipsikotikleri tercih etse de, şiddetli olgularda haloperidolun pozitif belirtiler üzerine ve klorpromazinin sedasyon yapıcı etkisine güven duymaları ile açıklanabilir. Fakat, literatürde daha çok tercih edilen atipik antipsikotik ve tipik antipsikotik kombinasyonudur (56). Çalışmada kombinasyon tedavilerinin görece çok fazla tercih edilmemesi eğitim ve dal hastaneleri dışındaki psikiyatristlerin monoterapiyi etkin dozda deneyip çaresiz kaldıkları olguları dal

hastanelerine sevk etme imkanlarının olması ile açıklanabilir. Literatüre göre kombinasyon tedavileri artmış yan etki sıklığı ve tedavi maliyeti risklerini beraberinde getirmektedir, ancak tedaviye ne gibi katkıları olduğunu inceleyen plasebo kontrollü yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Araştırmamızda, veri kaynağı psikiyatristlerin kendi ifadelerinden oluşmaktaydı. Öte yandan, bu araştırmanın en önemli kısıtlılığı anketlere yanıtın düşük olması ve çalışmanın betimleyici özellikte olmamasıdır. Düşük yanıt oranının, anket formunun çok sayıda soru içermesiyle ilgili olabileceği düşünüldü. Dolayısıyla çalışma grubunun sayısı genel sonuçlara ulaşmak için yetersizdir. Ayrıca, mektupların ulaştığı uzman sayısı bilinmemektedir. Buna ek olarak, çalışma grubunu oluşturan hekimler her ne kadar mektupta aksi açıklanmış olsa bile performans değerlendirilmesi yapıyor hissine kapılmış olabilirler. Çalışmanın diğer bir kısıtlılığı araştırmanın yapıldığı tarih itibarıyla ziprasidon, sertindol ve aripiprazol gibi yeni antipsikotikleri kapsamamış olmasıdır. Hasta ve hastalıklar ile ilgili (ilk epizod ya da kronik hasta olmak, hastalık şiddeti, yan etki duyarlılığı, ilaçları metabolize etme farklılıkları gibi) değişkenler araştırma kapsamının dışında bırakılmıştır.

Sonuç olarak, eğitim kliniği dışındaki kurumlarda görevli, Türkiye'nin çeşitli yerlerinde çalışan, çoğunluğu yatan hasta takibi yapma imkanına sahip, uzmanlık süresi bakımından görece tecrübeli bir grup psikiyatri uzmanının klinik uygulamaları hakkında bir fikir vermesi bakımından bu çalışma bir ölçüde fayda sağlayabilir. Sağlık sistemindeki yenilikler sebebiyle hekimlerin değişen çalışma koşulları dikkate alınarak çalışmanın güncellenmesi gerekmektedir. Farklı kurumlarda daha geniş sayıda psikiyatristle yeni sağlık sistemini dikkate alarak düzenlenmiş, antipsikotik seçimi, dozları, kombinasyonları ve yan etkileri hakkında ayrı ayrı yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bilgilendirme: Bu çalışmada her hangi bir ilaç firması ile temasta bulunulmamıştır.

Kaynaklar:

1. Davids E, Bunk C, Specka M, Gastpar M. Psychotropic drug prescription in a psychiatric university hospital in Germany. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006; 30: 1109-1116.
2. Centorrino F, Eakin M, Bahk W, Kelleher JP, Goren J, Salvatore P, Egli S, Baldessarini RJ. Inpatient Antipsychotic Drug Use in 1998, 1993, and 1989. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1932-1935.
3. Taylor D, Mir S, Kerwin R. Prescribing in schizophrenia. Evaluating the effect of introducing a new treatment protocol. *Psychiatr Bull* 2000; 24: 106-108.
4. Hermann RC, Yang D, Ettner SL, Marcus SC, Yoon C, Abraham M. Prescription of Antipsychotic Drugs by Office-Based Physicians in the United States, 1989-1997. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 425-430.

5. Santamaria B, Perez M, Montero D, Madurga M, Abajo FJ. Use of antipsychotic agents in Spain through 1985-2000. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 471-476.
6. Kahiloğulları AK, Örsel S, Sargin AE, Hatiloğlu U, Berber MS, Özbay MH. Şizofrenide ilaç reçeteleme eğilimindeki değişiklikler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni - Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2008; 18: 162-166.
7. Parks JJ, Radke AQ, Tandon R. Impact of the CATIE findings on state mental health policy. *Psychiatr Serv* 2008 May; 59(5): 534-536.
8. Jibson MD, Tandon R. New atypical antipsychotic medications. *J Psychiatr Res* 1998; 32(3-4): 215-228.
9. Leucht S, Komossa K, Rummel-Kluge C, Corves C, Hunger H, Schmid F, Lobos CA, Schwarz S, Davis JM. A meta-analysis of head to head comparisons of second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2009; 166:152-163
10. Nasrallah HA. Introduction: evaluating the evidence: Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) and beyond. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(Suppl. 1): S3-S4.
11. Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbington P. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ* 2000; 321:1371-1376.
12. Tandon R. Safety and tolerability: how do newer generation "atypical" antipsychotics compare? *Psychiatr Q* 2002; 73: 297-311.
13. Leucht S, Pitschel-Walz G, Abraham D, Kissling W. Efficacy and extrapyramidal side-effects of the new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to conventional antipsychotics and placebo. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Res* 1999; 35:51-68.
14. Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 553-564.
15. Expert Consensus Guidelines on the Treatment of Schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(Suppl. 12).
16. Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, Green-Paden LD, Tenhula WN, Boerescu D, Tek C, Sandson N, Steinwachs DM. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophr Bull* 2004; 30: 193-217.
17. Moore TA, Buchanan RW, Buckley PF, Chiles JA, Conley RR, Crismon ML, Essock SM, Finnerty M, Marder SR, Miller del D, McEvoy JP, Robinson DG, Schooler NR, Shon SP, Stroup TS, Miller AL. The Texas Medication Algorithm Project antipsychotic algorithm for schizophrenia: 2006 update. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 1751-1762.
18. Suppes T, Dennehy EB, Hirschfeld RM, Altshuler LL, Bowden CL, Calabrese JR, Crismon ML, Ketter TA, Sachs GS, Swann AC; Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Bipolar Disorder. The Texas implementation of medication algorithms: update to the algorithms for treatment of bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:870-886.
19. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353: 1209-1223.
20. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 373: 31-41.
21. Atik L, Erdogan A, Karaahmet E, Saracli O, Atasoy N, Kurcer MA, Balcioglu I. Antipsychotic prescriptions in a university hospital outpatient population in Turkey: a retrospective database analysis, 2005-2006. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008; 32: 968-974.
22. Yip KC, Ungvari GS, Cheung HK, Ng FS, Lau ST. A survey of antipsychotic treatment for schizophrenia in Hong Kong. *Chin Med J (Engl)*. 1997; 110: 792-796.
23. Lindström E, Widerlöv B, von Knorring L. Antipsychotic drug--a study of the prescription pattern in a total sample of patients with a schizophrenic syndrome in one catchment area in the county of Uppland, Sweden, in 1991. *Int Clin Psychopharmacol*. 1996; 11:241-246.
24. Apiquian R, Fresán A, de la Fuente-Sandoval C, Ulloa RE, Nicolini H. Survey on schizophrenia treatment in Mexico: perception and antipsychotic prescription patterns. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 12.
25. Young GJ, Mohr DC, Meterko M, Seibert MN, McGlynn G. Psychiatrists' self-reported adherence to evidence-based prescribing practices in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 130-132.
26. Gaebel W, Weinmann S, Sartorius N, Rutz W, McIntyre JS. Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 248-255.
27. Sayın A, Karşloğlu E, Yavaş G, Candansayar S. Bir Üniversite Kliniğinde Reçete Edilen Antipsikotik İlaçlar: Bir Retrospektif Çalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2006; 16: 160-166.
28. Yıldız M, Önder ME, Tural Ü, Balta Hİ, Koçalım N. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin psikotik bozukluklar ve tedavisine yönelik tutumları. *Turkish Journal of Psychiatry* 2003; 14: 106-115.
29. Yılmaz A, Soykan A, Gül ES, Saka MC. Hastanede yatan şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanılı hastalardaki antipsikotik tedavi seçimlerinin geriye dönük değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2007; 17: 9-14.
30. Hermann RC, Finnerty M, Provost S, Palmer RH, Chan J, Lagodmos G, Teller T, Myrhol BJ. Process measures for the assessment and improvement of quality of care for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28: 95-104.
31. Remington G, Shammi CM, Sethna R, Lawrence R. Antipsychotic dosing patterns for schizophrenia in three treatment settings. *Psychiatric Serv* 2001; 52: 96-98.
32. Jeste DV, Dolder CR. Treatment of non-schizophrenic disorders: focus on atypical antipsychotics. *J Psychiatr Res* 2004; 38: 73-103.
33. Stahl SM: *Essential Psychopharmacology*. 2nd edition, Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press, 2000; 297-335.
34. Baldessarini RJ, Cohen BM, Teicher MH. Significance of neuroleptic dose and plasma level in the pharmacological treatment of psychoses. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 79-91.

35. Weiden PJ, Buckley PF. Reducing the burden of side effects during long-term antipsychotic therapy: the role of switching medications. *J Clin Psychiatry* 2007;68 (Suppl. 6): S14-S23.
36. Citrome L, Jaffe A, Levine J. Datapoints: The ups and downs of dosing second-generation antipsychotics. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 11.
37. Young AH. Treatment of bipolar disorder with antipsychotic medication: issues shared with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(Suppl. 6): S24-S25.
38. Fountoulakis KN, Grunze H, Panagiotidis P, Kaprinis G. Treatment of bipolar depression: an update. *J Affect Disord* 2008; 109: 21-34.
39. Debattista C, Solvason HB, Belanoff J, Schatzberg AF. Treatment of psychotic depression. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1625-1626.
40. Shelton RC, Tollefson GD, Tohen M, Stahl S, Gannon KS, Jacobs TG, Buras WR, Bymaster FP, Zhang W, Spencer KA, Feldman PD, Meltzer HY. A novel augmentation strategy for treating resistant major depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 131-134.
41. Hillert A, Maier W, Wetzel H, Benkert O. Risperidone in the treatment of disorders with a combined psychotic and depressive syndrome--a functional approach. *Pharmacopsychiatry* 1992 ; 25: 213-217.
42. APA Guidelines. Management of person with psychoses: bipolar disorder with psychotic features annotations. Available from: www.psych.org, 1998.
43. Richelson E. Receptor pharmacology of neuroleptics: relation to clinical effects. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 10:S5-S14.
44. Buckley PF, Correll CU. Strategies for dosing and switching antipsychotics for optimal clinical management. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(Suppl. 1): S4-S17.
45. Osby U, Correia N, Brandt L, Ekbohm A, Sparn P. Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm county, Sweden: cohort study. *BMJ* 2000; 321: 483-484.
46. Ensari H, Ceylan ME, Kılınç E, Kenar J. Türkiye'deki ruh hastalıkları hastanelerindeki psikofarmakolojik tedavilerin kalite ynnden değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2004; 14: 68-78.
47. Bke , Sarısoy G, Akbař S, Aker S. Yatan hastalarda oklu antipsikotik kullanımı: Geriye dnk bir alışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni- Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2006; 16: 167-173.
48. Leslie D, Rosenheck R. Use of pharmacy data to assess quality of pharmacotherapy for schizophrenia in a national health care system: individual and facility predictors. *Med Care* 2001; 39: 923-933.
49. Wang PS, West JC, Tanielian T, Pincus HA. Recent patterns and predictors of antipsychotic medication regimens used to treat schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophr Bull* 2000; 26: 451-457.
50. Tempier RP, Pawliuk NH. Conventional, atypical, and combination antipsychotic prescriptions: a 2-year comparison. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 673-679.
51. Bitter I, Treuer T, Dyachkova Y, Martenyi F, McBride M, Ungvari GS. Antipsychotic prescription patterns in outpatient settings: 24-month results from the Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008; 18: 170-180.
52. Ito C, Kubota Y, Sato M. A prospective survey on drug choice for prescriptions for admitted patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999; (Suppl. 53): S35-S40.
53. Ereshefsky L. Pharmacologic and pharmacokinetic considerations in choosing an antipsychotic. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(Suppl. 10): S20-S30.
54. Clark RE, Bartels SJ, Mellman TA. Recent trends in antipsychotic combination therapy of schizophrenia and schizoaffective disorder: implications for state mental health policy. *Schizophr Bull* 2002; 28: 75-84.
55. Sernyak MJ, Rosenheck R. Clinicians' reasons for antipsychotic coprescribing. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1597-1600.
56. Stahl SM. Antipsychotic polypharmacy, Part 1: Therapeutic option or dirty little secret? *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 425-426.

EK. 1:

Cinsiyet: 1. kadın 2. erkek

Doğum yılınız:.....

Kaç yıldır uzman olarak çalışmaktasınız?:.....

Kaç yıldır hekim olarak çalışmaktasınız?:.....

Çalıştığınız yer: 1.il 2. ilçe 3. belde

Çalıştığınız kurumda yatan hasta takip ediyor musunuz? 1. hayır 2. evet

Kurumda ayaktan takip ettiğiniz hasta sayısı:...../gün

Muayenehaneniz var mı? 1. hayır 2. evet

Muayenehanede ayaktan takip ettiğiniz hasta sayısı:...../gün

En sık tanı koyup tedavi ettiğiniz psikiyatrik rahatsızlık hangisidir?:

1. şizofreni

2. bipolar bozukluk

3. depresyon

4. anksiyete bozuklukları

5. diğer, belirtin.....

Antipsikotikleri tercih ettiğiniz ilk üç endikasyonu belirtin. 1.....2.....3.....

Antipsikotik ajanlardan herhangi birini seçerken dikkat ettiğiniz ilk üç unsuru belirtin. 1..... 2.....3...

Aşağıda belirtilen rahatsızlıklarda akut ve idame tedavide tercih ettiğiniz antipsikotik dozlarını belirtin.

	Şizofreni		Bipolar Bozukluk		Psikotik özellikli depresyon	
	Akut	İdame	Akut	İdame	Akut	İdame
Haloperidol						
Pimozid						
Flufenazin						
Flupentiksol						
Trifluperazin						
Zuklopentiksol						
Klorpromazin						
Sülpirid						
Tiyoridazin						
Risperidon						
Olanzapin						
Ketiapin						
Amisülpirid						
Klozapin						

şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda ilk basamak tedavide hangi grup antipsikotikleri seçmekte-siniz? 1.tipik antipsikotik 2. atipik antipsikotik

Depo antipsikotikleri aşağıdaki sıklıkta kullanmaktayım: 1.nadiren 2. bazen 3.sıklıkla 4.çok sık

İki ya da daha fazla antipsikotik ajanı her iki ajanıda etkin dozda olacak şekilde birlikte kullanırım. 1. nadiren 2. bazen 3.sıklıkla 4.çok sık

İki ya da daha fazla antipsikotik ajanı biri etkin dozda, öteki yardımcı dozda olacak şekilde birlikte kullanırım: 1. nadiren 2. bazen 3.sıklıkla 4.çok sık

En sık tercih ettiğiniz antipsikotik kombinasyon gruplarını belirtin:

1.tipik antipsikotik+tipik antipsikotik 2.tipik antipsikotik+atipik antipsikotik 3.atipik antipsikotik+atipik antipsikotik

En sık tercih ettiğiniz 3 antipsikotik kombinasyonunu isim ile belirtin.1.....2....3...

Aşağıda sıralanan ilaçlarla karşılaştığımız yan etkilerin sıklığını belirtin.

1. nadiren 2.bazen 3.sıklıkla 4.çok sık

EPS	Kilo alımı	Ritim bozukluğu (QT ?)	Cinsel işlev boz	Bozulmuř insülin direnci ve DM	Tardiv diskinezi	Diğer, Belirtiniz...
Haloperidol						
Klorpromazin						
Flufenazin						
Pimozid						
Flupentiksol						
Zuklupentiksol						
Sülpirid						
Trifluperazin						
Ziprasidon						
Arpiprazol						
Risperidon						
Olanzapin						
Ketiapin						
Amisülpirid						
Klozapin						

Kaç tane tardiv diskinezi hastası ile karşılaştığınız?:.....

Kaç tane tardiv diskinezi hastası tedavi ettiniz?:.....