



DERLEME / REVIEW

İnsomni: kısa bir gözden geçirme

Insomnia: a brief review

Özlem Dal¹ 

¹Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Abstract

Insomnia is a common yet underrecognized and frequently undertreated sleep disorder. It typically manifests with symptoms such as difficulty falling or staying asleep, fatigue, and somatic complaints (e.g., headache or body pain). Insomnia may occur on its own or in conjunction with other health conditions. It is more prevalent among vulnerable populations, including individuals with psychiatric comorbidities, those undergoing transitional life phases such as menopause, and the elderly. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) is the preferred treatment method; however, pharmacological interventions are also commonly employed to manage symptoms. This review aims to clarify the distinctions between insomnia and other sleep disorders. Additionally, it discusses the underlying mechanisms and treatment approaches for insomnia based on current scientific evidence.

Keywords: Insomnia, sleeping disorders, sleeplessness, insomnia treatment

Öz

İnsomni, yaygın görülmesine rağmen yeterince tanınmayan ve sıklıkla tedavi edilmeyen bir uyku bozukluğudur. Genellikle uykusuzluk, yorgunluk ve baş ya da vücut ağrısı gibi somatik semptomlarla kendini gösterir. İnsomni, tek başına görülebileceği gibi diğer sağlık sorunlarıyla birlikte de ortaya çıkabilir. Psikiyatrik hastalığı olanlar, menopoz gibi geçiş dönemlerinde bulunan bireyler ve yaşlılar gibi hassas gruplarda daha yaygındır. İnsomni tedavisinde bilişsel davranışçı terapi (CBT-I) tercih edilen yöntemdir; ancak semptomların giderilmesinde yaygın olarak farmakolojik tedavilere de başvurulmaktadır. Bu derlemede, insomni ile diğer uyku bozuklukları arasındaki farkların açıklığa kavuşturulması amaçlanmıştır. Ayrıca makalede, uykusuzluğun mekanizmaları ve tedavi yaklaşımları güncel bilgiler ışığında ele alınmaktadır.

Anahtar kelimeler: İnsomni, uyku bozuklukları, uykusuzluk, insomni tedavisi

GİRİŞ

İnsomni American Academy of Sleep Medicine (AASM) tarafından yayınlanan güncel Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması (ICSD-3) içinde yer alan yedi başlıktan ilkidir¹. Dünyada yetişkin nüfusun yaklaşık olarak üçte birinde görülür². İnsomni, primer uyku bozukluğu olarak, başka bir uyku bozukluğunun belirtisi olarak (örn. obstrüktif uyku apnesi, huzursuz bacak sendromu, uyku sırasında periyodik bacak hareketleri) veya komorbid bir uyku bozukluğu olarak ortaya çıkabilir³.

İnsomni için klinik sınıflandırma kısa süreli insomni, kronik insomni, izole semptom-varyantlar ve diğerleri şeklindedir¹. Birçok tedavi çeşidi olmakla beraber tercih edilen birinci basamak tedavi yöntemi insomni

için özelleştirilmiş bilişsel davranışçı terapidir (BDT-I)².

Bu makalede insomni semptom ve bulguları, sınıflandırması, ayırıcı tanısı ve tedavisi ele alınacaktır. Ayrıca oldukça yaygın olan bu uyku bozukluğunun toplum tarafından tanınması için diğer uyku bozukluklarından ayırımı yapmanın önemi ve farklı hasta grupları için tedavi seçiminin tedavi başarısı üzerine olan etkilerine dikkat çekilecektir.

TANIMI

Uyku, biyolojinin çözilememiş büyük gizemlerinden biridir ve binlerce yıldır insanları büyülemiştir. Uykunun işlevi veya işlevleri hala çözilememiş olsa da uyku ve uyanıklığı kontrol eden beyin

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Özlem Dal, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, Türkiye

E-mail: oozlemdal@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 30.04.2025 Kabul tarihi/Accepted: 07.05.2025

mekanizmalarını anlamada yıllar içinde büyük ilerleme kaydedilmiştir. Bu mekanizmaların anlaşılması toplumumuz için son derece önemlidir çünkü uyku ilaçları en yaygın olarak reçete edilen ilaçlar arasındadır ve uyku bozuklukları çok çeşitli tıbbi ve psikiyatrik durumlarla ilişkilidir. Aynı zamanda uyku, vücudun enfeksiyonla mücadele etmek ve optimum sağlığı korumak için kullandığı önemli bir mekanizmadır⁴.

Düzensiz uyku insan sağlığı için kısa süreli dikkat eksikliğinden kalıcı zihinsel fonksiyon kaybına kadar geniş bir spektruma sahip sonuçları olan ciddi ve yaygın bir halk sağlığı problemidir⁵. Birçok sınıflandırma mevcut olmakla beraber en çok kabul gören AASM tarafından yayınlanan ICSD olmuştur. 2014 yılında yayınlanan son versiyonunda yer alan yedi başlıktan ilki olan insomni nörolog ve psikiyatristler tarafından en sık tanı konulan uyku bozukluğudur. Dünyada yetişkin nüfusun üçte birini etkilediği bilinmektedir^{1,6}.

UYKUNUN İŞLEVİ

İnsomninin patofizyolojisini daha iyi kavrayabilmek adına uyku ve uyanıklığın ilişkisi anlamak önemlidir. Uyku, sadece göz kapaklarını kapatıp beklemekten ibaret olmayan son derece karmaşık bir süreçtir. Vücudun ürettiği, beynin göreceli bir dinlenme durumunda olduğu ve öncelikli olarak içsel uyarılara tepki verdiği aktif bir bilinçsizlik halidir. Uykunun kesin amacı tam olarak açıklanmamıştır ancak birkaç önemli teori neden uyuduğumuza dair bir amaç belirlemeye çalışmıştır^{7,8,9,10}.

Hareketsizlik teorisi, geceleri hareketsiz olan canlıların karanlıkta yaralanmalardan ölme olasılığının daha düşük olduğu evrimsel baskı kavramına dayanmaktadır, böylece geceleri hareketsiz olmanın evrimsel ve üreme açısından bir faydası vardır^{7,8,9,10}.

Enerji koruma teorisi, uykunun temel işlevinin, yiyecek avlamanın en az verimli olduğu gün ve gece saatlerinde kişinin enerji ihtiyacını azaltmak olduğunu ileri sürer. Bu teori, vücudun uyku sırasında metabolizmasını %10'a kadar azalttığı gerçeğiyle desteklenmektedir^{7,8,9,10}.

Restoratif teori, uykunun vücudun uyanık bir gün boyunca tükenen biyolojik işlevler için gerekli hücresel bileşenleri onarmasına ve yenilemesine olanak sağladığını belirtir. Bu, kas onarımı, doku büyümesi, protein sentezi ve büyüme için önemli hormonların çoğunun salınımı gibi vücuttaki birçok

işlevin öncelikle uyku sırasında gerçekleştiği bulgularıyla desteklenmektedir^{7,8,9,10}.

Nöroplastisite (beyin esnekliği) teorisi, uykunun sinirsel yeniden organizasyon ve beynin yapısı ve işlevinin büyümesi için gerekli olduğunu ileri sürer. Uykunun bebeklerde ve çocuklarda beynin gelişiminde rol oynadığı ve bebeklerin neden günde 14 saatten fazla uyuması gerektiğini açıklar^{7,8,9,10}.

Tek bir teorinin her şeyi açıklayamayacağı genel olarak kabul edilmektedir ve uykunun gizemini çözmenin, bu fikirlerin bir kombinasyonu ile mümkün olabileceği düşünülmektedir^{7,8,9,10}.

PATOFİZYOLOJİSİ

İnsomni genellikle aşırı uyarılma veya artmış somatik, bilişsel ve kortikal aktivasyon bozukluğu olarak kabul edilir. Uykusuzluk çeken bireyler hem merkezi hem de periferik sinir sistemlerinde fizyolojik aşırı uyarılma yaşayabilirler. Çeşitli teoriler yatmadan önce bilişsel ve duygusal aşırı uyarılmanın hem akut hem de kronik insomniye katkıda bulunabileceğini öne sürmektedir. Literatürde aşırı uyarılmaya sık sık dikkat çekilmesine rağmen, sıklıkla tanımlanmamıştır. Aşırı uyarılma, artan kortizol, kalp hızı değişkenliği, EEG veya kendi kendine bildirim (örneğin, "Zihnimi kapatamıyorum", "Kendimi çok gergin hissediyorum") gibi ölçümler kullanılarak tespit edilebilir. Aşırı uyarılmanın tanımlanmasındaki zorluklardan biri, bir bireyin her zaman belirli bir düzeyde uyarılmaya sahip olmaması ve aşırı uyarılmayı kategorize etmek için kesin eşik iyi tanımlanmamış olmasıdır. Bu nedenle çoğu çalışma, belirli bir eşik değeri belirtmek yerine, insomni ve kontrol grupları arasındaki farklılıkları not ederek aşırı uyarılmayı tanımlamıştır¹¹.

EPİDEMİYOLOJİ

Yetişkin nüfusta insomni yaygınlığı %10 ile %40 arasında değişmektedir¹². Bu belirsizlik, farkındalık eksikliğinden ve doğru bir tanı koymak için gereken kriterlerin karmaşıklığından kaynaklanmaktadır¹³. İnsomniye predispozan faktörler, Spielman'ın üç faktörlü modeliyle yakınlık oluşturan, tetikleyici ve sürdürücü faktörler olarak sınıflandırılmaktadır¹⁴.

Yakınlık oluşturan faktörler arasında ileri yaş, kadın cinsiyeti, depresif ruh hali, algılanan stres, hipnotik ilaç kullanımı, madde bağımlılığı ve ailede uykusuzluk öyküsü yer alır¹⁵. Düşük sosyoekonomik durum

insomni ile ilişkilendirilmiştir ancak ırksal ve etnik azınlıkların çeşitli sebeplerden bunu daha az bildirildiği düşünülmektedir^{16,17}. İnsomni; kalp hastalığı, kanser, nörolojik hastalıklar, kronik idrar ve gastrointestinal bozukluklar ve kronik ağrı gibi pek çok tıbbi durumla ilişkilendirilmiştir^{18,19}. Etkilenen bireylerin %40'ında depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıklar görülmektedir²⁰. Tetikleyici faktörler arasında stresli yaşam olayları, tıbbi veya psikiyatrik hastalıklar ve bazı ilaçlar yer alır. Sürdürücü faktörler arasında gündüz şekerlemeleri ve kaygı gibi uyumsuz davranışlar bulunur ve bu süreç, sonunda kronik uykusuzluğa yol açar²².

Biyolojik etkilerinin yanı sıra, uykusuzluğun toplum için ekonomik maliyetleri de büyüktür. Uykusuzluk, reçetesiz ilaçlar ve alkolle kendi kendine tedavi eğilimiyle kronik devamsızlığa neden olabilir. Doğrudan sağlık hizmetleri maliyetleri hariç, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ekonomisine dolaylı maliyetinin yılda 60 milyar doların üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Bu maliyetler, erken teşhis ve uygun tedaviyle büyük ölçüde önenebilir²².

GENETİK NİTELİKLER

Yapılan çalışmalarda insomninin %31 ile %58 arasında genetik olarak aktarıldığını göstermiştir^{21,22,23}. Aday gen çalışmalarda insomni patofizyolojisinde rol oynayabilecek gen varyantlarını Apoe4, PER3/4, HLA DQB1*0602, homozigot Clock geni 3111C/C Clock ve 5-HTTLPR'nin kısa (s-) alleli olarak belirlenmiştir^{24,25,26,27,28}. Bir genom çapında yapılan çalışmada, insomni semptomları ile anlamlı şekilde ilişkili çok sayıda tek nükleotid polimorfizmi (SNP'ler) bulunmuştur. En önemli SNP'ler, nöroplastisite (örn. ROR1, PLCB1, EPHA4 ve CACNA1A), stres tepkisi (örn. STK39, USP25 ve MARP10), nöronal uyarılabilirlik (örn. GABRB1 ve DLG2) ve ruh sağlığı (örn. NPAS3) ile ilgili genlerde yer almaktadır²⁹.

SEMPTOMLAR

İnsomni; uykusuzluk, yorgunluk, somatik semptomlar (örneğin baş veya vücut ağrıları), ruh hali bozukluğu, bilişsel veya mesleki işlevde bozulma, uykuya ilgili endişeler veya uykudan memnuniyetsizlik gibi gündüz şikayetleriyle ilişkili uyku sürekliliği bozukluğu olarak tanımlanır. Uyku sürekliliği; uyku latensi, uyanma sayısı, uyku başlangıcından sonra uyanma, toplam uyku süresi ve

uyku verimliliği gibi uyku performansını temsil eden değişkenleri ifade eder. Bu değişkenlerden bir veya daha fazlası patolojik ise uyku sürekliliği bozukluğu olarak adlandırılabilir. Bu terimin kullanımı, insomni teriminin birçok adlandırması ve çağrışımı tarafından karıştırılmayan bir özgüllüğü teşvik eder. Yeterince sık ve kronik olduğunda, uyku sürekliliği bozukluğu insomni olarak sınıflandırılır³⁰.

SINIFLANDIRMA

ICSD-3'te sunulan insomni sınıflandırması, önceki sistemlerden belirgin şekilde farklıdır. Önceden, insomninin birincil bir uyku bozukluğu olabileceği ya da psikiyatrik, tıbbi veya madde kullanım bozukluklarına bağlı ikincil bir durum olarak ortaya çıkabileceği düşünülüyordu. Ancak, insomni başka bir durumdan kaynaklansa bile zamanla bağımsız bir hastalığa dönüşebilir ve tedavi edilmezse eşlik eden rahatsızlıkların seyrini kötüleştirebilir. İnsomninin tedavisinin hem uyku bozukluğunu hem de ilişkili diğer hastalıkları iyileştirebildiğinin görülmesinin ardından insomni ICSD-3 ile birlikte bağımsız bir hastalık olarak ele alınmaya başlamıştır. Önceki sınıflandırmalar, insomnin psikofizyolojik, idiyopatik, yetersiz uyku hijyeni ve paradoksal gibi alt tiplerini tanımlıyordu. Ancak pratikte, bu alt türlerin belirgin kriterlerine uyan hastalara nadiren rastlanması sebebiyle ICSD-3 daha basit ve uygulanabilir bir sınıflandırma sistemi benimsemiştir^{1,7}.

İnsomni için üç tanı kategorisi vardır: kronik, kısa süreli ve diğer uykusuzluk bozuklukları. Kronik insomni, uzun süreli uykuya dalma veya uykuyu sürdürme şikayetleri ve buna bağlı gündüz işlev bozuklukları ile karakterizedir. Bu tanı, uyku sorunları klinik olarak önemli morbidite sonuçları ile ilişkili olan minimum sıklık ve süre eşiklerini aşan bireylere konur. Kısa süreli insomni, kronik uykusuzluk kriterlerini karşılamayan, ancak klinik olarak önemli uyku memnuniyetsizliği veya gündüz işlev bozukluğu ile ilişkili uyku/uyanıklık zorluklarını ifade eder. Diğer uykusuzluk bozuklukları tanısı, kronik veya kısa süreli uykusuzluk kriterlerini karşılamayan, ancak yine de klinik dikkati hak eden yeterli uykusuzluk belirtilerine sahip nadir durumlarda konmaktadır^{1,7}.

Tablo 1. İnsomni sınıflandırması¹

a. Kısa Süreli İnsomni
b. Kronik İnsomni
c. Diğer (izole semptom ve varyantlar)

TANI

Klinik tanı için A-F karşılanmalıdır¹.

Tablo 2. Kronik insomni tani kriterleri¹

A. Hasta aşağıdakilerden bir veya daha fazlasını bildirir veya hastanın ebeveyni/bakıcısı gözlemler:
1. Uykuya dalmada zorluk
2. Uykuyu sürdürmede zorluk
3. İstenilenden daha erken uyanma
4. Uygun bir programda yatağa girmeye karşı direnç
5. Ebeveyn veya bakıcının varlığı veya müdahalesi olmadan uyumada zorluk
B. Hasta aşağıdakilerden bir veya daha fazlasını bildirir veya hastanın ebeveyni veya bakıcısı gözlemler <i>gece uykusu zorluğuyla ilgili olarak</i> :
1. Yorgunluk/halsizlik
2. Dikkat, konsantrasyon veya hafızada bozulma
3. Sosyal, ailevi, mesleki veya akademik performansta bozulma
4. Ruh hali bozukluğu/sinirlilik
5. Özel gündüz uykululuğu
6. Davranışsal sorunlar (örn. hiperaktivite, dürtüsellik, saldırganlık)
7. Azalmış motivasyon/enerji/inisiyatif
8. Hatalara/kazalara yatkınlık
9. Uykuyla ilgili endişeler veya uykudan duyulan memnuniyetsizlik
C. Bildirilen uyku/uyanıklık şikayetleri yalnızca yetersiz fırsat (yani, uyku için ayrılan zaman) veya yetersiz koşullar (yani, güvenlik, karanlık, sessizlik ve konfor) ile açıklanamaz.
D. Uyku bozukluğu ve ilişkili gündüz semptomları haftada en az üç kez meydana gelir.
E. Uyku bozukluğu ve ilişkili gündüz semptomları en az üç aydır mevcuttur.
F. Uyku bozukluğu ve ilişkili gündüz semptomları yalnızca başka bir mevcut uyku bozukluğu, tıbbi bozukluk, ruhsal bozukluk veya ilaç/madde kullanımından kaynaklanmaz.

AYIRICI TANI

Sirkadiyen ritim uykusu bozuklukları: Gecikmiş uyku-uyanma fazı bozukluğu (Delayed Sleep-Wake Phase Disorder, DSWPD) olan bireylerde, uyku başlatma sorunları vardır. Bu bireylerde, içsel sirkadiyen ritimleri gecikmiş olduğu için uyku başlatma sürekli olarak istenilen veya ihtiyaç duyulan saatten daha geç gerçekleşir. Uykuya dalma güçlükleri, gecikmiş içsel sirkadiyen ritmin izin verdiği saatten daha erken uyumaya çalışıldığında ortaya çıkar. Kronik insomni bozukluğu olan hastaların aksine, DSWPD hastaları genellikle gecikmiş içsel ritimlerine uygun olarak geç yatma ve uyanma saatlerini seçtiklerinde daha az zorlanarak uykuya dalar ve normal sürelerde uyuyabilirler. Karşılaştırıldığında, kronik insomni bozukluğu olanlar yatma ve kalkma saatlerine bakılmaksızın uykuya dalamazlar. Gecikmiş uyku-uyanma fazı bozukluğu olan ergenler ve genç yetişkinler arasında bu durum oldukça yaygındır, bu nedenle bu yaş grubundaki bireylerde uykuya başlama

sorunları değerlendirilirken DSWPD olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır^{1,19}.

Erken uyanma sorunları ile ortaya çıkan kronik insomni bozukluğu, ileri uyku-uyanma fazı bozukluğundan ayırt edilmelidir. İleri uyku-uyanma fazı bozukluğu olan bireylerde, içsel sirkadiyen ritimlerine bağlı olarak uyku başlangıcı sürekli olarak istenilen saatten daha erken gerçekleşir. Ancak, içsel sirkadiyen ritimlerine uygun olarak erken yatma ve kalkma saatlerini seçtiklerinde toplam uyku süresi yeterlidir. Buna karşılık, kronik insomni bozukluğu olan bireyler uyku düzenlerinden bağımsız olarak erken uyanma sorunları yaşayabilirler. Erken uyuma ve kalkma düzeni yaşlı bireyler arasında daha yaygındır^{1,19}.

Kronik insomni bozukluğu, hem gecikmiş hem de ileri uyku-uyanma fazı bozukluklarıyla örtüşebilir. Örneğin, gecikmiş uyku düzenine sahip olan hastalar, istedikleri saatlerde uyuyamama nedeniyle sürekli hayal kırıklığı veya kaygı yaşayabilirler. Bu kaygı uykuya dalmayı bozabilir ve içsel ritimlerinin desteklediğinden daha fazla geciktirebilir. Benzer

şekilde, ileri uyku düzenine sahip bireyler, içsel ritimlerinin dikte ettiğinden daha erken uyanabilirler. Bu tür durumlarda, hem sirkadiyen ritim bozukluğu hem de kronik insomni bozukluğu tanıları konulabilir ve her iki tanı da geçerli olmaktadır^{1,19}.

Uyku bozucu çevresel koşullar: Aşırı gürültü, ışık veya aşırı sıcaklık gibi çeşitli çevresel faktörler, çoğu bireyin uykusunu bozabilir. Ayrıca, güvenliğe yönelik tehditlerin olduğu bir alanda uyumak da uykuyu bozabilir. Yüksek sesle horlayan veya uykusunda aşırı hareket eden yatak partnerleri ya da parasomnia gibi durumlar birinin uykusunu bozabilir. Eğer bir birey, çoğu insanın uykusunu bozacağı düşünülen çevresel koşulları rapor ediyorsa ancak daha az bozucu bir ortamda iyi uyuyorsa, kronik insomni bozukluğu tanısı konulmamalıdır. Kronik insomni bozukluğu, yalnızca birey uykuya elverişli bir ortamda uyuma güçlüğü yaşadığında ya da insomni belirtileri çevresel faktörlerden bağımsız olduğunda uygulanır^{1,19}.

Kronik yetersiz uyku sendromu: Kronik insomni bozukluğu, iş, sorumluluklar veya sosyal ve eğlence programları nedeniyle yetersiz uyku süresiyle ayırt edilmelidir. Yetersiz uyku sonucunda gündüz uykululuk ve yorgunluk tipik olarak ortaya çıkar. Ancak, bu bireyler yeterli uyku süresi ayırdıklarında kolayca uyuyabilir ve normal sürelerde uyuyabilirler. Buna karşılık, kronik insomni bozukluğu olan bireyler, rutin olarak yeterli uyku süresi ayırmalarına rağmen uykuya dalma ve sürdürme zorlukları ve azalmış uyku süresi yaşarlar. Ayrıca, diğer komorbid uyku bozuklukları yoksa, kronik insomni bozukluğu genellikle gündüz aşırı uykululuk ve istemsiz gündüz uyku epizodları ile ilişkilendirilmez, bu durum genellikle gönüllü uyku kısıtlaması yaşayan bireylerde görülür^{1,19}.

Uyku ile ilgili solunum bozuklukları: Obstrüktif uyku apnesi, uykuya dalma veya uykuyu sürdürme zorluklarına neden olabilir. Obstrüktif uyku apnesi ile sıklıkla birlikte görülen gündüz uykululuk, insomni belirtilerine yanlış atfedilebilir ve uyku apnesini maskeleyebilir. Kronik insomni bozukluğu obstrüktif uyku apnesi ile birlikte ortaya çıkabilir, ancak gündüz uykululuk ve horlama, obstrüktif uyku apnesinin belirleyici özellikleridir ve kronik insomni bozukluğunda yaygın değildir. Insomni şikayeti olan bireyler genellikle gündüz çok uykulu olduklarını bildirebilir, ancak dikkatli bir değerlendirme, bunun bir yorgunluk şikayeti olduğunu ortaya çıkarabilir. Epworth Uykululuk Ölçeği, uykululuk ve yorgunluk arasında ayırım yapmaya yardımcı olabilir. Belirgin gündüz uykululuğunun varlığı, obstrüktif uyku apnesi

gibi başka bir uyku bozukluğunun mevcut olabileceğini ve daha fazla değerlendirme gerektirdiğini gösterir. Eğer uyku apnesi teşhisi doğrulanırsa, bu durum bağımsız bir kronik insomni bozukluğunun varlığını dışlamaz. Obstrüktif apnenin tedavisinden sonra devam eden insomni bozukluğunun olup olmadığını belirlemek için devam eden değerlendirme gerekebilir. Merkezi uyku apnesi olan hastalar da insomni belirtilerinden şikayetçi olabilirler. Bu hastalara tipik olarak kalp yetmezliği, nörolojik bozukluklar veya opioid kullanımı gibi merkezi uyku apnesine yol açan ilişkili komorbid durumlar eşlik eder^{1,19}.

Narkolepsi: Narkolepsi hastalarının birçoğu uyku sürdürme zorlukları yaşar. Bazıları gündüz uykululuğunu yanlışlıkla gece uykusuzluğuna bağlayabilir. Belirgin gündüz uykululuğunun varlığı daha fazla değerlendirme ve uyku testi yapılmasını gerektirir^{1,19}.

KOMPLİKASYONLAR

Başlangıç sinisi ya da ani olabilir. Bireyler çocukluk ya da gençlik dönemlerinde insomni belirtileri bildirebilirler. Yetişkinlerde, kronik insomni sıklıkla belirgin bir tetikleyici büyük yaşam olayı ile başlar. Ancak, bazı durumlarda insomninin kaynağı belirlenemez^{7,18,19}.

Insomni seyri epizodik ya da kalıcı olabilir. Zamanla spesifik uyku şikayeti değişebilir. Bir zamanlar uykuya dalma güçlüğü çeken bireyler, ilerleyen dönemlerde uykuyu sürdürme güçlüğü yaşadıklarını belirtebilirler ve tam tersi de geçerlidir. Belirgin bir tetikleyici olay veya durum nedeniyle ortaya çıkan kısa süreli insomni, tetikleyici olay sona erdiğinde ya da birey buna adapte olduğunda düzelebilir. Ancak, uyku sorunları tetikleyici faktör ortadan kalktıktan sonra bile devam edebilir. Tedavi edilmezse kalıcı insomni zamanla kötüleşebilir. Uykuya ve gündüz işlev bozukluklarına dair endişeler, kötü uyku korkusu ve uyumsuz davranışlar uyku bozukluğunu daha da kötüleştirebilir. Kronik insomni, yaşam stresi ile birlikte kötüleşen tekrarlayan uyku güçlüğü atakları ile ara ara seyredebilir. Kronik insomni yaşayan bireyler genellikle geceden geceye semptomlarında değişiklikler yaşar, arada iyi geçen bir gece birkaç kötü uyku gecesi ile kesintiye uğrar. Bir zaman diliminde insomni yaşayan bireylerin yaklaşık %70'i bir yıl sonra da insomni bildirmekte, %50'si ise üç yıl sonra hâlâ insomni yaşamaktadır^{7,18,19}.

Kalıcı insomni komplikasyonları arasında depresyon ve diğer psikiyatrik bozuklukların yeni başlangıcı ya da tekrarlama riski ile intihar eğiliminde artış bulunur. Kronik insomni ayrıca iş gücü kaybı ve uzun süreli reçeteli ya da reçetesiz uyku ilaçlarının kullanım riskini de artırır. Bunun yanında kısa objektif uyku süresine (6 saatten az) sahip olan kronik insomni hastalarında hipertansiyon riski artışı da gözlemlenmiştir^{7,18}.

Çocuklarda, kronik insomni bebeklik döneminden çocukluk yıllarına kadar herhangi bir zamanda başlayabilir. Bu yaş grubunda insomninin seyri, uykusuzluğa neden olan faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterir. Uyku sınırlarını belirleyen faktörler ve olumsuz uyku ilişkileri düzeldiğinde uyku genellikle iyileşir. Ergenlik döneminde ebeveynler sınır koymayı bırakabilir ve bu da özellikle akşam tipi kronotipe sahip gençlerin düzensiz ya da gecikmiş bir uyku düzenini sürdürmesine yol açabilir. Bu durum uyku sorunlarını, uyku kaybını ve bunlara bağlı sonuçları tetikleyebilir veya şiddetlendirebilir. Araştırmalar, çocukluk döneminde erken başlayan insomnin kalıcı ya da tekrarlayıcı olma olasılığının daha yüksek olduğunu, ancak çocukluk dönemindeki insomnin yetişkinlikteki insomniye nasıl bağlandığının daha az net olduğunu ve daha fazla araştırma gerektirdiğini göstermektedir^{7,18,19}.

TEDAVİ

İnsomni tedavisine yönelik yaklaşımlar çok çeşitli olup, diyet takviyeleri, naturopatik ilaçlar, kanıta dayalı olmayan davranışsal çözümler, ulusal kurumlarca onaylanmış ilaçlar ve insomni için bilişsel davranışçı terapi (CBT-I) gibi seçenekleri içerir. Son 20 yılda insomni tedavisine yönelik uygulama önerileri sunan çoğu düzenleyici kurum ve alanında profesyoneller hem onaylanmış ilaçları hem de CBT-I'yi insomni tedavisi için önermektedir. 2016 yılında CBT-I'nin insomni için birinci basamak tedavi olarak kullanılması önerilmiştir. Bu karar, özellikle CBT-I'nin güvenlik ve etkinlik profiline dayandırılmıştır. CBT-I'nin, tedavi kesildikten sonra bile 2 yıla kadar sürebilen kalıcı klinik etkiler sunması da bu kararda etkili olmuştur. Bu öneri birçok profesyonel tarafından desteklenmiştir³¹.

İnsomni için bilişsel davranışçı terapi (CBT-I)

CBT-I, genellikle dört temel tedaviden oluşan çok bileşenli bir terapidir: uyaran kontrolü (Stimulus Control Therapy, SCT), uyku kısıtlaması (Sleep

Restriction Therapy, SRT), uyku hijyeni ve bilişsel terapi. Bazı tedavi protokollerinde uyku hijyeni veya bilişsel terapi yer almazken, diğerlerinde bazı gevşeme eğitimleri (örn. progresif kas gevşetme, diyafragmatik nefes alma veya otojenik eğitim) dahil edilir. Standart tedavi altı ile sekiz seans arasında verilir, seans uzunluğu 30 ila 90 dakika arasında değişebilmektedir³².

SRT'nin birincil endikasyonu, homeostatik uyku dürtüsünü (veya uykuya dalma eğilimini) artırmak ve sağlam bir uykuya izin vermektir. SCT'nin birincil endikasyonu, davranış değişikliği yoluyla gece uyanıklığını yönetmektir. Uyku hijyeni genellikle uykusuz bir gece geçirme riskini azaltmak için değiştirilebilecek çeşitli yaşam tarzı ve çevresel faktörleri (örn. yatmadan önce kafein ve alkol kullanımını sınırlamak, şekerleme yapmak, rahat bir uyku ortamı yaratmak ve düzenli egzersiz yapmak) ana hatlarıyla açıklayan bir sayfalık bir broşür içerir. Bilişsel terapinin amacı uykusuzluğa neden olan veya uyku öncesi uyanmaya katkıda bulunan uykuya ilgili işlevsiz düşünceleri belirleyerek bu düşüncelerin doğruluğunu inceleyerek ve gerekirse bunları daha rasyonel ve/veya gerçekçi olacak şekilde değiştirerek hastaların gerçekçi uyku beklentileri geliştirmelerine yardımcı olmaktadır³².

Farmakolojik tedavi

Uykusuzluk için farmakolojik tedaviler tarih boyunca kullanılmıştır. Yirminci yüzyılın başında barbitüratlar ve ilgili bileşikler uykusuzluğu tedavi etmek için en sık kullanılan ajanlar haline gelmiştir. Barbitüratların kullanımı, olumsuz yan etkileri ve ölümcül doz aşımı potansiyelleri daha iyi anlaşıldığında yirminci yüzyılın ortalarında azalmaya başlamıştır. 1963'te ilk benzodiazepin (klordiazepoksit) ABD pazarına tanıtılmıştır. 1970'te flurazepam, ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından hipnotik olarak onaylanan ilk benzodiazepindir. Algılanan daha iyi bir güvenlik profili nedeniyle, benzodiazepinlerin kullanımı, uykusuzluğun tedavisinde barbitüratların kullanımını hızla geride bırakmıştır. 1992'de zolpidem, ABD'de piyasaya sürülen ilk benzodiazepin olmayan benzodiazepin reseptör agonisti (nBBRA) hipnotikti. Bugün ise zolpidem, uykusuzluğun tedavisi için en yaygın olarak reçete edilen ilaçlardan biri olmaya devam etmektedir³³.

Günümüzde meta-analizler, hem benzodiazepinler (BZD) hem de benzodiazepin reseptör antagonistlerinin (BzRA) tedavide küçük ila orta etkili olduğunu savunmaktadır. Ancak, bu analizlerin

bazıları tedaviyle ortaya çıkan yan etkilerde önemli artışlar bildirmektedir. İnsomni tedavisinde antidepresanların kullanımını destekleyen veriler yetersizdir. Genel olarak, çalışmalar yüksek kaliteli kanıtların bulunmaması ve araştırmalar arasında tasarım ve metodolojide önemli değişkenlik olması nedeniyle sınırlıdır. Bu analizlerin tümü yalnızca büyük ilaç grupları (örn. BZD'ler, BzRA'lar) için etkinliği ele almış ve bireysel ajanlar için güvenlik veya etkinlik sorunlarını ele almamıştır³².

SONUÇ

İnsomni, yalnızca uykuya ilgili bir bozukluk olmanın ötesinde, bilişsel, duygusal ve fizyolojik süreçlerin iç içe geçtiği karmaşık bir klinik tablodur. Giderek artan kanıtlar, insomninin komorbid hastalıklardan bağımsız bir tanı olarak ele alınmasının, hem tanı doğruluğunu hem de tedavi etkinliğini artırdığını göstermektedir. Bu derlemede sunulan bulgular, hem akut hem de kronik insomnide hiperuyarılmışlık modelinin önemini ve sirkadiyen ritim bozuklukları ile olan olası örtüşmeleri ortaya koymaktadır. Özellikle bilişsel davranışçı terapinin birinci basamak tedavi olarak konumlandırılması, semptomların uzun vadede kontrol altına alınmasında kritik bir rol üstlenmektedir.

Klinik pratiğe yansıyan en önemli çıkarımlardan biri, insomni tedavisinin bireyselleştirilmesi gerekliliğidir. Tanısal sınıflandırmalar, genetik yatkınlıklar, eşlik eden psikiyatrik veya fiziksel hastalıklar ile yaşam tarzı faktörleri dikkate alınarak oluşturulacak bütüncül yaklaşımlar, tedavi başarısını önemli ölçüde artıracaktır. Bu bağlamda, insomninin diğer uyku bozukluklarından doğru biçimde ayırt edilmesi de etkili bir tedavi planı için kritik önemdedir. Toplumda hâlâ yeterince görünür olmayan bu bozukluk için bireysel farkındalığın artırılması ve sağlık politikalarının buna uygun şekilde düzenlenmesi, erken tanı ve müdahale açısından büyük katkı sağlayacaktır.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: ÖD; Veri toplama: -; Veri analizi ve yorumlama: -; Yazı taslağı: ÖD; İçerigin eleştirel incelenmesi: ÖD; Son onay ve sorumluluk: ÖD; Teknik ve malzeme desteği: -; Süpervizyon: ÖD; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Etik onay: Çalışma bir derleme çalışması olduğu için etik onaya ihtiyaç yoktur.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*. 2014;146:1387-94.
2. Perlis ML, Posner D, Riemann D, Bastien CH, Teel J, Thase M. Insomnia. *Lancet*. 2022;400:1047-60.
3. Dopheide JA. Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy. *Am J Manag Care*. 2020;26:76-84.
4. Brown RE, Basheer R, McKenna JT, Strecker RE, McCarley RW. Control of sleep and wakefulness. *Physiol Rev*. 2012;92:1087-1187.
5. Ahmad SF, Buckley AW, Glaze DG. Neurology of sleep. *Neurol Clin*. 2021;39:867-82.
6. Winkelman JW. Insomnia disorder. *N Engl J Med*. 2015;373:1437-44.
7. Colten HR, Altevogt BM, Institute of Medicine (US) Committee on Sleep Medicine and Research, eds. *Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2006.
8. Siegel JM. Clues to the functions of mammalian sleep. *Nature*. 2005;437:1264-71.
9. de Zambotti M, Cellini N, Goldstone A, Colrain IM, Baker FC. Wearable sleep technology in clinical and research settings. *Med Sci Sports Exerc*. 2019;51:1538-57.
10. Pace-Schott EF, Spencer RM. Sleep-dependent memory consolidation in healthy aging and mild cognitive impairment. *Curr Top Behav Neurosci*. 2015;25:307-30.
11. Levenson JC, Kay DB, Buysse DJ. The pathophysiology of insomnia. *Chest*. 2015;147:1179-92.
12. National Institutes of Health. Sleep; National Institutes of Health State of the Science Conference statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults; June 13–15, 2005; 2005;28:1049–57.
13. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002;6:97–111.
14. Ellis JG, Perlis ML, Espie CA, Grandner MA, Bastien CH, Barclay NL, Altena E, Gardani M. The natural history of insomnia: predisposing, precipitating, coping, and perpetuating factors over the early developmental course of insomnia. *Sleep*. 2021;44(9):zsab095.
15. Krystal AD, Prather AA, Ashbrook LH. The assessment and management of insomnia: an update. *World Psychiatry*. 2019;18:337–52.
16. Gellis LA, Lichstein KL, Scarinci IC, Durrence HH, Taylor DJ, Bush AJ, Riedel BW. Socioeconomic status and insomnia. *J Abnorm Psychol*. 2005;114:111–8.
17. Papadopoulos D, Etindele Sosso FA. Socioeconomic status and sleep health: a narrative synthesis of 3

- decades of empirical research. *J Clin Sleep Med*. 2023;19:605–20.
18. Taylor DJ, Mallory LJ, Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Bush AJ. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*. 2007;30:213–8.
 19. Mai E, Buysse DJ. Insomnia: prevalence, impact, pathogenesis, differential diagnosis, and evaluation. *Sleep Med Clin*. 2008;3:167–74.
 20. Kessler RC, Berglund PA, Coulouvrat C, Hajak G, Roth T, Shahly V, Shillington AC, Stephenson JJ, Walsh JK. Insomnia and the performance of US workers: results from the America insomnia survey. *Sleep*. 2011;34:1161–71.
 21. Drake CL, Friedman NP, Wright KP Jr, Roth T. Sleep reactivity and insomnia: genetic and environmental influences. *Sleep*. 2011;34:1179–88.
 22. Gehrman PR, Meltzer LJ, Moore M et al. Heritability of insomnia symptoms in youth and their relationship to depression and anxiety. *Sleep*. 2011;34:1641–46.
 23. Wing YK, Zhang J, Lam SP et al. Familial aggregation and heritability of insomnia in a community-based study. *Sleep Med*. 2012;13:985–90.
 24. Wang CC, Lung FW. The role of PGC-1 and Apoε4 in insomnia. *Psychiatr Genet*. 2012;22:82–7.
 25. Brower KJ, Wojnar M, Sliwerska E, Armitage R, Burmeister M. PER3 polymorphism and insomnia severity in alcohol dependence. *Sleep*. 2012;35:571–77.
 26. Zeitzer JM, Fiscaro RA, Grove ME, Mignot E, Yesavage JA, Friedman L. Faster REM sleep EEG and worse restedness in older insomniacs with HLA DQB1*0602. *Psychiatry Res*. 2011;187:397–400.
 27. Serretti A, Benedetti F, Mandelli L et al. Genetic dissection of psychopathological symptoms: insomnia in mood disorders and CLOCK gene polymorphism. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2003;121B:35–8.
 28. Deuschle M, Schredl M, Schilling C et al. Association between a serotonin transporter length polymorphism and primary insomnia. *Sleep*. 2010;33:343–47.
 29. Ban HJ, Kim SC, Seo J, Kang HB, Choi JK. Genetic and metabolic characterization of insomnia. *PLoS ONE*. 2011;6:e18455.
 30. Perlis ML, et al. Cognitive behavioral treatment of insomnia: A session-by-session guide. Vol. 1. Springer Science & Business Media. 2005.
 31. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med*. 2017;13:307–49.
 32. Walker J, Muench A, Perlis ML, Vargas I. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I): a primer. *Klin Spec Psihol*. 2022;11:123–37.
 33. Madari S, Golebiowski R, Mansukhani MP, Kolla BP. Pharmacological management of insomnia. *Neurotherapeutics*. 2021;18:44–52.