
Uyku ve Uyku Bozuklukları

Doç. Dr. Fuat ÖZGEN*

Özet

Uyku insan ömrünün önemli bir kısmını kapsadığından ve uyku bozuklukları bireyin yaşam kalitesini düşürdüğünden uyku ve uyku bozuklukları tıp disiplini içinde önemli bir yere sahiptir. Bu yazıda uyku ve uyku bozuklukları çeşitli yönleri ile gözden geçirilmektedir.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 2001;5:41-48

Uyku, insan ömrünün yaklaşık 1/3'ünü oluşturmaktadır. Farklı 5 dönem dikkati çekmektedir. Bu dönemlerden birisi hızlı göz hareketleri (Rapid Eye Movement -REM) dönemi, diğerleri de Non REM (NREM) olarak adlandırılmaktadır.

Genellikle kısa bir uyanıklık döneminden sonra uykuya geçilmektedir. Uykunun başlamasından yaklaşık 90 dakika sonra da ilk REM dönemi ortaya çıkmaktadır. Daha sonra da yaklaşık 90 dakika aralarla bir gecede 3-5 REM döneminden geçilmektedir. Genel olarak uykunun ilk 1/3'lük bölümünde derin uyku, son 1/3'ünde de REM uykusu daha fazla yer almaktadır.

NREM dönemi kendi içinde iki ana bölüme ayrılabilir:

a) Yüzeysel uyku (1. dönem ve kısmen 2. dönem): Yüzeysel uyku, uyku uyanıklık geçişi arasındaki dönemi oluşturmaktadır olup bu dönemde insanlar kolaylıkla uyandırılabilir.

b) Derin uyku (yavaş dalga uykusu) (3. ve 4. dönemler): Derin uyku sırasında insanın uyandırılabilmesi için daha şiddetli uyarana ihtiyaç vardır. Bu dönemin bir temel özelliği de büyüme hormonu (GH) salgılanmasındaki artıştır. GH salgısındaki artışla birlikte protein sentezi artmakta, metabolizma yavaşlamakta, kardiyovasküler sistem ve solunum sistemindeki fizyolojik aktivitelerde genel olarak azalma dikkati çekmektedir. Bu nedenle, bu döneme anabolik dönem adı verilmektedir. Tüm bu değişmelerin, bedensel dinlenmeye, yenilenmeye hizmet ettiği kabul edilmektedir.

* Gülhane Askeri Tıp Akademisi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA

c) REM döneminde solunum ve göz kasları dışındaki iskelet kaslarında tonus kaybı (atoni) olmaktadır. Bu sırada hızlı göz hareketleri (REM) başlamakta, fazik ve tonik değişimler birbirini izlemekte, bilişsel ve fizyolojik aktivitelerde artış dikkati çekmektedir. Erkeklerde ereksiyon ortaya çıkmakta (nocturnal penile tumescence - NPT), kalp atımında taşikardi, bradikardi dönemleri gözlenmekte, solunum sayısı ve derinliği değişimleri ortaya çıkmaktadır.

Seçici olarak yavaş dalga uykusu ya da REM ortadan kaldırıldığında, bir sonraki gecede insanların neredeyse bir önceki gecenin eksikliğini tamamlamasına yoğun REM ya da yavaş dalga uykusu uyudukları dikkati çekmektedir. Buna rebound fenomeni adı verilmektedir. Sadece REM ve yavaş dalga uykusunda rebound fenomeninin olması, bu dönemlerin öneminin göstergesi olarak kabul edilmektedir. Genç erişkin insan uykusunda uyku dönemleri yaklaşık olarak aşağıdaki şekilde dağılmaktadır (Tablo 1).

Uyku Örüntüsü Tanımlanırken Kullanılan Deyimler:

Yatakta geçen süre: Deneğin, uyumaya hazır olduğu sırada kaydın başlaması ile sabah uyandığında çalışmanın sonlanmasına kadar geçen süre.

Uyku periyod süresi: Deneğin uykuya daldığı zaman ile sabah yataktan çıkmadan önceki son uyanışa kadar geçen süredir.

Toplam uyku süresi: Uyku periyod süresinden gece ortaya çıkan uyanıklıkları çıktıktan sonra kalan süredir.

Uyku indeksi: Toplam uyku süresinin yatakta geçen süreye bölünmesiyle elde edilen değerdir.

Bir uyku dönemi yüzdesi: Deneğin o dönemde geçirdiği sürenin toplam uyku süresine oranıdır.

Uyku latensi: Deneğin uykusunun gelip yatağa girmesinden kayıta uykunun başlamasına kadar geçen süre.

Uyku dönemleri değişikliği sayısı: Uykunun başlamasıyla sabah uyanıncaya kadar olan sürede ortaya çıkan dönem değişikliklerinin sayısı.

UYKU BOZUKLUKLARI

Uyku sorunları, bir semptom olarak hemen hemen her hastalıkta karşılaşılan ve yıllardır üzerinde durulan alanlardan birisidir. II. Dünya Savaşı'ndan sonra

Tablo 1. Genç erişkin insanda uyku dönemlerinin dağılımı

1. dönem	% 5-10
2. dönem	% 45-60
3. ve 4. dönem	% 20-25
REM dönemi	% 20-30

ki yıllarda gelişen teknolojinin katkısıyla önemli adımlar atılmış ve yıllar içinde de çalışmalar "uyku tıbbı" başlığı altında toplanmaya başlanmıştır. Son yıllarda uyku bozuklukları ele alınırken farklı tablolar tanımlanmış, bozukluklar sınıflandırılmıştır.

DİSSOMNİALAR

Dissomnia, uyku süresi miktarı, kalitesi, zamanlamasında değişimlerle karakterize, fazla uyuma, uykunun başlama ya da devamına ilişkin bozukluklar olarak tanımlanmaktadır.

PRİMER İNSOMNİA

Uykuya dalma, sürdürme ve sonlandırmaya ilişkin sorunlar sonucu, dinlendirici olmayan uyku, insomnia başlığı altında toplanabilir. Uykunun işlevi ve yapısı dikkate alındığında insomnia, kişilerin yeterli süre ve zaman diliminde uyuyamadığı için dinlenemediği, yeni güne hazır olamadığı durumlar olarak tanımlanabilir.

İnsanların %50'si yaşamlarının bir döneminde uykusuzluk çekmektedirler. Bu insanların yarısının sorunlarının ciddi boyutta olduğunu ifade etmeleri, insomnianın önemli ve yaygın olduğunun bir göstergesidir. Erişkin popülasyonda bir yıllık prevalansı %30-40 civarında olup, ağır ve kalıcı uykusuzluktan yakınların oranı %10-20'dir.

Kronik insomnia, kadınlarda, yaşlılarda ve medikal/psikiyatrik sorunları olanlarda yaygındır. Araştırmalar, insomniakların günlük yaşamlarında ve genel sağlık alanlarında daha çok sorunları olduğuna, giderek yaşam kalitesinin düştüğüne ve zaman/enerji yönünden daha çok yardım aramaya yöneldiklerine işaret etmektedir.

Kronik insomniaklar uyuyabildiklerinde de yüzeysel uyuduklarını, kolaylıkla uyanıp uyumakta güçlük çektiklerini ifade etmektedirler.

Geçici insomnia, sık rastlanan bir tablodur. Genellikle birkaç gecedan fazla sürmez ve çoğu

zaman stres, ilaçlar gibi nedenler söz konusudur. Hastalar, içinde buldukları genel uyarılmışlık hali ve uykusuzluk nedeniyle endişeli ve telaşlıdır. Bu tablolarda ilaç kullanılması yerine durumun aydınlığa kavuşturulması, uyku hijyenine uygun düzenlemeler yararlı olmaktadır.

ETİYOLOJİ

Uyarılmaya yol açan tüm faktörler insomniaya, neden olabilir. Bu nedenle etiyolojide kısa ya da uzun süreli psikolojik/biyolojik değişmelerin yer alabileceği kabul edilmektedir.

1. Biyolojik Faktörler:

Metabolik ve endokrin bozukluklar, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem hastalıkları, romatizmal hastalıklar ve nörolojik patolojiler.

İlaçlar:

- Psikostimülanlar: Amfetamin, metilfenidat, pemolin, efedrin, propanolamin, kafein, teofilin deriveleri.
- Antidepresifler: Trisiklik antidepressifler bazı olgularda paradoksal bir şekilde insomniaya yol açabilirler. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) grubu antidepressif kullanımında özellikle tedavinin başlarında bir yan etki olarak insomniya ortaya çıkabilmektedir.
- Alkol ve madde kullanım bozuklukları: Başlangıçta kullanılan alkol ya da madde, uykuya girişi kolaylaştırır da kronik kullanımda ve kesilme dönemlerinde insomniaya yol açmaktadır.
- Antiparkinson ilaçlar: L-dopa, bromokriptin, lisurid, amantadin, pridedil.
- Antiaritmik ve antihipertansifler:
- Diğerleri: Baclofen, α ve β agonist/antagonistleri, dekonjestanlar, antikonvülzanlar, iştah azaltıcı maddeler, oral kontraseptifler, kortikosteroidler, tiroid preparatları sayılabilir.

2. Psikolojik Faktörler:

Bireyin içinde bulunduğu gerginlik, kaygı gibi yaşantıların uykunun başlangıcında beklenen gevşemeye engel olduğu, hatta uyku ya da uyumanın kaygı verici bir yaşantı olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Böylece, uykuya giriş gecikmekte ya da uykuya geçilememekte, zaman zaman uyku başlasa bile kesintilerle sürmektedir.

İnsomniadan yakınan hastanın değerlendirilmesi:

İnsomnia bir semptom olarak ele alınmalı ve nedenin saptanmasına çalışılmalıdır. Gündüzleri yorgunluk, uykululuk, gerginlik gibi belirtilerin bulunup bulunmadığı soruşturulmalıdır. İyi uyuyamadığı halde, gündüzleri sorunu olmayanların ayrıntılarıyla incelenmesi gerekemeyebilir. Kısa uyuyanlar (gecede 3 saat ya da daha az uyumakla birlikte günlük aktivitesi etkilenmeyenler) ayrı bir kategoride ele alınmalıdır.

Görüşme: Yakınmanın nasıl ortaya çıktığına ve sorunla ilişkili etkenlerin araştırılmasına yönelik olmalıdır. Sorunların başlamasından önceki uyku düzeni araştırılmalıdır. Her bireyin uyku alışkanlığı ve düzeninde küçük farklar olabileceği unutulmalıdır. Uyku hijyeni ve alışkanlıkları, uykuyu algılayışı görüşme sırasında ele alınarak hatalı inanışlar ve tutumlar ortaya konabilir.

Mümkün olduğu takdirde eşle de görüşülmelidir. Uyku sırasında hareketler, horlama, apne gibi uykuyu bozabilen belirtiler konusunda bilgi alınabilir.

Temel yakınmanın ortaya konması, değerlendirmeyi kolaylaştırılacaktır. Sorunun, başlama, sürdürme ya da sonlanma dönemlerinde olması ipucu oluşturabilir. Uykuya başlama güçlüğünden yakınarlarda uykuya dalarken bacaklarda uyuşma, karıncalanma gibi huzursuz bacak (restless legs -RLS) belirtileri olanlarda görüşme sırasında tanıya ulaşmak olasıdır.

Tıbbi öykü içinde geçirilen hastalıklar, ameliyatlar, kazalar, kullanılan ilaçlar öğrenilmelidir. Ailede insomniak olup olmadığı da önem taşımaktadır.

Psikolojik değerlendirme: Psikiyatrik görüşmenin yanısıra gerektiğinde psikolojik testler de kullanılarak sorunla ilişkili durumlar ortaya konabilir.

Fizik muayene ve laboratuvar testleri: Rutin incelemelerin yanısıra özellikle anemi ve endokrin bozukluklar üzerinde durulmalıdır.

Polisomnografi: Uyku bozukluğuna işaret eden sorunları bulunduğu düşünülen, uygun tedaviye yanıt alınamamış olgular uyku laboratuvarında incelenmektedir.

İnsomnia Tedavisi: İnsomniakların bir bölümünde sadece uyku hijyeninin düzenlenmesiyle önemli ölçüde yarar sağlanabilmektedir. Nasıl bir tablo

gelişmiş olursa olsun uyku hijyeni konusunda bilgi verilmeli, hasta, koşulların düzenlenmesi için uyarılmalıdır.

Uyku Hijyenine Yönelik Düzenlemeler:

- Sabahları uyanınca yataktan çıkılmalıdır. Biraz daha dinlenmek amacıyla uyumaya devam etmek dinlendirici olmadığı gibi uyku ritmini de bozabilmektedir.
- Her zaman aynı saatte kalkılmalıdır. Uyku ritminin kurulması için belirli saatler arasında ve kişinin sirkadiyen ritmine göre uyuyabilmesi en sağlıklı yoldur.
- Gündüzleri uyumamalıdır.
- Düzenli egzersiz yapmalıdır. Ancak, akşam saatlerinde heyecan oluşturacak aktivitelerden kaçınmalıdır.
- Yatak odası ses, ışık, ısı yönünden korunmuş olmalıdır.
- Çok aç ya da tok olmamalıdır.
- Kafeinli, alkollü, kolalı içeceklerden ve tütün kullanımından kaçınmalıdır.
- Uyumaya ilişkin aşırı bir çaba gösterilmemelidir.

Kronik insomniada ilaç kullanımının yararlı olduğunu gösteren araştırma yoktur. Ancak "jet lag", durumsal ve kısa süreli insomniya gibi tablolar da kısa süre için hipnotikler kullanılabilir.

Uyku Kısıltma Tedavisi: Amaç, kişinin uyuduğu kadar olan bir süreyi yatakta geçirmesi ile sınırlandırılmış uyku düzeni oluşturmaktır. İlk aşamada, hastanın tutacağı bir günlüğe göre muhtemel uyku saatleri belirlenerek bunun dışında yatağa girmeye engel olmalıdır. Bu yolla yatakta geçen sürenin uykuda geçmesi sağlandıkça süre uzatılarak kişinin gereksinimi kadar uyuması sağlanabilir.

İlaç Tedavileri:

İnsomniakların bir sonuç alamamalarına karşın uyumak için genellikle alkol, hipnotik gibi maddelere yöneldikleri dikkati çekmektedir. Böylece, kronikleşen tabloya diğer psikiyatrik bozukluklar da eklenerek daha karmaşık görünüm kazanmaktadır. Benzodiazepinler, tedavi dozunda bile bir süre kullanıldıktan sonra bırakıldığında sıklıkla kesilme belirtileri ve rebound insomniaya yol açmaktadır.

Hipnotik kullanırken şu noktalara dikkat edilmelidir:

- Geçici ve kısa süreli insomnialarda kullanılmalıdır.
- Etkili olan en düşük dozda verilmelidir.
- 2 ya da 3 haftadan uzun süre verilmemelidir.
- Üst üste her gece verilmemelidir.
- Kronik insomniada verilmesinin yararı yoktur.
- Etiyolojiyi belirlemeden tedaviye yönelmemelidir.

PRİMER HİPERSOMNİA

Türk toplumunda genel populasyonun %14'ü hipersomniadan yakınmaktadır. Bu olguların %32'si kilo fazlalığı göstermektedir. Fazla uyuyanların %5.8'i gündüzleri dayanılmaz uyku atakları tanımlanmaktadır.

Bir aydan uzun süren, gündelik yaşamı etkileyen, gece yeterince uyumasına karşın gündüzleri uyumak zorunda kalanlar hipersomniak olarak tanımlanabilir.

Kleine-Levin Sendromu: Ergenlik döneminde başlayan, yılda bir kaç atakla kendini gösteren, erkeklerde daha çok görülen ve erişkinlikte azalarak kaybolan bir tablodur. Bir kaç gün ya da hafta sürebilen ataklarda, hipersomnia, hiperfaji, hipersek-süalite ve konfüzyon benzeri bozukluklar başatır. Genellikle aniden başlar, nöbet sırasında hasta neredeyse uyandırılmaz. Çoğu zaman başladığı gibi sonlanmakta ve hasta günlük yaşamına dönmektedir. Standart bir tedavi olmamakla birlikte bazı olgularda lityum karbonatın etkili olduğu bildirilmiştir.

İdiyopatik Hipersomnia: Genellikle 20'li yaşlarda başlamakla birlikte her yaşta ortaya çıkabilmektedir. Hastaların, hemen hemen sürekli denebilecek biçimde uzun süre uyudukları, sabah dinlenmeden kalktıkları, gündüzleri de farklı sürelerde uyusalar da dinlenemedikleri dikkati çekmektedir. Narkoleptiklerden farklı olarak REM latensi kısa olmayıp, gündüz uykularında da bazan REM dönemine girmektedirler.

Bu hastalarda etkinliği gösterilmiş bir tedavi modeli olmamakla birlikte santral sinir sistemi (SSS) stimulanları, norepinefrin (NE) üzerinden etki gösteren antidepressifler kullanılmaktadır. Son yıllarda bir santral α_1 agonisti olan modafinil denenmiş, başarılı sonuçlar alınmıştır.

Narkolepsi: Narkolepsi, uyanıklıkta uyku atakları ve

katapleksi, uyku-uyanıklık geçişi sırasında da uyku paralizi ve hipnogojik/hipnopompik halusinasyonlarla karakterize bir bozukluktur. Toplumda yaygınlığı 4/10.000 olup genellikle adolesan dönemde ilk belirtiler ortaya çıkmaya başlamaktadır.

Tüm belirtiler her hastada bulunmasa da gündüzleri uyku atakları en yaygın rastlanan yakınmadır. Uyku atakları, genellikle 1.5-2 saat aralıklarla önüne geçilmez bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Hastalar, 5-10 dakika kadar uyuduklarında tamamen dinlenmiş olmaktadır. Çoğu zaman bu kısa uyku sırasında rüya gördüklerini ifade ederler. Katapleksi, heyecansal durumdaki ani değişimler karşısında kısa süreli çizgili kas tonusu değişikliğidir. Birden konuşamaz olabilir, elindeki bir şeyi düşürebilir. Bu durum kısa sürede ortadan kalkar. Halusinatuvar yaşantılar ve uyku paralizi, uyku uyanıklık geçişi sırasında ortaya çıkan kısa süreli değişimlerdir.

Narkolepside Tanı Yöntemi: Genellikle görüşme sırasında kolaylıkla narkolepsi düşünülebilir. Kesin tanı için uyku çalışması yapılmalıdır.

Tedavi semptomatiktir. Antidepresifler, amfetamin türevleri, metilfenidat, α_1 agonistleri kullanılmaktadır.

SOLUNUMLA İLİŞKİLİ UYKU BOZUKLUĞU

Uyku sırasında solunumla ilişkili bozukluklar, ağır komplikasyonları olan, yeterince tanınmayan ve yaygın sorunlardır. Bu tablolar çeşitli psikolojik ve fiziksel hastalıkla karışabilir, bunlara neden olabilir.

Uyku apnesi, periferik ya da santral faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan ve uyku sırasında 10 saniyeden uzun süren solunum durmasıdır. Uyku apnesi sendromu tanısı için bir saatlik uykuda 5 taneden fazla apne bulunması koşulu aranmaktadır. Temel belirtiler horlama, tanıklı apne ve gündüz uykuludur. Yaşamı tehdit eden, ani gece ölümlerine neden olabilen ve yorgunluk, isteksizlik, verimsizlik, bilişsel işlevlerde bozulma, heyecansal instabilite gibi psikiyatrik belirtilere yol açabilen bu tablolarda bilinen tüm psikotropolar kontrendikedir.

Erişkin popülasyonda prevalansı %1-10 arasında bulunmaktadır. Uyku apnesi, yaşlılarda, erkeklerde ve şişman kişilerde daha yaygın görülmektedir. İleri yaşlarda genel kas tonusu azalmasının da katkısıyla horlamanın ve apnenin daha sık görüldüğü bilinmektedir. 60 yaş üzerindeki popülasyonda yapılan

bir taramada popülasyonun 1/3'ünde uyku sırasında apne epizodları saptanmıştır.

Obstrüktif, santral ve mikst olmak üzere üç tip apne tanımlanmıştır.

Bir çoğu obez olan bu hastaların kilo vermeleri tedavinin ilk adımını oluşturmaktadır. Üst solunum bölgesinde yapısal bozukluklar saptananlarda, cerrahi tekniklerle bozukluklar düzeltilmektedir. Son yıllarda üst solunum bölgesinde basıncın düzenlenmesine dayalı cihazlar da kullanılmaktadır. Continous positive airway pressure (CPAP) adı verilen bu cihazlarla başarılı sonuçlar alınmaktadır.

SİRKADİYEN RİTM UYKU BOZUKLUĞU

Sirkadiyen ritm uyku bozuklukları, farklı tablolar şeklinde kendini göstermektedir.

Gecikmeli Uyku Evresi Tipi: Uykuya dalma ve uyanma saatlerinin sürekli bir biçimde geç olmasıdır.

Değişen Mesai Saatleri Tipi: Gece mesaisi ya da mesai saatlerinin sık değişmesiyle birlikte asıl uyku dönemi sırasında uykusuz ya da asıl uyanıklık dönemi sırasında uykulu olma.

"Jet Lag" Tipi: Birden çok zaman dilimini geçerek seyahat edildiğinde ortaya çıkan, içinde bulunulan zamana göre günün uygunsuz saatlerinde uykulu ya da uyanık olma durumudur. Bir hastalık olmamakla birlikte sirkadiyen ritm düzensizliği oluşu nedeniyle üzerinde durulmaktadır. Performansı etkileyen, çoğu zaman gastroentestinal belirtilerin de eklendiği geçici bir tablodur. Belirtilerin şiddeti, birim zamanda geçilen dilim miktarı ve bireyin yapısıyla ilişkilidir. Kısa süreli benzodiazepin kullanılabileceği gibi, bulunulan bölgede olabildiğince güneş ışığı almak önerilebilir.

Belirlenmemiş Tip: Belirlenmemiş tipler arasında, öne kaymış uyku evresi, uyku uyanıklık örüntüsü 24 saat olmayan, düzensiz uyku-uyanıklık örüntüsü ya da diğer belirlenmemiş örüntüler yer almaktadır.

Başka Türü Adlandırılmayan Dissomnialar:

Özgül tanı ölçütlerini karşılamayan insomnialar, hipersomnialar ya da sirkadiyen ritm bozuklukları bu grupta yer almaktadır.

1. Restless Legs Sendromu (RLS): RLS, istirahat ve uykuda, çoğu zaman ayaklarda belirgin olmak üzere uyuşma, karıncalanma gibi hisler, bazan ağrı ve sıçramalarla karakterize, uykuya dalma ve

sürdürmeye ilişkin güçlükler yaratan bir tablodur. Hastalar çoğu zaman sorunlarıyla başetmek için ayaklarını oğuşturmakta, masaj yapmakta, do-laşmakta, bazan da bir şeyler yiyerek yeniden yat-mayı denemektedirler. İlginç bir nokta da, ameliyat, doğum, menstruasyon gibi kanamalı dönemlerde, metabolik bozukluklarda ve antidepresif ilaç kul-lanımında, yakınmalardaki artıştır. Genellikle eşleri, uyku sırasında hastanın kendilerini ayaklarıyla peri-yodik bir biçimde dürttüklarini ifade ederler. RLS tablolarında hastaların çoğunda uykuda, bacaklarda periyodik hareketler saptanmaktadır. Bu şekilde uykuya dalma öncesinde başlayan aktivasyon, uyarılmaya yol açmaktadır. Bu hastalar uykuya dal-salar bile uykunun devamlılığı bozulmaktadır.

Akpınar (1987) RLS tablosunun etyopatogenezinde dopaminerjik yetersizlik üzerinde durmuştur. Tedavide, pridedil, bromokriptin, L-dopa gibi dopamin agonistleri kullanılmaktadır.

2. İdiyopatik periyodik bacak ve kol hareket-leri (nokturnal miyoklonus): Özellikle alt ekstremitelerde ortaya çıkan, yineleyici ve düşük amplitüdü, kısa süreli atmalar şeklinde kendini göstermektedir. Hareketlerin sayısı fazla ise insomni-aya ve sık sık uyanmaya yol açabilir. Tedavide dopamin agonistleri kullanılmaktadır.

PARASOMNİA

Parasomnia, uykuda, uyku dönemiyle eş zamanlı, davranış ve fizyolojik alanlarda değişmeleri kap-samaktadır. Bunlar, SSS aktivasyonunun otonomik sinir sistemi ya da iskelet kaslarına aktarılması ile ortaya çıkan bozukluklar olarak tanımlanmaktadır.

Parasomniaların çocuklukta sık görülürken erişkinlik döneminde azalması, bu bozuklukların SSS matu-rasyonu ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Kabus Bozukluğu: Kabus bozukluğu, her yaşta ortaya çıkabilen, en yaygın olarak 3-5 yaşları arasın-da görülen, genellikle REM döneminde ve uykunun ikinci yarısında, dış uyaran olmaksızın uyanmaya yol açan, korkutucu rüyalar ile karakterizedir. "Kötü rüya" olarak da bilinen kabus bozukluğuna genel popülasyonda yaklaşık %5 oranında rastlanmak-tadır.

Hastalar korku ile uyanırlar, rüya içeriğini hatırlarlar ve uyandıklarında hafif konfüzyon içindedirler. Epizod geçtikten sonra da uykuya dalarlar. Tabloya

çoğunlukla insomnia eşlik etmektedir. Hipnotik ilaçların uzun süre kullanımından sonra aniden kesilmesiyle ortaya çıkan yoksunluk dönemlerinde muhtemelen REM reboundu sonucu, kabus bozuk-luğu görülebilmektedir.

Kabus bozuklukları, uyku terörü bozukluğu ve epilepsiden ayırt edilmelidir. Kabus bozukluğu, REM'le ilişkili olduğu için gecenin her döneminde görülebilmekte, terör bozukluğu ise daha çok, derin uykunun yoğun olduğu ilk 2 saatte ortaya çıkmak-tadır. Epilepsi ise uyanıklıkta da görülmesi ve EEG ile ayırt edilebilir.

Tedavi: Kronik kabus bozukluğunda psikoterapi uygun olur. Bir psikiyatrik tablonun semptomu olduğunda tedavi yaklaşımı ana tabloya göre olmalıdır.

Uykunun yapısı ve REM üzerine etkili ilaçlar (diazepam, imipramin gibi) sıklıkla kullanılmaktadır. Kabuslar çok sık olmadığı ve günlük yaşamı et-kilemediği sürece benzodiazepin tedavisinden bağımlılık ve rebound riskleri gibi nedenlerle kaçınıl-malıdır.

Uyku Terörü: Uyku terörü, uykunun ilk saatlerinde, yavaş dalga uykusu sırasında ortaya çıkan, çığlık atma ve ağlamanın eşlik ettiği, yoğun korku ile bir-likte otonomik ve davranışsal değişikliklerle karakter-ize bir bozukluktur. Olaydan sonra genellikle amnezi vardır. Uyku terörünün yaygınlığı, çocuklar-da %1-6 olup, en çok 5-7 yaşları arasında görülmek-tedir. Adolesan dönemde epizodların sıklığı azalır ve erişkinde prevalans %1'in altına iner.

Uyku teröründe belirgin motor aktivite vardır. Genellikle uyurgezerlik ile devam eder. Ürkmüş bir şekilde yatağa oturarak, ani çığlık atma ve sesler çıkarma ile birden derin uykudan uyanarak başlar, hasta konfüze ve ajitedir. Tabloya, pupil dilatasyonu, terleme, taşikardi, takipne gibi otonomik aktiviteler eşlik eder. Panik ve korku yoğun olduğunda, yatak-tan çıkmaya, kaçmaya kalkışabilir. Ani motor hareketler yaralanmalara yol açabilir. Epizodlar genellikle 15 dakika içinde tam bir uyanıklık hali oluşmaksızın yatıştır. Hasta yatağa geri dönerek uykusuna devam edebilir. Genellikle gecede bir epi-zod görülür.

Epilepsi her ne kadar uyku terörü epizodlarına neden olabilirse de gündüz saatlerinde epileptik nöbet anamnezi ve anormal EEG aktivitesi bu iki

hastalığın ayrılmasını sağlar. Eğer uykuda yürüme veya uyku terörü orta ve ileri yaşlarda ortaya çıkarsa organik etkenler dikkate alınmalıdır.

Tedavi: Epizodlar adolesan çağda da sürerse psikoterapi düşünülmelidir. Adolesan dönemin sonlarındaki ve yetişkin hastalarda hipnotikler kullanılabilir. Hipnotiklerin, epizodlarla ilişkili olarak ortaya çıkan parsiyel uyanmaları ortadan kaldırarak etki gösterdiği düşünülmektedir. Benzodiazepin kullananlarda ilacın kesilmesinden sonra ağır uyku terör epizodları ortaya çıkabilmektedir. Benzodiazepinlere ek olarak antidepresanlar kullanılabilir.

Uyurgezerlik (Somnanbulizm): Uyurgezerlik, yavaş dalga uykusu sırasında ortaya çıkan ani motor aktivite ile karakterizedir. Uykunun ilk saatlerinde, yaklaşık 10 dakika süreyle ortaya çıkar. Bu sırada hastanın uyandırılması güçtür ve tabloya amnezi eşlik etmektedir.

Çocukların %25-30'unda uyurgezerlik epizodları görülür. 12 yaş civarında en yüksek görülme sıklığına ulaşır, sonra giderek azalır, 15 yaşından sonra nadiren görülür. Yetişkinlerde prevalans yaklaşık %1'dir. Yetişkinlerde görülenlerin çoğu, çocuklukta başlayıp devam eden olgulardır ve psikolojik faktörler rol oynamaktadır. Uyurgezerlikte ailesel yatkınlık belirgindir. Aile üyelerinin %80'inde uyurgezerlik ya da uyku terörü olduğu dikkati çekmektedir.

Epizodlar yatakta oturmayla başlar, genellikle boş anlamsız yüz ifadesi, etrafta bulunan objelere kayıtsızlık vardır. Hareketler amaçsız olmakla birlikte organizedir. Uyurgezerliği olan hastalarda uykuda konuşma sıklığının normal popülasyondan daha fazla olduğu bildirilmiştir. Hafifçe dokunma, isminin söylenmesi gibi çevresel uyaranlara cevap alınmaz. Hasta, genellikle yatağına geri dönüp uykuya devam eder. Genellikle gecede bir epizod ortaya çıkar ve uyanıklık oluşmazsa sabah olaylar hatırlanmaz. Nadiren agresif davranışlar ortaya çıkabilir. Uykusuzluk ve yorgunluk, uyurgezerlik epizodlarının sıklığını arttıran faktörler olarak bildirilmektedir.

Uyurgezerlikte ayırıcı tanıda febril hastalıklar, psikomotor epilepsi, Tourette sendromu göz önünde bulundurulmalıdır. Psikojenik füğler uyurgezerlik ile karışabilir. Uyurgezerlik birkaç dakika sürmesine karşın psikojenik füğlerde süre genellikle saatler veya günlerle ifade edilir.

Tedavi: Uyurgezerlik epizodları ağır değilse ilaç

tedavisinden kaçınılmalıdır. Diazepamın 5-20 mg/gün dozlarında hastalığın şiddet ve sıklığını azalttığı bilinmektedir. Benzodiazepinler, bir yandan derin uykuyu azaltırken diğer yandan da uyanmaya engel olarak etkilemektedir. Kesildiğinde ise tekrarlama riski yüksektir. Antidepresanlar ise küçük dozlarda etkilidir. Hastanın, epizodun meydana geldiği saatten önce uyandırılması da yararlı olabilmektedir.

Diğer parasomnialar:

REM uykusu davranış bozuklukları: Genellikle orta yaş ve yaşlı erkeklerde, gecenin son 1/3'lük kısmında, REM uykusunda atoninin geçici kaybı ile birlikte, motor aktivitelerin oluşması ile karakterize bir bozukluktur.

Azalmış serotoninerjik ve/veya noradrenerjik aktivite sonucu, REM'in fazik komponenti inhibe olmakta ve REM uykusu davranış bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Akut ve geçici formu toksik ve metabolik nedenlerle, kronik formu ise idiyopatik ya da nörolojik hastalıkların bir semptomu olarak ortaya çıkabilir. Klonazepam semptomları yatıştırılmaktadır. Antidepresanlar kullanılabilir.

Uyku Paralizi: Uykuya dalarken (hipnagogik) ya da uyanırken (hipnopompik) ortaya çıkan, genellikle anksiyete ve ölüm korkusunun eşlik ettiği, istemli hareketleri yapamama ile karakterize bir bozukluktur. Ergenlik döneminde oldukça yaygın görülmesine karşın erişkinlikte nadiren rastlanmaktadır. Ayırıcı tanıda narkolepsi göz önünde bulundurulmalıdır.

Sleep Starts (Hypnic Jerks): Uyku başlangıcında bazen kol ve başı da içine alan genellikle bacaklarda ani kısa süreli kasılmalarla karakterizedir. Genellikle anksiyete ile ilişkilidir.

Uykuda Konuşma: Uyku sırasında kendiliğinden, farkında olmadan sesler çıkarma veya konuşmalarla karakterize bir tablodur. Uykunun ilk saatlerinde, derin uyku sırasında ortaya çıkmaktadır.

Uyku Bruksizmi: Uyku sırasında dişlerin birbirine sürtülmesi ile karakterize stereotipik bir bozukluktur. Anksiyeteye eşlik ettiği düşünülürse de çene yapısındaki bozuklukların etkili olduğu bilinmektedir.

Uyku Enürezisi: Uyku sırasında tekrarlayıcı istemsiz miksiyon ile karakterizedir. Genellikle yavaş dalga uykusu sırasında görülmektedir.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Akpınar Ş (1987) Restless legs syndrome treatment with dopaminergic drugs. *Clin Neuropharmacol*, 10: 69.
2. American Sleep Disorders Association (1991) *The International Classification of Sleep Disorders*, American Sleep Disorders Association, Minnesota.
3. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. Baskı (DSM-IV). Washington DC, s. 551.
4. Aydın H (1990) Narkoleptiklerin uyku örüntüsü üzerine bir araştırma, *GATA Bülteni*, 32: 269.
5. Aydın H (1994) Uyku bozukluklarında psikofarmakolojik tedavi, 3;2: 76.
6. Aydın H (1996) Dissomniler, *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1: 33.
7. Balter MB, Uhlenhuth EH (1992) New epidemiologic findings about insomnia and its treatment. *J Clin Psychiatry*, 53 (Suppl 12): 34.
8. Karacan I, Thornby JJ, Anch M et al. (1976) Prevalence of sleep disturbance in a primarily urban Florida county. *Soc Sci Med*, 10: 239.
9. Kales A, Caldwell AB, Preston TA et al. (1976) Personality patterns in insomnia. *Arch Gen Psychiatry*, 33: 1128.
10. Kaynak H, Gözükırmızı E, Damcı D et al. (1995) The prevalence of insomnia and excessive sleepiness in Turkey. D Kırbaş, L Matilde (Ed), *Neurology and Public Health*, İstanbul, Bitam, s. 164.
11. Lugaresi E, Medori R, Montagna P et al. (1986) Fatal familial insomnia and dysautonomia with selective degeneration of thalamic nuclei. *N Eng J Med*, 315: 997.
12. Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM (1994) Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry*, 151: 1172.
13. Özgen F (1996) Parasomniler. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 1: 53.
14. Regestein QR, Monk TH (1995) Delayed sleep phase syndrome: A review of its clinical aspects, *Am J Psychiatry*, 152: 602.
15. Salin-Pasqual RJ, Roehrs TA, Merlotti LA et al. (1992) Long-term study of the sleep of insomnia patients with sleep state misperception and other insomnia patients. *Am J Psychiatry*, 149: 904.
16. Spielman AJ, Nunes J, Glovinsky PB (1996) Insomnia. *Neurol Clin North Am*, 14: 513.